



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ESTUDIO DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA EN PACIENTES CON DEPENDENCIA DE ALCOHOL A TRAVÉS DEL T.A.T.

**(Investigación realizada en el “Centro de Reposo y
Adicciones”, CRA, y el Centro “Mujer Libre”)**

**Trabajo de graduación previo a la obtención
del título de Psicóloga Clínica**

Autora: Jessica Abril Cevallos

Director: Mst. Gerardo Peña Castro

CUENCA – ECUADOR

2012

A mis padres, por su amor y apoyo incondicional, ya que sin ellos no hubiera sido posible culminar mis estudios.

A mi esposo, quien también me brindó su apoyo y comprensión.

Hago presente mi agradecimiento a la Universidad del Azuay por la formación que he recibido, y de manera especial, mi gratitud y consideración al Mst. Gerardo Peña Castro, director, amigo y guía de este trabajo. Agradezco también al Dr. Saúl Pacurucu, director del Centro de Reposo y Adicciones, CRA, y al Dr. Felipe Bueno, director del Centro de Tratamiento Mujer Libre, por la apertura y ayuda brindada, que me permitió realizar mi trabajo de investigación, y a los pacientes de los dos Centros por la colaboración que me ofrecieron en todo momento con la que contribuyeron para la realización y elaboración de esta tesis.

Índice de Contenido

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenido	iv
Índice de ilustraciones y cuadros	vii
Resumen	ix
Abstract	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: ALCOHOLISMO	
Introducción	3
1.1 Historia	3
1.2 Definición	5
1.3 Punto de vista biológico	8
Factor bioquímico	9
Factor fisiológico	11
La tolerancia	13
Síndrome de abstinencia	15
Fases de evolución del alcoholismo	15
1.4 Punto de vista psicológico	16
Teorías	17
Aspectos individuales	18
Comorbilidad	19
Enfoque psiquiátrico	20
1.5 Punto de vista psicoanalítico	22
1.6 Punto de vista social: efectos y problemas	24
Epidemiología	25
Aspectos socio-culturales	26
Aspecto familiar	28
Aspecto laboral	29
Aspecto legal	29
Datos estadísticos	30
1.7 Factores de riesgo	32
1.8 Componentes del tratamiento	33
1.9 Conclusiones	35
CAPÍTULO 2: MECANISMOS DE DEFENSA	36
Introducción	36
2.1 Definición	36
2.2 Punto de vista de varios autores	37

Sigmund Freud.....	37
Anna Freud.....	40
Alfred Adler.....	41
Karen Horney.....	42
Erich Fromm.....	44
Melanie Klein.....	45
Harry Stack Sullivan.....	47
2.3 Principales mecanismos de defensa.....	48
2.4 Otros mecanismos de defensa.....	53
2.5 Conclusiones.....	57
CAPÍTULO 3: EL T.A.T Y OTROS MÉTODOS PROYECTIVOS.....	58
Introducción.....	58
3.1 Métodos proyectivos.....	58
Historia.....	58
Fundamentos teóricos.....	60
Teoría con las que se vincula los métodos proyectivos.....	61
Características y efectos.....	62
Los diversos tipos de proyección.....	63
Presentación de los Tests.....	64
Rorschach.....	64
Tests gráficos.....	65
Test de la Figura Humana.....	65
Test de la Casa, Árbol, Persona (H-T-P).....	65
Test de la Persona bajo la lluvia.....	66
Test gestáltico visomotor – Bender.....	66
Test de la Familia.....	66
3.2 Reseña histórica del T.A.T.....	67
3.3 El T.A.T. como método proyectivo.....	69
Fundamento teórico.....	69
Apercepción y distorsión aperceptiva.....	69
Hipótesis básicas.....	70
Estudio del carácter y las defensas en el T.A.T.....	71
Las láminas como estímulos.....	71
El Test Proyectivo de Murray.....	72
Objetivo, utilidad y aplicación.....	72
Validez y Confiabilidad.....	73
3.4 Conclusiones.....	74
CAPÍTULO 4: ESTUDIO DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA EN PACIENTES ALCOHÓLICOS A TRAVÉS DEL T.A.T.....	75
Introducción.....	75
4.1 Metodología.....	75
Muestra utilizada.....	75
4.2 Aplicación del T.A.T.....	76
4.3 Presentación de los resultados obtenidos de la aplicación del T.A.T.....	76

Análisis cuantitativo.....	77
4.4 Análisis de los resultados obtenidos de la aplicación del TAT.....	111
Análisis cualitativo.....	111
4.5 Conclusiones	120
CONCLUSIONES	121
Teóricas	121
Metodológicas	121
Pragmáticas	122
GLOSARIO	123
BIBLIOGRAFÍA	126

Índice de Ilustraciones y Cuadros

Tabla 1.1: Tabla de relación entre cantidad ingerida, niveles sanguíneos y efectos del alcohol.....	12
Cuadro 4.1: Hombres: Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	77
Cuadro 4.2: Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	78
Cuadro 4.3: Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	79
Cuadro 4.4: Presentación de los resultados de la aplicación del T.AT	80
Cuadro 4.5:Presentación de los resultados de la aplicación del T.AT	81
Cuadro 4.6:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	82
Cuadro 4.7:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	83
Cuadro 4.8:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	84
Cuadro 4.9:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	85
Cuadro 4.10:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	86
Cuadro 4.11:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	87
Cuadro 4.12:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	88
Cuadro 4.13:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	89
Cuadro 4.14:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	90
Cuadro 4.15:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	91
Cuadro 4.16:Análisis de los resultados de la aplicación del T.A.T	92
Cuadro 4.17:Mujeres: Presentación de los resultados de la aplicación del TAT	93
Cuadro 4.18:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	94
Cuadro 4.19:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	95
Cuadro 4.20:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	96
Cuadro 4.21:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	97
Cuadro 4.22:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	98
Cuadro 4.23:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	99
Cuadro 4.24:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	100
Cuadro 4.25:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	101
Cuadro 4.26:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	102
Cuadro 4.27:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	103
Cuadro 4.28:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	104
Cuadro 4.29:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	105
Cuadro 4.30:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	106
Cuadro 4.31:Presentación de los resultados de la aplicación del T.A.T	107
Cuadro 4.32:Análisis de los resultados de la aplicación del T.A.T	108
Cuadro 4.33:Cuadro comparativo de los mecanismos de defensa.....	109

Cuadro 4.32:Cuadro global de los mecanismos de defensa más utilizados	110
Gráfico 4.1: Análisis de los resultados de la aplicación del T.A.T.....	92
Gráfico 4.2:Análisis de los resultados de la aplicación del T.A.T	108
Gráfico 4.3:Comparación de los resultados en hombres y mujeres	109
Gráfico 4.4:Gráfico global de los mecanismos de defensa	110

Resumen

Este trabajo investigativo está sustentado en la teoría psicoanalítica de Freud y la psicología proyectiva, además, aborda la problemática del alcoholismo desde el punto de vista biológico, psicológico, social, factores de riesgo y componentes del tratamiento.

La parte práctica se centra en el estudio de los mecanismos de defensa en pacientes con dependencia de alcohol. La investigación se realizó aplicando el T.A.T. a 30 pacientes internados: 15 hombres del CRA y, 15 mujeres del Centro Mujer Libre, de la ciudad de Cuenca, en edades entre 20 y 50 años. Los mecanismos más utilizados son: la represión (83.33%), la negación (83.33%), la proyección (76.66%), la formación reactiva (63.33%), la racionalización (53.33%), y la regresión (33.33%). Los hombres utilizan más la proyección, represión y negación, en cambio, las mujeres, la negación, represión y formación reactiva.

ABSTRACT

This research study is based on Freud's psychoanalytical theory and on projective psychology. It deals with alcoholism from a biological, psychological and social point of view, the risk factors and the components of the treatment.

The practical aspect is centered in the study of the defense mechanisms of patients who are alcohol dependant. During the research, T.A.T. treatment to 30 hospitalized patients, between the ages of 20-50, was applied: 15 men from CRA and 15 women from Centro Mujer Libre Center, from the city of Cuenca. The defense mechanisms that were used mostly were: repression (83.33%), denial (83.33%), projection (76.66%), reaction formation (63.33%), rationalization (53.33%), and regression (33.33%). Men use more projection, repression and denial, while women use denial, repression and reaction formation as defense mechanisms.



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
DPTO. IDIOMAS



Translated by,
Diana Lee Rodas

INTRODUCCIÓN

El tema principal de esta tesis es el estudio de los mecanismos de defensa en los pacientes con dependencia de alcohol. Los problemas de abuso y dependencia de alcohol han estado presentes en la historia desde el momento en que se inició el consumo lúdico y religioso de esta sustancia. En la actualidad el alcoholismo representa uno de los problemas socioeconómicos y sanitarios más graves del mundo occidental. Para entender de mejor forma la problemática del alcoholismo, es necesario establecer la diferencia entre un bebedor y un alcohólico. Esa diferencia estriba en un factor clave: el desarrollo de una necesidad por el alcohol mismo, aparte ya del falso alivio emocional que puede proporcionar y que pudiera haber llevado a la persona a aficionarse a la bebida. El alcoholismo consiste en esa necesidad, cuando la misma es fisiológica. Es decir, cuando el organismo de la persona depende ya del alcohol. Desde luego, esa necesidad fisiológica va también, casi siempre, acompañada de una necesidad psicológica. Tradicionalmente considerado el alcoholismo como estigma social y manifestación de inmoralidad o degradación, en la actualidad es reconocido como una enfermedad, que necesita tratamiento más que condena y repulsa.

Los mecanismos de defensa actúan a nivel del inconsciente del individuo y en la teoría psicoanalítica tienen la función de evitar la censura del superyó, logrando que el yo se proteja de la excesiva presión del ello. Todos esos mecanismos indican un conflicto interior. Su estudio y diagnóstico se realiza mediante métodos proyectivos.

Los motivos que nos llevaron a elegir el tema de esta investigación son los meses de práctica realizados en el Centro de Reposo y Adicciones, CRA, que nos permitieron ver de cerca la problemática del alcoholismo y de la persona alcohólica, por lo que nos pareció de gran importancia realizar un estudio profundo de los mecanismos de defensa

debido a la importancia de la influencia que tienen éstos desde la primera entrevista y el obstáculo que estos mecanismos representan en el tratamiento de la enfermedad, ya que la parte inconsciente del alcohólico no es considerada en su rehabilitación. Los objetivos de esta investigación son estudiar los mecanismos de defensa que utilizan los pacientes con dependencia de alcohol en los Centros de Reposo y Adicciones, CRA, y Mujer Libre. Identificar qué mecanismos son utilizados tanto por hombres como por mujeres, conocer la predisposición que tienen los pacientes alcohólicos a la utilización de ciertos mecanismos de defensa y se recomienda un estudio permanente de los mismos para los nuevos pacientes alcohólicos.

El presente estudio consta de dos partes: el marco teórico y la parte investigativa, dividido en cuatro capítulos. El capítulo uno está dedicado a la problemática del alcoholismo. El capítulo dos enfoca los mecanismos de defensa desde el punto de vista de varios autores. El capítulo tres aborda los métodos proyectivos. Y, el capítulo cuatro corresponde a la parte investigativa de los mecanismos de defensa en los pacientes con dependencia de alcohol a través del T.A.T. Este trabajo de investigación se lo realizó de una población de 65 pacientes alcohólicos de los dos Centros, de donde se tomó una muestra de 30 pacientes, 15 hombres del Centro de Reposo y Adicciones, CRA, y 15 mujeres del Centro de Rehabilitación Mujer Libre. Se consideró criterios de inclusión como el que tanto hombres como mujeres cumplan criterios de diagnóstico del DSM IV o CIE 10 de dependencia de alcohol, comprendidos entre 20 y 50 años de edad. Además se realizó entrevistas con cada uno de los pacientes y revisión de historias clínicas elaboradas por cada Centro, para una adecuada interpretación del T.A.T.

Finalmente, los objetivos planteados, tanto el general como los específicos, se cumplieron satisfactoriamente.

CAPÍTULO 1

ALCOHOLISMO

El tema que vamos a tratar a continuación nos va a permitir conocer diferentes puntos de vista sobre el alcoholismo, ya que éste es un serio problema que afecta al bebedor crónico y a la sociedad por los daños y consecuencias que causa el beber alcohol. Es necesario considerar la problemática desde el enfoque biológico, psicológico, social, factores de riesgo, hasta los componentes del tratamiento, inclusive la prevención, ya que el alcoholismo en la actualidad está considerado como enfermedad. El alcohol al ser la sustancia psicoactiva de uso más común, se está convirtiendo en el tipo más frecuente de adicción o dependencia.

1.1 Historia

No puede separarse la reseña histórica de las bebidas alcohólicas de los conceptos actuales sobre la enfermedad alcohólica. Las bebidas alcohólicas han estado presentes en la vida del hombre desde hace millones de años. La relación entre dichas bebidas y la persistente dificultad de identificar sus efectos adversos tiene razones históricas complejas, asociadas, no sólo a supuestos económicos financieros actuales, sino a la deformación de los propios datos históricos, condicionada por dichos intereses. Las bebidas alcohólicas fermentadas son, en una dimensión temporal de la historia de la humanidad, un descubrimiento reciente, puesto que no puede conjeturarse su aparición con una antigüedad superior a los 800/10000 años. Para la fermentación de los azúcares procedentes de vegetales era y es necesaria, la existencia de recipientes. La obtención intencionada de bebidas alcohólicas sólo fue posible cuando se pudieron guardar, en recipientes adecuados, frutos, o cereales capaces del proceso de fermentación. Los datos

documentados nos indican que entre los años 3700 – 2300 a.C. las bebidas alcohólicas fermentadas, parecidas en cierta medida a la cerveza, eran empleadas por motivos rituales (Sánchez-Turet, 1999).

En Egipto el consumo de cerveza y la autorización de su producción eran las fuentes de ingresos del Faraón, que hacía pagar, para ello, determinados impuestos. Posteriormente en Armenia, con el cultivo de la vid aparecieron los primeros brebajes, que con el tiempo recibieron el nombre de vino. El desarrollo de la producción de bebidas alcohólicas no es paralelo al del cultivo de la vid, como se ha pretendido afirmar, sino al de los cereales. La unión de las bebidas alcohólicas con lo sagrado y misterioso, común en distintas culturas pero especialmente a las del Mediterráneo, hacen de la cerveza y el vino productos en un principio mágicos y sagrados.

Posteriormente se dio el sistema de destilación que se remonta a épocas anteriores al 800 a.C., y que era un secreto de cada productor para lograr en su producto el sabor deseado para la bebida, por lo que dicho proceso tuvo variados tipos y funcionamientos, aunque todos con el objetivo común de separar el alcohol de un fermento para llevarlo a una bebida. Según las diferentes zonas geográficas y el paso del tiempo el proceso de destilación fue evolucionando, así en zonas como China se obtenían bebidas destiladas a partir del arroz y mijo obteniéndose el *sautchú*; en el Reino Unido, a partir de la miel se obtenía una agua miel destilada; en Japón, de arroz se obtenía el sochu; en Italia a partir de las uvas se obtuvo el vino y el *brandy*; en España y Francia de la caña de azúcar se obtenía el ron; en Karpatos, de papas y cereales, se obtenía el *vodka*; en Irlanda, de malta, avena y cebada, un tipo de *whisky*; en Escocia, de malta de cebada, el *whisky*; en México, del cactus, el tequila, etc.

Sólo fue en la era industrial, con el conocimiento de la química, de los circuitos cerrados y especialmente con los principios de evaporación y condensación, que se iniciaron los

cambios que llevaron a la producción de la mayoría de las bebidas alcohólicas como las conocemos en la actualidad. Se podría decir que en esta materia sólo hay una cosa segura, los hombres a través de los tiempos han usado su imaginación para producir bebidas espirituosas que han existido a través de la historia y que lanzan a diario al mercado mundial con el fin de satisfacer la demanda cada vez más creciente por parte de los consumidores.

1.2 Definición

El alcoholismo considerado durante mucho tiempo, como un ‘vicio’, en la actualidad ha sido definido oficialmente por los organismos internacionales, como una enfermedad o síntoma de una enfermedad debida a múltiples factores. Existen varias definiciones de alcoholismo, así para la Organización Mundial de la Salud:

La dependencia al alcohol es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe (OMS, Informe alcoholismo, 2009).

Keller (1976), la define como “un trastorno crónico del comportamiento, manifestado por ingestión repetida de bebidas alcohólicas que excede las costumbres dietéticas y sociales de la comunidad y que interfiere con la salud y con el funcionamiento social del individuo” (Toro y Yepes, 2004, p. 85). Las dos definiciones coinciden en que se trata de un consumo que excede las costumbres dietéticas de la comunidad, además, todos están de acuerdo en que se trata de un trastorno crónico, donde el alcohólico ha desarrollado una verdadera adicción al alcohol y su deseo de beber se hace incontrolable lo que interfiere con la salud y con el desenvolvimiento social y económico del individuo.

¿Quiénes son los alcohólicos? Para Peralta (2010) “son aquellos que dependen psicológica y físicamente del alcohol, creando un estilo de vida marginal, es decir, que la búsqueda del alcohol y su uso se convierte en el centro de su existencia. El usuario se aísla y deja de funcionar como un ser funcionalmente integrado” (p. 53).

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana, en su cuarta edición revisada (DSM-IV-TR) (López-Ibor, 2002), establece un apartado para los trastornos relacionados con sustancias, en la que se incluye los trastornos inducidos por el alcohol. Esta clasificación recoge los criterios diagnósticos para la intoxicación, la abstinencia, el abuso y la dependencia de esta sustancia. Los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias psicoactivas, según el DSM-IV, son los siguientes:

- A. Patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:
 - (1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
 - (1) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia
 - b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
 - (2) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
 - (3) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

- (4) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia
- (5) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
- (6) se continua tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej. continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

La Organización Mundial de la Salud describe el síndrome de dependencia como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron un valor más alto. Establece además las siguientes pautas para llevar a cabo el diagnóstico:

Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones, durante al menos un mes o, si persisten durante períodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un período de 12 meses.

- Deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas, como se prueba por: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.
- Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia como se prueba por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o por el consumo de la misma (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

- Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de la sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.
- Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, ingerir o para recuperarse de los efectos de la sustancia.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de evidentes consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad conocimiento, o puede suponerse que lo tiene, de la naturaleza y amplitud del daño.

1.3 Punto de vista biológico

Al alcoholismo debemos enfocarlo desde el factor biológico, comenzando en primer lugar por el **factor genético**, ya que “la naturaleza familiar del alcoholismo es conocida desde la antigüedad. Aristóteles, Platón y Plutarco describen que el comportamiento de tendencia hacia la bebida de los hijos se asemeja al de sus padres” (Sánchez-Turet, 1999, p. 41). Algunas teorías sostienen que los hijos de padres alcohólicos pueden nacer con la misma propensión a que su organismo se haga adicto al alcohol, lo que no implica, que esos hijos tengan que ser necesariamente alcohólicos. Las tasas de alcoholismo entre familiares de alcohólicos son más altas que en la población general. Winokur determinó que el 62% de los familiares de un grupo de alcohólicos eran alcohólicos, mientras que en familiares de no alcohólicos la frecuencia era del 20%. El estudio de Goodwin en Dinamarca encontró que un 18% de hijos adoptados de padres biológicos alcohólicos desarrollaban alcoholismo, mientras que sólo el 5% de adoptados, hijos de no alcohólicos, desarrollaban ese problema. Otro estudio de familias ha puesto en evidencia que padecer alcoholismo en los descendientes de alcohólicos tiene una frecuencia de 3 a 4 veces superior al resto de la población, y que aproximadamente un tercio de los alcohólicos tienen un progenitor alcohólico (Velásquez, 2004).

Pimentel (1978) afirma que “el alcoholismo probablemente se origina por una interacción de factores genéticos y ambientales”. Lo que no se ha llegado a conocer aún es el tipo de alteración cromosómica que lleva al alcoholismo, presumiéndose que se trata de herencia de tipo multifactorial. “La herencia en alcoholismo estaría dándose, únicamente como una predisposición, mas no de una manera fatal como muchos pudieran pensar” (Pacurucu, 1979, p. 109).

Factor bioquímico

El alcoholismo dentro del factor bioquímico hace que algunas personas tengan una mayor vulnerabilidad para desarrollar problemas con el alcohol como consecuencia de alguna alteración en la actividad bioquímica cerebral que les produciría malestar psicofisiológico. Los efectos del alcohol sobre el sistema nervioso permitirían compensar esa alteración y, en consecuencia, proporcionarían a la persona alivio de su malestar, reforzando la conducta de ingesta de alcohol y facilitando, por lo tanto, el desarrollo de dependencia de esta sustancia. Este tipo de argumentación implica la actividad de los sistemas de los neurotransmisores relacionados con la motivación de la conducta y la regulación del estado de ánimo, principalmente el sistema opioide, las catecolaminas (dopamina y noradrenalina) y la serotonina (Díaz et al., 1999).

Para Díaz et al (1999), el consumo de alcohol afecta de manera múltiple a los sistemas de comunicación neuronal, desde la simple comunicación interneuronal individual a las complejas vías neurales que interconexionan las distintas zonas cerebrales y que constituyen un nivel más elevado de complejidad dentro del sistema nervioso. Aunque durante años se ha considerado que el alcohol carecía de receptores neuronales específicos, planteando como mecanismo de acción el efecto de esta sustancia en la propia membrana celular, en la actualidad, se están modificando estos planteamientos. Así, el alcohol interactúa con determinadas proteínas que están situadas en la membrana neuronal y son las responsables de la transmisión de señales. La mayor parte de las acciones del alcohol se deben a dos receptores concretos: el receptor GABAA (o

GABA_A (ionóforo Cl⁻) del aminoácido GABA y el receptor NMDA (N-metil-D-aspartato) del glutamato. El GABA es el neurotransmisor inhibitorio por excelencia del Sistema Nervioso Central, esto es, las neuronas que lo utilizan disminuyen de forma transitoria las respuestas de otras neuronas a estímulos posteriores. Por su parte el glutamato (junto con el aspartato) es el neurotransmisor excitador por excelencia, así, la respuesta de las neuronas inervadas por neuronas glutamatérgicas se ve aumentada. El alcohol potencia la acción del GABA y antagoniza la acción del glutamato, por lo que a nivel cerebral el alcohol potencia al inhibidor e inhibe al excitador. Por tanto, sus acciones son propiamente las de un depresor del sistema nervioso central.

La dopamina es un neurotransmisor, que se deriva de la tirosina, un aminoácido muy común. Cuando en el cerebro existe una deficiencia de esta sustancia, se presenta la enfermedad de Parkinson. En cambio un exceso de dopamina en el cerebro se ha asociado con la esquizofrenia. Los estimulantes como las anfetaminas y la cocaína, inducen la liberación repentina de dopamina en el cerebro. Cuando se alcanza un cierto nivel de dopamina, es común que las personas ingieran grandes cantidades de estos estimulantes y muestren reacciones psicóticas que, de alguna manera, son similares a las que presentan los esquizofrénicos. No es sorprendente que estas drogas estimulantes que elevan el nivel de dopamina en el cerebro, también produzcan síntomas de enfermedad mental. La serotonina se ha relacionado con el alcoholismo debido a que algunos estudios han mostrado que pequeñas disminuciones de su nivel en el cerebro, ocasionan que la persona beba más. Por otro lado, el aumento de la disponibilidad de serotonina en el cerebro disminuye, al parecer, la ingestión de alcohol en los animales y seres humanos dependientes de él (Wallace, 1990).

Otro neurotransmisor relacionado con las adicciones, es la noradrenalina, esta sustancia es sintetizada en el cerebro a partir de la dopamina. Al parecer, la noradrenalina tiene importancia en la adicción al alcohol, heroína, codeína, morfina, oxicodona y otras drogas opiáceas-narcóticas, ya que el nivel de esta sustancia química es muy elevado durante los períodos de abstinencia de los narcóticos. Cuando este alto nivel de

noradrenalina en el cerebro de un adicto a los narcóticos disminuye debido al uso de ciertos medicamentos, se alivia el ansia intensa de drogas y la persona puede liberarse de ellas. Es muy probable que también aumente los niveles de este neurotransmisor en las personas alcohólicas durante la abstinencia, y que estos aumentos provoquen la ansiedad por ingerir alcohol.

La actividad de estos neurotransmisores es, en sí misma, de especial interés en el campo del alcoholismo, pero el hecho de que puedan combinarse con otras sustancias para formar diferentes productos químicos en el cerebro, es incluso más trascendente. Una de las sustancias con la cual los neurotransmisores pueden reaccionar es el acetaldehído, el primer producto de la degradación del alcohol en el cuerpo (Wallace, 1990).

Factor fisiológico

Desde el factor fisiológico, el problema es que el alcohol puede ser absorbido muy rápidamente por el cuerpo pero eliminado con mucha lentitud. Después de ser ingerido pasa al estómago, luego al intestino, es en el duodeno donde se produce la mayor parte de la absorción, una vez en él es transportado y pasa por el hígado donde se produce la transformación mayor, de ahí a la corriente sanguínea y al sistema nervioso central, donde se produce los cambios de comportamiento. Por otro lado, en el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y de otras sensaciones deseables; después de exponernos de manera prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios que produce el alcohol, por lo que nos volvemos dependientes de él.

El alcohol es metabolizado principalmente por el hígado, pero el riñón y los pulmones eliminan parte de él por medio de la orina y el aliento. En el hígado el alcohol se convierte en acetaldehído por medio de la enzima alcohol deshidrogenasa, el cual es mucho más tóxico que el alcohol. El cuerpo trata de eliminarlo lo más pronto posible ya que si el acetaldehído se acumula en nuestro sistema, nos enfermamos gravemente. El grado de tolerancia al alcohol va a depender de la rapidez con la que la persona ingiera

la bebida, además sus efectos pueden aumentar por el uso de otras drogas como los sedantes, analgésicos, barbitúricos, anticonvulsivos y antihistamínicos (Sánchez-Turet, 1999).

Los efectos del alcohol dependen del ritmo de ingestión, la cantidad que se ingiera, su dilución y el estado de ayuno. Circunstancias como la menstruación, el embarazo, la epilepsia, los traumas, y el insomnio disminuyen la tolerancia al alcohol. Las bebidas alcohólicas traen en grados la cantidad de alcohol que contienen, los grados equivalen al porcentaje de alcohol, así el whisky, el ron, el coñac, tienen del 42 al 44%, la cerveza tiene 4-12% y los vinos del 10 al 24%. La relación entre cantidad ingerida, niveles sanguíneos y efectos del alcohol, considerado en un hombre de 75 kilos con estómago vacío es, la siguiente:

1.1 Tabla de relación entre cantidad ingerida, niveles sanguíneos y efectos del alcohol.

Cantidad de alcohol	Nivel sanguíneo	Efectos	Tiempo de eliminación
1 whisky o ron	30 mg%	Leve cambio de sentimientos	2 horas
2 whiskies o ron	60 mg%	Sentimientos de euforia y relajación	4 horas
3 whiskies o ron	90 mg%	Hablador, ruidoso con exageración de la euforia o emoción	6 horas
4 whiskies o ron	120 mg%	Inestable en la marcha, lenguaje arrastrado	8 horas
5 whiskies o ron	150 mg%	Intoxicación	10 horas

Fuente: Velásquez, 2004.

Cuando los niveles pasan de 150 mg%, casi siempre hay intoxicación, con niveles de 300 mg% se puede llegar a la inconsciencia y en muchos casos a la muerte (Velásquez, 2004).

El consumo de alcohol produce daños en casi todos los sistemas orgánicos siendo más notorio en unas personas que en otras. El uso excesivo de alcohol produce complicaciones de tipo médico como: intoxicaciones, hígado graso, cirrosis hepática, gastritis, úlcera gastroduodenal, insuficiencia hepática, polineuritis, síndrome de dependencia al alcohol. Además el alcohol tiende a desencadenar cuadros psiquiátricos como depresión, psicosis, demencia. El alcohol afecta de diferente manera a hombres y mujeres, ya que al ingerir iguales cantidades de bebida las mujeres tienen más daños orgánicos y probabilidad a la dependencia, esta diferencia se produce debido a que la mujer al tener menor volumen corporal y menor contenido de agua que el hombre, hace que el alcohol tenga mayor concentración y cause mayores consecuencias. Igualmente existen problemas con la mujer alcohólica embarazada causando en el feto el síndrome del alcoholismo fetal.

La tolerancia

Es importante hablar del factor de la tolerancia, ya que es una de las características importantes para que se produzca la dependencia al alcohol. La administración repetida de alcohol produce una disminución de la intensidad de sus efectos, conocida con el nombre de tolerancia (Ayesta, 2002). De este modo, este fenómeno implica la necesidad de incrementar la dosis de alcohol para conseguir el mismo efecto. Bajo este proceso subyace una adaptación del organismo frente a la presencia continuada de una sustancia extraña. Se pueden distinguir dos formas de tolerancia al alcohol: la tolerancia farmacocinética, producida por cambios adaptativos de tipo metabólico, y la tolerancia farmacodinámica, que implica cambios neuronales. En cuanto a la tolerancia farmacocinética se debe considerar que a nivel metabólico el alcohol a dosis altas da lugar a la inducción enzimática del sistema oxidativo microsomal encargado de la

metabolización del alcohol. Esto ocasiona que a igualdad de ingesta las alcoholemias sean menores.

Por su parte, la tolerancia farmacodinámica hace referencia a un proceso de adaptación celular. El alcohol altera las membranas celulares, modificando el orden de los ácidos grasos y dando lugar a una estructura más fluida. A la vez, la célula en un intento de mantener su equilibrio interno, se vuelve más rígida para resistir mejor el efecto del alcohol. Éste y otros mecanismos similares se conocen como tolerancia farmacodinámica y se manifiestan como un menor efecto en igualdad de niveles plasmáticos de alcohol. Algunos autores distinguen varios subtipos de tolerancia farmacodinámica (Ayesta, 2002):

- Tolerancia aguda: a igualdad de alcoholemia se produce más efecto cuando los niveles plasmáticos están subiendo que cuando están bajando.
- Tolerancia conductual: las personas que ingieren habitualmente alcohol mientras realizan una tarea, presentan tolerancia al alcohol para esa tarea, es decir, son capaces de realizarla correctamente aun con dosis de alcohol que impedirían la ejecución en otros individuos.
- Tolerancia celular: adaptaciones celulares a la exposición crónica de alcohol que se traducen en una menor respuesta a sus efectos. Los mecanismos por los que esta adaptación se produce pueden ser varios: cambios en el número de receptores, en los segundos mensajeros, en el número o sensibilidad de canales, etc.

Se conoce también que existe una tolerancia cruzada para el alcohol y otras sustancias adictivas. Este fenómeno implica que una persona que ha desarrollado tolerancia al alcohol experimentará también tolerancia a determinadas sustancias que comparten su patrón de acción, como las benzodiazepinas y los barbitúricos. Por este proceso, un sujeto adicto al alcohol necesitará mayor cantidad de benzodiazepinas que un sujeto no alcohólico para lograr el mismo efecto (Miller y Gold, 1993)). También es importante tomar en cuenta otro tipo de manifestación de la tolerancia, que es conocida como

tolerancia invertida. En algunos alcohólicos, ya en estas fases avanzadas de la enfermedad, un pequeño consumo de alcohol es suficiente para producirles embriaguez. Podemos concluir que este hecho es ya un reflejo de la incapacidad del hígado para metabolizar el alcohol correctamente.

Síndrome de abstinencia

Ahora nos vamos a enfocar en el tema de la abstinencia que es otro factor para entender la dependencia al alcohol. Souza y Machorro (1988) en su libro “Alcoholismo: conceptos básicos”, nos dicen que “el fenómeno de la abstinencia en general ha sido descrito para considerar la dependencia al alcohol. Es un cuadro clínico que aparece ante la supresión o reducción de alcohol después de un periodo de días o meses de consumo constante de bebidas alcohólicas” (p.90). Después de unas horas aparece un pronunciado temblor en manos, lengua y párpados, y por lo menos algunos de los siguientes síntomas: náusea y vómitos, malestar o cansancio, hiperactividad autonómica, que se manifiesta a través de taquicardia, sudación, elevación de la tensión arterial, estado de ánimo depresivo o irritabilidad. El cuadro clínico más importante que produce el síndrome de la abstinencia es lo que se denomina *delirium tremens*.

Fases de evolución del alcoholismo

En la actualidad, la mayor parte de los alcohólicos se inician en el alcohol antes de los 18 años y a esta edad muchos adolescentes tienen ya serios problemas; sin embargo, las complicaciones serias con el alcohol ocurren alrededor de diez años después de haber iniciado el consumo. El alcoholismo se considera una enfermedad crónica progresiva con mejorías y recaídas, los futuros alcohólicos beben moderadamente en un principio, pero van aumentando progresivamente hasta que en pocos años ya no pueden parar, aparecen ‘lagunas’, problemas familiares y complicaciones físicas. Según Jellinek, las cuatro etapas de la evolución de la enfermedad son:

1. **Fase pre-alcohólico oculta.** El individuo bebe en su medio social y atribuye a éste los problemas que surgen, no hay alteraciones físicas ni todavía problemas en su funcionamiento.

2. **Fase prodrómica.** Aparecen las ‘lagunas’. El individuo empieza a preocuparse de su manera de beber.
3. **Fase básica o decisiva.** El individuo pierde el control en la ingesta, en cuanto bebe la primera copa continúa hasta estar intoxicado, luego se abstiene varios días o meses hasta volver a la primera copa. Establece una serie de racionalizaciones para justificarse, promete enmendarse múltiples veces, deja el trabajo y empieza su deterioro físico y social.
4. **Fase crónica.** El enfermo se embriaga en el día y durante el trabajo, consume colonias, lociones, alcohol médico. Hay irritabilidad y deterioro de la personalidad. Se embriaga con pequeñas cantidades y son frecuentes las psicosis alcohólicas (Toro y Yepes, 2004, p. 94).

1.4 Punto de vista psicológico

Desde el punto de vista psicológico y emocional, el alcohol desarrolla un hábito mental que complementa al hábito fisiológico. Los motivos que las personas justifican para su consumo de alcohol pueden ser muchos desde un desengaño amoroso, una actitud de miedo ante las responsabilidades de la vida, la pérdida de un ser querido, problemas económicos, hasta una sensación de soledad, de ausencia de estímulos constructivos y de metas valiosas en la vida, etc. Las verdaderas causas entendidas como algo más profundo que los motivos superficiales, consisten en una combinación de factores concurrentes. La persona que busca solucionar sus problemas o un alivio a sus ansiedades con el alcohol lo hace porque su capacidad personal para enfrentarse a conflictos normales de la existencia está disminuida. Toda persona bien ajustada es capaz de lidiar con los reveses y adversidades, incluyendo los de carácter demoledor. Pero el alcohólico no es una persona bien ajustada, por eso una de las causas básicas del alcoholismo es la tendencia a eludir las ansiedades mediante un escape. “El autoengaño, la depresión reactiva y/o la neurosis alcohólica, la inmadurez personal constituyen rasgos comunes en el bebedor activo” (Freixa, 1996, p. 183).

Es conveniente considerar otros factores psicológicos tales como personalidad, familias, estrés en el medio ambiente, falta de objetivos en la vida, etc., que influyen en el alcoholismo. Como consecuencia del uso del alcohol se pueden producir alteraciones en las relaciones interpersonales, en el funcionamiento laboral, olvidan sus patrones morales de conducta, su raciocinio se ofusca y proyectan la culpa en otros, además del deterioro de las funciones cerebrales y de la salud. También se debe considerar la influencia que la familia ejerce en el desarrollo psicológico del individuo que llega a ser alcohólico. La familia, a pesar de los esfuerzos que hace para evitar que siga bebiendo el miembro, lo que terminan es reforzando la conducta alcohólica del sujeto enfermo.

Teorías

Para entender de una manera más amplia la parte psicológica del alcoholismo vamos a considerar a continuación algunas teorías psicológicas. **Breuler** adjudica como una de las causas desencadenantes más representativas del alcoholismo al desamparo infantil. **Adler** atribuyó la dipsomanía a un esfuerzo y deseo del sujeto en transe de eliminar sentimientos poderosos de inferioridad y por tanto buscando subconscientemente marginar y evadir responsabilidades. **Schilder** atribuyó el alcoholismo a un estado de inseguridad 'perpetuo', propiciado por los padres en la niñez temprana. El niño es empujado a una especie de abismo de inseguridad por diversos motivos: ridiculización, pasividad, amenazas, castigos físicos y degradación. A pesar de que las amenazas provienen originalmente de los padres, el niño tiende a esperar aquello también de los demás, tanto que presenta un claro temor a las relaciones personales. **Strecker** considera el alcoholismo como una evasión de un complejo de sentimientos de insuficiencia, relacionados con el medio social, provocando una reacción de introversión en serie, si bien muchos alcohólicos, son ya predominantemente introvertidos antes de crear su enfermedad alcohólica. Alcohólicos con una conducta de ajuste neurótico de su personalidad, poseen antecedentes de un medio infantil exagerado exigente, lo cual a su vez creó en ellos fenómenos de ansiedad. Por otro lado, alcohólicos con una conducta antisocial, poseen más antecedentes de reacciones tempranas de privación, rechazo, marginación, indiferencia (Vega, 1979).

Los grupos **conductistas** también han señalado que el sujeto alcohólico aprende a beber, bebe excesivamente y permanece en el alcoholismo por lo que el alcohol le sirve a un propósito ‘útil’. En otras palabras, su conducta de bebedor le recompensa y le refuerza de una manera continuada. El ‘premio’ puede estar constituido por los cambios psicológicos placenteros que induce el alcohol, la supresión subjetiva del estrés o la posibilidad de vivenciar experiencias distintas y agradables. “La conducta aprendida del bebedor joven es resultado de su necesidad de copiar un comportamiento adulto y que los efectos reforzadores son variables en cada caso: la aprobación del grupo, la facilitación social, la relajación ante penalidades cotidianas, la posibilidad de sentirse independiente y seguro de sí mismo” (Souza y Machorro, 1988, p. 3).

En cuanto a los factores de **aprendizaje** se ha reportado que los niños tienden a imitar la conducta de los parientes bebedores, particularmente la de los padres, sobre todo cuando los niños son estimulados a beber desde temprana edad. Esto se da en mayor frecuencia en el hombre que en la mujer. Se considera que el proceso de aprendizaje puede contribuir de una manera específica a desarrollar la dependencia al alcohol a través de la experiencia repetida, o bien cuando se han sentido los síntomas de la privación. Desde este punto de vista, “la evasión del malestar y de otros síntomas, que se presentan como consecuencia, pueden actuar como un reforzador que cierra el círculo vicioso de la ingestión alcohólica intensa” (p. 3).

Aspectos individuales

No existe un patrón de personalidad típicamente alcohólico pero algunos estudios muestran mayor incidencia de depresión, ideación paranoide, poco control de impulsos, irresponsabilidad, agresividad y baja autoestima. Además describen también a los alcohólicos como más frecuentemente inmaduros, narcisistas, dependientes, hostiles y socialmente aislados, excepto cuando están bajo los efectos del alcohol. Según **Goodwin** (2000), existen algunas diferencias entre las mujeres y los hombres alcohólicos, señala que las mujeres tienen más probabilidad de tener una enfermedad depresiva anterior o

que se inicia simultáneamente con el beber excesivo. El alcoholismo en las mujeres es más severo que en los hombres. Además, las mujeres empiezan a beber luego de un acontecimiento difícil en su vida como separación, pérdida o abandono del esposo o compañero, histerectomía, pérdida de un hijo o problemas de salud.

Comorbilidad

También debemos destacar la importancia de la comorbilidad de los *trastornos de personalidad* en el alcoholismo, debido a la influencia que tiene en estos pacientes en su vida, en el proceso de recuperación así como en el riesgo para una recaída. De acuerdo a un estudio realizado por Zimmerman y Coryell (1989), con una muestra de 797 sujetos, de los cuales 145 fueron diagnosticados de un trastorno por abuso o dependencia del alcohol. Se observó que los trastornos de personalidad estuvieron presentes en un 17,9% de la muestra y en un 43,4% en sujetos afectados por el alcoholismo. El trastorno de personalidad antisocial era el más frecuente con una tasa del 13,8%, seguido del pasivo agresivo con 9,7% y el histriónico con 7,6%. De esta forma, se pone de manifiesto el aumento de la probabilidad de tener un trastorno de personalidad si se presenta un diagnóstico de abuso o dependencia del alcohol, o viceversa. Por otra parte, dentro de los diferentes trastornos de personalidad, el abuso o dependencia al alcohol se distribuye de forma no homogénea. De hecho, la probabilidad de tener un diagnóstico añadido de abuso o dependencia al alcohol es mucho mayor para los que reciben un diagnóstico de trastorno antisocial o límite (un 76,9% de estos lo presentan), seguidos por el trastorno pasivo agresivo, con un 53,8% y del histriónico con un 45,8% de sujetos con este trastorno. En el extremo contrario se encuentran los sujetos con trastorno de personalidad dependiente con tan sólo un 7,1% de afectados por problemas de alcohol, seguidos por los evitativos con un 20% de alcohólicos (Landa, 2004).

La comorbilidad con la *depresión* es otro factor a considerar para entender la problemática del alcoholismo, ya que los alcohólicos que se encuentran en proceso de recuperación presentan episodios frecuentes de depresión exógena, la misma que ocurre en respuesta a una situación externa a nosotros, durante las primeras etapas de

tratamiento, la cual no necesita ser tratada con medicamentos. La depresión muestra una aceptación pasiva y triste de la adicción química, además exprese la desesperanza, consecuencia de los repetidos intentos de reducir las dosis ingeridas, de experiencias de desafío o desplante o de los repetidos fracasos para llegar a una abstinencia temporal más persistente (Freixa, 1996). La depresión endógena, afecta a un número menor de alcohólicos, este tipo de depresión se produce por factores biológicos internos, más que por sucesos ambientales. Es posible que dos sustancias químicas del cerebro, la serotonina y la noradrenalina estén implicadas en este problema. Por lo cual en este caso se debe utilizar antidepresivos (Wallace, 1990).

Otro problema es que algunos alcohólicos sufren de una *psicosis maniacodepresiva*, por lo que sus estados de ánimo varían radical y regularmente de altos y bajos. Las personas maniacodepresivas son excitables, habladoras y dadas a los movimientos, declaraciones y pensamientos rápidos, y con frecuencia sus juicios son pobres y sus reacciones impulsivas. Algunos alcohólicos desarrollan enfermedades mentales como la esquizofrenia, por lo que necesitan un tratamiento a base de medicamentos.

Las *fobias*, son otro tipo de problema que pueden sufrir los alcohólicos en el trascurso de su recuperación. Las fobias son temores irracionales a determinados objetos, personas, eventos, animales o situaciones. Si bien el sujeto que las sufre sabe qué es lo que le da miedo, desconoce su origen. Puede reconocer sus efectos, pero es incapaz de hacer algo para evitarlos. En los alcohólicos, estos miedos específicos pueden responder favorablemente a una técnica conductual llamada desensibilización sistemática.

Enfoque psiquiátrico

Desde el enfoque psiquiátrico, el alcoholismo lleva conjuntamente manifestaciones neurológicas y a su vez éstas llevan también a alteraciones psiquiátricas (Cueva, 1979). El alcoholismo produce alucinaciones alcohólicas, el delirio de celos, la embriaguez patológica, la dipsomanía. Entre las manifestaciones neuropsiquiátricas tenemos

temblor, la epilepsia, el *delirium tremens*, la psicosis de *Korsakoff*, la demencia alcohólica y otras manifestaciones más.

La abstinencia forzada de un bebedor crónico, ya sea por enfermedad, accidente o por falta de dinero produce el *delirium tremens*, que se caracteriza por síntomas como: excitación psicomotriz, fiebre elevada, sudoración profusa, trastornos confusionales, trastornos alucinatorios, sobre todo visuales, táctiles y auditivos, trastornos en la orientación. Hay una verdadera desorientación temporo-espacial con perturbaciones del equilibrio, además el enfermo percibe que se mueve todo de una manera extraña, por ejemplo el piso, las paredes, los personajes le son imaginarios; así como también manifestaciones neurológicas como: temblor y alteraciones convulsivantes. El *delirium tremens* se presenta particularmente en bebedores intensos o antiguos después de muchos años de continuo hábito.

La *alucinosis alcohólica* también es una psicosis aguda y suele ir precedida de pesadillas y se caracteriza por presentar alucinaciones de tipo auditivo en el que el alcohólico oye ruidos, fonemas, voces acusadoras, insultantes, interrogatorios acerca de su persona, la gente habla de sus intimidades y lo amenaza; además se presentan alucinaciones visuales que toman el carácter de formas humanas distorsionadas, de animales, o de actitudes o situaciones de riesgo o catástrofe personal. La angustia es a veces extrema llegando en ocasiones a impulsar al sujeto a suicidarse.

Otra de las manifestaciones psiquiátricas es el *delirio de celo*, también conocido como *psicosis paranoide alcohólica* o *paranoia alcohólica* se produce por la disminución de cariño y rechazo a las relaciones sexuales por parte de la mujer hacia el sujeto, estos elementos constituyen motivos de celos para el paciente, al igual que la disminución sexual que puede llegar a la impotencia. La *demencia alcohólica* se presenta después de un prolongado hábito de ingerir grandes cantidades de alcohol. Se caracteriza por una

pérdida de la capacidad intelectual lo bastante intensa como para interferir con el funcionamiento social y laboral. Existe un deterioro de la memoria y por lo menos algunos de los siguientes síntomas: deterioro del pensamiento abstracto, incapacidad para encontrar semejanzas y diferencias entre palabras y dificultad en la definición de palabras y conceptos así como en otras tareas similares, deterioro de las funciones mentales superiores, dificultad, obstrucción o incapacidad para el ensamblaje de bloques o para poner palillos en orden de acuerdo a modelos específicos. Además modificaciones en la personalidad (Cueva, 1979).

La dipsomanía en el siglo XIX era considerada un sinónimo culto de alcoholismo, en nuestro medio llamada, borrachez o embriaguez. Se empleó posteriormente para designar, más específicamente, el denominado también ‘alcoholismo periódico’, por su clínica de episodios precipitados por una necesidad, en apariencia espontánea de la ingestión de bebidas alcohólicas con intervalos de abstinencia o incluso de ingestión sin síntomas. Los episodios son característicos no sólo por embriaguez u otras manifestaciones de comportamiento alcohólico, sino por la dificultad de pronóstico o predicción de la aparición de los episodios. Modificaciones neurológicas, bioquímicas o tensiones psicológicas se han especulado como causales en dichos episodios (Freixa y Sánchez-Turet, 1999).

1.5 Punto de vista psicoanalítico

El factor psicoanalítico es de gran importancia para conocer la parte inconsciente del alcohólico. El alcoholismo no es un concepto psicoanalítico. **Freud** refiere que la experiencia en la niñez influye potencialmente en la personalidad del adulto. El desarrollo de la personalidad involucra una serie de conflictos entre el individuo, para satisfacer sus impulsos instintivos, y el mundo social, el cual restringe este deseo. A través del desarrollo, el individuo encuentra maneras de obtener satisfacción hedonista como sea posible, dadas las restricciones de la sociedad. Freud propuso que las membranas mucosas del cuerpo podrían ser la fuente física de los impulsos del ello, las

zonas erógenas donde se enfocaba la libido. Estas zonas son responsables en gran medida de la sensación y pueden estar asociadas en el aumento y reducción de la tensión, como el modelo de la libido lo requiere. El lactante en la fase oral centra su placer en la zona erógena de la boca, ya que desea ser alimentado inmediatamente siempre que tenga hambre, esta alimentación se retrasa a veces hasta que sea por completo destetado el infante, por lo que se crea un conflicto en la fase oral del niño, que facilitaría una regresión oral (Cloninger, 2003).

Los adultos que han quedado fijados en esta etapa se preocupan excesivamente por las actividades orales: comer, beber, fumar y besar (Schultz, y Schultz, 2010). Para Freud (1910/1972i):

No todos los niños realizan este acto de succión. Debe suponerse que llegan a él aquellos en los cuales la importancia erógena de la zona labial se halla constitucionalmente reforzada. Si esta importancia se conserva, tales niños llegan a ser, en su edad adulta, inclinados a besos perversos, a la bebida y al exceso en el fumar; mas, si aparece la represión, padecerán de repugnancia ante la comida y de vómitos histéricos (p. 1200).

Freud consideró que todo el comportamiento humano estaba motivado por las pulsiones, las cuales no son más que las representaciones neurológicas de las necesidades físicas. Las pulsiones de vida perpetúan la vida del sujeto motivándole a buscar comida, agua y la vida de la especie, motivándole a buscar sexo. Freud más tarde empezó a creer que las pulsiones de vida no explicaban toda la historia, empezó a considerar que debajo o a un lado de las pulsiones de vida había una pulsión de muerte. La prueba cotidiana de la pulsión de muerte y su principio de nirvana está en nuestro deseo de paz, de escapar a la estimulación, en nuestra atracción por el alcohol y los narcóticos, en nuestra inclinación a actividades de aislamiento, como cuando nos perdemos en una película o en un libro y en nuestra apetencia por el descanso y el sueño. En ocasiones esta pulsión se representa

en forma más directa como el suicidio y los deseos de suicidio. Y en otros momentos, tal y como Freud decía, en la agresión, crueldad, asesinato y destructividad (Gautier, 2002)

Para **Knight** el alcoholismo también se debe a una fijación oral, debido a la influencia de una madre indulgente y de un padre inconstante e incumplido. Considera que el mimo hipertrofiado, ejercido por una madre demasiado permisiva, desencadena que el niño no aprenda el dominio de sí mismo, reaccionando con demasiada ira frente a cualquier frustración. Por otro lado, la ira es alimentada por un padre inconstante, el mismo que no tiene criterios estables de gratificación, estimulando o rechazando imprevisiblemente. Estos fenómenos producen a nivel de la personalidad del hijo: dependencia, rechazo, deseo de indulgencia, sentimientos de inferioridad y sentimientos de culpa (Vega, 1979).

1.6 Punto de vista social: efectos y problemas

Para entender al alcoholismo desde lo social es necesario recordar que las bebidas alcohólicas han estado presentes en la vida del hombre desde que éste aprendió a fermentar jugos de productos vegetales para transformarlos en bebidas alcohólicas. Su fácil elaboración y el sabor agradable de muchas de ellas las difundieron por todo el mundo, como fuente de satisfacción y placer, acompañamiento de las comidas, elemento obligado en fiestas y celebraciones y factor de la vida social. El consumo en sí de bebidas alcohólicas no representa un problema, el problema radica cuando la persona utiliza el alcohol por el efecto falsamente estimulante y desinhibidor que en un principio produce, cuando en realidad se trata de una droga depresiva que afecta las funciones superiores de la mente y el sistema nervioso, para olvidarse de las preocupaciones y ansiedades de la vida; posteriormente una embriaguez más intensa como una necesidad en sí misma, que unida a una predisposición genética, conduce a esa persona a beber de manera continua. El ambiente social de fiestas y reuniones facilita el beber más allá de lo prudencial; inclusive las condiciones sociales que se extienden fuera del círculo familiar como presión del grupo de amigos, condiciones socio-económicas de su vida

personal, familiar, laboral y social en general, influyen poderosamente para que esa persona termine en alcohólico.

Epidemiología

El alcoholismo representa uno de los problemas socioeconómicos y sanitarios más graves del mundo occidental. Una posible explicación radica en el hecho de que el alcohol constituye una sustancia de fácil adquisición, socialmente aceptada, con una gran tradición cultural vinculada a los intereses económicos que se mueven en torno a ella y utilizada en buena parte como motivado de las relaciones sociales. “El alcoholismo como un problema social tiene un impacto negativo en las vidas de un segmento considerable de nuestra población y sobre el mismo existe un amplio número de personas con gran preocupación” (Pupo et al. 2009, p. 7). Para considerar la magnitud de las consecuencias del uso del alcohol, no sólo se tiene en cuenta el número de alcohólicos o dependientes del alcohol, el cual varía entre el 1 y el 10% de toda la población, sino los indicadores directos e indirectos del uso de alcohol y de los problemas causados por éste que afectan no sólo al bebedor sino a su familia y a la sociedad misma.

El período de la vida en el cual es más frecuente la bebida está entre los 20 y 64 años de edad. Hasta hace pocos años, en la década de los 80, se afirmaba que por cada 11 hombres alcohólicos existían dos mujeres también alcohólicas. Estudios recientes demuestran que la situación ha variado en forma drástica ya que por cada 3 hombres alcohólicos hay 1 mujer alcohólica. Las mujeres empiezan a beber más tarde, pero llegan a grados severos más rápidamente que los hombres. Un 50% de las mujeres alcohólicas tienen esposo alcohólico y sólo un 10% de los hombres alcohólicos tienen esposas alcohólicas. Un alcohólico vive de 10 a 12 años menos en promedio que un no bebedor y tiene siete veces más posibilidades de separarse o divorciarse.

Aspectos socio-culturales

Los factores socioculturales son de gran importancia, ya que de ahí se considera al alcoholismo como ‘enfermedad social’, por lo que debemos considerar todas aquellas circunstancias en las que la sociedad expone al individuo al consumo de alcohol como una disponibilidad de bebidas alcohólicas, por eso en regiones de alta producción del alcohol, con muchos lugares de expendio y patrones de consumo que permiten su uso continuo, se observan las tasas más altas de abuso; así mismo, existe una relación directa entre el nivel de consumo y los problemas causados por el alcohol. Entre los factores ambientales capaces de determinar un consumo elevado, pueden citarse rápidos cambios sociales, la influencia de personas o sociedades que son grandes consumidoras, rápido enriquecimiento, modernización acelerada, propaganda indiscriminada, circunstancias laborales que multiplican las oportunidades de beber o favorecen el contacto directo con el alcohol, puestos de trabajo aislados o en campamentos, en donde la falla de los controles o ausencia de los mismos y la presión del grupo son factores coadyuvantes. La presión social puede impulsar la bebida con motivo de: situaciones ligadas al deporte, festividades religiosas, ocasiones creadas con este mismo fin, como el ‘San Viernes’, en Ecuador, y festejar los diversos acontecimientos de la vida de las personas, desde el nacimiento hasta la muerte (Pacurucu, 1996,).

Podemos evidenciar que el consumo de alcohol en nuestra sociedad se ha visto incrementado en los últimos años, y ello ha generado la idea de que la frecuencia de la dependencia alcohólica y las incapacidades relacionadas con el consumo excesivo se encuentran vinculadas con un tipo de consumo social de alcohol. El alcoholismo y el consumo de drogas son actualmente concebidos en algunos lugares como vicios. Esto se explica dada la ambivalencia social que como fenómeno vive la comunidad, lo cual propicia que permanezcan confusos los conceptos de uso, abuso y mal uso de drogas. “Basta señalar que la propia sociedad induce al consumo de sustancias químicas, pero al mismo tiempo no tolera la intoxicación; favorece su producción, distribución y consumo, y sin embargo no tolera las incapacidades que desarrolla el individuo como consecuencia del uso de tales sustancias” (Souza y Machorro, 1988, p. 136).

Además los efectos sobre los anuncios comerciales de bebidas alcohólicas es un tema de gran importancia, ya que el alcohol ha sido uno de los productos más anunciados en todo el mundo durante las dos últimas décadas. La publicidad sobre el alcohol puede aumentar el consumo entre los bebedores fomentando su bebida en mayores cantidades en cada ocasión o incrementando el número de ocasiones en que se bebe. Los investigadores, guiados por la tradicional epidemiología social sobre alcohol, han evaluado una gran variedad de problemas sociales relacionados con el consumo en encuestas realizadas a la población general, incluidos problemas con la familia, amigos y compañeros de trabajo, de tipo económico o con la policía (arrestos). “Visto desde un punto de vista sociológico, la mayoría de consecuencias sociales del consumo de alcohol se deberían a dos factores: la conducta especial del bebedor y la reacción de los demás como la familiar, de un amigo, policía, compañero de trabajo, etc., frente a esa conducta” (Edwards et al, 1997, p.57).

Para analizar el alcoholismo, se puede partir de su consideración como forma de desviación social. La raíz del alcoholismo está ante todo en la enajenación de la personalidad; el no reconocimiento por parte de ellos de las normas imperantes en las relaciones sociales. Podríamos decir que cuando el individuo cae en un estado de tal dependencia comienza a producirse en él cambios físicos y psíquicos de repercusión social, llegando a un estado de, en muchos casos, degradación donde no le interesa ni su propia vida, solamente piensa en proporcionarse el tóxico de cualquier forma sin tener nada excepto esto, como meta en su vida cayendo así en un estado de desintegración, de desorganización de su personalidad. Consideramos alcohólico a aquel individuo que como consecuencia de su enfermedad presenta una conducta desviada respecto a: determinadas normas sociales del comportamiento del individuo, modificación de los criterios axiológicos, ruptura entre el individuo y el medio social. Cuando un individuo llega a este estado, podemos decir que está presentando una conducta desviada, ya que ésta es la violación de las normas de su propio grupo o de la sociedad en su conjunto por el individuo, y ésta es una forma negativa del comportamiento social del individuo por

cuanto se desvía de las normas que determinan el funcionamiento de la sociedad en que vive (Pupo et al. 2009).

El alcohol es una poderosa droga que altera el estado anímico de la persona y cuando la consumen los niños, representa un serio peligro para el cuerpo y la mente que apenas están madurando. El alcohol puede entorpecer el raciocinio e interferir en las habilidades sociales aún en desarrollo y los logros académicos. Por ejemplo, las investigaciones demuestran que los adolescentes que abusan del alcohol podrían recordar un 10% menos de lo que han aprendido que los adolescentes que no beben. El alcohol también puede llevar a un aumento en la actividad sexual, exposición a las enfermedades transmitidas sexualmente, embarazos no planeados, comportamiento agresivo o suicidio, actividad delictiva, lesiones y muerte.

Aspecto familiar

La familia, por lo general, es la primera en percatarse que el consumo de alcohol en un determinado miembro ha comenzado a ser excesivo, en tanto ha comenzado a traer problemas en el funcionamiento de la dinámica familiar como son: desacuerdo conyugal, malos tratos a los hijos y cónyuge, violencia intrafamiliar, pobreza, descuido a los hijos, donde los niños son los más afectados produciéndoles problemas psicológicos como sentimientos de culpa, angustia o ansiedad, vergüenza, incapacidad para mantener relaciones interpersonales, confusión, enojo, depresión, autoestima inferior que otros niños. Además, los niños de padres alcohólicos tienden a responder peor que otros académicamente y los efectos sobre los niños pueden ser de toda la vida. En los adolescentes el riesgo de delincuencia juvenil es alto, al igual que el consumo de alcohol y drogas. Muchas veces es la familia quien decide llevar al alcohólico al médico y la primera en reconocer su condición de enfermo. “Es fundamental desarrollar acciones e intervención en la familia que como se reconoce en la literatura, también sufre alteraciones conocidas como codependencia, ya que ésta es sin lugar a dudas, la principal ayuda externa que puede recibir el sujeto enfermo” (Pupo et al, p. 16).

Aspecto laboral

En el aspecto laboral, todas las personas implicadas en el mundo del trabajo, empleados, sindicatos, empresarios, dan una gran importancia a los problemas derivados del consumo de alcohol y drogas por el personal laboral. Las repercusiones que el consumo de alcohol produce en la población laboral inciden tanto en los trabajadores como en la empresa. El consumo de alcohol tiene consecuencias para el trabajador como problemas de relación con el resto de compañeros, con conductas de agresividad verbal o física, problemas de salud, lo que da lugar a un mayor ausentismo laboral y a la mayor cantidad de incapacidades laborales transitorias, disminución del rendimiento, lo que produce una mayor compensación por parte de los compañeros generando conflictos interpersonales. Se reconoce que la pérdida de empleados valiosos debido a accidentes relacionados con el alcohol, la baja productividad, la disminución de la calidad de los productos, y las malas decisiones son algunos de los costos del alcoholismo en los negocios, la industria, la educación y las profesiones (Wallace, 1990).

Aspecto legal

En el aspecto legal, los mayores problemas que enfrenta el alcohólico son detenciones y multas por escándalo en la vía pública, amonestaciones por conducir en estado de embriaguez, prisión como consecuencia de atropellos, accidentes de tránsito con daños a terceros y muertes (Hermida, 1979). Según la Policía de Tránsito del Ecuador (2011), conducir en estado de embriaguez es la primera causa de muerte en el país. En el 2008 esta causa se ubicaba en el cuarto lugar. Si bien es la tercera causa de accidentes, es la primera por la violencia de los impactos. El 30% de los accidentes de tránsito en el Ecuador son consecuencia de conductores ebrios (Fuente: Diario Hoy, 2011).

Datos estadísticos

Según la Organización Mundial de la Salud, en el 2002, el alcoholismo representaba el 3.7% de mortalidad mundial, quinto factor de muerte prematura y discapacidad y provoca el 4.4% de la carga mundial de morbilidad (enfermedad). En hombres su consumo está relacionado con el 6.1% de las muertes, y entre mujeres fue del 1.1%. Además calcula que el 2002 el coste conjunto del consumo nocivo de alcohol podría ascender a 665.000 millones de dólares, lo que supondría el 2% del Producto Interno Bruto mundial. En el mundo 2.5 millones de personas mueren por el alcohol. El 9% de fallecimientos está en jóvenes entre 15 y 29 años por esa causa. En el mundo alrededor del 11% de bebedores han tenido episodios fuertes con la bebida cada semana. En Rusia y Estados Unidos una de cada cinco muertes se debe al alcohol. En América Latina ha aumentado su consumo en más del 20% siendo la cerveza la más utilizada (Fuente: Diario Hoy, 2007).

El consumo de alcohol en el Ecuador presenta un incremento alarmante. Según la Dirección Nacional de Salud Mental, del Ministerio de Salud Pública (MSP), en el 2000 el consumo de alcohol era del 21,4%; en el 2001 bajó levemente al 20,6%, pero en el 2003 subió al 23,9% y en el 2006 llegó al 23,5%. A nivel de regiones, la Amazonía representa el 36% de los casos, la Sierra el 33,5%, la Costa el 13,7%, y la región Insular es cercana al 0% (Fuente: Diario Hoy, 2007).

Estudios recientes sobre Percepciones sociales sobre drogas en Quito, realizados en mayo de 2010 por la Fundación Ayuda contra la Drogadicción, revelan que el 56% de los ecuatorianos ingiere alcohol, que es la sustancia de mayor consumo en el país. Además una de cada cinco personas entre 18 y 24 años consume alcohol habitualmente. En cuanto a la frecuencia de consumo, el estudio reveló que un 51.5% ingiere bebidas alcohólicas entre una y tres veces al año; 19% entre cuatro y diez veces; 13.6% entre 11 y 20 veces; 14.6% afirmó que casi todos los fines de semana toma y sólo un 0.5% bebe todos los días. Sobre el género de los consumidores, el estudio reveló que uno de cada

cinco hombres tiene un consumo habitual, mientras que el 40% de las mujeres consultadas confiesa tomar frecuentemente. El estado civil también influye en la frecuencia, así el 21.5% de los solteros bebe, el 22.2% de los divorciados y el 25% de los viudos. Datos que vinculan a la ingesta de licor con estados anímicos. A nivel educativo, quienes no estudian toman menos (13.4%) que los que acuden a alguna institución educativa (19.7%) (Fuente: Alarcón, El Comercio, 2011).

El alcoholismo es un problema que afecta muy seriamente no sólo al bebedor crónico sino a la sociedad misma, al punto que, según el informe de la OMS, publicado el 11 de febrero del 2011, el alcohol figura en el octavo lugar en el *ranking* de factores de riesgo de muerte, y en tercero de mayor importancia como riesgo de enfermedad y discapacidad “el alcohol causa casi el 4% de las muertes en todo el mundo más que el sida, la tuberculosis o la violencia” (OMS) (Fuente: CINU, 2011).

Informes de la OMS (2011) revelan que Ecuador es el segundo país en América Latina con mayor consumo de alcohol *per cápita*, con una ingesta de 9.4 litros de alcohol por habitante al año, superado en la región únicamente por Argentina, con 10 litros, en su mayor parte vino. En el Ecuador la ingesta nacional tiene que ver junto con la cerveza, en una tradición centenaria, presente en varios sectores del país, de elaborar bebidas de manera artesanal a base de la caña de azúcar, y también porque en Ecuador, en general, la socialización se entiende a través del consumo de alcohol (Fuente: BBC Mundo, 2011).

El suicidio es otro problema que produce el alcoholismo, ya que es mucho más frecuente entre los alcohólicos que entre los no bebedores, debido a la presencia de trastornos depresivos que incrementa sustancialmente el riesgo suicida en estos pacientes. La criminalidad también afecta a los alcohólicos, ya que no sólo el agresor sino también la víctima pueden estar alcoholizados, gran parte de los crímenes, violaciones a la ley y a

las personas están mediadas por alcohol. En Ecuador el 53.5% de muertes, entre homicidios y suicidios, en hombres, se debe al alcohol y drogas (Flacso, 2005).

1.7 Factores de riesgo

Los estudios dicen que en la vida de cada persona hay cierto número de factores que pueden dar lugar al uso de alcohol y drogas. Estos factores de riesgo son determinantes, y el tener conocimiento de ellos nos permitiría en muchos de los casos evitar o controlar la enfermedad del alcoholismo. Según Loor (CONSEP, 2011), los factores de riesgo para que un adolescente desarrolle alcoholismo son: tener una historia de alcoholismo en la familia, una actitud de aceptación e indiferencia, trastornos mentales y comportamientos violentos en los padres, poca preocupación de los padres que no saben cómo cuidarlo emocional o físicamente o no pueden brindarle el tipo de apoyo y orientación adecuado, la desinformación, cuando el joven no tiene una familia estable, no tiene hogar y vive solo. Otro factor importante es reconocer las señales de alerta como cambios en el comportamiento, ausencias frecuentes e injustificadas, rebeldía y descontrol de impulsos, problemas de conducta, sanciones, mentiras reiteradas, necesidad y búsqueda de dinero, cambios notables en los hábitos, somnolencia, aspecto desaseado, irritabilidad, agresividad al discutir el tema de drogas. También cuando el joven frecuenta a personas que abusan del alcohol y drogas, cuando hay mucho tiempo desaprovechado y no existe posibilidad de participar en actividades constructivas, imaginativas o creativas, cuando no hay oportunidades de empleo.

Es necesario considerar que la edad en la que una persona bebe alcohol por primera vez también es un poderoso factor para predecir si abusará o dependerá del alcohol a lo largo de su vida. Más del 40% de las personas que comienzan a beber antes de cumplir los 15 años, abusarán o dependerán del alcohol en algún momento de su vida. Según estudios realizados por la Universidad de Michigan (2006), a los niños les gusta experimentar, para el octavo grado el 41% de los niños norteamericanos ya han probado el alcohol, y para el décimo grado, este porcentaje sube al 62%. En Ecuador el consumo de bebidas

alcohólicas empieza a la edad de 12 años (CONSEP, 2011), en 1998 era de 14,8 años. Estudios recientes sobre Alcohol y adolescencia revelan que el 59% de los jóvenes consume alcohol de forma excesiva, mientras el 41% lo hace de forma moderada. Además, entre las causas principales del consumo están: tradición en hogares, el 59%; problemas sentimentales, el 57%; bajas calificaciones, el 55%; buscar compañía, el 49%; rebeldía en los hogares, el 42%; y, problemas familiares, el 38% (Fuente: Alarcón, El Comercio, 2011).

1.8 Componentes del tratamiento

En los componentes del tratamiento, el mejor factor es la prevención. Según Loor (CONSEP, 2011), indica que “el rol de la familia juega un papel muy importante en la prevención del alcoholismo con los siguientes aspectos: tener fuertes vínculos familiares, padres involucrados e informados, disciplina familiar adecuada, fortalecimiento y desarrollo de habilidades personales, adecuados estilos de comunicación y un adecuado estilo de resolución de problemas”. Además, la educación a nivel de escuelas y colegios también representa una orientación muy importante para prevenir en los niños y adolescentes el consumo de alcohol y drogas. También sería conveniente considerar el alcoholismo como un problema de salud pública y así existan campañas de prevención en áreas urbanas y rurales, encaminadas a educar a la familia y a los jóvenes en el no consumo de alcohol y en adultos a una manera responsable de consumo.

Para el tratamiento del alcoholismo se requiere una precisa evaluación y la individualización del enfoque terapéutico, ya que la situación personal del alcohólico es diferente por las fluctuaciones en el curso de la enfermedad, patrones de bebida, grado de dependencia, fases de evolución, severidad del problema y las diferentes características psicológicas y sociales, por lo que unos requerirán internamiento, otros podrán controlar su bebida, mientras que otros necesitarán una total y completa abstinencia, especialmente los dependientes severos. Los individuos persuadidos por la

familia a tratamiento son los que tienen mejor pronóstico de rehabilitarse que quienes no tienen estas presiones familiares. La inclusión de la familia es indispensable para la mutua recuperación. “Las metas en el tratamiento del alcoholismo son la recuperación de la salud física y mental, la abstinencia del alcohol y la reinserción familiar, laboral y social. Las fases del tratamiento son las siguientes: 1. Diagnóstico y evaluación. 2. Desintoxicación. 3. Motivación y deshabitación. 4. Rehabilitación” (Freixa, 1996, p. 268).

Para iniciar un tratamiento, el paciente debe estar definitivamente resuelto a tratarse. Los componentes del tratamiento son **farmacológicos**, si el paciente ha estado tomando por largo tiempo cantidades considerables de alcohol y éste se suspende bruscamente, el médico psiquiatra prescribirá medicamentos como: ansiolíticos, antidepresivos y otros, para controlar el síndrome de abstinencia. **Tratamientos psicosociales** en los que se incluye la **psicoterapia individual** mediante tratamientos conductuales con el objetivo de modificar algunos aspectos del comportamiento, se enseña al alcohólico otras formas de disminuir la ansiedad. Se utilizan técnicas como la relajación, autoafirmación y autocontrol. En lo cognitivo, para lograr un cambio de sus pensamientos y esquemas erróneos, la finalidad es que el paciente llegue a conocerse mejor a sí mismo, a comprender sus debilidades y a enfrentarse a las dificultades de la vida sin recurrir a vías de escape. La **terapia grupal** es la principal modalidad para el tratamiento de los pacientes alcohólicos tanto hospitalizados como ambulatorios; los grupos proveen para la resocialización, la práctica de habilidades sociales, control de impulsos, mejoran la autoestima y apoyan a la aceptación de la abstinencia.

También es necesario tomar en cuenta, según nuestro criterio, que dentro del tratamiento en los Centros especializados no debe haber el maltrato físico o psicológico, ya que éste sólo conlleva a un mayor resentimiento social por parte del alcohólico, por lo que se debe enfocar en un tratamiento donde haya respeto y comprensión al sujeto, a sus problemas y a sus necesidades.

Los grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos, son organizaciones que le permiten al alcohólico ser miembro de un grupo de apoyo integrado por alcohólicos y ex alcohólicos, es eficaz para contribuir a combatir la enfermedad mediante el aliento mutuo, la ayuda recíproca, el testimonio real de hombres y mujeres que han superado el alcoholismo y el consuelo y la esperanza que representa el poder compartir con otros una misma experiencia dolorosa, y a su vez, le proporciona herramientas para evitar la recaída.

1.9 Conclusiones

- El alcohol es un viejo problema de la humanidad y en la actualidad presenta caracteres alarmantes por el aumento en el consumo por parte de adolescentes y jóvenes, por lo que está afectando no sólo a la persona, sino a la familia y a la sociedad.
- El alcoholismo presenta varios puntos de vista con los que puede ser explicado por lo que se convierte en una enfermedad compleja, ya que además de tener una explicación fisiológica y psicológica, presenta una explicación psicoanalítica, que tiene un origen en el inconsciente por regresión a etapas primarias del individuo.
- Es necesario tratar al alcohólico en Centros especializados, no de manera sólo grupal sino individual ya que cada sujeto presenta su propia problemática. El alcoholismo al ser entendido y aceptado como enfermedad por el individuo bebedor crónico y por su familia, va a permitir y facilitar el tratamiento y recuperación de la persona, sabiendo que no está solo y que cuenta con el apoyo de la familia y de grupos afines, permitiendo su reinserción en la sociedad.

CAPITULO 2

MECANISMOS DE DEFENSA

El presente capítulo, que es el tema central de nuestro trabajo, nos va a permitir entender cómo actúan las defensas a nivel del inconsciente del individuo, desde distintos puntos de vista de varios autores de la personalidad, partiendo por Freud, que fue el primero en utilizar en su doctrina el término defensas, y por teóricos neofreudianos como Adler, Horney, Fromm, Klein y Sullivan, que tienen su propia explicación de los mecanismos de defensa. Además vamos a profundizar en el estudio de las principales defensas.

2.1 Definición

Bajo el punto de vista psicoanalítico, Vels (1990), define los mecanismos de defensa como “funciones psíquicas reguladoras, su misión, dentro del psiquismo es la de regular las cargas de energía (disminuyendo la tensión psíquica) para ‘proteger’ el equilibrio y evitar toda clase de trastornos o perturbaciones producidas por exceso de excitación emocional”. En cambio, Sullivan denomina los mecanismos de defensa como dinamismos, para él: “dinamismo es una configuración de energía relativamente duradera que se manifiesta por medio de procesos característicos en las relaciones interpersonales” (Blum, 1966, p. 81).

Los mecanismos de defensa en la teoría psicoanalítica tienen la función de evitar la censura del superyó, instancia psíquica estructurada a partir de la resolución del Complejo de Edipo. La represión es la principal defensa y los otros mecanismos son

auxiliares a éste. La represión es el mecanismo en el cual las representaciones censurables son eliminadas del discurso consciente. En la concepción de Freud las pulsiones no pueden ser eliminadas sino solo reprimidas en el inconsciente. La angustia juega un papel esencial en la producción de la defensa dentro de la teoría freudiana. Ella es una señal de alerta al yo que es la instancia intrapsíquica que produce los diversos mecanismos de defensa y de adaptación (Vels, 1990). La Asociación Psiquiátrica Americana, recientemente los ha recogido en una ‘Escala de mecanismos de defensa’ en el DSM-IV y el DSM-IV-TR, como eje diagnóstico para estudios posteriores y les ha dado el apelativo alerno de “estrategias de afrontamiento”.

2.2 Punto de vista de varios autores

Sigmund Freud

La primera teoría que vamos a considerar es la teoría de la personalidad de Freud que, probablemente, es la más conocida y la más controversial. Freud propuso que las fuerzas psicológicas inconscientes afectan en forma poderosa al pensamiento humano y al comportamiento. Para Freud, “los procesos psíquicos son en sí mismos inconscientes y los procesos conscientes no son sino actos aislados o fracciones de la vida anímica total” (Freud, 1915/1982, p. 17). Estas fuerzas se originan en la emociones de la niñez y continúan su influencias durante toda la vida. Freud afirmaba que “lo psíquico es un compuesto de procesos de la naturaleza del sentimiento, del pensamiento y de la voluntad, y además que existen un pensamiento inconsciente y una voluntad inconsciente” (Freud, p. 17).

Sigmund Freud fue el primero en emplear el término ‘represión’ en 1894 como sinónimo del concepto general de defensa, la lucha del yo contra las ideas o emociones dolorosas. En 1926 adoptó un criterio más específico ubicando la represión como uno más entre los mecanismos de defensa y su hija Anna perfeccionó y organizó mejor el concepto (A. Freud, 1946/2008).

Los mecanismos de defensa son defensas desarrolladas por el yo para manejar la ansiedad o prevenir su surgimiento. El yo reacciona con ansiedad cuando el organismo se halla expuesto a algún peligro. La ansiedad es una señal del yo que traduce sobrevivencia y cuando concierne a todo el cuerpo se considera como una señal de que el mismo está en peligro, se siente amenazado, abrumado. Es lo que conocemos como miedo. Para Freud, la ansiedad puede tener tres orígenes:

- La ansiedad de realidad, que es el temor que surge ante la amenaza o peligro reales.
- La ansiedad neurótica, que es consecuencia del temor de que los impulsos del ello se salgan de control y lleven al sujeto a cometer un acto por el que será castigado.
- La ansiedad moral, generada por el temor de los individuos a violar el código moral (Gautier, 2002).

Según Freud la ansiedad señala que el yo fracasa en su tarea de adaptarse a la realidad y de mantener una personalidad integrada. “La angustia es una de las reacciones defensivas del yo contra aquellos deseos reprimidos que han llegado a adquirir una gran energía” (Freud, 1910/1972e, p. 1551). Al definir la ansiedad Freud señaló que “es un estado afectivo desagradable acompañado de una sensación física que alerta a la persona de un peligro inminente, como una reacción a la percepción de un peligro exterior, esto es, de un daño esperado y previsto” (Freud, 1933/1973b, p. 2367).

Podemos decir que los mecanismos de defensa son una reacción normal y universal que, llevados al extremo, conducen a comportamientos compulsivos, repetitivos y neuróticos. Dado que es necesario consumir energía psíquica para establecer y mantener estos mecanismos, cuanto más a la defensiva actuemos, menos energía psíquica tendremos para satisfacer los impulsos del ello, y es esto es precisamente el objetivo que persigue el yo con los mecanismos de defensa: “evitar tener que enfrentarse

directamente a impulsos sexuales y agresivos y defenderse a sí mismo de la ansiedad que los acompaña” (Feist y Feist, 2007, p. 34).

Según Freud, el yo emplea varias estrategias para resolver el conflicto intrapsíquico, o sea, conflicto, por ejemplo, entre el ello que desea y el superyó que restringe. Los mecanismos de defensa se usan, si la expresión directa del impulso del ello es inaceptable para el superyó o es peligrosa en el mundo real. Todos los mecanismos de defensa empiezan con la represión de los impulsos inaceptables, es decir, los obligan a ser inconscientes. Sin embargo, la represión consume energía. Para conservar energía el yo utiliza una variedad de mecanismos de defensa que disfrazan un impulso inaceptable, esto es, distorsionar el origen, la finalidad, y el objeto del impulso, evitan la represalia del superyó, permitiendo al impulso, de esta manera, evadir la censura, por lo que no es necesaria una represión total del impulso. Esto reduce los requerimientos de energía para la represión, algo que se podría comparar a la manera en que se permite que el vapor salga de la olla de presión para reducir la fuerza que se requiera para mantener la tapa. Además, evita la experiencia de la ansiedad, que es un aspecto que subyace a todos los mecanismos de defensa (Cloninger, 2003).

Freud planteó la problemática de los mecanismos de defensa cuando la ansiedad llega a ser abrumadora y el yo debe defenderse a sí mismo y esto lo hace bloqueando inconscientemente los impulsos o distorsionándoles, logrando que sean más aceptables y menos amenazantes. El yo lidia con las exigencias de la realidad, del ello y del superyó de la mejor manera que puede (Gautier, 2002).

Freud postuló varios mecanismos de defensa y señaló que rara vez utilizamos sólo uno; generalmente nos defendemos contra la ansiedad utilizando varios al mismo tiempo. La ansiedad es una señal de peligro eminente, una amenaza para el yo, que se debe contrarrestar o evitar. El yo debe disminuir el conflicto entre las exigencias del ello, y las

estructuras de la sociedad o el superyó. Según Freud, este conflicto siempre está presente porque los instintos nunca dejan de presionar para su satisfacción y los tabúes de la sociedad no cesan de operar para limitar esa satisfacción. Freud pensaba que las defensas siempre deben estar operando en cierta medida. Todas las conductas son motivadas por instintos; así mismo, todas son defensas porque se oponen a la ansiedad. “La intensidad de la lucha en la personalidad fluctúa, pero no cesa nunca” (Schultz y Schultz, 2010, p. 61).

Freud estudió en detalle la noción de los mecanismos de defensa en 1926 y su hija Anna perfeccionó y organizó mejor el concepto. Teóricos que siguieron la línea psicoanalítica de Freud y que luego se distanciaron, también consideraron en sus teorías los mecanismos de defensa, cuya concepción les había ayudado a describir y comprender los fenómenos clínicos que se han observado en una variedad de sujetos, tanto niños como adultos.

Anna Freud

Para ampliar el estudio de los mecanismos de defensa, es importante considerar el punto de vista de Anna Freud (1946), que se expone en su obra “El Yo y los mecanismos de defensa”. Anna continuó los estudios sobre psicoanálisis que su padre Sigmund había iniciado. “La denominación de psicoanálisis había de reservarse para los nuevos descubrimientos de la vida psíquica inconsciente, esto es, el conocimiento de los impulsos instintivos reprimidos, de los afectos y fantasías” (A. Freud, 1946/2008, p. 13). Desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica, es el trabajo más completo que se ha realizado sobre el tema, y constituye la mejor introducción del yo.

Anna Freud define “los procesos o mecanismos defensivos como aquellos medios psicológicos que el yo utiliza para solucionar los conflictos que surgen entre las exigencias instintivas y la necesidad de adaptarse al mundo de la realidad bajo

determinadas influencias del ambiente familiar y social” (A. Freud, p. 9). Para Anna algunos mecanismos, como la formación reactiva, el aislamiento, y la anulación, están relacionados con conflictos anales y todos ellos tienen lazos estrechos con la represión, ubicándolos dentro de desarrollo de los tres a los cinco años. En el primer año el mecanismo de la negación es un proceso de la fantasía. A medida que el niño madura, esta negación en la fantasía se convierte en la negación en actos y palabras. La negación de la realidad es una de las motivaciones del juego infantil y de los juegos de personificación (A. Freud, 1946/2008).

Alfred Adler

Adler fue uno de los primeros y de mayor influencia que discrepaba del círculo interno de los primeros psicoanalistas. A diferencia de Freud, quien ponía énfasis en los conflictos universales que toda la gente experimenta, Adler enfocó su atención en que cada persona es única. Llamó a su teoría *psicología individual* (Cloninger, 2003).

Adler en su teoría afirmaba que las personas establecen patrones de conducta para proteger su sentido de la autoestima extremo de la vergüenza pública. A estos medios de protección, los denominó **tendencias protectoras**, que permiten a los individuos ocultar la imagen excesiva que tienen de sí mismos y mantener su estilo de vida habitual. En comparación con el concepto de mecanismos de defensa de Freud, ambos conceptos coinciden en que los síntomas son un medio de protección contra la ansiedad. Pero existen también diferencias entre los dos conceptos: para Freud los mecanismos de defensa actúan de manera inconsciente para proteger el yo de la ansiedad y son comunes a todas las personas, mientras para Adler las tendencias protectoras son en gran medida conscientes, protegen la frágil autoestima de la persona y sólo aparecen en relación con los síntomas neuróticos. Las tendencias protectoras para Adler son las excusas, agresividad y distanciamiento (Feist y Feist, 2007).

Las **excusas** son tendencias protectoras, en las cuales las personas primero plantean lo que les gustaría hacer, algo que a los demás les parece bien, y acto seguido da una excusa. Por ejemplo, una mujer podría decir, ‘si me gustaría estudiar en la universidad, pero mis hijos roban toda mi atención’. La **agresividad** es otra tendencia protectora, en la cual las personas emplean la agresividad para proteger su complejo de superioridad, es decir, para proteger su autoestima frágil. Esta forma de protección puede adoptar la forma de menosprecio, acusación o autoacusación. El **distanciamiento**, como última tendencia protectora, consiste en huir de manera inconsciente de los problemas de la vida poniendo distancia entre sí mismos y estos problemas. Adler identificó además cuatro formas de distanciamiento: retroceso, inmovilidad, duda y creación de obstáculos (Feist y Feist, 2007).

Karen Horney

Horney creía firmemente que el inconsciente es un poderoso determinante de la personalidad. Cuestionaba la posición freudiana de que el inconsciente consiste en conflictos en relación con la expresión de la libido. Para Horney el conflicto sexual no es lo que impulsa la personalidad. Creía que los conflictos más importantes eran debido a problemas interpersonales no resueltos. En cambio, coincidía con Freud en que los conflictos fundamentales que perjudican la personalidad se originan temprano en la niñez y que esos conflictos se centran en las interacciones entre los padres y el niño. Horney llamó a su teoría el *psicoanálisis interpersonal* (Cloninger, 2003).

En su teoría, Horney definió la ansiedad básica como un sentimiento creciente y generalizado en el que uno está solo e indefenso en un mundo hostil, que origina las neurosis posteriores y es inseparable de los sentimientos de hostilidad (Schultz y Schultz, 2010). Consideró que el individuo utiliza mecanismos de defensa para resolver sus conflictos sobre la ansiedad básica. Además reconoció muchos de los mecanismos de defensa que los analistas anteriores habían descrito, como la represión. También amplió la lista de maniobras defensivas, donde indicaba que todos los neuróticos usan

alguna mezcla de cuatro estrategias principales para resolver el conflicto básico entre el desamparo y la hostilidad. Estos mecanismos no resuelven el conflicto ni llevan al crecimiento, pero permiten que la persona se adapte lo suficiente para afrontar la vida diaria (Cloninger, 2003).

Para Horney las estrategias principales para resolver el conflicto básico son: afecto, sumisión, poder y distanciamiento. El **afecto** es una estrategia que no siempre conduce al amor verdadero. En su búsqueda de afecto, algunas personas pueden intentar comprar el amor con docilidad, bienes materiales o favores sexuales. La segunda forma de defensa es la **sumisión**, en la que los neuróticos pueden someterse a personas o instituciones como una organización o una religión. La persona sumisa trata de no hacer algo que le pudiera ganar la enemistad de otros. No se atreve a criticarles ni a ofenderles. Tiene que reprimirse en sus deseos personales y no se defiende del abuso por temor a enemistarse con los demás (Feist y Feist, 2007).

El **poder** es una tercera forma de defensa en el que el individuo conquista poder sobre los demás para compensar el desamparo y lograr la seguridad en razón del éxito o un sentimiento de superioridad. Este tipo de personas piensan que el poder impedirá que alguien los dañe (Schultz y Schultz, 2010). El poder es una forma de defensa contra la hostilidad real o imaginaria de otras personas y se manifiesta como una tendencia a dominar a los demás. Buscan el prestigio como una forma de protección contra la humillación y se manifiesta en la tendencia a humillar a los demás; la posesión actúa como protección contra la pobreza y se expresa en una tendencia a negar cosas a los demás. La cuarta forma de protección es el **distanciamiento** en la que los neuróticos suelen protegerse a sí mismos contra la ansiedad básica, bien haciéndose independientes de los demás o distanciándose emocionalmente de ellos. Con este distanciamiento psicológico, los neuróticos sienten que los demás no pueden hacerles daño (Feist y Feist, 2007).

Además de las estrategias defensivas principales, Horney propuso muchas estrategias auxiliares para reducir la ansiedad, como puntos ciegos, compartimentalización, racionalización, autocontrol excesivo, rectitud arbitraria, elusividad, cinismo, etc.

Erich Fromm

Fromm, otro teórico de la personalidad, estudió el psicoanálisis freudiano y estuvo influido por Karl Marx, Karen Horney y otros estudiosos de orientación social. Desarrolló una teoría de la personalidad que destaca la influencia de los factores sociobiológicos, la historia, la economía y la estructura de clases. Su *psicoanálisis humanista* parte de “la idea de que la separación de la humanidad del mundo natural ha provocado sentimientos de soledad y aislamiento, la llamada ansiedad básica” (Feist y Feist, 2007, p. 184).

Fromm consideraba que a medida que el hombre gana en libertad, experimenta una creciente sensación de aislamiento. A nivel individual se produce una experiencia similar, a medida que los niños se van haciendo independientes de sus madres, tienen más libertad para expresar su individualidad, para moverse por sí solos, para escoger a sus amigos, su ropa, etc. El peso de la libertad genera ansiedad básica, debido a la sensación de estar solos en el mundo. La ansiedad básica produce un sentido de aislamiento y soledad, las personas intentan escapar de la libertad mediante diversos mecanismos de huida. Fromm en su libro ‘*El miedo a la libertad*’ (1941) identificó tres mecanismos de huida básicos: el autoritarismo, la destructividad y la conformidad (Fromm, 1977).

Fromm definió el **autoritarismo** como la “tendencia a abandonar la independencia del yo individual propio, para fundirse con algo, o alguien, exterior a uno mismo, a fin de adquirir la fuerza de que el yo individual carece” (Fromm, p. 177). Esta necesidad de unirse con una pareja fuerte, puede adoptar dos formas: masoquismo y sadismo. En este

mecanismo sadomasoquista establece un vínculo de dependencia con una autoridad poderosa que puede considerarse como alguien mágico, cuyos recursos pueden aprovecharse. En su forma extrema, esta orientación implica el provocar o recibir sufrimiento físico o mental del compañero, lo que también parece proteger de la sensación de soledad. En el segundo mecanismo de la **destruktividad**, el sujeto trata de superar su sensación de impotencia eliminando toda fuente de comparación o competencia, además trata de destruir a la otra persona u objeto. Esta destructividad irracional debe ser distinguida de la destructividad racional que aparece frente a un ataque dirigido contra la propia vida e integridad. Una tercera forma de huida, para Fromm, es la **conformidad** en la cual el individuo trata de pensar, sentir, imaginar y actuar exactamente de la misma manera que los demás miembros de su sociedad o de su clase, para borrar las diferencias entre él y los otros (Fromm, 1941/1977).

Melanie Klein

Melanie Klein en su teoría de las *relaciones objetales*, partió de las observaciones a niños pequeños. A diferencia de Freud, que se centró sobre todo en los primeros cuatro-seis años de vida, Klein destacó la importancia de los primeros cuatro-seis meses a partir del nacimiento, insistiendo en que los impulsos del niño como hambre, sexo, etc., están orientados hacia un objeto, un pecho, un pene, una vagina, etc. Para Klein, la relación de los niños con el pecho es fundamental ya que sirve de modelo para relaciones posteriores con objetos con la madre y el padre. La teoría de Klein tiende a desplazar el foco de atención de la teoría psicoanalítica de las fases de desarrollo basadas en procesos orgánicos al papel de las primeras fantasías en las relaciones interpersonales (Feist y Feist, 2007).

Para Klein los niños desde la primera infancia adoptan diversos mecanismos de defensa psíquicos para proteger su yo contra la ansiedad provocada por sus fantasías destructivas. Estos sentimientos destructivos comienzan con ansiedades sádico-orales sobre el pecho de la madre, temible y destructivo, por una parte, y gratificante y

beneficioso. Los niños utilizan diversos mecanismos para controlar estas ansiedades como: la introyección, la proyección, la división y la identificación proyectiva.

Para Klein la **introyección** significa que los niños imaginan que tienen dentro de su cuerpo las percepciones y experiencias que han tenido con el objeto externo, al principio, el pecho de la madre. Esto empieza al inicio de la lactancia cuando el niño intenta incorporar el pecho de la madre dentro de su cuerpo, introyectando objetos buenos para disminuir la ansiedad y objetos malos para tener control sobre ellos. “Estos primeros objetos introyectados forman el núcleo del superyó. En mi opinión, el superyó se inicia con los primeros procesos introyectivos y se construye a partir de las figuras buenas y malas internalizadas en situaciones de amor y de odio, en las diversas etapas del desarrollo y gradualmente asimiladas e integradas por el yo” (Klein, 1945/1974, p. 200). El segundo mecanismo descrito es la **proyección**, la cual es utilizada por los niños para librarse de los objetos buenos y malos. La proyección es la fantasía de que los sentimientos e impulsos propios en realidad están en otra persona y no dentro de nosotros. Al proyectar impulsos destructivos difíciles de controlar sobre objetos externos, los niños alivian la insoportable ansiedad que conlleva la idea de ser destruidos por fuerzas internas peligrosas. Los niños proyectan las imágenes malas y buenas sobre sus padres. Por ejemplo, “una niña pequeña podría imaginar que devora a su madre, proyectar esa fantasía sobre la madre y temer que ésta se venga de ella persiguiéndola” (Klein, 1945/1974, p. 199).

En el mecanismo de la **división** los niños sólo pueden controlar los aspectos buenos y malos de sí mismos y de los objetos externos mediante la división de los mismos, esto es, separando impulsos incompatibles, por lo cual los niños deben crear una imagen del ‘yo bueno’ y el ‘yo malo’ que les permite gestionar los impulsos agradables y destructivos dirigidos a objetos externos. Otra forma de reducir la ansiedad es la **identificación proyectiva**, un mecanismo de defensa en el cual los niños separan las partes inaceptables de sí mismos, las proyectan sobre otro objeto para luego introyectar

dentro de sí mismos en forma modificada o distorsionada. La identificación introyectiva tiene una fuerte influencia en las relaciones interpersonales (Feist y Feist, 2007).

Harry Stack Sullivan

Sullivan es el primer estadounidense que construyó una teoría de la personalidad completa, afirmaba que las personas desarrollan su personalidad dentro de un contexto social. En su *teoría interpersonal* destaca la importancia de varias fases del desarrollo: la primera infancia, la infancia, la última infancia, la primera adolescencia, la última adolescencia y la madurez (Feist y Feist, 2007).

Para Sullivan los *dinamismos* son las transformaciones de energía que se organizan en forma de pautas de conducta típicas que caracterizan a una persona durante toda su vida. El más complejo y amplio de todos los dinamismos es el **autosistema**, que es una pauta sistemática de conducta que mantiene la seguridad interpersonal de los individuos protegiéndolos de la ansiedad. Las personas intentan defenderse de las tensiones interpersonales mediante actos de seguridad, cuyo objetivo es reducir la sensación de inseguridad o ansiedad provocada por una autoestima amenazada. Dos actos de seguridad importante son la disociación y la falta de atención selectiva.

La **disociación** abarca los impulsos, deseos y necesidades que una persona se niega dejar entrar en su consciencia. Representa una forma extrema de desatención selectiva. En ella la persona rehúsa la captación y el reconocimiento. El material disociado permanece inaccesible y puede pasar que si un amigo lo señala, el sujeto manifieste angustia, seguida de ira y de una violenta negación. Por lo regular es imposible provocar el recuerdo de experiencias relacionadas con ese material. La **falta de atención selectiva** consiste en negarse a percibir las cosas que no deseamos percibir, difiere de la disociación tanto en su intensidad como en su origen. El niño aprende a centrar su atención en las situaciones que implican aprobación y reprobación. Para el niño, la

seguridad es el tema vital que absorbe su interés y todos los demás temas quedan fuera de su atención. Por ejemplo, un amigo se lo puede señalar algo que olvidó, y el sujeto lo acepta (Blum, 1966, p. 174).

2.3 Principales mecanismos de defensa

A continuación vamos a desarrollar los principales mecanismos de defensa identificados por Freud, que nos va a permitir entender cómo el yo los utiliza para defenderse de la ansiedad, estos son: represión, negación, formación reactiva, desplazamiento, fijación, regresión, proyección, introyección y sublimación.

La **represión** es el mecanismo de defensa más utilizado y básico. Es un proceso que mantiene, particularmente, a los impulsos inaceptables del ello fuera de la consciencia. Es una forma inconsciente de olvidar algo que nos produce malestar o dolor (Schultz y Schultz, 2010). En muchos casos la represión se mantiene durante toda la vida, por ejemplo, “un joven puede reprimir de manera permanente su hostilidad por una hermana menor porque sus sentimientos de odio le crean demasiada ansiedad” (Feist y Feist, 2007, p. 35). Según Freud (1933/1972e) los impulsos que han pasado al inconsciente tienen varias posibilidades, podrían mantenerse invariables en el inconsciente, o podrían forzar su paso a la consciencia sin ser alterados, en cuyo caso generarían más ansiedad de la que la persona podría soportar y ésta se vería abrumada por la ansiedad.

La **negación** es un mecanismo de defensa primitivo, relativamente simple, es negarse a creer que el acontecimiento amenazante o doloroso ocurrió o que la condición existe (Cloninger, 2003). La negación se refiere al bloqueo de los eventos externos a la consciencia, es decir, si una situación es demasiado desagradable para poder manejarla, simplemente nos negamos a experimentarla (Gautier, 2002). “La negación es una forma de percatación de lo reprimido” (Freud, 1925/1973a, p. 1560). Por ejemplo, “los padres

de un niño que ha fallecido podrían conservar, intacto su cuarto y así seguir negando su pérdida” (Schultz y Schultz, 2010, p. 62).

La **formación reactiva** es un mecanismo que consiste en protegerse contra la liberación de un impulso inaceptable, es poner énfasis en lo opuesto. “Un comportamiento reactivo se puede identificar por su carácter extremo y su forma obsesiva y compulsiva” (Feist y Feist, 2007, p. 35). Una persona que se siente evidentemente movida por impulsos sexuales amenazadores podría reprimirlos y sustituirlos con conductas más aceptables por la sociedad. Por ejemplo, “si se siente amenazada por sus deseos sexuales, podría invertirlos y emprender una campaña contra la pornografía” (Schultz y Schultz, 2010, p. 62).

El **desplazamiento** es un mecanismo por el cual los impulsos inaceptables que se despiertan por cierta situación, persona, etc., se desplazan hacia algo distinto. Por ejemplo, “una mujer está enfadada con su compañera de piso puede desplazar su enfado hacia sus empleados, su gato o un animal disecado, trata a la compañera con amabilidad, aunque, por contraste con la formación reactiva, no lo hace de forma exagerada u ostentosa” (Feist y Feist, 2007, p. 35). Si el impulso o deseo es aceptado por el sujeto, pero la persona al que va dirigido es amenazante, lo desvía hacia otra persona u objeto simbólico. Por ejemplo, alguien que odia a su madre puede reprimir ese odio, pero lo desvía hacia, las mujeres en general (Gautier, 2002). Sin embargo, “el objeto sustituto no disminuirá la tensión de modo tan satisfactorio como el original. Si usted efectúa varios desplazamientos se irá acumulando la tensión y se verá obligado a encontrar otras formas de atenuarla” (Schultz y Schultz, 2010, p. 63).

Es importante entender que Freud en sus escritos usó el término desplazamiento de varias maneras, como cuando se estudió el impulso sexual, por ejemplo, se vio que el objeto sexual puede desplazarse o transformarse en varios objetos distintos, entre ellos,

la propia persona. Freud usó también el desplazamiento para referirse a la sustitución de un síntoma neurótico por otro, por ejemplo, la necesidad compulsiva de masturbarse se puede sustituir por el acto de lavarse las manos de manera compulsiva. El desplazamiento también interviene en la formación de los sueños, por ejemplo, cuando los impulsos demoleedores hacia el padre de la persona que sueña se proyectan sobre un perro o un lobo. En este caso, un sueño en el que un coche atropella a un perro podría reflejar el deseo inconsciente de destrucción del padre de la persona que sueña (Freud, 1907/1972i).

La **fijación** es un mecanismo de defensa que “cuando un instinto o una parte de un instinto, no sigue la evolución prevista como normal y permanece, a causa de tal inhibición evolutiva, en un estadio infantil” (Freud, 1917/1972a, p. 1520). Normalmente, el crecimiento psíquico avanza de manera más o menos continuada por las diversas etapas de desarrollo, este proceso sin embargo, no está exento de momentos de estrés y ansiedad. Cuando la perspectiva de pasar a una siguiente fase llega a provocar demasiada ansiedad, el yo puede recurrir a la estrategia de mantenerse en la etapa psicológica actual, que resulta más confortable. Por ejemplo, “las personas que obtienen placer de la comida, el tabaco o la conversación de manera continuada podrían tener una fijación oral” (Feist y Feist, 2007, p. 36).

La **regresión** es un mecanismo que ante las dificultades para afrontar una amenaza el sujeto regresa a un periodo anterior de la vida que fue más placentero, sin frustraciones ni ansiedad. Casi siempre implica regresar a una de las etapas del desarrollo psicosexual de la niñez. El individuo se retrotrae a esta época más segura de la vida manifestando conductas que observó entonces, como las infantiles y las de dependencia (Schultz y Schultz, 2010). Una vez que la libido ha superado una etapa de desarrollo, puede, en momentos de estrés y ansiedad, volver a la etapa anterior (Freud, 1917/1972i). Podemos decir que las regresiones son bastante comunes y se perciben claramente en los niños. Por ejemplo, “un niño totalmente destetado podría volver a pedir el biberón o el pecho

con el nacimiento de un hermano ya que la atención prestada al bebé recién llegado representa una amenaza para él. Las regresiones son frecuentes en niños mayores y en adultos. El comportamiento regresivo sería similar a una fijación rígida e infantil, la diferencia reside en que las regresiones suelen ser temporales, mientras que las fijaciones requieren un gasto de energía psíquica más o menos permanente” (Feist y Feist, 2007, p. 36).

La **proyección** es un mecanismo de defensa mediante el cual un individuo atribuye a otro sus propios impulsos y deseos inaceptables y de esa forma se los oculta a sí mismo. Por ejemplo, “un marido fiel y bueno empieza a sentir atracción por una vecina guapa y atractiva. En vez de aceptar estos sentimientos, se vuelve cada vez más celoso con su mujer, a la que le cree infiel” (Gautier, 2002). Una forma de proyección extrema es la paranoia, que se caracteriza por celos delirantes intensos y manía persecutoria, no es una consecuencia inevitable de la proyección sino una variante grave de la misma. Según Freud:

En la producción de síntomas de la paranoia resalta, en primer término, aquel proceso que designamos con el nombre de proyección. En él es reprimida una percepción interna, y en sustitución suya surge en la consciencia su propio contenido, pero deformado y como percepción externa. En el delirio persecutorio, la deformación consiste en una transformación del afecto; aquello que había de ser sentido interiormente como amor es percibido como odio procedente del exterior (1910/1972a, p. 1520).

La **introyección** es un mecanismo de defensa por el cual una persona añade las cualidades positivas de otra persona a su propio yo, en comparación con la proyección que atribuye un impulso no deseado a un objeto externo. Por ejemplo, “un adolescente podría adoptar los gestos, valores o estilo de vida de una estrella de cine, esta introyección le da una sensación de valor propio al adolescente y reduce su sensación de inferioridad” (Feist y Feist, 2007, p. 37). Para Freud la resolución del complejo de Edipo es el prototipo de la introyección. Durante la fase edípica, el niño pequeño

introyecta la autoridad y los valores de uno de sus padres iniciando así el proceso de formación del superyó. Cuando los niños introyectan lo que ellos perciben como los valores de sus padres, quedan liberados de la tarea de valorar y escoger sus propias creencias y normas de conducta pero, a medida que los niños avanzan en la fase de desarrollo de la latencia, su superyó se va personalizando más, se distancia de la identificación con sus padres (Freud, 1926/1972b).

La **sublimación** es un mecanismo por el cual hay una transformación de un impulso potencialmente peligroso, ya sea sexo, rabia, miedo o cualquier otro, en una forma socialmente madura y aceptable, incluso productiva. Por esta razón, alguien con impulsos hostiles puede desarrollar actividades como cazar, ser carnicero, jugador de *rugby* o fútbol o convertirse en mercenario (Gautier, 2002). Para Freud:

Los historiadores de la civilización coinciden en aceptar que este proceso, en el que las fuerzas instintivas sexuales son desviadas de sus fines sexuales y orientadas hacia otros distintos –proceso al que se da el nombre de sublimación–, proporciona poderosos elementos para todas las funciones culturales. Por nuestra parte añadiremos que tal proceso interviene igualmente en el desarrollo individual y que sus orígenes se remontan al período de latencia sexual infantil (1910/1972i, p. 1198).

Según Freud (1917/1972i), existe un mecanismo, la sublimación, que ayuda, tanto al individuo como al grupo social. La sublimación es la represión del objeto genital del eros sustituyéndolo por un objeto cultural o social, su forma más evidente es la creación cultural como el arte, la música y la literatura, pero de una manera más sutil, está presente en todas las relaciones humanas y actividades sociales. Freud interpretó en el arte de Miguel Ángel, que encontró en la pintura y la escultura una vía de escape indirecta para su libido, es un ejemplo excelente de sublimación (Feist y Feist, 2007).

2.4 Otros mecanismos

Es necesario considerar otros mecanismos de defensa expuestos por Freud y por otros autores para dar un enfoque más completo a nuestro estudio de los mecanismos de defensa. A continuación citaremos los siguientes:

El **aislamiento** es un mecanismo de defensa que consiste en separar la emoción de un recuerdo que nos es doloroso o de un impulso amenazante. Por ejemplo, “una persona puede reconocer de forma muy sutil, que ha sido abusada de pequeña” (Gautier, 2002). El yo, al ser incapaz de hacer frente al dolor o a la humillación, detiene su funcionamiento durante un tiempo. Por ejemplo, “una persona que ha perdido a un ser querido a causa de su muerte puede aislar esta experiencia, no pensar en el ser amado por la pena que podría ocasionarle” (Cloninger, 2003, p. 49).

La **racionalización** es un mecanismo en el que el individuo reduce la ansiedad dando explicaciones o justificaciones lógicas para asumir una realidad que le resulta inaceptable. “Esta defensa es muy frecuente cuando de manera consciente explicamos nuestros actos con muchas excusas” (Gautier, 2002). Este mecanismo de defensa implica reinterpretar nuestra conducta para que nos parezca más racional y nos resulte más aceptable. Por ejemplo, “un sujeto es despedido de su trabajo podría racionalizar el hecho diciendo que el empleo no era muy bueno” (Schultz y Schultz, 2010, p. 62-63).

El mecanismo de la racionalización involucra el dar razones formidables, pero falsas, a una acción para disfrazar los motivos verdaderos. Por ejemplo, un padre pudiera racionalizar al dar de nalgadas a su hijo, diciendo que le enseñará al niño a ser más obediente, sin embargo, el verdadero motivo puede ser que el padre esté resentido con el niño. “La racionalización involucra relativamente poca distorsión, de manera que es considerado un mecanismo de defensa relativamente maduro” (Cloninger, 2003, p.49).

La **intelectualización** es un mecanismo que previene el reconocer de manera clara, sin distorsiones un impulso, a través de una explicación excesiva o distorsionada. Por ejemplo, “una persona que come en exceso puede dar muchas razones: necesito vitaminas para manejar el estrés; siempre subo de peso en el invierno y así sucesivamente” (Cloninger, 2003, p.49). “A veces la intelectualización trabaja de una manera que nos convencemos a nosotros mismos de que no queremos lo que no podemos tener. La intelectualización es el proceso en virtud del cual el sujeto intenta dar una formulación discursiva a sus conflictos y a sus emociones, con el fin de controlarlos” (Laplanche y Pontalis, 1968, p. 206).

La **anulación** es una deformación más grave de la realidad. Es un mecanismo de defensa que comprende rituales o gestos que tienden a cancelar aquellos pensamientos o sentimientos que no son placenteros después de que han ocurrido. Por ejemplo, Anna Freud “mencionaba a un niño que recitaba el alfabeto al revés siempre que tenía un pensamiento sexual, o que se volvía y escupía cuando se encontraba con otro niño que compartiese su pasión por la masturbación”. Otro ejemplo, “es un padre alcohólico que después de un año de abusos verbales y quizás físicos, regala los mejores juguetes a sus hijos en Navidad” (Gautier, 2002). “La anulación se relaciona con la formación reactiva. En esta última, se adopta una actitud que contradice a la original; en la anulación, se da un paso más. Se hace algo positivo que, real o de manera mágica, es lo opuesto de algo que se ha hecho antes” (Bellak, 1996, p.49).

La **identificación con el agresor** es una versión de la introyección que se centra en adoptar no rasgos generales o positivos del objeto, sino los negativos. Si uno está asustado con respecto a alguien, me convierto parcialmente en él para eliminar el miedo. Por ejemplo, dos niñas las cuales se ha criado con un gato mal genio, recurren muchas veces a maullar y chillar para evitar que salga repentinamente de un armario o de una esquina oscura y vaya a morderles los tobillos. “El ejemplo del Síndrome de Estocolmo, después de una crisis de rehenes en Estocolmo, los psicólogos se sorprendieron al ver

que las rehenes no sólo estaban terriblemente enojadas con sus captores, sino incluso sumamente simpáticas hacia ellos” (Gautier, 2002).

La **agresión contra el propio *self*** es un mecanismo por el cual la persona se vuelve su propio blanco de agresión. Usualmente se usa cuando nos referimos a la rabia, irritabilidad y la agresión, más que a impulsos más positivos. Constituye la explicación freudiana para muchos de nuestros sentimientos de inferioridad, culpa y depresión. Por ejemplo “una niña derrama un vaso de leche en el salón de la casa. Su padre se levanta incómodo gritándole que debía ser más cuidadosa. En ese momento la niña empieza a golpearse la cabeza varias veces” (Gautier, 2002).

La **escisión** es un término utilizado por Freud para designar un fenómeno muy particular cuya intervención observó especialmente en el fetichismo y en la psicosis: “la coexistencia, dentro del yo, de dos actitudes psíquicas respecto a la realidad exterior en cuanto ésta contraría una exigencia pulsional: una de ellas tiene en cuenta la realidad, la otra niega la realidad presente y la substituye por una producción del deseo. Estas dos actitudes coexisten sin influirse recíprocamente” (Laplanche y Pontalis, 1968. P.125).

La **conversión** o somatización es un mecanismo que se da principalmente entre personas histéricas. Consiste en convertir en trastorno o enfermedad física las frustraciones o decepciones sufridas. Mediante este mecanismo de defensa, ciertos histéricos, al transformar en enfermedad los despechos sufridos, eligen este medio para dominar, castigar o retener a las personas de su círculo íntimo. Por ejemplo, habiéndose negado el esposo a llevar a su mujer a un viaje de negocios que tiene que hacer a Italia, ésta cae enferma de cualquier cosa de apariencia grave e impide el viaje. Además, la conversión o somatización se produce siempre que es impedido un deseo, sea o no razonable (Vels, 1990).

La **compensación** es un mecanismo que se utiliza cuando fracasamos en algo o nos sentimos menos dotados de lo normal en algún aspecto; en muchos casos los mecanismos de defensa estimulan a triunfar en la misma dirección o en otra esfera sustitutiva. Por ejemplo, Demóstenes tartamudo de nacimiento, logra, mediante ejercicios en la playa y en solitario, convertirse en uno de los oradores más famosos de la antigüedad. Beethoven, sordo como una tapia desde los 28 años, logra sus mejores composiciones a partir de su sordera. Pio Baroja no logra su triunfo como médico, pero en cambio logra ser uno de los mejores escritores de la generación del 98. Por tanto, la compensación es desarrollar una conducta en la que el sujeto puede sentirse superior a la mayoría en descargo de no haber podido seguir otra conducta en la que se hubiera sentido inferior (Vels, 1990).

El **ascetismo** es un mecanismo por el cual se produce la renuncia de las necesidades, es una de las defensas que menos se ha oído hablar, pero se ha puesto nuevamente de moda con la emergencia del trastorno llamado anorexia. Los pre-adolescentes, cuando se sienten amenazados por sus emergentes deseos sexuales, pueden protegerse a sí mismos inconscientemente a través de negar no sólo sus deseos sexuales, sino también todos sus deseos. Por ejemplo, las chicas de nuestra sociedad desarrollan con mucha frecuencia un interés por alcanzar estándares artificiales de belleza basados en la delgadez. “Considerando la teoría freudiana, la negación de estas chicas a comer es un camuflaje de su negación a su desarrollo sexual” (Gautier, 2002).

La **idealización** para Freud en la introducción al narcisismo es un proceso que rodea al objeto; sin variar de naturaleza, éste es engrandecido y realzado psíquicamente.

Freud ofrece un ejemplo: la sobreestimación sexual del objeto; éste es el caso del enamoramiento. Freud da la definición anterior de la idealización en un contexto en el que está tratando la naturaleza del narcisismo. Considera que durante su desarrollo, el infante atraviesa por una etapa de narcisismo primario en que se toma a sí mismo como objeto de amor. Esto significa que la libido, o energía sexual, se deposita inicialmente en

el sí mismo, se trata entonces de libido yoica. Posteriormente el sujeto confiere la libido a los objetos externos, primordialmente a la madre, de cuyos cuidados el niño depende para cubrir sus necesidades. Tenemos aquí la libido objetal (De Kruff).

El *acting out* consiste en expresar de manera directa un deseo o impulso inconsciente a fin de evitar que cobre conciencia su afecto asociado. La fantasía inconsciente, que implica a objetos, se traduce en una conducta impulsiva, gratificando más el impulso que a su prohibición. A un nivel crónico, el *acting out* supone una conducta de impulsos a fin de evitar la tensión que produciría posponer su expresión (Colón, 2011).

2.5 Conclusiones

- Los mecanismos de defensa tienen un papel muy importante en el alivio del conflicto intrapsíquico, logrando que el yo se proteja de la excesiva presión del ello como del desmesurado control del superyó.
- Además, la ansiedad es determinante en la producción de las defensas, dentro de la teoría freudiana, y la “ansiedad básica” en las otras teorías, ya que ella es un señal de alerta para el yo que es la instancia intrapsíquica que produce los diversos mecanismos de defensa y de adaptación.
- Nos queda claro que el mecanismo de defensa principal es la represión. Es la defensa en la cual el yo mueve los impulsos de la conciencia a un nivel inconsciente, fundamento principal de la neurosis, y es ésta situación reprimida la que motiva la aparición de síntomas.

CAPITULO 3

EL T.A.T. Y OTROS MÉTODOS PROYECTIVOS

En este capítulo vamos a hacer una revisión profunda de los métodos proyectivos, en general, y del Test de Apercepción Temática, T.A.T., en particular, que es la prueba que vamos a utilizar en nuestro estudio. Además, es necesario tener un mejor conocimiento sobre estas pruebas que son instrumentos de exploración de la personalidad y de la parte inconsciente de la persona. Estos reactivos psicológicos son aplicables tanto a niños, como a jóvenes y adultos.

3.1 Métodos proyectivos

Es importante empezar a hablar de los métodos proyectivos a partir de diferentes puntos de vista, así, para **Lindsey** (1961), las técnicas proyectivas son unos instrumentos considerados como especialmente sensibles para relevar aspectos inconscientes de la conducta, ya que permiten provocar una amplia variedad de respuestas subjetivas; son altamente multidimensionales y evocan respuestas y datos del sujeto, inusualmente ricos con un mínimo conocimiento del objetivo del test, por parte de la persona. Según **Fernández Ballesteros** (1981), el enfoque principal de los métodos proyectivos está en que proporcionan una visión global de la personalidad del individuo y la aceptación de un fondo inconsciente en el que residen impulsos, tendencias, conflictos, necesidades, etc., todos ellos consecuencia del comportamiento de los individuos.

Historia

La historia nos va a permitir conocer cómo los métodos proyectivos se fueron introduciendo en la práctica clínica a lo largo del tiempo. La expresión “métodos proyectivos” fue utilizada por primera vez, en 1939, por L. K. Frank, en su artículo “*Los métodos proyectivos para el estudio de la personalidad*”, para referirse a tres pruebas psicológicas: el Test de asociación de palabras, de Jung (1904); el Test de manchas de

tinta, de Rorschach (1920) y el T.A.T (Test de apercepción temática), de Murray (1935). Frank mostraba que estas técnicas constituyen el modelo de una investigación dinámica y global de la personalidad, cuyos elementos que la constituyen están en interacción. En efecto, “los tests proyectivos han demostrado ser uno de los instrumentos más valiosos del método clínico en psicología y una de las aplicaciones prácticas más fecundas de las concepciones teóricas de la psicología dinámica” (Anzieu, 1975, p. 5).

Podemos decir que las técnicas proyectivas se pueden distinguir de los tests de aptitudes, por la *ambigüedad del material* presentado al sujeto, lo que las pone en el campo de la psicología de la forma y por la *libertad de respuestas*, que le es permitida, ubicándolas en la línea de el psicoanálisis. Los tests proyectivos han seguido de cerca los progresos de la Gestalt. La influencia del psicoanálisis es más evidente. Tan pronto Jung tiene conocimiento de la asociación de ideas, elabora en 1904 el test de asociación de palabras, donde las asociaciones del sujeto son interpretadas como reveladoras de sus tendencias y de sus conflictos profundos. Quince años más tarde, otro suizo, Rorschach, formado en la escuela psiquiátrica de Bleuler y que se había dedicado igualmente a la práctica del psicoanálisis, tuvo la idea que la interpretación de manchas de tintas constituía una prueba no de imaginación sino de personalidad. “En efecto, es la organización individual de la personalidad que estructura la percepción de tales manchas” (Anzieu, 1973, p. 8).

Entre 1920 y 1930, los psicoanalistas extienden sus tratamientos a los niños y recurren al *dibujo libre* para manifestar la personalidad del niño como sustituto de las asociaciones libres. Al mismo tiempo, los métodos activos se incorporan a la pedagogía, y ellos dicen que el dibujo y el relato libre son medios para manifestar la personalidad del niño. En 1935, Murray en los Estados Unidos, retoma este concepto del *relato libre* y así crea el primer test que se inspira en esta técnica: el Test de Apercepción Temática o T.A.T. En 1949 Koch publica en suiza, el test del árbol y Machover, en los Estados Unidos, el test del dibujo de una persona. Entre 1948 y 1949, Buck publica el test de la Casa, Árbol, Persona (HTP). En 1954 y 1979 L. Bellak y S. J. Bellak, elaboran el C.A.T. para niños y el S.A.T. para adultos mayores. En 1961, Corman, crea el test del Dibujo de la Familia.

En 1986, Ávila, efectúa una adaptación del T.A.T. a la población española. Entre 1969 y 2004, Hammer, Levy, Buck y Warren, amplían las investigaciones del HTP (Vives, 2005).

Fundamentos teóricos

Para Bellak (1950) los requisitos para la validez y utilidad de las técnicas proyectivas pueden verse en dos aspectos: se espera que éstas sirvan como instrumentos tanto para las ciencias nomotéticas como en las idiográficas. En los estudios realizados de expedientes, principalmente los T.A.T., encontró que si bien las pruebas psicológicas eran muy valiosas y exactas en muchos aspectos, fracasaban al tratar de aclarar ciertas áreas de la personalidad o bien desplazaban el énfasis de las mismas. En tanto que “la capacidad nomotética de una prueba se puede verificar mejor estadísticamente, la idiográfica tal vez pueda investigarse mejor comparando los expedientes con los datos obtenidos de un psicoanálisis prolongado” (Bellak, 1996, p. 2).

El término proyección tomado de Freud, la psicología estadounidense lo entendió generalmente como un mecanismo de defensa al servicio del yo, que tenía como fin evitar la conciencia de los deseos inaceptables para la persona y asignar dichos fenómenos indeseables al mundo externo. Más tarde Freud (1938) vio la proyección en un sentido más amplio como un proceso perceptual general. Bellak amplió aún más este concepto (Bellak y Brower, 1951) como distorsión aperceptiva y que podría servir como marco de referencia para algunos métodos proyectivos, aunque para algunas técnicas es difícilmente aplicable.

Bellak y Brower (1951) al separar los procesos inherentes a las pruebas consideradas como proyectivas llegaron a cinco categorías de estudio: 1) contenido, 2) datos expresivos, 3) formación de la Gestalt, 4) imagen corporal y, 5) un estudio de preferencias. El punto era encontrar un cuerpo teórico consistente dentro del cual se puedan incluir estos cinco aspectos distintos: el contenido de la fantasía como en el T.A.T.; la organización perceptual como en el Rorschach, la capacidad para ver *gestalten* como en el Bender; la autopercepción y la expresión motora como en el Dibujo

de la Figura Humana, en la prueba de Mira o en la grafología; y el reconocimiento y las preferencias como en el Szondi, ya que todas son funciones del yo y consecuentes de su interacción con los impulsos. La respuesta se encontró en una teoría de la psicología del yo. El psicoanálisis tuvo un mayor adelanto cuando dejó de ser únicamente una psicología de los impulsos inconscientes, para convertirse en un estudio de estos impulsos y su interacción con el yo (Freud, 1937). Por lo que era necesario que las pruebas proyectivas den ese paso para comprender sus resultados y las limitaciones (Bellak, 1996).

Hartmann (1950) y Bellak (1952), dan mucha importancia al yo (“Psicología del yo”), y le asignan las siguientes características en un aspecto de la personalidad que organiza y controla la movilidad y la percepción; sirve como una barrera protectora contra los estímulos internos y excesivos; examina la realidad y elimina las señales de peligro; tiene funciones de organización y autorregulación que incluyen la mediación entre yo, superyó y ello, incluye tolerancia a la frustración, capacidad para demorar la conducta y todo lo que se entiende por defensas; tiene funciones autónomas; tiene la capacidad de autoexclusión. La participación del yo varía de un método a otro, y en las producciones imaginativas varía de grado, va desde la mínima hasta la máxima participación: sueño, fenómeno hipnagógico, fantasía preconsciente, ensoñación, asociación libre, producciones artísticas, conducta de prueba en las técnicas proyectivas y solución de problemas (Bellak, 1996).

Teorías con las que se vincula los métodos proyectivos

Es importante conocer cómo los métodos proyectivos se relacionan con otras teorías y cómo éstas aportan para un mejor entendimiento de los mismos. Los tests proyectivos se relacionan con la *Teoría del Psicoanálisis* porque, con su aplicación, se efectúa un estudio funcional de la personalidad, que coincide con la noción de estructura psíquica y desarrollo interno del individuo. Podemos considerar al individuo como una totalidad, como un sistema psicológico estructural que se autorregula y rige por leyes económicas. Se relacionan los mecanismos psicológicos del individuo con la cultura. Se admite el

determinismo psíquico, por el que todos los fenómenos psíquicos tienen una causa, un significado y una acción económica. El psicoanálisis aporta el análisis de contenido, la interpretación del simbolismo de las respuestas, la interpretación de la resistencia, el análisis de la transferencia y contratransferencia, el tipo de mecanismo de defensa, el análisis de la relación terapeuta-paciente aplicado a la situación del test. Los tests proyectivos siguieron de cerca los progresos de la *Gestalt*. Los test proyectivos también se relacionan con la *Psicología Cognitiva* en el estudio del procesamiento de la información y la elaboración del contenido de la respuesta. Además permite al entrevistador conocer el tipo de variables que han intervenido en la producción de una respuesta (Vives, 2005).

Características y efectos

Un test proyectivo se caracteriza en que el sujeto examinado se encuentra libre de dar sus respuestas, ya que puede decir o hacer lo que él quiere a partir del material que le es presentado, pero no así en cuanto a la duración ya que tiene un número limitado de sesiones para cada test, generalmente una, originalmente dos sesiones para el T.A.T, una para el Rorschach, diez para el Szondi. En los tests proyectivos no se dan respuestas correctas o incorrectas, previamente preparadas, sino que el sujeto responde a las manchas de tinta, a las láminas, o a las consignas propuestas, haciendo uso de sus mecanismos perceptivo- proyectivos. Los estímulos, en general, son poco estructurados, ambiguos, especialmente en determinadas pruebas: manchas, dibujos, palabras, dando lugar a una gran cantidad de respuestas.

Para Anzieu (1973):

La estructuración inconsciente del material, la libertad de respuestas y de tiempo, la vaguedad relativa de las consignas hacen de la situación proyectiva una situación relativamente 'vacía', vacío que el sujeto tiene que llenar utilizando no tanto sus aptitudes y su inteligencia sino los recursos profundos de su personalidad. Esta situación vacía tiene como efectos avivar en el sujeto examinado los conflictos psicológicos, desencadenar la angustia y la regresión. La angustia está asociada a representaciones fantasmáticas inconscientes, que se manifiestan en el contenido de

la respuesta del sujeto, mientras que los mecanismos de defensa del yo contra la angustia y contra los fantasmas se manifiestan en las características formales de las respuestas (p. 16).

Los diversos tipos de proyección

Didier Anzieu hace referencia de las diversas formas de proyección utilizadas en los tests proyectivos, en el que indica que Ombredane, 1952, ha distinguido las siguientes formas: *la proyección especular*, en la cual el sujeto encuentra en la imagen de los demás, las características que trata de que sean suyas. Esta proyección tiene su origen en el estadio del espejo. Por ejemplo, un niño inválido, en el curso de una prueba de dibujo libre, dibuja un cuerpo atrofiado. *La proyección catártica*, el sujeto atribuye a la imagen de los demás ya no las características que son suyas o que desearía que sean suyas, sino las características que piensa equivocadamente no tenerlas, que rechaza como suyas y de las que se libera desplazándolas a los demás. Por ejemplo, una persona moralista ve, en las imágenes difusas de un test proyectivo, escenas de violencia cruda. *La proyección complementaria*, se manifiesta cuando el sujeto atribuye a los demás sentimientos o actitudes que justifican los suyos propios. Por ejemplo, un joven rebelde, de conducta predelincente describe unos personajes rígidos e injustos con él (Anzieu, 1973).

En la práctica clínica, según Anzieu (1973), los psicólogos distinguen dos categorías de tests proyectivos: 1) los **tests proyectivos temáticos** cuyo modelo es el T.A.T, que revelan los contenidos significativos de la personalidad del sujeto: naturaleza de los conflictos, deseos fundamentales, reacciones al entorno, mecanismos de defensa, momentos claves de la historia vivida; y, 2) los **tests proyectivos estructurales** que tienen como ejemplo al Rorschach, éstos conducen mas bien a un corte representativo del sistema de su personalidad, de su equilibrio, de su manera de aprehender el mundo, es decir, trata de la organización de las interrelaciones entre las instancias del ello, yo y superyó.

Para Bellak (1996):

Las pruebas proyectivas se dividen en cinco categorías de estudio: 1) Métodos basados en el estudio del contenido, en el cual aquí interesa lo que el paciente dice. El T.A.T. y la Prueba de Haga una Historia con la lámina (*Make A Picture Story*, M.A.P.S). Hasta cierto punto, la encuesta del Rorschach y el método de pintar con los dedos. 2) Estudio de aspectos expresivos estructurales, aquí la encuesta se dirige hacia cómo el sujeto dice o hace algo. Se encuentran las técnicas como la Mira, el Mosaico, el Rorschach y la grafología. 3) Funciones gestálticas, aquí se encuentran el Bender, el Mosaico y nuevamente el Rorschach. En el T.A.T., esta función interviene en raras ocasiones, cuando el sujeto no es capaz de percibir la lámina como un todo o se aleja totalmente del estímulo. 4) Imagen corporal o autoimagen, aquí se encuentra principalmente el Dibujo de la Figura Humana, interviene el Rorschach cuando el sujeto se identifica con los títeres y en el T.A.T. cuando el sujeto ve al héroe como lisiado. 5) Métodos de preferencia, el Szondi se basa en un sistema de preferencias selectivas como indicadores de la personalidad, también se encuentran en esta categoría la elección del color en la pintura para pintar los dedos, la selección de personajes en el juego de muñecas, en el M.A.P.S, etc (p.3).

Presentación de los Tests

A continuación vamos a detallar el test de Rorschach y los tests gráficos, ya que el Test de Apercepción Temática, T.A.T., lo vamos a considerar más adelante para un estudio más profundo.

Rorschach

El test de Rorschach tuvo origen desde 1440-1510, cuando Botichelli descubre que las manchas de las paredes son estimulantes. El test de Rosarchach es uuna técnica y método proyectivo de psicodiagnóstico creado por Hermann Rosarchach, se publicó por primera vez en 1921. Se utiliza principalmente para evaluar la personalidad. Consiste en una serie de diez que presentan manchas de tinta negras y policromáticas sobre un fondo blanco, las cuales se caracterizan por su ambigüedad y falta de estructuración por lo que resultan especialmente sugerentes. Las láminas son presentadas de manera sucesiva a un

paciente preguntándole que ve en ellas y cómo y dónde manifiesta lo observado. El análisis del test está basado en las respuestas que da el individuo. La validez a nivel de rigurosidad científica está sustentada en la innumerable cantidad de estudios científicos realizados (Rosarchach, 1978).

Tests gráficos

Los tests gráficos están considerados dentro de los métodos proyectivos y corresponden al grupo de pruebas que mediante el dibujo de personas, objetos o figuras, el sujeto revela información acerca de sí mismo y de su relación con el medio y de esta manera se obtiene datos importantes sobre aspectos de la personalidad del individuo.

Test de la Figura Humana

El test de la Figura Humana estudia la inteligencia por medio del dibujo. Machover (1949) basándose en el dibujo de la persona e investigaciones de Goodenough desarrolló su propio test, incluyendo en la consigna la segunda figura humana. Finalmente Koppitz (1967-1989) trató de conocer el nivel de madurez mental del examinado.

Test de la Casa, Árbol, Persona (H-T-P)

El H-T-P nos permite obtener información acerca de la manera en que un individuo experimenta su yo en relación con los demás y su ambiente familiar. Como todas las técnicas de su tipo, el H-T-P facilita la proyección de elementos de la personalidad y áreas de conflicto en el entorno terapéutico, permitiendo identificarlas para su valoración y con el propósito de compartirlas para así establecer una comunicación terapéutica eficaz, además al relacionarse con otros instrumentos de valoración como la entrevista puede relevar los conflictos y preocupaciones del individuo, así como aspectos del ambiente que encuentra problemáticos. El H-T-P incluye dos pasos por lo mínimo a seguir para su aplicación. El primero es no verbal, creativo y poco estructurado, en el cual se le solicita al sujeto que dibuje una casa, un árbol y una persona, se puede pedir un dibujo adicional de la persona del sexo opuesto a la que fue dibujada. En el segundo paso, se realiza un interrogatorio estructurado, que incluye una serie de preguntas acerca

de las asociaciones del sujeto con aspectos de cada dibujo. Un tercero y cuarto paso puede ser el dibujo a color con su respectiva entrevista (Buck, 1995).

Test de la persona bajo la lluvia

Se trata de una prueba proyectiva con un procedimiento simple, que produce un mínimo de ansiedad en el sujeto de la prueba pidiéndole que dibuje una persona bajo la lluvia. Lo que se pretende obtener con este test, es la imagen corporal del sujeto bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en los que la lluvia represente el elemento perturbador. La persona bajo la lluvia, agrega una situación de estrés en la que el individuo ya no logra mantener la fachada habitual, sintiéndose forzado a recurrir a defensas antes latentes (Querol, 2007).

Test gestáltico visomotor - Bender

El test de Bender fue construido por Lauretta Bender, entre los años 1932 y 1938. La prueba consiste en pedirle al sujeto que copie 9 figuras en un papel blanco, según la muestra que se le proporciona y luego se analizan los resultados. La autora entiende que la tarea del sujeto consiste en integrar primero el patrón estimular visual para después intentar reproducirlo. Entre ambos procesos median complejos sistemas sensoriales, aferentes y eferentes, considerándose que un patrón anómalo de respuesta, es decir, unos trazos que se alejan del modelo original pueden suponer indicio de un trastorno mental, neurológico e incluso emocional. El test recibe de denominación de viso-motor, por cuanto esas son las dos capacidades fundamentales implicadas en su ejecución. Su aplicación ha sido ampliamente documentada y estudiada en niños, si bien también se ha utilizado con frecuencia en adultos (Bender, 2003).

Test de la Familia

El test de la familia es una de las técnicas de exploración de la afectividad infantil, su práctica está difundida en los psicólogos, se considera un test valioso por la información importante que aporta sobre la vivencia de las relaciones familiares en el niño. El test de

la familia ha llegado a ser un importante instrumento de psicodiagnóstico con el paso del tiempo debido a los diversos estudios que se han realizado sobre él. Al igual que otras técnicas proyectivas gráficas, no existe una única forma de administración, ni tampoco una norma rígida de interpretación. Se han realizado modificaciones como la de Corman, que consiste en dar al niño la instrucción de dibujar una familia imaginaria en lugar de que dibuje su familia. Corman cree que de este modo el niño tiene más libertad de proyectar sus estados afectivos, sus deseos, temores, repulsiones. Font ha realizado otra modificación que consiste en decir al niño que dibuje su propia familia, ya que al tener que respetar el orden y estructural real de su familia, los resultados tendrán mayor significación como la valorización y desvalorización de los personajes y las supresiones de los mismos (Font, 1978).

3.2 Reseña histórica del T.A.T.

La historia nos va a permitir tener un enfoque más amplio de cómo fue surgiendo el T.A.T. a lo largo del tiempo, hasta llegar a convertirse en un test de gran utilidad. Entre los años de 1910 y 1930 se dieron diversas situaciones que favorecieron el surgimiento del T.A.T., y de los tests proyectivos en general. Esto sucedió fundamentalmente por cuatro causas: “la introducción del enfoque profundo y dinámico por el movimiento psicoanalítico; la demanda de instrumental psicodiagnóstico infantil por las clínicas psicológicas de Healy, 1909; la demanda de instrumental psicodiagnóstico adulto por los gabinetes psicotécnicos de Munsterberg, Lippman, Stern; y, el crédito que el psicodiagnóstico de Rorschach (1921) conquistó para los instrumentos proyectivos” (Bernstein, 2007, p. 14).

H. L. Brittain, W. Libby y L. A. Schwarz fueron los precursores de los trabajos de la técnica de exploración de la personalidad a través de la interpretación perceptual y producción de la fantasía estimuladas por figuras dramáticas, cuya técnica consistía en presentar a un grupo de jóvenes de ambos sexos, una serie de láminas y a partir de ellas compusieran historias. El T.A.T. aparece en las baterías psicodiagnósticas en 1935 por el trabajo de dos estudiosos de la Clínica Psicológica de Harvard: H. A. Murray y Christina

D. Morgan, que en ese año publican la monografía “*A Method for Investigating phantasies: the Thematic Apperception Test*”. Desde esa fecha hasta 1942 se realizaron muchas modificaciones al material y a la tarea misma que se pedía al sujeto, quedando finalmente en la consigna actual, la invención de una historia dramática completa. En 1938 en base a los primeros resultados del T.A.T, Morgan, Murray y otros colaboradores de la Clínica publican un volumen sobre la teoría de la personalidad “*Explorations in Personality*”, que serviría de fundamento al T.A.T.

Las investigaciones y publicaciones relativas al T.A.T. se extendieron cada vez más, incluyeron desde los grandes cuadros psicopatológicos hasta el estudio de pequeños aspectos psicológicos: reacciones de un sujeto ante la crítica de Bellack, o ante el fracaso de Rodnick y Klebanoff; lenguaje de Sanford; fantasías y sueños de Sarason... y se lo ha utilizado en campos cada vez más diversos de la investigación básica y aplicada, hasta llegar a constituirse en uno de los instrumentos proyectivos más acreditados. Además, el T.A.T promovió varias modificaciones y adaptaciones, en el material de prueba, y en la aplicación como procedimientos de administración, análisis, puntuación e interpretación que condujo, en algunos casos a la creación de técnicas independientes. Se estudió la aplicación abreviada mediante la administración colectiva; el uso de sólo una selección de 20 láminas de Murray y Stein; Harrison y Rotter.

Entre las modificaciones del material de prueba cuenta la de Giles, la de G. Bennett, la de Thompson, la de Coligor que administra diez láminas del T.A.T. intercalando láminas blancas entre ellas... Finalmente se señalan algunas modificaciones sustanciales que afectan a la vez al material y al encuadre para el análisis y la interpretación, que condujo a la creación de instrumentos independientes como varios T.A.T. para niños como el CAT, CAT'S y otros, y el PST para adolescentes de Symonds. También el modelo del T.A.T. se combinó con otros modelos proyectivos como el Rorschach que dio lugar al Test de relaciones objetales de Phillipson, y con el psicodrama de Moreno para el MAPS de Schneidman (Bernstein, 2007).

3.3. El T.A.T. como método proyectivo

Ahora nos vamos a enfocar exclusivamente en el Test de Apercepción Temática. El T.A.T., fue descrito originalmente por Morgan y Murray en 1935. “El Test de Apercepción Temática es una técnica para la investigación de la dinámica de la personalidad tal y como se manifiesta en las relaciones interpersonales y en la apercepción o interpretación significativa del ambiente” (Bellak, 1996, p. 41).

Fundamento teórico

El T.A.T. se caracteriza básicamente por ser una prueba de contenido. Freud en 1894 introdujo el término proyección en su trabajo “*Las Neurosis de Ansiedad*” (1972f), posteriormente, en 1896 profundiza este concepto en su trabajo “*Sobre las Neuropsicosis de Defensa*” (1972g). Este término lo utilizó en relación con la psicosis y neurosis, y más tarde lo aplicó en otras formas de conducta, como en el mecanismo principal de la formación de las creencias religiosas como aparece en “*El Porvenir de una Ilusión*” (1973a) y en “*Totém y Tabú*” (1972h). La principal hipótesis de Freud es que los recuerdos de las percepciones influyen sobre la percepción de los estímulos actuales. La interpretación del T.A.T precisamente se basa en tal hipótesis “yo creo que la percepción que tuvo un sujeto de su propio padre influye en la que tiene de las figuras paternas en las láminas del T.A.T y esto constituye una prueba válida y confiable de su percepción habitual de las figuras paternas. Tanto la experiencia clínica como la investigación experimental confirman este punto” (Bellak, 1996, p. 16).

Apercepción y distorsión aperceptiva

Bellak habló de la apercepción como una interpretación significativa que hace un organismo de una percepción, partiendo de la definición de Herbart en la que apercepción en psicología es “el proceso mediante el cual la nueva experiencia es asimilada y transformada por el residuo de la experiencia pasada de cualquier individuo para formar un todo nuevo. El residuo de la experiencia pasada se conoce como masa aperceptiva”(1996, p. 17). Esta definición le permitió contar con una hipótesis de trabajo donde cualquier interpretación subjetiva que forma una distorsión aperceptiva. Por

ejemplo, la mayoría de la gente está de acuerdo en que en la lámina 1 del T.A.T. se muestra un niño tocando el violín, pero en el caso de un paciente esquizofrénico distorsiona de manera aperceptiva la situación y observa un niño frente a un lago.

Existen varias formas de distorsión aperceptiva como la proyección invertida, la proyección simple, sensibilización, percepción autista, externalización, en la que Murray (1951) realizó una serie de hipótesis con respecto a la proyección. En primer lugar, hizo una diferencia entre la proyección cognoscitiva y la proyección imaginativa, que él considera que es a la que nos enfrentamos en las técnicas proyectivas. También hace una diferencia entre proyección suplementaria y proyección complementaria. El primer término lo consideró para la proyección de los componentes del yo, como necesidades, impulsos, deseos y temores. Y la proyección complementaria como la proyección de lo que él llama los componentes de las imágenes, que define como las tendencias y cualidades que caracterizan las imágenes que el sujeto tiene de los padres, hermanos, imágenes que están en el pensamiento del sujeto y con las cuales interactúa en la fantasía (Bellak, 1996).

Hipótesis básicas

Se han considerado ciertas hipótesis básicas para la interpretación del T.A.T. Según Lindsey (1952), tales hipótesis son las siguientes:

1. Al crear una historia, el narrador se identifica por lo común con una persona en el drama y deseos, y las tendencias y conflictos de esta persona imaginaria pueden reflejar los del narrador.
2. Las disposiciones, tendencias y conflictos del narrador a veces están representadas de manera indirecta y simbólica.
3. No todas las historias tienen la misma importancia al elaborar el diagnóstico de los impulsos y conflictos.
4. Los temas que se originan del material y que son estimulados por éste, son menos significativos que aquellos que no son determinados por él.
5. Los temas recurrentes son los que reflejan en especial los impulsos y conflictos del narrador (Bellack, 1996, p.35)

También es necesario conocer los comentarios de Holzman y Klein (1949), que son referentes a la importancia del control cognoscitivo en la percepción y, en especial en relación con la disfunción perceptual que existe en la esquizofrenia.

Estudio del carácter y las defensas en el T.A.T.

La palabra carácter corresponde al empleo estadounidense del término personalidad. En psicoanálisis, psiquiatría y psicología estadounidense, el término neurosis de carácter es generalmente aceptado. Una neurosis de carácter es un trastorno del que no es consciente quien lo padece, aunque sea claro para las personas de su medio. Los rasgos neuróticos de carácter puede conceptuarse como un síndrome en que las defensas funcionan lo suficientemente bien, como para evitar un conflicto directo y abierto de los impulsos a costa del empobrecimiento de otras funciones del yo. El T.A.T. puede ser un excelente medio para el análisis de tales problemas de carácter. Es frecuente que una sola historia revele con claridad el tema central de la vida de una persona.

Según Vels (1990) las defensas del yo pueden dividirse en aquellas que tienen éxito porque logran suprimir lo que trata de evitarse y aquellas que no tienen éxito y necesitan de una repetición o perpetuación del proceso para evitar la erupción de los impulsos evitados, así tenemos mecanismos como la negación, la proyección, la represión, las formaciones reactivas, aislamiento, desplazamiento, fijación, regresión, introyección y el T.A.T es un instrumento que permite su identificación con facilidad a través de las historias.

Las láminas como estímulos

El T.A.T. está constituido por 31 láminas, de ellas 30 son pictóricas y una blanca. De las 31 sólo se administran 20 láminas: 11 son universales y se aplican a todo examinado, 9 son específicas y se administran discriminadamente según la edad y sexo del examinado. Las láminas reproducen escenas dramáticas, tienen contornos imprecisos y su impresión difusa o su tema implícito son los suficientemente ambiguos, así enfrentan al sujeto

con situaciones de trabajo, paterno filiales, de depresión y suicidio, de peligro y miedo, sexuales, de agresión, etc. El T.A.T. suele administrarse tres formas: de forma individual, autoadministración y colectiva. Murray recomienda administrar su test en dos sesiones, de aproximadamente una hora cada una, y con un intervalo entre ambas de un día por lo menos. Rappaport señala que en general, la administración total de las 20 láminas no debe durar más de 90 a 120 minutos.

Los estudios realizados sobre el Test de Apercepción Temática de Murray, por Sanford, Rappaport, Stein, Bellak, Symonds, Bernstein, Holt y otros investigadores han contribuido a mejorar la productividad del T.A.T. y en casos como el de Holt y Bellak han servido para facilitar el análisis y la interpretación.

El Test Proyectivo de Murray

Bernstein explica que cuando se enfrenta a varios sujetos a una misma situación vital, cada persona la vive a su manera, de acuerdo a su propia, personal y exclusiva perspectiva. Fue esto lo que Murray (1935) mediante un sencillo artificio planeó realizar con su Test de Cuadros, o de apercepción de temas vitales: “presentar al sujeto esas situaciones en imágenes, para que éste, sin percatarse, se identifique con las figuras y con entera libertad, nos comunique, en forma de historia dramática completa, presentación, nudo, desenlace, su experiencia perceptual, mnémica, imaginativa y emocional (Bernstein, 2007, p. 13).

Objetivo, utilidad y aplicación

El Test de Apercepción Temática, constituye un método eficaz para el descubrimiento de determinadas tendencias, emociones, sentimientos, complejos y conflictos dominantes de una personalidad, especialmente tiene un poder para revelar las tendencias de fondo inconsciente. Es de gran utilidad para todo estudio amplio de la personalidad, así como para la interpretación de las alteraciones de la conducta, enfermedades psicosomáticas, neurosis y psicosis (Murray, 1935/2007).

La prueba consiste en presentarle al sujeto una colección de láminas que reproducen escenas dramáticas y en animarlo a que relate historias basadas en ellas e inventadas según el curso de la inspiración del momento, con lo que se logra provocar la proyección de la realidad interna del sujeto a través de sus interpretaciones perceptuales, mnémicas e imaginativas, además va a permitir averiguar que situaciones y relaciones sugieren al sujeto temor, deseos, dificultades, necesidades, y presiones fundamentales, así como significativos componentes de la personalidad (Bernstein, 2007).

Rappaport describe los relatos del T.A.T. como producciones esencialmente mnémicas en torno a un tema dado, donde las características, actitudes y esfuerzos de los personajes de las historias del T.A.T son todos productos mnémicos, y por tanto están sujetos a las leyes de organización de la memoria que ordenan cada experiencia en patrones, de acuerdo con las constelaciones emocionales de la vida del sujeto, es decir, de su experiencia pasada, y representan por consiguiente, personajes reales o inventados, y las actitudes, sentimientos y acciones de aquellos que han pesado durante largo tiempo en la vida del sujeto. Además, Rappaport advierte que la utilización de figuras como estímulos facilitan la producción del sujeto, lo enfrenta con determinadas situaciones típicas y extraordinarias que interesan a la exploración y permite estandarizar la interpretación, por lo que Rappaport considera que las técnicas de Murray satisface las condiciones exigidas para constituirse en test (Bernstein, 2007).

Validez y Confiabilidad

La validez y confiabilidad son fundamentales en los tests psicológicos. Es importante señalar que en el caso del T.A.T. se han realizado muchas investigaciones para establecer su validez. Los métodos han incluido: 1) comparación de interpretaciones de la prueba con datos de caso o con evaluaciones del paciente por parte del terapeuta; 2) técnicas de igualación y análisis de protocolos sin conocimiento adicional acerca del paciente; 3) comparaciones entre diagnósticos clínicos derivados del T.A.T. y juicios de psiquiatras; y, 4) establecimiento de la validez de ciertos principios generales de interpretación, por ejemplo, la tendencia de la persona a identificarse con el héroe de la historia, o la probabilidad de que los temas inusuales sean más significativos que los

comunes (Trull y Phares, 2003). Tomkins realizó muchas investigaciones y determinó que el T.A.T. cumple con todas las formas posibles de validación. Además, después de realizar una exploración intensiva de más de setenta y cinco horas de entrevistas, tests, y técnicas experimentales comprobó que los informes suministrados por el T.A.T. son totalmente veraces. De igual manera, para verificar la confiabilidad, Tomkins realizó varias aplicaciones del T.A.T., al mismo sujeto, para verificar la confiabilidad del intérprete, de la repetición, según el intervalo de tiempo y según el sujeto, y determinó, junto con Hilmann que “el T.A.T. pertenece a los pocos métodos verdaderamente útiles y fructíferos de psicología clínica y de diagnóstico de la personalidad” (Berstein, 2007, p.17).

3.4 Conclusiones

- Los métodos proyectivos son importantes instrumentos probados y en la práctica clínica son muy útiles en la exploración de la personalidad, porque permiten revelar material inconsciente, que con otras pruebas no sería posible diagnosticar.

CAPITULO 4

ESTUDIO DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA EN PACIENTES ALCOHÓLICOS A TRAVES DEL T.A.T.

Este capítulo corresponde exclusivamente a la parte investigativa de nuestro trabajo, la que se refiere a la aplicación individual del T.A.T. a cada uno de los pacientes de los respectivos Centros y el posterior estudio y análisis de los resultados obtenidos.

4.1 Metodología

Para realizar esta investigación, es necesario detallar los pasos que seguimos:

Qué se pretende estudiar?

Lo que pretendemos estudiar en los pacientes dependientes de alcohol del Centro de Reposo y Adicciones, CRA, y Mujer Libre, son los mecanismos de defensa. Esto lo lograremos mediante los siguientes instrumentos:

- a. El **Test de Apercepción Temática, T.A.T.**, con lo que se busca diagnosticar los mecanismos de defensa utilizados, tanto por hombres como por mujeres alcohólicos.
- b. **Entrevistas** con cada uno de los pacientes, para obtener mayor información de los mismos.
- c. Revisión de **historias clínicas** elaboradas por cada Centro, con el objetivo de confirmar la información dada por el paciente.

Muestra utilizada

Para el estudio hemos tomado de una población total de 65 pacientes alcohólicos de los dos Centros, una muestra de 30 pacientes, 15 hombres del Centro de Reposo y

Adicciones, CRA, y, 15 mujeres del Centro de Tratamiento Mujer Libre. Con **criterios de inclusión**, tanto para hombres como para mujeres:

- Criterios de diagnóstico del DSM-IV o del CIE-10, de dependencia de alcohol.
- Edades comprendidas entre 20 y 50 años.

4.2 Aplicación del T.A.T.

Para el estudio utilizamos el test de Apercepción Temática, T.A.T., debido a su validez y confiabilidad que le hacen una prueba confiable destinada a diagnosticar la parte inconsciente del sujeto, como son los mecanismos de defensa. Para la aplicación de este reactivo psicológico utilizamos la serie estándar de 10 láminas, propuestas por Bellak (1996, p.60) que son las siguientes: 1, 2, 3VH, 4, 6VH, 7NM, 8VH, 9NM, 10 y 13HM, más una adicional que es la 3NM. Aplicamos de manera individual, utilizando la consigna: Esta es una prueba para contar historias. Le voy a ir mostrando algunas láminas, una por una, y usted deberá componer una historia para cada una, que tenga la mayor acción y el mayor número de personajes posibles. Usted dirá qué es lo que ha conducido a los hechos que ve en la figura, qué está sucediendo en ese momento, qué sienten y piensan los personajes, y luego dirá como termina. Expresa sus pensamientos a medida que vayan apareciendo en su mente. Dispone del tiempo que sea necesario (Bellak).

4.3 Presentación de los resultados obtenidos de la aplicación del T.A.T.

A continuación presentamos los cuadros que contienen los resultados de la aplicación del reactivo psicológico. En primer lugar, vamos a mostrar el estudio de los pacientes hombres, seguido del cuadro de resultados. De igual manera realizaremos con el estudio de las pacientes mujeres.

Análisis cuantitativo

Hombres

Cuadro N.- 4.1

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T. HOMBRES: CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES, CRA PACIENTE 1												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1	1	1	1	1	1	1					7
Represión			1								1	2
Negación		1										1
Formación reactiva				1								1
Racionalización				1			1					2
Regresión												
Anulación								1				1
Evasión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la represión, la racionalización, la negación, la formación reactiva y la anulación.												

Cuadro N.- 4.2

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
HOMBRES: CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES, CRA												
PACIENTE 2												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1	1		1	1			1		1		6
Represión	1				1			1				3
Negación				1	1			1	1		1	5
Formación reactiva						1	1				1	3
Racionalización							1		1			2
Regresión												
Anulación												
Evasión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la negación, la represión y la racionalización												

Cuadro N.- 4.3

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
HOMBRES: CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES, CRA												
PACIENTE 3												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1	1	1	1	1	1		1		1		8
Represión		1	1		1							3
Negación				1							1	2
Formación reactiva	1									1		2
Racionalización												
Regresión			1									1
Anulación												
Evasión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la represión, la negación, la formación reactiva y la regresión.												

Cuadro N.- 4.4

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
HOMBRES: CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES, CRA												
PACIENTE 4												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1		1	1	1	1			1		1	7
Represión	1		1		1			1				4
Negación	1		1	1	1	1	1					6
Formación reactiva												
Racionalización			1			1		1			1	4
Regresión			1									1
Anulación												
Evasión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la negación, la represión, la racionalización y la regresión.												

Cuadro N.- 4.5

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
HOMBRES: CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES, CRA												
PACIENTE 5												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1	1	1	1	1	1					1	7
Represión					1			1				2
Negación		1	1				1					3
Formación reactiva				1								1
Racionalización					1						1	2
Regresión							1					1
Anulación												
Evasión									1			1
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la negación, la represión, la racionalización, la regresión y la evasión.												

Cuadro N.- 4.6

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
HOMBRES: CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES, CRA												
PACIENTE 6												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1	1	1		1	1		1		1		7
Represión	1				1						1	3
Negación			1	1								2
Formación reactiva		1									1	2
Racionalización				1		1						2
Regresión			1									1
Anulación												
Evasión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la represión, negación, formación reactiva y regresión.												

Cuadro N.- 4.7

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
HOMBRES: CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES, CRA												
PACIENTE 7												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1	1	1		1	1				1		6
Represión	1		1		1							3
Negación			1		1				1	1	1	5
Formación reactiva											1	1
Racionalización					1							1
Regresión			1									1
Anulación												
Evasión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la negación, represión formación reactiva, racionalización y regresión.												

Cuadro N.- 4.8

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
HOMBRES: CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES, CRA												
PACIENTE 8												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección			1	1	1	1	1				1	6
Represión	1		1									2
Negación					1			1	1		1	4
Formación reactiva												
Racionalización		1				1				1		3
Regresión												
Anulación												
Evasión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la negación, racionalización y la represión.												

Cuadro N.- 4.9

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
HOMBRES: CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES, CRA												
PACIENTE 9												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección				1	1	1				1		4
Represión			1									1
Negación	1	1	1	1		1						5
Formación reactiva		1					1				1	3
Racionalización						1				1		2
Regresión												
Anulación												
Evasión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la negación, seguido de la proyección, la formación reactiva y la racionalización.												

Cuadro N.- 4.10

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
HOMBRES: CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES, CRA												
PACIENTE 10												
11 LÁMINAS (11historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección			1	1		1		1	1			5
Represión	1				1							2
Negación			1	1	1	1					1	5
Formación reactiva	1					1					1	3
Racionalización					1							1
Regresión												
Anulación												
Evasión												
Aislamiento							1					1
El mecanismo más utilizado es la proyección y la negación, seguido de la formación reactiva, la represión, la racionalización y el aislamiento.												

Cuadro N.- 4.11

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
HOMBRES: CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES, CRA												
PACIENTE 11												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1		1	1	1		1	1			1	7
Represión	1		1		1			1				4
Negación	1	1		1			1			1	1	6
Formación reactiva			1			1				1		3
Racionalización												
Regresión												
Anulación												
Evasión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la negación, la represión y la formación reactiva.												

Cuadro N.- 4.12

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
HOMBRES: CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES, CRA												
PACIENTE 12												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección			1	1	1			1		1	1	6
Represión	1											1
Negación		1	1									2
Formación reactiva						1	1		1			3
Racionalización												
Regresión												
Anulación												
Evasión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la formación reactiva, la negación y la represión.												

Cuadro N.- 4.13

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
HOMBRES: CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES, CRA												
PACIENTE 13												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1		1	1	1	1	1		1	1		8
Represión			1		1							2
Negación	1		1							1	1	4
Formación reactiva										1		1
Racionalización												
Regresión			1	1								2
Anulación												
Evasión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la negación, la represión, la regresión y la formación reactiva.												

Cuadro N.- 4.14

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
HOMBRES: CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES, CRA												
PACIENTE 14												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1	1	1	1	1	1	1		1			8
Represión	1		1									2
Negación	1		1		1		1		1	1	1	7
Formación reactiva												
Racionalización												
Regresión			1									1
Anulación												
Evasión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado s la proyección, seguido de la negación, la represión y la regresión.												

Cuadro N.- 4.15

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
HOMBRES: CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES, CRA												
PACIENTE 15												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1	1	1		1	1		1	1	1	1	9
Represión			1		1							2
Negación				1		1	1	1				4
Formación reactiva									1			1
Racionalización												
Regresión												
Anulación												
Evasión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la negación, la represión y la formación reactiva.												

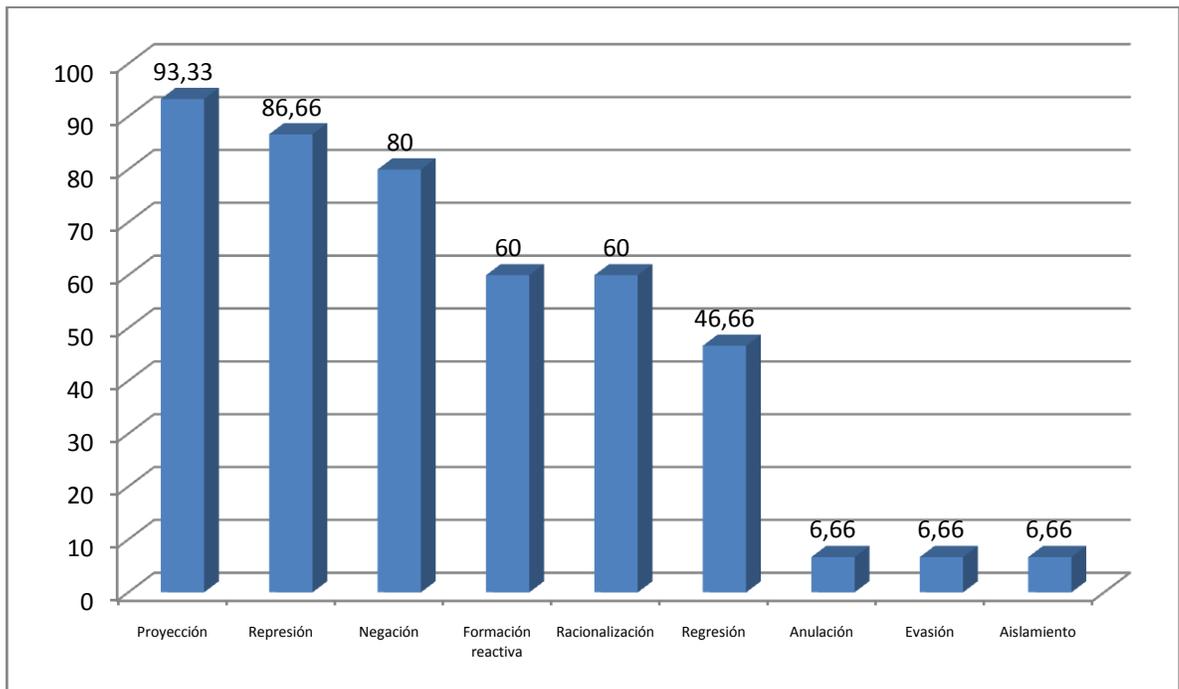
Cuadro general resultados

Cuadro N.- 4.16 – Gráfico N.- 4.1

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T. A LOS PACIENTES HOMBRES DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES, CRA

No. total de personas = 15

Mecanismo más utilizado	No. de Pacientes	%
Proyección	14	93,33
Represión	13	86,66
Negación	12	80,00
Formación reactiva	9	60,00
Racionalización	9	60,00
Regresión	7	46,66
Anulación	1	6,66
Evasión	1	6,66
Aislamiento	1	6,66



Mujeres

Cuadro.- 4.17

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
MUJERES: CENTRO DE TRATAMIENTO MUJER LIBRE												
PACIENTE 1												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección			1	1	1	1	1		1		1	7
Represión	1		1		1			1				4
Negación				1	1	1	1		1	1	1	7
Formación reactiva		1								1		2
Racionalización												
Regresión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección y la negación, seguido de la represión, la formación reactiva.												

Cuadro N.- 4.18

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
MUJERES: CENTRO DE TRATAMIENTO MUJER LIBRE												
PACIENTE 2												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección			1		1	1				1	1	5
Represión	1				1							2
Negación	1		1	1		1	1	1	1	1	1	9
Formación reactiva							1					1
Racionalización	1	1		1	1		1	1	1			7
Regresión			1	1				1				3
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la negación, seguido de la racionalización, la proyección, la regresión, la represión y la formación reactiva.												

Cuadro N.- 4.19

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
MUJERES: CENTRO DE TRATAMIENTO MUJER LIBRE												
PACIENTE 3												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección			1	1		1	1		1			5
Represión	1		1		1							3
Negación						1		1	1			3
Formación reactiva		1			1					1		3
Racionalización	1											1
Regresión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la represión, negación, formación reactiva y la racionalización.												

Cuadro N.- 4.20

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
MUJERES: CENTRO DE TRATAMIENTO MUJER LIBRE												
PACIENTE 4												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Represión	1				1							2
Negación				1			1	1		1	1	5
Formación reactiva				1						1		2
Racionalización												
Regresión											1	1
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la negación, la represión, formación reactiva y la regresión.												

Cuadro N.- 4.21

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
MUJERES: CENTRO DE TRATAMIENTO MUJER LIBRE												
PACIENTE 5												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1	1	1	1	1				1			6
Represión			1		1							2
Negación		1	1	1	1			1	1		1	7
Formación reactiva	1	1					1			1		4
Racionalización											1	1
Regresión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la negación, seguido de la proyección, la formación reactiva, la represión y la racionalización.												

Cuadro N.- 4.22

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
MUJERES: CENTRO DE TRATAMIENTO MUJER LIBRE												
PACIENTE 6												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1	1	1	1		1	1	1		1		8
Represión	1		1		1							3
Negación		1			1						1	3
Formación reactiva						1				1		2
Racionalización		1		1			1				1	4
Regresión												
Aislamiento								1				1
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la racionalización, la represión, la negación, la formación reactiva y el aislamiento.												

Cuadro N.- 4.23

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
MUJERES: CENTRO DE TRATAMIENTO MUJER LIBRE												
PACIENTE 7												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección			1	1	1		1	1		1	1	7
Represión	1		1		1			1			1	5
Negación	1											1
Formación reactiva	1	1				1			1			4
Racionalización											1	1
Regresión			1									1
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la represión, la formación reactiva, la negación, racionalización y regresión.												

Cuadro N.- 4.24

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
MUJERES: CENTRO DE TRATAMIENTO MUJER LIBRE												
PACIENTE 8												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección			1			1	1		1	1		5
Represión	1		1		1							3
Negación					1	1	1	1	1		1	6
Formación reactiva	1	1				1						3
Racionalización												
Regresión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la negación, seguido de la proyección, la represión y formación reactiva.												

Cuadro N.- 4.25

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
MUJERES: CENTRO DE TRATAMIENTO MUJER LIBRE												
PACIENTE 9												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Represión	1		1		1							3
Negación		1	1	1	1		1	1	1			7
Formación reactiva												
Racionalización												
Regresión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la negación y la represión.												

Cuadro N.- 4.26

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
MUJERES: CENTRO DE TRATAMIENTO MUJER LIBRE												
PACIENTE 10												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1		1	1	1	1	1				1	7
Represión								1				1
Negación			1				1				1	3
Formación reactiva										1		1
Racionalización												
Regresión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la negación, la represión y la formación reactiva												

Cuadro N.- 4.27

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
MUJERES: CENTRO DE TRATAMIENTO MUJER LIBRE												
PACIENTE 11												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1	1	1	1					1	1		6
Represión					1						1	2
Negación			1	1		1	1			1		5
Formación reactiva		1				1						2
Racionalización												
Regresión												
Aislamiento							1					1
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la negación, la represión, la formación reactiva y el aislamiento.												

Cuadro N.- 4.28

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
MUJERES: CENTRO DE TRATAMIENTO MUJER LIBRE												
PACIENTE 12												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1		1	1	1	1	1	1	1		1	9
Represión	1		1									2
Negación	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	10
Formación reactiva										1		1
Racionalización				1					1			2
Regresión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la negación, seguido de la proyección, la represión, racionalización y formación reactiva.												

Cuadro N.- 4.29

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
MUJERES: CENTRO DE TRATAMIENTO MUJER LIBRE												
PACIENTE 13												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1		1				1					3
Represión	1		1		1			1				4
Negación	1		1	1					1	1		5
Formación reactiva		1								1		2
Racionalización												
Regresión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la negación, seguido de la represión, proyección y la formación reactiva.												

Cuadro N.- 4.30

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
MUJERES: CENTRO DE TRATAMIENTO MUJER LIBRE												
PACIENTE 14												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección	1		1			1	1		1	1	1	7
Represión	1		1		1							3
Negación	1			1			1	1		1	1	6
Formación reactiva		1										1
Racionalización												
Regresión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la proyección, seguido de la negación, la represión y la formación reactiva.												

Cuadro N.- 4.31

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T.												
MUJERES: CENTRO DE TRATAMIENTO MUJER LIBRE												
PACIENTE 15												
11 LÁMINAS (11 historias)												
MECANISMO	1	2	3VH	3NM	4	6VH	7NM	8VH	9NM	10	13HM	TOTAL
Proyección			1	1			1				1	4
Represión			1									1
Negación	1	1	1	1			1	1		1	1	8
Formación reactiva												
Racionalización										1		1
Regresión												
Aislamiento												
El mecanismo más utilizado es la negación, seguido de la proyección, la represión y la racionalización.												

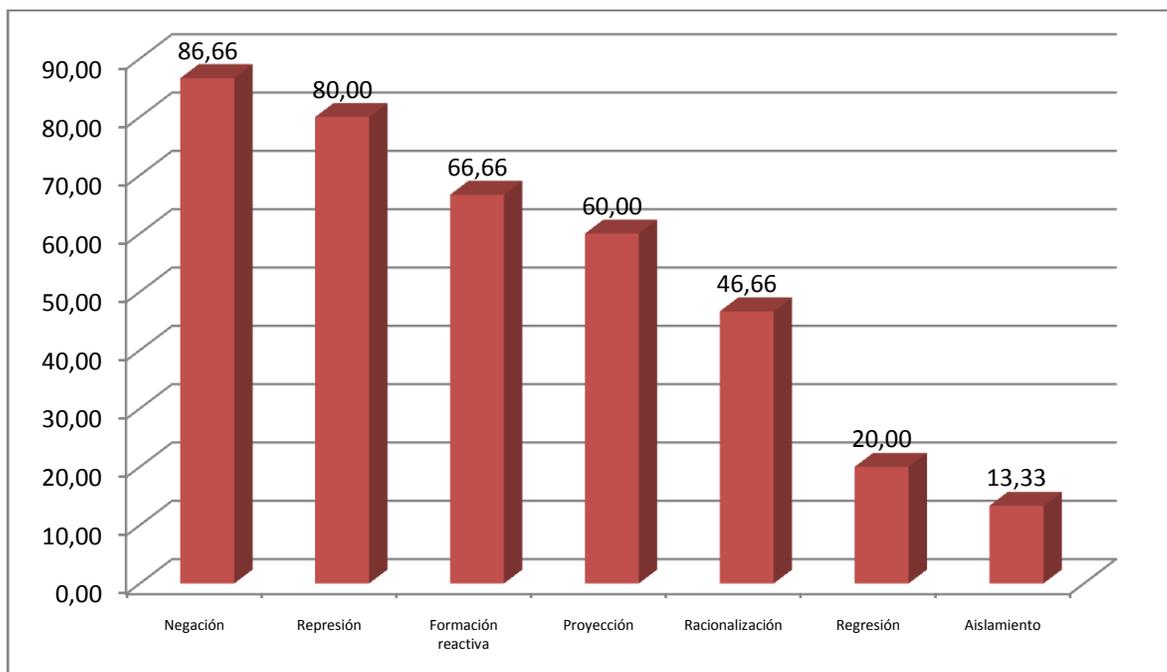
Cuadro general resultados

Cuadro N.- 4.32 – Gráfico N.- 4.2

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL T.A.T. A LAS PACIENTES MUJERES DEL CENTRO DE TRATAMIENTO MUJER LIBRE

No. total de personas = 15

Mecanismo más utilizado	No. de Pacientes	%
Negación	13	86,66
Represión	12	80,00
Formación reactiva	10	66,66
Proyección	9	60,00
Racionalización	7	46,66
Regresión	3	20,00
Aislamiento	2	13,33



Cuadro comparativo de los resultados obtenidos de hombres y mujeres

Cuadro N.- 4.33 – Gráfico N.- 4.3

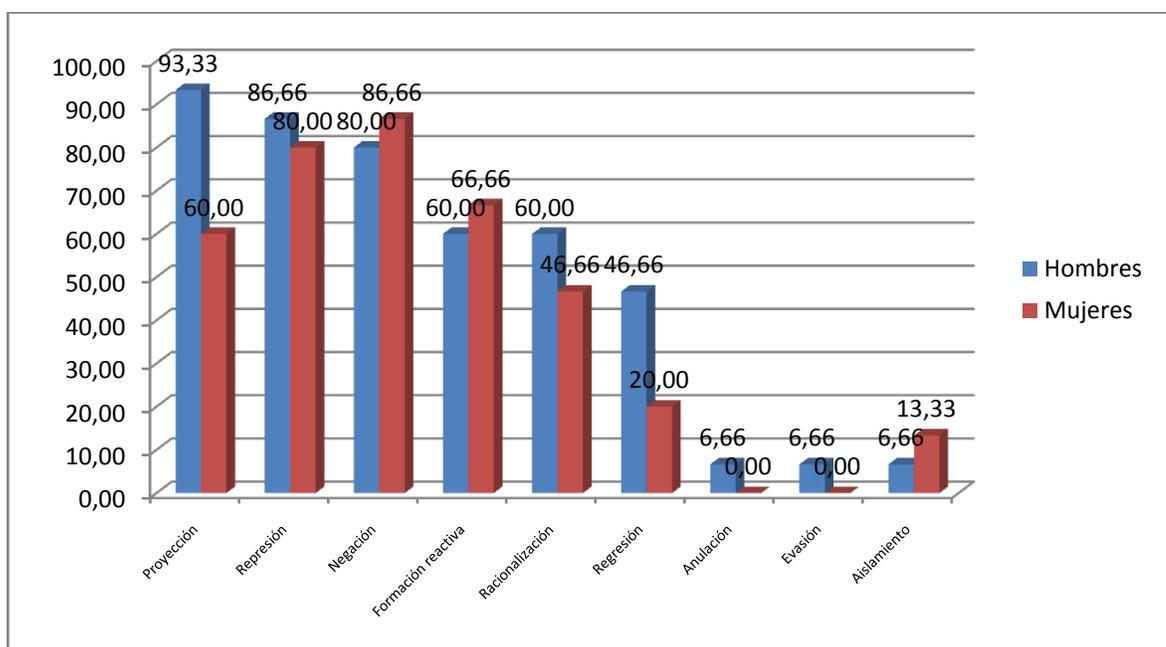
CUADRO COMPARATIVO DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA

UTILIZADOS TANTO POR PACIENTES HOMBRES DEL “CRA” COMO POR

PACIENTES MUJERES DEL CENTRO “MUJER LIBRE” Total = 15 hombres

Total = 15 mujeres

Mecanismo más utilizado	Hombres		Mujeres	
	No. de Pacientes	%	No. de Pacientes	%
Proyección	14	93,33	9	60,00
Represión	13	86,66	12	80,00
Negación	12	80,00	13	86,66
Formación reactiva	9	60,00	10	66,66
Racionalización	9	60,00	7	46,66
Regresión	7	46,66	3	20,00
Anulación	1	6,66	0	0,00
Evasión	1	6,66	0	0,00
Aislamiento	1	6,66	2	13,33



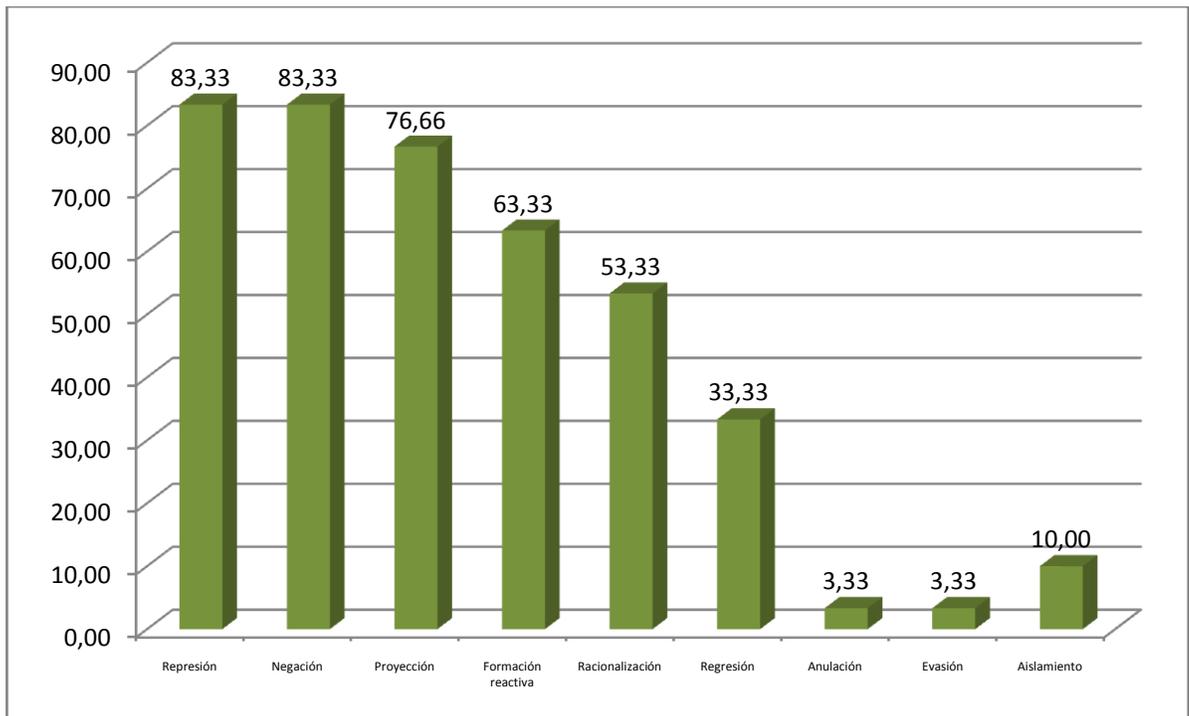
Cuadro global de los resultados obtenidos

Cuadro N.- 4.34 – Gráfico N.- 4.4

CUADRO GLOBAL DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA MÁS UTILIZADOS

Total = 30 personas

Mecanismo más utilizado	No. de pacientes	%
Represión	25	83,33
Negación	25	83,33
Proyección	23	76,66
Formación reactiva	19	63,33
Racionalización	16	53,33
Regresión	10	33,33
Anulación	1	3,33
Evasión	1	3,33
Aislamiento	3	10,00



4.4 Análisis de los resultados obtenidos de la aplicación del T.A.T.

Análisis cualitativo

Para comenzar, es necesario señalar que el alcohólico no es una persona bien ajustada psicológica y emocionalmente, con falta de tolerancia a las frustraciones. Es una persona que busca en la bebida evadir sus problemas, es decir, una despreocupación ocasionada por una embriaguez ligera y, luego, un desentendimiento profundo debido a la embriaguez más intensa como un alivio a sus ansiedades, explicándose así el por qué el bebedor busca el estado de ebriedad como una necesidad en sí misma. Una de las causas básicas del alcoholismo es la tendencia a eludir las ansiedades mediante un escape, sumado a que son fisiológicamente adictos a la bebida.

La teoría del aprendizaje ayuda a comprender el desarrollo de la dependencia al alcohol. La mayoría de los alcohólicos crecen en hogares donde el padre o la madre o ambos progenitores consumen alcohol, lo que hace que estos niños aprendan desde temprana edad a que el alcohol es algo normal y se lo debe consumir en toda ocasión, además, este aprendizaje se refuerza en el medio social como es la influencia de las amistades, lo que hace que la persona con el tiempo se convierta en alcohólica. El alcohol en nuestra sociedad es utilizado como un instrumento para socializar y facilita la aprobación por parte del grupo de iguales. Ciertos hechos sociales promueven el aprendizaje de la ingesta de alcohol, más el consumo de alcohol por parte de los padres o parientes refuerza el aprendizaje por imitación.

Para el estudio de los mecanismos de defensa, analizamos una por una las historias elaboradas por los 30 pacientes, 15 hombres del Centro de Reposo y Adicciones, CRA, y 15 mujeres del Centro Mujer Libre, es decir, un total de 330 historias, para lo cual utilizamos la “Hoja de Análisis del T.A.T., de Bellack (Revisada)” (1996, p.82).

Del análisis realizado determinamos que la principal defensa más utilizada por los pacientes alcohólicos contra sus ansiedades es la **represión**, en 25 pacientes (13 hombres y 12 mujeres). Esto se explicaría a que de manera inconsciente los pacientes alcohólicos olvidan algo que les produce malestar o dolor. La mayor parte de la represión se pudo ver en las historias que corresponden a la lámina 1, donde los pacientes no veían el violín, lo que significa reprimir la sexualidad, además, en la lámina 3VH, no veían el arma, reprimiendo así la agresividad que llevan dentro. Esto también se podría considerar como un desajuste de la realidad ya que la lámina se considera como una realidad. Podríamos explicar que las mujeres reprimen en un alto porcentaje debido a que la sociedad las obliga, ya que tienen un rol establecido que cumplir. En el caso de la sexualidad, las mujeres no se abren mucho ya que desde pequeñas sus familias las condicionan a que la sexualidad es sólo para el matrimonio, por lo que esto les produce ansiedad y terminan por reprimir. En la mayoría de las historias realizadas por mujeres no hacen historias sobre sexualidad. La represión de las mujeres podríamos explicar como un cierto grado de neurosis, es decir, que reflejan un conflicto entre el yo y las pulsiones. El mecanismo fundamental en la neurosis es la represión.

Un ejemplo claro de represión podemos ver en la historia referente a la lámina 1: “el niño está pensando en los problemas de la escuela, deberes, es alegre, inteligente, no le falta económicamente, está pensativo porque está solo, está en un parque, en un llano. Al final va a crecer, hará su vida, tiene futuro, va a ser doctor, abogado, va a casarse o tener 2 ó 3 niños para no sentirse solo como él”.

A la **negación** recurrieron 25 pacientes (12 hombres y 13 mujeres). Uno de los problemas más grandes del alcoholismo, es el largo periodo de tiempo que pasa entre el surgimiento de los problemas de alcohol, en que los reconozcan y acepten y en tomar la decisión de pedir ayuda y someterse a un tratamiento, por esto es normal que en un principio los pacientes en el primer mes de internamiento nieguen el tener un problema con la bebida, para luego poco a poco ir aceptando que tienen una enfermedad para toda

la vida. Pero hay alcohólicos que lo niegan por un periodo más largo, ya que asocian al alcoholismo con gente vagabunda, abandonada. Otra circunstancia que ayuda a que un alcohólico niegue el problema es que existe un estigma asociado al alcoholismo. Mucha gente considera el alcoholismo como una cuestión moral y, por tanto, como un indicador de debilidad más que como una conducta aprendida. A causa de esta actitud, mucha gente se siente avergonzada y rehúsa a admitir que tiene un problema de alcoholismo, obstaculizando así su tratamiento. En los alcohólicos se escuchan frases comunes como “Yo no tengo problemas con el alcohol!”, “Mi salud está perfecta, no tengo para qué ir al médico”. Un ejemplo claro de negación se puede ver en la siguiente historia referente a la lámina 6VH: “la madre y la hija, la madre está triste, sabe de los problemas de ella y sufre, la hija le pide que le escuche, entienda y perdone. Ella es soltera. Al final la madre se da la vuelta y le perdona, ella es la única hija. Ella no tiene problemas de alcohol sino de soledad”.

Al negar esta situación puede hacer que la situación se complique causando daños de salud, emocionales, financieros, legales, etcétera, aún más severos. En el caso extremo, la persona se puede quedar bloqueada sin poder salir de su irrealidad, convirtiéndose en patológica su situación mental. Es necesario tener presente que esta reacción es motivada inconscientemente, no es una respuesta voluntaria, por eso es tan difícil que la persona alcohólica actúe con objetividad, aun en la presencia de evidencias clarísimas de su distorsión de la realidad. El alcohólico se siente evidentemente incómodo consigo mismo pero no sabe el por qué. Carece de una percepción interior personal, no quiere encontrar dentro de sí los impulsos que gobiernan sus conductas erróneas, creándole así ansiedad por lo que recurre a negar sus comportamientos.

Las mujeres niegan más su enfermedad del alcoholismo, por un aspecto sociocultural que viven por la cultura machista en la cual han sido criadas, sumado esto a su entorno familiar de influencias positivas como negativas, en el que la mujer desde pequeña es criada con enseñanzas de que no debe hacer las cosas que hacen los hombres, como

beber. Hay una mayor negación en las historias realizadas por las mujeres, lo que podría evidenciar un proceso psicótico, es decir, un conflicto entre el yo y la realidad, en el cual la principal defensa fundamental es la negación, de esta manera explicaríamos el por qué de las historias con mucha fantasía y muy extensas.

El siguiente mecanismo más utilizado es la **proyección**, utilizado por 23 pacientes (14 hombres y 9 mujeres). Un ejemplo claro de su utilización se evidencia en la siguiente historia de la lámina 6VH: “el joven está enojado, resentido porque cometió un acto indebido y la madre no le quiere dar permiso de salir. La madre se preocupa mucho porque consume alcohol y de borracho es muy problemático y la madre no quiere que le pase nada. Él no se va a poder ganar la confianza de la madre y siempre va tener un pero o una advertencia de que si le falla no le va a dejar salir”, o en otra historia de la lámina 3VH: “un señor que está agobiado, está deprimido por el licor, está caído sobre una butaca y está dormido en la calle, tiene que ir a su casa y se presentará con la mujer pero está borracho, la esposa lo recriminará pero seguirá tomando y es un enfermo alcohólico que no tiene cura”.

Podemos confirmar con las historias anteriores lo que Freud dice sobre la proyección, que es un mecanismo que hace ver de manera inconsciente en los demás lo que no podemos aceptar en nosotros mismos. En el caso del alcohólico, por medio de la proyección encuentran en los demás lo que es inaceptable para sí mismo. Esto implica una gran falta de percepción y es un intento de deshacerse de sus intolerables sentimientos y motivos al reconocerlos en los demás. Se puede interpretar la conducta de los alcohólicos como un comportamiento motivado por sentimientos que inconscientemente sienten que son indignos de él. En 9 pacientes hombres existe una tendencia adicional que es verse a sí mismo en la mayoría de las historias como una mujer alcohólica, mostrando así una manera más de proyectarse, lo que revelaría una tendencia homosexual que es frecuente en las personas con adicciones, ya que el hecho de su adicción los lleva a realizar cualquier cosa por obtener la sustancia deseada.

Podemos explicar esta situación mediante el caso Schreber, un caso de paranoia (1911/1972a) analizado por Freud en el cual la proyección es definida así: “Una percepción interna es reprimida y, en sustitución suya surge en la conciencia su propio contenido, pero deformado y como percepción externa” (p. 1520). Así es como Freud explicaba la paranoia, por un deseo homosexual reprimido y proyectado.

Otra explicación de la homosexualidad estaría en el delirio celoso de los alcohólicos, que se pudo ver de manera repetida en las historias de los hombres, sobre todo en la lámina 4, en la que relatan historias donde el hombre es celoso y no perdona los errores a la mujer. Esta situación se podría explicar por la teoría de Freud en la que habla en que el hombre es impulsado muchas veces al alcohol por una desilusión experimentada por las mujeres, por lo que busca la compañía de los hombres en los bares, para así obtener la satisfacción que en su hogar y con su mujer no la tiene. De esta manera el hombre va a proyectar en la mujer que es ella quien ama a otro hombre, siendo él quien ama al hombre, por lo que le acusará de infidelidad con todos los hombres a los que él se sienta inclinado a amar.

La proyección en las mujeres es menor ya que las historias de la mayoría son muy fantasiosas, realizando historias de princesas y príncipes ideales, imaginando tener o querer una vida así; aunque en un porcentaje más bajo las mujeres si se proyectan como alcohólicas y maltratadas, reflejando así su vida. Se pudo evidenciar que los hombres proyectan más su vida en las historias que las mujeres. Un ejemplo claro de historia de fantasía de la lámina 4 en las mujeres es la siguiente:

Cuenta la historia de una bella princesa que vivía con sus padres, en un hermoso castillo, un día ella salió a pasear mientras Misael le observaba fijamente, ella se dio cuenta y se acercó a Misael y le dijo ¡hola! pero con voz nerviosa, Misael emocionado le contesto ¡hola! ¿vives aquí? o sólo paseabas. Ella le dijo que vivía ahí. Mientras conversaba, uno de sus empleados llegó a llamarle a ella diciendo que su madre la necesitaba en casa, ella se fue y Misael se quedó con la intriga de donde vivía. Cada

noche ella veía la luna y las estrellas y se pregunta por Misael. Mientras él hacía lo mismo, pero llegó el día en que se realizó una fiesta en la casa de la princesa, un amigo de Misael le invitó a una fiesta, era de disfraces y él lo aceptó. El día de la fiesta la bella princesa esperaba a su príncipe, en el momento que bajaba las gradas vio un hermoso chico con antifaz y con una mirada impactante que se acercaba hacia ella y le invitó a bailar, mientras bailaba le quería ver la cara pero él trata de ocultar mirando a otro lado. Y así paso toda la noche hasta que llego la hora que tenía que irse de la fiesta pero antes le dio un beso a la princesa y le dijo que se encontraran en la cascada del campo que quedaba cerca de su casa y así sabría quien es él. Llegó la tarde y él le esperaba en la cascada, cuando llego la princesa él sonrió y se acercó hacia ella y le dijo que estaba hermosa y ella feliz le respondió con un beso, al final se casaron y vivieron felices.

La siguiente defensa más utilizada es la **formación reactiva**, en 19 pacientes (9 hombres y 10 mujeres). Tanto hombres como mujeres utilizaron esta defensa hacia las figuras paternas en las cuales los pacientes mostraban demasiado amor hacia los padres y en la vida real no era así, de manera que así ocultaban su ansiedad hacia las situaciones de maltrato en su hogar. Un ejemplo se puede ver en la historia de la lamina 1: “el niño está estudiando, está meditando para sacarse buena nota, a él le gustaba la escuela. Llegaba a la casa en bicicleta, era mimado de sus padres, y él les llevaba todos los días regalos a ellos porque les quería mucho”.

La **racionalización** es el siguiente mecanismo utilizado por 16 pacientes (9 hombres y 7 mujeres), en el cual los alcohólicos dan justificaciones lógicas a su enfermedad del alcoholismo, disminuyendo así su ansiedad y su autoimagen amenazada, para así encontrar excusas para seguir bebiendo. El alcohólico racionaliza su comportamiento pensando que es un “mal hábito”, la realidad es que el alcoholismo es una enfermedad, como el cáncer, la tuberculosis o los males cardíacos. Puede tenerse a cualquier edad, independientemente del sexo, la raza o las condiciones sociales. El alcohólico trata de justificarse en todo momento por más que sean absurdas sus conductas para así no

aceptar su enfermedad y no buscar ayuda. El alcohólico que racionaliza acerca de su propia conducta irresponsable tiende también a encontrar fallas en las actitudes y conducta de los demás. Aunque no niegue sus propias faltas, intenta ocultarlas a la atención de los demás poniendo énfasis en los errores de su familia, amigos o jefe. Esto pudimos confirmar en las entrevistas clínicas, en las cuales tanto hombres como mujeres decían que beben ya que su familia o amigos los llevó a eso. Aún estando internados y en proceso de recuperación, luego de varios meses, los alcohólicos siguen dando excusas para sus conductas ingobernables.

Un ejemplo claro de este mecanismo podemos ver en la siguiente historia de la lámina 3VH: “Un señor adicto que tiene maltrato de la familia, si él no hubiera sido maltratado, él no debería estar en una vereda durmiendo. Él se dio al vicio por el maltrato, en el futuro va a dar toda su vida a la adicción”.

La **regresión** fue utilizada por 10 pacientes (7 hombres y 3 mujeres). Esto se pudo evidenciar en las historias de los pacientes hombres que relatan la manera compulsiva de tomar alcohol para así resolver sus problemas. Además, mostraron necesidades orales tanto de tomar alcohol como de comida, confirmando así la teoría de Freud de una regresión a la etapa oral, cuando la persona se siente amenazada, y así el sujeto se siente a gusto, sin ninguna ansiedad. Cuanto más fuerte fue una fijación a una etapa en la niñez, más alta es la probabilidad de regresión al modo de funcionamiento característico de esa etapa en una situación de estrés. La fuerza de la fijación a su vez está en relación con el hecho de experimentar una gratificación plena de las necesidades en esa etapa. En cambio las mujeres utilizaron en mínimo grado este mecanismo ya que sus historias no mostraban necesidades orales de tomar alcohol y de ingerir comida.

El estudio también reveló **necesidades** en los pacientes, tanto en hombres como en mujeres. En los hombres mostraron necesidades de superación, con un deseo fuerte de estudiar y ser profesionales, ya que la mayoría de ellos son personas que provienen de hogares de bajos recursos que no han completado ni el colegio, lo que revelaría que

desean triunfar en su vida y cambiar su estilo de vida. También muestran necesidades agresivas, sobre todo de intraagresividad, lo que confirma una tendencia al suicidio, esto se evidenció en las láminas 1, 3VH, 8VH, 10 y 13HM. Las personas que consumen alcohol tienen más riesgo de tener ideas y comportamientos suicidas, ya que el alcohol tiene efectos depresivos sobre el cerebro y su mal uso puede desencadenar una depresión grave como se manifestó en algunos de los pacientes durante las entrevistas. O en otros casos, una persona con depresión puede utilizar el alcohol como vía de escape y así agrandar el problema llegando al intento de suicidio o al suicidio. Un ejemplo claro de deseos suicidas se evidencia en historias como esta: “Un niño muy triste en ese tiempo no sabía pensar qué era lo bueno y lo malo, pero después se dio cuenta que estaba muy afectado y pensó en dejar este sufrimiento tomando una decisión fatal para mi vida, decidió matarse por la tristeza”. Los hombres alcohólicos también muestran necesidades de cambio, ya que en el interior de ellos hay un deseo inconsciente de querer cambiar.

Su **concepto del mundo** para los hombres es de hostilidad, ya que reflejan en sus historias de manera inconsciente lo que sucede en sus hogares como maltrato físico. Se evidencia que desde pequeños fueron sometidos a maltratos físicos como psicológicos lo que influyó en su autoestima e hizo que se refugiaron en sus malas amistades que les llevaron al consumo de alcohol. Además también conciben el mundo de abandono y problemático. Estas situaciones reflejadas en las historias muestran de manera clara como fue su vida de niños, ya que la mayoría de los pacientes hombres refirieron en las entrevistas que fueron abandonados o que no conocen a una de sus figuras paternas y que viven en casas de abuelos o familiares. Este medio, donde fue criado el alcohólico, hizo que de manera inconsciente aprenda este estilo de vida y muchos de los pacientes hombres repiten las mismas conductas en sus hogares y con sus hijos.

La **integración del yo** se reflejó adecuada en 8 pacientes ya que el héroe tuvo éxito en las historias y en 7 pacientes no tuvieron éxito. Es evidente que los pacientes hombres en

un gran porcentaje no tienen una adecuada integración del yo, que se explicaría por medio de que no poseen una buena resiliencia, es decir, no tienen la capacidad adecuada para afrontar y salir de sus problemas.

En cambio, las mujeres presentan **necesidades** afectivas y sexuales, debido a que la mayoría de las mujeres de la muestra tomada están separadas o divorciadas, con un deseo fuerte de tener una pareja estable y casarse, ya que la mujer también necesita un apoyo afectivo para poder superar su problema de alcoholismo; además, muestran una necesidad de superación con un anhelo de tener estudios y ser profesiones. La necesidad de perdón, también se evidenció, con deseos de ser perdonadas por sus padres. El que sean perdonadas es muy importante ya que de esa manera pueden liberarse de cargas emocionales y culpas que no les dejan seguir con su recuperación. También mostraron necesidades de apoyo, esto es debido a que la tolerancia y aceptación social hacia el alcoholismo de las mujeres es muy inferior a la concedida a los hombres. Esta menor tolerancia y aceptación social del alcoholismo femenino, está influyendo en la respuesta ofrecida por la sociedad. Esto se pone en evidencia en los centros y programas que atienden a las mujeres alcohólicas que están pensados por y para los hombres. Aunque podemos ver que ya se están abriendo centros especializados como “Mujer Libre”, que presta una gran ayuda a las mujeres alcohólicas exclusivamente. Los vínculos familiares representan para la mujer un factor de protección frente al alcohol; sin embargo, la familia de la mujer alcohólica, no presta el apoyo que ésta necesita durante su proceso de rehabilitación.

El **concepto de mundo** que tienen es de maltrato ya que, en la vida real de ellas sucede así, donde la mayoría de las pacientes mujeres reveló ser maltratadas y abusadas por parte de sus familias y sus parejas, confirmando esta situación en las entrevistas realizadas. Las mujeres maltratadas experimentan un enorme sufrimiento psicológico debido a la violencia. Muchas están gravemente deprimidas o ansiosas, por lo que recurren a la bebida como vía de escape, o, en casos más severos, podrían llegar a una depresión profunda, por lo que las mujeres alcohólicas necesitan un tratamiento más

complejo, ya que no sólo debemos enfocarnos al alcoholismo sino también a los traumas producidos por los maltratos y abusos. La **integración del yo** es adecuada en 12 pacientes, lo cual muestra que el héroe tuvo éxito en las historias mediante una manera fantásica que no se acerca a la realidad, y en 3 pacientes no fue adecuada ya que el héroe no tuvo éxito.

4.5 Conclusiones

- Del estudio de los mecanismos de defensa realizado a los 30 pacientes alcohólicos, concluimos que los pacientes recurren más a la represión, 25 pacientes (13 hombres, 12 mujeres); a la negación igualmente 25 pacientes (12 hombres, 13 mujeres); seguido de la proyección 23 pacientes (14 hombres, 9 mujeres); a la formación reactiva 19 pacientes (9 hombres, 10 mujeres); a la racionalización 16 pacientes (9 hombres, 7 mujeres); y a la regresión 10 pacientes (7 hombres, 3 mujeres).
- Igualmente, identificamos en los 15 pacientes hombres del CRA que el mecanismo al que más recurren es la proyección (14 pacientes), seguido de la represión (13 pacientes) y la negación (12 pacientes); mientras que las 15 pacientes mujeres del Centro Mujer Libre utilizan más la negación (13 pacientes), seguido de la represión (12 pacientes) y la formación reactiva (10 pacientes).
- Los mecanismos de defensa a que tienen mayor predisposición los hombres son la proyección, la represión y la negación, en cambio, en las mujeres hay una predisposición a recurrir a la negación, la represión y la formación reactiva.

CONCLUSIONES

Teóricas

- Una explicación psicoanalítica del alcoholismo es fundamental, porque ayuda a comprender su origen en el inconsciente, por regresión a etapas primarias del sujeto, por lo que, en nuestro criterio, el tratamiento de la enfermedad del alcoholismo es necesario que se lo haga no sólo de forma grupal sino individual, ya que cada individuo presenta su propia problemática, donde además es muy importante que haya aceptación y apoyo de la familia para permitir y facilitar el tratamiento y la recuperación del paciente.
- El marco teórico que utilizamos para el estudio de los mecanismos de defensa fue el adecuado, nos permitió analizar con fundamentos sólidos, bajo la teoría psicoanalítica, los resultados obtenidos de la aplicación del T.A.T. a los pacientes alcohólicos del CRA y del Centro Mujer Libre.

Metodológicas

- El T.A.T. es un test de gran utilidad, ya que nos permitió diagnosticar no sólo los mecanismos de defensa, sino, además, conocer otros aspectos como las necesidades, el concepto de mundo y la integración del yo de los pacientes alcohólicos.
- También la muestra que se utilizó fue de gran ayuda, porque, al ser pacientes hombres y mujeres, nos permitió hacer un estudio comparativo e identificar los mecanismos que utilizan tanto los hombres como las mujeres, para así poder comprender la parte inconsciente de cada género.

Pragmáticas

- El alcoholismo presenta en la actualidad un incremento alarmante en jóvenes y especialmente adolescentes, creando un serio problema de tipo personal, familiar, social y económico por haberse convertido en el tipo más frecuente de adicción o dependencia.
- La apertura total por parte de los dos Centros y la colaboración de los 30 pacientes fueron determinantes para cumplir con nuestro objetivo general, el estudio de los mecanismos de defensa en los pacientes alcohólicos, estudio que reveló que las defensas más utilizadas por los pacientes son la represión, la negación, la proyección, la formación reactiva, la racionalización y la regresión.
- Igualmente, pudimos identificar que los pacientes hombres del CRA recurren más a la proyección, la represión y la negación, en tanto que las pacientes mujeres del Centro Mujer Libre recurren más a la negación, la represión y la formación reactiva.
- Además, el estudio reveló ciertas necesidades en los sujetos destacándose en los hombres necesidades de superación y agresividad, con tendencia a la intraagresividad, en cambio las mujeres presentaron necesidades afectivas y sexuales. El concepto del mundo para los hombres es de hostilidad, abandono y problemático, para las mujeres es de maltrato. La integración del yo es más adecuada en las mujeres que en los hombres.

GLOSARIO

aislamiento mecanismo de defensa en el cual el material en conflicto se mantiene desconectado de los otros pensamientos

ansiedad básica sentimiento de aislamiento y desamparo que resulta de la crianza inadecuada en la infancia

apercepción carácter activo de la mente

asociación libre técnica psicoanalítica en la cual el paciente dice lo que se le venga a la mente, permitiendo que sean descubiertas las conexiones inconscientes

ensor hace referencia al superyó

codependencia condición psicológica en la cual alguien manifiesta excesiva y a menudo inapropiada preocupación por las dificultades de alguien más

conflicto intrapsíquico conflicto dentro de la personalidad, por ejemplo, entre el ello que desea y el superyó que se restringe

consciente atención; conocedor; procesos mentales de los cuales una persona se percata

desplazamiento mecanismo de defensa en el cual la energía se transfiere de un objeto a otro o de una actividad a otra

ello la estructura más primitiva de la personalidad; la fuente de la energía psíquica

fase oral la primera fase psicosexual del desarrollo, del nacimiento al primer año de edad

fijación fracaso en desarrollarse normalmente a través de una fase de desarrollo en particular

formación reactiva mecanismo de defensa en el cual una persona piensa o se comporta de una manera opuesta al impulso inaceptable inconsciente

hedonista considera el placer como único fin en la vida

identificación mecanismo de defensa en el cual una persona se funde o moldea a partir de otra persona

idiográficas enfoque en un solo individuo

inconsciente procesos mentales de los cuales la persona no se percata

intelectualización mecanismo de defensa en el cual una persona se enfoca en el pensamiento y evita en sentimiento

libido energía psíquica, derivada de la sexualidad

lúdico relativo al juego

mecanismos de defensa estrategias del yo para enfrentar el conflicto inconsciente

mnémica forma bajo la cual los acontecimientos , o el objeto de las percepciones se inscriben en la memoria, en diversos puntos del aparato psíquico

métodos proyectivos técnicas consideradas especialmente sensibles para revelar aspectos inconscientes de la conducta

negación mecanismo de defensa primitivo en el cual el material que produce el conflicto es simplemente reprimido

neurotransmisores sustancia química que transmite información de una neurona a otra atravesando el espacio que separa dos neuronas consecutivas

nirvana en el budismo, bienaventuranza obtenida por la absorción e incorporación del individuo en la esencia divina

nomotética involucrar comparaciones con otros individuos; investigación basada en grupos de personas

principio de realidad modo de funcionamiento del yo en el cual existe un contacto apropiado con el mundo externo

proyección mecanismo de defensa en el cual es impulso inaceptable de la persona se piensa incorrectamente que pertenece a alguien más

prueba proyectiva una prueba que presenta estímulos ambiguos tales como manchas de tinta o fotografías, de manera que las respuestas sean determinadas por el inconsciente del que toma la prueba

psicoanálisis teoría de Freud y su aplicación en la terapia

pulsiones fuerzas derivadas de las tensiones somáticas en el ser humano y las necesidades del ello

racionalización mecanismo de defensa en el cual se ofrecen explicaciones conscientes y razonables, en lugar de motivaciones inconscientes verdaderas

represión mecanismo de defensa en el cual los impulsos inaceptables se hacen inconscientes

síndrome conjunto de síntomas característicos de una enfermedad

superyó estructura de la personalidad que es la voz interna de las restricciones de los padres y de la sociedad

yo la estructura más madura de la personalidad; media en el conflicto intrapsíquico y se enfrenta con el mundo externo

BIBLIOGRAFÍA

- ADLER, A. (1962). *Conocimiento del hombre*. Madrid: Espasa- Calpe.
- ALARCÓN, F. (4 de diciembre de 2011). Tres causas estimulan el consumo de alcohol en los adolescentes. *El Comercio* , pág. 18.
- ANDERSON Y ANDERSON (1976). *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*. Madrid: Ediciones Rialp.
- ANZIEU, D. (1973). *Les méthodes projectives*. Paris: PUF.
- AYESTA, F. (2002). *Bases bioquímicas y neurobiológica de adicción al alcohol*. Madrid: Adicciones.
- BBC, Mundo (14 de agosto de 2011). *Ecuador consumo de bebidas alcohólicas*. Recuperado el 15 de agosto de 2011, de <http://informe21.com/actualidad/ecuador-consumo-bebidas-alcoholicas-empieza-los-12-años-edad>
- BELLAK, L. (1996). *Test de Apercepción Temática*. Tercera edición. México: El Manual Moderno.
- BENDER, L. (2003). *Test gestáltico visomotor*. Argentina: Paidós.
- BERNSTEIN, J. (2007). Introducción al T.A.T. En H. MURRAY, *Test de apercepción temática* (págs. 13-93). Buenos Aires: Paidós 24a reimpresión.
- BLUM, G. (1966). *Teoría psicoanalíticas de la personalidad*. Primera edición. Buenos Aires: Paidós.
- BUCK, J. (1995). *H-T-P*. México: Manual Moderno.
- CATTELL, R. (1976). Principios fundamentales de los test de personalidad proyectivos o de percepción errónea. En ANDERSON y ANDERSON, *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico* (págs. 88-136). Madrid: Ediciones Rialp.

- CINU. (11 de febrero de 2011). *OMS advierte sobre peligros del consumo de alcohol*. Recuperado el 22 de julio de 2011, de <http://www.cinu.mx/noticias/la-oms-advier-te-sobre-peligros-de/>
- CLONINGER, S. (2003). *Teorías de la Personalidad*. Tercera Edición. México: Pearson Educación.
- COLÓN, L. (2011). *Mecanismos de defensa*. Recuperado el 5 de agosto de 2011, de <http://www.slideshare.net/zulmairim/mecanismos-de-defensa>
- CUEVA, W. (1979). Aspectos psiquiátricos del alcoholismo. En *Curso de Alcoholismo* (págs. 57-80). Cuenca: Universidad de Cuenca.
- DE KRUYFF, F. (s.f.). *Sobre la Ideallización*. Recuperado el 5 de agosto de 2011, de Revista científica electrónica de Psicología No. 3 : <http://dgsa.vaeh.edu.mx./revista/psicologia/IMG/pdf/9-No.3.pdf>
- DÍAZ, R.M., & et al. (1999). Marcadores neurogenéticos de riesgo para el alcoholismo. En SÁNCHEZ - TURET, M., *Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol*. Barcelona. Esparxs.
- EDWARDS, G., & et al. (1997). *Alcohol y Salud Pública*. Barcelona: Prous Science.
- FEIST, J., & FEIST, G. (2007). *Teorías de la personalidad*. Sexta edición. Madrid: McGraw Hill.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS (1981). *Psicodiagnóstico*. Madrid: Biblioteca de Psicología y Educación.
- FLACSO. (2005). *Diagnóstico sobre seguridad ciudadana en Ecuador*. Recuperado el 16 de agosto de 2011, de <http://www.flacsoandes.org/dspace>
- FONT, J. (1978). *Test de la Familia*. Barcelona: Oikos.
- FREIXA, F. (1996). *La enfermedad alcohólica*. Barcelona: Herder.
- FREIXA, F. & SÁNCHEZ-TURET, M. (1999). Tratamiento farmacológico del alcoholismo. En SÁNCHEZ-TURET, M., *Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol*. Barcelona. Esparxs.
- FREUD, A. (2008). *El Yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- FREUD, S. (1972a). Análisis de un caso de paranoia. En *Obras Completas Tomo IV*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- FREUD, S. (1972b). El final del complejo de Edipo. En *Obras Completas Tomo VII*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1972c). El Yo y el Ello . En *Obras Completas Tomo VII*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1972d). Introducción al narcisismo. En *Obras Completas Tomo VI*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1972e). La represión. En *Obras Completas Tomo VI*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1972f). Las neurosis de ansiedad. En *Obras Completas Tomo I*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1972g). Sobre las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas Tomo I*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1972h). Totem y Tabú. En *Obras Completas tomo V*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1972i). Tres ensayos para una teoría sexual. En *Obras completas Tomo IV*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1973a). El porvenir de una ilusión. En *Obras Completas Tomo VIII*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1973b). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas Tomo VIII*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1973c). Malestar en la cultura. En *Obras Completas Tomo VIII*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1976). Escisión del yo en el proceso de defensa. En *Obras Completas Tomo IX*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1982). *Introducción al Psicoanálisis*. Duodécima edición. Madrid: Alianza .
- FROMM, E. (1977). *El miedo a la libertad*. Primera edición. Buenos Aires: Paidós.
- GAUTIER, R. (2002). *Teorías de la Personalidad*. Recuperado el 8 de agosto de 2011, de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/freud.htm>
- HERMIDA, C. (1979). Problemas del alcoholismo y prevención. En *Curso de Alcoholismo* . Cuenca: Universidad de Cuenca.

- HOLT, R. (1976). El test de apercepción temática. En ANDERSON y ANDERSON, *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico* (págs. 226-274). Madrid: Ediciones Rialp.
- HORNEY, K. (1973). *Neurosis y Madurez*. Buenos Aires : Psique.
- HOY. (19 de julio de 2011). *Accidentes de tránsito en Ecuador* . Recuperado el 22 de julio de 2011, de <http://www.hoy.com.ec/noticias-texto-ecuador>
- HOY. (19 de mayo de 2007). *El consumo de licor se acelera*. Recuperado el 21 de julio de 2011, de <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/el-consumo-de-licor-se-acelera-267380-267380.html>
- JOHONSTON, L. (2006). *Data tables from the 2006. University of Michigan News and Information Services*. Recuperado el 24 de julio de 2011, de <http://www.monitoringthefuture.org/data/06data.html>
- KLEIN, M. (1974). *Psicoanálisis del desarrollo temprano, contribuciones al psicoanálisis*. Segunda edición. Buenos Aires: Horme.
- LANDA, N. (2004). *Psicología, Trastornos de Personalidad y Déficits Neuropsicológicos en el Alcoholismo*. Tesis Doctoral. Pamplona: Universidad Pública de Navarra
- LAPLANCHE, J., & PONTALIS, B. (1968). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Labor S.A.
- LOOR, R. (2011). Alcohol y Drogas: factores de riesgo y prevención . En C. R. CONSEP. Guayaquil.
- LOPEZ-IBOR, J. (2002). *Criterios diagnósticos DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson S.A.
- MILLER, M., & GOLD, M. (1993). Alcohol. En *Ediciones en neurociencias*. Barcelona: Citram, FISP.
- MURRAY, H. (2007). *Test de apercepción temática (TAT). Manual para la aplicación*. Buenos Aires: Paidós 24a reimpresión.
- OMS. (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Glosario y criterios diagnósticos de investigación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- OMS. (12 de abril de 2009). *Informe alcoholismo*. Recuperado el 31 de mayo de 2011, de <http://Informe-alcohol.blogspot.com/2009/04/definicion-de-alcoholismo-oms.html>

- OMS. (2010). *Sistema mundial de información sobre alcohol y salud*. Recuperado el 20 de julio de 2011, de http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html
- PACURUCU, S. (1996). *Alcohol y Alcoholismo*. Cuenca: Offset de la Facultad de Ciencias Médicas.
- PACURUCU, S. (1979). El Alcoholismo. En *Curso de Alcoholismo*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- PERALTA, P. (2010). alcoholismo y drogadicción. En *Guía de atención primaria en salud mental*. Cuenca: Ministerio de Salud Pública.
- PUPO, O. et al. (2009). *Una mirada sociológica al alcoholismo como problema social*. Buenos Aires: El Cid Editor.
- QUEROL, S. (2007). *Test de la Persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: Editorial.
- RAMÍREZ, P. (1997). ¿Puede superarse el alcoholismo? *Revista cubana de Psicología*. Vol.14 , 33-38.
- RAPPAPORT, D. et al. (1964). *Tests de diagnóstico psicológico*. Segunda edición. Buenos Aires: Paidós.
- RORSCHACH, H. (1978). *Le test de Rorschach*. Louvain: Louvain-la Neuve.
- SÁNCHEZ-TURET, M. (1999). *Enfermedades y problemas reacionados con el Alcohol*. Barcelona: Esparxs.
- SCHULTZ, D., & SCHULTZ, S. (2010). *Teorías de la Personalidad*. Novena edición. México: Cengage Learning Editores.
- SOUZA, Y., & MACHORRO, M. (1988). *Alcoholismo: conceptos básicos*. México: Editorial Manual Moderno.
- TORO, R., & YEPES, L. (2004). *Psiquiatría*. Cuarta edición. Medellín: Cooperacion para Investigaciones Biológicas.
- TRULL, T., & PHARES, J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos de la profesión*. México: Cengage Learning Editores.
- VEGA, G. (1979). Aspectos psicológicos del alcoholismo. En *Curso sobre alcoholismo*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- VELÁSQUEZ, E. (2004). Alcoholismo. En R. TORO, & L. YEPES, *Psiquiatría* . Cuarta edición. (págs. 85-100). Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.

VELS, A. (1990). *Los mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalítico*. Recuperado el 31 de mayo de 2011, de http://www.grafoanalis.com/Mecanismos_de_defensa_Vels.pdf

VIVES, M. (2005). *Test Proyectivos: Aplicación al diagnóstico y tratamiento clínicos*. Barcelona: Publicacions I Edicions de la Universitat de Barcelona.

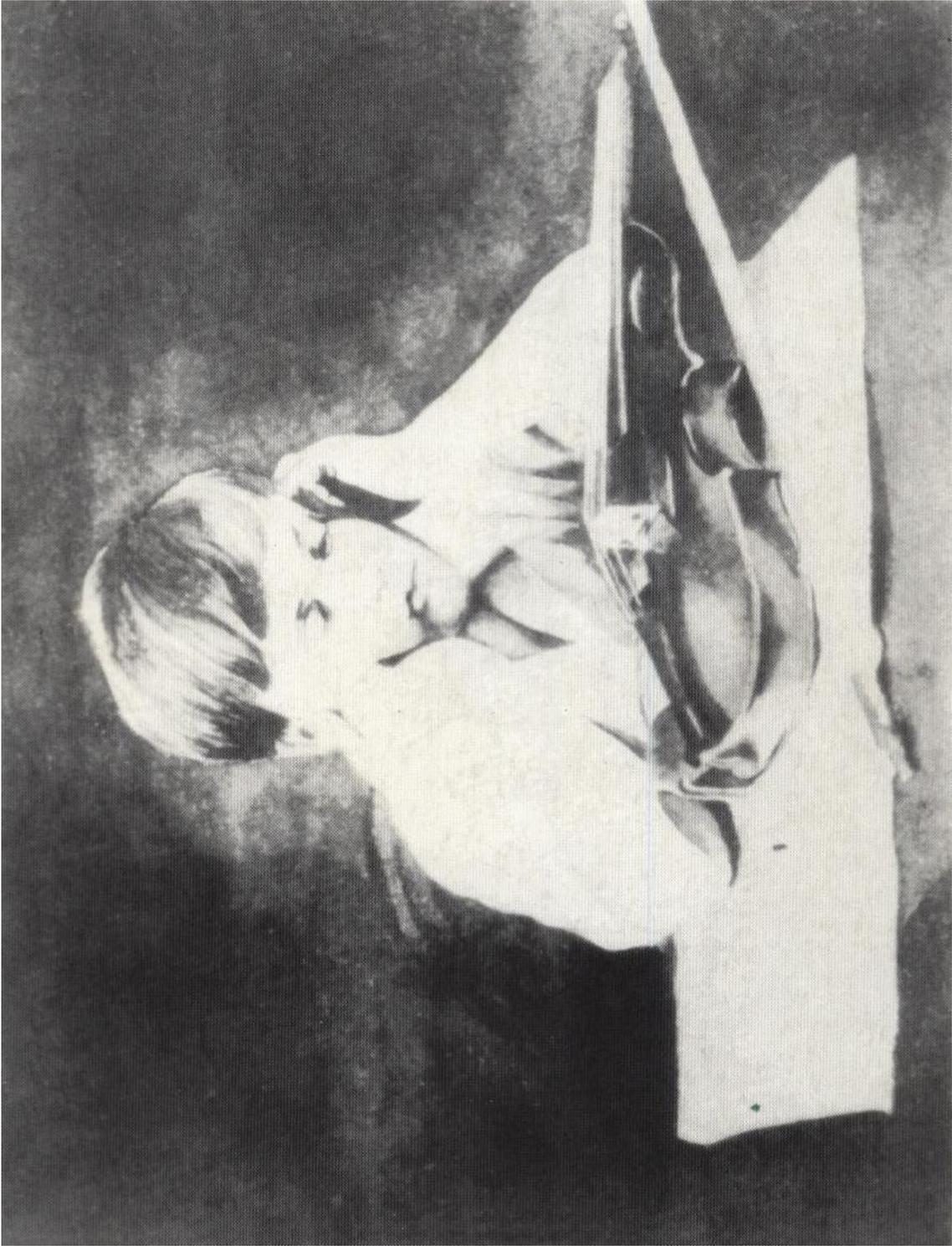
WALLACE, J. (1990). *El alcohol como enfermedad*. México: Trillas.

Anexos

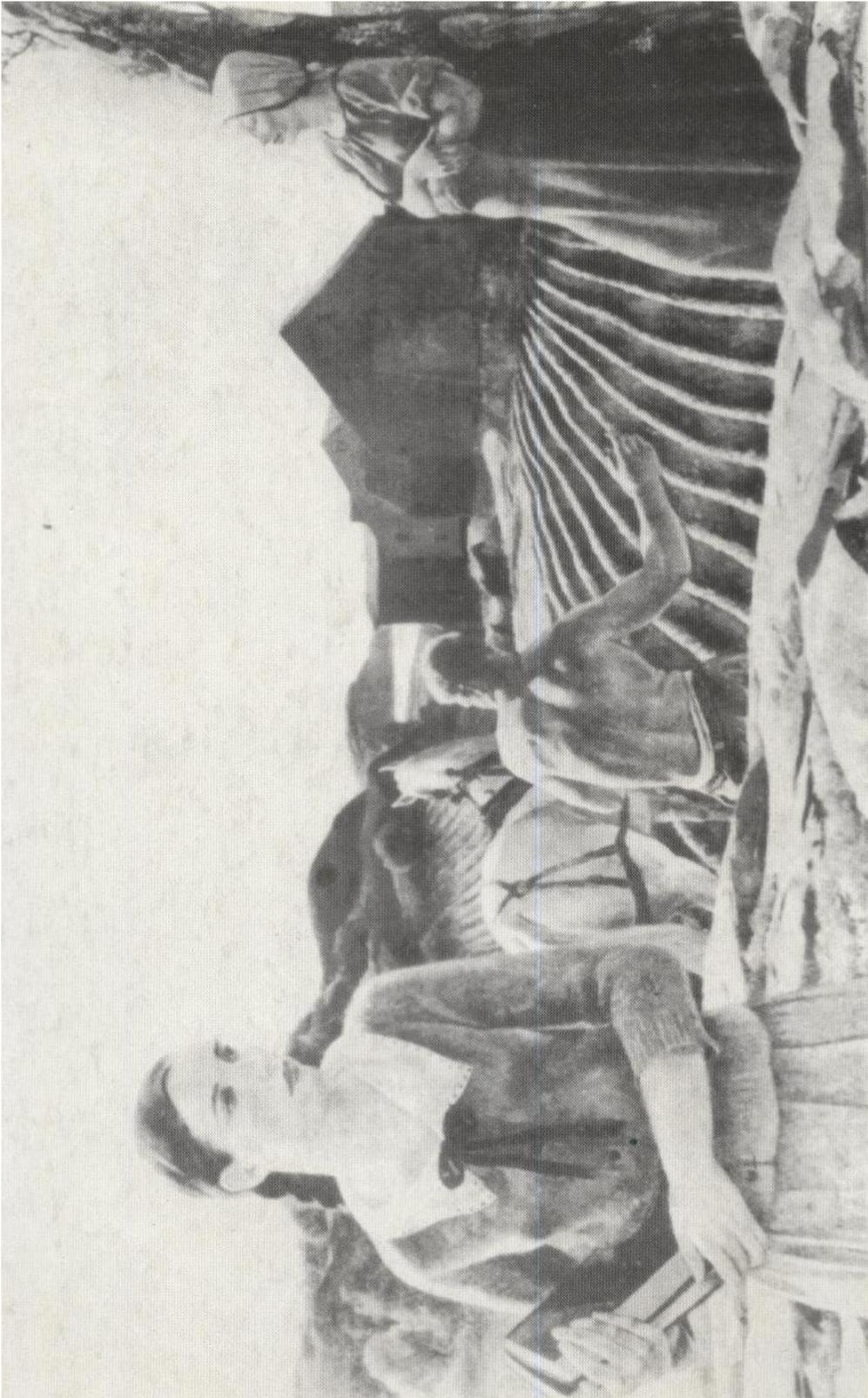
Anexo 1: Láminas utilizadas del T.A.T.....1

Anexo 2: Hoja de Análisis del T.A.T., de Bellak (Revisada) (1996)....12

Anexo 1: Lámina 1



Anexo 1: Lámina 2



Anexo 1: Lámina 3VH



Anexo 1: Lámina 3NM



Anexo 1: Lámina 4



Anexo 1: Lámina 6VH



Anexo 1: Lámina 7NM



Anexo 1: Lámina 8VH



Anexo 1: Lámina 9NM



Anexo 1: Lámina 10



Anexo 1: Lámina 13HM



Anexo 2: Hoja de Análisis del T.A.T. de Bellak (Revisada) (1996)

82 • T.A.T., C.A.T. y S.A.T., Uso clínico

Nombre _____ Historia No. _____ (Lám. del T.A.T. No. _____)

1. Tema principal (descriptivo, interpretativo, diagnóstico): _____

2. Héroe principal: edad _____ sexo _____ ocupación _____
 intereses _____ rasgos _____
 habilidades _____
 adecuación (✓, ✓✓, ✓✓✓) _____
 imagen corporal y/o autoimagen _____

3. Principales necesidades del héroe:

a) necesidades de conducta del héroe (como en la historia): _____
 inferencia dinámica: _____

b) personajes, objetos o circunstancias introducidos: _____
 que implican necesidad de o para: _____

c) personajes, objetos o circunstancias omitidos: _____
 que implican necesidad de o para: _____

4. Concepto del ambiente (del mundo) como: _____

5. Las figuras paternas (masc. ___ fem. ___) son vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____
 Las figuras contemporáneas (masc. ___ fem. ___) son vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____
 Las figuras de menos edad (masc. ___ fem. ___) son vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____

6. Conflictos significativos: _____

7. Naturaleza de las ansiedades: (✓)

de daño físico, castigo o ambos _____	de enfermedad o lesión _____
de desaprobación _____	de privación _____
de falta o pérdida de amor _____	de ser devorado _____
de ser abandonado _____	de ser fuerte e inerme _____
otras _____	

8. Principales defensas contra los conflictos y temores: (✓)

represión _____	formación reactiva _____	racionalización _____	aislamiento _____	regresión _____
introyección _____	negación _____	anulación _____	escisión _____	
identificación proyectiva _____ otras _____				

9. Severidad del superyó que se manifiesta por: (✓)

el castigo por un "crimen" _____	inmediato _____	justo _____	demasiado severo _____
inhibiciones _____	tartamudeo _____	respuesta inicial demorada o pausas _____	demasiado indulgente _____

10. Integración del yo, manifiesta en sí misma en: (✓, ✓✓, ✓✓✓)

adecuación del héroe _____	desenlace: feliz _____	infeliz _____		
	realista _____	irreal _____		
	solución: adecuada _____ inadecuada _____			
procesos del pensamiento como se revelan en el argumento que es: (✓, ✓✓, ✓✓✓)				
estructurado _____	inestructurado _____	estereotipado _____	original _____	apropiado _____
racional _____	bizarro _____	completo _____	incompleto _____	inapropiado _____

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio _____ inferior al promedio _____ deficiente _____

Hoja de Análisis para utilizarse con el Protocolo de Registro del T.A.T. de Bellak (Revisada).

Nota: Está en proceso una versión ligeramente revisada de las variables 9 y 10, que será publicada también por *The Psychological Corporation*. Los cambios son idénticos a los que aparecen en la Forma Abreviada Revisada.