

RECURSO

1999
1855
C-1

Universidad de Valparaíso

**Salud Mental, Estrés, Afrontamiento al Estrés y Apoyo
Social en un Grupo de Pacientes Alcohólico-
Dependientes, de La Unidad de Fármaco- Dependencia
del Hospital "El Salvador" de Valparaíso.**

**TESIS PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA
PARA OPTAR AL TITULO DE
PSICÓLOGO
Y AL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Por

Javier Eduardo Muñoz Urzúa

**PROFESOR PATROCINANTE
DOMINGO ASÚN SALAZAR**

Diciembre de 1999

Viña del Mar - Chile

RESUMEN

Este estudio pretende describir la relación entre el estatus o nivel de Salud Mental con las variables de Estrés afrontamiento al Estrés y Apoyo Social en una muestra de pacientes varones, alcohólico dependiente en tratamiento ambulatorio en el Hospital "El Salvador" dependiente del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

Esta investigación es de tipo no experimental, descriptiva y transeccional con una muestra de tipo no intencionada y voluntaria.

Esta investigación se basa en estudios similares realizados en Chile pero especialmente en España en distintos temas de salud mental (esquizofrenia, maltrato intrafamiliar) y ha demostrado que el relacionar estos fenómenos con variables psicosociales como el estrés y el apoyo social se obtiene una adecuada cobertura de ellas.

Si bien nuestro país presenta investigaciones sobre el tema del alcoholismo de muy larga data paradójicamente no son muy comunes los estudios que relacionan a este fenómeno con variables distintas a las médicas. Este estudio pretende aportar para la mejor comprensión de éste.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	i
INDICE DE CONTENIDOS.....	ii
INTRODUCCIÓN.....	iii
CAPITULO I.....	1
MARCO TEORICO.....	1
Definición de Alcoholismo.....	1
Evolución Histórica del Concepto de Alcoholismo.....	6
Modelo Moral.....	8
Modelo Médico.....	9
Modelo Psicológico.....	10
Clasificaciones.....	10
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.....	12
Alcoholismo y Salud Mental.....	14
Salud Mental Como Ausencia de Enfermedad.....	16
Salud Mental Como Bienestar Físico y Emocional.....	16
Salud Mental Como Calidad de Vida.....	18
Definición de Salud Mental.....	19
Modelos teóricos en el Estudio de la Salud Mental.....	20
Modelo de Salud Mental de Warr(1986)	20
Modelo de la Causación Social.....	22
Sesgos Sociocognitivos.....	23
Alcoholismo y Estrés.....	25
Definición Conceptual de Estrés.....	26
Definiciones Basadas en el Estímulo.....	26
Definiciones Basadas en la Respuesta.....	28
Definiciones Basadas en la Relación Estímulo.....	28
Investigaciones y Perspectivas en el Estudio del Estrés	29
Perspectiva Biológica.....	29
Perspectiva Psicológica.....	30
Afrontamiento.....	32
Perspectiva Psicológica del Afrontamiento.....	34
Aproximación desde la Psicología Cognitiva.....	36
Alcoholismo y Apoyo Social.....	38
Investigaciones en Redes Sociales y Apoyo Social.....	38
Definición de Red Social.....	39
Definición de Apoyo Social.....	40
Aproximación Psicosocial.....	42
Problema a Investigar.....	43
Objetivos Generales.....	43
Objetivos Específicos.....	44

CAPITULO DOS.....	46
METODO.....	46
Diseño.....	46
Definición Conceptual de las Variables.....	47
Definición Operacional de las Variables.....	48
Sujetos.....	49
Procedimientos y Etapas.....	50
Organización General de la Investigación.....	50
Técnicas de Recolección de Datos.....	52
Plan de Análisis.....	62
Procesamiento de los Datos.....	62
Establecimiento de los Puntos de Corte.....	63
Análisis de los Instrumentos.....	67
Cálculo del Error Muestral.....	67
Análisis de Correlaciones	72
RESULTADOS.....	75
Formación de los Grupos.....	75
Variables Sociodemográficas.....	86
Comparación Descriptiva de las Variables.....	91
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	113
REFERENCIAS.....	118

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo y los problemas derivados del consumo inmoderado de alcohol constituyen, sin duda alguna, el principal desafío para la salud pública del país. La cuantía de la población que lo padece, las consecuencias para la salud física y mental del afectado y de su grupo familiar y los perjuicios sociales y económicos (calculados en miles de millones de dólares) justifican tal afirmación.

Ahora se destacarán algunos aspectos básicos que permitan una visión de la magnitud y complejidad del problema:

- a.- Chile es uno de los países de más alto consumo de bebidas alcohólicas en el mundo y el de mayor consumo de América Latina a considerable distancia del resto de los países. En 1984 el consumo promedio de alcohol absoluto por habitante mayor de 15 años fue estimado en 11.5 Lt. al año, siendo México el país Latinoamericano que le sigue con un consumo de 4.2 Lt. (Min. Sal., 1993).
- b.- El consumo de alcohol está en relación con factores económicos, sociales y culturales.
- c.- La prevalencia de bebedores problema en Chile es una de las más altas del mundo y afecta en mayor grado a los sectores más pobres de nuestra población

Por lo visto anteriormente salta a la vista lo importante que resulta investigar sobre este tema. Es en ese sentido donde esta investigación pretende poner la atención en aspectos psicosociales un tanto subestimados dentro de la literatura científica sobre este tema. Al relacionar las variables psicosociales de estrés y apoyo social con el nivel de salud mental que presenta una muestra de pacientes alcohólicos se pretende aportar

conocimiento que permita ser utilizado en los distintos nivel de intervención que se tiene sobre este fenómeno en nuestro país.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

Definición de Alcoholismo

El alcoholismo, es uno de los problemas más importantes y serios a los que se enfrenta la salud pública chilena. Aunque otras formas de drogodependencias reciben más atención de la prensa, el alcohol, su abuso y dependencia, son consistentemente los que más producen daño social. Si bien este tema presenta una profusa presencia en la literatura científica, las definiciones han resultado especialmente problemáticas dada la multitud de modelos teóricos con los que ha sido estudiado.

No obstante algunos autores han intentado dar definiciones que a partir de la simplificación permitan ser útiles. Para Keller (1960), el alcoholismo es una enfermedad crónica que se manifiesta por el hábito de beber repetidamente de tal forma que se deduce que el bebedor perjudica su salud y su funcionamiento social. Jellinek (1960) lo define

como cualquier uso de bebidas alcohólicas que cause cualquier daño al individuo, a la sociedad o a ambos.

En 1979 la O.M.S. establece el síndrome de dependencia alcohólico como un trastorno psíquico y generalmente físico, caracterizado por una serie de comportamientos, que incluyen la compulsión a buscar y consumir alcohol. La O.M.S. pone énfasis en la naturaleza compulsiva de este síndrome (Negrete, Mardones y Ugarte, 1985).

Desde los años 50 y hasta 1990, se utilizó en Chile el límite tradicional entre bebedor moderado y excesivo fijado en 100 cc de alcohol absoluto por día y/o 12 embriagueces al año. Un avance cualitativo en este sentido se verificó en 1988 con la introducción del concepto "perfil de bebedor normal" en el VI encuentro de la asociación nacional de profesionales que trabajan en alcoholismo (ASNAPROA). Discutidos posteriormente en una reunión anual de la asociación iberoamericana de estudios sobre los problemas del alcohol y drogas (AIEPAD), fue finalmente incorporado al programa de alcoholismo del Ministerio de Salud

De acuerdo con la definición de ASNAPROA se considera un bebedor normal a aquellas persona que:

1. Tiene 16 años o mas.
2. Si es mujer, no esta embarazada o en lactancia.
3. Consume una dieta balanceada y normalcalórica, y tiene un estado nutritivo normal.
4. Ingiere bebidas alcohólicas aprobadas por las autoridades sanitarias.
5. No presenta embriaguez patológica o idiosincrática.
6. Ingiere alcohol sin consecuencias contingentes negativas para si mismo, ni para otros, y sin presentar problemas con la justicia.
7. Consume bebidas alcohólicas sin perturbar la relación de pareja, ni la vida familiar, ni el rendimiento laboral.
8. No depende del alcohol para alegrarse, desinhbirse o comunicarse.

9. No presenta patologías que se agravan o descompensan con el alcohol.

10. Si bebe no se embriaga.

Por contraposición se aprobó considerar bebedor problema a la persona que transgrede cualquiera de estos 10 puntos, poniéndose en situación de riesgo de presentar consecuencias negativas de tipo biológico, psicológico, familiar o social.

Evolución Histórica del Concepto de Alcoholismo.

Desde que el término alcoholismo ha pasado al dominio popular, su significado real ha perdido precisión. Estando todos de acuerdo (las disciplinas que lo estudian) en que el alcoholismo es un fenómeno complejo y multicausal en el que intervienen variables de tipo genético, fisiológico, neurobioquímico, patológico, sociológico, antropológico, psicológico y cultural, y que difícilmente es posible elaborar una definición de alcoholismo que incluya todas estas variables, lo que se va a pretender en este capítulo es

dar una somera descripción sobre este problema y que sirva para los fines de este trabajo.

El modelo moral a sido el más utilizado a la hora de enfrentar el alcoholismo. En este sentido podemos recordar que el islamismo erradicó casi por completo el consumo de alcohol en el medio oriente y en el Asia menor. El libro religiosos de los musulmanes, El Corán, establece una serie de estrictas normas de conducta entre ellas la prohibición de beber so pena del castigo divino.

En Estados Unidos en el siglo XVII se promulgó una ley que decretaba que cualquier persona que fuera encontrada en estado de embriaguez, sería amonestado primero en privado y después en público. Posteriormente durante la revolución industrial se promovía la moderación y se recomendaba el uso de cerveza y vinos en vez de licores destilados. Sin embargo, se paso gradualmente de la moderación hasta la total abstinencia con el transcurrir de los años. Surgió la petición de una prohibición total que culmino con la promulgación de la decimaoctava enmienda a la ley estadounidense, la famosa época de la prohibición para la fabricación y venta de todas las bebidas alcohólicas que se inició en 1920 y terminó en 1933.

En el México prehispánico, la motivación para beber alcohol era únicamente de tipo ritual y estaba limitada a determinadas fechas y conmemoraciones; fuera de ahí estaba prohibido beber.

En el S. XX la inquietud social generada por los grupos de alcohólicos anónimos influyó profundamente al doctor Jellinek, quien en 1960, publicó su famoso artículo "El concepto de alcoholismo como una enfermedad", que fue el principio del interés de los profesionales de la salud. La OMS patrocinó la formación de comités de expertos de la salud y se iniciaron e investigaciones de gran valía que pusieron en entredicho el persistente modelo médico. Este modelo fue superado cuando empezó a destacarse la importancia de los aspectos socioculturales y la idea de que el alcoholismo de los miembros de diferentes culturas mostraba características muy particulares de acuerdo con sus costumbres, hábitos y tradiciones.

El comité de expertos en alcoholismo de la OMS hizo hincapié en que no solamente había que prestar atención a las personas que ya habían desarrollado el síndrome de dependencia del alcohol(alcoholismo), sino también a los bebedores excesivos no alcohólicos que constituyen una fuente permanente de problemas sanitarios. Finalmente se comenzó a privilegiar la prevención de los problemas que genera el consumo de alcohol, al grado de

que gran parte del dinero de los presupuestos para combatir el alcoholismo sea destinado para estos fines.

1. - Modelo Moral

El modelo, moral considera que el alcohol es una droga perjudicial e indeseable y a quien abusa de él, un sujeto potencialmente peligroso para la sociedad o un débil moral que debe ser humillado, castigado y marginado. Los seguidores de este modelo rechazan al modelo médico argumentando que este trata de justificar con los términos de enfermedad. Muchos grupos religiosos(musulmanes, mormones) y civiles(ejercito de salvación) predicán este modelo. Aunque los grupos de alcohólicos anónimos apoyan al modelo médico, su filosofía conserva muchos elementos del modelo moral.

2. - Modelo Médico.

Se basa en el principio de que el abuso de alcohol es sólo el síntoma de algún trastorno del organismo que puede ser de origen genético, endocrinológico, cerebral o neurobioquímico. De acuerdo a este modelo, el

abuso del alcohol da lugar a un conjunto de síntomas clínicos, clasificables e identificables, que permiten predecir la conducta del alcohólico y que, al igual que cualquier enfermedad, el alcoholismo tiene una etiología, fisiopatogenia, historia natural, cuadro clínico, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Si bien los modelos exclusivamente médicos fueron causa de muchas críticas por su sesgo biologicista, este también se ha superado durante los últimos años debido a que las actividades sanitarias se han orientado hacia la prevención del alcoholismo, el trabajo con sujetos que beben excesivamente sin ser alcohólicos y al hecho de que cada vez más médicos se interesan en la importancia de estudiar los factores socioculturales.

3. - El Modelo Psicológico.

Se plantea que el alcoholismo no es una enfermedad, sino simplemente un síntoma que denota la presencia de conflictos psicológicos no resueltos, un retraso o estancamiento en el desarrollo de la personalidad, un trastorno de la personalidad o el resultado de una conducta aprendida mediante reforzamientos condicionados por los efectos gratificantes del alcohol. Si bien el modelo psicológico define al alcoholismo como un problema estrictamente individual no minimiza ni excluye a los factores sociales.

Clasificaciones

Una clasificación universalmente aceptada es la de Jellinek(1960). Los elementos que están involucrados en su clasificación son: el consumo excesivo, las complicaciones, la dependencia psicológico y/o física y la forma del consumo del alcohol.

Alcoholismo Alfa: Esta forma implica una dependencia exclusivamente psicológica, que se debe a que el alcohol alivia las molestias físicas o los conflictos emocionales del individuo. En esta clasificación no existe ni la pérdida del control ni la incapacidad para abstenerse.

Alcoholismo Beta: Se caracteriza por las complicaciones que resultan de ingestión excesiva y prolongada de alcohol, como la gastritis, polineuritis y cirrosis. No existe el síndrome de abstinencia o supresión aunque es posible encontrar dependencia psicológica.

Alcoholismo Gamma: es más grave pues existe dependencia física y psicológica con pérdida del control o la incapacidad para beber con moderación.

Alcoholismo Delta: El sujeto es incapaz de abstenerse de ingerir alcohol en ninguna circunstancia lo que afecta sus relaciones sociales, actividad laboral, llevándolo a un deterioro psicosocial y físico.

Alcoholismo Epsilon: los sujetos que lo presentan abusan del alcohol periódicamente siendo este desorden secundario a un desorden afectivo.

1. - Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV).

Este manual incluye los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso. Dentro de las once clases de sustancia el alcohol entre ellas.

A su vez los trastornos relacionados con sustancias se distribuyen en dos tipos:

Trastornos por Consumo de Alcohol: El rasgo fundamental es el de la dependencia al alcohol y esta es entendida como un conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicas que señalan que el continua consumiendo alcohol a pesar de las serias dificultades que ella provoca.

Criterios Para la Dependencia de Sustancias(alcohol).

"Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de doce meses".

1.- Tolerancia, se define por cualquiera de los ítems siguientes:

A.- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

B.- El efecto de las mismas cantidades de alcohol disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los ítems siguientes:

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.

3. El alcohol es tomado con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzo infructuoso de controlar o de interrumpir el consumo de sustancia.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de esta o en la recuperación de los efectos del alcohol.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de alcohol.
7. Se continúa tomando alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de alcohol (por ejemplo: depresión, pérdidas de memoria, enfermedades hepáticas, etc.).

Alcoholismo y Salud Mental

Los síntomas y procesos tanto afectivos como cognitivos y conductuales que se utilizan para designar a una persona como mentalmente sano o enfermo varían según los paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico (González de Pablo y otros, 1993; Rosen, 1974). El que una persona sea considerada como enferma o con un deterioro en su salud mental, no solo

depende de alteraciones emocionales o de la personalidad sino también de las actitudes de la sociedad con respecto a este tipo de alteraciones. Resulta paradigmático el caso del alcoholismo el cual provoca daño físico y psicológico acentuado en el sujeto , además de una fuerte estigmatización producido en parte por como la sociedad se aproxima a este fenómeno (ej. moralista, salubrista u otra forma mas integradora).

Podemos afirmar que los conceptos de salud y enfermedad mental son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y conductual como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social. Las concepciones sobre salud mental varían según los enfoques teóricos criterios diagnósticos utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los médicos predominantes.

El concepto de salud mental presenta cierta ambigüedad en la medida en que dista de ser universalmente aceptado e incorpora en su definición aspectos valorativos. A la diversidad de criterios utilizados en la definición de salud mental se le une el problema de la confusión entre salud y enfermedad mental. Enfermedad y salud mental no son situaciones que permitan definir a una de ellas por la ausencia de la otra.

Aun reconociendo que la salud mental es, en parte, una construcción simbólica e históricamente determinada, esta se puede concebir desde cuatro perspectivas diferentes.

La Salud Mental Como Ausencia de Enfermedad.

Los criterios utilizados en psiquiatría para el diagnóstico del deterioro en la salud mental (DSM IV) incluyen la presencia relativa de síntomas, el funcionamiento no integrado y la duración de los síntomas. Este tipo de definición de definición clasificatoria es, sin embargo, insuficiente ya que excluye a numerosas personas que sin ser diagnosticadas, sufren un deterioro en su salud mental. La ausencia de síntomas es una condición necesaria, pero no suficiente para definir la salud mental.

El trastorno psicológico se mide de dos maneras. La primera consiste en que sea el propio individuo quien refiera sus síntomas, respondiendo a índices estandarizados (ej.: Cuestionario de salud mental.). En una segunda forma de medición, el trastorno psicológico se valora por personal técnico o investigadores clínicos que utilizan entrevistas estructuradas (ej.: OMS-ICD-10; DSM-IV).

La Salud Mental Como Bienestar Físico y Emocional.

Esta forma de concebir la salud mental se refiere a un equilibrio positivo de afectos en el que las experiencias emocionales positivas predominan sobre las negativas. En la investigación psicosocial, cuando se estudia el bienestar subjetivo de la población, se toma como criterio la intensidad y frecuencia de los estados afectivos y, en particular el equilibrio entre afectividad negativa y positiva. Investigadores como Bradburn (1969, citado en Warr, Barter y Brown-Bridge, 1983) suponen que las dos dimensiones son independientes y tienen distintos correlatos, por lo que la relación entre ellas sirve como indicador de felicidad (Ryff, 1989). Una alta afectividad negativa estaría asociada a la ansiedad y al estrés, mientras que una baja afectividad positiva lo estaría a la depresión, así como a déficit de refuerzo positivo y de interacción social (Wagner, 1988). Mirowsky y Ross(1989), consideran que la afectividad positiva y negativa son los dos polos de un continuo que representa la misma dimensión emocional. El bienestar se incrementa y los sentimientos negativos decrecen cuanto mayores son el nivel educacional y los ingresos familiares y menores los sentimientos de pérdida y las dificultades económicas. Por ultimo cabe mencionar que las investigaciones arrojan que las personas creen que lo normal es un equilibrio afectivo con un predominio

de niveles moderados de afectividad positiva, considerándose como atípicos los niveles altos de afectividad tanto positiva como negativa.

La Salud Mental Como Calidad de Vida.

La calidad de vida es un concepto difuso que refiere tanto a aspectos objetivos como subjetivos. Las dimensiones estudiadas de calidad de vida incluyen la salud física y mental, la integración social y el bienestar general. Operacionalmente, se incluyen preguntas de satisfacción global con la vida, así como la satisfacción con dominios específicos de esta, como la vivienda, el ocio y el tiempo libre, el medio ambiente, la educación, el trabajo, las relaciones interpersonales, etc.(Blanco, 1985; Blanco y Chacón, 1985).

La satisfacción vital y la satisfacción de necesidades psicosociales son los ejes esenciales de la salud mental, desde la perspectiva de la calidad de vida. Además de las escalas de satisfacción vital, también se usan para medir la calidad de vida indicadores sociales o comunitarios como las tasas de desempleo, suicidio, mortalidad infantil, criminalidad, ingreso per cápita, nivel educativo, la oferta de posibilidades de ocio e indicadores de contaminación ambiental. Las tasas de cambio o de evolución de los anteriores indicadores

sociales también son útiles para establecer el nivel de bienestar social alcanzado por la población.

Generalmente, las escalas de calidad de vida unifican escalas de síntomas y de bienestar, además de integrar el funcionamiento social del sujeto. Escalas específicas para evaluar este último aspecto incluyen la capacidad de afrontamiento, el estrés percibido, el nivel de apoyo social percibido y la satisfacción vital entre otros. Estas medidas junto con las ya descritas sobre ansiedad y depresión pueden considerarse como indicadores de la calidad de vida individual y colectiva (Blanco y Chacón, 1985; Moreno y Ximenez, 1996).

Definición de Salud Mental

En virtud de la necesidad de modelos operativos se propone una definición eminentemente psicosocial al fenómeno de la salud mental, rescatando la perspectiva de la psicología de las emociones. Entonces para efectos de esta investigación entenderemos la salud mental como:

"...un atributo individual en su forma de existencia (en tanto sólo existe en los individuos y no como realidad psíquica supraindividual), pero social en su origen (sería un producto psicosocial como los eventos vitales, las redes

sociales de apoyo y las formas de afrontamiento, además de la estructura social en sentido amplio), social en sus funciones (un estado emocional de balanza positiva tendría efectos adaptativos individuales y sociales) y social en su contenido (por que estaría formada por la internalización de las relaciones sociales y evaluaciones sociales)". (Páez y colaboradores, 1989).

Modelos Teóricos en el Estudio de la Salud Mental.

Los enfoques referidos a continuación se centran en la salud mental antes que en trastornos psicóticos o de personalidad y se sitúan en el espacio entre la psiquiatría tradicional y la teoría sociológica del etiquetado. En síntesis son modelos más cercanos a la psicología.

1. - Modelo de Salud Mental de Warr.

Según Warr la salud mental se compone de cinco elementos diferentes: el bienestar afectivo, la competencia personal, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado. Según sus investigaciones las personas que

muestran un deterioro en su bienestar psicológico muestran déficit en una o en varias de estas dimensiones.

Warr presenta la salud mental como el resultado de las interacciones entre las características del medio, los procesos que se originan en dichas características y ciertas dimensiones estables de personalidad. Las características del medio determinantes para la salud mental son:

- a.- Oportunidad para ejercer control sobre el medio(DA)
- b.- Oportunidad para la utilización y el desarrollo de los conocimientos y capacidades personales(DA)
- c.- Existencia de objetivos generados en el medio(DA)
- d.- Variedad. La salud mental se verá afectada de forma negativa si las actividades realizadas son rutinarias y repetitivas(DA)
- e.- Claridad ambiental. Depende de la información y anticipación de las consecuencias de nuestras propias acciones(DA)
- f.- Disponibilidad económica. La pobreza es la principal causa de reducción del control personal(EC)
- g.- Seguridad física(EC)
- h.- Oportunidades para el desarrollo de las relaciones interpersonales(EC)
- i.- Posición social valorada(EC)

Los efectos de las características del medio tienen una relación no lineal con la salud mental. En unos casos (EC) efecto constante, los incrementos en dichas características dejan de tener un efecto positivo sobre la salud mental a partir de un determinado nivel. En otros (DA) disminución adicional, los efectos beneficiosos constituyen una amenaza para la salud mental a partir de determinado nivel.

Este modelo de relación no lineal entre el medio y la salud mental considera las diferencias individuales como factores moderadores de dicha relación. Entre las características personales mediadoras se incluyen los componentes de salud psicológica ya señalados, variables de carácter sociodemográfico, el género, el estatus socioeconómico, valores personales y habilidades intelectuales, psicomotoras y sociales.

2. - Modelo de la Causación Social.

Mirowsky y Ross(1989), plantean que el deterioro en la salud mental se manifiesta como un estado subjetivo de malestar caracterizado por la depresión y la ansiedad y sus correlatos fisiológicos y emocionales. Se pretende establecer un vínculo entre las condiciones sociales objetivas en que viven las personas y su salud mental. Las diferencias en estatus social

establecen a su vez, diferencias en alienación, autoritarismo y desigualdad que explican las diferencias observadas en las manifestaciones de la depresión y de la ansiedad. La falta de control personal y de flexibilidad cognitiva hacen que las personas más desfavorecidas socialmente no posean los recursos instrumentales, motivacionales y cognitivos necesarios para enfrentar con éxito al medio.

3. - Sesgos Sociocognitivos y Salud Mental.

El estudio de los errores o sesgos cognitivos constituye un área importante dentro de la psicología social cognitiva. Si bien es rescatable los esfuerzos investigativos realizados se ha criticado la ausencia de una interpretación social y cultural de los mismos (Alvaro, 1995).

No solo en teorías de la depresión como la de Beck, sino también en enfoques como el de Ellis (1987), los procesos cognitivos juegan un papel central en la explicación del deterioro de la salud mental. Según Ellis, ciertas formas de pensamiento irracional son características de los trastornos emocionales. Complementando estos hallazgos, las investigaciones en psicología social han confirmado la existencia de una serie de sesgos

optimistas en las personas normales. Podemos afirmar, entonces, que los sujetos que declaran un buen estado de ánimo muestran también cierto tipo de sesgos cognitivos como son :

a.- Una tendencia a describirse y evaluarse en términos positivos, además de presentar un estilo atributivo egoreforzante consistente en una tendencia a atribuirse lo bueno a si mismo y lo malo al exterior, una tendencia a verse como mejor que sus pares en habilidades y, a creer que los otros comparten sus mismas creencias y sentimientos.

b.- Una percepción exagerada de control del medio en situaciones objetivamente poco controlables.

c.- Creencia en la menor probabilidad de sufrir acontecimientos negativos y en la mayor probabilidad de experimentar acontecimientos positivos (Sánchez, Rubio, Páez y Blanco, 1996)

Dada la evidencia empírica disponible, los sujetos con niveles leves de depresión son mas realistas en su visión de si mismo y de su capacidad de actuación, y presentan en menor medida los sesgos optimistas que muestran las personas "normales". Los sujetos con niveles leves de depresión no presentan la atribución de causalidad egoreforzante, ni la tendencia a sobrevalorar sus capacidades y habilidades o su capacidad de control del medio; no muestran la tendencia a considerar sus creencias, sentimientos y

conductas como relativamente comunes o a creer que tienen menos probabilidad de sufrir acontecimientos negativos (Páez, De la Vía y Echevarría, 1986).

Según las investigaciones realizadas los sujetos normales, para tener una salud mental positiva tienden a tener una percepción optimista de si misma, de sus posibilidades y de su capacidad de control del medio y de su futuro. Diversas investigaciones en psicología social han encontrado que los sujetos con un estado de animo positivo son mas productivos, sociables y creativos, se les facilita el aprendizaje y la ejecución de tareas así como el autocontrol. Además son capaces de tomar decisiones con mayor rapidez, son mas creativos y toman decisiones mas arriesgadas. Por el contrario los sujetos con un estado de animo negativa presentan un estilo de pensamiento mas conservador y rígido, son menos optimistas y buscan mas explicaciones para hechos negativos que para los positivos. Esto sugiere que el estado de animo negativo esta relacionado con un estilo de pensamiento convergente, reduccionista y conservador. Por el contrario, el estado de animo positivo esta relacionado con un estilo de pensamiento divergente, creativo e innovador (Páez, Adrián y Basabe, 1986)

Alcoholismo y Estrés

En este capítulo se pretende exponer lo esencial del concepto de estrés mediante la recopilación bibliográfica de la evolución del concepto.

Se verá entonces que no existe unanimidad en la definición del concepto de estrés y que la discusión al respecto se mantiene hasta el día de hoy.

Ante lo complejo del problema resulta fundamental una aproximación interdisciplinaria que integre lo social, lo psicológico, lo económico y la investigación médica y biológica.

Definición Conceptual del Estrés

1. - Definiciones Basadas en el Estímulo

Se define al estrés como "...la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión, en la cual tensión se entiende como presión o deformación" (Ivancevich y Matteson, 1985). Se

considera al estrés como una característica o una situación en el ambiente que tiene efectos potencialmente perturbadores en el sujeto. Los estímulos generadores de estrés se consideran como acontecimientos con los que tropieza el sujeto (Ivancevich y Matteson, 1885). Según estos investigadores los estresores pueden ser agrupados en tres tipos:

a.- Cambios mayores: Se incluyen en este grupo a los desastres naturales, las guerras, el desarraigo y la readaptación consiguiente. Son eventos que escapan a cualquier control.

b.- Cambios menores: Aquí los acontecimientos estresantes pueden no estar bajo control del sujeto (ej. muerte de un ser querido (Bowlby, 1976), una enfermedad (Kasl y Cobb, 1970), perder el trabajo (Hackett y Weisman, 1964); Otros pueden estar mas relacionado con el sujeto como es el caso de los divorcios (Gove, 1973)

c.- Dificultades diarias: Son aquellas pequeñas cosas que nos irritan en un momento dado. Si bien suelen ser poco dramáticas lo importante es la acumulación de tensión que producen

Las criticas a esta definición a estado orientada a que las características situacionales parecen insuficientes a la hora de predecirlas respuestas del individuo. La evidencia empírica nos muestra que esta definición no logra

explicar las diferentes respuestas que presentan los sujetos ante los mismos estímulos.

2. - Definiciones Basadas en la Respuesta.

El estrés es definido como "...la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental" (Ivancevich y Matteson, 1985). En este tipo de definiciones el estrés es definido como una respuesta interna que se manifiesta de distintas formas.

Esta concepción se origina en los estudios de Selye (1976). Según este autor la respuesta del organismo representa un patrón universal de reacciones de defensa que sirve a la persona para proteger y preservar su integridad. El estrés sería, entonces una respuesta de adaptación al medio

Estas definiciones han sido criticadas por solo tomar en cuenta las manifestaciones biológico- médicas del estrés, sin considerar los efectos mediadores de tipo psicológicos y ambientales (Ivancevich y Matteson, 1985)

3. - Definiciones Basadas en la Relación Estímulo- Respuesta

El estrés se define como "...una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales (estresores) y la respuesta idiosincrática del individuo".

El estrés no es considerado como una característica del ambiente ni del individuo sino como una interacción entre ambos. Se hace hincapié en la naturaleza particular de esta interacción. La naturaleza idiosincrática de la respuesta esta en función de los procesos psicológicos que intervienen.

Si bien este tipo de definiciones no favorece la predicción, dada su complejidad, si favorece la comprensión del fenómeno pues ofrece un mayor grado de explicación del estrés y de sus procesos. En este tipo de definiciones donde se funda y se desarrolla la perspectiva psicosocial del estrés. Resulta entonces fundamental comprender la relación entre Estrés, Afrontamiento y Alcoholismo ya que estudios realizados por el Ministerio de Salud han arrojado la hipótesis del alcoholismo como una respuesta por parte del sujeto alas presiones recibidas del medio.

Investigaciones y Perspectivas en el Estudio del Estrés.

1. - La Perspectiva Biológica en el Estudio del Estrés.

Como ya se menciono anteriormente fue Selye quien la influencio notablemente. Este autor entiende al estrés como "...el estado que se manifiesta como un síndrome específico compuesto por todas las variaciones no específicas provocadas dentro de un sistema biológico" (Selye, 1937). Otra definición puede ser la de "...el programa corporal de acomodación de la persona a situaciones nuevas, su respuesta no específica y estereotipada a todos los estímulos que trastornan su equilibrio personal" (Troch, 1982)

El síndrome general de adaptación formulado por Selye en 1974 se desarrolla en tres fases, la alarma, la resistencia y el agotamiento. Cuando el cuerpo es estimulado necesita mas energía para la adaptación. Esta energía es canalizada durante la fase de alarma y continua en un nivel mas alto durante la fase de resistencia. Pasado cierto tiempo se nota un paulatino agotamiento de la energía disponible para la adaptación con lo cual se entra en la fase de agotamiento (Ganner, 1975)

En la reacción fisiológica al estrés participan complementariamente dos mecanismos. Uno es la estimulación directa del sistema nervioso vegetativo.

El segundo es mediante el círculo regulador hormonal de hipófisis- cápsulas suprarrenales.

2. - La Perspectiva Psicológica en el Estudio del Estrés.

La mayor parte de las investigaciones realizadas dentro de esta área han estado orientado a la interacción de algunos atributos de personalidad con estresores ambientales. También han sido estudiado características como la inteligencia, la aptitud verbal y la posición social (Klebens, 1989).

Existen diversas escuelas que tratan de explicar el estrés desde una perspectiva psicológica.

Para el psicoanálisis la fuente principal de estrés son los conflictos intrapsíquicos los cuales son manejados a través de los mecanismos de defensa. Entonces, la enfermedad se produciría cuando el sujeto no logra manejar estos conflictos y adaptarse a la vida (Klebens, 1989)

La escuela humanista plantea que la autorrealización personal es la necesidad de mayor nivel que debe ser satisfecha. Los sujetos autorrealizados presentan un mejor manejo del estrés al poder tener mayor capacidad de adaptación (Klebens, 1989)

Para la escuela existencialista el sentido de la vida actúa como protector de la salud y promotor del bienestar general (Klebens, 1989).

Finalmente la perspectiva cognitiva plantea que en el fenómeno del estrés participan factores de diversa índole como son la percepción del evento, la percepción de las capacidades de afrontamiento y las estrategias cognitivas y comportamentales utilizadas para superar las demandas internas o externas (Folkman, 1986).

Según Lazarus y Folkman (1966, 1986) el eje central en el fenómeno del estrés es su carácter transaccional. Resulta fundamental, entonces, poner la atención en la manera como el individuo procesa la información recibida dando relevancia a los recursos con que cuenta ante los estresores.

Desde esta perspectiva el estrés es definido como "...es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluada por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar..." (Lazarus y Folkman, 1986)

Esta definición destaca el rol de la evaluación subjetiva del intercambio con el entorno. La experiencia de estrés se constituye cuando la relación individuo- entorno es considerada amenazante para la integridad general del individuo. En otros términos se refiere a que el sujeto evalúa cognitivamente que sus recursos personales son insuficientes para afrontar dicha amenaza

siendo sobrepasado, no por los estresores sino que por la relación individuo-entorno.

Afrontamiento.

Lazarus y Folkman(1986), sistematizaron y utilizaron el concepto de afrontamiento en la descripción y evaluación clínica del estrés, entendiéndolo como las distintas estrategias que los individuos utilizan para abordar las variadas situaciones que generan desadaptación.

Antes, en la década de los sesenta la psicología psicoanalítica del yo utilizaba el concepto de afrontamiento en conjunto con las defensas psíquicas como mecanismos de respuesta inconscientes a conflictos internos.

El estudio del afrontamiento a sido desarrollado desde distintas vertientes teóricas pero es posible afirmar en torno a las definiciones conceptuales existentes, que estas dicen relación con una gama de acciones y procesos que se llevan a cabo por los individuos para manejar, evitar, etc. Las situaciones personales y sociales que se tornan demandantes para los mismos.

Algunos ejemplos de definiciones son los siguientes:

"...Aquellos intentos que se realizan para mejorar el ajuste entre la persona y el ambiente..."(French et al, 1974).

"...El conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y reducen el estrés..."(Vaillant, 1977)

"...Cualquier respuesta a los estresores vitales externos que sirven para prevenir, evitar y controlar la tensión emocional..."(Pearlin y Schooler, 1978)

"...Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo..."(Lazarus y Folkman, 1986)

A modo de síntesis de las definiciones anteriores podemos plantear que el afrontamiento es visto como proceso en lugar de como rasgo, que se diferencia de la conducta adaptativa automatizada. Esto hace que el afrontamiento se refiera a aquellas condiciones estrés psicológico que requieran la movilización. El afrontamiento puede consistir en un número de ajustes que no ocurren simultáneamente o secuencialmente, sino que se restringe sólo a aquellas instancias de estrés percibido y excluye los ajustes habituales o automáticos a los requerimientos a la vida diaria(Thoits, 1986)

La Perspectiva Psicológica en el Estudio del Afrontamiento.

Desde esta perspectiva es posible distinguir dos grandes definiciones en el estudio del afrontamiento.

La aproximación del modelo psicoanalítico de la psicología del yo.

En primer lugar es importante resaltar en los planteamientos de esta aproximación lo que dice relación con la noción de jerarquía en la cual el afrontamiento hace referencia fundamentalmente a los procesos más organizados o maduros del yo, a continuación vendrían las defensas, que se refieren a las formas neuróticas de adaptación y por último se encontrarían los procesos llamados de fragmentación o fracaso del yo.

Otro elemento importante que esta perspectiva menciona es que el afrontamiento es considerado estructuralmente como un estilo o un rasgo más que como un proceso. En virtud de esto a esta aproximación se le ha llamado la aproximación estructural estática o la aproximación orientada a los rasgos.

Entre otras críticas que se le han realizado a esta aproximación se mencionan las siguientes: el considerar el afrontamiento como un rasgo o un estilo; la confusión entre afrontamiento y resultados del afrontamiento, y finalmente el asimilar el afrontamiento al dominio de la maestría. Una de las muchas limitaciones de esta perspectiva dice relación con la idea de que si la

determinación de los rasgos de afrontamiento permitiera realmente predecir lo que cada individuo hará para afrontar determinadas situaciones estresantes, la comprensión del fenómeno sería muy sencilla, en tanto este patrón de predisposición estable llevaría a los individuos a utilizar las mismas estrategias bajo determinadas circunstancias.

1. - La Aproximación de la Psicología Cognitiva.

Lazarus y Folkman en 1986 destacan dos aspectos fundamentales, el primero dice relación con las transacciones entre el individuo y el entorno y la segunda, con la valoración que el sujeto hace de dicha transacción. La incorporación de este aspecto valorativo en el marco del desarrollo de la teoría del estrés obedece fundamentalmente a las siguientes consideraciones.

.- Los individuos en sus respuestas a situaciones similares del entorno tienden a responder diferencialmente a este. Por lo que se debe tener en cuenta los procesos cognitivos que median entre el encuentro con el estímulo y la reacción, así como los factores que afectan a la naturaleza de tal mediación(Lazarus y Folkman, 1986).

.- El hombre para poder sobrevivir necesita distinguir entre situaciones favorables y situaciones peligrosas. El que esta distinción se realice favorablemente para el individuo requiere de un sistema cognitivo eficiente y de la capacidad simbólica de nuestro cerebro la que se enriquece con todo lo aprendido sobre el mundo y nosotros mismos a través de la experiencia(Lazarus y Folkman, 1986).

Es por esto que los procesos de evaluación cognitiva se constituyeron en uno de los elementos fundamentales para comprender el fenómeno del afrontamiento. La evaluación cognitiva es definida como aquel proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocara en el individuo(Lazarus y Folkman).

En esta teoría se ha hecho una distinción entre evaluación primaria y secundaria. La evaluación primaria dice relación con la valoración que realiza el individuo en su intercambio con el entorno de cuan dañino puede ser para su bienestar el intercambio particular con el mismo. La evaluación secundaria es considerada como aquel proceso que apunta a determinar que puede hacerse frente a una situación de peligro que conlleva amenaza y desafío. Esta evaluación es característica de cada confrontación estresante, ya que los resultados frente a las mismas dependen de lo que se haga, de que se puede hacer algo y de lo que esta en juego.

El afrontamiento hace referencia a las observaciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa y hace y esto es realizado dentro de un contexto específico. Para entender el afrontamiento y evaluarlo necesitamos conocer aquellos que el individuo afronta.

Alcoholismo y Apoyo Social

El apoyo social ha sido un tema vastamente estudiado en las ciencias sociales dada su fundamental relación con los desarrollos psicológicos, social y biológicos de los individuos. Pensamos que el apoyo social y las redes sociales son una pieza fundamental para analizar la promoción, protección y prevención en salud mental.

Estudios realizados por Nina Horwits demuestran las carencias en este aspectos que presentan los alcohólicos lo cual hace que empeoren su adherencia al tratamiento así como sus posibilidades de recuperación.

Investigaciones en Redes Sociales y Apoyo Social

En la década de los años 70 se logran desarrollar marcos teóricos coherentes como por ejemplo, Casell y Coob (1976) quienes ponen de manifiesto los efectos protectores del apoyo social que ayuda a prevenir efectos negativos producto del estrés. También están los trabajos de Kaplan (1977) quien plantea que "...un sistema de apoyo implica un patrón duradero y estable de vínculos continuos, que juegan un rol significativo en el mantenimiento de la integridad psicosocial y física de las personas.

A comienzo de los años ochenta los encuentros de las comisiones de salud mental en los Estados Unidos que para los planes nacionales se debería tener en cuenta los siguientes objetivos:

- .- Reforzar y reconocer las redes naturales de apoyo.
- .- Identificar y reforzar las funciones de apoyo social potencial de las instituciones que intervienen.
- .- Mejorar los vínculos entre las redes de ayuda naturales y las fuentes de ayuda profesionales o institucionales.

De este modo los programas comienzan a adoptar una perspectiva en la que se consideraba muy central al concepto de apoyo social. Se reconoce el

hecho de que el uso frecuente de sistemas de apoyo no formales llevaba a muchas personas a tener más acceso a la salud.

Desde una perspectiva sociobiológica se considera que el altruismo y la reciprocidad o apoyo mutuo son parte de las necesidades básicas de las personas que aseguran desarrollos biopsicosociales normales.

Definición de Red Social.

Existen múltiples definiciones de red social de las cuales las siguientes son solo algunas de ellas:

"...Todas o alguna de las unidades sociales, individuales o en grupos con las cuales un individuo esta en contacto. Se considera miembro de una red social a todos los adultos, a los que se ve al menos una vez al mes, y a todos aquellos considerados importantes..."(Hirsch, 1981).

"...El conjunto de vínculos interpersonales de los cuales otros gratifican las necesidades psicosociales de las personas..."(Gallo, 1982).

"...Las conexiones sociales provistas por el ambiente que pueden ser determinadas en términos de dimensiones estructurales y funcionales..."(Marsella y Snyder, 1981).

"...El conjunto de personas actualmente significativas con quienes el sujeto tiene interacción social..."(Didier, 1986).

"...Un sistema de apoyo con relaciones formales e informales y grupos a través de los cuales un individuo recibe el apoyo emocional, cognitivo y material necesario para manejar las experiencias estresantes..."(Jacobson, 1986)

Definición de Apoyo Social.

En el contenido del apoyo social se tienden a señalar cuatro dimensiones(Cohen y Wills, 1983):

- a.- Apoyo emocional: Va desde ofrecer simpatía y afecto a ofrecer confianza, aumento de autoestima y confidencialidad.
- b.- Apoyo de valoración: Se trata de la transmisión de información relevante para la autoevaluación, es decir, lo que llamamos comparación social.
- c.- Apoyo informacional: Se trata de facilitación de información. Esta no es de por sí útil sino que entrega a las personas estrategias de autoayuda.
- d.- Apoyo instrumental: Son conductas que ayudan directamente a la persona necesitada, como por ejemplo préstamo de dinero.

Otras investigaciones han arrojado que dentro de la vida cotidiana la gente categoriza al apoyo social en cuatro niveles:

- a.- Las conductas de sustento o apoyo emocional: Escuchar, comprender, respetar, etc.
- b.- Conductas de resolución de problemas: Hacer sugerencias, entregar ayuda material, etc.
- c.- Influencia personal indirecta: Disposición incondicional a dar la ayuda disponible.
- d.- Acción ambiental: Se trata de intervenciones directas para reducir las fuentes de estrés.

En síntesis podemos afirmar que el hombre es por naturaleza un animal social que desde pequeño entra a tomar parte de redes sociales. Estas redes se hayan enmarcadas y varían en función de cada contexto social general. La conducta de los sujetos varía dependiendo de la etapa del ciclo vital en el que se encuentra.

Aproximación Psicosocial

La aproximación psicosocial al estudio de los problemas de Salud Mental, que ha asociado factores o variables psicológicas y sociales con las situaciones de malestar o sufrimiento, se constituye, a juicio del presente estudio, en un modelo satisfactorio para comprender al Alcoholismo de una perspectiva mas amplia.

Alfaro (1993) plantea que: "...la emergencia de los síntomas y/o la mantención de ellos se relaciona con la cantidad de eventos que obliguen a la persona a construir una nueva adaptación a sus circunstancias. Esta relación esta mediada por la forma en que el sujeto enfrenta o procesa psicológicamente estos eventos. A su vez, la relación que allí se establece se encuentra mediada por los grados de integración de la persona, los grados de pertenencia y los apoyos emocionales, informacionales o instrumentales que le presten su medio o entorno sociocultural" (Alfaro, 1993).

La manifestación de un suceso psicopatológico individual que modifique de manera negativa su Salud Mental, puede ser entendida en un sentido amplio, en función de cuatro factores: la exposición a estresores psicosociales potenciales generadores de estrés, del grado de estrés percibido por el sujeto, de la eficacia de los recursos personales de afrontamiento para

abordar los mismos y de la cantidad de apoyo que brinda la red social en la cual esta inserto.

Problema a Investigar

¿Cuál es el nivel de salud mental, el apoyo social, estrés y afrontamiento al estrés que presenta un grupo de pacientes varones alcohólico- dependientes, en tratamiento ambulatorio en la posta alcohólica del Hospital "Salvador" de la comuna de Valparaíso?

Objetivo General

- Evaluar y describir el nivel de Salud Mental, Estrés, Afrontamiento al Estrés y Apoyo Social en un grupo de pacientes varones dependientes al alcohol que asisten a la Unidad de Fármaco- Dependencia del Hospital "Salvador" de Valparaíso.

Objetivos Específicos:

- Evaluar y describir cuál es el nivel de Salud Mental que presenta un grupo de varones dependientes al alcohol.

 - Evaluar y describir cuál es el nivel de Estrés que presenta un grupo de varones dependientes al alcohol.

 - Evaluar y describir cuáles son las estrategias de Afrontamiento al Estrés que presenta un grupo de varones dependientes al alcohol.

 - Evaluar y describir cuál es el nivel de Apoyo social que presenta un grupo de varones dependientes al alcohol.

 - Describir la distribución que resulta al comparar el nivel de Salud Mental con el grado de Estrés percibido y con el nivel de Apoyo Social percibido en un grupo de varones dependientes del alcohol.
-

- Describir la distribución que resulta al comparar el nivel de Salud Mental con edad, estado civil, escolaridad, empleo y consumo de diazepam.

- Describir la distribución que resulta al comparar el nivel de Estrés con edad, estado civil, escolaridad, empleo y consumo de diazepam

- Describir la distribución que resulta al comparar el nivel de Apoyo Social con edad, estado civil, escolaridad, empleo y consumo de diazepam.

CAPITULO II

METODO

Diseño

El presente estudio tiene como propósito describir el comportamiento de las variables Salud Mental, Estrés, Estrategias de Afrontamiento; y Apoyo Social de varones alcohólicos en tratamiento ambulatorio en el hospital "El Salvador" de Valparaíso. Usando de referencia a Hernández, Fernández y Baptista (1991), esta investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo Transeccional, por las siguientes causas:

1. Su utilidad y propósito principal es medir o evaluar diversos aspectos, es decir, seleccionar una serie de propiedades y medir cada una ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.
2. La profundidad de la investigación puede ser variable, pero en cualquier caso se basa en la medición con la mayor precisión posible de uno o más atributos del fenómeno descrito.

3. Puede ofrecer la posibilidad de predicciones aunque sean rudimentarias

Dentro del diseño específico de esta investigación afirmamos que esta corresponde a un estudio no experimental o expos-facto pues no se manipulan las variables y estas son estudiadas tal como se dan en su contexto natural para después ser analizadas. En otras palabras el procedimiento consiste en medir a un grupo de sujetos (varones dependiente del alcohol), varias variables (nivel de salud mental, estrés, apoyo social y afrontamiento al estrés).

Definición Conceptual de las Variables.

Salud mental: Definimos Salud Mental como un atributo individual en su forma de existencia (en tanto solo existe en los individuos), pero social en su origen (sería un producto dado por la interacción psicosocial con el estrés, con las formas de afrontamiento, las redes sociales, los eventos vitales y la estructura social), social en sus funciones (su balance emocional de afectos tendría resultados mas o menos adaptativos con su medio) y social en su contenido (por que estaría formado por la internalización de las relaciones sociales y evaluaciones sociales)". (Páez y colaboradores, 1989)

Redes sociales y apoyo social: Estructura de vínculos sociales de un individuo que provoquen efectos Facilitadores en las personas por medio de los cuales el sujeto mantiene su identidad social e intercambia apoyo afectivo, ayuda material y otros servicios tales como información y contactos sociales (Alfaro, 1993)

Estrés y afrontamiento: El estrés ha sido definido como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluada por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. El afrontamiento es definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Definición Operacional de las Variables

Salud Mental: Respuestas proporcionadas por la General Health Questinnaire Goldberg (1992); Escala para medir trastornos depresivos, por ansiedad y

somatomorfes de Alvarado y cols (1990); Escala de afectividad negativa y positiva de Bradburn, adaptación de Páez y cols (1989).

Estrés y Afrontamiento: Respuestas proporcionadas en la administración de la escala de evaluación del estrés percibido (Cohen, Kamaric y Merlmenstein, 1983); la escala de estrategias de afrontamiento (Páez, Besare y Valdoseda, 1992); y de Escala de sucesos y preocupaciones de vida del departamento de Salud Mental de California, adaptación de Páez y cols (1986).

Apoyo social: Respuestas proporcionadas en la administración de la escala de apoyo social familiar y en la escala de apoyo social de las amistades de Procidiano y Heller (1983).

Sujetos

Para los fines de esta investigación se consideraran Hombres de edades comprendidas entre los 18 y 40 años, que no padezcan de retardo mental, psicosis o patología orgánico cerebral, ser paciente bebedor dependiente diagnosticado según los criterios señalados en el CIE 10 para la dependencia de sustancia psicotropicas, en este caso el alcohol, en las dependencias de la

Unidad de fármaco- dependencia del Hospital Salvador. De acuerdo con este criterio, la muestra seleccionada fue de tipo accidental, no probabilística y de sujetos voluntarios (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

El reclutamiento y selección se llevara a cabo basándose en los siguientes criterios:

1. Que estén en tratamiento ambulatorio en el hospital "El Salvador" donde les fue realizado el diagnóstico.
2. Que no estén recibiendo tratamiento de desintoxicación por su imposibilidad para contestar las pruebas.

Las dimensiones consideradas en la descripción de los hombres que constituyen la muestra son: a) Edad, 2) escolaridad, 3) Estado civil, 4) actividad laboral, 5) consumo de diazepam las cuales .

Procedimientos y Etapas.

Organización general de la investigación.

- Se realizo un catastro, durante el mes de Mayo y Junio, de los sujetos que asistían periódicamente a la Unidad de fármaco dependencia del Hospital del Salvador por medio de los cuadernos de ingreso.

-A través de las fichas clínicas se recolectaron los datos socio demográfico como edad, estado civil, escolaridad, empleo y consumo de diazepam.

La aplicación de los cuestionarios se desarrollara de la siguiente manera:

1. La selección y asignación se realizó en conjunto por el investigador y el personal que trabaja en la posta alcohólica del Hospital de "El Salvador" de Valparaíso.
2. Las sesiones se realizó en dependencias de esta Posta alcohólica los días lunes, martes y jueves, de cada semana.
3. Las escalas fueron aplicadas todas en cada sesión en un tiempo estimado de 45 minutos.
4. Los pasos a seguir en cada sesión fueron los siguientes: a) presentación de el investigador, b) explicación de los objetivos de la sesión, c) recolección de antecedentes personales, d) aplicación de las escalas, y e) cierre de la sesión.

- Se registro los días de control para que puedan ser evaluados el mismo día con las siguientes escalas: Escala de apoyo social familiar de Procidiano y Heller, Escala de apoyo social de las amistades de Procidiano y Heller, Escala de estrategias de Afrontamiento sintetizada por Páez, Basabe y Valdosedá, Escala de sucesos y preocupaciones de vida del departamento de Salud Mental de California, Cuestionario de Salud Mental de Goldberg, Escala para medir trastornos de ansiedad, depresivos y somatoforme de Alvarado, Escala de Estrés percibido de Cohen, Kamark y Mermelstein y Escala de afectividad positiva y negativa de Bradburn.

Técnicas de Recolección de Datos

General Health Questinnaire Goldberg (1972): es un cuestionario autoadministrado que tiene por objeto evaluar la probabilidad de aparición de trastornos mentales menores no psicóticos, tales como la depresión, perdida del sueño, estrés, baja autoestima (ver ANEXO).

Esta escala consta de 12 ítems y es un cuestionario tipo likert, conformado por las siguientes categorías de respuesta: Mejor que lo habitual, Igual que lo

habitual, Menos que lo habitual y Mucho menos que lo habitual ; codificadas de 1 a 4.

La corrección se realiza sumando las codificaciones de cada uno de los ítems existiendo una oscilación entre 12 (puntaje mínimo posible que indica bajo riesgo de alteraciones psicológicas) a 48 puntos (puntaje máximo posible que indica alto riesgo de alteraciones psicológicas).

Según Alvaro (1992 desempleo) esta escala ha demostrado su validez en asociación con otras medidas de tipo clínico psicológico así como por su especificidad y sensibilidad. Según el propio autor la consistencia interna ha sido demostrado en numerosas investigaciones arrojando un coeficiente alfa de 0.90 para el método Likert.

. Escala para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatomorfes de Alvarado y cols (1990). Esta escala explora el nivel de sintomatología depresiva, por ansiedad y somtoforme en relación al ultimo mes y se utiliza básicamente para la selección de casos indices, por lo que no es un instrumento de diagnostico psicopatológico.

Esta escala se caracteriza por ser de autoaplicación y esta compuesta por

35 ítems, de los cuales 13 corresponden a la subescala de síntomas depresivos 12 corresponden a la subescala de síntomas de por ansiedad y 12 corresponden a la subescala de síntomas somatoformes.

Para cada uno de los ítems propuestos existen tres alternativas de respuestas categorizadas como: Nunca, Pocas Veces y Frecuentemente, a las que se le asigna los valores de 0,1 y 2 respectivamente; estos valores indican el grado en que la característica descrita en el ítems se manifiesta en la persona evaluada. Para el calculo del puntaje en cada una de las subescalas se suman los valores obtenidos, de modo que el mayor puntaje obtenido en cada subescala indica mayor grado de sintomatología(depresiva, por ansiedad y somatoforme), y viceversa.

El estudio de confiabilidad y validez de la escala se realizo en una muestra nacional constituida por un grupo clínico y uno normal, aplicando un análisis de consistencia interna en el que se utilizo el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo los siguientes resultados: para la subescala de síntomas depresivos, 0.93; para la subescala de síntomas por ansiedad, 0.92; y para la subescala de síntomas somatoformes, 0.87. Para estimar la validez se utilizo la comparación de grupos opuestos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, obteniendo diferencias significativas.

Por su fácil aplicación y corrección, se ha recomendado este

instrumento tanto para estudios de investigación epidemiológica como para el trabajo clínico por pesquisar y seleccionar casos índices y graduar la sintomatología emocional.

Escala de sucesos y preocupaciones de vida del departamento de Salud Mental de California, adaptación de Páez y cols (1986). Es una escala que explora el nivel de estrés en los últimos 12 meses en las siguientes áreas: área personal, económico laboral y área familiar. Se caracteriza por ser de autoaplicación y estar constituida por 27 ítems, siendo 11 ítems del área personal, 5 ítems del área económico laboral y 11 ítems del área familiar. (ver ANEXO)

Los ítems presentan 4 posibilidades de respuesta: No le ocurrió ni le preocupó, Solo le ocurrió, Sólo le preocupo, Le ocurrió y le preocupo. Se obtiene un índice de estrés objetivo preguntando al sujeto si le ocurrió el suceso, y un índice de estrés subjetivo preguntándole si le preocupo el suceso. Los índices se obtienen calculando un puntaje por cada ítem.

La estimación de confiabilidad se efectuó aplicando un análisis de consistencia interna que arrojó un coeficiente Alfa de Cronbach para la escala de ocurrencia de sucesos de vida de 0.782 y para la escala de preocupaciones por sucesos de vida un Alfa de 0.769. Para estimar la validez de las subescala

se utilizó el criterio de validez concurrente, tomando como variable criterio las puntuaciones en las escalas de sintomatología depresiva, ansiosa y somatoforme, obteniéndose una relación positiva, de baja intensidad pero significativa entre las subescalas de preocupaciones y sucesos de vida.

Para efectos de esta investigación solo es necesario conocer si a los sujetos le han ocurrido sucesos de vida en los últimos doce meses del año. La escala está compuesta por 27 ítems que aluden cada uno a un suceso vital se pretende averiguar en qué proporción los sujetos han vivido situaciones preocupantes para ellos.

Escala de afectividad negativa y positiva de Bradburn, adaptación de Páez y cols (1989).

Esta escala busca medir el nivel de bienestar o malestar subjetivo durante periodos de tiempo establecidos por el investigador; está compuesta por 18 ítems que se distribuyen en dos dimensiones, afectividad positiva y negativa. Para cada uno de estos ítems existen tres posibilidades de respuesta categorizadas como: Nunca, A veces y generalmente, a las que asignan los valores 1, 2 y 3 respectivamente, y que indican el grado en que la característica descrita en el ítem se presenta en la persona evaluada.

Para el cálculo de este puntaje se procede del siguiente modo:

- 1) Se suman los puntajes de la escala de afectividad positiva y negativa separadamente, obteniendo un puntaje para cada una de estas.
- 2) Al puntaje de la subescala de afectividad positiva se le suma una constante de 27 puntos.
- 3) A este nuevo puntaje de afecto positivo se le resta el puntaje de la subescala de afectividad negativa, obteniendo de este modo el puntaje del balance positivo de afectos. El mayor grado de puntaje obtenido indica un mayor grado de balance positivo de afectos.

En nuestro país esta escala fue validada por Vera y Wood(1994), obteniendo los siguientes resultados: para estimar la confiabilidad se realizó un análisis de consistencia interna para cada una de las subescalas utilizando el coeficiente de Alfa de Cronbach; para la escala de afectividad positiva se obtuvo un valor de 0.818 y para la escala de afectividad negativa se obtuvo un valor de 0.847. Para estimar la validez se utilizó el método de validez concurrente tomando como medida criterio los puntajes de las subescalas de síntomas depresivos y por ansiedad. La subescala de afectividad positiva correlaciona negativamente con las subescalas mencionadas, a la vez que la subescala de afectividad negativa correlaciona positivamente con las mismas.

Escala de apoyo social familiar de Procidiano y Heller (1983). Esta escala tiene el propósito de evaluar el grado de apoyo social percibido que tiene un sujeto en relación a su familia (ver ANEXO).

La escala se caracteriza por ser de autoaplicación y esta constituida por 20 ítems. Cada ítems presenta tres opciones de respuesta: No, Si y No Sé las que se codifican como 0, 1 y sin codificación respectivamente. La corrección se realiza sumando las codificaciones de cada ítems, existiendo un rango de puntaje que va desde 0 (ausencia de apoyo social percibido) a 18 (grado máximo de apoyo social percibido).

Esta escala fue validada en Chile por Vera y Wood en 1994. La estimación de confiabilidad arrojó un coeficiente Alfa Cronbach de 0.901. Para la determinación de la validez se utilizó el procedimiento de validez concurrente, utilizando como criterio los puntajes obtenidos en las escalas de sintomatología depresiva, ansiosa y somatoforme, obteniéndose una relación negativa significativa entre el apoyo social familiar y los puntajes en las variables criterios (Vera y Wood, 1994)

Escala de apoyo social de las amistades de Procidiano y Heller (1983). La escala evalúa el grado de apoyo social que tiene un sujeto con relación a su grupo de amistades (ver ANEXO).

La escala se caracteriza por ser de autoaplicación y estar constituido por 20 ítems. Cada ítems presenta tres categorías de respuesta **No**, **Si** y **No se las** que se codifican como 0, 1 y sin codificación respectivamente. La corrección se realiza sumando las codificaciones de cada ítems, existiendo un rango de puntaje que va desde 0 (ausencia de apoyo social percibido) a 20 (máximo apoyo social percibido).

Esta escala fue validada en Chile por Vera y Wood en 1994. La estimación de confiabilidad arrojó un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.915. Para la determinación de la validez se utilizó el procedimiento de validez concurrente, utilizando como criterio los puntajes obtenidos en las escalas de sintomatología depresiva, ansiosa y somatoforme, obteniéndose una relación negativa significativa entre el apoyo social familiar y los puntajes en las variables criterios (Vera y Wood, 1994)

Escala para la evaluación de estrategias de afrontamiento: El propósito de esta escala es evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por un sujeto para resolver determinadas situaciones estresantes. Esta escala está compuesta por dos partes. En la primera parte se le pide al sujeto que describa una

situación problema que le haya ocurrido en el último tiempo y que considere que ha sido la mas impactante para el. En la segunda parte se plantean 17 ítems que deben ser respondidos en función de la primera parte. (ver ANEXO).

Cada ítems representa una estrategia particular de afrontamiento: (ítem 1) afrontamiento activo, (ítem 2) planificación, (ítem 3) supresión de actividades competitivas, (ítem 4) autocontrol y contención de manera planificada, (ítem 5) búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales, (ítem 6) búsqueda de apoyo social por motivos afectivos, (ítem 7) reinterpretación positiva y crecimiento, (ítem 8) aceptación de responsabilidad, (ítem 9) focalización y ventilación de emociones, (ítem 10) negación, (ítem 11) descompromiso conductual, (ítem 12) descompromiso mental, (ítem 13) descompromiso mediante alcohol y drogas, (ítem 14) no expresión de emociones (autocontrol), (ítem 15) escape y evitación, (ítem 16) confrontación directa, (ítem 17) aceptación de responsabilidad y autocrítica.

Escala para la evaluación del estrés percibido (Cohen, Kamark y Mermelstein 1983).

Esta escala mide el grado en que las situaciones de la vida personal son evaluadas subjetivamente como estresantes. Esta compuesta de 14 ítems, los

cuales fueron diseñados para determinar el grado por el cual los respondientes encuentran sus vidas no predecibles, incontrolables y sobrecargadas. También incluye un numero de preguntas directas acerca de los niveles de estrés experimentados. (ver ANEXO)

Cada ítem tiene 5 categorías d respuesta, que van desde Nunca a Muy frecuentemente a los cuales se les asigna los valores 0, 1, 2, 3 y 4 respectivamente. Los puntajes de la escala se obtiene revirtiendo los puntajes de los siete ítems positivos (ítem 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13) y luego se suman las respuestas de los 14 ítems.

Esta escala fue validada en chile por Vera y Wood en 1994. La estimación de confiabilidad de la escala se llevo a cabo realizando un análisis de la consistencia interna, para lo cual se utilizo el coeficiente Alfa de Cronbach el cual arrojó un 0.862, el coeficiente de Spearman- Brown el cual arrojó un 0.852 y el coeficiente de Gutman-Rulan el cual arrojó 0.852. Para la validez se utilizo el procedimiento de validez concurrente, utilizando como criterio los puntajes obtenidos en las escalas de sintomatología depresiva, por ansiedad y somatoformes obteniéndose una relación positiva y significativa.

PLAN DE ANALISIS

Procesamiento de Datos

Después de obtener los resultados de las escalas, estos se codificaron dependiendo de las categorías de cada escala.

Las respuestas luego de ser codificadas serán transferidos a una matriz de datos cuyos renglones representaran a los sujetos de investigación y las columnas registrarán los valores de las escalas y sus categorías.

Establecimiento de los Puntos de Corte

Para determinar el nivel de Salud Mental, se establecieron los siguientes grupos,

Grupos	Salud Mental
Bajo riesgo de alteración psicológica	12-24
Riesgo probable de alteración psicológica	25-36
Alto riesgo de alteración psicológica	37-48

El criterio utilizado para establecer los puntos de corte, consistió en determinar cuales eran los puntajes mínimos y máximos que podrían obtenerse en este cuestionario si se respondían con la misma alternativa cada uno de los ítems estos puntajes eran: 12 (si la persona contesta con puntaje 1 en todos los ítems), 24 (si la persona contesta con puntaje 2 en todos los ítems), 36 (si la persona contesta con puntaje 3 en todos los ítems), 48 (si la persona responde con puntaje 4 en todos los ítems), según lo anterior es posible distinguir 3 intervalos, es decir 12 a 24; 25 a 36 y de 37 a 48, siendo cada uno de estos intervalos indicativo de bajo, probable o alto riesgo de padecer alteraciones psicológicas.

Para determinar el grado de apoyo social, se establecieron los siguientes grupos,

Grupos	Apoyo social Familiar	Apoyo social Amistades
Bajo grado	0-12	0-13
Alto grado	13 y mas	14 y mas

Estos puntos de corte son sugeridos en la tesis para optar al titulo de psicólogo de Vera y Wood (1994).

Para determinar el grado de estrés percibido, se establecieron los siguientes grupos de corte,

Estrés	
Casi nunca	19-23
A veces	24-34
Con bastante Frecuencia	35- 39

Estos puntos de corte fueron sugeridos por Vera y Wood (1994).

Para determinar el grado de depresión, de ansiedad y somatoformes, se establecieron los siguientes grupos de corte,

Trastorno Depresivos	
Sin trastorno Depresivo	0-11
Probable trastorno Depresivo	12-19
Trastorno Depresivo	20 y más

Trastorno por ansiedad	
Sin trastorno por Ansiedad	0-9
Probable trastorno por Ansiedad	10-16
Trastorno por Ansiedad	17 y más.

Trastorno Somatoforme	
Sin trastorno Somatoforme	0-7
Probable trastorno Somatoforme	8-9
Trastorno Somatoforme	10 y mas.

Estos puntos de corte fueron sugeridos por Alvarado y cols. (1990).

Para determinar la utilización o no de estrategias de afrontamiento, se establecieron los siguientes grupos,

Grupos	
Utilización de la estrategia	Item con respuesta codificada 3 o 4
No utilización de la estrategia	Item con respuesta codificada 1 o 2

Estos puntos de corte fueron sugeridos por Vera y Wood (1994).

Para determinar el grado de balance afectivo se determinaron los siguientes grupos,

Grupos	Balance Afectivo
Bajo grado	0-29
Alto grado	30 y mas.

Estos puntos de corte fueron sugeridos por Vera y Wood (1994)

Análisis De Los Instrumentos Para la Muestra en Estudio

Cálculo Del Error Muestral

Considerando que los instrumentos aplicados a esta muestra , no poseen una estandarización adecuada, se ha procedido a calcular el error muestral, el Alfa de Cronbach y la correlación ítems test.

Para la validación de los instrumentos en estudio, se debe determinar el error que pudieran contener las respuestas de cada Test.

En base a la variabilidad en las respuestas de las preguntas, se selecciona la mayor varianza en el Test. Esta se obtiene cuando el porcentaje de respuesta de los Test se encuentra más cercano al 50%. Por tanto, con un nivel de confianza del 95%, el error de estimación, para cada Test, está dado por:

GHQ

SALUD MENTAL

Valor máximo de p = 73%

$$E.E. = \frac{1.96 * (0.73 * 0.27)^{1/2}}{37^{1/2}} = 0.1431$$

37^{1/2}

SUB-ESCALA DE DEPRESION

$$\text{Valor máximo de } p = 62\% \quad \text{E.E.} = \frac{1.96 * (0.62 * 0.38)^{1/2}}{37^{1/2}} = 0.1564$$

SUB-ESCALA DE ANSIEDAD

$$\text{Valor máximo de } p = 46\% \quad \text{E.E.} = \frac{1.96 * (0.46 * 0.54)^{1/2}}{37^{1/2}} = 0.1606$$

SUB-ESCALA DE SOMATOFORMES

$$\text{Valor máximo de } p = 78\% \quad \text{E.E.} = \frac{1.96 * (0.78 * 0.22)^{1/2}}{37^{1/2}} = 0.1335$$

AFECTIVIDAD POSITIVA Y NEGATIVA DE BRADBURN

$$\text{Valor máximo de } p = 87\% \quad \text{E.E.} = \frac{1.96 * (0.87 * 0.13)^{1/2}}{37^{1/2}} = 0.1084$$

APOYO SOCIAL FAMILIAR

$$\text{Valor máximo de } p = 70\% \quad \text{E.E.} = \frac{1.96 * (0.70 * 0.30)^{1/2}}{37^{1/2}} = 0.1477$$

APOYO DE LAS AMISTADES

$$\text{Valor máximo de } p = 92\% \quad \text{E.E.} = \frac{1.96 * (0.92 * 0.08)^{1/2}}{37^{1/2}} = 0.0874$$

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

$$\text{Valor máximo de } p = 86.5\% \quad \text{E.E.} = \frac{1.96 * (0.865 * 0.135)^{1/2}}{37^{1/2}} = 0.1101$$

SUCESOS Y PREOCUPACION DE VIDA

$$\text{Valor máximo de } p = 97.3\% \quad \text{E.E.} = \frac{1.96 * (0.973 * 0.027)^{1/2}}{37^{1/2}} = 0.0522$$

EVALUACION DEL ESTRÉS PERCIBIDO

$$\text{Valor máximo de } p = 68\% \quad \text{E.E.} = \frac{1.96 * (0.68 * 0.32)^{1/2}}{37^{1/2}} = 0.1503$$

Para el Test de Salud mental se determinó con un 95% de confianza que el error de estimación es del 14,31%, lo que significa que este test es confiable en un 85,69%. El test de subescala de síntomas depresivos es confiable en un 84,36%, el test de subescala de ansiedad es confiable en un 83,94%, el test de subescala de somatomorfos es confiable en un 86,65%, el test de afectividad positiva y negativa de Bradburn es confiable en un 89,16%, el test de apoyo social familiar es confiable en un 85,23%, el test de apoyo de las amistades es confiable en un 91,26%, el test de estrategias de afrontamiento es confiable en un 88,99%, el test de sucesos y preocupación de vida es confiable en un 94,78% y el test de evaluación del estrés percibido es confiable en un 84,97%.

Por otra parte, se calculó el índice de confiabilidad Alfa de Cronbach, para cada uno de los Test (ver anexo 1).

TEST	ALFA - CRONBACH	RESULTADO
SALUD MENTAL	74,7%	BUENO
DEPRESION	79,2%	MUY BUENO
ANSIEDAD	86,6%	MUY BUENO
SOMATOMORFOS	68,7%	SUFICIENTE
BRADBURN	10,8%	MALO
APOYO FAMILIAR	78,8%	BUENO
APOYO AMISTADES	80,1%	MUY BUENO
AFRONTAMIENTO	56,9%	INSUFICIENTE
SUCESOS DE VIDA	70,7%	BUENO
ESTRÉS	41,6%	MALO

Análisis de Correlación

Para el estudio de la relación entre las preguntas contenidas en cada Test, se efectuó un análisis de correlación de Spearman (anexo 1) por tratarse de variables cualitativas. Este análisis considera una probabilidad de error del

5% comparando el valor del estadístico de pruebas T- Student, con el valor de la tabla de la de la distribución normal $Z_{0,975} = 2,0$.

La matriz de correlaciones del test de salud mental muestra, que en promedio las correlaciones entre las 12 preguntas es de 0,197 con una desviación estándar de 0,231, es decir la relación entre las preguntas es baja, ya la mayor correlación se registró entre las preguntas: P2 con P6 (0,717).

La matriz de correlaciones del test de depresión muestra, que en promedio las correlaciones entre las 13 preguntas es de 0,227 con una desviación estándar de 0,172, es decir la relación entre las preguntas es baja, ya que la mayor correlación se dio entre las preguntas: P4 con P5 (0.627), el resto de las preguntas presentan correlaciones inferiores a este valor.

La matriz de correlaciones del test de ansiedad muestra, que en promedio las correlaciones entre las 12 preguntas es de 0,3495 con una desviación estándar de 0,196, es decir la relación entre las preguntas es moderadamente baja. La mayor correlación se dio entre las preguntas: P17 con P18 (0.683), el resto de las preguntas presentan correlaciones inferiores a este valor.

La matriz de correlaciones del test de somatoformes muestra, que en promedio las correlaciones entre las 10 preguntas es de 0,18 con una

desviación estándar de 0,194, es decir la relación entre las preguntas es baja.

La mayor correlación se dio entre las preguntas: P26 con P27 (0.742).

La matriz de correlaciones del test de afectividad positiva y negativa de Bradburn muestra, que en promedio las correlaciones entre las 18 preguntas es de 0,007 con una desviación estándar de 0,239, es decir la relación entre las preguntas es baja. La mayor correlación se dio entre las preguntas: P3 con P8 (-0.756).

La matriz de correlaciones del test de apoyo social familiar muestra, que en promedio las correlaciones entre las 20 preguntas es de 0,157 con una desviación estándar de 0,311, es decir la relación entre las preguntas es baja. La mayor correlación se dio entre las preguntas: P1 con P11 (0.864).

La matriz de correlaciones del test de apoyo de las amistades muestra, que en promedio las correlaciones entre las 20 preguntas es de 0,167 con una desviación estándar de 0,238, es decir la relación entre las preguntas es baja. La mayor correlación se dio entre las preguntas: P10 con P14 (0.816).

La matriz de correlaciones del test de afrontamiento muestra, que en promedio las correlaciones entre las 17 preguntas es de 0,072 con una desviación estándar de 0,266, es decir la relación entre las preguntas es baja. La mayor correlación se dio entre las preguntas: P1 con P2 (0.651).

La matriz de correlaciones del test de preocupación de vida muestra, que en promedio las correlaciones entre las 27 preguntas es de 0,082 con una desviación estándar de 0,209, es decir la relación entre las preguntas es baja. La mayor correlación se dio entre las preguntas: P7 con P18 (0.711).

La matriz de correlaciones del test de evaluación del estrés percibido muestra, que en promedio las correlaciones entre las 12 preguntas es de 0,056 con una desviación estándar de 0,293, es decir la relación entre las preguntas es baja. La mayor correlación se dio entre las preguntas: P5 con P6 (0.749).

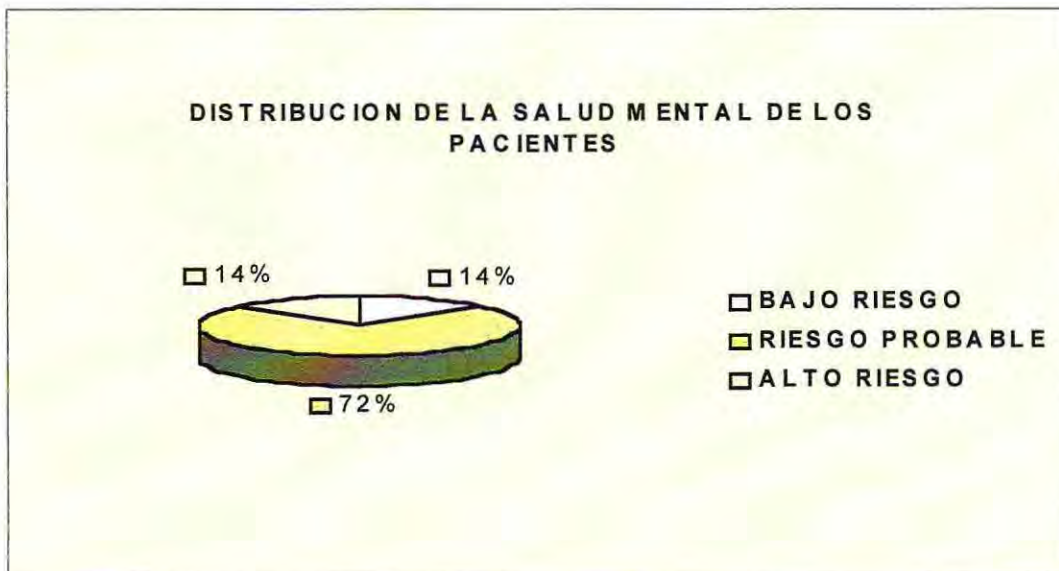
RESULTADOS

Formación de los grupos

Variable Salud Mental. Se establecieron los siguientes grupos que quedaron distribuidos de la siguiente manera; para la variable Salud Mental (medida mediante GHQ- 12).

TABLA 1.1 SALUD MENTAL DE LOS PACIENTES

SALUD MENTAL	n°	%
BAJO RIESGO	5	13,5
RIESGO PROB.	27	73,0
ALTO RIESGO	5	13,5
TOTAL	37	100,0

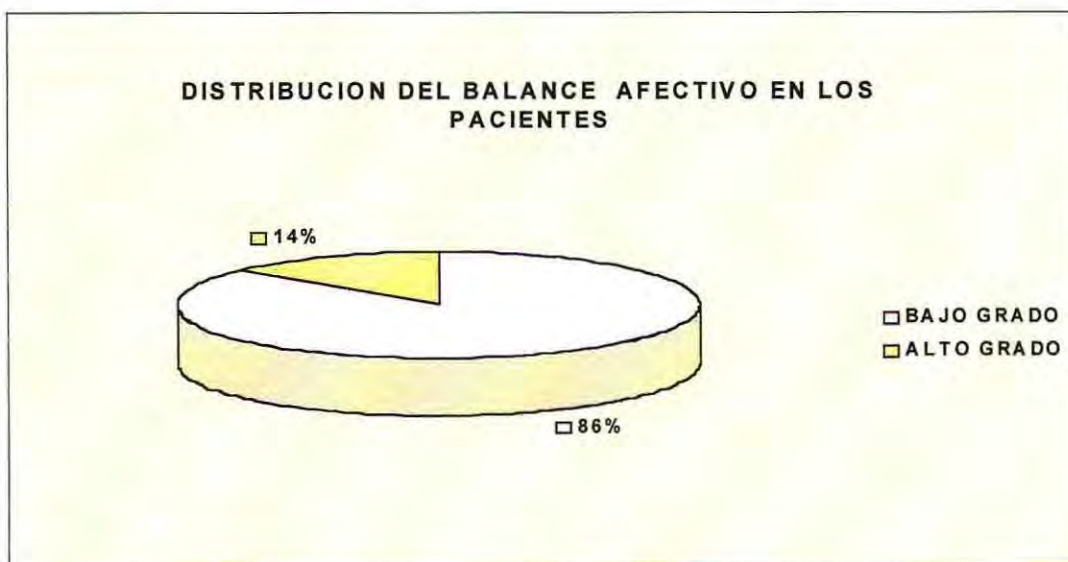


El 73% de los sujetos se encuentran con riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas siendo parejo el resto de la distribución.

Variable Balance afectivo . Se establecieron los siguientes grupos los que se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 1.2 ESCALA DE
BALANCE AFECTIVO

BALANCE AFECTIVO	n°	%
BAJO GRADO	32	86,5
ALTO GRADO	5	13,5
TOTAL	37	100,0

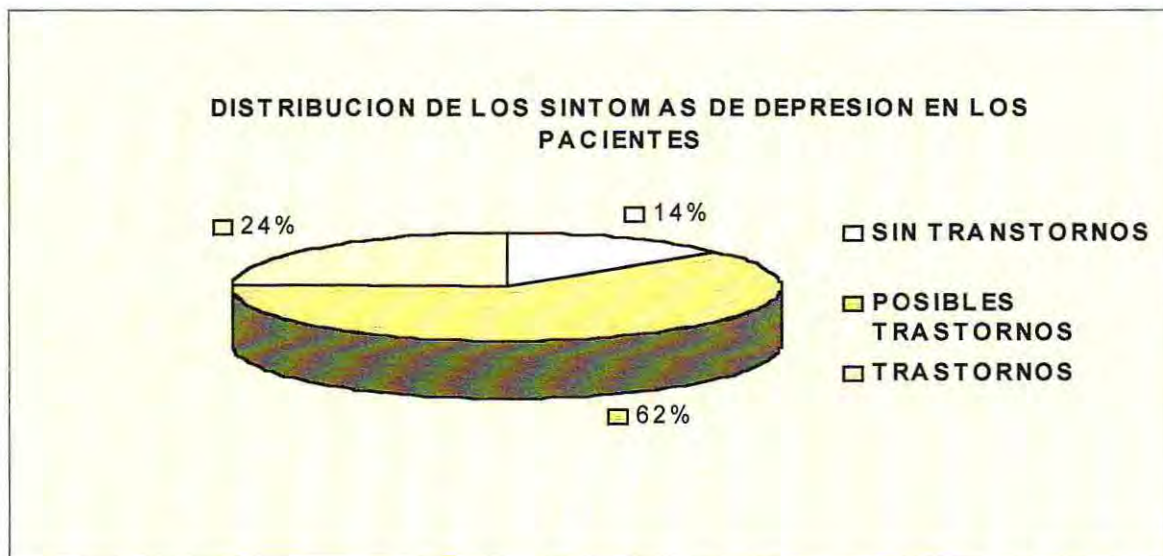


El 86.5% de los sujetos presenta un bajo grado de balance afectivo mientras que el 13.5% tiene un alto grado.

Variable trastorno por depresión. Se establecieron los siguientes grupos, los que se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 1.3 SUB- ESCALA DE TRASTORNO POR DEPRESIÓN

DEPRESION	n°	%
SIN TRASTORNOS	5	13,5
POSIBLES TRAST.	23	62,2
TRASTORNOS	9	24,3
TOTAL	37	100,0

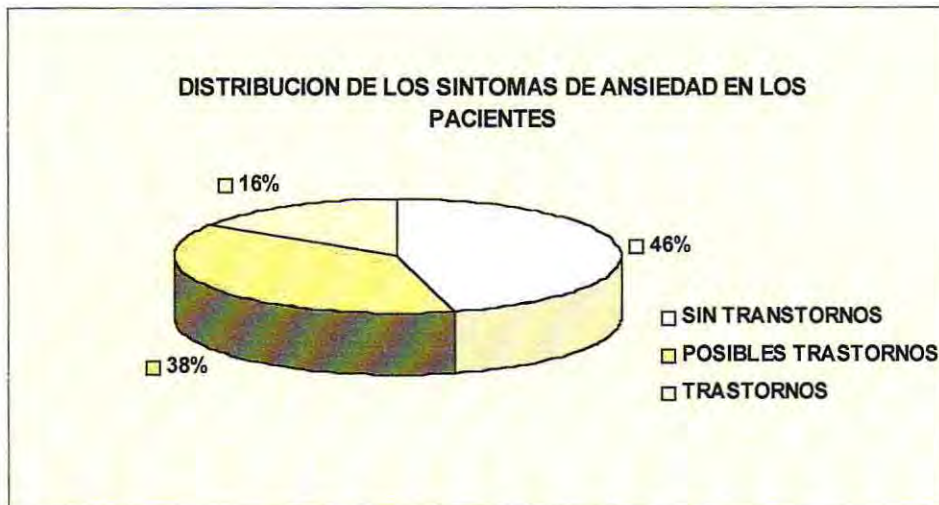


Para la variable depresión, el 62,2% tiene un posible trastorno y el 24,3% tiene trastorno por depresión.

Variable de trastorno por ansiedad. Se establecieron los siguientes grupos los que se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 1.4 SUB- ESCALA DE TRASTORNO POR ANSIEDAD

ANSIEDAD	n°	%
SIN TRASTORNOS	17	45,9
POSIBLES TRAST.	14	37,8
TRASTORNOS	6	16,2
TOTAL	37	100,0

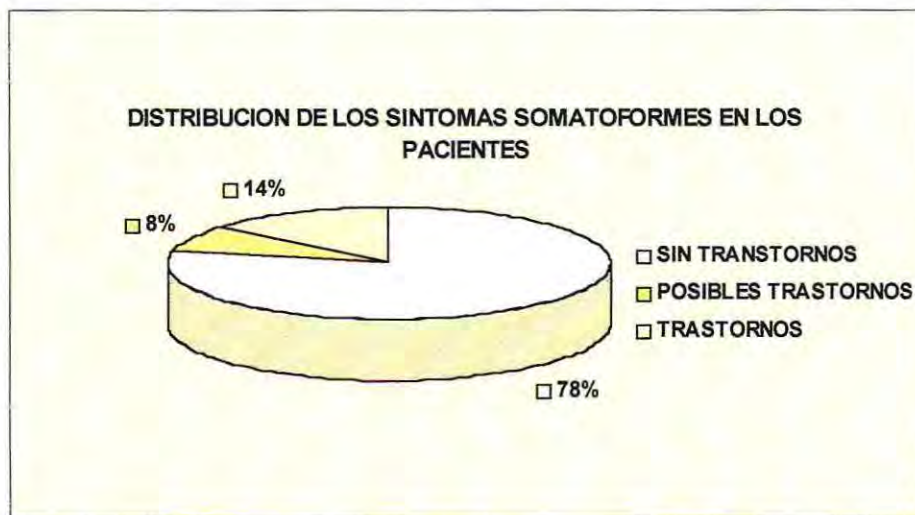


Para la variable de trastorno por ansiedad vemos que el 45.9% no presenta trastorno por ansiedad y que el 37.8% tiene probable trastorno

Variable trastorno somatoforme. Se establecieron los siguientes grupos los que se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 1.5 SUB ESCALA DE TRASTORNOS SOMATOFORMES

SOMATOFORMES	n°	%
SIN TRASTORNOS	29	78,4
POSIBLES TRAST.	3	8,1
TRASTORNOS	5	13,5
TOTAL	37	100,0

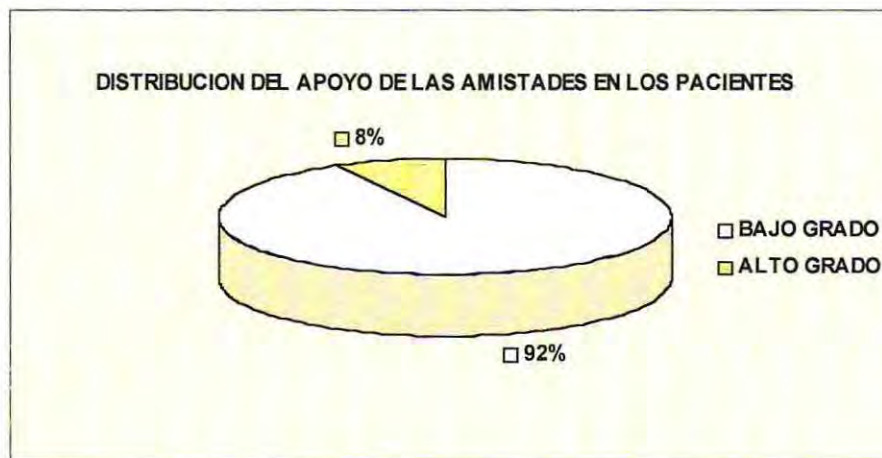


Para la variable de trastorno somatoformes vemos que el 78.4% no presentan trastornos mientras que el 13.5% si presenta trastorno.

Variable Apoyo social. Se establecieron los siguientes grupos, los que se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 1.6 APOYO SOCIAL
DE LAS AMISTADES

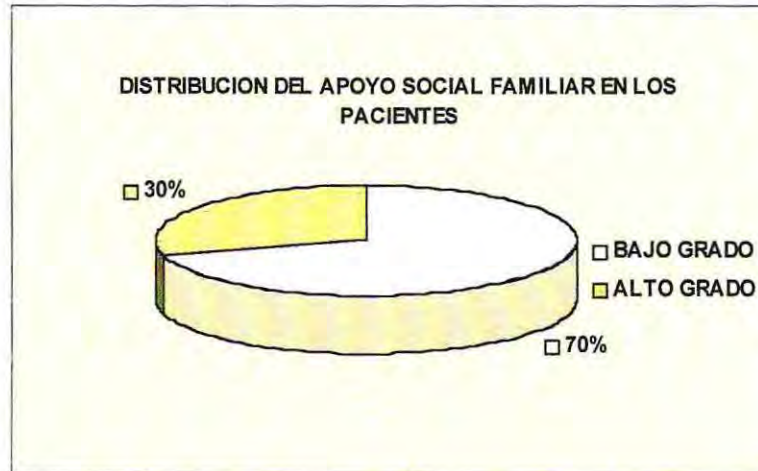
APOYO	n°	%
BAJO GRADO	34	91,9
ALTO GRADO	3	8,1
TOTAL	37	100,0



Para la variable Apoyo social de las amistades, el 91.9% tienen un bajo grado de Apoyo Social y el 8.1% tiene una percepción de alto apoyo.

TABLA 1.7 APOYO SOCIAL FAMILIAR

APOYO	n°	%
BAJO GRADO	26	70,3
ALTO GRADO	11	29,7
TOTAL	37	100,0

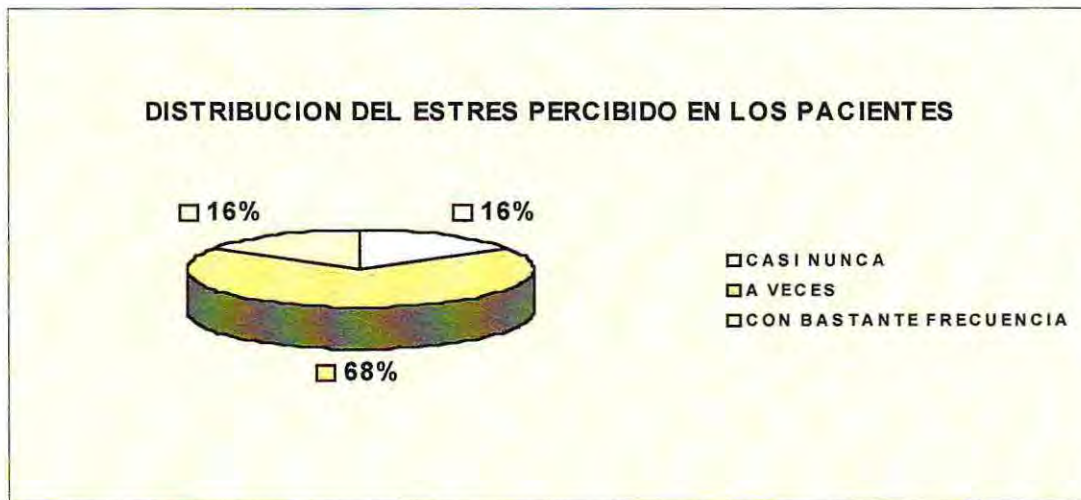


Para la variable Apoyo social Familiar vemos que el 70.3% tienen una percepción de bajo apoyo mientras que el 29.7% tiene una percepción de alto apoyo.

Variable Estrés. Se establecieron los siguientes grupos los que se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 1.8 ESTRÉS PERCIBIDO

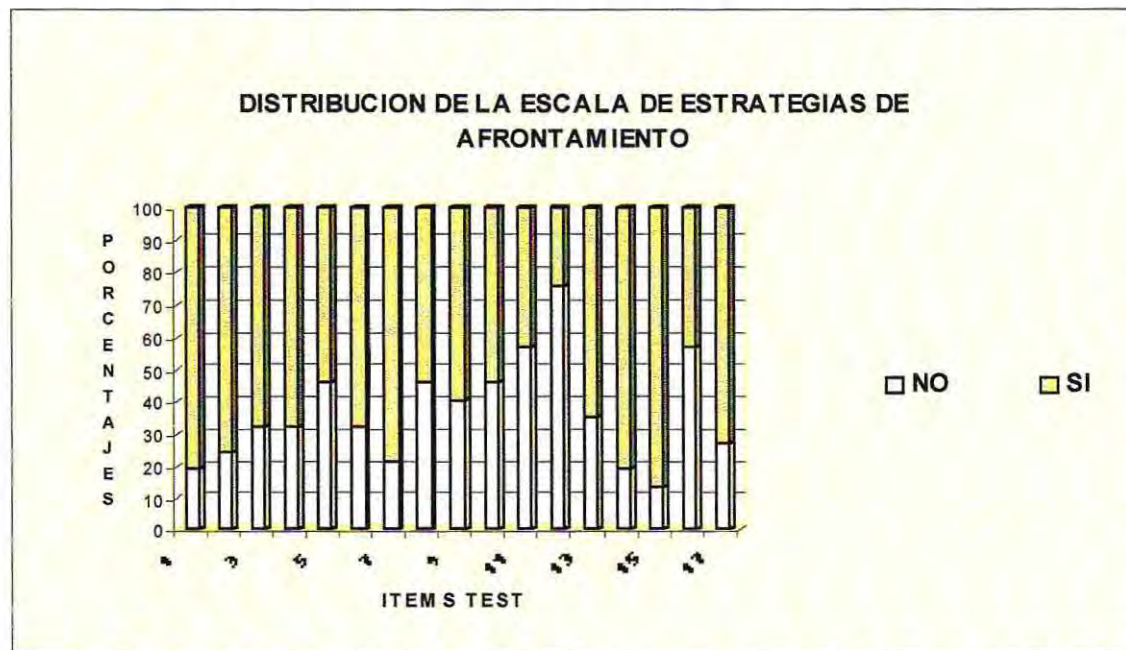
ESTRÉS	n°	%
CASI NUNCA	6	16,2
A VECES	25	67,6
BASTANTE FRECUENCIA	6	16,2
TOTAL	37	100,0



Para la variable estrés percibido vemos que el 67.6% de los sujetos percibe estrés a veces mientras que el resto de los sujetos se distribuye de manera pareja.

Variable estrategias de afrontamiento. Se establecieron los siguientes grupos, los sujetos quedaron distribuidos de la siguiente manera,

UTILIZACION DE LA ESTRATEGIA						
TABLA 1.9	NO		SI		TOTALES	
ITEMS	n°	%	n°	%	n°	%
1	7	18,92	30	81,1	37	100
2	9	24,32	28	75,7	37	100
3	12	32,43	25	67,6	37	100
4	12	32,43	25	67,6	37	100
5	17	45,95	20	54,1	37	100
6	12	32,43	25	67,6	37	100
7	8	21,62	29	78,4	37	100
8	17	45,95	20	54,1	37	100
9	15	40,54	22	59,5	37	100
10	17	45,95	20	54,1	37	100
11	21	56,76	16	43,2	37	100
12	28	75,68	9	24,3	37	100
13	13	35,14	24	64,9	37	100
14	7	18,92	30	81,1	37	100
15	5	13,51	32	86,5	37	100
16	21	56,76	16	43,2	37	100
17	10	27,03	27	73	37	100



El 86.5% utiliza la estrategia de escape y evitación (ítem 15), el 81.1% utiliza la estrategia de el afrontamiento activo (ítem), el 81.1% el autocontrol y

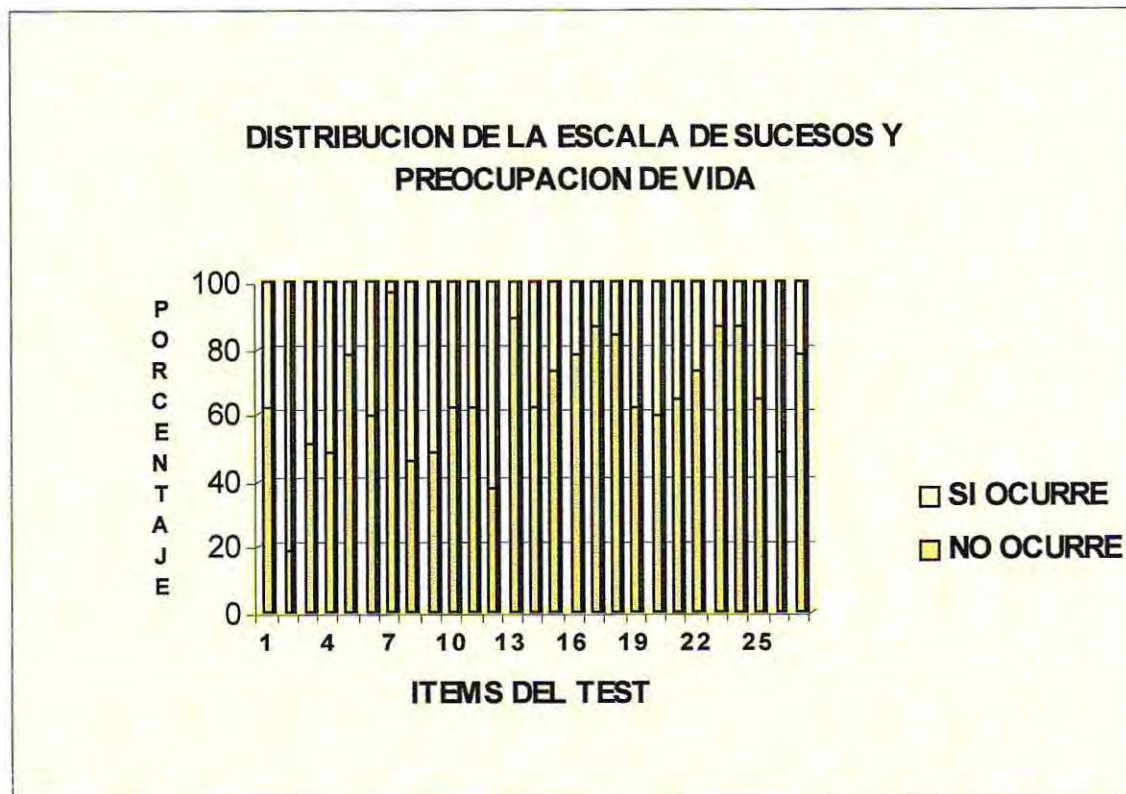
no expresión de emociones (Item 14) y el 78.4 utiliza la reinterpretación positiva y el crecimiento (ítem 7).

Variable sucesos y Preocupaciones de vida. los sujetos quedan

distribuidos de la siguiente manera.

TABLA 1.10 SUCESOS Y PREOCUPACION DE VIDA

ITEM	NO		SI		TOTAL		ITEM	NO		SI		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%		n°	%	n°	%	n°	%
1	23	62,2	14	37,84	37	100	15	27	72,97	10	27,03	37	100
2	7	18,9	30	81,08	37	100	16	29	78,38	8	21,62	37	100
3	19	51,4	18	48,65	37	100	17	32	86,49	5	13,51	37	100
4	18	48,6	19	51,35	37	100	18	31	83,78	6	16,22	37	100
5	29	78,4	8	21,62	37	100	19	23	62,16	14	37,84	37	100
6	22	59,5	15	40,54	37	100	20	22	59,46	15	40,54	37	100
7	36	97,3	1	2,703	37	100	21	24	64,86	13	35,14	37	100
8	17	45,9	20	54,05	37	100	22	27	72,97	10	27,03	37	100
9	18	48,6	19	51,35	37	100	23	32	86,49	5	13,51	37	100
10	23	62,2	14	37,84	37	100	24	32	86,49	5	13,51	37	100
11	23	62,2	14	37,84	37	100	25	24	64,86	13	35,14	37	100
12	14	37,8	23	62,16	37	100	26	18	48,65	19	51,35	37	100
13	33	89,2	4	10,81	37	100	27	29	78,38	8	21,62	37	100
14	23	62,2	14	37,84	37	100							



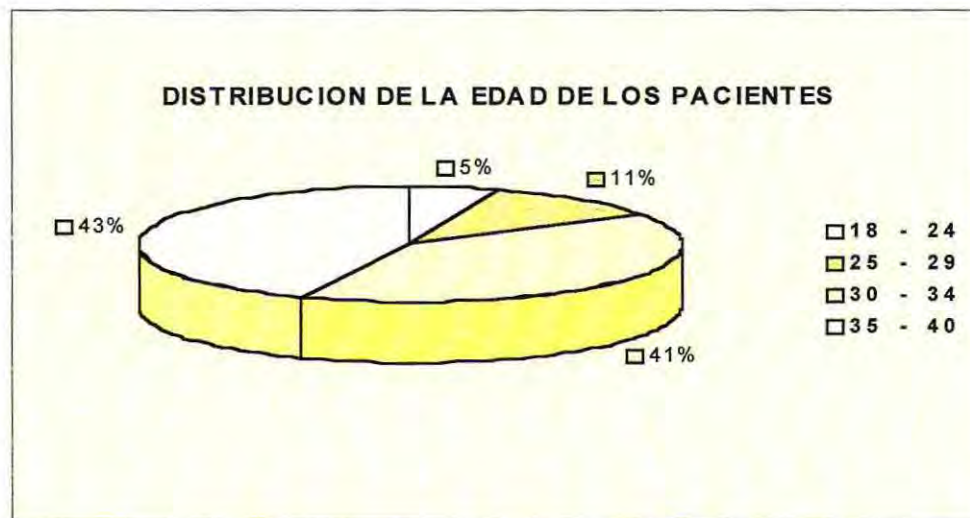
Vemos que son cinco las situaciones problemáticas que los sujetos enfrentan con mayor frecuencia en orden descendente podemos mencionar: Item n° 2, problemas emocionales con las drogas o con el alcohol con un 81% de frecuencia; Item n° 12, perdida del trabajo o retiro laboral con un 62% de frecuencia; Item n° 8, dificultades sexuales con 54% de frecuencia; Item n° 4, muerte de algún familiar o amigo íntimo con un 51% de frecuencia; Item n° 9, situación de violencia física con un 51% de frecuencia.

Variables Sociodemográficas

Distribución de los pacientes según la edad que presentan. Respecto de esta variable y teniendo en cuenta los criterios mencionados en la descripción del grupo de estudio, se forman cuatro grupos etarios, que son los siguientes,

TABLA 2.1

EDAD	n°	%
18 - 24	2	5,4
25 - 29	4	10,8
30 - 34	15	40,5
35 - 40	16	43,2
TOTAL	37	100

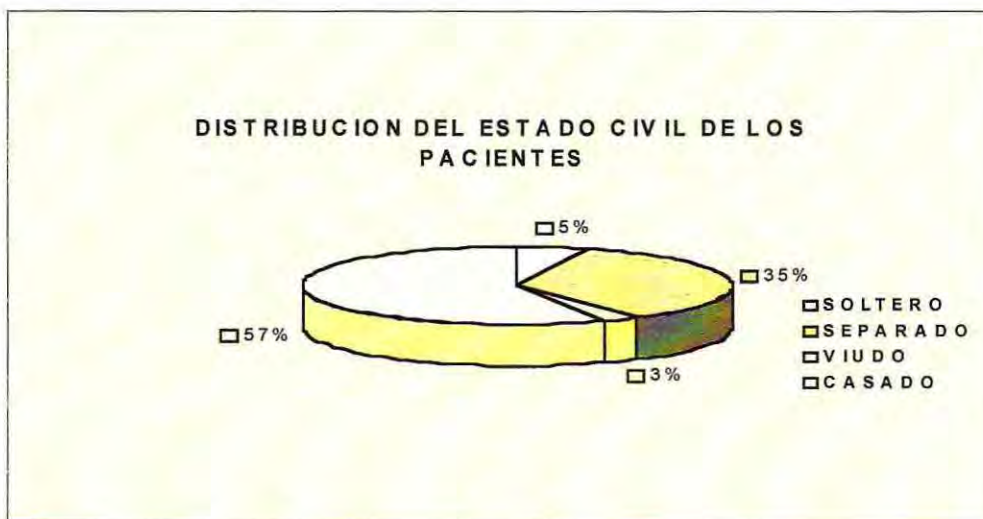


Vemos que el 40,5% de los sujetos encuestados se concentra entre , los 30 y 34 años de edad y el 43,2% se concentra entre los 35 y 40 años de edad.

Distribución de los pacientes según estado civil. Al preguntársele a los sujetos éstos respondieron de la siguiente manera,

TABLA 2.2

ESTADO CIVIL	n°	%
SOLTERO	2	5,4
SEPARADO	13	35,1
VIUDO	1	2,7
CASADO	21	56,8
TOTAL	37	100,0

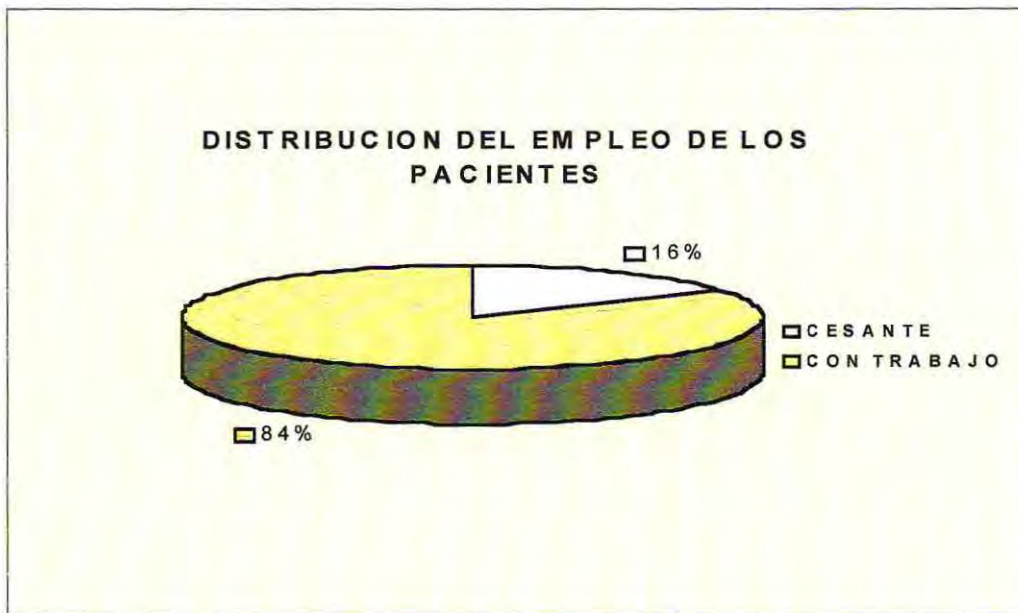


Vemos que el 35,1% de los sujetos encuestados esta separado y que el 56,8% esta casado.

Distribución de los pacientes según empleo, a preguntárseles a los sujetos éstos respondieron de la siguiente manera.

TABLA 2.3

EMPLEO	n°	%
CESANTE	6	16,2
CON TRABAJO	31	83,8
TOTAL	37	100,0

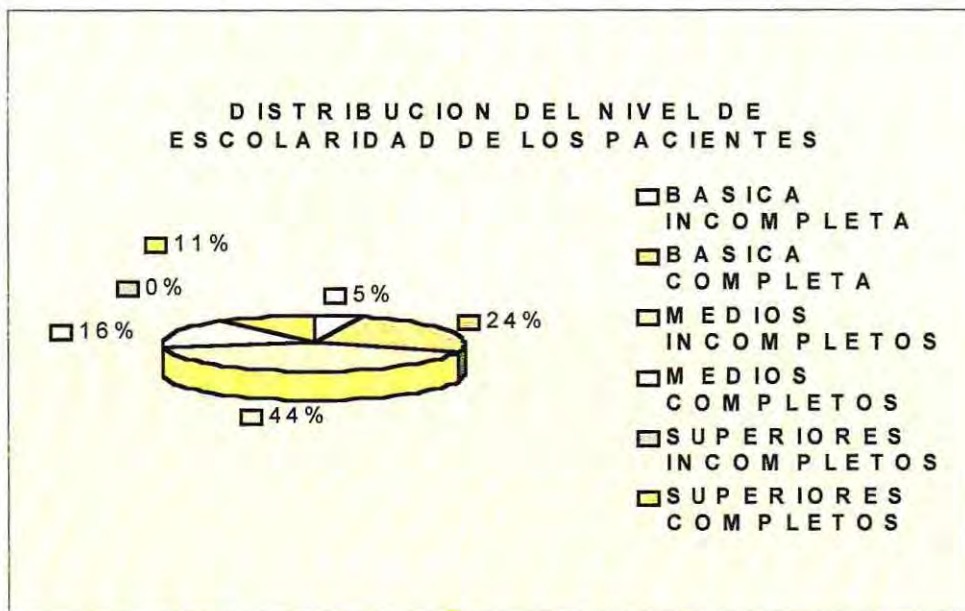


Vemos que el 83,8% tiene empleo remunerado y un 16,2% se encuentra desempleado.

Distribución de los pacientes según nivel de escolaridad. Los sujetos presentan los siguientes niveles de educación,

TABLA 2.4

EDUCACION	n°	%
BASICA INCOMPLETA	2	5,4
BASICA COMPLETA	9	24,3
MEDIOS INCOMPLETOS	16	43,2
MEDIOS COMPLETOS	6	16,2
SUPERIORES INCOMPLETOS	0	0,0
SUPERIORES COMPLETOS	4	10,8
TOTAL	37	100,0

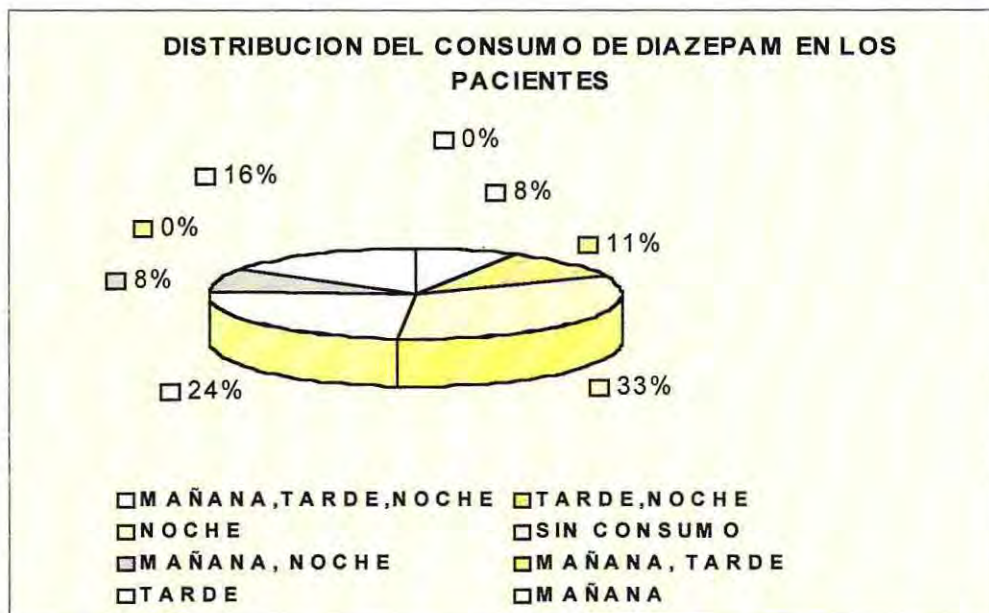


Vemos el 24,3% de los sujetos presenta educación básica completa, el 43,2% muestra educación media incompleta y el 10,8% tiene estudios superiores completos.

Distribución de los pacientes según consumo de Diazepam. Tras consultar a los sujetos sobre su consumo diario de Diazepam, estos respondieron de la siguiente manera,

TABLA 2.5

CONSUMO	n°	%
MAÑANA, TARDE, NOCHE	3	8,1
TARDE, NOCHE	4	10,8
NOCHE	12	32,4
SIN CONSUMO	9	24,3
MAÑANA, NOCHE	3	8,1
MAÑANA, TARDE	0	0,0
TARDE	6	16,2
MAÑANA	0	0,0
TOTAL	37	100,0



Vemos el 32,4% de los sujetos encuestados consume sólo de noche y el 24,3% no consume.

Comparación Descriptiva de las Variables

Variable Salud Mental y Edad. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.1

EDAD	18 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 40		TOTAL	
SALUD MENTAL	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO RIESGO	1	2,7	0	0,0	1	2,7	3	8,1	5	13,5
RIESGO PROB.	1	2,7	3	8,1	12	32,4	11	29,7	27	73,0
ALTO RIESGO	0	0,0	1	2,7	2	5,4	2	5,4	5	13,5
TOTAL	2	5,4	4	10,8	15	40,5	16	43,2	37	100,0

Del total de sujetos que tienen entre 30 y 34 años, el 32.4% presenta riesgo probable de alteraciones psicológicas y las personas que tienen entre 35 y 40 años tienen un 29,7% de riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas.

Variable Balance de Afectos y Edad. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.2

EDAD	18 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 40		TOTAL	
BALANCE AFECTIVO	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO GRADO	2	5,4	4	10,8	11	29,7	15	40,5	32	86,5
ALTO GRADO	0	0,0	0	0,0	4	10,8	1	2,7	5	13,5
TOTAL	2	5,4	4	10,8	15	40,5	16	43,2	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 40.5% tiene entre 35 y 40 años y presenta un bajo grado de balance afectivo y que el 29.7% tiene entre 30 y 34 años y presenta un bajo balance afectivo.

Variable de Trastornos Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes y

Edad. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.3

EDAD	18 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 40		TOTAL	
DEPRESION	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SIN TRASTORNOS	1	2,7	1	2,7	2	5,4	1	2,7	5	13,5
POSIBLES TRAST.	0	0,0	2	5,4	9	24,3	12	32,4	23	62,2
TRASTORNOS	1	2,7	1	2,7	4	10,8	3	8,1	9	24,3
TOTAL	2	5,4	4	10,8	15	40,5	16	43,2	37	100,0

Del total de sujetos medidos por la sub escala trastorno por depresión vemos que el 32.4% tiene entre 35 y 40 años y presenta un posible trastorno depresivo y que el 24,3% tiene entre 30 y 34 años y también presenta un posible trastorno depresivo.

TABLA 3.4

EDAD	18 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 40		TOTAL	
ANSIEDAD	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SIN TRASTORNOS	0	0,0	0	0,0	9	24,3	8	21,6	17	45,9
POSIBLES TRAST.	2	5,4	3	8,1	5	13,5	4	10,8	14	37,8
TRASTORNOS	0	0,0	1	2,7	1	2,7	4	10,8	6	16,2
TOTAL	2	5,4	4	10,8	15	40,5	16	43,2	37	100,0

Del total de sujetos medidos por la sub escala trastorno por ansiedad vemos que el 24.3% tiene entre 30 y 34 años y esta sin trastorno por ansiedad y que el 21.6% tiene entre 35 y 40 años y esta sin trastorno por ansiedad.

TABLA 3.5

EDAD	18 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 40		TOTAL	
SOMATOFORMES	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SIN TRASTORNOS	2	5,4	2	5,4	14	37,8	11	29,7	29	78,4
POSIBLES TRAST.	0	0,0	1	2,7	0	0,0	2	5,4	3	8,1
TRASTORNOS	0	0,0	1	2,7	1	2,7	3	8,1	5	13,5
TOTAL	2	5,4	4	10,8	15	40,5	16	43,2	37	100,0

Del total de sujetos medidos por la sub escala trastorno somatoforme vemos que el 37.8% tiene entre 30 y 34 años y no presenta trastorno somatoforme y que el 29.7% tiene entre 35 y 40 años y no presenta trastorno somatoforme.

Variable Salud Mental y Estado Civil. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.6

ESTADO CIVIL	SOLTERO		SEPARADO		VIUDO		CASADO		TOTAL	
SALUD MENTAL	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO RIESGO	0	0,0	1	2,7	1	2,7	3	8,1	5	13,5
RIESGO PROB.	2	5,4	11	29,7	0	0,0	14	37,8	27	73,0
ALTO RIESGO	0	0,0	1	2,7	0	0,0	4	10,8	5	13,5
TOTAL	2	5,4	13	35,1	1	2,7	21	56,8	37	100,0

Del total de personas con riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas un 37.8% están casadas mientras que un 29.7 son separadas y de los sujetos con alto riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas la mayoría están casadas.

Variable Balance Afectivo y Estado Civil. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.7

ESTADO CIVIL	SOLTERO		SEPARADO		VIUDO		CASADO		TOTAL	
SALUD MENTAL	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO RIESGO	0	0,0	1	2,7	1	2,7	3	8,1	5	13,5
RIESGO PROB.	2	5,4	11	29,7	0	0,0	14	37,8	27	73,0
ALTO RIESGO	0	0,0	1	2,7	0	0,0	4	10,8	5	13,5
TOTAL	2	5,4	13	35,1	1	2,7	21	56,8	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 54.1 es casado y presenta un bajo balance de afectos y que el 27.0 es separado y presenta un bajo balance afectivo.

Variable Trastorno Depresivo, por Ansiedad y Somatoforme y Estado Civil. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.8

ESTADO CIVIL	SOLTERO		SEPARADO		VIUDO		CASADO		TOTAL	
DEPRESION	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SIN TRASTORNOS	1	2,7	1	2,7	0	0,0	3	8,1	5	13,5
POSIBLES TRAST.	0	0,0	8	21,6	1	2,7	14	37,8	23	62,2
TRASTORNOS	1	2,7	4	10,8	0	0,0	4	10,8	9	24,3
TOTAL	2	5,4	13	35,1	1	2,7	21	56,8	37	100,0

Del total de sujetos medidos por la sub escala de trastornos depresivos vemos que el 21.6% esta separado y presenta posibles trastornos y que el 37.8% esta casado y presenta posible trastornos.

TABLA 3.10

ESTADO CIVIL	SOLTERO		SEPARADO		VIUDO		CASADO		TOTAL	
ANSIEDAD	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SIN TRASTORNOS	1	2,7	8	21,6	0	0,0	8	21,6	17	45,9
POSIBLES TRAST.	1	2,7	3	8,1	0	0,0	10	27,0	14	37,8
TRASTORNOS	0	0,0	2	5,4	1	2,7	3	8,1	6	16,2
TOTAL	2	5,4	13	35,1	1	2,7	21	56,8	37	100,0

Del total de sujetos medidos por la sub escala de trastornos por ansiedad vemos que el 27.0% esta casado y presenta posibles trastornos, que el 21.6% esta casado y sin trastorno y que el 21.6% esta separado y sin trastorno.

TABLA 3.11

ESTADO CIVIL	SOLTERO		SEPARADO		VIUDO		CASADO		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SIN TRASTORNOS	2	5,4	11	29,7	0	0,0	16	43,2	29	78,4
POSIBLES TRAST.	0	0,0	1	2,7	0	0,0	2	5,4	3	8,1
TRASTORNOS	0	0,0	1	2,7	1	2,7	3	8,1	5	13,5
TOTAL	2	5,4	13	35,1	1	2,7	21	56,8	37	100,0

Del total de sujetos medidos por la sub escala somatoforme vemos que el 43.2% esta casado y sin trastorno y que el 29.7% esta separado y sin trastorno.

Variable Salud mental y Trabajo. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.12

OCUPACIÓN	CESANTE		CON TRABAJO		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO RIESGO	1	2,7	4	10,8	5	13,5
RIESGO PROB.	4	10,8	23	62,2	27	73,0
ALTO RIESGO	1	2,7	4	10,8	5	13,5
TOTAL	6	16,2	31	83,8	37	100,0

Del total de sujetos que fueron medidos por el GHQ el 62.2% esta con trabajo y presenta riesgo probable de alteraciones psicológicas.

Variable Balance de Afectos y Trabajo. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.13

EMPLEO	CESANTE		CON TRABAJO		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%
BALANCE AFECTIVO						
BAJO GRADO	5	13,5	27	73,0	32	86,5
ALTO GRADO	1	2,7	4	10,8	5	13,5
TOTAL	6	16,2	31	83,8	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 73.0% esta con trabajo y presenta un bajo grado de balance afectivo y que el 13.5% esta cesante y presenta un bajo grado de balance afectivo.

Variable Trastornos Depresivo, por Ansiedad y Somatoforme y Trabajo, los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.14

EMPLEO	CESANTE		CON TRABAJO		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%
DEPRESION						
SIN TRASTORNOS	1	2,7	4	10,8	5	13,5
POSIBLES TRAST.	4	10,8	19	51,4	23	62,2
TRASTORNOS	1	2,7	8	21,6	9	24,3
TOTAL	6	16,2	31	83,8	37	100,0

Del total de sujetos que fueron medidos por la sub escala trastorno depresivo, el 51.4% esta con trabajo y presenta posible trastorno y que el 21.6% tiene trabajo y presenta trastorno depresivo.

TABLA 3.15

EMPLEO	CESANTE		CON TRABAJO		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%
ANSIEDAD						
SIN TRASTORNOS	4	10,8	13	35,1	17	45,9
POSIBLES TRAST.	0	0,0	14	37,8	14	37,8
TRASTORNOS	2	5,4	4	10,8	6	16,2
TOTAL	6	16,2	31	83,8	37	100,0

Del total de sujetos medidos por la sub escala de trastorno por ansiedad vemos que el 37.8% esta con trabajo y presenta posible trastorno y que el 35.1% esta con trabajo y no presenta trastorno.

TABLA 3.16

EMPLEO	CESANTE		CON TRABAJO		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%
SOMATOFORMES						
SIN TRASTORNOS	4	10,8	25	67,6	29	78,4
POSIBLES TRAST.	0	0,0	3	8,1	3	8,1
TRASTORNOS	2	5,4	3	8,1	5	13,5
TOTAL	6	16,2	31	83,8	37	100,0

Del total de sujetos medidos por la sub escala de trastorno somatoforme vemos que el 67.6% esta con trabajo y no presenta trastorno y que el 10.8% esta cesante y no presenta trastorno.

Variable Salud Mental y Escolaridad. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.17

	EST. BASICOS				EST. MEDIOS				EST. SUPERIORES				TOTAL	
	INCOMP.		COMP.		INCOMP.		COMP.		INCOMP.		COMP.			
SALUD MENTAL	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO RIESGO	2	5,4	0	0,0	3	8,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	13,5
RIESGO PROBABLE	0	0,0	8	21,6	11	29,7	4	10,8	0	0,0	4	10,8	27	73,0
ALTO RIESGO	0	0,0	1	2,7	2	5,4	2	5,4	0	0,0	0	0,0	5	13,5
TOTAL	2	5,4	9	24,3	16	43,2	6	16,2	0	0,0	4	10,8	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 21.6% tiene educación básica completa y presenta riesgo probable de alteración psicológica y que el 29.7% tiene estudios medios incompletos y presenta riesgo probable de alteración psicológica.

Variable Balance Afectivo y Escolaridad. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.18

	EST. BASICOS				EST. MEDIOS				EST. SUPERIORES				TOTAL	
	INCOMP.		COMP.		INCOMP.		COMP.		INCOMP.		COMP.			
Balance Afectivo	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Bajo Grado	2	5,4	9	24,3	13	35,1	5	13,5	0	0,0	3	8,1	32	86,5
Alto Grado	0	0,0	0	0,0	3	8,1	1	2,7	0	0,0	1	2,7	5	13,5
TOTAL	2	5,4	9	24,3	16	43,2	6	16,2	0	0,0	4	10,8	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 35.1% tiene estudios medios incompletos y presenta un bajo grado de balance afectivo y que el 24.3% tiene estudios básicos completos y presenta un bajo balance de afectos.

Variable de Trastorno Depresivo, por Ansiedad y Somatoforme y

Escolaridad. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.19

	EST. BASICOS				EST. MEDIOS				EST. SUPERIORES				TOTAL	
	INCOMP.		COMP.		INCOMP.		COMP.		INCOMP.		COMP.			
DEPRESION	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SIN TRAST.	0	0,0	1	2,7	4	10,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	13,5
POSIBLES TRAST.	2	5,4	5	13,5	9	24,3	5	13,5	0	0,0	2	5,4	23	62,2
TRAST.	0	0,0	3	8,1	3	8,1	1	2,7	0	0,0	2	5,4	9	24,3
TOTAL	2	5,4	9	24,3	16	43,2	6	16,2	0	0,0	4	10,8	37	100,0

Del total de sujetos medidos por la sub escala de trastornos depresivos vemos que el 24.3% tiene estudios medios incompletos y presenta posible trastorno, que el 13.5% tiene estudios medios completos y presenta posible trastorno y que el 13.5% tiene estudios básicos completos y presenta posibles trastornos depresivos.

TABLA 3.20

	EST. BASICOS				EST. MEDIOS				EST. SUPERIORES				TOTAL	
	INCOMP.		COMP.		INCOMP.		COMP.		INCOMP.		COMP.			
ANSIEDAD	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SIN TRAST.	1	2,7	3	8,1	10	27,0	1	2,7	0	0,0	2	5,4	17	45,9
POSIBLES TRAST.	1	2,7	4	10,8	4	10,8	4	10,8	0	0,0	1	2,7	14	37,8
TRASTORNOS	0	0,0	2	5,4	2	5,4	1	2,7	0	0,0	1	2,7	6	16,2
TOTAL	2	5,4	9	24,3	16	43,2	6	16,2	0	0,0	4	10,8	37	100,0

Del total de sujetos medidos por la sub escala de trastornos por ansiedad vemos que el 27.0% tiene estudios medios incompletos y no presenta

trastorno, que el 10.8% tiene estudios básicos completos y presenta posible trastorno, que el 10.8% tiene estudios medios incompletos y presenta posible trastorno y que el 10.8% tiene estudios medios completos y presenta posible trastorno por ansiedad.

TABLA 3.21

	EST. BASICOS				EST. MEDIOS				EST. SUPERIORES				TOTAL	
	INCOMP.		COMP.		INCOMP.		COMP..		INCOMP.		COMP.			
SOMATOFORMES	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SIN TRAST.	1	2,7	7	18,9	14	37,8	4	10,8	0	0,0	3	8,1	29	78,4
POSIBLES TRAST.	1	2,7	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7	3	8,1
TRASTORNOS	0	0,0	1	2,7	2	5,4	2	5,4	0	0,0	0	0,0	5	13,5
TOTAL	2	5,4	9	24,3	16	43,2	6	16,2	0	0,0	4	10,8	37	100,0

Del total de sujetos medidos por la sub escala de trastornos somatoformes vemos que el 37.8% tiene estudios medios incompletos y no presentan trastorno y que el 18.9% tiene estudios básicos completos y no presenta trastorno somatoforme.

Variable Salud Mental y Consumo de Diazepam. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.22

SALUD	CONSUMO DE DIAZEPAM																TOTAL	
	M.T.N.		T.N.		N.		S. C.		M.N.		M.T.		T.		M.			
MENTAL	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO RIESGO	0	0,0	1	2,7	3	8,1	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	13,5
RIESGO PROB.	2	5,4	3	8,1	7	18,9	7	18,9	3	8,1	0	0,0	5	13,5	0	0,0	27	73,0
ALTO RIESGO	1	2,7	0	0,0	2	5,4	1	2,7	0	0,0	0	0,0	1	2,7	0	0,0	5	13,5
TOTAL	3	8,1	4	10,8	12	32,4	9	24,3	3	8,1	0	0,0	6	16,2	0	0,0	37	100,0

Del total de sujetos medidos por el GHQ el 18.9% presenta consumo solo en la noche con riesgo probable de alteración psicológica y el 18.9% no presenta consumo y tiene riesgo probable de alteración psicológica.

Variable Balance Afectivo y Consumo de Diazepam. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.23

BALANCE	CONSUMO		DE		DIAZEPAM										TOTAL			
	M.T.N.	T.N.	N.		S. C.		M.N.		M.T.		T.		M.		n°	%		
AFECTIVO	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO GRADO	2	5,4	2	5,4	10	27,0	9	24,3	3	8,1	0	0,0	6	16,2	0	0,0	32	86,5
ALTO GRADO	1	2,7	2	5,4	2	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	13,5
TOTAL	3	8,1	4	10,8	12	32,4	9	24,3	3	8,1	0	0,0	6	16,2	0	0,0	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 27.0% consume diazepam solo de noche y presenta bajo grado de balance afectivo y que el 24.3% no consume diazepam y presenta bajo grado de balance afectivo.

Variable de Trastornos Depresivos, por Ansiedad y Somatoforme y Consumo de Diazepam. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.24

	CONSUMO DE DIAZEPAM																	
	M.T.N.		T.N.		N.		S. C.		M.N.		M.T.		T.		M.		TOTAL	
DEPRESION	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SIN TRAST.	0	0,0	0	0,0	1	2,7	2	5,4	1	2,7	0	0,0	1	2,7	0	0,0	5	13,5
POSIBLES TRAST.	1	2,7	4	10,8	9	24,3	2	5,4	2	5,4	0	0,0	5	13,5	0	0,0	23	62,2
TRASTORNOS	2	5,4	0	0,0	2	5,4	5	13,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	24,3
TOTAL	3	8,1	4	10,8	12	32,4	9	24,3	3	8,1	0	0,0	6	16,2	0	0,0	37	100,0

Del total de sujetos medidos por la sub escala de trastornos depresivos vemos que el 24.3% consume diazepam solo de noche y presenta posible trastorno, que el 13.5% solo consume en la tarde y presenta posible trastorno y que el 13.5% no presenta consumo y presenta trastorno depresivo.

TABLA 3.25

	CONSUMO DE DIAZEPAM																	
	M.T.N.		T.N.		N.		S. C.		M.N.		M.T.		T.		M.		TOTAL	
ANSIEDAD	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SIN TRAST.	1	2,7	3	8,1	4	10,8	2	5,4	3	8,1	0	0,0	4	10,8	0	0,0	17	45,9
POSIBLES TRAST.	1	2,7	0	0,0	6	16,2	5	13,5	0	0,0	0	0,0	2	5,4	0	0,0	14	37,8
TRASTORNOS	1	2,7	1	2,7	2	5,4	2	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	16,2
TOTAL	3	8,1	4	10,8	12	32,4	9	24,3	3	8,1	0	0,0	6	16,2	0	0,0	37	100,0

Del total de sujetos medidos por la sub escala de trastorno por ansiedad vemos que el 16.2% solo consume de noche y presenta posible trastorno, que el 13.5% no consume y presenta posible trastorno, que el 10.8% solo consume en la noche y no presenta trastorno y que el 10.8% solo consume en la tarde y no presenta trastorno.

TABLA 3.26

	CONSUMO DE DIAZEPAM																	
	M.T.N.		T.N.		N.		S. C.		M.N.		M.T.		T.		M.		TOTAL	
SOMATOFORMES	N°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SIN TRAST.	2	5,4	3	8,1	8	21,6	7	18,9	3	8,1	0	0,0	6	16,2	0	0,0	29	78,4
POSIBLES TRAST.	0	0,0	0	0,0	1	2,7	2	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,1
TRASTORNOS	1	2,7	1	2,7	3	8,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	13,5
TOTAL	3	8,1	4	10,8	12	32,4	9	24,3	3	8,1	0	0,0	6	16,2	0	0,0	37	100,0

Del total de sujetos medidos por la sub escala de trastorno somatoforme vemos que el 21.6% solo consume en la noche y no presenta trastorno, que el 18.9% no consume y no presenta trastorno y que el 16.2% solo consume en la tarde y no presenta trastorno.

Variable Apoyo Social y Edad. Con relación a la variable apoyo social de las amistades, los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.27

EDAD	18 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 40		TOTAL	
APOYO	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO GRADO	2	5,4	4	10,8	15	40,5	13	35,1	34	91,9
ALTO GRADO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,1	3	8,1
TOTAL	2	5,4	4	10,8	15	40,5	16	43,2	37	100,0

Del total de sujetos medidos vemos que el 40.5% tiene entre 30 y 34 años y una baja percepción de apoyo social de las amistades y que el 35.1% tiene entre 35 y 40 años y presenta una baja percepción de apoyo social de las amistades.

Variable Apoyo Social Familiar. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.28

EDAD	18 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 40		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO GRADO	2	5,4	4	10,8	11	29,7	9	24,3	26	70,3
ALTO GRADO	0	0,0	0	0,0	4	10,8	7	18,9	11	29,7
TOTAL	2	5,4	4	10,8	15	40,5	16	43,2	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 29.7% tiene entre 30 y 34 años y presentan una baja percepción de apoyo social familiar y que el 24.3% tiene entre 35 y 40 años y presentan una baja percepción de apoyo social

Variable Apoyo Social y Estado Civil. Con relación a la variable apoyo social de las amistades, los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.29

	ESTADO CIVIL								TOTAL	
	SOLTERO		SEPARADO		VIUDO		CASADO		n°	%
APOYO	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO GRADO	2	5,4	13	35,1	1	2,7	18	48,6	34	91,9
ALTO GRADO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,1	3	8,1
TOTAL	2	5,4	13	35,1	1	2,7	21	56,8	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 48.6% son casados y presentan un bajo apoyo social de las amistades y que el 35.1 son separados y presentan bajo apoyo social de las amistades.

Variable Apoyo Social Familiar. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.30

	ESTADO CIVIL								TOTAL	
	SOLTERO		SEPARADO		VIUDO		CASADO			
APOYO	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO GRADO	2	5,4	10	27,0	0	0,0	14	37,8	26	70,3
ALTO GRADO	0	0,0	3	8,1	1	2,7	7	18,9	11	29,7
TOTAL	2	5,4	13	35,1	1	2,7	21	56,8	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 37.8% son casados y presentan bajo apoyo social, que el 27.0% son separados y presentan bajo apoyo social familiar y que el 18.9% de los casados presentan alto apoyo.

Variable Apoyo Social y Trabajo. Con relación a la variable apoyo social de las amistades, los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.31

	TRABAJO				TOTAL	
	CESANTE		CON TRABAJO			
APOYO	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO GRADO	6	16,2	28	75,7	34	91,9
ALTO GRADO	0	0,0	3	8,1	3	8,1
TOTAL	6	16,2	31	83,8	37	100,0

Del total de sujetos el 75.7% tienen trabajo y presentan un bajo apoyo social y el 16.2% no tienen trabajo y presentan bajo apoyo social de las amistades.

Variable Apoyo Social Familiar. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.32

	TRABAJO				TOTAL	
	CESANTE		CON TRABAJO			
APOYO	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO GRADO	3	8,1	23	62,2	26	70,3
ALTO GRADO	3	8,1	8	21,6	11	29,7
TOTAL	6	16,2	31	83,8	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 62.2% tienen trabajo y presentan bajo apoyo social y 21.6% tienen trabajo y presentan un alto apoyo social familiar.

Variable Apoyo Social y Escolaridad. Con relación a la variable apoyo social de las amistades, los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.34

	EST. BASICOS				EST. MEDIOS				EST. SUPERIORES				TOTAL	
	INCOMP.		COMP.		INCOMP.		COMP.		INCOMP.		COMP.			
APOYO	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO GRADO	1	2,7	7	18,9	16	43,2	6	16,2	0	0,0	4	10,8	34	91,9
ALTO GRADO	1	2,7	2	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,1
TOTAL	2	5,4	9	24,3	16	43,2	6	16,2	0	0,0	4	10,8	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 43.2% tiene estudios medios incompletos y presentan un bajo grado de apoyo social y el 18.9% tiene estudios básicos completos y presentan bajo apoyo social de las amistades.

Variable Apoyo Social Familiar. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.35

	EST. BASICOS				EST. MEDIOS				EST. SUPERIORES				TOTAL	
	INCOMP.		COMP.		INCOMP.		COMP.		INCOMP.		COMP.			
APOYO	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO GRADO	1	2,7	7	18,9	11	29,7	4	10,8	0	0,0	3	8,1	26	70,3
ALTO GRADO	1	2,7	2	5,4	5	13,5	2	5,4	0	0,0	1	2,7	11	29,7
TOTAL	2	5,4	9	24,3	16	43,2	6	16,2	0	0,0	4	10,8	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 29.7% tiene estudios medios incompletos y presenta un bajo apoyo social familiar y que el 18.9% tiene estudios básicos completos y presenta un bajo apoyo social.

Variable Apoyo Social y Consumo de Diazepam. Con relación a la variable de apoyo social de las amistades, los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.36

	CONSUMO DE DIAZEPAM																	
	M.T.N.		T.N.		N.		S. C.		M.N.		M.T.		T.		M.		TOTAL	
APOYO	n°	%	N°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO GRADO	3	8,1	4	10,8	10	27,0	9	24,3	2	5,4	0	0,0	6	16,2	0	0,0	34	91,9
ALTO GRADO	0	0,0	0	0,0	2	5,4	0	0,0	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,1
TOTAL	3	8,1	4	10,8	12	32,4	9	24,3	3	8,1	0	0,0	6	16,2	0	0,0	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 27.0% consume diazepam solo de noche y presenta un bajo apoyo social y que el 24.3% no presenta consumo de diazepam y presenta un bajo apoyo social de las amistades.

Variable Apoyo Social Familiar. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.37

	CONSUMO DE DIAZEPAM																TOTAL	
	M.T.N.		T.N.		N.		S. C.		M.N.		M.T.		T.		M.			
APOYO	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
BAJO GRADO	1	2,7	3	8,1	8	21,6	9	24,3	1	2,7	0	0,0	4	10,8	0	0,0	26	70,3
ALTO GRADO	2	5,4	1	2,7	4	10,8	0	0,0	2	5,4	0	0,0	2	5,4	0	0,0	11	29,7
TOTAL	3	8,1	4	10,8	12	32,4	9	24,3	3	8,1	0	0,0	6	16,2	0	0,0	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 24.3% no consume diazepam y presenta un bajo apoyo social y que el 21.6% consume solo en la noche y presenta bajo apoyo social familiar

Variable Estrés y Edad. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.38

	E D A D										TOTAL	
	18 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 40					
ESTRÉS	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
CASI NUNCA	0	0,0	1	2,7	4	10,8	1	2,7	6	16,2		
A VECES	2	5,4	2	5,4	11	29,7	10	27,0	25	67,6		
CON BASTANTE FREC.	0	0,0	1	2,7	0	0,0	5	13,5	6	16,2		
TOTAL	2	5,4	4	10,8	15	40,5	16	43,2	37	100,0		

Del total de sujetos vemos que el 29.7% tiene entre 30 y 34 años y presenta estrés a veces y que el 27.0% tiene entre 35 y 40 años y presenta estrés en ocasiones.

Variable Estrés y Estado Civil. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.39

	ESTADO CIVIL								TOTAL	
	SOLTERO		SEPARADO		VIUDO		CASADO			
ESTRÉS	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
CASI NUNCA	1	2,7	1	2,7	0	0,0	4	10,8	6	16,2
A VECES	1	2,7	12	32,4	0	0,0	12	32,4	25	67,6
CON BASTANTE FREC.	0	0,0	0	0,0	1	2,7	5	13,5	6	16,2
TOTAL	2	5,4	13	35,1	1	2,7	21	56,8	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 32.4% es casado y presenta estrés a veces y que el 32.4% es separado y presenta estrés a veces.

Variable Estrés y Trabajo. Los sujetos se distribuyen de la siguiente manera,

TABLA 3.40

	TRABAJO				TOTAL	
	CESANTE		CON TRABAJO			
ESTRÉS	n°	%	n°	%	n°	%
CASI NUNCA	1	2,7	5	13,5	6	16,2
A VECES	4	10,8	21	56,8	25	67,6
CON BASTANTE FREC.	1	2,7	5	13,5	6	16,2
TOTAL	6	16,2	31	83,8	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 56.8% tiene trabajo y presenta estrés a veces, que el 13.5% tiene trabajo y presenta estrés casi nunca, que el 13.5% tiene trabajo y presenta estrés casi nunca y que el 10.8% esta cesante y presenta estrés a veces.

Variable Estrés y Escolaridad. Los sujetos se distribuyen de la siguiente

manera,

TABLA 3.41

	EST. BASICOS				EST. MEDIOS				EST. SUPERIORES				TOTAL	
	INCOMP.		COMP.		INCOMP.		COMP.		INCOMP.		COMP.			
ESTRÉS	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
CASI NUNCA	0	0,0	3	8,1	2	5,4	1	2,7	0	0,0	0	0,0	6	16,2
A VECES	1	2,7	4	10,8	13	35,1	3	8,1	0	0,0	4	10,8	25	67,6
CON BASTANTE FREC.	1	2,7	2	5,4	1	2,7	2	5,4	0	0,0	0	0,0	6	16,2
TOTAL	2	5,4	9	24,3	16	43,2	6	16,2	0	0,0	4	10,8	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 35.1% tiene estudios medios incompletos y presenta estrés a veces, que el 10.8% tiene estudios básicos completos y presenta estrés a veces y que el 10.8% tiene estudios superiores completos y presenta estrés a veces.

Variable Estrés y Consumo de Diazepam. Los sujetos se distribuyen de

la siguiente manera,

TABLA 3.42

	CONSUMO DE DIAZEPAM																	
	M.T.N.		T.N.		N.		S. C.		M.N.		M.T.		T.		M.		TOTAL	
ESTRÉS	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
CASI NUNCA	0	0,0	0	0,0	2	5,4	2	5,4	0	0,0	0	0,0	2	5,4	0	0,0	6	16,2
A VECES	3	8,1	3	8,1	6	16,2	6	16,2	3	8,1	0	0,0	4	10,8	0	0,0	25	67,6
BAST. FREC.	0	0,0	1	2,7	4	10,8	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	16,2
TOTAL	3	8,1	4	10,8	12	32,4	9	24,3	3	8,1	0	0,0	6	16,2	0	0,0	37	100,0

Del total de sujetos vemos que el 16.2% consume solo de noche y sufre de estrés a veces y que el 16.2% no consume Diazepam y sufre de estrés a veces.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los objetivos de esta investigación fueron evaluar y describir desde una perspectiva psicosocial el nivel de salud mental y los factores que interactúan con éste, tales como el apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el número de sucesos de vidas sufridos por la muestra, la cual provenía en su totalidad de pacientes diagnosticados con dependencia alcohólica, por la unidad de farmacodependencia del hospital Del Salvador. Este grupo estaba conformado exclusivamente por varones mayores de edad.

A continuación se presentan los resultados más relevantes y las conclusiones respecto de los objetivos planteados. Resulta destacable los altos índices arrojados por la Escala GHQ- 12, ya que si sumamos los sujetos que están en alto riesgo con aquellos que presentan riesgo probable de alteraciones psicológicas, el resultado arroja un número de sujetos definitivamente mayor a los dos tercios de la muestra, siendo en su mayoría sujetos con edades entre 30 y cuarenta años, son casados o separados, presentan trabajo, con educación básica completa o educación media incompleta y no presentan un consumo excesivo de ansiolíticos (Diazepam), fundamentalmente nocturno o con ausencia de consumo.

Con respecto a la variable de balance afectivo, vemos que el alto grado de malestar subjetivo supera los dos tercios de la muestra, que este malestar se concentra entre las edades de 30 y 40 años, que la inmensa mayoría están casados, la mayoría presenta trabajo, presentan estudios medios incompletos o educación básica completa y presentan un consumo bajo de ansiolíticos (Diazepam), fundamentalmente nocturno o con ausencia de consumo.

Con respecto a las variables de depresión, ansiedad y somatoformes, los sujetos muestran resultados variados en cada una de estas subescalas. En este sentido los niveles presentados por los sujetos de acuerdo a la muestra tienden a ser bajos pero, cabe destacar, que estos niveles de depresión, ansiedad y trastornos somatoformes superan en gran medida la media presentada por una población normal, es decir, sujetos sin dependencia alcohólica; la mayoría presenta edades entre los 30 y 40 años, se encuentran casados o separados, poseen trabajo, muestran estudios medios incompletos o básicos completos .

En relación a las variables de apoyo social de amistades y apoyo social familiar, podemos destacar que en ambas escalas los sujetos perciben bajo apoyo, con niveles cercanos a la totalidad de la muestra. Al mismo tiempo estos sujetos se caracterizan por, presentar edades entre las edades de 30 y 40 años, que la inmensa mayoría están casados, la mayoría presenta trabajo,

presentan estudios medios incompletos o educación básica completa y presentan un consumo bajo de ansiolíticos (Diazepam), fundamentalmente nocturno o con ausencia de consumo.

En relación a la variable estrés los resultados muestran que dos tercios de los sujetos perciben situaciones estresantes y a veces que desbordaban su capacidad para enfrentar una situación determinada. La mayoría de estos sujetos presenta edades entre los 30 y 40 años, se encuentran casados o separados, poseen trabajo, muestran estudios medios incompletos o básicos completos y un consumo mínimo de Diazepam.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento que los sujetos presentan, puede observarse que las estrategias más utilizadas fueron aquellas que involucraban conductas de evitación y escape frente a situaciones problemáticas y por otro lado una utilización de estrategias de afrontamiento activo frente a este tipo de situaciones.

Respecto de la variable sucesos de vida los resultados nos muestran que, como era de esperarse, los problemas emocionales relacionados con drogas y alcohol, es la situación vivida con mayor frecuencia, seguida y en orden descendente por la pérdida de trabajo, dificultades sexuales y situaciones de violencia física.

Teniendo en cuenta los resultados descritos , resalta el hecho de lo coincidente que se muestran los índices de las distintas escalas tanto como estado de bienestar como en relación a las distintas variables sociodemográficas descritas. Antes esto podemos afirmar que los sujetos con dependencia alcohólica presentan probabilidades de alteraciones psicológicas lo que es confirmado por las sub- escalas de depresión, ansiedad y somatoforme. Además se evidencia un grado de malestar psicológico subjetivo importante. Todo esto unido a una extremadamente percepción de apoyo social. En este punto conviene detenerse en cuanto al bajo apoyo que perciben de sus amigos y en la posibilidad de que esto este relacionado con su deteriorada salud mental. En cuanto al apoyo social familiar, este presenta resultados levemente mejores que los descritos anteriormente, sin embargo, estos siguen siendo pobres. Como último aspecto vemos que sus niveles de estrés no son tan altos como era de esperarse, presentan unas cinco situaciones estresantes promedio y su forma de afrontarlas esta dada principalmente por la represión y no expresión de sus emociones, la evitación de situaciones estresantes y un afrontamiento activo el cual puede ser más violento y hostil que constructivo. Si analizamos estas estrategias salta a la vista el rígido estereotipo de género masculino que se mantiene con coherencia en estos sujetos.

En síntesis vemos como el alcoholismo puede ser visto como una enfermedad asociada a una mayor vulnerabilidad hacia otras alteraciones, pero también puede ser tomado como un fenómeno social el que acompaña una serie de prácticas o ritos sociales dignos de ser considerados en una aproximación más integral a este complejo fenómeno.

Al terminar esta investigación se propone una visión más integral a partir de la perspectiva psicosocial que considera el alcoholismo como un trastorno , con componentes físicos y psicológicos y al mismo tiempo como un fenómeno social. Esto no sólo por consideraciones teóricas o para mejorar la comprensión de este problema sino que para ofrecer mayores campos de acción que permitan mejorar la atención al paciente. Se plantea la posibilidad de utilizar esta batería de instrumentos para realizar un diagnóstico más complejo y preciso de la situación del paciente con vistas a realizar un plan de mejoría, que contemple a su familia y su apoyo insustituible, a personas significativas para él, además de entrenamientos cognitivos para mejorar sus capacidades de afrontamiento a las distintas situaciones de la vida diaria.

REFERENCIAS

- Alfaro, J. (1993). Una aproximación psicosocial al concepto de salud mental. En Asún, D y cols. (1993). Psicología comunitaria en Chile. Santiago: Universidad Diego Portales.
- Alvarado, R y cols. (1990). Validación de escalas para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatoformes. Cuadernos de Trabajo, 2. Santiago: Universidad Diego Portales.
- Alvaro, J. L.(1995). Psicología social: Perspectivas teóricas y metodológicas. Madrid: Siglo Veinte.
- Alvaro, J.L. y cols. (1992). Influencias sociales y psicológicas en salud mental. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Alvaro, J. L. Y cols. (1996). Psicología social aplicada. Madrid: McGraw Hill.
- Bellach, A. y cols. (1995). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw Hill.
- Blanco, A. (1985). La calidad de vida: supuestos psicosociales. En Morales, J.F. y cols. Psicología social aplicada. Bilbao: Desclee de Brouwer.

- Blanco, A. y Chacon, F. (1985). La evaluación de la calidad de vida. En Morales, J.F. y cols. Psicología social aplicada. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Bowly, J. (1976). La separación afectiva. Buenos Aires: Paídos.
- Ellis, A. (1987). A sadly neglected cognitive element in depression. Cognitive therapy and research.
- Florenzano, R. y cols. (1991). Temas de salud mental y atención primaria de salud. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria.
- Gonzalez de Pablo, A. (1993). La locura a través de la historia. Madrid: Historia 16, 211. pp 24-88.
- Gracia, E. (1997). El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paídos Ibérica.
- Ivancevich y Matteson, (1985). Estrés y trabajo. México D.F.: Trillas.
- Jellinek, E. (1960). The disease concept of alcoholism. New Haven: Hillhouse.
- Keller, M. (1960). Definition of alcoholism. Quarterly journal of studies on alcohol, 21. Pp 125-134.
- Mirowsky, J. y Ross, C. (1989). Social causes of psychological distress. New York: Aldine de Gruyter.

- Moreno, B. y Ximenez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En Buela Casal, G. y cols. Manual de psicología clínica y de la salud. Madrid: Siglo Veinte.
- Páez, D. y cols. (1989). Emociones: perspectivas psicosociales. Madrid: Fundamentos.
- Páez, D. y cols. (1986). Procesos psicológicos mediadores explicativos de los trastornos depresivos y ansiosos. Madrid: Fundamentos.
- Páez, D. (1986). Salud mental y factores psicosociales. Madrid: Fundamentos.
- Páez, D. y cols. (1992). Balanza de afectos, dimensiones de la afectividad y emociones: Una aproximación sociopsicológica a la salud mental. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Rosen, G. (1974). Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental. Madrid: Alianza Editorial.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything or is it?. Exploration on the meaning of psychological well-being. Journal of personality and social psychology, 57. pp 1069-1081.
- Sánchez, F. y cols. (1996). Invulnerabilidad optimista y afectividad: una réplica longitudinal de los estudios de Weinstein. Manuscrito no publicado.

- Vera, A. y Wood P. (1994). Un modelo explicativo de la salud mental basado en categorías psicosociales: descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería de instrumentos para la evaluación de factores psicosociales y prueba empírica del modelo. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales.
- Wagner, H. (1988). Social psychophysiology and emotion. Chichester: Wiley and Sons.
- Warr, P. y cols. (1983). On the independence of positive and negative affect. *Journal of personality and social psychology*, 44. pp 644-651.

A continuación se señalan una serie de hechos o situaciones que a Ud. pueden haberle ocurrido y/o preocupado durante el último año. Marque la alternativa que corresponda con una cruz. (SOLO DEBE MARCAR UNA ALTERNATIVA POR CADA SITUACIÓN)

1. Sufrir heridas graves o padecer alguna enfermedad.
 No le paso ni le preocupo (0)
 Solo le ocurrió (1)
 Solo le preocupo (2)
 Le ocurrió y le preocupo (3)

2. Problemas emocionales con las drogas o con el alcohol.
 No le paso ni le preocupo (0)
 Solo le ocurrió (1)
 Solo le preocupo (2)
 Le ocurrió y le preocupo (3)

3. Matrimonio..
 No le paso ni le preocupo (0)
 Solo le ocurrió (1)
 Solo le preocupo (2)
 Le ocurrió y le preocupo (3)

4. Muerte de un familiar o amigo íntimo.
 No le paso ni le preocupo (0)
 Solo le ocurrió (1)
 Solo le preocupo (2)
 Le ocurrió y le preocupo (3)

5. Problemas con sus amigos o vecinos.

- No le paso ni le preocupo (0)
- Solo le ocurrió (1)
- Solo le preocupo (2)
- Le ocurrió y le preocupo (3)

6. Exámenes médicos.

- No le paso ni le preocupo (0)
- Solo le ocurrió (1)
- Solo le preocupo (2)
- Le ocurrió y le preocupo (3)

7. Aborto.

- No le paso ni le preocupo (0)
- Solo le ocurrió (1)
- Solo le preocupo (2)
- Le ocurrió y le preocupo (3)

8. Dificultades sexuales.

- No le paso ni le preocupo (0)
- Solo le ocurrió (1)
- Solo le preocupo (2)
- Le ocurrió y le preocupo (3)

9. Situación de violencia física.

- No le paso ni le preocupo (0)
- Solo le ocurrió (1)
- Solo le preocupo (2)
- Le ocurrió y le preocupo (3)

10. Problema legal grave (riesgo de sanción judicial).

- No le paso ni le preocupo (0)
- Solo le ocurrió (1)
- Solo le preocupo (2)
- Le ocurrió y le preocupo (3)

11. Pelea que le haya significado un conflicto grave.

- No le paso ni le preocupo (0)
- Solo le ocurrió (1)
- Solo le preocupo (2)
- Le ocurrió y le preocupo (3)

12. Pérdida del trabajo o retiro laboral.

- No le paso ni le preocupo (0)
- Solo le ocurrió (1)
- Solo le preocupo (2)
- Le ocurrió y le preocupo (3)

13. Arriendo o venta de una casa o departamento.

- No le paso ni le preocupo (0)
- Solo le ocurrió (1)
- Solo le preocupo (2)
- Le ocurrió y le preocupo (3)

14. Ascenso en el trabajo o en el sueldo.

- No le paso ni le preocupo (0)
- Solo le ocurrió (1)
- Solo le preocupo (2)
- Le ocurrió y le preocupo (3)

15. Problemas con compañeros de trabajo.
- No le paso ni le preocupo (0)
 - Solo le ocurrió (1)
 - Solo le preocupo (2)
 - Le ocurrió y le preocupo (3)
16. Problemas con su jefe.
- No le paso ni le preocupo (0)
 - Solo le ocurrió (1)
 - Solo le preocupo (2)
 - Le ocurrió y le preocupo (3)
17. Muerte de su cónyuge.
- No le paso ni le preocupo (0)
 - Solo le ocurrió (1)
 - Solo le preocupo (2)
 - Le ocurrió y le preocupo (3)
18. Se ha divorciado o ha anulado su matrimonio.
- No le paso ni le preocupo (0)
 - Solo le ocurrió (1)
 - Solo le preocupo (2)
 - Le ocurrió y le preocupo (3)
19. Separación o reconciliación.
- No le paso ni le preocupo (0)
 - Solo le ocurrió (1)
 - Solo le preocupo (2)
 - Le ocurrió y le preocupo (3)

20. Discusiones familiares o problemas con la familia política
- No le paso ni le preocupo (0)
 - Solo le ocurrió (1)
 - Solo le preocupo (2)
 - Le ocurrió y le preocupo (3)
21. Ida o retorno a casa de sus hijos o de otros familiares cercanos.
- No le paso ni le preocupo (0)
 - Solo le ocurrió (1)
 - Solo le preocupo (2)
 - Le ocurrió y le preocupo (3)
22. Parientes que se han trasladado a su casa a vivir.
- No le paso ni le preocupo (0)
 - Solo le ocurrió (1)
 - Solo le preocupo (2)
 - Le ocurrió y le preocupo (3)
23. Embarazo o nacimiento en su familia.
- No le paso ni le preocupo (0)
 - Solo le ocurrió (1)
 - Solo le preocupo (2)
 - Le ocurrió y le preocupo (3)
24. Traslado a una nueva casa.
- No le paso ni le preocupo (0)
 - Solo le ocurrió (1)
 - Solo le preocupo (2)
 - Le ocurrió y le preocupo (3)

25. Dificultad en la educación de sus hijos.
- No le paso ni le preocupo (0)
 - Solo le ocurrió (1)
 - Solo le preocupo (2)
 - Le ocurrió y le preocupo (3)
26. Enfermedad seria o herida de algún miembro de la familia.
- No le paso ni le preocupo (0)
 - Solo le ocurrió (1)
 - Solo le preocupo (2)
 - Le ocurrió y le preocupo (3)
27. Gastos excesivos para sus vacaciones pasadas.
- No le paso ni le preocupo (0)
 - Solo le ocurrió (1)
 - Solo le preocupo (2)
 - Le ocurrió y le preocupo (3)

Las siguientes preguntas son en relación a los sentimientos y pensamientos que usted ha tenido durante el último mes que ha pasado (desde hace 1 mes atrás a la fecha). En cada caso indique con qué frecuencia se sintió o reaccionó de determinada manera.

A pesar de que algunas preguntas son similares, existen diferencias entre ellas, por lo tanto, debe considerar cada pregunta por separado. La mejor manera de responder a cada es haciendo de la forma más rápida posible, es decir no trate de contar todas las veces que se sintió de determinada manera, mas bien indique la alternativa que a usted le parezca la mejor. (DEBE MARCAR SOLO UNA ALTERNATIVA POR PREGUNTA).

1. En el último mes, ¿ Cuántas veces se sintió mal por algo que le sucedió repentinamente?.

- Nunca (0)
- Casi nunca (1)
- A veces (2)
- Con bastante frecuencia (3)
- Casi siempre (4)

2. En el último mes, ¿ Cuántas veces sintió que era incapaz de controlar las cosas importantes que le estaban sucediendo en su vida?

- Nunca (0)
- Casi nunca (1)
- A veces (2)
- Con bastante frecuencia (3)
- Casi siempre (4)

3. En el último mes, ¿ Cuántas veces se sintió nervioso o "estresado"?

- Nunca (0)
- Casi nunca (1)
- A veces (2)
- Con bastante frecuencia (3)
- Casi siempre (4)

4. En el último mes, ¿Cuántas veces a superado con éxito las situaciones fastidiosas (aburridas) de la vida?
- Nunca (0)
- Casi nunca (1)
- A veces (2)
- Con bastante frecuencia (3)
- Casi siempre (4)
5. En el último mes, ¿Cuántos veces sintió que estaba haciéndole frente a algo, en forma eficaz, a algún cambio importante en su vida?
- Nunca (0)
- Casi nunca (1)
- A veces (2)
- Con bastante frecuencia (3)
- Casi siempre (4)
6. En el último mes, ¿Cuántas veces se sintió confiado en su habilidad para manejar sus problemas personales?
- Nunca (0)
- Casi nunca (1)
- A veces (2)
- Con bastante frecuencia (3)
- Casi siempre (4)
7. En el último mes, ¿Cuántas veces sintió que las cosas iban a tener un resultado positivo para usted?
- Nunca (0)
- Casi nunca (1)
- A veces (2)
- Con bastante frecuencia (3)
- Casi siempre (4)

8. En el último mes, ¿Cuántas veces se dio cuenta que no podía hacerle frente a todas las cosas que le estaban sucediendo?
- Nunca (0)
- Casi nunca (1)
- A veces (2)
- Con bastante frecuencia (3)
- Casi siempre (4)
9. En el último mes, ¿Cuántas veces pudo controlar las situaciones fastidiosas (aburridas) de su vida?
- Nunca (0)
- Casi nunca (1)
- A veces (2)
- Con bastante frecuencia (3)
- Casi siempre (4)
10. En el último mes, ¿Cuántas veces sintió que no tenía que preocuparse por ciertas situaciones?
- Nunca (0)
- Casi nunca (1)
- A veces (2)
- Con bastante frecuencia (3)
- Casi siempre (4)
11. En el último mes, ¿Cuántas veces se enojó por cosas que estaban fuera de su control?
- Nunca (0)
- Casi nunca (1)
- A veces (2)
- Con bastante frecuencia (3)
- Casi siempre (4)
-

12. En el último mes, ¿Cuántas veces penso en las cosas que le quedaban por hacer?
- Nunca (0)
 - Casi nunca (1)
 - A veces (2)
 - Con bastante frecuencia (3)
 - Casi siempre (4)
13. En el último mes, ¿Cuántas veces fue capaz de controlar la manera en que invertía (ocupaba) su tiempo?
- Nunca (0)
 - Casi nunca (1)
 - A veces (2)
 - Con bastante frecuencia (3)
 - Casi siempre (4)
14. En el último mes, ¿Cuántas veces sintió que se amontonaban tanto los problemas y que había manera de poder solucionarlos?
- Nunca (0)
 - Casi nunca (1)
 - A veces (2)
 - Con bastante frecuencia (3)
 - Casi siempre (4)

A continuación usted leerá un conjunto de afirmaciones que describen las distintas cosas que hacen las personas para enfrentar diversos problemas personales.

Antes de que usted proceda a contestar dichas afirmaciones debe recordar y describir una situación problema que a usted le halla ocurrido en este ultimo tiempo y que considere que fue **la más preocupante e impactante para usted.**

Describa la situación mas preocupante o impactante para usted:

En relación a la situación que acaba de describir como el problema mas preocupante e impactante, indique cual de las siguientes cosas hizo usted para enfrentar esa situación. (DEBE RESPONDER A TODAS LAS AFIRMACIONES Y MARCAR SOLO UNA DE LAS ALTERNATIVAS QUE ESTAS CONSIDERAN)

1. Concentré mis esfuerzos en hacer algo e intenté luchar contra mi problema o enfermedad.
 Nunca (1)
 Casi nunca (2)
 Pocas veces (3)
 Muchas veces (4)

2. Desarrolle un plan de acción sobre mi problema y lo seguí.
- Nunca (1)
 - Casi nunca (2)
 - Pocas veces (3)
 - Muchas veces (4)
3. Deje de lado mis otras actividades y problemas y me concentre en este.
- Nunca (1)
 - Casi nunca (2)
 - Pocas veces (3)
 - Muchas veces (4)
4. Meforcé a esperar el momento adecuado para hacer algo y evite precipitarme (apurarme)
- Nunca (1)
 - Casi nunca (2)
 - Pocas veces (3)
 - Muchas veces (4)
5. Hable con alguien que tenía un problema similar para saber que hizo el/ella.
- Nunca (1)
 - Casi nunca (2)
 - Pocas veces (3)
 - Muchas veces (4)
6. Trate de obtener apoyo afectivo de mis amigos y gente próxima, busque simpatía y comprensión.
- Nunca (1)
 - Casi nunca (2)
 - Pocas veces (3)
 - Muchas veces (4)

7. Aprendí algo de la experiencia crecí o mejore como persona.
- Nunca (1)
 - Casi nunca (2)
 - Pocas veces (3)
 - Muchas veces (4)
8. Acepte lo que había sucedido y que no se podía hacer nada.
- Nunca (1)
 - Casi nunca (2)
 - Pocas veces (3)
 - Muchas veces (4)
9. Expresé y dejé descargarse mis sentimientos y emociones.
- Nunca (1)
 - Casi nunca (2)
 - Pocas veces (3)
 - Muchas veces (4)
10. Me negué o resistí a creer lo que había ocurrido.
- Nunca (1)
 - Casi nunca (2)
 - Pocas veces (3)
 - Muchas veces (4)
11. Admití que no era capaz de enfrentar o de hacer nada ante el problema y deje de intentar resolverlo o enfrentarlo.
- Nunca (1)
 - Casi nunca (2)
 - Pocas veces (3)
 - Muchas veces (4)
-

12. Me volqué en el estudio o trabajo para olvidarme de todo. Actúe como si no pasara nada.
- Nunca (1)
- Casi nunca (2)
- Pocas veces (3)
- Muchas veces (4)
13. Salí a beber o tomar unas copas de trago para olvidar el problema o pensar menos en el.
- Nunca (1)
- Casi nunca (2)
- Pocas veces (3)
- Muchas veces (4)
14. Intente guardar para mi mis sentimientos.
- Nunca (1)
- Casi nunca (2)
- Pocas veces (3)
- Muchas veces (4)
15. Fantaseé o imaginé el momento en que podrían cambiar las cosas.
- Nunca (1)
- Casi nunca (2)
- Pocas veces (3)
- Muchas veces (4)
16. Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema.
- Nunca (1)
- Casi nunca (2)
- Pocas veces (3)
- Muchas veces (4)

17. Analicé mi responsabilidad en el problema y me critiqué a mi mismo por lo ocurrido.

Nunca (1)

Casi nunca (2)

Pocas veces (3)

Muchas veces (4)

Las siguientes preguntas se refieren a su "estado de ánimo" o a sus "nervios" y Ud. debe contestarlas en relación a lo que le ha sucedido en el último mes. (Marque con una cruz la alternativa que corresponda.)

1. ¿ Siente Ud. que le falta la energía o se agota con más facilidad.?

() Nunca (0)

() Pocas veces (1)

() Frecuentemente (2)

2. ¿ Se ha sentido Ud. más irritable que de costumbre.?

() Nunca (0)

() Pocas veces (1)

() Frecuentemente (2)

3. ¿ Se ha sentido Ud. cansado o cansada por las mañanas.?

() Nunca (0)

() Pocas veces (1)

() Frecuentemente (2)

4. ¿ Tiene Ud. dificultades para quedarse dormido (a).?

() Nunca (0)

() Pocas veces (1)

() Frecuentemente (2)

5. ¿ Se ha estado despertando más temprano que de costumbre.?

() Nunca (0)

() Pocas veces (1)

() Frecuentemente (2)

6. ¿ Se ha sentido triste o desanimado (a).?
- () Nunca (0)
() Pocas veces (1)
() Frecuentemente (2)
7. ¿ Se ha sentido con menos apetito y/o ha bajado de peso este último mes.?
- () Nunca (0)
() Pocas veces (1)
() Frecuentemente (2)
8. ¿ Se ha sentido pesimista o negativo (a) en relación a su futuro.?
- () Nunca (0)
() Pocas veces (1)
() Frecuentemente (2)
9. ¿ Ha notado una disminución en su interés sexual:?
- () Nunca (0)
() Pocas veces (1)
() Frecuentemente (2)
10. ¿ Ha notado Ud. una pérdida en su interés por aquellas cosas que antes llamaban su atención.?
- () Nunca (0)
() Pocas veces (1)
() Frecuentemente (2)
11. ¿ Ha tenido sentimientos de culpa.?
- () Nunca (0)
() Pocas veces (1)
() Frecuentemente (2)

12. ¿ Ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
13. ¿ Ha pensado en alguna oportunidad que el matarse sería una solución a sus problemas.?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
14. ¿ Se ha sentido intranquilo (a) ansioso (a) o tenso (a) .?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
15. ¿ Se ha sentido Ud. agitado (a), como con dificultades para relajarse o permanecer tranquilo (a).?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
16. ¿ Se ha sentido Ud. tembloroso (a), con palpitaciones en el corazón, o lleno de sudor.?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)

17. ¿ Ha sufrido crisis de angustia, donde bruscamente le aparezca un intenso miedo, ahogo, palpitaciones, mareo y temblores.?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
- 18 ¿ Evita Ud. salir de su casa por miedo o andar en la calle o que algo malo le pueda suceder.?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
19. ¿ Evita Ud. hablar frente a un grupo .?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
20. ¿ Ha sentido sus manos frías o sudorosas .?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
21. ¿ Ha sentido la boca seca .?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
22. ¿ Se ha sentido Ud. como con un "nudo" en la garganta .?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)

23. ¿ Ha tenido Ud. la sensación de estar atrapado o al borde de un peligro.?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
24. ¿ Sufre Ud. de dolor de estomago cuando nervioso (a) o con preocupaciones.?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
25. ¿ Ha tenido nauseas o vómitos cuando nervioso (a) o con preocupaciones.?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
26. ¿ Ha tenido diarrea o colitis cuando nervioso (a) o con preocupaciones.?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
27. ¿ Sufre de dolor de espalda o lumbago cuando anda nervioso (a) o con preocupaciones.?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
28. ¿ Sufre Ud. de dolor de cabeza o jaqueca cuando anda nervioso (a) o con preocupaciones.?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
-

29. ¿ Ha tenido Ud. palpitaciones o sensación de ahogo cuando anda nervioso (a) o con preocupaciones.?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
30. ¿ Le ha pasado que al consultar a un médico por alguna molestia este le diga que se debe a los nervios.?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
31. ¿ Ha presentado Ud. parálisis de algún brazo o de las piernas después de pasar algún mal rato.?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
32. ¿ Le ha sucedido que después de pasar un mal rato ha perdido la voz o quedado ronco.?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
33. ¿ Le ha pasado que después de tener algún problema haya quedado ciego (a) o con pérdida de visión.?
- () Nunca (0)
- () Pocas veces (1)
- () Frecuentemente (2)
-

34. ¿ Sufre Ud. de desmayos cuando tiene algún problema o preocupación.?

() Nunca (0)

() Pocas veces (1)

() Frecuentemente (2)

35. ¿ Ha sufrido de ataques de nervios cuando tiene algún problema.?

() Nunca (0)

() Pocas veces (1)

() Frecuentemente (2)

Responda las siguientes preguntas en función de lo que le ha sucedido en la última semana, marcando con una cruz (X) la alternativa correspondiente. (Debe responder a todas las preguntas y marcar sólo una alternativa por cada una de estas).

1. ¿ Se ha sentido molestado (a) por alguien.?
 Nunca (1)
 A veces (2)
 Generalmente (3)

2. ¿ Se ha sentido muy solo (a) o distante de la gente.?
 Nunca (1)
 A veces (2)
 Generalmente (3)

3. ¿ Ha sentido que las cosas sucedían como Ud. quería.?
 Nunca (1)
 A veces (2)
 Generalmente (3)

4. ¿ Se ha sentido muy preocupado (a).?
 Nunca (1)
 A veces (2)
 Generalmente (3)

5. ¿ Se ha sentido contento (a) por tener amigos (as).?
 Nunca (1)
 A veces (2)
 Generalmente (3)

6. ¿ Ha tenido miedo por lo que pudiera suceder.?
- () Nunca (1)
() A veces (2)
() Generalmente (3)
7. ¿ Se ha sentido particularmente estimulado (a) o interesado (a) por algo.?
- () Nunca (1)
() A veces (2)
() Generalmente (3)
8. ¿ Se ha sentido infeliz o deprimido (a).?
- () Nunca (1)
() A veces (2)
() Generalmente (3)
9. ¿ Se ha sentido lleno (a) de energía.?
- () Nunca (1)
() A veces (2)
() Generalmente (3)
10. ¿ Se ha sentido realmente cansado (a).?
- () Nunca (1)
() A veces (2)
() Generalmente (3)
11. ¿ Se ha sentido tan inquieto (a) que era incapaz de permanecer sentado (a).?
- () Nunca (1)
() A veces (2)
() Generalmente (3)

12. ¿ Ha sentido que se estaba divirtiendo mucho.?
() Nunca (1)
() A veces (2)
() Generalmente (3)
13. ¿ Se ha sentido realmente alegre.?
() Nunca (1)
() A veces (2)
() Generalmente (3)
14. ¿ Se ha sentido con ganas de llorar.?
() Nunca (1)
() A veces (2)
() Generalmente (3)
15. ¿ Se ha sentido Ud. eufórico (a) o (excitado).?
() Nunca (1)
() A veces (2)
() Generalmente (3)
16. ¿ Se ha sentido seguro (a) y confiado (a) de su futuro o porvenir.?
() Nunca (1)
() A veces (2)
() Generalmente (3)
17. ¿ Se ha sentido aburrido (a).?
() Nunca (1)
() A veces (2)
() Generalmente (3)

18. ¿ Se ha sentido satisfecho (a) por haber logrado algo.?

() Nunca (1)

() A veces (2)

() Generalmente (3)

Los siguientes enunciados se refieren a los sentimientos y experiencias que tienen la mayoría de las personas alguna vez en su vida, en sus relaciones con sus familiares. Para cada uno de estos enunciados existen tres alternativas de respuesta posibles: Sí, No y No se. (Debe responder a todos los enunciados y marcar sólo una alternativa por cada uno de estos).

1. Mi familia me da el apoyo moral que necesito.

No (0)

Si (1)

No se (9)

2. Mi familia me da buenos consejos.

No (0)

Si (1)

No se (9)

3. La mayoría de las personas tiene relaciones familiares más cercanas que yo.

No (0)

Si (1)

No se (9)

4. Cuando le confía algo a algún miembro de mi familia, me da la impresión que se siente incómodo.

No (0)

Si (1)

No se (9)

5. A mi familia le gusta oír mi opinión.

No (0)

Si (1)

No se (9)

6. Varios miembros de mi familia comparten muchos de mis intereses.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)
7. Ciertos miembros de mi familia se acercan a mi cuando tienen problemas o necesitan consejos.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)
8. Confío en mi familia para que me de apoyo emocional.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)
9. Existe un familiar a quien puedo recurrir cuando me siento mal o triste, sin sentirme incomodo por eso.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)
10. Mi familia y yo tenemos una relación abierta; nos contamos las cosas abiertamente.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)
11. Mi familia es susceptible a mis necesidades personales.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)

12. Los miembros de mi familia recurren a mi para apoyo emocional.

No (0)

Si (1)

No se (9)

13. Los miembros de mi familia me ayudan a resolver mis problemas.

No (0)

Si (1)

No se (9)

14. Tengo una relación íntima con muchos de mis familiares.

No (0)

Si (1)

No se (9)

15. Mis familiares piensan que les doy buenos consejos.

No (0)

Si (1)

No se (9)

16. Confiarle cosas a mis familiares me hace sentir incómodo.

No (0)

Si (1)

No se (9)

17. Mis familiares buscan mi compañía.

No (0)

Si (1)

No se (9)

18. Considero que mi familia piensa que soy bueno para ayudarlos a resolver sus problemas.
- No (0)
 - Si (1)
 - No se (9)
19. No tengo una relación íntima con algún miembro de mi familia como la que tiene otras personas con sus familiares.
- No (0)
 - Si (1)
 - No se (9)
20. Me gustaría que mi familia fuera de otra manera.
- No (0)
 - Si (1)
 - No se (9)

Los siguientes enunciados se refieren a los sentimientos y experiencias que tienen la mayoría de las personas alguna vez en su vida, en sus relaciones con los amigos. Para cada uno de estos enunciados existen tres alternativas de respuestas posibles: Sí, No y No se.

(Debe marcar sólo una alternativa por cada uno de los enunciados).

1. Mis amigos (as) me dan el apoyo moral que necesito.

No (0)

Si (1)

No se (9)

2. La mayoría de las personas se sienten más cercanas a sus amigos (as) que yo.

No (0)

Si (1)

No se (9)

3. A mis amigos (as) les gusta oír lo que pienso

No (0)

Si (1)

No se (9)

4. Ciertos amigos (as) se me acercan cuando tienen problemas o cuando necesitan consejos.

No (0)

Si (1)

No se (9)

5. Necesito a mis amigos para apoyo emocional.

No (0)

Si (1)

No se (9)

6. Si me diera cuenta que uno o más de mis amigos (as) estuviera enojado (a) conmigo, no le contaría a nadie.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)
7. Me siento marginado dentro de mi grupo de amigos (as).
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)
8. Tengo un amigo a quien puedo recurrir cuando me siento mal o triste, sin sentirme raro o incómodo después por eso.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)
9. Con mis amigos existe una relación muy abierta.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)
10. Mis amigos son susceptibles a mis necesidades personales.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)
11. Mis amigos recurren a mi por apoyo emocional
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)

12. Mis amigos me ayudan a resolver mis problemas.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)
13. Tengo una relación íntima con muchos de mis amigos.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)
14. Mis amigos encuentran que les doy buenas ideas de cómo hacer las cosas.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)
15. Confiarles cosas a mis amigos me hace sentir incómodo.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)
16. Mis amigos buscan mi compañía.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)
17. Considero que mis amigos piensan que soy bueno para ayudarlos a resolver sus problemas.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)

18. No tengo unas relaciones amistosas con mis amigos que sean tan íntimas como las de otras personas.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)
19. Hace poco un amigo me dio una buena idea de cómo hacer algo en específico.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)
20. Me gustaría que mis amigos fueran de otra manera.
- No (0)
- Si (1)
- No se (9)