

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

**DESCRIPCIÓN DE VARIABLES PSICOLÓGICAS Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DE UN GRUPO DE HOMBRES CON TRASTORNOS
POR DEPENDENCIA A SUSTANCIAS EN TRATAMIENTO RESIDENCIAL EN
COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE LA V REGIÓN: UN ESTUDIO DESDE
EL MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO**

**Tesis para optar al Título de Psicólogo(a)
y al Grado de Licenciado(a) en Psicología**

Escuela de Psicología

Por

**Estephanie García Silva
Lorena Monardes Vásquez
Mauricio Pérez Hernández**

**Profesor Patrocinante
Ps. Carlos Varas Alfaro**

**Valparaíso, Chile
Diciembre de 2006**

Agradecemos a todos los funcionarios de las Comunidades Terapéuticas “Renacer” de Los Andes y “La Roca” de La Calera, por su gran disposición, y por permitirnos realizar este trabajo.

Especialmente a quienes hicieron posible la realización de nuestro estudio, cada uno de los hombres que se encuentran en proceso de rehabilitación en dichas Comunidades, por el inmenso apoyo al decidir compartir con cada uno de nosotros alegrías, tristezas y anhelos que acompañan cada uno de sus días.

Vaya para ellos todo nuestro apoyo y admiración por decidir cambiar el rumbo de sus vidas aún cuando todo parecía perdido.

Finalmente, agradecemos a nuestro profesor guía Ps. Carlos Varas, por su apoyo en este largo proceso.

Stephanie Garcia S.

Lorena Monardes V.

Mauricio Pérez H.

Agradezco especialmente a mis padres, Ema y Francisco, por su amor, esfuerzo y dedicación durante todos estos años.

A mis hermanos, Paulina y Matías, por su gran apoyo y alegría que entregan día a día. A mi gueli, Norma, por su inmenso apoyo y cuidados brindados en los largos años lejos de casa.

A ti amor, Samir, compañero de mis días y de mi vida, por tu apoyo, paciencia, compañía y enorme amor entregado durante este gran viaje que hemos emprendido juntos.

Mil gracias a todos quienes han estado a mi lado en este recorrido llamado vida, a mis amigas de universidad; y por supuesto a ti, en el lugar que estés gracias por la amistad y hermandad eterna que me permitiste disfrutar a tu lado.

Stephanie

A toda mi familia...a mis abuelos, a mis hermanos Jorge y Fabián, y en especial a mis padres Carmen Gloria y Jorge, por su incondicional amor y apoyo entregado desde siempre.

Gracias por la fuerza, apoyo y cariño a mis amigas y compañeras Bárbara, Lissette, Daisy, Ivonne, Cony, Estephania y Danay.

Finalmente a todos mis compañeros y compañeras de universidad por las experiencias compartidas en estos últimos 6 años.

Lorena

A mis padres Amparo y Alex por el apoyo, cariño y dedicación que me entregaron todos estos años.

A mis hermanos, Roberto y Alex, a mis amigos y todo el resto de mi familia, por su compañía y amistad.

Por último a Eli, por todos estos años, por su cariño y paciencia, y además porque me entrego mi más preciado tesoro, mi Benjita, que lleno mi vida por completo y me entrego cada vez más fuerzas para lograr este anhelo.

A todos ellos muchísimas gracias.....

Mauricio

TABLA DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
	1. Introducción.....	1
	2. Planteamiento del Problema.....	2
	3. Objetivos de Estudio.....	4
	3.1. Objetivos Generales.....	4
	3.2. Objetivos Específicos.....	4
	4. Preguntas de Investigación.....	4
	5. Relevancia y Justificación del Estudio.....	5
	5.1. Relevancia Social.....	5
	5.2. Relevancia Científica.....	6
	5.3. Relevancia Metodológica.....	6
	5.4. Relevancia Práctica.....	6
	6. Viabilidad de la Investigación.....	7
II.	ANTECEDENTES GENERALES RELEVANTES.....	8
	1. Estadísticas.....	8
	1.1. Estadísticas Generales en América Latina.....	8
	1.2. Estadísticas Generales a Nivel Nacional.....	10
	1.2.1 Resultados Generales del Sexto Estudio Nacional de Drogas (CONACE).....	11
	1.2.2 Resultados Generales del Quinto Estudio Nacional de Drogas (CONACE).....	11
	1.2.3 Tasa de Dependencia Simple a Drogas en la Población Laboral (CONACE).....	17
	1.2.4 Tratamiento y Rehabilitación del Consumo de Droga.....	18
	2. Estrategia Nacional Sobre Drogas, CONACE 2003 – 2008.....	18
	3. Estudio Psicoterapia Integrativa en Trastornos Adictivos (Guajardo, Bagladi & Kushner, 2003).....	20
III.	MARCO TEORICO.....	25
	1. Modelos de Drogodependencia.....	25
	1.1. Dependencia de Sustancias, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM– IV).....	25
	1.2. Síndrome de Dependencia (CIE-10).....	27
	1.3. Organización Mundial de la Salud (OMS).....	29
	2. Modelo Integrativo Supraparadigmático.....	30
	2.1. Fundamentos Epistemológicos.....	31

2.2. Fundamentos Metodológicos.....	32
2.3. Fundamentos Paradigmáticos.....	34
2.4. Paradigmas del Modelo Integrativo.....	35
2.4.1 Paradigma Biológico.....	35
2.4.2 Paradigma Ambiental – Conductual.....	35
2.4.3 Paradigma Cognitivo.....	36
2.4.4 Paradigma Afectivo.....	36
2.4.5 Paradigma Inconsciente.....	37
2.4.6 Paradigma Sistémico.....	37
2.4.7 Sistema Self.....	38
2.5. Delimitación Estructural del Modelo Integrativo Supraparadigmático.....	38
3. Modelo Integrativo Supraparadigmático y los Trastornos Adictivos.....	39
3.1. Aportes del Paradigma Biológico a la problemática de las Adicciones.....	41
3.2. Aportes del Paradigma Ambiental – Conductual a la problemática de las Adicciones.....	41
3.3. Aportes del Paradigma Afectivo a la problemática de las Adicciones.....	42
3.4. Aportes del Paradigma Cognitivo a la problemática de las Adicciones.....	43
3.5. Aportes del Paradigma Inconsciente a la problemática de las Adicciones.....	43
3.6. El Sistema Self en las Adicciones.....	44
4. Modelo Integrativo Supraparadigmático y Desarrollo Personal.....	46
4.1. Paradigma Biológico y Desarrollo Personal.....	48
4.2. Paradigma Ambiental/Conductual y Desarrollo Personal.....	48
4.3. Paradigma Cognitivo y Desarrollo Personal.....	49
4.4. Paradigma Afectivo y Desarrollo Personal.....	49
4.5. Paradigma Inconsciente y Desarrollo Personal.....	49
4.6. Sistema SELF y Desarrollo Personal.....	50
5. Comunidad Terapéutica.....	50
IV. METODOLOGÍA.....	54
1. Tipo de Diseño.....	54
2. Variables en Estudio.....	55
2.1 Variables Caracterológicas.....	55
2.2 Variables de Estudio.....	56

3. Sujetos de Estudio.....	60
4. Instrumentos de Recolección de Datos.....	60
4.1 Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI).....	60
4.1.1 Escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI).....	61
4.1.2 Puntuación de las Escalas.....	69
4.2 Ficha de Antecedentes.....	69
5. Procedimientos.....	70
6. Plan de Análisis.....	70
V. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	72
1. Analisis de Datos por Objetivos Específicos.....	72
1.1 Objetivo Específico N° 1.....	72
1.1.1 Frecuencias Relativas Variables Sociodemográficas.....	72
1.2 Objetivo Específico N° 2.....	78
1.2.1 Frecuencias Relativas Ficha de Evaluación Clínica Integral.....	78
1.3 Objetivo Específico N°3.....	97
1.3.1 Relación entre Variable Edad / Variables Ficha de Evaluación Clínica Integral.....	98
1.3.2 Relación entre Variable Estado Civil / Variables Ficha de Evaluación Clínica Integral.....	117
1.3.3 Relación entre Variable Escolaridad / Variables Ficha de Evaluación Clínica Integral.....	136
1.3.4 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variables Ficha de Evaluación Clínica Integral.....	155
1.3.5 Relación entre Variable Número de Drogas que Consumía / Variables Ficha de Evaluación Clínica Integral.....	174
1.3.6 Relación entre Variable Días de Tratamiento / Variables Ficha de Evaluación Clínica Integral.....	193
1.4 Objetivo Específico N°4.....	212
1.4.1 Relación entre las Escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral.....	212
VI. DISCUSION.....	249
1. Implicancia de los Resultados.....	249
2. Limitaciones del Estudio.....	254
3. Proyecciones para Futuras Investigaciones.....	255
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA.....	257

APENDICE

259

Apéndice A: Ficha de Antecedentes

Apéndice B: Ficha de Evaluación Clínica Integral

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla N° 1	Tasa de pacientes por droga de inicio en centros de tratamiento de América Latina (1999).....	8
Tabla N° 2	Tasa de pacientes por droga de mayor impacto en centros de tratamiento de América Latina (1999).....	9
Tabla N° 3	Tasa de distribución en centros de tratamiento, según sexo del paciente (América Latina, 1999).....	10
Tabla N° 4	Tasa de dependencia de alcohol 2002 - 2004.....	12
Tabla N° 5	Tasa de dependencia para los prevalentes de último año, según variables sociodemográficas.....	13
Tabla N° 6	Tasa de consumo de alcohol según prevalencia de último mes y tasa de dependencia y razón, por sexo y según nivel socioeconómico.....	13
Tabla N° 7	Tasa de consumo de alcohol según prevalencia de último mes y tasa de dependencia y razón, por sexo y según grupos de edad.....	14
Tabla N° 8	Tasa de prevalencia de último mes, dependencia y abuso de alcohol, e intervalos de 95% de confianza, según actividad principal.....	15
Tabla N° 9	Tasas de prevalencia de último mes y dependencia a alcohol por sexo, razón por sexo y según regiones.....	16
Tabla N° 10	Tasas de dependencia simple en la población laboral.....	17
Tabla N° 11	Tipo de Adicción.....	22
Tabla N° 12	Niveles en el Paradigma Biológico.....	22
Tabla N° 13	Niveles en el Paradigma Conductual / Ambiental.....	23
Tabla N° 14	Niveles en el Paradigma Cognitivo.....	23
Tabla N° 15	Niveles en el Paradigma Afectivo.....	24
Tabla N° 16	Definición Conceptual y Operacional de Variables Sociodemográficas.....	55
Tabla N° 17	Definición Conceptual y Operacional de Variables de Estudio.....	56
Tabla N° 18	Puntuación de las Escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral.....	69
Tablas N° 19 al 24	Frecuencias Relativas Variables Sociodemográficas.....	72
Tablas N° 25 al 43	Frecuencias Relativas Ficha de Evaluación Clínica Integral.....	78
Tablas N° 44 al 157	Frecuencias Relativas de Cruce de Variables Sociodemográficas / Variables Ficha de Evaluación Clínica Integral.....	98
Tablas N° 158 al 176	Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho) entre las Escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral.....	212

Figura N° 1	Modelo Integrativo Supraparadigmático.....	39
Figura N° 2	Modelo Integrativo en el Proceso de Abuso y Adicción.....	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráficos N° 1 al 6	Frecuencias Relativas Variables Sociodemográficas.....	72
Gráficos N° 7 al 25	Frecuencias Relativas Ficha de Evaluación Clínica Integral.....	78
Gráficos N° 26 al 139	Frecuencias Relativas de Cruce de Variables Sociodemográficas / Variables Ficha de Evaluación Clínica Integral.....	98

RESUMEN

El objetivo de este estudio es explorar, en un grupo de personas beneficiarias de tratamientos residenciales en comunidades terapéuticas de la V Región, las características psicológicas desde la perspectiva del modelo integrativo Supraparadigmático a través de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI).

Se pretende, de esta manera, profundizar en la Evaluación Clínica Integral, específicamente en las relaciones significativas que se dan tanto entre las variables sociodemográficas de los beneficiarios y las escalas del Feci, como las relaciones entre las mismas escalas. A partir de dichas relaciones, se podrá determinar cual es la relación entre aspectos sociodemográficos y de tratamiento, con aspectos psicológicos desde una mirada integral. Con esto se podrá aportar mayor información que permita comprender mejor el comportamiento de las características psicológicas de beneficiarios de los programas de tratamiento residencial. Todo esto a la luz del Modelo Integrativo Supraparadigmático, considerado como el modelo más apropiado para alcanzar los objetivos de esta investigación, ya que aborda las diversas áreas del ser humano, a saber, biológico, ambiental - conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, paradigmas que se organizan en torno al sistema Self, tomando a éste como punto integrador y regulador del sistema psicológico.

La metodología comprende un diseño de tipo no experimental, específicamente un estudio descriptivo exploratorio, transversal, correlacional y con intencionalidad de los sujetos de estudio; con una población de 23 sujetos de sexo masculino pertenecientes a las comunidades terapéuticas de la V Región, a saber, Comunidad Terapéutica “Renacer” de Los Andes y Comunidad Terapéutica “La Roca” de La Calera, a quienes se les aplicaron los siguientes instrumentos: Ficha de Antecedentes y Ficha de Evaluación Clínica Integral.

Se discute respecto de las relaciones significativas entre las variables estudiadas, a saber, caracterológicas y escalas del Feci, y la importancia de estas correlaciones en el estudio.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la droga en Chile ha sido considerado por diversos estudios y análisis sociales como uno de los problemas más emergentes de la última década.

El consumo de sustancias se ha transformado en un problema social en aumento: cada vez son más las personas que consumen algún tipo de droga y que, consecuentemente, se hacen dependientes a corto y a largo plazo. No obstante, los resultados en materia de drogodependencia no han sido alentadores, los índices de consumo han ido en un progresivo aumento.

Actualmente una de las formas de tratamiento de la drogodependencia han sido las comunidades terapéuticas, que tienen como programa principal el tratamiento residencial. Su estrategia básica es tratar a los beneficiarios en su totalidad a través de comunidades de personas con los mismos problemas de adicción ya rehabilitados (monitores, consejeros).

Los beneficiarios ingresan voluntariamente a la comunidad y generalmente cuentan con el apoyo de sus familias, el cual resulta fundamental en este proceso.

A partir de esto, y tomando en consideración no tan sólo la individualidad de la persona sino también su entorno y todas sus implicancias en la salud mental del sujeto, es que hemos querido poner énfasis en la evaluación clínica integral a lo largo de todo el proceso de tratamiento, la cual al integrar diferentes paradigmas nos permite fortalecer las opciones de comprensión y de intervención. La utilización de la Evaluación Clínica Integral nos permite comprender y abarcar más ampliamente a la persona adicta, es decir, explorando diferentes ámbitos de su vida (familiar, laboral, amistades, etc.) más allá de la adicción que pueda presentar, además nos permite observar el fenómeno psicológico desde una mirada supraparadigmática. Dicha evaluación nos brinda la posibilidad de indagar aquellos ámbitos en los cuales el tratamiento residencial ha conseguido resultados favorables en los beneficiarios.

2. Planteamiento del Problema

En nuestra sociedad existen numerosos problemas relacionados con el consumo de droga; específicamente en nuestro país el consumo en la población ha ido incrementando año tras año, siendo cada vez mayor la cantidad de personas que consumen algún tipo de drogas; y lo que es más preocupante aún, hace referencia a que este incremento en el consumo no estaría dado solamente en consumos experimentales u ocasionales, sino que el uso habitual de estupefacientes.

La drogodependencia genera en gran parte de la población consumidora un estado de dependencia a sustancias, que se traduce en una necesidad imperiosa de consumir cada vez mayores cantidades de droga con el fin de obtener los mismos efectos; además de sensaciones psíquicas y físicas desagradables asociadas a la suspensión del consumo.

Según estadísticas del CONACE, de los consumidores de cocaína hasta el año 2002, un 28.54% de ellos presentaban dependencia a la sustancia, mientras para el año 2004 esta cifra aumento a un 35.6%; de los consumidores de alcohol la tasa de dependencia aumenta de un 11.7% en el 2002 a un 12.6% en el 2004.

La dependencia que genera el consumo de drogas es un problema que afecta no sólo al sujeto que consume, sino que además afecta a sus familias y a la sociedad, ya que generalmente se asocia a problemas relacionados con la delincuencia.

Dadas las consecuencias provocadas por la drogodependencia se han buscado diversas formas de tratamiento. Una de estas son las Comunidades Terapéuticas, las cuales a partir de una reeducación social, trabajo psicoterapéutico y la ayuda brindada por ex adictos, buscan que la persona pueda encontrarse con una realidad personal, familiar y social fuera del alcance de las drogas.

Consideramos importante efectuar un estudio exploratorio descriptivo desde el modelo integrativo supraparadigmático acerca del comportamiento que tienen las características psicológicas en beneficiarios de las comunidades terapéuticas “La Roca” de La Calera y “Renacer” de Los Andes; ya que dicho modelo de tratamiento nos permite acceder a una población que presenta ciertas condiciones relevantes para el presente estudio; tales como población cautiva, similitud de factores externos, tiempo de permanencia, plan de actividades diarias; a diferencia de

otros modelos de tratamiento (ambulatorio, ambulatorio intensivo, etc.), además este estudio permite profundizar el conocimiento de la relación entre características psicológicas y la dependencia a sustancias en programas de tratamiento residencial desde una mirada supraparadigmática

. En base a esto se exploran características sociodemográficas y psicológicas de dicha población, lo cual podría aportar información valiosa que pudiese ser utilizada en los programas de tratamiento de dichas comunidades.

3. Objetivos de Estudio

3.1 Objetivo General

1. Describir variables psicológicas y características sociodemográficas en personas con dependencia a sustancias beneficiarias de programas de tratamiento residencial de la V región, desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático.

3.2 Objetivos Específicos

1. Describir a un grupo de sujetos con dependencia a sustancias beneficiarios de programas de tratamiento residencial de la V región, en relación a variables sociodemográficas.
2. Describir las características psicológicas de un grupo de beneficiarios de programas de tratamiento residencial por dependencia a sustancias desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático.
3. Determinar la relación existente entre las variables sociodemográficas y las características psicológicas en personas con dependencia a sustancias beneficiarias de programas de tratamiento residencial de la V región.
4. Determinar la relación existente entre las características psicológicas (FECCI) en personas con dependencia a sustancias beneficiarias de programas de tratamiento residencial de la V región.

4. Preguntas de Investigación

1. Qué variables sociodemográficas presentan los beneficiarios con dependencia a sustancias insertos en programas de tratamiento residencial de la V región.
2. Qué edad presentan los beneficiarios con dependencia a sustancias insertos en programas de tratamiento residencial de la V región.
3. Qué estado civil presentan los beneficiarios con dependencia a sustancias insertos en programas de tratamiento residencial de la V región.
4. Qué escolaridad presentan los beneficiarios con dependencia a sustancias insertos en programas de tratamiento residencial de la V región.

5. Cuál es el ingreso económico familiar que presentan los beneficiarios con dependencia a sustancias insertos en programas de tratamiento residencial de la V región.
6. Cuántos tipos de drogas han consumido los beneficiarios con dependencia a sustancias insertos en programas de tratamiento residencial de la V región.
7. Cuál es el tiempo de permanencia (días de tratamiento) que presentan los beneficiarios con dependencia a sustancias insertos en programas de tratamiento residencial de la V región.
8. Cuáles son las características psicológicas que presentan los beneficiarios con dependencia a sustancias insertos en programas de tratamiento residencial de la V región.
9. Cómo se relacionan las variables sociodemográficas con las características psicológicas, en los beneficiarios con dependencia a sustancias insertos en programas de tratamiento residencial de la V región.
10. Cómo se relacionan las características psicológicas en los beneficiarios con dependencia a sustancias insertos en programas de tratamiento residencial de la V región.

5. Relevancia y Justificación del Estudio

5.1 Relevancia Social

La relevancia social del presente estudio radica en la importancia que el tema de la drogodependencia ha adquirido en la actualidad. Cada vez es mayor el número de personas que son consumidores de drogas, y a partir de esto las consecuencias negativas han incrementado tanto en ellos mismos como en el resto de la sociedad. En este sentido, los resultados que de esta investigación se obtengan, dada por la descripción de cada sujeto mediante la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI), entregaran nueva información en el campo de la drogodependencia, en especial, la relación entre el tratamiento de tipo residencial y las características psicológicas de los beneficiarios. Esto podría ser utilizado para replantear y complementar las actuales líneas de tratamiento, incluyendo y potenciando los tópicos mencionados anteriormente.

5.2 Relevancia Científica

Esta investigación tiene relevancia científica, ya que aporta información acerca del Modelo Integrativo y de sus diferentes paradigmas.

Por otra parte, no existen otros estudios de este tipo en nuestra población, lo cual aumenta las probabilidades de que éste se tome de base para posteriores investigaciones que profundicen y enriquezcan el conocimiento en el tema. Además, complementa otros estudios con muestra intencionada (Guajardo, 2003).

5.3 Relevancia Metodológica

Esta investigación tiene relevancia metodológica, ya que no existen estudios previos que utilicen como base de investigación y recopilación de información, en contexto residencial, al Modelo Integrativo Supraparadigmático – mediante la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) - el cual aporta una mirada más amplia del desarrollo personal de los individuos, y que a su vez busque relaciones significativas con otras variables particularmente relevantes en el área de la drogodependencia.

Se utilizará como instrumento de recolección de datos la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI), cuya elaboración de confiabilidad aún se encuentra en proceso, por tanto la aplicación que nuestra investigación podría arrojar datos relevantes para dicho proceso de confiabilidad.

Cabe mencionar, que a la fecha no existe un estudio que tome como única muestra a sujetos de la V región, lo cuál aumenta la relevancia de nuestro estudio.

Por último cabe destacar que en la actualidad existe una Ficha de Evaluación Clínica Integral para Adicciones (FECIAD), aún así nuestro estudio utilizará aquella que entrega datos a nivel clínico en general, es decir, FECI; lo cual aporta mayor número de información para el estudio, haciendo posible una descripción más detallada del tema a investigar.

5.4 Relevancia Práctica

Esta investigación tiene relevancia práctica, ya que sus resultados y las relaciones significativas entre las variables podrían dar luces sobre la importancia de aplicación de

esta ficha a nivel clínico, ya que aporta información integral de la persona, es decir, abarca diferentes aspectos de la vida y el quehacer de los individuos. A su vez – la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) – es un cuestionario de fácil aplicación y recopilación de información de los diferentes ámbitos personales del sujeto (cognitivo, afectivo, biológico, ambiental/conductual, sistémico e inconsciente). Además los resultados obtenidos en esta investigación podrían dar luces de intervención en las Comunidades Terapéuticas “La Roca” y “Renacer”.

6. Viabilidad de la investigación

La presente investigación es posible llevarla a cabo ya que los recursos financieros y materiales son de bajo costo por lo que los gastos son solventados por el grupo de investigadores; además el número de personas a cargo de la investigación es suficiente para realizar todas las actividades que el estudio amerite. Las instituciones en las que se llevarán a cabo la investigación han dado las facilidades para poder realizar el estudio, además existe una buena disposición por parte de los sujetos de formar parte de esta investigación. El tiempo que tomará la investigación será aproximadamente 9 meses, lo que es un tiempo óptimo para la realización de una tesis de grado.

CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES GENERALES RELEVANTES

1. Estadísticas

1.1 Estadísticas Generales en América Latina

Los datos que proveen los centros de tratamiento, distintos a las encuestas de consumo y datos de las policías, permiten distinguir las drogas según el daño que ocasionan a la salud. El alcohol y el tabaco, seguidos por la marihuana, son claramente las drogas de inicio más frecuentes de los pacientes atendidos en centros de tratamiento.

Excepciones son Argentina, donde un 42.9% de la población tratada se inicia con marihuana, México, donde el 31.5% de esa población tuvo la misma droga de inicio, y Venezuela donde el 44.1% se inició con consumo de marihuana (Programa Social de América Latina, 1999).

Tabla N° 1: Tasa de pacientes por droga de inicio en centros de tratamiento de América Latina (1999)

País	Alcohol (%)	Marihuana (%)	Cocaína (%)	Anfetaminas (%)	Pasta Base (%)	Inhalables (%)	Tabaco (%)	Tranquilizantes (%)	Crack (%)
Argentina	18.6	42.9	25.7	5.7	2.9	1.4	-	1.4	-
Bolivia	47.6	14.5	4.9	0.2	4.4	17.7	9.3	0.7	-
Chile	43.6	32.1	6.4	2.9	8.6	-	5.0	1.4	-
Costa Rica	39.0	22.3	1.5			3.0	30.8		
Ecuador	59.2	11.9	0.4	0.3	3.7	5.3	17.3	0.7	-
El Salvador	54.6	22.3	1.5	-	-	3.1	16.2	0.8	0.8
Honduras	74.8	9.2	-	-	-	2.3	7.3	-	-
México	25.2	31.5	10.5	0.2	-	16.8	9.2	2.2	-
Nicaragua	29.6	9.9	1.9	-	-	8.6	46.9	1.8	-
Panamá	53.5	19.0	6.6	0.4	-	1.3	19.0	-	-
Perú	54.4	8.9	-	-	3.8	1.3	30.4	-	-
Uruguay	37.2	19.4	4.1	2.0	-	9.7	25.5	1.5	-
Venezuela	25.1	44.1	14.2	-	5.1	0.7	7.0	0.1	1.9

Sin embargo, las drogas ilícitas de más alto impacto en la salud son, en medida mucho mayor que la marihuana, la cocaína o el crack y el alcohol. Como puede verse en la Tabla N° 1, sólo en El Salvador y en México la marihuana aparece como una droga de alto impacto: 22% de pacientes atendidos por consumo de drogas en El Salvador y

19.0% en México. Para la cocaína este índice alcanza a 71.9% en Argentina, 43.0% en Panamá, 38.8% en Uruguay y 25.2% en México; mientras que los atendidos por adicción al crack corresponden al 70% del total de drogadictos en Costa Rica, al 46.5% en Venezuela y al 42.9% en Nicaragua. El mayor impacto de los inhalables se observa en Bolivia, con 14.9% y en México, con 15.0% del total de atendidos por drogas.

Por último, el corte por género es significativo en las estadísticas de tratamiento. La información presentada por el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC) muestra que la preeminencia de varones es determinante. Con la sola excepción de Chile, en el resto de los países analizados el porcentaje masculino alcanza cifras cercanas o superiores al 85% del total observado.

Tabla N° 2: Tasa de pacientes por droga de mayor impacto en centros de tratamiento de América Latina (1999)

País	Alcohol (%)	Marihuana (%)	Cocaína (%)	Anfetaminas (%)	Pasta Base (%)	Inhalables (%)	Tabaco (%)	Crack (%)
Argentina	3.1	6.3	71.9	3.1	3.1	-	-	-
Bolivia	36.7	9.3	14.6	0.9	20.1	14.9	1.7	-
Chile	29.3	2.9	15.0	2.9	47.9	-	-	-
Costa Rica	12.8	2.2	8.5	-	0.2	0.4	2.0	70.0
Ecuador	37.3	6.3	8.8	0.3	33.0	2.8	0.9	0.3
El Salvador	42.1	22.4	17.8	-	-	6.5	2.8	3.7
Honduras	74.4	8.8	0.8	-	-	2.3	-	1.5
México	18.5	19.0	25.2	0.3	0.2	15.0	3.4	0.4
Nicaragua	31.7	5.0	9.9	-	-	8.7	0.6	42.9
Panamá	12.1	4.5	43.0	-	0.4	0.4	2.7	-
Perú	32.5	3.8	13.8	-	47.5	-	1.3	-
Uruguay	16.3	10.2	38.8	0.5	-	7.7	2.0	-
Venezuela	2.4	11.2	22.2	-	10.8	0.3	0.3	46.5

Tabla N° 3: Tasa de distribución en centros de tratamiento, según sexo del paciente
(América Latina, 1999)

País	Pacientes Hombres (%)	Pacientes Mujeres (%)	Total Pacientes
Argentina	84,3	15,7	74
Bolivia	86,0	14,0	429
Chile	66,4	33,6	140
República Dominicana	90,9	9,1	186
El Salvador	87,7	12,3	130
México	89,4	10,6	10 344
Panamá	92,5	7,5	226
Perú	83,8	16,3	80

1.2 Estadísticas Generales a Nivel Nacional

Los problemas asociados al uso de alcohol y otras drogas constituyen la principal causa de mortalidad y discapacidad en hombres menores de 45 años en nuestro país, y la dependencia a estas sustancias es una de las 10 principales causas de años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en toda la población.

Según antecedentes generales actuales del CONACE (2004), el abuso de alcohol afecta alrededor del 15% de la población mayor de 12 años, de los cuales un 40% son hombres consultantes del nivel primario. Aproximadamente el 5% de la población mayor de 12 años declara haber consumido drogas ilícitas en el último año y cerca del 1% presenta dependencia a ellas.

Actualmente la prevalencia poblacional de drogodependientes es la siguiente: por cada 1000 personas mayores de 12 años, 50 de ellas presentan dependencia de alcohol o drogas; y la demanda estimada al año es la siguiente: por cada 1000 personas mayores de 12 años, 5 de ellas demandarán atención especializada.

Otras estadísticas apuntan a que el abuso y dependencia es 3 veces más frecuente en hombres (12 – 45 años) que en mujeres. Además, el abuso y dependencia se asocian a enfermedades físicas y mentales, accidentes, conductas violentas, deterioro de la calidad de vida y disminución de la productividad laboral.

Por último, en cuanto al tratamiento, el del abuso de alcohol se orienta a reducir la cantidad y frecuencia del consumo, y el de la dependencia (tanto del alcohol como de drogas ilícitas) a lograr la abstinencia indefinida. El tratamiento de la dependencia de alcohol y drogas debe incluir también el manejo de la comorbilidad psiquiátrica (patología dual) la que se encuentra presente en más del 40% de los casos (especialmente trastornos afectivos y ansiosos). La atención debe focalizarse en la detección y el tratamiento temprano del abuso y dependencia, antes de que se produzca el deterioro biológico, psicológico y social.

1.2.1 Resultados del Sexto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile (CONACE, 2004)

- Tasa de Dependencia al Alcohol

En la Encuesta Nacional de Drogas en Población General de Chile, del año 2002, se intentó por primera vez establecer una medición aproximada de la dependencia de alcohol, habida cuenta que su determinación es materia de observación clínica. Para ello se aplicaron las preguntas de medición de dependencia, de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10), a todas las personas que declararon haber usado alcohol en el último mes (prevalentes mes o consumidores actuales de alcohol).

De acuerdo a lo anterior, la tasa de dependencia a alcohol pasa de un 11,78% a un 12,80% entre los años 2002 y 2004. De ello se desprende que cerca del 13% de los consumidores actuales de alcohol presenta signos de dependencia: unas 583 mil personas.

Las tasas de dependencia de alcohol son más altas en los hombres que en las mujeres, en una relación de 2 a 5. Asimismo son más altas entre las población más joven con relación a las personas por sobre los 25 años de edad.

Tabla N° 4: Tasa de dependencia de alcohol, 2002 - 2004

Año		2002 (%)	2004 (%)
Sexo	Hombre	17,56	17,41
	Mujer	4,99	6,76
Edad	12 – 18	18,41	18,71
	19 – 25	20,94	22,85
	26 – 34	11,42	14,46
	35 – 44	8,03	8,74
	45 – 64	6,55	6,18
Total		11,78	12,60

- Tasa de Dependencia de Drogas Ilícitas

Los resultados generales para la dependencia a drogas ilícitas muestran el fuerte poder adictivo de la pasta base, ya que la mitad de los prevalentes de último año de pasta base caen en la condición de dependientes. Asimismo, la tasa de dependencia de los que usan marihuana bordea el 25%, esto es, 1 de cada 4 usuarios del último año; y la de cocaína es cercana al 36% (3 de cada 10 usuarios del último año).

Las tasas de dependencia se presentan a continuación por sexo y tramos de edad, además de la tasa total. Para marihuana, pasta base y cocaína la tasa de dependencia en el estudio de 2002 se calculó, por primera vez, según la declaración de consumo reciente o prevalencia de último año. Esto fue replicado en el año 2004.

Las tasas de dependencia respecto de la marihuana tienden a ser más altas entre los jóvenes y mayores entre los hombres que en las mujeres. En el caso de la pasta base, las tasas más altas de dependencia la presentan las mujeres y el grupo de jóvenes de 19 a 25 año. En cocaína son levemente más altas las tasas de dependencia en los hombres y en el grupo de 35 a 44 años de edad.

Tabla N° 5: Tasa de dependencia para los prevalentes de último año, según variables sociodemográficas

Sustancia		Marihuana (%)	Pasta Base (%)	Cocaína (%)
Sexo	Hombre	27,13	49,05	36,55
	Mujer	16,96	60,76	31,34
Edad	12 – 18	31,28	28,25	33,07
	19 – 25	26,64	68,92	31,02
	26 – 34	17,29	33,88	38,65
	35 – 44	19,89	70,32	52,52
	45 – 64	4,33	45,89	32,89
Total		24,30	50,69	35,60

1.2.2 Informe sobre Uso, Abuso y Dependencia al Alcohol. Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile (CONACE, 2002)

- **Tasa de Dependencia a Alcohol por Sexo y Nivel Socioeconómico**

Las tasas de consumo actual de alcohol presentan razones muy bajas de acuerdo al sexo y sin grandes variaciones de acuerdo al nivel socioeconómico. Sin embargo, las razones de la dependencia por sexo son más altas y varían de acuerdo al nivel socioeconómico, siendo mayor la diferencia de la dependencia a alcohol, entre hombre y mujeres, en el nivel socioeconómico medio. Las tasas de dependencia a alcohol son más altas en el nivel socioeconómico bajo, lo cual ocurre tanto en hombres como en mujeres. En ambos casos las tasas del nivel socioeconómico bajo duplican al nivel socioeconómico alto.

Tabla N° 6: Tasa de consumo de alcohol según prevalencia de último mes y tasa de dependencia y razón, por sexo y según nivel socioeconómico.

NSE	Prevalencia Mes			Dependencia		
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Razón (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Razón (%)
Alto	66,94	60,22	1,11	10,80	3,60	3,00
Medio	64,82	53,29	1,22	17,80	3,83	4,65
Bajo	64,04	51,06	1,25	19,95	6,70	2,98
Total	64,86	53,53	1,21	17,56	4,99	3,52

- **Tasa de Dependencia a Alcohol por Sexo y Grupos de Edad**

Las diferencias en el consumo actual de alcohol, entre hombres y mujeres, no presentan mayor variación en los diversos grupos etáreos. No obstante lo anterior, al analizar las tasas de dependencia por sexo, las razones aumentan en la medida en que se asciende en los grupos de edad, acentuándose las diferencias entre los dependientes hombres y mujeres entre las personas más longevas. Por el contrario, entre los menores de 12 a 18 años de edad, las tasas de dependencia a alcohol son más altas y muy similares entre ambos sexos. Las mujeres de 12 a 18 años presentan la tasa de dependencia a alcohol más alta en comparación con todos los demás grupos de edad.

Tabla N° 7: Tasa de consumo de alcohol según prevalencia de último mes y tasa de dependencia y razón, por sexo y según grupos de edad

Edad	Prevalencia Mes (%)			Dependencia (%)		
	Hombres	Mujeres	Razón	Hombres	Mujeres	Razón
12 – 18	35,83	34,49	1,32	18,98	17,36	1,09
19 – 25	74,92	56,68	1,37	27,27	10,21	2,67
26 – 34	77,23	56,32	1,27	16,43	4,63	3,55
35 – 44	73,82	58,34	1,26	13,49	2,70	5,00
45 – 64	69,13	54,70	1,32	12,47	1,58	7,89
Total	64,86	53,53	1,21	17,56	4,99	3,52

- **Tasa de Consumo Actual, Dependencia y Abuso de Alcohol según Actividad**

Las mayores tasas de consumo actual de alcohol se observan entre los estudiantes de la educación superior y los trabajadores de jornada completa. Por otra parte, las mayores tasas de dependencia a alcohol, cercanas al 29% y 27% respectivamente, las registran las personas que “no están haciendo nada” y los incapacitados para trabajar por algún tipo de enfermedad crónica o invalidez. Los estudiantes de educación media y los cesantes presentan tasas de dependencia a alcohol de 19%. Las mayores tasas de abuso de alcohol se registran entre los que “no están haciendo nada” con 32% entre los usuarios actuales, seguidos de los estudiantes de la educación superior con 27% y los

cesantes con 26%. Entre los escolares de educación media la tasa de abuso de alcohol es de 19%.

Tabla N° 8: Tasa de prevalencia de último mes, dependencia y abuso de alcohol, e intervalos de 95% de confianza, según actividad principal

Actividad Principal del Entrevistado	Prevalencia Mes		Dependencia (%)		Abuso (%)	
	Tasa	I C 95	Tasa	I C 95	Tasa	I C 95
Trabaja jornada completa (44 horas o más a la semana)	70,1	68,3 - 71,9	9,8	8,5 - 11,2	13,3	11,7 - 14,8
Trabaja jornada parcial (menos de 44 horas a la semana)	66,2	63,0 - 69,3	12,2	9,4 - 15,0	15,1	12,1 - 18,1
Tiene trabajo, pero no está trabajando temporalmente por licencia, enfermedad prolongada u otra razón	52,0	44,5 - 59,4	9,5	1,1 - 17,9	14,5	2,0 - 27,0
Está sin trabajo, pero está buscando trabajo	62,4	57,6 - 67,3	19,0	14,9 - 23,1	26,1	20,8 - 31,3
Dedicada a las labores del hogar (dueña de casa)	52,1	49,6 - 54,6	3,4	2,0 - 4,9	4,2	2,8 - 5,6
Estudia en universidad, instituto o CFT	73,9	69,4 - 78,5	17,1	12,3 - 22,0	26,6	20,9 - 32,4
Estudia enseñanza básica o media	33,3	30,3 - 36,3	19,2	14,6 - 23,8	19,0	14,8 - 23,3
Retirado, jubilado o pensionada	66,0	59,0 - 73,0	10,9	5,6 - 16,1	11,5	6,0 - 17,0
Incapacitado para trabajar (enfermedad crónica o invalidez)	41,2	30,6 - 51,8	27,1	16,3 - 37,9	22,9	14,8 - 31,0
No está haciendo nada	56,6	49,8 - 63,3	28,7	21,3 - 36,1	31,8	24,5 - 39,1

- **Tasa de Consumo Actual y Dependencia a Alcohol por Regiones**

La mayor tasa de consumo actual de alcohol se registra en la 5ª región, seguida de la región metropolitana. Las razones por sexo no varían mucho entre regiones. Por su parte las tasas de dependencia al alcohol varían entre regiones, registrándose en la 7ª y 4ª regiones las tasas de dependencia a alcohol más alta del país en términos generales y en los hombres. La tasa de dependencia a alcohol más alta en las mujeres se registra en la 10ª región, seguida de la 7ª región. Las razones por sexo son más altas en las regiones más australes del país.

Tabla N° 9: Tasas de prevalencia de último mes y dependencia a alcohol por sexo, razón por sexo y según regiones

Región	Prevalencia Mes				Dependencia			
	Hombre (%)	Mujer (%)	Razón (%)	Total (%)	Hombre (%)	Mujer (%)	Razón (%)	Total (%)
I	61,95	47,25	1,31	54,79	18,19	4,38	4,15	12,38
II	60,08	44,66	1,35	52,45	15,63	4,89	3,20	11,11
III	61,22	40,48	1,51	50,61	18,43	5,03	3,66	12,95
IV	71,52	52,60	1,36	61,70	22,53	4,04	5,58	14,35
V	67,70	54,97	1,23	61,33	18,45	3,95	4,67	11,95
VI	63,67	50,26	1,27	57,04	17,81	4,69	3,80	12,09
VII	59,15	54,45	1,09	56,65	24,85	7,26	3,42	15,86
VIII	61,07	56,62	1,08	58,79	14,68	4,37	3,36	9,59
IX	67,33	50,85	1,32	58,62	16,42	5,64	2,91	11,48
X	56,74	43,05	1,32	50,05	17,67	8,29	2,13	13,73
XI	62,65	52,58	1,19	57,61	13,39	1,75	7,65	8,08
XII	56,19	39,08	1,44	48,00	14,67	2,86	5,13	10,07
XIII	66,68	55,42	1,20	60,95	17,30	5,09	3,40	11,65
Total	64,86	53,53	1,21	59,11	17,56	4,99	3,52	11,78

1.2.3 Tasa de Dependencia Simple a Drogas en la Población Laboral (CONACE, 2002).

La tasa de dependencia simple a drogas se calcula a partir de la prevalencia de último año (uso reciente) para drogas ilícitas y de la prevalencia de último mes (actual) en el caso del alcohol. La tasa de dependencia es estimada a partir de preguntas específicas extraídas de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10).

La tasa de dependencia a alcohol, medida en los consumidores actuales o prevalentes de último mes, en la población laboral es de 10,36% y es mucho más alta entre los hombres (14,34%) que entre las mujeres (2,89%). La tasa de dependencia simple a marihuana, medida en los consumidores recientes o prevalentes de último año, es de 29,24% en la población laboral, siendo mayor entre los hombres (30,19%) que entre las mujeres (22,07%). La tasa de dependencia a pasta base es la más alta en la población laboral (49,25%) y la diferencia entre hombres (49,39%) y mujeres (45,77%) no es tan amplia. La tasa de dependencia a cocaína alcanza a un 29,60% entre los trabajadores, siendo también muy similar entre hombres (29,70%) y mujeres (28,18%). Las tasas de dependencia simple a alcohol y pasta base en la población laboral son más bajas que en la población en general, mientras que las tasas de dependencia simple a marihuana y cocaína son más altas en la población laboral que en la población en general.

Tabla N° 10: Tasas de dependencia simple en la población laboral

Tipo de Droga	Hombre (%)	Mujer (%)	Total Población Laboral (%)	Total Población General (%)
Alcohol	14,34	2,89	10,36	11,78
Marihuana	30,19	22,07	29,24	27,98
Pasta base	49,39	45,77	49,25	51,76
Cocaína	29,70	28,18	29,60	28,54

1.2.4 Tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas

Considerando el caso de los que abusan de drogas (aquellos que declaran haber probado 50 o más veces una determinada droga en el último año), la proporción que ha recibido algún tratamiento alcanza a 2,5% para marihuana, 13% para los consumidores abusivos de pasta base y 8,3% para los de cocaína. En su conjunto, sólo el 7,2% de las personas que han abusado de alguna droga en el último año declara haber recibido ayuda especializada.

Considerando esta vez a la población dependiente de alguna droga (conforme a la definición anteriormente señalada que es algo más estricta que la de abuso), la proporción que ha recibido tratamiento en el último año mejora a 4,7% para dependientes de marihuana y 23,5% para dependientes de pasta base, pero es igualmente exigua para dependientes de cocaína, que sólo alcanza al 7,1%.

Gran parte del déficit del tratamiento que se observan en estas cifras proviene del hecho de que los propios consumidores no sienten la necesidad de recibir ayuda. Así, por ejemplo, sólo 1 de cada 18 personas que han abusado de la marihuana en el último año ha deseado recibir alguna clase de ayuda, aunque entre dependientes de marihuana esta cifra se estrecha a 1 de cada 5, igual que para los dependientes de pasta base. En el caso de cocaína la proporción de personas que han sentido la necesidad de recibir ayuda se acerca a 1 de cada 2. Los datos muestran que, a pesar de que no todas las personas que abusan de drogas están dispuestas a recibir ayuda, existen importantes diferencias entre las personas que demandan algún tratamiento y las que efectivamente lo reciben.

2. Estrategia Nacional Sobre Drogas (CONACE, 2003 – 2008)

La Estrategia Nacional se enmarca dentro de las políticas públicas, que buscan garantizar la estabilidad y el desarrollo de nuestras instituciones y el bienestar y la calidad de vida de todos los chilenos. Para lograr esto el Gobierno presenta la Estrategia Nacional sobre Drogas 2003 – 2008 que define los criterios con los cuales nuestra sociedad enfrentará este problema en los próximos seis años. Este esfuerzo modernizador impulsado por el Gobierno trata de conciliar el proceso de globalización y liberalización comercial con regulaciones y políticas que permitan prevenir el consumo,

rehabilitar a los adictos y controlar el tráfico ilícito de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y delitos conexos.

Esta estrategia ha permitido prevenir el consumo de drogas y contribuir al tratamiento y rehabilitación de los afectados, asegurando por medio de una legislación adecuada.

La finalidad de la Estrategia es disminuir el consumo y tráfico de drogas, es decir, tiene un fin más bien preventivo que curativo. Tal fin se expresa en el logro de las siguientes metas globales: disminución de la prevalencia anual del consumo de marihuana (en menores de 18 años), cocaína (en población general) y pasta base (en población joven de niveles socioeconómicos bajos); disminución de la disponibilidad de drogas ilegales en el país; disminución de la producción de drogas (naturales o sintéticas); y disminución del uso ilícito y desvío de sustancias químicas esenciales.

Los objetivos de la Estrategia Nacional sobre Drogas abarcan cuatro grandes áreas, cada una de las cuales se operacionaliza en objetivos específicos e indicadores referentes a la prevención del consumo, a la rehabilitación y tratamiento, y al control del tráfico de drogas. Por razones que atañen al tema de esta tesis, a continuación sólo se darán a conocer los enunciados referentes a la rehabilitación y tratamiento de la drogodependencia.

En el ámbito de Reducción de la Demanda, el tratamiento y la rehabilitación proporcionan a los consumidores de drogas los medios para desarrollar vidas más libres, saludables y productivas, y constituyen un deber ético de la sociedad. La oferta existente en la red de los servicios de salud ha aumentado significativamente los últimos años. Durante el año 2002 se suscribieron convenios con 185 centros especializados, otorgando atención a 4.500 personas afectadas por abuso o dependencia a drogas, todas ellas tratadas mediante los planes ofrecidos por el programa desarrollado en conjunto por el CONACE, el Ministerio de Salud y FONASA. Por otra parte, el Programa de Alcohol y Drogas del Ministerio de Salud, en el año 2002, ha atendido a 12.000 personas en centros públicos de salud por consultas relacionadas con el consumo de drogas. Sin embargo, a pesar de estos notables avances, la oferta sigue siendo baja para atender las necesidades de la población afectada. Por otra parte, las instituciones de salud privadas no ofrecen planes de tratamiento y rehabilitación para dependencia de

drogas a sus afiliados, por lo tanto, éstos deben solventar por ellos mismos los altos costos que significa el proceso. Es por esto que se torna imperativo, entre otras cosas, aumentar la cobertura de beneficiarios a los programas de tratamiento y rehabilitación, fortalecer los sistemas de atención para los jóvenes y adecuar la oferta existente a diferencias de género; diseñar metodologías apropiadas para abordar grupos específicos, mejorar la atención pública y privada, una mayor especialización de los profesionales y técnicos, realizar un trabajo más integral y sistemático, fortalecer las redes de apoyo; además, considerar los problemas de salud física y mental que se asocian frecuentemente al consumo de drogas como la depresión, violencia intrafamiliar, accidentes, etc.; por último, es importante estimular la creación de grupos de autoayuda que apoyen el proceso de socialización e integración.

En el ámbito de Desarrollo Institucional y Legal, el objetivo principal es actualizar permanentemente la legislación para enfrentar un fenómeno en constante transformación como lo es la problemática de la droga. Se requiere fortalecer ciertos aspectos procesales y penales para hacer más eficaz la persecución de los delitos relacionados con las drogas, para lo cual se necesitan estudiar sanciones alternativas a las penas tradicionales que promuevan la prevención del consumo y posibiliten el tratamiento y la reinserción social de las personas afectadas por el consumo.

La Estrategia Nacional sobre Drogas enfatiza en la utilización de instrumentos modernos de política social en la ejecución del Plan de Acción, en base a diversos criterios de gestión, tales como la Focalización, la cual, en relación con el tratamiento y rehabilitación, consiste en concentrar la atención pública en los drogodependientes de menores recursos, sin dejar de supervisar la atención para drogodependientes de mayores recursos.

3. Estudio Psicoterapia Integrativa en Trastorno Adictivos (Guajardo, Bagladi & Kushner, 2003)

En este estudio se analizan las características del proceso de rehabilitación desde la perspectiva del Modelo Integrativo Supraparadigmático planteado por Roberto Opazo, mediante la aplicación de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI). A partir de lo observado se hace un planteamiento etiológico de los Trastornos Adictivos basado en

dicho modelo, el cual se fundamenta en la investigación científica para rescatar los seis paradigmas que han demostrado ser los más relevantes y validados hasta la fecha, a saber: biológico, ambiental-conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico (Maturana 1990, Skinner 1953, Ellis 1977, Greenberg & Safran 1984, Freud 1948 and Bateson 1972; citado en Guajardo, 2001); todos los cuales se organizan en torno al sistema SELF que sería el punto integrador del sistema psicológico.

En nuestro país las Comunidades Terapéuticas han sido acreditadas oficialmente por el Ministerio de Salud y se ha propuesto su desarrollo como una forma de enfrentar el problema de las Drogas. El Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa ha desarrollado convenios de investigación y docencia con la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile y con la institución CREA CHILE que cuenta con cinco Comunidades Terapéuticas para la rehabilitación de hombres con Trastornos Adictivos. Las tres instituciones decidieron realizar un trabajo conjunto destinado a: conocer más profundamente las características psicológicas de los sujetos adictos, reconocer los factores de riesgo para desarrollar adicción, evaluar si el tratamiento desarrollado en las Comunidades Terapéuticas producía cambios en diferentes áreas de la personalidad y si el Modelo Integrativo Supraparadigmático podía hacer aportes que permitieran enriquecer técnicamente el tratamiento que se estaba realizando.

Todas las escalas del FECCI entregan resultados derivables a valores Alto, Medio, Bajo, siendo el valor medio el que se considera como esperado para población promedio. Con el objeto de verificar estos valores se tomó un grupo control de 90 personas de sexo masculino de edades similares a la muestra y no consumidores encontrándose valores medio en todas las escalas. La ficha se administró en los 3 hogares masculinos que la institución tenía en funcionamiento al momento del estudio. Se seleccionaron al azar 30 de los 90 residentes que en ese momento tenía la institución CREA CHILE, los que se distribuyeron en tres grupos: Grupo Ingreso con sujetos que tenían de 0 – 45 días dentro de la institución (período de adaptación y formulación de compromiso de cambio), Grupo Avanzado con sujetos con 5 – 7 meses de tratamiento en la comunidad y Grupo de Educadores con sujetos que tenían sobre 9 meses de tratamiento y que colaboraban en la rehabilitación de los grupos anteriores.

Algunos de los resultados son los siguientes:

En la tabla N° 11 se observa que la mayoría de los sujetos en tratamiento tenían un cuadro de poliadicción (uso de varias drogas).

Tabla N° 11: Tipo de Adicción

Número de Drogas	Número de Sujetos	Porcentaje
Poliadicción más de 3 drogas	23	77%
1 a 2 drogas	7	23%

Los resultados de las escalas relacionadas con el paradigma biológico muestran que al inicio del tratamiento todas las escalas se ubican en los rangos altos, permaneciendo sin modificación durante las siguientes etapas del tratamiento las escalas de Inmadurez y Extroversión. Sí se observa modificación en las escalas de neuroticismo, psicoticismo, ansiedad y depresión. Es importante señalar que la escala de psicoticismo sólo se modifica en los sujetos que están finalizando el tratamiento. Inmadurez neurológica corresponde a indicadores de organicidad en el FECCI, Neuroticismo, Extroversión y Psicoticismo corresponden a las escalas del EPQ de Eysenk. Ansiedad y Depresión corresponden a escalas sintomáticas del FECCI.

Tabla N° 12: Niveles en el Paradigma Biológico

Escala	Grupo Ingreso	Grupo Avanzado	Grupo Educadores
Organicidad	Alto	Alto	Alto
Neuroticismo	Alto	Medio	Medio
Extroversión	Alto	Alto	Alto
Psicoticismo	Alto	Alto	Medio
Depresión	Alto	Medio	Bajo
Ansiedad	Alto	Media	Baja

En la tabla N° 13 se muestran los resultados de las escalas relacionadas con el paradigma conductual-ambiental, en líneas generales los resultados indican que los sujetos ingresan con un bajo repertorio conductual, reportan baja satisfacción de necesidades por el ambiente y una percepción de baja capacidad de autoeficacia. La satisfacción de necesidades aumenta al máximo en las primeras etapas del tratamiento y

el repertorio conductual y la asertividad llegan al máximo después de 9 meses de tratamiento.

Tabla N° 13: Niveles en el Paradigma Conductual / Ambiental

Escala	Grupo Ingreso	Grupo Avanzado	Grupo Educadores
Satisfacción de Necesidades	Bajo	Alto	Alto
Repertorio Conductual	Bajo	Medio	Alto
Autoeficacia	Baja	Medio	Alto

En la tabla N° 14 se muestran los resultados relacionados con el subsistema cognitivo donde los cambios más importantes se logran en la escala de irracionalidad cognitiva después de 9 meses de tratamiento.

Tabla N° 14: Niveles en el Paradigma Cognitivo

Escala	Grupo Ingreso	Grupo Avanzado	Grupo Educadores
Irracionalidad Cognitiva	Alta	Medio	Bajo
Perfeccionismo	Medio	Bajo	Bajo
Autoimagen	Baja	Bajo	Medio

En la tabla N° 15 se puede ver que los sujetos ingresan con alta alexitimia la que mejora durante el proceso, también se aprecia cambios positivos en el grado de tolerancia a la frustración y en autoestima. No hay cambios significativos en la escala de perturbación emocional.

Tabla N° 15: Niveles en el Paradigma Afectivo

Escala	Grupo Ingreso	Grupo Avanzado	Grupo Educadores
Alexitimia	Alta	Medio	Media
Tolerancia a la Frustración	Medio	Medio	Alto
Autoestima	Medio	Medio	Alto
Ansiedad Social	Medio	Medio	Medio

CAPÍTULO 3

MARCO TEÓRICO

1. Modelos de Drogodependencia

El fenómeno de la drogodependencia ha sido definida como una adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica que tiene una persona cuando consume drogas recurrente y compulsivamente y se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas que se traducen en la necesidad de consumir más droga para obtener los mismos efectos (tolerancia) y la aparición de sensaciones físicas y psíquicas desagradables, asociadas a la suspensión del consumo (síndrome de privación o de abstinencia). Otros aspectos que la caracterizan son la pérdida de control o impulsividad, preocupación compulsiva (“craving”) por la droga y uso continuo a pesar de las consecuencias negativas (CONACE, 2006).

A continuación se darán a conocer diversos modelos teóricos que explican el origen y el mantenimiento la dependencia a sustancia en los individuos.

1.1 Dependencia de Sustancias, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado (DSM-IV-TR)

El DSM-IV-TR refiere que la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer. Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la “necesidad irresistible” de consumo (“craving”) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas, que

aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses. Tolerancia (Criterio 1) es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis. El grado en el que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia. Los sujetos que consumen grandes dosis de opiáceos y estimulantes pueden presentar niveles de tolerancia considerables (p. ej., pueden multiplicar la dosis por diez), hasta llegar a niveles que serían letales para una persona que no consumiera la sustancia. La tolerancia puede ser difícil de determinar únicamente por la historia clínica cuando la sustancia consumida es ilegal y puede ir mezclada con varios disolventes o con otras sustancias. Debe distinguirse la tolerancia de la variabilidad individual en cuanto a la sensibilidad inicial a los efectos de determinadas sustancias. Por ejemplo, algunos individuos que beben por primera vez apenas presentan síntomas de intoxicación al cabo de tres o cuatro copas, mientras que otros de peso similar y que también se inician bebiendo pueden presentar descoordinación motora y lenguaje farfullante. La Abstinencia (Criterio 2a) es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos (Criterio 2b), normalmente desde que se despierta. Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. Ni la Tolerancia ni la Abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias. Por ejemplo, algunos sujetos con dependencia de la Cannabis presentan un patrón de uso compulsivo sin signos de tolerancia o abstinencia.

A continuación se exponen más detalladamente los Criterios Diagnósticos para la Dependencia a Sustancias, según el DSM-IV-TR:

A. Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por 3 (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a). Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

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

- a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia específica.
- b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

1.2 Síndrome de Dependencia, según la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10)

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del Síndrome de Dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aún cuando hayan sido prescritas por un

médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los 12 meses previos o de un modo continuo han estado presentes 3 o más de los rasgos siguientes:

- a). Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia
- b). Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c). Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d). Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- e). Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f). Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es conciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

Una característica esencial del Síndrome de Dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para el alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

El Síndrome de Dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, alcohol), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir cualquier tipo de sustancia disponible y en los que se presenta inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

El Síndrome de Dependencia incluye Alcoholismo Crónico, Dipsomanía (alcoholismo) y Adicción a Fármacos.

1.3 Organización Mundial de la Salud (OMS)

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) define las drogas como sustancias (naturales o químicas) que, introducidas en un organismo vivo por cualquier vía de administración (ingestión, inhalación, por vía intravenosa o muscular), son capaces de actuar sobre el cerebro y producir un cambio en la conducta de las personas, debido a que modifican el estado psíquico (experimentación de nuevas sensaciones) y tienen la capacidad de generar dependencia.

Según la Organización Mundial de la Salud, los factores psicosociales, ambientales, biológicos y genéticos desempeñan un importante papel en la dependencia.

El 18 de Marzo de 2004 (Ginebra / Brasilia), la OMS presentó el informe autorizado **“Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas”**, en el cual se resumen los conocimientos científicos más recientes sobre el papel que desempeña el cerebro en la dependencia de sustancias. En el informe se cita la multitud de adelantos neurocientíficos registrados y se sostiene que la dependencia de sustancias tiene tanto de trastorno cerebral como cualquier otro trastorno neurológico o psiquiátrico. Según el informe, la dependencia de sustancias es multifactorial: está determinada por factores biológicos y genéticos, en los cuales los caracteres hereditarios pueden desempeñar un papel importante, y también por factores psicosociales, culturales y ambientales. Se sabe desde hace tiempo que el cerebro contiene docenas de diferentes tipos de receptores y de mensajeros químicos (neurotransmisores). En el informe se resume la información más reciente sobre el modo en que las sustancias psicoactivas mimetizan los efectos de los neurotransmisores endógenos naturales e interfieren en el

funcionamiento cerebral normal alterando el almacenamiento, la liberación y la eliminación de los neurotransmisores.

Paralelamente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tiene una visión holística con respecto a las adicciones, en varios sentidos: va a las causas del problema; busca involucrar a todos los sectores de la sociedad en la prevención; considera la adicción como un todo, pues se sabe que unas drogas conducen a otras una vez creada la vulnerabilidad en los individuos; y diseña campañas de prevención integrales y específicas a los diferentes tipos de adicción.

2. Modelo Integrativo Supraparadigmático

El origen del Modelo Integrativo Supraparadigmático se establece a causa del vacío dejado por la psicología moderna después de un siglo de debilidades e inconsistencias tanto en lo teórico como en lo práctico. Es decir, tanto las teorías psicológicas como las corrientes psicoterapéuticas para abordar diversos fenómenos, han tendido a ser insuficientes y poco precisas en las explicaciones de éstos. Por esto, postular el origen de un paradigma integrativo pareciera ser impostergable. Por una parte, porque no se puede mantener una actitud contemplativa ante el panorama actual de la psicoterapia, lo cual se traduce en un caos a nivel teórico (Prochaska y DiClemente), dificultades para superar el efecto placebo (Prioleau, Murdoch y Brody, 1983; Arkowitz, 1992), atribución del cambio terapéutico a factores comunes y no a aportes específicos de cada enfoque (Strupp, 1996), tendencia al “empate” entre los enfoques (Smith, Glass y Millar, 1980; Seligman, 1996), tendencia de los investigadores a encontrar datos favorables a sus enfoques (Luborsky, 1996) y una mala interrelación entre los datos de la investigación, la teoría y la práctica clínica (Soldz y McCullough, 2000). Por otra parte, porque la integración abre una opción de orden, de sumatoria y de potenciación de fuerzas, a saber, extraer lo mejor de cada teoría para formar otra que sea mayor que la suma de sus partes.

A partir de todo lo anterior, una primera aproximación a un modelo integrativo fue el Enfoque Transteórico de Prochaska y DiClemente en 1986 y luego, el Modelo Psicodinámico de Millon en el 2000. En la misma dirección, nace el Modelo Integrativo Supraparadigmático, propuesto por Roberto Opazo (1983), el cual ha guiado el quehacer

del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP) y posteriormente el quehacer del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI).

Este modelo surge como una propuesta teórico / práctica que incorpora principios epistemológicos, metodológicos y paradigmáticos que sirven de cimiento para una Psicoterapia Integrativa. A continuación se exponen más detalladamente estos principios.

2.1 Fundamentos Epistemológicos

La epistemología es una rama de la filosofía que se dedica a describir y explicar las distintas formas en las que el ser humano accede al conocimiento, en vías de determinar la naturaleza del mismo, e indagar respecto de su génesis y formas de validación (Opazo; en Varas, 2005).

A partir de esta definición se puede argumentar que el Modelo Integrativo Supraparadigmático en vías de adoptar una postura acorde a la imposibilidad de demostrar una postura epistemológica única, se ha nutrido principalmente de la idea del **Constructivismo Moderado** (o crítico o dialéctico) para acceder al conocimiento, según el cual somos parcialmente constructores de nuestras percepciones. Como postulado central, el Constructivismo Moderado admite la existencia de un mundo real que está más allá del sujeto cognoscente; sin embargo, ese mundo real nunca puede ser conocido directamente (Opazo, 2001). Aunque no resulta posible acceder a la realidad de un modo independiente al observador, “la realidad es más que un simple reflejo de la mente del que percibe. En este sentido, entonces, la verdad es tanto construida como descubierta” (Safran y Muran, 2000, citado en Opazo, 2001).

A continuación se sintetizan los planteamientos básicos del Constructivismo Moderado (Opazo, 2001.):

- Existe una realidad más allá del pensamiento o del lenguaje del sujeto cognoscente.
- La realidad no es plenamente accesible al conocimiento ni es una mera construcción de nuestra mente.
- El sujeto cognoscente es activo en la percepción y parcialmente construye lo percibido.

- El conocimiento de la realidad siempre está “contaminado” por nuestras modalidades biológicas de percepción y por nuestras modalidades de lenguaje para concebir.
- La biología y el lenguaje restringen pero a la vez posibilitan el conocimiento, en el sentido de que modalidades perceptivas y conceptos lingüísticos nos permiten acceder indirectamente al conocimiento de la realidad.
- La epistemología evolutiva contribuye a validar nuestro acceso a la realidad, en caso contrario, no tendría valor ni importancia alguna el que los sistemas nerviosos más complejos posibiliten cogniciones más complejas.
- Nuestro acceso a la realidad se valida también por el progreso científico, tecnológico y de la medicina. El prolongar la esperanza de vida es, por ejemplo, un resultado de un progreso en el conocimiento “indirecto” de la realidad.
- En términos generales, el valor del conocimiento en psicoterapia se valida por el aporte predictivo de nuestras teorías y por el aporte al cambio de nuestras estrategias clínicas.
- Nuestra forma de acceder al conocimiento de la realidad es a través de “unidades cognitivas biológico / ambientales” que nunca nos permiten acceder a una objetividad plena.

En base a estos planteamientos, se concluye primeramente que el terapeuta integrativo no posee conocimientos “objetivos” y “puros” de los problemas de los pacientes, ni de sus posibles soluciones, lo cual se denomina como “modestia cognoscitiva”. Por otra parte, desde esta perspectiva, cada paciente tendrá sus propias características las cuales se hace urgente conocer para estimar tanto las opciones de cambio como los mejores procedimientos para alcanzar esos cambios.

2.2 Fundamentos Metodológicos

Se hace necesario que la metodología de investigación que se utilice sea consistente con los fundamentos epistemológicos, recientemente explicados, en función de aportar a la **comprensión, explicación, predicción** y el **cambio** dentro del ámbito del quehacer psicoterapéutico. En este sentido, y dentro del Constructivismo Moderado, el

Modelo Integrativo incorpora el método fenomenológico y el empírico experimental de investigación. El Modelo Integrativo fundamenta su método proponiendo una mirada holista de la dinámica psicológica desde los distintos paradigmas avalados por la psicología, evitando los reduccionismos teóricos, sino que aplicando el principio de parsimonia y favoreciendo una actitud científica de precisión y rigurosidad de método. En relación a estos dos últimos, el modelo sugiere la cautela de plantear sus estudios formulando hipótesis falseables, operacionalizando fenómenos de forma precisa e incorporando grupos de control que despejen variables intervinientes sobre las conclusiones resultantes (Opazo, 1992, 2001; citado en Varas 2005).

En pro de una adecuada metodología que sea consistente con la epistemología del Modelo Integrativo, éste propone que la **tolerancia de la incertidumbre** es una capacidad muy valorada, ya que nuestra histórica incapacidad para postergar el “impulso a la explicación prematura” (inventar hechos cuando éstos no existen para calmar nuestra impaciencia) ha causado ya suficiente daño a la evolución de la psicoterapia. Otro planteamiento metodológico básico para el Modelo Integrativo es que el conocimiento se evalúe en la acción, es decir, en sus aportes a la **predicción** y/o al **cambio**, ya que éstos son los elementos centrales porque en la medida que aporten a la predicción y al cambio, las variables abiertas o encubiertas pasarán a ser relevantes (Opazo, 2001).

Obviamente, **precisión, especificidad y exploración amplia** también pasan a ser cruciales en la aproximación metodológica del Modelo Integrativo. En esta dimensión es necesario precisar, por ejemplo, qué funciona y para quién (Roth y Fonagy, 1996), a lo cual habría que agregar cuándo y cómo.

Los planteamientos metodológicos del Modelo Integrativo pueden ayudarnos a enfrentar de mejor manera uno de los mayores problemas en psicoterapia: el “allegiance effect” (“efecto de lealtad”), el cual se refiere a la tendencia a encontrar evidencias a favor del propio enfoque, tendencia que a su vez conduce a percibir efectos distorsionados (por ejemplo, éxitos inexistentes) (Opazo, 2001). Desde la perspectiva del Modelo Integrativo, éste “obliga” a mirar los 360 grados de la dinámica psicológica, ya que en la medida que integra los diversos paradigmas, aporta una mayor imparcialidad comparativa, disminuyendo la motivación para favorecer a uno de ellos.

2.3 Fundamentos Paradigmáticos

El tema de la causalidad es en el fondo crucial para el abordaje de los problemas psicológicos. Una adecuada teoría causal, nos puede conducir lejos; una deficiente, no nos conducirá a parte útil alguna (Opazo, 2001). Por lo tanto, corresponde ahora centrar la temática en los **paradigmas causales** que sustentan y configuran el Modelo Integrativo, centrar el análisis en la forma en que el modelo conceptualiza el **principio de causalidad**.

Preguntas relevantes pasan a ser ahora las siguientes: ¿rige el principio de causalidad en la dinámica psicológica?, ¿en qué medida?, ¿hasta que punto es posible precisar algunos paradigmas causales que se hayan mostrado relevantes en la etiología y en el cambio de los desajustes psicológicos?. De ser posible tal precisión, ¿cuáles son?, ¿es posible integrarlos en una totalidad coherente y supraparadigmática?. La búsqueda de respuestas a estas inquietudes centrales, conduce a proponer un concepto esencial para el Modelo Integrativo: el concepto de **principio de influencia**, el cual es una adaptación del principio de causalidad a las complejidades de la dinámica psicológica humana. El principio de influencia involucra una “humanización” del principio de causalidad (Opazo, 2001).

Los principios de influencia son un ejemplo de humanización de los principios regulatorios del complejo psiquismo humano. Éste, traslada relación $A \rightarrow B$ (si A entonces B) a la relación $A \rightarrow >Pr B$ (Si A entonces B es más probable), postulando entonces que un hecho específico precedente aumenta la probabilidad de que se produzca un hecho específico consecuente (Opazo, 2001; citado en Varas, 2005).

Estos principios, según observaciones sistemáticas y rigurosas, establecen que ante la presencia de un estímulo particular la mayoría de las personas estarán influenciadas hacia el mismo efecto. Así, los principios son utilizados intencionalmente para el logro de los objetivos terapéuticos concordados con el paciente; aún cuando los efectos no sean observables en el momento, debido el carácter encubierto de muchos procesos psicológicos (Opazo, 1992; citado en Varas, 2005).

2.4 Paradigmas del Modelo Integrativo

El Modelo Integrativo Supraparadigmático reúne aquellos paradigmas investigados y definidos con exactitud, seleccionado aquello que ofrezca evidencias en términos **etiológicos y predictivos**, así como aportes en términos de **estrategias para el cambio** (al menos en algunos desajustes psicológicos) (Opazo, 1992; citado en Varas, 2005).

Sobre la base de su contribución a la predicción y al cambio, el modelo valida los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico, que se integraron en función del sistema *self* de la persona. (Opazo, R., 2004)

2.4.1 Paradigma Biológico

Cabe recordar en este apartado los grandes aportes hechos por la farmacología en el ámbito de la salud mental, especialmente como fuerza de cambio en el ámbito clínico en todo lo que respecta a desajuste psicológico. Ya en el comienzo de los 50' la introducción de la clorpromacina redujo dramáticamente la población en los hospitales psiquiátricos de los Estados Unidos (Rosenzweig y Leiman, 1993; en Opazo 2002).

El paradigma biológico establece entonces que las disposiciones genéticas, los cambios endocrinos, la ingestión de sustancias, los cambios neuroanatómicos y el ejercicio físico puede influir en la génesis de conductas, cogniciones y afectos (Opazo, R., 2001).

2.4.2 Paradigma Ambiental – Conductual

Este paradigma postula que ciertas características ambientales específicas, pueden influir en la génesis de específicas cogniciones, afectos y conductas (Opazo, R., 2001).

Se encuentra ligado fuertemente al modelo de condicionamiento clásico de Pavlov, desde el cual se sostiene que nuestros pensamientos, emociones y conductas son variables dependientes en relación al medio ambiente externo, al igual que los desajustes psicológicos (Opazo, R., 1992).

Para este paradigma, las fuerzas de cambio residen, por lo tanto, en el control y cambio novedoso del ambiente en el que la persona se encuentra (Opazo, 1992; citado en Varas, 2005).

2.4.3 Paradigma Cognitivo

Destaca la importancia de la información y el procesamiento de ésta. “Al otorgar un significado a los hechos, al interpretar los acontecimientos, se está procesando cognitivamente esos hechos. Se puede observar los mismo pero pensar distinto, y ese pensar diferente puede generar consecuencias emocionales y conductuales dramáticamente distintas (Opazo, R., 2004).

Dos grandes teorías a la base de este paradigma son, el modelo A B C de Ellis (1977) y el aprendizaje observacional de Bandura (1969).

El primero, postula que ideas irracionales estables, esquemas subyacentes y estructuras cognitivas (B), median entre los estímulos externos (A) y los desajustes emocionales y conductuales (C) (Opazo, 1992). El segundo, otorga rol etiológico a la representación cognitiva de estímulos sociales (Bandura, 1969 citado en Opazo, 1992).

Por lo tanto, este paradigma enfatiza la necesidad del cambio de cogniciones disfuncionales para el cambio de problemas emocionales y/o comportamentales (Opazo, 1992; citado en Varas, 2005).

Se sostiene que, un cambio en el procesamiento de una determinada información podría producir una disminución en el sufrimiento de la persona en el mismo ambiente y un aumento del disfrute en el mismo ambiente. El problema radica que para lograr esto no solo se requiere de la persuasión verbal. Es por esto que el tema de los afectos cobra real importancia y constituye el siguiente paradigma en abordar.

2.4.4 Paradigma Afectivo

En términos generales, éste estipula que cambios afectivos específicos influyen aumentando la probabilidad de que se presente ciertas cogniciones, afectos o conductas específicas (Opazo, 1992; citado en Varas, 2005).

Cabe destacar su importancia en el ámbito psicoterapéutico, en el cual tiene estrecha relación con la motivación al cambio; a saber, elemento esencial en un vínculo terapéutico.

El paradigma afectivo implica entonces que las emociones (por ejemplo, la rabia, la alegría, la pena) y los sentimientos (por ejemplo, la tristeza, el odio, la felicidad) pueden influir en la génesis de pensamientos y conductas, e incluso generar cambios a nivel anatómico/fisiológico en el organismo (Opazo, R., 2004).

2.4.5 Paradigma Inconsciente

Postula que un contenido cognitivo/emocional específico marginado de la conciencia, influye aumentando la probabilidad de que se presenten ciertas cogniciones, afectos o conductas específicos, (Influencia inconsciente) (Opazo, 1992; citado en Varas, 2005).

El paradigma inconsciente establece que, desde fuera de la conciencia, las cogniciones y/o los afectos pueden influir generando conductas, cogniciones y afectos tanto conscientes como inconscientes (Opazo, R., 2004).

Entendamos pues, que nuestro cerebro selecciona aquellos contenidos que admitirá en la conciencia, entonces muchos contenidos postulan para tener acceso a ésta. Este proceso de selección puede ser más consciente, más automático o más profundamente inconsciente.

Existen entonces, mecanismos de defensa inconscientes, por medio de estos la persona tiende a reprimir aquellos contenidos que en la conciencia le generarían ansiedad, culpa o vergüenza.

2.4.6 Paradigma Sistémico

Este paradigma parte de la existencia de un todo el cual está constituido por un determinado número de partes, todos estos elementos estarán en continua interacción. Este sistema, por cierto, será más que la suma de sus partes, y funcionará de acuerdo a patrones de causalidad circular en un proceso que no tendrá comienzo ni fin. En su búsqueda de equilibrio homeostático, el sistema se resistirá al cambio. Sin embargo,

cuando finalmente el cambio en el sistema se produce, cada una de sus partes se verán afectadas, ya sean partes cognitivas, afectivas o conductuales.

2.4.7 Sistema Self

En el Modelo Integrativo Supraparadigmático el **sistema SELF** es el punto central de la experiencia (Maslow, 1943; Rogers, 1966) y constituye el eje de integración de los sub-sistemas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo e inconsciente, los cuales operan en un sistema total (Opazo, R., 2001).

El sistema SELF se sitúa en el epicentro del mundo psicológico y ejerce el rol de gran conductor de la dinámica psicológica. (Opazo, R., 2004).

Este sistema contempla cinco funciones específicas. La función de **identidad** (James, 1984; Perls, 1976 citado en Opazo, 1992, 2001), **la auto-organización** (Guidano, 1987; Mahoney, 1991 citado en Opazo, 1992, 2001), **la significación de la experiencia** (Rogers, 1966; Kegan, 1982 citado en Opazo, 1992, 2001), **control conductual** (Freud, 1948; Kernberg, 1989 citado en Opazo, 1992, 2001), y **búsqueda de sentido** (Apuntes, ICPSI, 2003; en Varas, C.2005).

El sistema SELF es un tanto estable y un tanto cambiante, en cada nueva experiencia este se desorganiza para luego activar su pronta re-organización.

2.5 Delimitación Estructural del Modelo Integrativo Supraparadigmático

En términos descriptivos, E representa los estímulos captados del ambiente por la persona (P), quien despliega una conducta abierta (C), de la cual se producen consecuencia inmediatas (K1) y mediatas (K2). Como eje central que organiza a la persona, se observa el sistema SELF, hacia el cuál convergen los distintos paradigmas (biológico, ambiental-conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico). Asimismo, el Modelo integra dos modalidades de causalidad lineal (A→B) y circular (feedback) (Opazo, 1992; citado en Varas, 2005).

Figura N° 1: Modelo Integrativo Supraparadigmático



3. Modelo Integrativo Supraparadigmático y los Trastornos Adictivos

El carácter multicausal de la dependencia a sustancias hace necesario un abordaje que incluya diferentes ámbitos de la vida de los sujetos, es por esto que en las siguientes líneas se realizara una aproximación al fenómeno de la dependencia a sustancias a partir del Modelo Integrativo Supraparadigmático (Opazo, 2001), desarrollado por el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI), ya que este integra diferentes paradigmas como son biológico, ambiental-conductual, afectivo, cognitivo e inconsciente todos estos integrados por el sistema Self.

3.1 Aportes del Paradigma Biológico a la problemática de las Adicciones

El paradigma biológico postula que disposiciones o cambios a nivel endocrino, de neurotransmisión, de dotación genética, etc., pueden producir desajustes en el ser humano, ya sea a nivel cognitivo, afectivo y/o comportamental (Opazo, 2001).

Dentro de los principales aportes del paradigma biológico hacia la problemática de las adicciones se puede mencionar:

- **Influencias Neurobiológicas:** Determinadas drogas producen ciertos efectos sobre el organismo. Estudios en neuroanatomía postulan la existencia de un circuito neurológico del placer o de la gratificación, que explicaría el refuerzo positivo que genera el consumo de drogas. Este circuito comprendería el sistema dopaminérgico y sus neuronas liberadoras de opiáceos, que comienzan en el área ventral tegmental del mesencéfalo y que abarcan también el núcleo accumbens, proyecciones del sistema límbico y a la corteza orbito frontal (Barlow et al., Graña et al.; Muñoz, 1999; Santander, 1999; citado en Feuchtmann, 2004).
- **Vulnerabilidad Genética:** En la actualidad existe una serie de investigaciones en animales y seres humanos (estudios en gemelos y adopción) que muestran una relevante influencia genética en el abuso de ciertas sustancias, en especial en el desarrollo del alcoholismo y tabaquismo. Un factor genético asociado con el alcoholismo tiene que ver con la capacidad del cuerpo para metabolizar el alcohol, la cual sería distinta en diferentes razas, con la consiguiente respuesta fisiológica distintiva del cuerpo hacia el alcohol (Barlow et al., 2001; citado en Feuchtmann, 2004).
- **Cambios estructurales y funcionales del cerebro:** los cambios estructurales y funcionales en el cerebro producto de una adicción (efecto causado por determinada droga en el cerebro) funcionarían como un “interruptor” cerebral que llevarían a la persona adicta a manifestar un patrón de consumo compulsivo y a una búsqueda intensa de drogas cuando este interruptor se enciende debido a un consumo aislado (Feuchtmann et al., 1999; citado en Feuchtmann, 2004).
- **Desarrollo de Tolerancia y Síndrome de Abstinencia:** El organismo ante reiterados consumos de determinada sustancia, se adapta fisiológicamente a la sustancia, lo que lleva que los efectos que la sustancia produce en el organismo, vaya mermando en el tiempo. Es por esta razón que el patrón de consumo va aumentando en el tiempo, ya que se requieren de mayores dosis para experimentar los mismos efectos que al inicio del consumo (tolerancia). Por otra parte, la suspensión del consumo provocaría el Síndrome de Abstinencia, por lo cual el consumo ya no es sólo una búsqueda de placer, sino que además una

forma de suprimir el Síndrome de Abstinencia (Barlow et al., 2001; Feuchtman et al., 1999; Muñoz, 1999; Santander, 1999; citado en Feuchtman, 2004).

- **Comorbilidad asociada:** La presencia de cuadros como: depresión, ansiedad, enfermedades medicas y/o psiquiatricas se relacionan con consumo compulsivo de drogas (Barlow et al., 2001; Cambor et al., 1996; Feuchtman et al., 1999; Graña, 1996; citado en Feuchtman, 2004). Además la presencia de TDA en la infancia, inmadurez neurológica, dificultades en el embarazo o parto también son considerados como influencias relevantes para la dependencia a sustancias (Guajardo et al., 2003).

3.2 Aportes del Paradigma Ambiental – Conductual a la problemática de las Adicciones

El paradigma ambiental – conductual plantea que cambios en el medio ambiente y/o en el repertorio conductual de la persona pueden influir en la génesis y/o mantenimiento de ciertos pensamientos, emociones y conductas (Opazo, 2001).

Por lo tanto el paradigma ambiental – conductual conceptualiza la problemática de las adicciones como una conducta desadaptativa aprendida, que estaría explicando tanto su etiología como su mantención.

Dentro de los principales aportes del paradigma ambiental – conductual hacia la problemática de las adicciones se puede mencionar:

- **Condicionamiento Clásico y Operante:** La persona a partir de sus experiencias de consumo, asocia a través de procesos de condicionamiento, determinados estímulos con efectos que son provocados por la droga, además de determinadas condiciones ambientales externas e internas (Barley, 1991; Barlow et al., 2001; Feuchtman et al., 1999; Graña, 1996; Margolis, 1995; Millar et al., 1999; Santander, 1999; citado en Feuchtman, 2004).
- **Aprendizaje Social o Vicario:** Factores sociales y ambientales promueven el uso de drogas, las personas obtienen información y pueden aprender conductas observando a otras personas. En la génesis del abuso y la dependencia de sustancias se puede mencionar las normas culturales reforzadoras del consumo, aprendidas a través de la observación.

Fundamentales en este punto son la influencia y modelos de la familia y de los grupos de pares o de pertenencia del individuo (Feuchtman, 2004).

- **Factores ambientales de riesgo:** se han identificado una serie de factores ambientales que considerados como factores de riesgo para desarrollar una adicción (Barlow et al., 2001; Barley, 1999; Clayton, 1992; Guajardo et al., 2003; citado en Feuchtman, 2004): situación socioeconómica precaria, deserción escolar o bajo nivel de escolaridad, embarazo juvenil precoz, historia familiar de consumo, antecedentes de intentos de suicidio, aislamiento social, etc.
- **Repertorio Conductual y Habilidades Sociales:** El Modelo Integrativo Supraparadigmático plantea “la conducta pulsante que la persona despliegue en su ambiente estará íntimamente asociada a su nivel de satisfacción y aumentara las posibilidades de éxito en interacción con el mundo (Opazo, 2001). En poblaciones de adictos se ha visto que uno de los factores predisponentes al consumo de drogas sería la pobre percepción de las consecuencias de la conducta a largo plazo; sólo habría una percepción a corto plazo del consumo y de los efectos buscados, no así de las consecuencias a corto plazo (Guajardo et al., 2003).

3.3 Aportes del Paradigma Afectivo a la problemática de las Adicciones

El paradigma afectivo aduce a que las motivaciones, emociones y sentimientos pueden ejercer una influencia causal en la génesis y/o mantención de pensamientos, afectos y conductas (Opazo, 2001).

El uso de drogas ha sido considerado como una estrategia de alivio para un sinnúmero de afectos, en especial a los relacionados con la depresión, la ansiedad y la agresividad. El consumo de drogas está íntimamente relacionado con la búsqueda de placer, además el consumo se asocia al alivio de sentimientos de vacío asociados a la falta de sentido vital y pérdida de trascendencia (Feuchtman, 2004).

3.4 Aportes del Paradigma Cognitivo a la problemática de las Adicciones

El paradigma cognitivo plantea que eventos, procesos y estructuras cognitivas pueden tener repercusiones o una influencia causal en otros pensamientos, efectos o conductas (Opazo, 2001).

Entre los factores del paradigma cognitivo más asociados al consumo de drogas se encuentran las creencias pro consumo o aquellas creencias que, ya sea por influencia cultural, del grupo de pares o a través de mitos sociales, validan de alguna manera el consumo de determinadas drogas.

Los dependientes a sustancias tienen pensamientos e ideas con alta irracionalidad cognitiva, que justifican el consumo, generan creencias acerca del efecto inocuo de determinadas sustancias en el organismo, lo que refuerza la búsqueda y consumo de determinadas drogas. El funcionamiento cognitivo de sujetos dependientes de sustancias está marcado por una serie de distorsiones y sesgos cognitivos como: pensamiento todo-nada, atención selectiva, sobregeneralización, etc. (Beck et al., 1999; Graña, 1996; Guajardo et al., 2003; Santander, 1999; citado en Feuchtmann, 2004).

3.5 Aportes del Paradigma Inconsciente a la problemática de las Adicciones

El paradigma inconsciente apunta a que procesos psicológicos que ocurran fuera de la conciencia de la persona pueden influir en los pensamientos, afectos y conductas (Opazo, 2001).

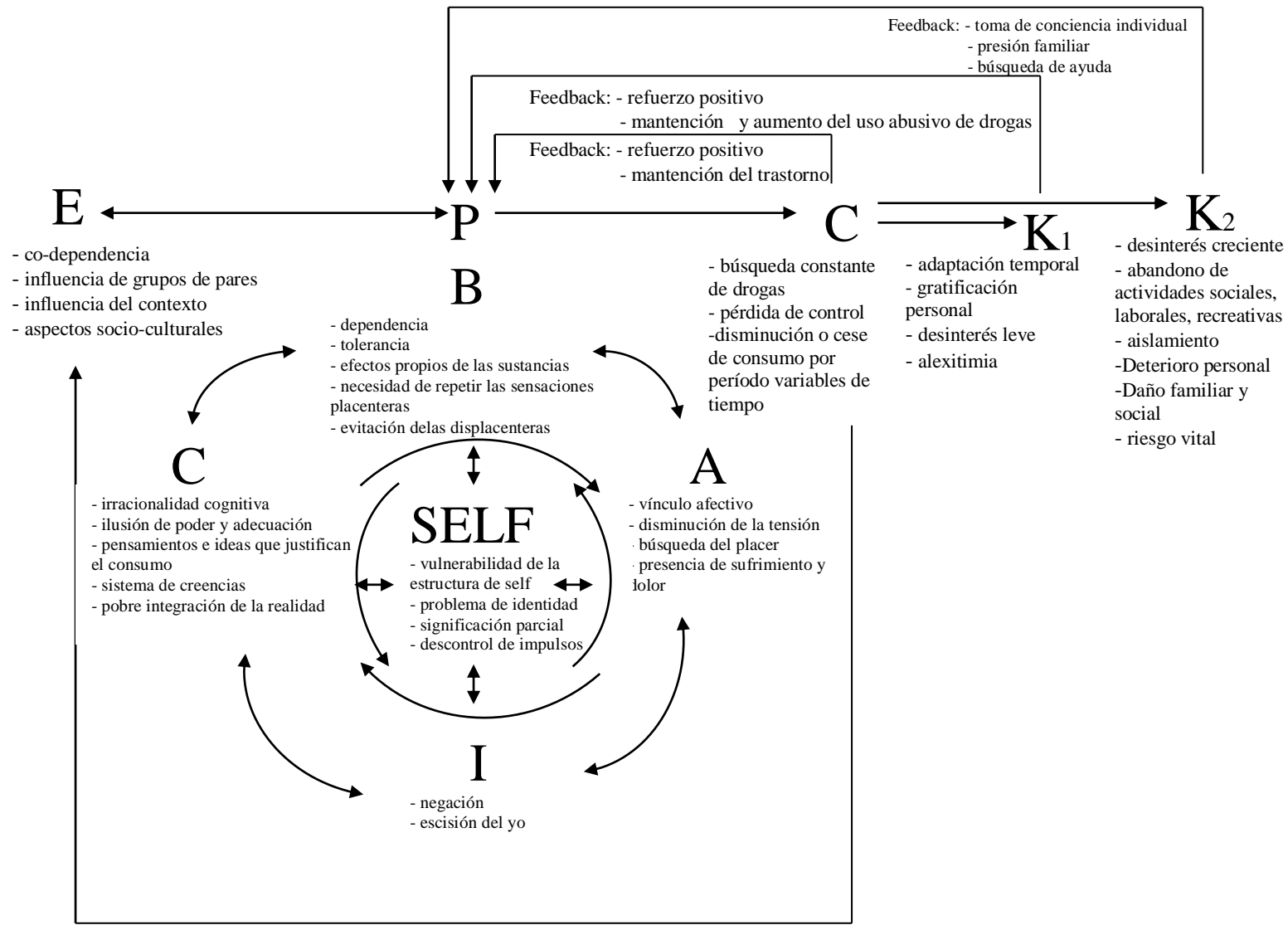
Una característica propia de pacientes adictos es el uso de mecanismos defensivos (en términos psicodinámicos) como la negación y la minimización (Feuchtmann et al., 1999; Jonson, 1999; Santander, 1999; en Feuchtmann, 2004). Estos mecanismos estarían al servicio de la mantención del consumo y generarían y reforzarían en el adicto sentimientos de omnipotencia que compensarían de alguna manera los déficit a nivel de autoimagen y autoestima. Además, se plantea que la búsqueda de sentimientos de omnipotencia a través de la droga sería para compensar de cierta forma fallas en los vínculos afectivos primarios (Clayton, 1992; Feuchtmann et al., 1999; Jonson, 1999; citado en Feuchtmann, 2004).

3.6 El Sistema Self en las Adicciones

El sistema Self en el Modelo Integrativo Supraparadigmático (Opazo, 2001), es el sistema integrador y regulador de los diferentes paradigmas (biológico, cognitivo afectivo, etc.) que influyen en la génesis y mantención de la manera de pensar, sentir y actuar individual. Además de su rol integrador, el sistema Self otorga la capacidad de significación de la experiencia, la capacidad de controlar la conducta y es el eje que determina la identidad personal (Opazo, 2001).

La mayoría de los estudios con respecto a las drogodependencias corroboran el hecho de que la disposición al uso compulsivo de drogas y la existencia de situaciones de privación sensorio – afectivas tempranas en la primera infancia están muy relacionadas con una pobre construcción del sentido de si mismo, facilitando encontrar en el uso de drogas tal significación (Santander, 1999; citado en Feuchtman, 2004). El consumo dependencia a sustancias afectan y vulneran la estructura del Self, el cual en forma circular permite que se continúe y agrave el trastorno.

MODELO INTEGRATIVO EN EL PROCESO DE ABUSO Y ADICCIÓN



4. Modelo Integrativo Supraparadigmático y Desarrollo Personal

Es un hecho que la evolución humana se ha desarrollado de manera progresiva a lo largo de los años, muestra clara de ello es la complejidad que ha adquirido nuestro cerebro, el cual “nos ha permitido acceder a necesidades y motivaciones cada vez mas diferenciadas, a emociones cada vez más elaboradas y a conocimientos cada vez más complejos y abstractos” (Opazo, R., 2004).

En este largo recorrido el ser humano ha sabido como satisfacer sus necesidades básicas y primordiales, pero aún así no podemos decir que ya no necesitamos nada, por el contrario cada vez nuestras necesidades se han hecho más complejas y diversificadas.

Dentro de esta conjunto de necesidades aparece frecuentemente la búsqueda de nuestro propio desarrollo personal, pero que entendemos por desarrollo personal.

Diversos autores han conceptualizado este término, “para Sigmund Freud el desarrollo personal se relaciona con una ampliación de los campos de conciencia, con una reducción de los conflictos que generan ansiedad y con una relación armónica entre las instancias psíquicas” (Opazo, R., 2004).

Desde la perspectiva de Abraham Maslow, cada persona se esfuerza por alcanzar la salud, crecer o realizar su potencialidad humana. El desarrollo personal conlleva un tránsito hacia peldaños cada vez más elevados en la jerarquía de necesidades de la persona. (Opazo, R., 2004).

Según Carl Rogers, las personas tenemos una tendencia natural hacia el crecimiento personal y la autorrealización. Para él, la autorrealización implica la tendencia a desarrollar al máximo todas las capacidades que sirven para conservar o potenciar el organismo. (Opazo, R., 2004).

Para Philip Lersch la persona adulta busca el desarrollo pleno de sus potencialidades. Desde su óptica, el hombre nunca puede ser completamente hombre cuando vive en la soledad de su yo. De ahí la importancia del amor – en sus diversos sentidos -, el cual implica existir para el otro y para ayudar al otro en su desarrollo pleno (Opazo, R., 2004).

Queda claro entonces que diversos autores se han referido al tema, poniendo cada uno el énfasis a su manera. Tal ha sido la importancia que ha alcanzado el desarrollo

personal, que ha repercutido incluso en el concepto de salud mental, sufriendo serias modificaciones.

Ya en 1946 la Organización Mundial de la Salud señalaba que la salud no implica simplemente ausencia de enfermedad, sino también presencia de bienestar. En 1962, la Federación Mundial para la Salud Mental definió la salud como un estado que permite el óptimo desarrollo físico, intelectual y afectivo del sujeto, siempre que no perturbe el desarrollo de sus semejantes. (Opazo, R., 2004).

La importancia entonces que adquiere el tema del desarrollo personal es incuestionable, ya que forma parte ineludible del bienestar psicológico del ser humano.

Opazo considera que la importancia y gravedad del tema es máxima, puesto que un pobre desarrollo personal expone al individuo a generar desajuste psicológicos recalcando que Chile presenta índices alarmantes en patología social. (Opazo, 2002; citado en Andonegui et al., 2002).

Desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático se conceptualiza el desarrollo personal de la siguiente manera: “el desarrollo en términos genéricos, implica una evolución en el tiempo, un proceso de cambio hacia niveles más complejos de organización, hacia una diferenciación de funciones y hacia mejores opciones de funcionamiento de las partes y del todo. El desarrollo personal involucra entonces procesos de cambio progresivos, en dirección positiva” (Opazo, 2002; citado en Andonegui et al., 2002).

Al recoger lo que los seres humanos valoran, es decir, aquello que aporta satisfacción, bienestar, adaptación, éxito o realización personal; este autor plantea un modelo de persona “completa” o “bien desarrollada”, donde el desarrollo personal involucra actualizar las propias potencialidades y cada persona determina qué le interesa actualizar y qué no. Desde su perspectiva los elementos patognómicos y pilares fundamentales del desarrollo personal serían: la capacidad de análisis de la realidad, capacidad para asumir compromisos afectivos profundos generadores de valores efectivamente guías de la conducta, la tolerancia a la frustración y los mecanismos de toma de decisiones. (Opazo, 2002; citado en Andonegui et al., 2002).

Opazo considera que la importancia y gravedad del tema es máxima, puesto que un pobre desarrollo personal expone al individuo a generar desajuste psicológicos recalcando que Chile presenta índices alarmantes en patología social. (Opazo, 2002 ; citado en Andonegui et al.,2002).

4.1 Paradigma Biológico y Desarrollo Personal

Desde este paradigma se hace fundamental que el individuo no tenga una predisposición biológica a lo psicopatológico. Conforme a esto se hace relevante que la persona traiga consigo un buen código genético que potencie adecuadamente lo cognitivo, afectivo y conductual.

Un paradigma biológico bien desarrollado implica entonces una disposición hacia un adecuado balance de la introversión/extroversión (Opazo, R., 2004).

De la persona dependerá como administra su biología y cómo se enfrenta con sus predisposiciones tanto positivas como negativas. (Opazo, 2002; citado en Andonegui et al., 2002).

4.2. Paradigma Ambiental/Conductual y Desarrollo Personal

Se destaca aquí, que un ambiente favorecedor de desarrollo personal será aquel que entregue estímulos poco estresante, junto con la ausencia de eventos traumáticos.

El desarrollo personal también se verá favorecido en la medida que la persona logre interactuar con ambientes variados y completos, los cuales probablemente satisfacerán las necesidades de la persona.

Dado que la persona puede elegir parcialmente su ambiente y activarlo en mejor o peor forma, es importante que lo elija y active bien. En consecuencia, una persona psicológicamente bien desarrollada tendrá capacidad de decisión como para elegir bien su ambiente, un repertorio conductual completo como para activarlo bien. (Opazo, R., 2004).

4.3 Paradigma Cognitivo y Desarrollo Personal

Si entendemos la realidad como un continuo, una persona bien desarrollada desde lo cognitivo será aquella que pueda acercarse a un buen análisis de la realidad, que atienda indistintamente a lo positivo y a lo negativo, sin maximizar ni minimizar ninguna de ellas, es decir, que no presente pensamiento en términos polares ni dicotómicos.

Una persona cognitivamente bien desarrollada se plantea autoexigencias razonables y guiadoras, predominando el “qué diré” sobre el “qué dirán”, presenta flexibilidad para atribuir con precisión sus éxitos y fracasos y una adecuada capacidad de autocritica y de tolerancia a la crítica. (Opazo, 2002; citado en Andonegui et al., 2002).

4.4 Paradigma Afectivo y Desarrollo Personal

Para un buen desarrollo personal se hace necesario que la persona tenga un variado y completo repertorio afectivo. A su vez se hace importante un equilibrio entre lo cognitivo y lo afectivo, ya que así las cogniciones orientan los afectos y los afectos energizan las cogniciones.

Desde el Modelo se enfatiza la importancia de la capacidad para asumir compromisos afectivos profundos, de largo plazo, y enfatiza el logro de un buen balance entre emoción y sentimiento. Lo intenso y pasajero debe ecualizarse con lo profundo y duradero de una persona afectivamente bien desarrollada. Y una persona “bien” desarrollada es capaz de disfrutar de muchas experiencias que no requieren ser muy impactantes. Se valora la capacidad para disfrutar de las pequeñas cosas. (Opazo, 2002; citado en Andonegui et al., 2002).

4.5 Paradigma Inconsciente y Desarrollo Personal

Para que una persona se desarrolle adecuadamente en esta área deberá ser capaz de ampliar su campo de conciencia y ser mínimamente influenciada por el inconsciente.

Desde el Modelo, una persona estará mejor desarrollada en la medida que esté más consciente de lo que piensa y siente, de sus cualidades y defectos, de lo que busca y

de lo que teme. Los hechos conscientes pueden ser evaluados, valorados o combatidos. Los hechos inconscientes pueden pasar a constituirse en enemigos anónimos, una especie de cáncer psicológico que actúa desde las sombras. (Opazo, 2002; citado en Andonegui et al., 2002).

4.6 Sistema Self y Desarrollo Personal

Desde el Modelo Integrativo se propone una serie de paradigmas, a saber, biológico, cognitivo, afectivo, ambiental/conductual, inconsciente y sistémico. El sistema SELF más que enfatizar un paradigma en especial, enfatiza el funcionamiento psicológico de la persona como totalidad.

El sistema SELF esta constituido por una serie de funciones (identidad, autoorganización, significación, control conductual y búsqueda de sentido) las cuales comprometen a la persona como un todo.

A través del SELF podemos transformarnos en buenos o malos conductores de nuestra propia vida. Nuestra biología, pensamientos, afectos y ambiente pueden influir al SELF, pero es éste quien finalmente tiene la última palabra. Podría decirse que un sistema SELF fuerte y bien desarrollado posibilita mejores opciones de libertad personal. (Opazo, 2002; citado en Andonegui et al., 2002).

5. Comunidad Terapéutica

La Comunidad Terapéutica es fundamentalmente una estrategia de autoayuda, desarrollada en un principio en un marco independiente de la psiquiatría, la psicología y la medicina convencionales. Hoy, sin embargo, se vislumbra más como una modalidad compleja de servicios humanos que atiende a una diversidad de poblaciones y con un alto nivel de desarrollo de la investigación que se ocupa de ella. Su estrategia básica es tratar a las personas en su totalidad a través de comunidades de personas con los mismos problemas de adicción ya rehabilitados (monitores, consejeros).

Desde una mirada tradicional, las comunidades terapéuticas se han caracterizado por el formato de etapas en sus programas de rehabilitación y tratamiento. El formato de las etapas se basa en la perspectiva y la metodología propias de la Comunidad

Terapéutica, en donde la modificación multidimensional del individuo se desarrolla como un proceso de aprendizaje evolutivo que se descompone en etapas de modificación progresiva. Para los residentes las modificaciones del estilo de vida y de su identidad son objetivos abstractos, distantes e inalcanzables. De hecho, luchan por superar cada día y cada hora sin vacilar ante las rutinas más sencillas (De León, 2004).

Las etapas del programa definen puntos concretos del **logro de objetivos** basados en las expectativas explícitas de la comunidad. El final de cada etapa está marcado por las conductas y actitudes esperadas para ese punto del proceso. El logro del objetivo de cada etapa constituye en sí mismo un refuerzo social explícito para la modificación del residente.

El formato en etapas **distribuye el aprendizaje** y la formación en partes manejables. La información se transmite en pequeñas cantidades y se repite de varias maneras para asegurar que ha sido procesada correctamente por el individuo. Proporciona una estructura para que los residentes practiquen lo que están aprendiendo, y les permite volver a empezar cuando vacilan o titubean.

El formato en etapas facilita la **evaluación** por parte del personal y los residentes del punto en que cada individuo se encuentra, a través de la medición del alcance logrado, en relación con las expectativas de modificación del programa (De León, 2004).

Hay que destacar que el modo en que los individuos cambian a través de su paso por las distintas etapas del programa, depende de su participación en las actividades de la vida comunitaria.

Desde la mirada del Consejo para el Control de Estupefacientes (CONACE) en nuestro país, existen programas de rehabilitación residencial a corto y a largo plazo. Los primeros suelen incluir un plan de desintoxicación en la primera etapa y duran de 30 a 90 días.

Los programas a largo plazo, por lo general no comprenden la abstinencia con supervisión médica y duran de seis meses a un año. El modelo más común de rehabilitación residencial a largo plazo es la “Comunidad Terapéutica”.

Los servicios de rehabilitación residencial tienen varias características en común: vida comunitaria con otros dependientes en recuperación; asesoramiento individual y en grupo para prevenir recaídas; gestión de los casos en forma individual; desarrollo de la

capacidad para enfrentar la vida cotidiana; formación y experiencia laboral; servicios de vivienda y reinstalación y apoyo al postratamiento o seguimiento.

Por lo general, se usa una metodología análoga a la de los grupos de ayuda mutua, tales como Narcóticos Anónimos y Cocainómanos Anónimos. Algunos de esos programas disponen de hogares intermedios o de transición, que son espacios colectivos semi independientes, situados generalmente cerca del lugar donde se administra el programa residencial principal (CONACE, 2006).

En esos hogares se ofrece al grupo la posibilidad de prepararse para regresar a la comunidad y, al mismo tiempo, se le sigue dando el apoyo institucional que necesita.

En nuestro país, existen 44 centros acreditados que ofrecen planes estructurados residenciales a largo plazo. Los dispositivos intermedios, como hogares de transición, casas a medio camino, etc., son muy escasos y son un desafío aún pendiente.

La comunidades terapéuticas utilizan el plan residencial, el cual está orientado a personas con abuso o dependencia a drogas ilegales, con/sin patología psiquiátrica grave previamente compensada, con compromiso biopsicosocial severo (múltiples tratamientos previos y reincidencia, consumo y/o tráfico en miembros de la familia, sin red de apoyo familiar ni social, con trastorno psiquiátrico severo, además de profunda autopercepción de inoperancia e improductividad).

Es un plan que ofrece atención de 24 horas diarias, con días cama, con régimen de actividades o prestaciones similares al plan ambulatorio intensivo, más actividades de fin de semana, con prestaciones individuales, grupales y familiares, realizadas por un equipo multiprofesional y técnicos en rehabilitación acreditados. Con una duración estimada de 12 meses (CONACE, 2006).

Los objetivos de la Comunidad Terapéutica son los siguientes:

- Realizar un diagnóstico clínico y una evaluación del grado de compromiso biopsicosocial.
- Definir un plan de intervención de acuerdo al diagnóstico y realizar intervenciones terapéuticas y educativas, dirigidas a la persona afectada como a sus familiares.
- Intervenir y acompañar en el proceso de motivación al cambio.
- Intervenir en los factores que facilitan y mantienen el consumo.

- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
- Intervenir con estrategias de prevención de recaídas.
- Reeducar habilidades sociales.
- Fomentar la reinserción social.
- Reestructurar estilos de vida.
- Realizar seguimiento post alta.
- Dar de alta y referir a la red de atención de salud que corresponda.

El plan de tratamiento residencial incluye el día cama en la comunidad terapéutica residencial. Corresponde cobrar esta prestación cuando el beneficiario permanezca en una instancia comunitaria con alojamiento y vivienda habilitada para albergar personas con problemas de drogas y que cuenten con la debida acreditación del Servicio de Salud correspondiente a su jurisdicción.

Esta prestación incorpora un plan de seguimiento, el cual incluye visitas domiciliarias, consultas de salud mental, intervenciones grupales y familiares, por un período no menor a 3 meses.

La duración máxima es de 10 meses (estimada) y la frecuencia de asistencia corresponde a 7 días por semana, 24 horas cada día (permite permisos los fines de semana u otros similares) (CONACE, 2006).

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA

1. Tipo de Diseño

El presente estudio comprende un diseño de tipo no experimental, específicamente un estudio descriptivo exploratorio, transversal, correlacional y con intencionalidad de los sujetos de estudio.

Es descriptivo exploratorio, ya que muestra como se distribuye, en una muestra específica de sujetos, ciertas características poco exploradas que son propias de los sujetos de estudio.

Es transversal, ya que se realiza una sola medición en un momento determinado.

Es correlacional, ya que se describen las relaciones entre dos o más variables; en este caso se relaciona las variables sociodemográficas y las características psicológicas (FECI), y las características psicológicas entre sí.

La muestra es intencionada, ya que corresponde a sujetos que residen en Comunidades Terapéuticas de la V Región, y que se encuentran en tratamiento.

2. Variables en Estudio

2.1 Variables Sociodemográficas

Tabla N° 16: Definición Conceptual y Operacional de Variables Sociodemográficas

Variable	A. Definición Conceptual	B. Definición Operacional
1. Edad	Años de vida cronológico	Datos arrojados por la Ficha de Antecedentes. Número entre 0 y 51
2. Estado Civil	Condición del sujeto que indica si es casado, soltero, separado o conviviente.	Datos arrojados por la Ficha de Antecedentes. Soltero, Casado, Separado o Convive
3. Escolaridad	Conjunto de cursos que cada uno de los sujetos ha seguido en una institución educacional	Datos arrojados por la Ficha de Antecedentes. Ens. Básica, Media o Superior
4. Ingreso Socioeconómico Familiar	Suma del dinero recibido por cada una de las personas que integran el grupo familiar.	Datos arrojados por la Ficha de Antecedentes. \$ 0 - \$ 200.000, \$ 200.000 – \$ 400.000, \$ 400.000 – \$ 1.000.000
5. Policonsumo (N° de Drogas)	Número de drogas o sustancias que los sujetos han consumido durante su vida.	Datos arrojados por la Ficha de Antecedentes. 1 -3, 4 – 6, 7 - 9
6. Días de Tratamiento	Tiempo que cada uno de los sujetos ha residido dentro de la comunidad terapéutica.	Datos arrojados por la Ficha de Antecedentes. 0 - 70 días, 71 – 140 días y 141 – 220 días

2.2 Variables de Estudio

Tabla N° 17: Definición Conceptual y Operacional de Variables de Estudio

Variable	A. Definición Conceptual	B. Definición Operacional
1. Neuroticismo	Dimensión de la personalidad referida, dentro de un continuo, al nivel de emotividad o ansiedad del sujeto versus su nivel de estabilidad emocional.	Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Neuroticismo del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), incluido en el FECCI.
2. Extroversión-Introversión	Dimensión de la personalidad referida al tipo de orientación del sujeto hacia el mundo, ya sea externa o interna.	Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Extroversión del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), incluido en el FECCI.
3. Psicoticismo	Dimensión de la personalidad referida al grado de psicopatía, agresividad, terquedad e impulsividad presentadas por el sujeto.	Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Psicoticismo del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), incluido en el FECCI.
4. Mentira	Escala que determina el nivel de veracidad de las respuestas que la persona evaluada entrega en la prueba (EPQ).	Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala L del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), incluido en el FECCI.
5. Autoimagen	Percepción que la persona tiene de sí misma en relación a características físicas y/o estéticas, seguridad, simpatía, responsabilidad, estabilidad, inteligencia, trabajo y éxito.	Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Autoimagen, incluido en el FECCI.
6. Autoestima	Estimación o valoración que la persona hace de la percepción que tiene de sí misma; quererse a si mismo; grado en que una persona se acepta o se rechaza.	Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Guttman (Autoestima), incluida en el FECCI.
7. Autoeficacia	Autoevaluación de expectativas que tiene el sujeto acerca de la	Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de

	posibilidad de alcanzar determinadas metas exitosamente en relación a las siguientes áreas: social, sexual, relaciones de pareja, intelectual y laboral.	Autoeficacia, incluida en el FECl.
8. Asertividad	Capacidad de una persona de expresar directa y adecuadamente sus opiniones y sentimientos (tanto positivos como negativos) en cualquier situación social. ¹	Puntuación obtenida por el sujeto en el Cuestionario de Asertividad de Spencer Rathus, incluido en el FECl.
9. Satisfacción Matrimonial	Grado de satisfacción, en la vida de pareja, en cuanto a los siguientes aspectos: comunicación, amor mutuo, vida sexual, relación con las respectivas familias de origen, intereses comunes, capacidad para manejar dificultades y conflictos, procedimiento de toma de decisiones, manejo de dinero, capacidad para entretenerse juntos, vida social conjunta, valores comunes, fidelidad. ²	Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Satisfacción Matrimonial, incluida en el FECl.
10. Satisfacción de Necesidades	Grado en que algunas necesidades de los seres humanos (básicas, sexuales, necesidad de ser querido, de logro, de prestigio, de compañía y contacto social, necesidad de esparcimiento, de saber, de amor, y de trascendencia) se encuentran satisfechas en ese momento de la vida del sujeto. ³	Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Satisfacción de Necesidades, incluida en el FECl.
11. Ansiedad	Autorreporte de la presencia de síntomas asociados a la	Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de

¹ Fuente: Rathus, Spencer

² Fuente: Opazo y cols.

³ Fuente: Opazo y cols.

	ansiedad, tales como: problemas de atención y concentración, problemas de memoria, mareos, diarreas, transpiración de las manos, oncofagia, temblor de manos, bruxismo, comer en exceso, sequedad bucal, ideas obsesivas, fatigarse fácilmente, miedos fóbicos, angustia, insomnio, pesadillas, cefaleas, taquicardia, hipocondría, impotencia, frigidez y eyaculación precoz.	Síntomas, incluida en el FECCI (b. INDANS).
12. Depresión	Autorreporte de la presencia de síntomas asociados a la depresión, tales como: problemas de atención y concentración, irritabilidad, inapetencia, poco deseo sexual, fatigarse fácilmente, insomnio, exceso de sueño, llanto, pena, aburrimiento, sentimientos de culpa, desánimo, ideas de suicidio, baja en la capacidad para disfrutar, reacción a la frustración con tristeza, evaluación de ser poco feliz en el momento actual.	Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Síntomas, incluida en el FECCI (a. INDEPRE).
13. Alexitimia	Dificultad en la percepción, control, expresión y verbalización de los afectos. ⁴	Puntuación obtenida por el sujeto en la Sub-escala Toronto Alexitimia, incluida en el FECCI.
14. Tolerancia a la Frustración	Reacción del sujeto y/o manera en la que se enfrenta el sujeto a desilusiones o situaciones que no se cumplen, es decir, si el sujeto reacciona con tensión, con rabia, con tristeza, o con desánimo y pena frente a las frustraciones.	Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Tolerancia a la Frustración, Incluida en el FECCI.

⁴ Fuente: Taylor et al. (T.A.S)

15. Irracionalidad Cognitiva	Presencia de creencias irracionales o cogniciones disfuncionales que se caracterizan por ser inconsistentes en su lógica, inconsistentes con la realidad empírica, absolutista y dogmática, producen emociones perturbadoras y no ayudan a lograr los objetivos. ⁵	Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Irracionalidad Cognitiva, incluida en el FECI.
16. Perfeccionismo	Actitud que tiende a la perfección propia o exige la ajena, y de la persona que la adopta. ⁶	Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Perfeccionismo, incluida en el FECI.
17. Gambrill y Ritchie	Nivel de ansiedad ante situaciones sociales. Nivel de ansiedad social y discomfort emocional. Grado de perturbación emocional frente a diferentes situaciones sociales.	Puntuación obtenida por el sujeto en la Sub-Escala Gambrill y Ritchie, incluida en el FECI.
18. Repertorio Conductual	Nivel de adecuación social en relación al comportamiento con otras personas (conductas sociales).	Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Conductas Sociales, incluida en el FECI.
19. Organicidad	Presencia de indicadores de alteraciones orgánicas, por ejemplo: tipo de parto, problemas del desarrollo, traumatismo encéfalo craneano (TEC), etc., que predisponen biológicamente al sujeto para ciertas conductas.	Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Organicidad incluida en el FECI.

⁵ Fuente: Apuntes de clases, Profesor Francisco Albornoz.

⁶ Fuente: Diccionario Enciclopédico Ilustrado. Océano Uno.

3. Sujetos de Estudio

Los sujetos de estudio seleccionados para la muestra son residentes de las Comunidades Terapéuticas de la V Región.

La muestra esta constituida por 23 hombres entre 20 y 52 años de edad, que estén insertos en las comunidades entre los meses de Junio y Septiembre del 2006.

Los criterios básicos de eliminación serán los siguientes:

- A. Sujetos analfabetos
- B. Sujetos que se nieguen a participar del estudio
- C. Sujetos con D.O.C.
- D. Sujetos con Retardo Mental.

4. Instrumentos de Recolección de Datos

En el presente estudio se utilizarán dos instrumentos de medición, a saber: Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) y Ficha de Antecedentes.

4.1 Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI)

La Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) es un cuestionario de auto-reporte de administración individual. La mayor parte de las escalas presentes en el FECI fueron diseñadas por profesionales del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa ICPSI (ansiedad, depresión, irracionalidad cognitiva, repertorio de conductas sociales, autoestima, satisfacción matrimonial, satisfacción de necesidades, perfeccionismo, organicidad, escala de síntomas, autoimagen). Además de estas escalas se incluyen escalas a validadas a nivel internacional (E.P.Q de Eysenk, test de Asertividad de Rathus, Subescala Gambrill y Ritchie, Escala de Rosemberg de Autoestima, Subescala de Toronto de Alexitimia y el Cuestionario Multimodal de Historia de Vida de A. Lazarus).

El FECI aporta a la facilitación de la relación diagnostico – psicoterapia. El desglose específico de cada paradigma permite observar el funcionamiento del sujeto en esa área y establecer procedimientos terapéuticos específicos. (Opazo, 2001; en Bejer, 2003).

4.2 Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI)

La Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) es un cuestionario de auto-reporte de administración individual. La mayor parte de las escalas presentes en el FECI fueron diseñadas por profesionales del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa ICPSI (ansiedad, depresión, irracionalidad cognitiva, repertorio de conductas sociales, autoestima, satisfacción matrimonial, satisfacción de necesidades, perfeccionismo, organicidad, escala de síntomas, autoimagen). Además de estas escalas se incluyen escalas validadas a nivel internacional (E.P.Q de Eysenk, test de Asertividad de Rathus, Subescala Gambrill y Ritchie, Escala de Rosemberg de Autoestima, Subescala de Toronto de Alexitimia y el Cuestionario Multimodal de Historia de Vida de A. Lazarus).

El FECI aporta a la facilitación de la relación diagnóstico – psicoterapia. El desglose específico de cada paradigma permite observar el funcionamiento del sujeto en esa área y establecer procedimientos terapéuticos específicos. (Opazo, 2001; en Bejer, 2003).

4.1.1 Escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI)

4.1.1.1 Cuestionario de Personalidad de Eysenk

Cuestionario de autorreporte construido por Eysenk en 1970. Este cuestionario incluye cuatro escalas que evalúan las dimensiones centrales de la personalidad, de acuerdo a los postulados teóricos del autor: (N) Neuroticismo; (E) Extroversión; (P) Psicoticismo; (L) Escala L.

- Neuroticismo: Esta dimensión evalúa dentro de un continuo el nivel de emotividad o ansiedad del sujeto versus su nivel de estabilidad emocional. La confiabilidad de esta escala se estima en 0.82 (Colom, Herrera, Rebolledo, 2002).
- Extroversión – Introversión: Esta dimensión evalúa el tipo de orientación del sujeto hacia el mundo, ya sea externa o interna, respectivamente. La confiabilidad de esta escala se estima en 0.80 (Colom, Herrera, Rebolledo, 2002).

- Psicoticismo: Esta dimensión evalúa el grado de psicopatía, agresividad y terquedad presentadas por el sujeto. La confiabilidad de esta escala se estima en 0.80 (Colom, Herrera, Rebolledo, 2002).
- Escala L: Es una escala que determina el nivel de veracidad de las respuestas que la persona evaluada entrega.

El cuestionario consta de 101 ítem, los cuales deben ser respondidos en forma afirmativa (SI), o negativa (NO), de acuerdo a lo que estime cada persona.

El cuestionario de Personalidad de Eysenk ha sido ampliamente investigado y se ha constatado su capacidad para predecir los comportamientos de una persona. Estudios realizados en Chile por el ICPSI han encontrado una fuerte relación entre neuroticismo y aspectos del funcionamiento afectivo, así como también con elementos psicopatológicos (Bejer, 2003).

4.1.1.2 Escala de Autoimagen

Esta escala fue construida por profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez). Esta escala consta de 9 ítems que representan diversos rasgos en un continuo entre dos polos extremos: Físicamente atractivo – Físicamente poco atractivo; Honesto – Deshonesto; Seguro – Inseguro; Simpático – Antipático; Responsable – Irresponsable; Estable – Inestable; Inteligente – Poco inteligente; Trabajador – Flojo; Exitoso – Fracasado.

La puntuación va de 2 – 1 – 0 – 1 – 2, donde 2 es marcada acentuación hacia el rasgo, 1 tendencia hacia ese rasgo y 0 que el sujeto se ubica entre ambos polos. El sujeto debe decidir en que rango se encuentra con respecto a los rasgos. En esta escala el puntaje es directo, a mayor puntaje mayor autoimagen.

La validez es validez de contenido en cuanto guarda relación con las variables y/o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse (Bejer, 2003). La confiabilidad de esta escala se estima en 0.7170 (Bejer, 2003).

4.1.1.3 Escala Rosemberg de Autoestima

Esta escala fue construida por Rosemberg en el año 1973. Fue estandarizada en Estados Unidos en 1973 por el autor.

Es una escala de autorreporte cuyo objetivo es medir el nivel de autoestima del sujeto. Consta de 10 ítems, frente a los cuales el sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado en que está de acuerdo con cada afirmación.

El autor refiere una confiabilidad de 72% y 92%. Utiliza criterios de validez externa y todos los estudios de validez y confiabilidad se encuentran en un nivel de significación de 0,0005 (Rosemberg, 1973 citado en Opazo, 1992; en Bejer, 2003).

La escala también ha sido utilizada en una investigación nacional con 700 adolescentes chilenos y en un estudio de muestra clínica con 1200 pacientes (Alliende et al, 1988 y 1991, en Opazo, 1992; citado en Bejer, 2003). En el presente estudio se utilizan normas de corrección utilizadas en la investigación nacional.

4.1.1.4 Escala de Autoeficacia

Esta escala fue construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez), Esta escala consta de 5 ítems que abarcan las siguientes áreas: área social, área sexual, área de relaciones de pareja, área intelectual y área laboral. Frente a cada ítem el sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado en que se considera capaz de desempeñarse bien. En esta escala el puntaje es directo, a mayor puntaje mayor autoeficacia.

La validez es validez de contenido en cuanto guarda relación con las variables y/o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse (Bejer, 2003). No se han informado estudios de confiabilidad de esta escala (Bejer, 2004).

4.1.1.5 Cuestionario de Asertividad de Rathus (IAR)

El IAR fue elaborado por Rathus (1973) y comprende 30 ítems que presentan situaciones de la vida diaria que requieren de la realización de una conducta asertiva. Algunos de estos ítems considerados por Rathus se basan en las situaciones descritas en el cuestionario de Asertividad de Wolpe (1969), y de Wolpe y Lazarus (1966) (en Bejer, 2003); otros en cambio son similares a algunos ítems de las Escalas de Allport (1928), y de Guilford y Zimmerman (1956) (en Bejer, 2003).

Estos ítems considerados en el IAR, fueron complementados con otros que Rathus extrajo de diarios personales de sus estudiantes. En estos diarios ellos registraban comportamientos en los cuales hubiesen querido efectuar una conducta asertiva, pero no habían logrado hacerlo debido al miedo a las consecuencias sociales negativas y debido al temor a ser rechazados o marginados (Bejer, 2003).

Frente a cada uno de los 30 ítems del IAR se le pide a la persona que responda con una puntuación que va desde + 3 a - 3, es decir, desde "muy característico" a "definitivamente no característico". Los sujetos que obtienen puntajes negativos son considerados no asertivos, a diferencia de los sujetos asertivos que obtienen puntajes positivos. Los puntajes máximos que se pueden obtener en esta escala, van de - 90, para un sujeto extremadamente no asertivo, a +90, para un sujeto extremadamente asertivo (Bejer, 2003).

Confiabilidad

La confiabilidad "test - retest" del IAR fue establecida por Rathus (1973) quien administró el instrumento a una muestra de 68 estudiantes universitarios de ambos sexos, cuyas edades fluctuaban entre los 17 y 27 años, en dos períodos de tiempo diferentes con dos meses de intervalo. Los resultados proporcionaron un coeficiente de correlación producto – momento de Pearson, entre los puntajes pre y post test de 0,78, indicando una estabilidad entre moderada y alta, y prácticamente idéntica si se la compara con el análisis de la confiabilidad por mitades que reportó una correlación de 0,77. (Rathus, 1973; en Bagladi, 2003; citado en Bejer, 2003).

Validez

La validez del IAR fue establecida por su autor en dos estudios publicados junto con el inventario (1973).

En el primer estudio de validez se compararon los puntajes obtenidos por 67 sujetos en el IAR, con dos mediciones externas de asertividad realizadas por los examinadores. Estos últimos evaluaban a cada sujeto de acuerdo con la técnica del diferencial semántico de Osgood, Succi y Tannenbaum (1957). Se obtuvo un coeficiente de correlación que varió entre 0,61 y 0,33 para los diferentes factores que componían la escala de los 17 ítems, lo

que indica que los puntajes del IAR sirven como indicadores válidos de la asertividad (Rathus, 1973; citado en Bejer, 2003).

En el segundo estudio, Rathus (1973) determinó la validez del IAR comparando los puntajes de 47 estudiantes universitarios mujeres en el Inventario, con sus respuestas a cinco preguntas sobre el comportamiento que presentarían en situaciones en las cuales era conveniente comportarse asertivamente. Los resultados reportaron un coeficiente de correlación de 0,70, lo que indica que los puntajes del IAR son válidos (Bejer, 2003).

Estudios similares a los anteriores han realizado Vaal (1975), Rathus y Navid (1977), Harrison y Brown (1979) y Hesnberg y Harrison (1980), obteniendo puntajes de validación que oscilan entre una correlación de 0,60 a 0,80, lo que corrobora los resultados iniciales de Rathus (1973) (en Bejer, 2003).

4.1.1.6 Escala de Satisfacción Matrimonial

Esta escala fue construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez). La escala cuenta de 12 ítems en los cuales se evalúan aspectos de la vida en pareja (comunicación, amor mutuo, vida sexual, relación con las respectivas familias de origen, intereses comunes, capacidad para manejar dificultades y conflictos, procedimiento de toma de decisiones, manejo de dinero, capacidad para mantenerse juntos, vida social conjunta, valores comunes, fidelidad); en esta escala el sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado de satisfacción de estos ítems en la vida de pareja. La evaluación va desde 1 a 5, donde 1 es "muy insatisfecho" y 5 es "muy satisfecho". En esta escala el puntaje es directo, a mayor puntaje mayor satisfacción matrimonial.

La validez es validez de contenido en cuanto guarda relación con las variables y/o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse (Bejer, 2003). La confiabilidad de esta escala se estima en 0.8050 (Bejer, 2003).

4.1.1.7 Escala de Satisfacción de Necesidades

Esta escala fue construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez). La escala consta de 10 ítems que explicitan algunas necesidades de los seres humanos (necesidades básicas, necesidades sexuales, necesidad de

ser querido, necesidad de logro, necesidad de prestigio, necesidad de compañía y contacto social, necesidad de esparcimiento, necesidad de saber, necesidad de amor, y necesidad de trascendencia), en los cuales el sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado en que dicha necesidad se encuentra satisfecha en ese momento de la vida. La evaluación va desde 1 a 5, donde 1 es "muy insatisfecho" y 5 es "muy satisfecho". En esta escala el puntaje es directo, a mayor puntaje mayor satisfacción de necesidades.

La validez es validez de contenido en cuanto guarda relación con las variables y/o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse (Bejer, 2003). La confiabilidad de esta escala se estima en 0.8742 (Bejer, 2003).

4.1.1.8 Escala de Ansiedad

Esta escala fue construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez). La escala consta de diversos ítems que evalúan los síntomas asociados a la ansiedad, para lo cual se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) y posteriormente fue modificada de acuerdo al DSM - IV por Opazo, Allende, Bagladi y Guajardo. Entre los síntomas encontramos: Problemas de atención y concentración, problemas de memoria, mareos, diarreas, transpiración de las manos, oncofagia, temblor de manos, bruxismo, comer en exceso, sequedad bucal, ideas obsesivas, fatiga, miedos fóbicos, angustia, insomnio, pesadillas, cefaleas, taquicardia, hipocondría, impotencia, frigidez, eyaculación precoz. En esta escala el puntaje es directo, a mayor puntaje mayor nivel de ansiedad (Bejer, 2003). No se han informado estudios de confiabilidad de esta escala (Bejer, 2004).

4.1.1.9 Escala de Depresión

Esta escala fue construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez). La escala consta de diversos ítems que evalúan los síntomas asociados a la depresión, para lo cual se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) y posteriormente fue modificada de acuerdo al DSM – IV por Opazo, Allende, Bagladi y Guajardo. Entre los síntomas encontramos: problemas de atención y concentración, irritabilidad, inapetencia, poco deseo sexual, fatiga, insomnio, exceso de sueño, llanto, pena, aburrimiento, sentimientos de culpa,

desánimo, ideas de suicidio, baja capacidad de disfrutar, reacción de tristeza ante la frustración, evaluación de infelicidad del momento actual. En esta escala el puntaje es directo, a mayor puntaje mayor nivel de depresión (Bejer, 2003). No se han informado estudios de confiabilidad de esta escala (Bejer, 2004).

4.1.1.10 Escala de Alexitimia de Toronto (T.A.S.)

Es una escala de autorreporte construida por Taylor et al. en 1985 en la universidad de Toronto, Canadá.

En Chile no existe estandarización ni adaptación del test. En Uruguay fue adaptada y estandarizada por Rodrigo et al. en el año 1988. De acuerdo a sus investigaciones, los datos recogidos presentan confiabilidad (0.080 aproximado y $r = 0.83$ con $p < 0.0001$) y validez convergente y divergente (Bejer, 2003).

4.1.1.11 Escala de Tolerancia a la Frustración

Esta escala fue construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez). La escala consta de 4 ítems, que apuntan a la reacción del sujeto frente a las frustraciones (reacciona con tensión, reacciona con rabia, reacciona con tristeza, reacciona con desanimo y pena); en éstas el sujeto debe marcar el número que mejor representa sus reacciones frente a la frustración. La evaluación va desde 1 a 5, donde 1 es “poco” y 5 es “mucho”. En esta escala el puntaje es inverso, es decir alto puntaje indica baja tolerancia a la frustración y bajo puntaje indica alta tolerancia a la frustración.

La validez es validez de contenido en cuanto guarda relación con las variables y/o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse (Bejer, 2003). La confiabilidad de esta escala se estima en 0.7617 (Bejer, 2003).

4.1.1.12 Escala de Irracionalidad Cognitiva

Esta escala fue construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez). La escala consta de 12 ítems, que plantean un conjunto de afirmaciones o creencias frente a las cuales el sujeto debe marcar el número

que mejor representa el grado en que cada afirmación es aplicable a él. La evaluación va desde 1 a 5, donde 1 es “poco” y 5 es “mucho”, en esta escala los puntajes son directos, a mayor puntaje mayor irracionalidad cognitiva.

La validez es validez de contenido en cuanto guarda relación con las variables y/o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse (Bejer, 2003). No se han informado estudios de confiabilidad de esta escala (Bejer, 2004).

4.1.1.13 Escala de Perfeccionismo

Esta escala fue construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez). Esta escala consiste en diversos ítems del FECI que abarcan los diferentes subsistemas (algunos rasgos de personalidad, sistema cognitivo y sistema afectivo). En esta escala los puntajes son directos, a mayor puntaje mayor perfeccionismo.

La validez es validez de contenido en cuanto guarda relación con las variables y/o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse (Bejer, 2003). La confiabilidad de esta escala se estima en 0.7369 (Bejer, 2003).

4.1.1.14 Sub – Escala de Gambrill y Ritchie

Esta escala es parte del Inventario de Asertividad confeccionado por Gambrill y Ritchie en 1975, consiste en un inventario de autoinforme sobre ansiedad ante situaciones sociales. Esta sub – escala evalúa ansiedad social y discomfort emocional. Consta de 18 ítems en los cuales el sujeto evalúa su grado de perturbación emocional frente a diferentes situaciones; esto lo hace anotando un número entre 1 y 5, donde 1 es “poca perturbación” y 5 “muchas perturbación”.

La validez del inventario de Asertividad ha sido puesta en duda ya que el formato de respuesta múltiple del inventario ha sido cuestionado, alegando a que puede confundir al que responde y/o aumentar la cantidad de tiempo y esfuerzo que se necesita para completar la prueba. La confiabilidad test – retest de la sub – escala utilizada en el FECI es de 0.87. (García, 2003; citado en Bejer, 2003).

4.1.1.14 Escala Repertorio Conductual

Esta escala fue construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez). La escala consta de 14 ítems que enumeran diversas conductas relacionadas con el comportamiento con otras personas; el sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado en que cada afirmación es aplicable a él. La evaluación va desde 1 a 5, donde 1 es “poco” y 5 es “mucho”. En esta escala el puntaje es directo, es decir mayor puntaje, mayor repertorio conductual.

La validez es validez de contenido en cuanto guarda relación con las variables y/o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse (Bejer, 2003).

4.1.1.15 Escala de Organicidad

Esta escala fue construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez)., consiste en diversos ítems del FECI, que evalúan los diferentes indicadores de alteraciones orgánicas, por ejemplo: tipo de parto, problemas del desarrollo, TEC, etc.. En esta escala los puntajes son directos, a mayor puntaje mayor grado de organicidad (Bejer, 2003).

En cuanto a confiabilidad, no se han informado de estudios en esta escala.

4.1.2 Puntuación de las Escalas

El FECI ha sido aplicado a una muestra clínica de aproximadamente 3000 pacientes y de ésta se desprenden los siguientes rangos de puntuación.

Tabla N° 18: Puntuación de las Escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral

Escala	Bajo	Medio	Alto
Neuroticismo	0 a 10	11 a 15	16 a 22
Extroversión	0 a 9	10 a 13	14 a 20
Psicoticismo	0 a 2	3 a 4	5 a 18
Escala L	0 a 7	8 a 10	11 a 20
Autoimagen	11 a 31	32 a 36	37 a 45
Autoestima	13 a 32	33 a 39	40 a 50

Autoeficacia	5 a 17	18 a 20	21 a 25
Asertividad	-72 a -1	0 a 20	21 a 79
Satisfacción Matrimonial	12 a 36	37 a 45	46 a 60
Satisfacción de Necesidades	1 a 29	30 a 35	36 a 50
Ansiedad	0 a 4	5 a 7	8 a 21
Depresión	0 a 4	5 a 9	10 a 21
Alexitimia	14 a 30	31 a 39	40 a 66
Tolerancia a la Frustración	4 a 11	12 a 14	15 a 20
Irracionalidad Cognitiva	15 a 38	39 a 44	45 a 60
Perfeccionismo	28 a 49	50 a 57	58 a 79
Gambrill y Ritchie	18 a 44	45 a 54	55 a 86
Repertorio Conductual	14 a 45	46 a 52	53 a 70
Organicidad	0 a 9	10 a 15	16 a 46

4.2 Ficha de Antecedentes

Esta ficha fue elaborada para la ocasión y considera variables sociodemográficas, tales como Edad, Estado Civil, Escolaridad, Ingreso socioeconómico familiar, Policonsumo (número de drogas) y Días de tratamiento (Tiempo). De esta forma se pretende recopilar información acerca de las variables sociodemográficas de los beneficiarios de las Comunidades Terapéuticas de la V Región.

5. Procedimientos

El procedimiento de trabajo se divide en 6 etapas:

- A. Contacto con las Comunidades Terapéuticas: Reuniones con los equipos técnicos, con el fin de obtener la autorización para realizar el estudio en su comunidad.
- B. Contacto directo con los beneficiarios de las Comunidades Terapéuticas de la V Región: Acercarse a los beneficiarios de las comunidades, explicarles los objetivos del estudio y pedirles su colaboración.
- C. Aplicación de la Ficha de Antecedentes: Se trabaja la ficha de antecedentes junto a los beneficiarios de las comunidades.

D. Aplicación de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECl): Se aplica de la misma forma que en el punto C, pero debido a su extensión se trabaja en dos sesiones.

E. Análisis de Datos.

6. Plan de Análisis

La investigación consta de un análisis estadístico (de frecuencias relativas, correlacional y cruce de variables) de los datos arrojados por los instrumentos de recolección de datos.

El análisis de los datos comprende los siguientes pasos:

1. Frecuencias relativas de las variables sociodemográficas en el total de los sujetos de estudio.
2. Frecuencias relativas de las escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral.
3. Análisis del coeficiente de correlación lineal Pearson (r) entre las variables sociodemográficas (edad, número de drogas que consumía, días de tratamiento) y los puntajes obtenidos en las escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral.
4. Análisis del coeficiente de correlación lineal Pearson (r) de frecuencias relativas de las escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral.
5. Análisis no paramétrico de chi-cuadrado entre las variables sociodemográficas y las escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral.
6. Análisis no paramétrico de chi-cuadrado entre las escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral.
7. Análisis del coeficiente de correlación rho de Spearman entre las variables sociodemográficas y las escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral. (Sólo se presentarán las correlaciones significativas).
8. Análisis del coeficiente de correlación rho de Spearman entre las escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral. (Sólo se presentarán las correlaciones significativas).

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

1. Análisis de Datos por Objetivo Específico

1.1 Objetivo Específico N° 1:

Describir a un grupo de sujetos con dependencia a sustancias beneficiarios de programas de tratamiento residencial de la V región, en relación a variables sociodemográficas.

1.1.1 Frecuencias Relativas Variables Sociodemográficas

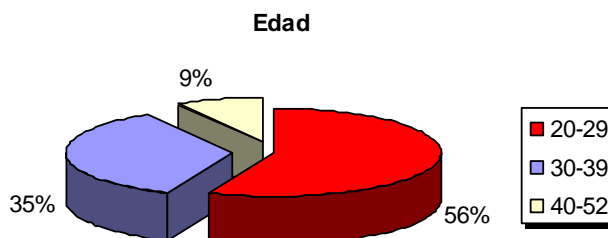
1.1.1.1 Frecuencia Relativa Variable Edad

Tabla N° 19

Frecuencia Relativa de la variable Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20 – 29	13	56,5	56,5	56,5
	30 – 39	8	34,8	34,8	91,3
	40 – 52	2	8,7	8,7	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 1: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Edad



De acuerdo a la Tabla N° 19, se puede observar que la mayor cantidad de sujetos se encuentra dentro del rango “20 a 29 años” con un 56,5 %, el rango de “30 a 39 años” alcanza el 34,8 % y finalmente el rango “40 a 52 años” un 8,7 %.

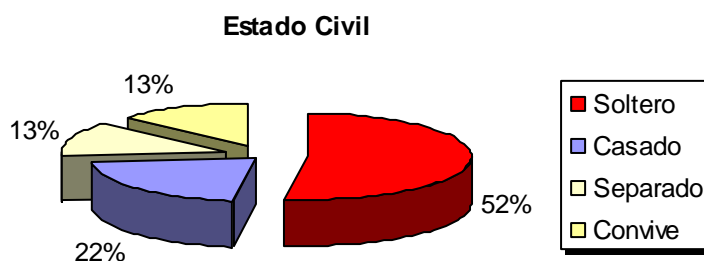
1.1.1.2 Frecuencia Relativa Variable Estado Civil

Tabla N° 20

Frecuencia Relativa de la variable Estado Civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	12	52,2	52,2	52,2
	Casado	5	21,7	21,7	73,9
	Separado	3	13,0	13,0	87,0
	Convive	3	13,0	13,0	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 2: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Estado Civil



De acuerdo a la Tabla N° 20, se observa que el 52,2 % de los sujetos son solteros, el grupo de los casados representan el 21,7 %, mientras que los separados y los que conviven alcanzan el 13 % respectivamente.

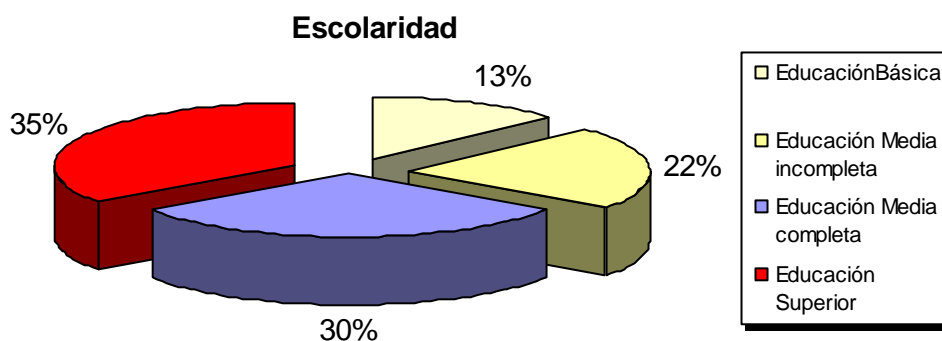
1.1.1.3 Frecuencia Relativa Variable Escolaridad

Tabla N° 21

Frecuencia Relativa de la variable Escolaridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	educación básica	3	13,0	13,0	13,0
	educación media incompleta	5	27,7	27,7	40,7
	educación media completa	7	30,4	30,4	71,1
	educación superior	8	34,8	34,8	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 3: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Escolaridad



De acuerdo a la tabla N° 21, se observa que la mayoría de los sujetos tienen “educación media incompleta” o “completa” alcanzando el 52,2 %, aquellos que tienen “estudios superiores” alcanzan el 34,8%, mientras que los que tienen “educación básica incompleta” o “completa” equivalen al 13,0 %.

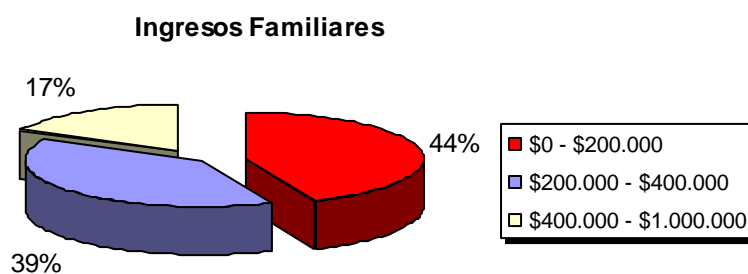
1.1.1.4 Frecuencia Relativa Variable Ingresos Familiares

Tabla N° 22

Frecuencia Relativa de la variable Ingresos familiares

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	\$ 0 - \$ 200.000	10	43,5	43,5	43,5
	\$ 200.000 - 400.000	9	39,1	39,1	82,6
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	4	17,4	17,4	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 4: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Ingresos familiares



De acuerdo a la tabla N° 22, se observa que los ingresos del grupo familiar del 44 % de los sujetos se encuentran entre “\$ 0 y \$ 200.000”; el 39 % perciben entre “\$ 200.000 y \$ 400.000”, mientras que el 17 % restante tienen ingresos entre “\$ 400.000 y \$ 1.000.000”.

1.1.1.5 Frecuencia Relativa Variable Número de drogas que consumía

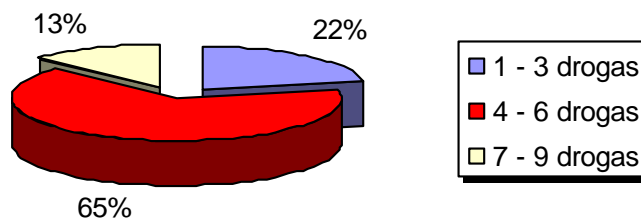
Tabla N° 23

Frecuencia Relativa de la variable Número de drogas que consumía

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1-3	5	21,7	21,7	21,7
	4-6	15	65,2	65,2	87,0
	7-9	3	13,0	13,0	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 5: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Número de drogas que consumía

Número de drogas que consumía



De acuerdo a la tabla N° 23, se observa que la mayoría de los sujetos consumían entre “4 y 6 tipos de drogas” alcanzando el 65,2 %, por su parte el 22 % de los sujetos consumían entre “1 y 3 tipos de drogas”, mientras que el 13 % restante consumían entre “7 y 9 tipos de drogas”.

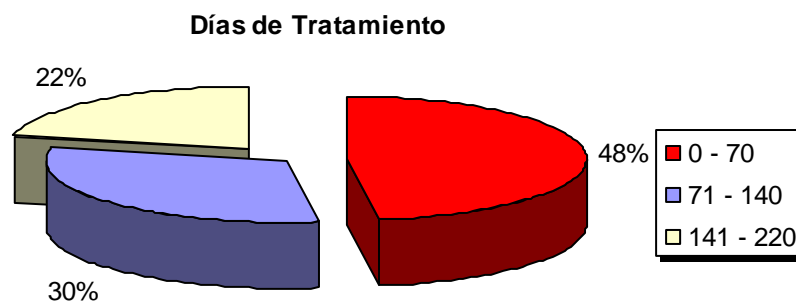
1.1.1.6 Frecuencia Relativa Variable Días de tratamiento

Tabla N° 24

Frecuencia Relativa de la variable Días de tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 - 70	11	47,8	47,8	47,8
	71 - 140	7	30,4	30,4	78,3
	141 - 220	5	21,7	21,7	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 6: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Días de tratamiento



De acuerdo a la tabla N° 24, se observa que el 47,8 % de los sujetos han permanecido en la comunidad terapéutica entre “0 y 70 días”, el 30,4 % de los sujetos han permanecido entre “71 y 140 días”, mientras que el 21,7 % de los sujetos han permanecido en el tratamiento entre “141 y 220 días”.

1.2 Objetivo Específico N° 2:

Describir las características psicológicas de un grupo de beneficiarios de programas de tratamiento residencial por dependencia a sustancias desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático.

1.2.1 Frecuencias Relativas Ficha de Evaluación Clínica Integral

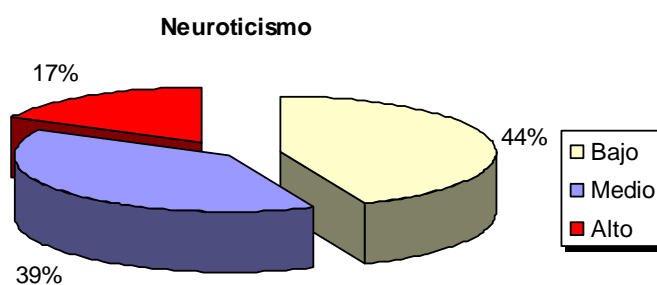
1.2.1.1 Frecuencia Relativa Variable Neuroticismo

Tabla N° 25

Frecuencia Relativa de la variable Neuroticismo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	10	43,5	43,5	43,5
	Medio	9	39,1	39,1	82,6
	Alto	4	17,4	17,4	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 7: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Neuroticismo



De acuerdo a la tabla N° 25, se observa que el 43,5 % de los sujetos presentan niveles bajos en la escala de neuroticismo, el 39,1 % de los sujetos presentan niveles medios, mientras que el 17,4 % de los sujetos obtienen puntuaciones que corresponden a niveles altos de neuroticismo.

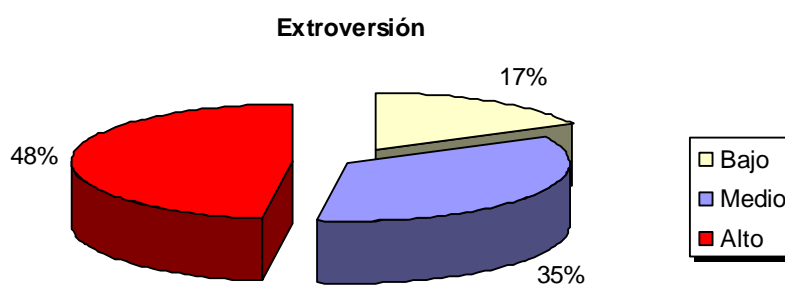
1.2.1.2 Frecuencia Relativa Variable Extroversión

Tabla N° 26

Frecuencia Relativa de la variable Extroversión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	4	17,4	17,4	17,4
	Medio	8	34,8	34,8	52,2
	Alto	11	47,8	47,8	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 8: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Extroversión



De acuerdo a la tabla N° 26, se observa que el 47,8 % de los sujetos presentan niveles altos en la escala de extroversión, el 34,8 % de ellos presentan niveles medios, mientras que el 17,4 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles bajos de extroversión.

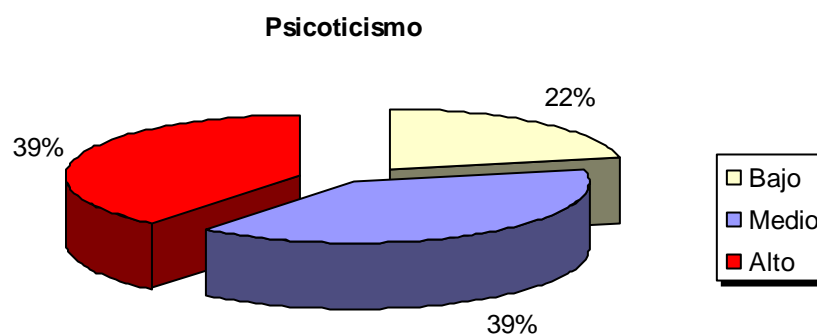
1.2.1.3 Frecuencia Relativa Variable Psicoticismo

Tabla N° 27

Frecuencia Relativa de la variable Psicoticismo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	21,7	21,7	21,7
	Medio	9	39,1	39,1	60,9
	Alto	9	39,1	39,1	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 9: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Psicoticismo



De acuerdo a la tabla N° 27, se observa que el 39,1 % de los sujetos presentan niveles altos en la escala de psicoticismo, el mismo porcentaje de sujetos presentan niveles medios, mientras que el 21,7 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles bajos de psicoticismo.

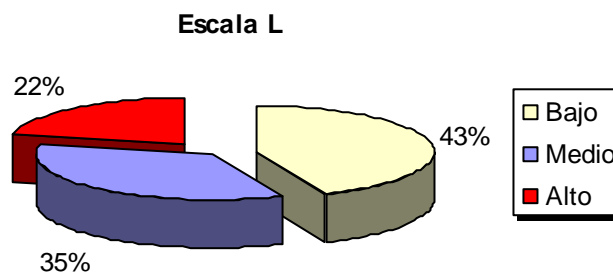
1.2.1.4 Frecuencia Relativa Variable Escala L (Mentira)

Tabla N° 28

Frecuencia Relativa de la variable Escala L

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	10	43,5	43,5	43,5
	Medio	8	34,8	34,8	78,3
	Alto	5	21,7	21,7	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 10: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Escala L



De acuerdo a la tabla N° 28, se observa que el 43,5 % de los sujetos presentan niveles bajos en la escala L, el 34,8 % de ellos presentan niveles medios, mientras que el 21,7 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles altos en la escala L.

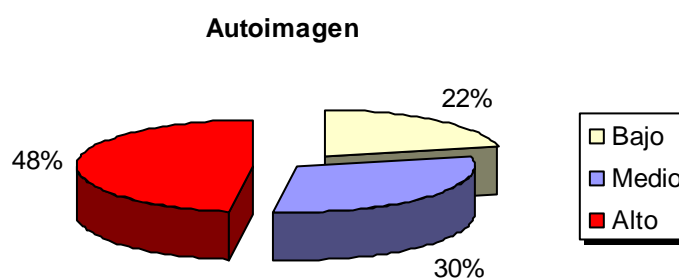
1.2.1.5 Frecuencia Relativa Variable Autoimagen

Tabla N° 29

Frecuencia Relativa de la variable Autoimagen

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	21,7	21,7	21,7
	Medio	7	30,4	30,4	52,2
	Alto	11	47,8	47,8	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 11: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Autoimagen



De acuerdo a la tabla N° 29, se observa que el 47,8 % de los sujetos presentan niveles altos en la escala de autoimagen, el 30,4 % de ellos presentan niveles medios, mientras que el 21,7 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles bajos de autoimagen.

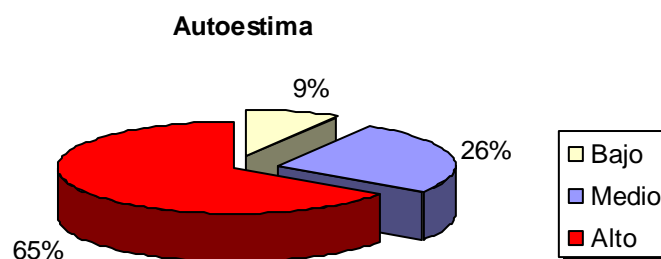
1.2.1.6 Frecuencia Relativa Variable Autoestima

Tabla N° 30

Frecuencia Relativa de la variable Autoestima

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	2	8,7	8,7	8,7
	Medio	6	26,1	26,1	34,8
	Alto	15	65,2	65,2	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 12: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Autoestima



De acuerdo a la tabla N° 30, se observa que el 65,2 % de los sujetos presentan niveles altos en la escala de autoestima, el 26,1 % de ellos presentan niveles medios, mientras que el 8,7 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles bajos de autoestima.

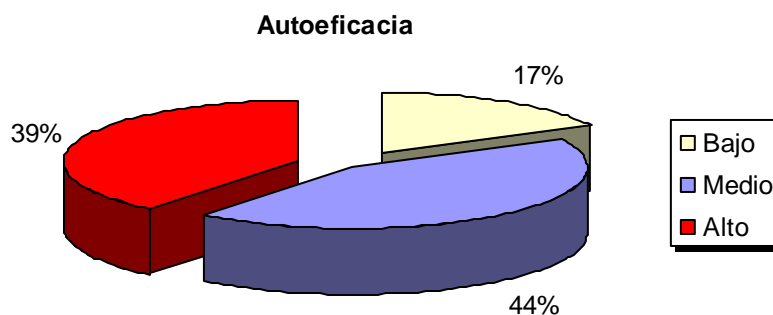
1.2.1.7 Frecuencia Relativa Variable Autoeficacia

Tabla N° 31

Frecuencia Relativa de la variable Autoeficacia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	4	17,4	17,4	17,4
	Medio	10	43,5	43,5	60,9
	Alto	9	39,1	39,1	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 13: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Autoeficacia



De acuerdo a la tabla N° 31, se observa que el 43,5 % de los sujetos presentan niveles medios en la escala de autoeficacia, el 39,1 % de ellos presentan niveles altos, mientras que el 17,4 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles bajos de autoeficacia.

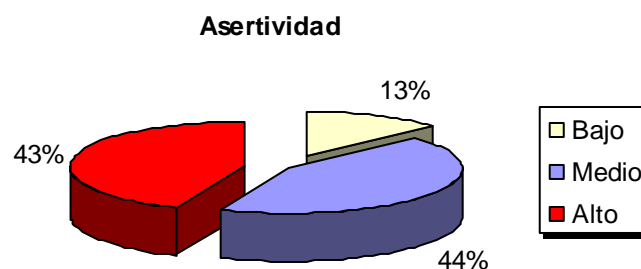
1.2.1.8 Frecuencia Relativa Variable Asertividad

Tabla N° 32

Frecuencia Relativa de la variable Asertividad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	3	13,0	13,0	13,0
	Medio	10	43,5	43,5	56,5
	Alto	10	43,5	43,5	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 14: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Asertividad



De acuerdo a la tabla N° 32, se observa que el 43,5 % de los sujetos presentan niveles altos en la escala de asertividad. El mismo porcentaje de sujetos presentan niveles medios, mientras que el 13 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles bajos de asertividad.

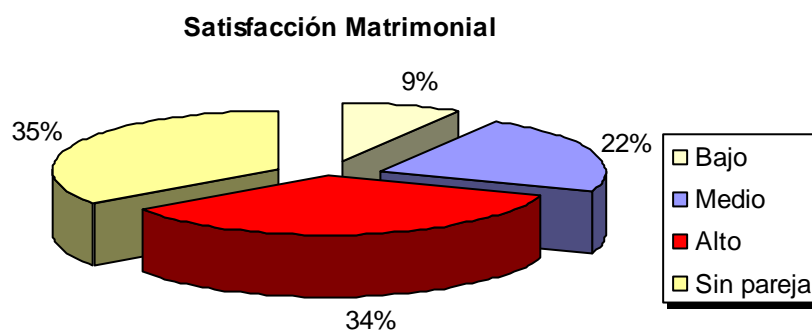
1.2.1.9 Frecuencia Relativa Variable Satisfacción Matrimonial

Tabla N° 33

Frecuencia Relativa de la variable Satisfacción Matrimonial

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	2	8,7	13,3	13,3
	Medio	5	21,7	33,3	46,7
	Alto	8	34,8	53,3	100,0
	Total	15	65,2	100,0	
Perdidos	Sistema	8	34,8		
Total		23	100,0		

Gráfico N° 15: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Satisfacción Matrimonial



De acuerdo a la tabla N° 33, se observa que el 34,8 % de los sujetos presentan niveles altos en la escala de satisfacción matrimonial, el 21,8 % de ellos presentan niveles medios, mientras que el 8,7 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles bajos de satisfacción matrimonial; además el 34,8 % no tienen pareja actualmente.

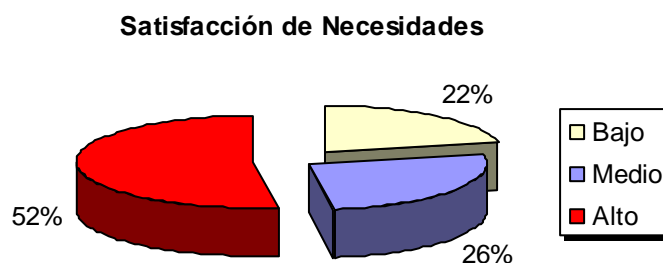
1.2.1.10 Frecuencia Relativa Variable Satisfacción de Necesidades

Tabla N° 34

Frecuencia Relativa de la variable Satisfacción de Necesidades

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	21,7	21,7	21,7
	Medio	6	26,1	26,1	47,8
	Alto	12	52,2	52,2	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 16: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Satisfacción de Necesidades



De acuerdo a la tabla N° 34, se observa que el 52,2 % de los sujetos presentan niveles altos en la escala de satisfacción de necesidades, el 26,1 % de ellos presentan niveles medios, mientras que el 21,7 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles bajos de satisfacción de necesidades.

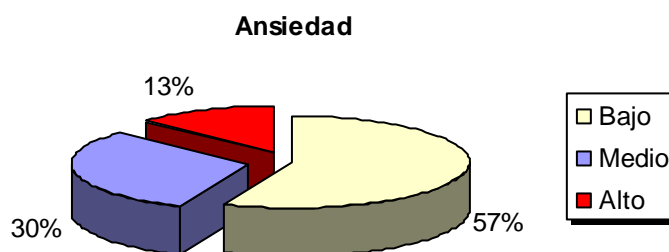
1.2.1.11 Frecuencia Relativa Variable Ansiedad

Tabla N° 35

Frecuencia Relativa de la variable Ansiedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	13	56,5	56,5	56,5
	Medio	7	30,4	30,4	87,0
	Alto	3	13,0	13,0	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 17: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Ansiedad



De acuerdo a la tabla N° 35, se observa que el 56,5 % de los sujetos presentan niveles bajos en la escala de ansiedad, el 30,4 % de ellos presentan niveles medios, mientras que el 13 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles altos de ansiedad.

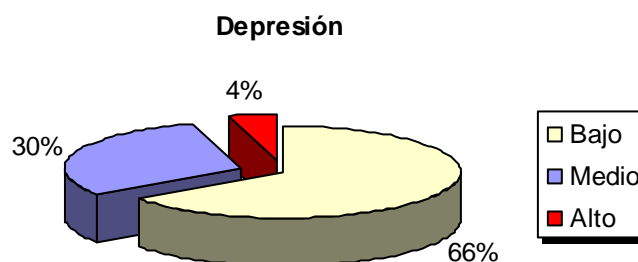
1.2.1.12 Frecuencia Relativa Variable Depresión

Tabla N° 36

Frecuencia Relativa de la variable Depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	15	65,2	65,2	65,2
	Medio	7	30,4	30,4	95,7
	Alto	1	4,3	4,3	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 18: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Depresión



De acuerdo a la tabla N° 36, se observa que el 65,2 % de los sujetos presentan niveles bajos en la escala de depresión, el 30,4 % de ellos presentan niveles medios, mientras que el 4,3 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles altos de depresión.

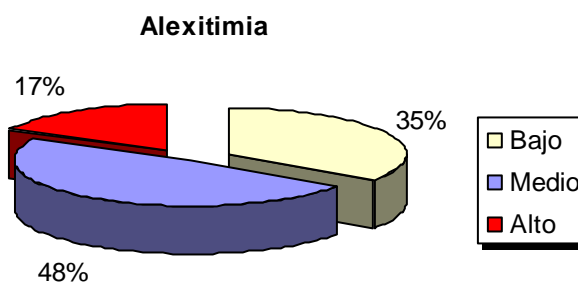
1.2.1.13 Frecuencia Relativa Variable Alexitimia

Tabla N° 37

Frecuencia Relativa de la variable Alexitimia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	8	34,8	34,8	34,8
	Medio	11	47,8	47,8	82,6
	Alto	4	17,4	17,4	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 19: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Alexitimia



De acuerdo a la tabla N° 37, se observa que el 47,8 % de los sujetos presentan niveles medios en la escala de alexitimia, el 34,8 % de ellos presentan niveles bajos, mientras que el 17,4 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles altos de alexitimia.

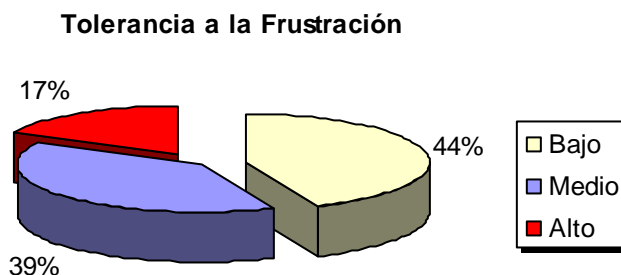
1.2.1.14 Frecuencia Relativa Variable Tolerancia a la Frustración

Tabla N° 38

Frecuencia Relativa de la variable Tolerancia a la Frustración

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	10	43,5	43,5	43,5
	Medio	9	39,1	39,1	82,6
	Alto	4	17,4	17,4	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 20: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Tolerancia a la Frustración



De acuerdo a la tabla N° 38, se observa que el 43,5 % de los sujetos presentan niveles bajos en la escala de tolerancia a la frustración, el 39,1 % de ellos presentan niveles medios, mientras que el 17,4 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles altos de tolerancia a la frustración.

1.2.1.15 Frecuencia Relativa Variable Irracionalidad Cognitiva

Tabla N° 39

Frecuencia Relativa de la variable Irracionalidad Cognitiva

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	12	52,2	52,2	52,2
	Medio	8	34,8	34,8	87,0
	Alto	3	13,0	13,0	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 21: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Irracionalidad Cognitiva



De acuerdo a la tabla N° 39, se observa que el 52,2 % de los sujetos presentan niveles bajos en la escala de irracionalidad cognitiva, el 34,8 % de ellos presentan niveles medios, mientras que el 13 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles altos de irracionalidad cognitiva.

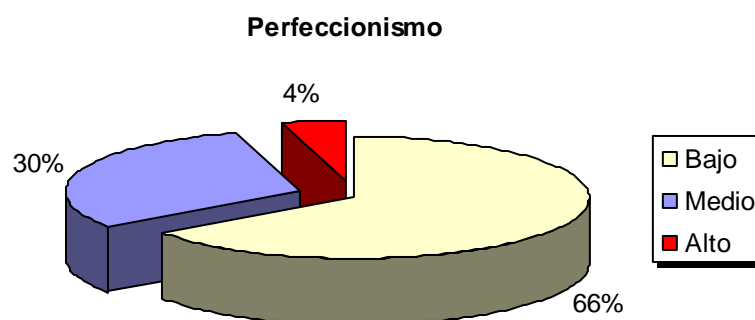
1.2.1.16 Frecuencia Relativa Variable Perfeccionismo

Tabla N° 40

Frecuencia Relativa de la variable Perfeccionismo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	15	65,2	65,2	65,2
	Medio	7	30,4	30,4	95,7
	Alto	1	4,3	4,3	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 22: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Perfeccionismo



De acuerdo a la tabla N° 40, se observa que el 65,2 % de los sujetos presentan niveles bajos en la escala de perfeccionismo, el 30,4 % de ellos presentan niveles medios, mientras que el 4,3 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles altos de perfeccionismo.

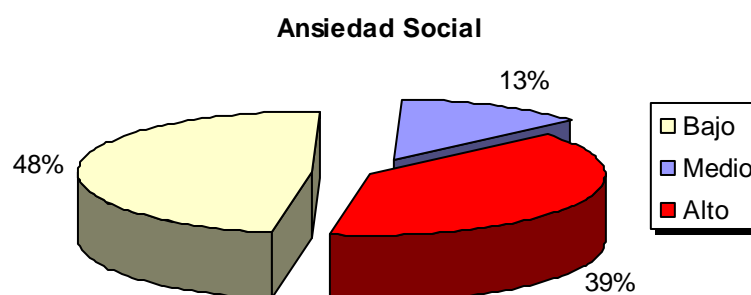
1.2.1.17 Frecuencia Relativa Variable Ansiedad Social

Tabla N° 41

Frecuencia Relativa de la variable Ansiedad Social

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	11	47,8	47,8	47,8
	Medio	3	13,0	13,0	60,9
	Alto	9	39,1	39,1	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 23: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Ansiedad Social



De acuerdo a la tabla N° 41, se observa que el 47,8 % de los sujetos presentan niveles bajos en la escala de ansiedad social, el 39,1 % de ellos presentan niveles altos, mientras que el 13 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles medios de ansiedad social.

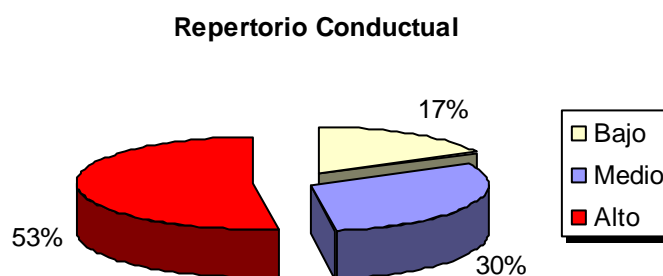
1.2.1.18 Frecuencia Relativa Variable Repertorio Conductual

Tabla N° 42

Frecuencia Relativa de la variable Repertorio Conductual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	4	17,4	17,4	17,4
	Medio	7	30,4	30,4	47,8
	Alto	12	52,2	52,2	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 24: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Repertorio Conductual



De acuerdo a la tabla N° 42, se observa que el 52,2 % de los sujetos presentan niveles altos en la escala de repertorio conductual, el 30,4 % de ellos presentan niveles medios, mientras que el 17,4 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles bajos de repertorio conductual.

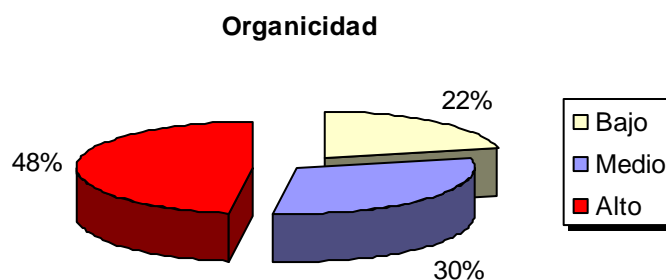
1.2.1.19 Frecuencia Relativa Variable Organicidad

Tabla N° 43

Frecuencia Relativa de la variable Organicidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	21,7	21,7	21,7
	Medio	7	30,4	30,4	52,2
	Alto	11	47,8	47,8	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Gráfico N° 25: Distribución de Frecuencia Relativa de la variable Organicidad



De acuerdo a la tabla N° 43, se observa que el 47,8 % de los sujetos presentan niveles altos en la escala de organicidad, el 30,4 % de ellos presentan niveles medios, mientras que el 21,7 % obtienen puntuaciones que corresponden a niveles bajos de organicidad.

1.3 Objetivo Específico N° 3:

Determinar la relación existente entre las variables sociodemográficas y las características psicológicas en personas con dependencia a sustancias beneficiarias de programas de tratamiento residencial de la V región.

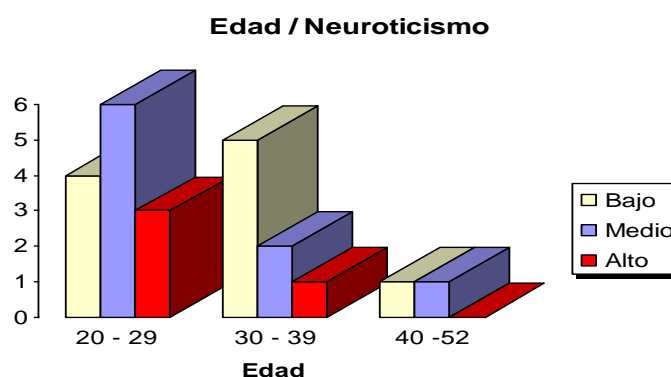
1.3.1 Relación entre Variable Edad / Variables Ficha de Evaluación Clínica Integral

1.3.1.1 Relación entre Variable Edad / Variable Neuroticismo

Tabla N° 44: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad Civil / Neuroticismo

		NEUROTICISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	4	30,7%	6	46,1%	3	23%	13	100%
	30 - 39	5	62,5%	2	25%	1	12,5%	8	100%
	40 - 52	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%
Total		10	43,4%	9	39,1%	4	17,3%	23	100%

Gráfico N° 26: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Neuroticismo



Como se puede observar en la Tabla N° 44, el grupo de sujetos entre “20 y 29” años de edad se presenta de la siguiente forma; neuroticismo bajo 30,7%, neuroticismo medio 46,1% y neuroticismo alto 23%, observándose una leve tendencia al rango medio; el grupo de sujetos de “30-39” años de edad tienden a presentar un nivel de neuroticismo mas bien bajo. Mientras que el grupo de sujetos entre “40 y 52” años tiende a presentar un nivel de neuroticismo bajo y medio.

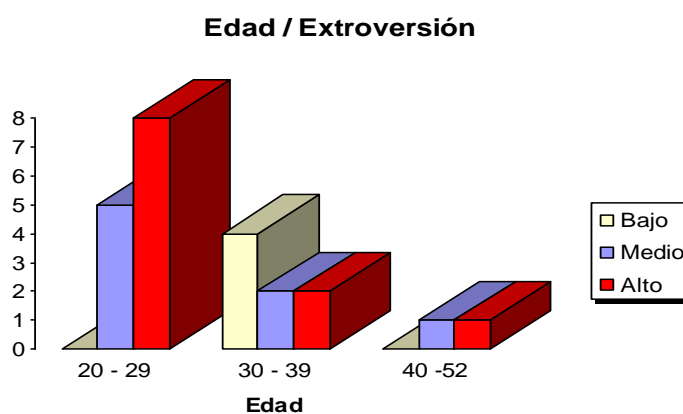
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.169 , $p=0.442$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.1.2 Relación entre Variable Edad / Variable Extroversión

Tabla N° 45: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad/ Extroversión

		EXTROVERSION						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	0	0%	5	38,4%	8	61,5%	13	100%
	30 - 39	4	50%	2	25%	2	25%	8	100%
	40 - 52	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%
Total		4	17,3%	8	34,7%	11	47,85	23	100%

Gráfico N° 27: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Extroversión



Como se puede observar en la Tabla N° 45, el grupo de sujetos entre “20 y 29” años de edad tienden a presentar un nivel de extroversión medio y alto; el grupo de sujetos entre “30 y 39” años de edad tienden a presentar un nivel de extroversión relativamente homogéneo, observándose una leve tendencia hacia el nivel de extroversión bajo. Mientras que el grupo de sujetos entre “40 y 52” años tienden a presentar homogéneamente niveles medios y altos de extroversión.

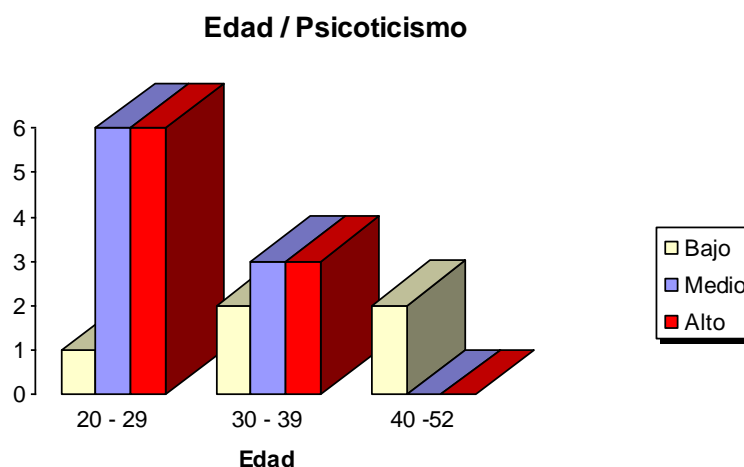
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.185 , $p=0.399$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.1.3 Relación entre Variable Edad / Variable Psicoticismo

Tabla N° 46: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad / Psicoticismo

		PSICOTICISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	1	7,6%	6	46,1%	6	46,1%	13	100%
	30 - 39	2	25%	3	37,5%	3	37,5%	8	100%
	40 - 52	2	100%	0	0%	0	0%	2	100%
Total		5	21,7%	9	39,1%	9	39,1%	23	100%

Gráfico N° 28: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Psicoticismo



Como se puede observar en la Tabla N° 46, tanto el grupo de sujetos entre “20 y 29” años de edad como los sujetos entre “30 y 39” años de edad, tienden a presentar un nivel de psicoticismo medio y alto. Mientras que el grupo de sujetos entre “40 y 52” años de edad tiende a presentar un nivel de psicoticismo bajo.

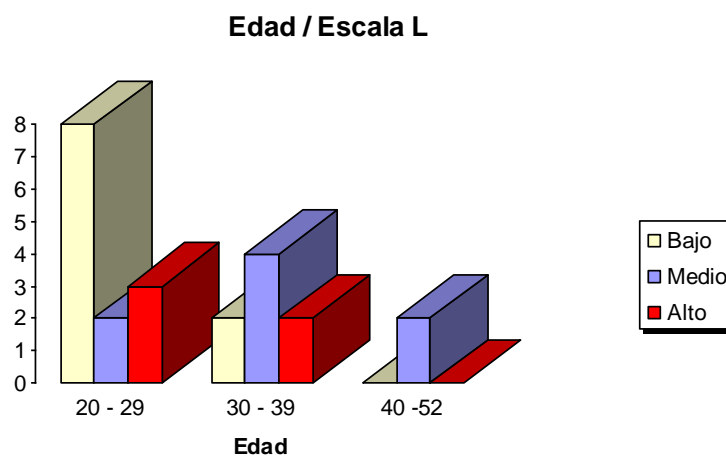
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.211 , $p=0.333$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.1.4 Relación entre Variable Edad / Variable Mentira (Escala L)

Tabla N° 47: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad / Mentira (Escala L)

		ESCALA L						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	8	61,5%	2	15,3%	3	23,0%	13	100%
	30 - 39	2	25%	4	50%	2	25%	8	100%
	40 - 52	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
Total		10	43,4%	8	34,7%	5	21,7%	23	100%

Gráfico N° 29: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Mentira (Escala L)



Como se puede observar en la Tabla N° 47, el grupo de sujetos entre “20-29” años de edad se presenta de la siguiente forma; mentira baja 61,5%, mentira media 15,3% y mentira alta 23%, observándose una tendencia al rango bajo. El grupo de sujetos entre “30-39” años de edad presentan un nivel de mentira homogéneo con tendencia al rango medio. El grupo de sujeto entre “40 y 52” años de edad tiende a presentar un nivel de mentira medio.

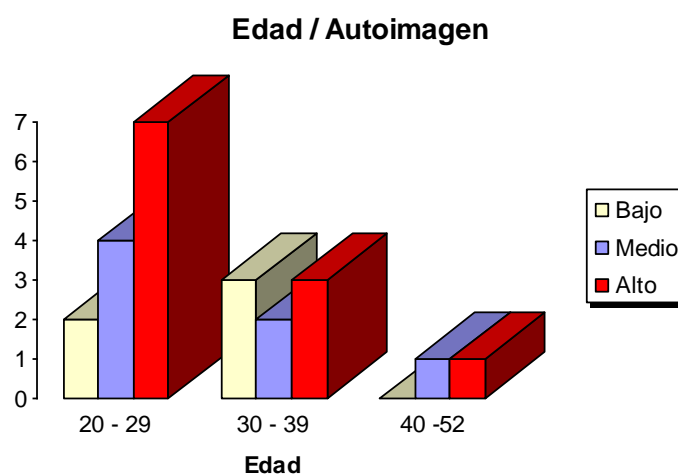
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.194, $p=0.374$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.1.5 Relación entre Variable Edad / Variable Autoimagen

Tabla N° 48: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad / Autoimagen

		AUTOIMAGEN						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	2	15,3%	4	30,7%	7	53,8%	13	100%
	30 - 39	3	37,5%	2	25%	3	37,5%	8	100%
	40 - 52	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%
Total		5	21,7%	7	30,4%	11	47,8%	23	100%

Gráfico N° 30: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Autoimagen



Como se puede observar en la Tabla N° 48, tanto el grupo de sujetos entre “20 y 29” años de edad como los sujetos entre “40 y 52” años de edad tienden a presentar un nivel de autoimagen medio y alto. Mientras que el grupo de sujetos entre “30 y 39” años de edad tiende a presentar el ítem de autoimagen homogéneo en los tres niveles.

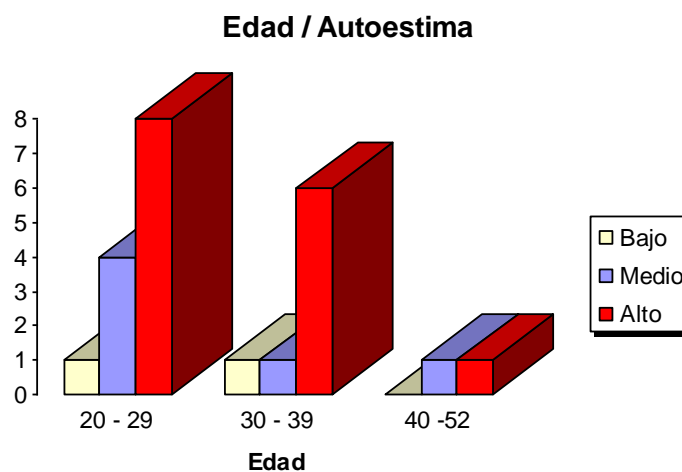
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.156 , $p=0.476$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.1.6 Relación entre Variable Edad / Variable Autoestima

Tabla N° 49: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad / Autoestima

		AUTOESTIMA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	1	7,6%	4	30,7%	8	61,5%	13	100%
	30 - 39	1	12,5%	1	12,5%	6	75%	8	100%
	40 - 52	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%
Total		2	8,6%	6	26,1%	15	65,2%	23	100%

Gráfico N° 31: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Autoestima



Como se puede observar en la Tabla N° 49, tanto el grupo de sujetos entre “20-29” años de edad como los sujetos entre “40-52” años de edad tienden a presentar un nivel de autoestima medio y alto. Mientras que el grupo de sujetos entre “30 y 39” años de edad tiende a presentar un nivel de autoestima alto.

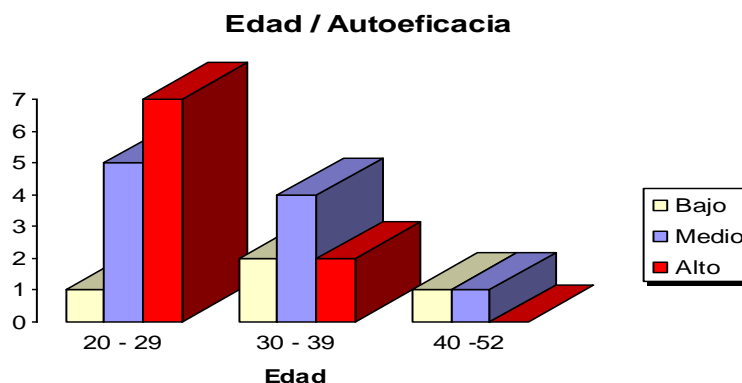
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.065, $p=0.769$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.1.7 Relación entre Variable Edad / Variable Autoeficacia

Tabla N° 50: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad / Autoeficacia

		AUTOEFICACIA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	1	7,6%	5	38,4%	7	53,8%	13	100%
	30 - 39	2	25%	4	50%	2	25%	8	100%
	40 - 52	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%
Total		4	17,3%	10	43,4%	9	39,1%	23	100%

Gráfico N° 32: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Autoeficacia



Como se puede observar en la Tabla N° 50, el grupo de sujetos entre “20 y 29” años de edad se presenta de la siguiente forma; autoeficacia baja 7,6%, autoeficacia media 38,4% y autoeficacia alta 53,8%, observándose una leve tendencia al rango alto. El grupo de sujetos entre “30 y 39” años de edad presenta un nivel de autoeficacia homogéneo en los extremos bajo y alto, y un nivel de autoeficacia del 50% en el rango medio. Mientras que el grupo de sujetos entre “40 y 52” años de edad tiende a presentar un nivel de autoeficacia homogéneo en los rangos medio y alto.

La correlación lineal (r) entre ambas variables es de -0.495 , $p=0.016$ ($p<0.05$) lo que indica que existe una tendencia a la relación negativa, lo que resulta significativo al nivel 0.05 (bilateral).

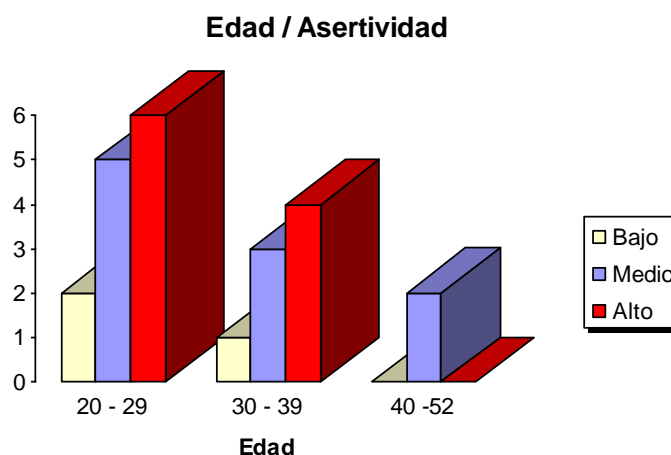
Se realiza la prueba de Chi – cuadrado entre ambas variables cuyo resultado es $p= 0,382$ ($p>0.05$), bajo éste análisis estadístico la relación entre ambas variables no resulta significativa.

1.3.1.8 Relación entre Variable Edad / Variable Asertividad

Tabla N° 51: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad / Asertividad

		ASERTIVIDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	2	15,3%	5	38,4%	6	46,1%	13	100%
	30 - 39	1	12,5%	3	37,5%	4	50%	8	100%
	40 - 52	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
Total		3	13%	10	43,4%	10	43,4%	23	100%

Gráfico N° 33: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Asertividad



Como se puede observar en la Tabla N° 51, tanto el grupo de sujetos entre “20 y 29” años de edad como el grupo de sujetos entre “30 y 39” años edad tienden a presentar un nivel de asertividad medio y alto. El grupo de sujetos entre “40 y 52” años de edad tiende a presentar un nivel de asertividad medio.

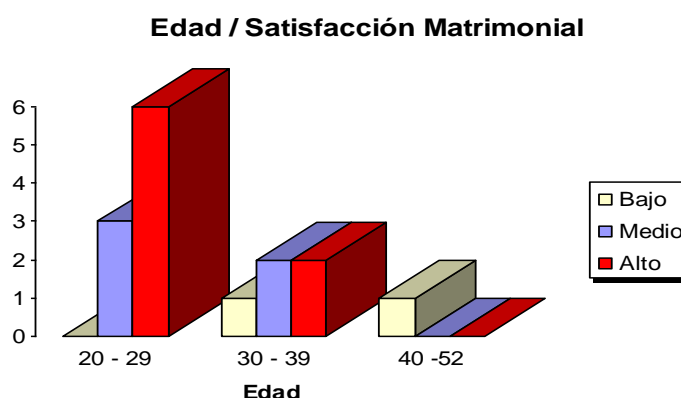
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.066, $p=0.764$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.1.9 Relación entre Variable Edad / Variable Satisfacción Matrimonial

Tabla N° 52: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad / Satisfacción Matrimonial

		SATISFACCION MATRIMONIAL						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	0	0%	3	33,3%	6	66,6%	9	100%
	30 - 39	1	20%	2	40%	2	40%	5	100%
	40 - 52	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
Total		2	13,3%	5	33,3%	8	53,3%	15	100%

Gráfico N° 34: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Satisfacción Matrimonial



Como se puede observar en la Tabla N° 52, el grupo de sujetos entre “20 y 29” años de edad tiende a presentar un nivel de satisfacción matrimonial alto con un 66,6%. El grupo de sujetos entre “30 y 39” años de edad tiende a presentar niveles de satisfacción matrimonial homogéneos con un 40% en los rangos medio y alto, y solo un 20% en el rango bajo. Mientras que el grupo de sujetos entre “40 y 52” años de edad tiende a presentar un nivel de satisfacción matrimonial bajo.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.543 , $p=0.036$ ($p<0.05$) lo que indica que existe una tendencia a la relación negativa, lo que resulta significativo al nivel 0.05 (bilateral).

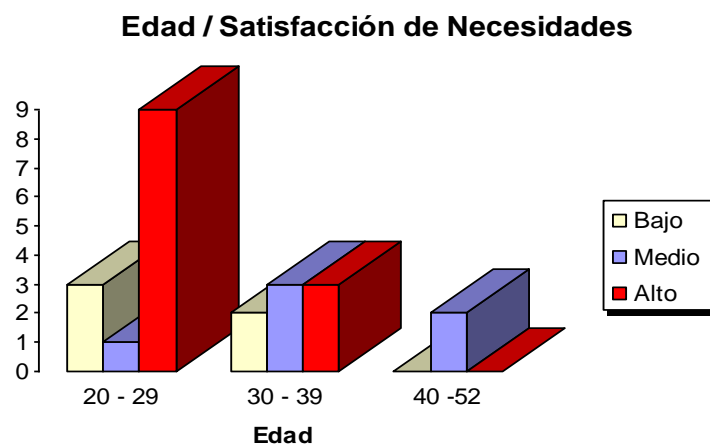
Se realiza la prueba de Chi – cuadrado entre ambas variables cuyo resultado es $p=0.263$ ($p>0.05$), bajo éste análisis estadístico la relación entre ambas variables no resulta significativa.

1.3.1.10 Relación entre Variable Edad / Variable Satisfacción de Necesidades

Tabla N° 53: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad / Satisfacción de Necesidades

		SATISFACCION DE NECESIDADES						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	3	23%	1	7,6%	9	69,2%	13	100%
	30 - 39	2	25%	3	37,5%	3	37,5%	8	100%
	40 - 52	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
Total		5	21,7%	6	26%	12	52,1%	23	100%

Gráfico N° 35: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Satisfacción de Necesidades



Como se puede observar en la Tabla N° 53, el grupo de sujetos entre “20 y 29” años de edad se presenta de la siguiente manera; satisfacción de necesidades baja 23%, media 7,6% y alta 69,2%. El grupo de sujetos entre “30 y 39” años de edad en el rango bajo de satisfacción de necesidades presenta un 25%, mientras que en los rangos medio y alto se observa homogéneamente un 37,5%. Por último, el grupo de sujetos entre “40 y 52” años de edad presenta un nivel de satisfacción de necesidades medio.

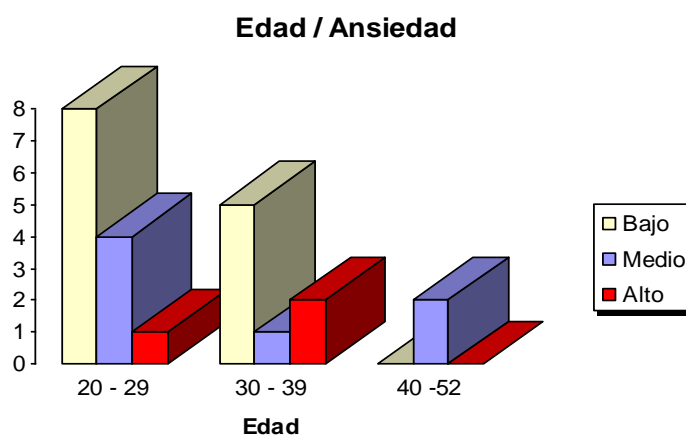
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.276 , $p=0.203$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil. Lo cual resulta no significativo.

1.3.1.11 Relación entre Variable Edad / Variable Ansiedad

Tabla N° 54: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad / Ansiedad

		ANSIEDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	8	61,5%	4	30,7%	1	7,6%	13	100%
	30 - 39	5	62,5%	1	12,5%	2	25%	8	100%
	40 - 52	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
Total		13	56,5%	7	30,4%	3	13%	23	100%

Gráfico N° 36: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Ansiedad



Como se puede observar en la Tabla N° 54, tanto el grupo de sujetos entre “20 y 29” años de edad como el grupo de sujetos entre “30 y 39” años de edad tienden a presentar un nivel de ansiedad bajo. Mientras que el grupo de sujetos entre “40 y 52” años de edad presenta un nivel de ansiedad medio.

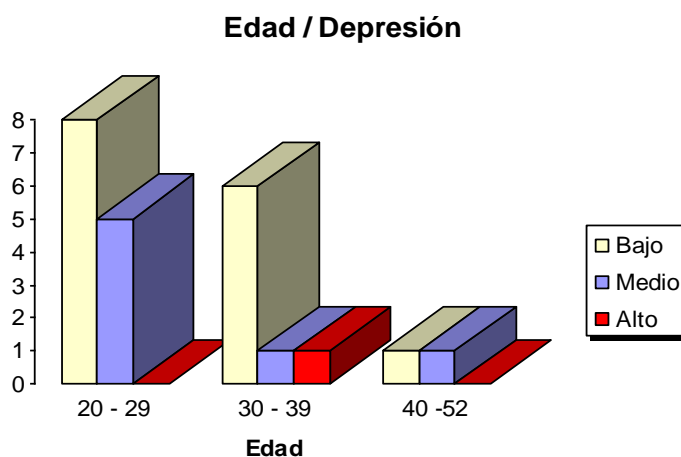
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.080, $p=0.717$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una relación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.1.12 Relación entre Variable Edad / Variable Depresión

Tabla N° 55: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad / Depresión

		DEPRESION						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	8	61,5%	5	38,4%	0	0%	13	100%
	30 - 39	6	75%	1	12,5%	1	12,5%	8	100%
	40 - 52	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%
Total		15	65,2%	7	30,4%	1	4,3%	23	100%

Gráfico N° 37: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Depresión



Como se puede observar en la Tabla N° 55, tanto el grupo de sujetos entre “20 y 29” años de edad como el grupo de sujetos entre “40 y 52” años de edad tienden a presentar un nivel de depresión bajo y medio. Mientras que el grupo de sujetos entre “30 y 39” años de edad tiende a presentar un nivel de depresión más bien bajo.

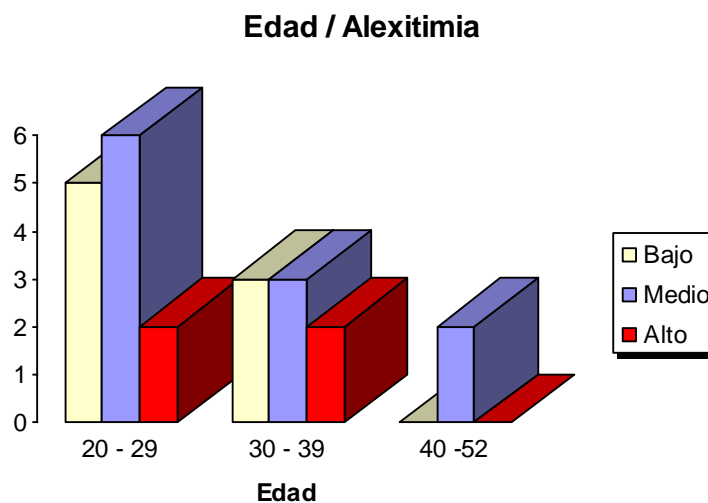
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.106 , $p=0.630$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una relación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.1.13 Relación entre Variable Edad / Variable Alexitimia

Tabla N° 56: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad / Alexitimia

		ALEXITIMIA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	5	38,4%	6	46,1%	2	15,3%	13	100%
	30 - 39	3	37,5%	3	37,5%	2	25%	8	100%
	40 - 52	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
Total		8	34,7%	11	47,8%	4	17,3%	23	100%

Gráfico N° 38: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Alexitimia



Como se puede observar en la Tabla N° 56, tanto el grupo de sujetos entre “20 y 29” años de edad como el grupo de sujetos entre “30 y 39” años de edad tienden a presentar un nivel de alexitimia bajo y medio. Mientras que el grupo de sujetos entre “40 y 52” años de edad presenta un nivel de alexitimia medio.

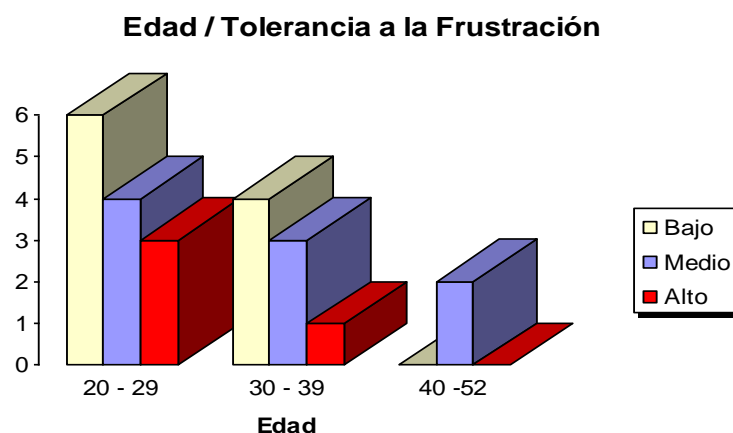
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.019, $p=0.933$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una relación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.1.14 Relación entre Variable Edad / Variable Tolerancia a la Frustración

Tabla N° 57: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad / Tolerancia a la Frustración

		TOLERANCIA A LA FRUSTRACION						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	6	46,1%	4	30,7%	3	23%	13	100%
	30 - 39	4	50%	3	37,5%	1	12,5%	8	100%
	40 - 52	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
Total		10	43,4%	9	39,1%	4	17,3%	23	100%

Gráfico N° 39: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Tolerancia a la Frustración



Como se puede observar en la Tabla N° 57, el grupo de sujetos entre “20 y 29” años de edad se presenta de la siguiente forma; tolerancia a la frustración baja 46,1%, media 30,7% y alta 23%. El grupo de sujetos entre “30 y 39” años de edad en el rango bajo de tolerancia a la frustración alcanza el 50%, en el rango medio 37,5% y en el rango alto 12,5%. Mientras que el grupo de sujetos entre “40 y 52” años de edad presenta un nivel de tolerancia a la frustración medio.

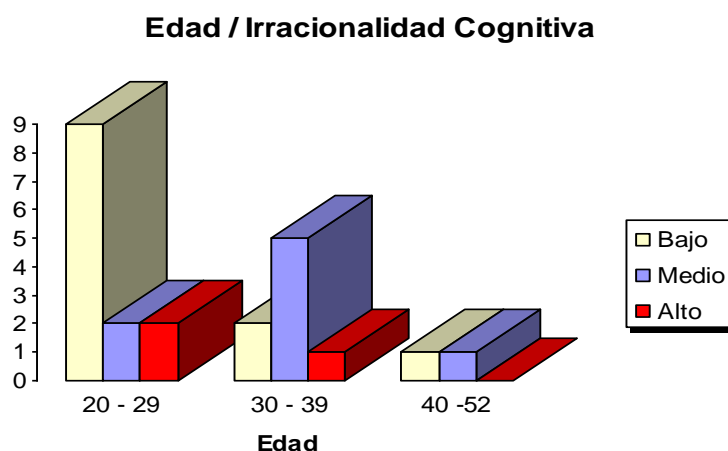
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.097 $p=0.660$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una relación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.1.15 Relación entre Variable Edad / Variable Irracionalidad Cognitiva

Tabla N° 58: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad / Irracionalidad Cognitiva

		IRRACIONALIDAD COGNITIVA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	9	69,2%	2	15,3%	2	15,3%	13	100%
	30 - 39	2	25%	5	62,5%	1	12,5%	8	100%
	40 - 52	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%
Total		12	52,1%	8	34,7%	3	13%	23	100%

Gráfico N° 40: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Irracionalidad Cognitiva



Como se puede observar en la Tabla N° 58, el grupo de sujetos entre “20 y 29” años de edad tiende a presentar un nivel de irracionalidad cognitiva bajo; el grupo de sujetos entre “30 y 39” años de edad tiende a presentar un nivel de irracionalidad cognitiva más bien medio. Mientras que el grupo de sujetos entre “40 y 52” años de edad tiende a presentar homogéneamente un nivel de irracionalidad cognitiva bajo y medio.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.174, $p=0.426$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una relación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

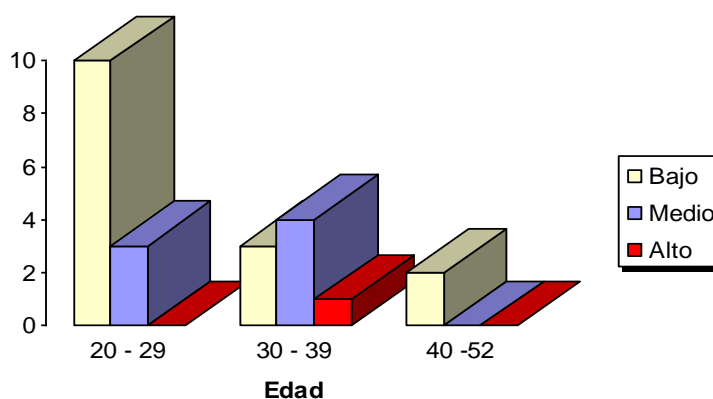
1.3.1.16 Relación entre Variable Edad / Variable Perfeccionismo

Tabla N° 59: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad / Perfeccionismo

		PERFECCIONISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	10	76,9%	3	23%	0	0%	13	100%
	30 - 39	3	37,5%	4	50%	1	12,5%	8	100%
	40 - 52	2	100%	0	0%	0	0%	2	100%
Total		15	65,2%	7	30,4%	1	4,3%	23	100%

Gráfico N° 41: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Perfeccionismo

Edad / Perfeccionismo



Como se puede observar en la Tabla N° 59, tanto el grupo de sujetos entre “20 y 29” años de edad como el grupo de sujetos entre “40 y 52” años de edad tienden a presentar un nivel de perfeccionismo bajo. Mientras que el grupo de sujetos entre “30 y 39” años de edad se presenta de la siguiente forma; perfeccionismo bajo 37,5%, perfeccionismo medio 50%, y perfeccionismo alto 12,5%

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.230, $p=0.290$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una relación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

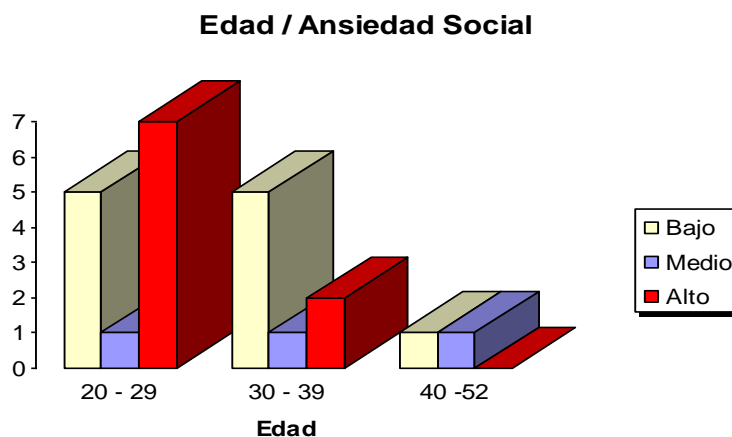
1.3.1.17 Relación entre Variable Edad / Variable Ansiedad Social (Gambrill

Ritchie)

Tabla N° 60: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad / Ansiedad Social
(Gambrill y Ritchie)

		ANSIEDAD SOCIAL						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	5	38,4%	1	7,6%	7	53,8%	13	100%
	30 - 39	5	62,5%	1	12,5%	2	25%	8	100%
	40 - 52	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%
Total		11	47,8%	3	13%	9	39,1%	23	100%

Gráfico N° 42: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Ansiedad Social (Gambrill y Ritchie)



Como se puede observar en la Tabla N° 60, el grupo de sujetos entre “20 y 29” años de edad se presenta de la siguiente manera; ansiedad social baja 38,4%, ansiedad social media 7,6% y ansiedad social alta 53,8%. El grupo de sujetos entre “30 y 39” años de edad tiende a presentar un nivel de ansiedad social bajo. Mientras que el grupo de sujetos entre “40 y 52” años de edad presenta homogéneamente un nivel de ansiedad social bajo y medio.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.356 , $p=0.095$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una relación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

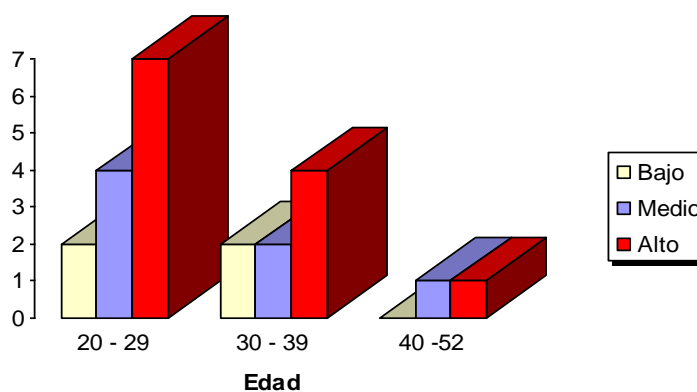
1.3.1.18 Relación entre Variable Edad / Variable Repertorio Conductual

Tabla N° 61: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad / Repertorio Conductual

		REPERTORIO CONDUCTUAL						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	2	15,3%	4	30,7%	7	53,8%	13	100%
	30 - 39	2	25%	2	25%	4	50%	8	100%
	40 - 52	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%
Total		4	17,3%	7	30,4%	12	52,1%	23	100%

Gráfico N° 43: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Repertorio Conductual

Edad / Repertorio Conductual



Como se puede observar en la Tabla N° 61, el grupo de sujetos entre “20 y 29” años de edad al igual que el grupos de sujetos entre “40 y 52” años de edad tienden a presentar un nivel de repertorio conductual medio y alto. Mientras que el grupo de sujetos entre “30 y 39” años de edad presentan niveles de repertorio conductual bajo y medio de un 25%, y en el rango alto un 50%.

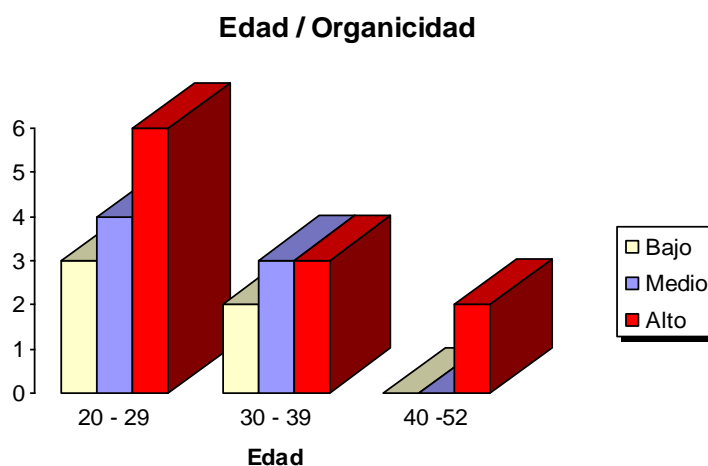
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.025, $p=0.909$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una relación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.1.19 Relación entre Variable Edad / Variable Organicidad

Tabla N° 62: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Edad / Organicidad

		ORGANICIDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
EDAD	20 - 29	3	23%	4	30,7%	6	46,1%	13	100%
	30 - 39	2	25%	3	37,5%	3	37,5%	8	100%
	40 - 52	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
Total		5	21,7%	7	30,4%	11	47,8%	23	100%

Gráfico N° 44: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Edad en relación a la variable Organicidad



Como se puede observar en la Tabla N° 62, el grupo de sujetos entre “20 y 29” años de edad se presenta de la siguiente forma; organicidad baja 23%, organicidad media 30,7% y organicidad alta 46,1%. El grupo de sujetos entre “30 y 39” años de edad tiende a presentar homogéneamente un nivel de organicidad medio y alto. Mientras que el grupo de sujetos entre “40 y 52” años de edad presenta un nivel de organicidad alto.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.269, $p=0.215$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una relación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

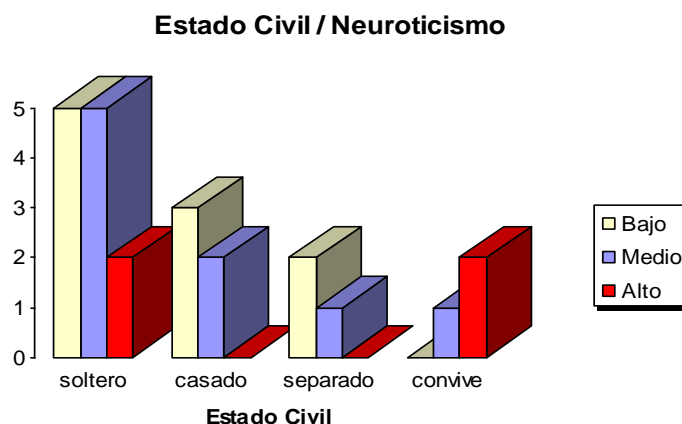
1.3.2 Relación entre Variable Estado Civil / Variables Ficha de Evaluación Clínica Integral

1.3.2.1 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Neuroticismo

Tabla N° 63: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Neuroticismo

		NEUROTICISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	5	41.6%	5	41.6%	2	16.6%	12	100%
	casado	3	60%	2	40%	0	0%	5	100%
	separado	2	66.6%	1	33.3%	0	0%	3	100%
	convive	0	0%	1	33.3%	2	66.6%	3	100%
Total		10	43.4%	9	39.1%	4	17.9%	23	100%

Gráfico N° 45: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Neuroticismo



Como se puede observar en la Tabla N° 63, el grupo de sujetos “solteros” tiende homogéneamente a presentar un nivel de neuroticismo bajo y medio con un 41%; el grupo de sujetos “casados” y el grupo de sujetos “separados” tienden a presentar un nivel de neuroticismo más bien bajo, con un 60% los “casados” y un 66% los “separados”. Mientras que el grupo de sujetos que “conviven” tiende a presentar un nivel de neuroticismo alto con un 66%.

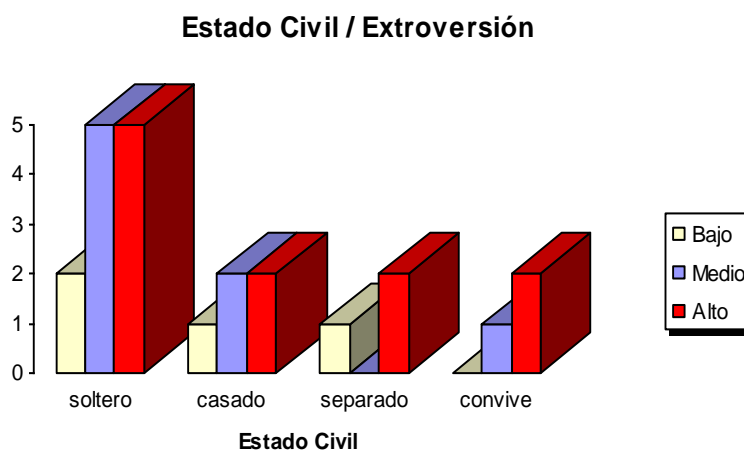
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.265$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.2.2 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Extroversión

Tabla N° 64: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Extroversión

		EXTROVERSION						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	2	16.6%	5	41.6%	5	41.6%	12	100%
	casado	1	20%	2	40%	2	40%	5	100%
	separado	1	33.3%	0	0%	2	66.6%	3	100%
	convive	0	0%	1	33.3%	2	66.6%	3	100%
Total		4	17.3%	8	34.7%	11	47.8%	23	100%

Gráfico N° 46: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Extroversión



Como se puede observar en la Tabla N° 64, tanto el grupo de sujetos “solteros” como el grupo de sujetos “casados” tienden homogéneamente a presentar un nivel de extroversión medio y alto, los “solteros” con un 41% y los “casados” con un 40%. Mientras que el grupo de sujetos “separados” y el grupo de sujetos que “conviven” tienden a presentar un nivel de extroversión más bien alto, distinguiéndose esto del siguiente modo: los “separados” con un 66% (el 33% restante se ubica dentro del nivel bajo de extroversión, no ubicándose ninguno en el nivel medio), y los que “conviven” también con un 66% (el 33% restante se ubica dentro del nivel medio de extroversión, no ubicándose ninguno en el nivel bajo).

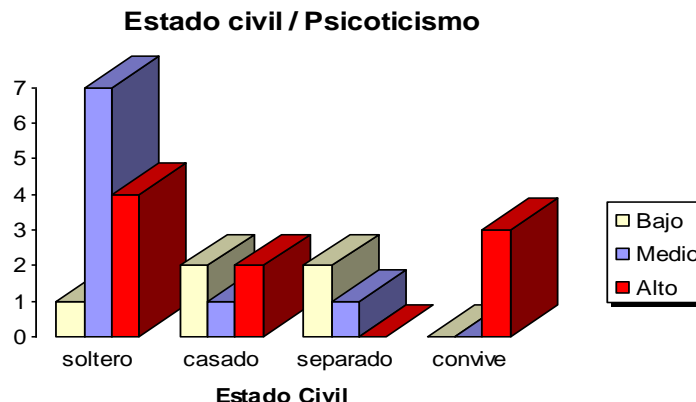
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.829$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.2.3 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Psicoticismo

Tabla N° 65: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Psicoticismo

		PSICOTICISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	1	8.3%	7	58.3%	4	33.3%	12	100%
	casado	2	40%	1	20%	2	40%	5	100%
	separado	2	66.6%	1	33.3%	0	0%	3	100%
	convive	0	0%	0	0%	3	100%	3	100%
Total		5	21.7%	9	39.1%	9	39.1%	23	100%

Gráfico N° 47: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Psicoticismo



Como se puede observar en la Tabla N° 65, el grupo de sujetos “solteros” tiende a presentar un nivel de psicoticismo medio con un 58%; el grupo de sujetos “casados” tiende homogéneamente a presentar un nivel de psicoticismo bajo y alto con un 40%, mientras que el 20% restante se ubica dentro del nivel medio de psicoticismo. El grupo de sujetos “separados” tiende a presentar un nivel de psicoticismo bajo, con un 66%, y el grupo de sujetos que “conviven” tiende a presentar un nivel de psicoticismo alto en su totalidad, es decir, un 100%.

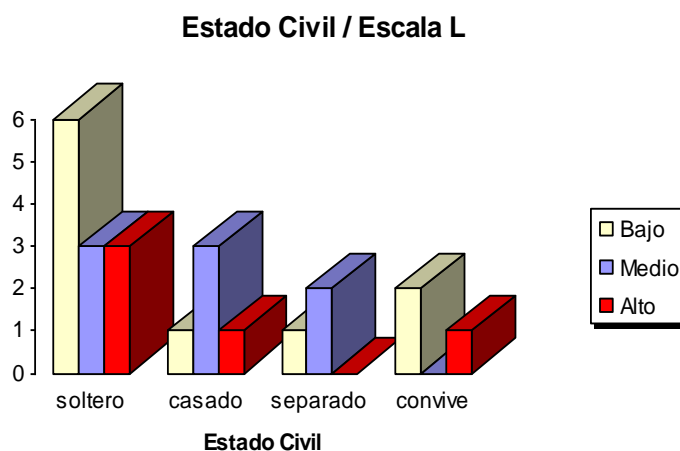
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.059$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.2.4 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Mentira (Escala L)

Tabla N° 66: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Mentira
(Escala L)

		ESCALA L						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	6	50%	3	25%	3	25%	12	100%
	casado	1	20%	3	60%	1	20%	5	100%
	separado	1	33.3%	2	66.6%	0	0%	3	100%
	convive	2	66.6%	0	0%	1	33.3%	3	100%
Total		10	43.4%	8	34.7%	5	21.7%	23	100%

Gráfico N° 48: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Mentira (Escala L)



Como se puede observar en la Tabla N° 66, tanto el grupo de sujetos “solteros” como el grupo de sujetos que “conviven” tienden a presentar un nivel de mentira bajo, los “solteros” con un 50% y los que “conviven” con un 66%. Mientras que el grupo de sujetos “casados” y el grupo de sujetos “separados” tienden a presentar un nivel de mentira medio, los “casados” con un 60% y los “separados” con un 66%.

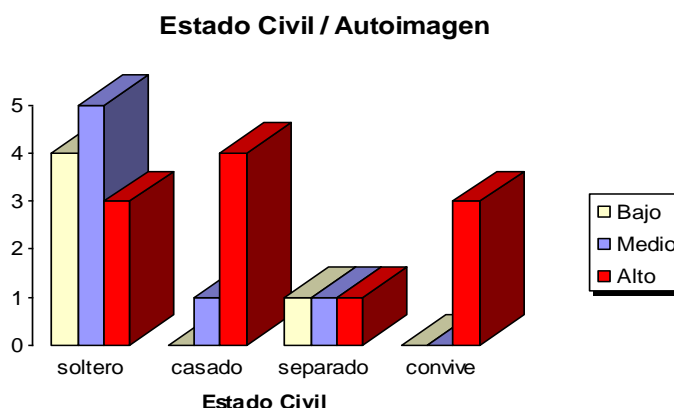
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.511$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.2.5 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Autoimagen

Tabla N° 67: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Autoimagen

		AUTOIMAGEN						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	4	33.3%	5	41.6%	3	25%	12	100%
	casado	0	0%	1	20%	4	80%	5	100%
	separado	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%	3	100%
	convive	0	0%	0	0%	3	100%	3	100%
Total		5	21.7%	7	30.4%	11	47.8%	23	100%

Gráfico N° 49: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Autoimagen



Como se puede observar en la Tabla N° 67, el grupo de sujetos “solteros” tiende a presentar un nivel de autoimagen medio con un 41%, siguiendo con un 33% en el nivel bajo y con un 25% en el nivel alto de autoimagen. Tanto el grupo de sujetos “casados” como el grupo de sujetos que “conviven” tienden a presentar un nivel de autoimagen alto, con un 80% los “casados” y con un 100% los que “conviven”. Mientras que el grupo de sujetos “separados” tiende homogéneamente a presentar un nivel de autoimagen bajo, medio y alto, con un 33.3% en cada uno de los tres niveles.

El coeficiente de correlación rho de Spearman entre ambas variables es de 0,445, lo cual muestra que la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

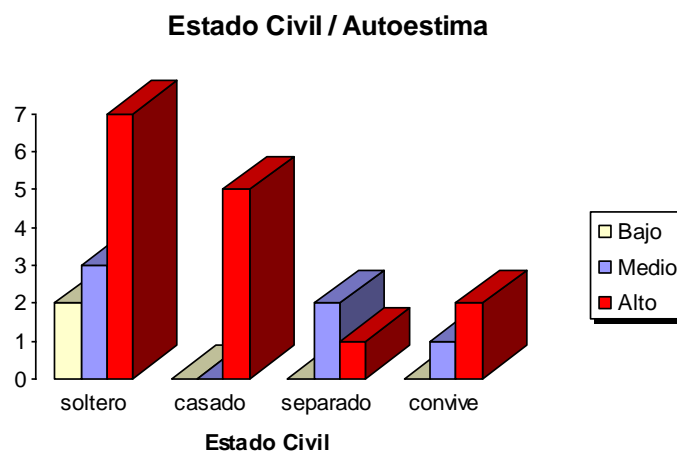
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.204$ ($p>0.05$). Bajo éste análisis estadístico la relación entre ambas variables no resulta significativa.

1.3.2.6 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Autoestima

Tabla N° 68: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Autoestima

		AUTOESTIMA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	2	16.6%	3	25%	7	58.3%	12	100%
	casado	0	0%	0	0%	5	100%	5	100%
	separado	0	0%	2	66.6%	1	33.3%	3	100%
	convive	0	0%	1	33.3%	2	66.6%	3	100%
Total		2	8.6%	6	26%	15	65.2%	23	100%

Gráfico N° 50: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Autoestima



Como se puede observar en la Tabla N° 68, tanto el grupo de sujetos “solteros” como los grupos de sujetos “casados” y que “conviven” tienden a presentar un nivel de autoestima alto, con un 58%, 100% y 66% respectivamente. Mientras que el grupo de sujetos “separados” tiende a presentar un nivel de autoestima medio con un 66% (el 33% restante se ubica dentro del nivel alto de autoestima, no ubicándose ninguno en el nivel bajo).

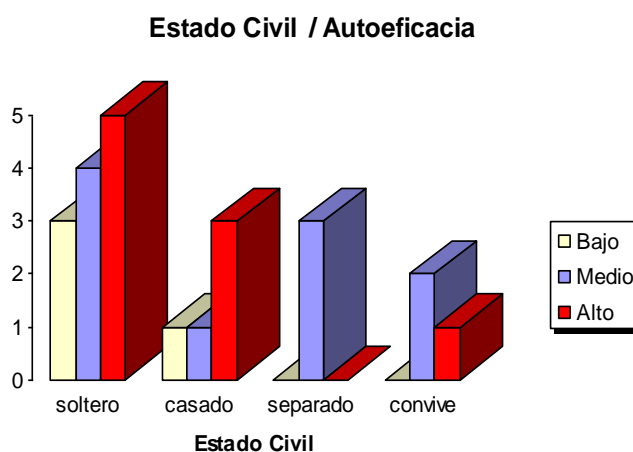
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.361$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.2.7 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Autoeficacia

Tabla N° 69: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Autoeficacia

		AUTOEFICACIA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	3	25%	4	33.3%	5	41.6%	12	100%
	casado	1	20%	1	20%	3	60%	5	100%
	separado	0	0%	3	100%	0	0%	3	100%
	convive	0	0%	2	66.6%	1	33.3%	3	100%
Total		4	17.3%	10	43.4%	9	39.1%	23	100%

Gráfico N° 51: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Autoeficacia



Como se puede observar en la Tabla N° 69, el grupo de sujetos “solteros” tiende a presentar un nivel de autoeficacia alto con un 41%, siguiendo el 33% con un nivel medio y el 25% con un nivel bajo. El grupo de los sujetos “casados” tiende a presentar un nivel de autoeficacia más bien alto con un 60%. Mientras que los grupos de sujetos “separados” y que “conviven” tienden a presentar un nivel de autoeficacia más bien medio, con un 100% y un 66% respectivamente.

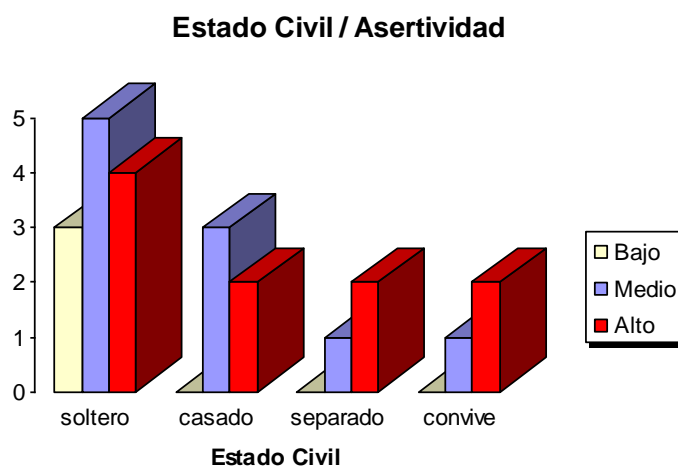
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.346$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.2.8 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Asertividad

Tabla N° 70: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Asertividad

		ASERTIVIDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	3	25%	5	41.6%	4	33.3%	12	100%
	casado	0	0%	3	60%	2	40%	5	100%
	separado	0	0%	1	33.3%	2	66.6%	3	100%
	convive	0	0%	1	33.3%	2	66.6%	3	100%
Total		3	13%	10	43.4%	10	43.4%	23	100%

Gráfico N° 52: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Asertividad



Como se puede observar en la Tabla N° 70, el grupo de sujetos “solteros” tiende a presentar un nivel de asertividad medio con un 41%, siguiendo el 33% con un nivel alto y el 25% con un nivel bajo. El grupo de sujetos “casados” tienden a presentar un nivel de asertividad medio y alto, con un 60% y un 40% respectivamente. Mientras que los grupos de sujetos “separados” y que “conviven” tienden a presentar un nivel de asertividad alto, ambos grupos con un 66%.

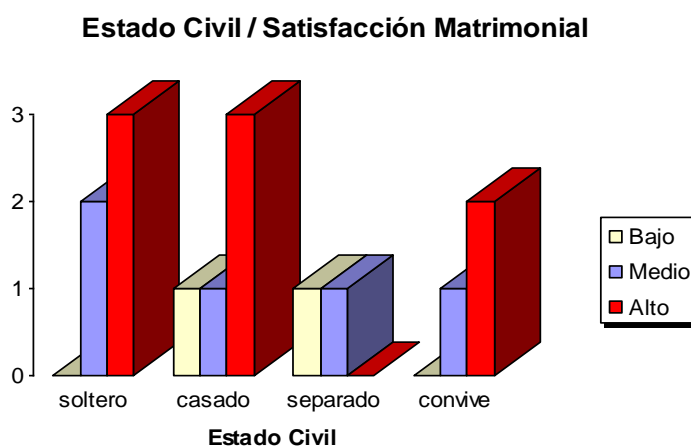
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.642$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.2.9 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Satisfacción Matrimonial

Tabla N° 71: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Satisfacción Matrimonial

		SATISFACCION MATRIMONIAL						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	0	0%	2	40%	3	60%	5	100%
	casado	1	20%	1	20%	3	60%	5	100%
	separado	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%
	convive	0	0%	1	33.3%	2	66.6%	3	100%
Total		2	13.3%	5	33.3%	8	53.3%	15	100%

Gráfico N° 53: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Satisfacción Matrimonial



Como se puede observar en la Tabla N° 71, tanto el grupo de sujetos “solteros” como los grupos de sujetos “casados” y que “conviven” tienden a presentar un nivel de satisfacción matrimonial alto, los “solteros” y “casados” con un 60% y los que “conviven” con un 66%. Mientras que el grupo de sujetos “separados” tiende homogéneamente a presentar un nivel de satisfacción matrimonial bajo y medio, con un 50% en ambos niveles.

La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.544$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.2.10 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Satisfacción de

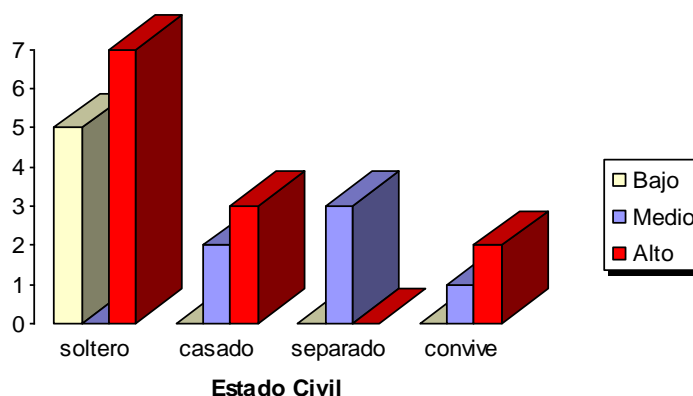
Necesidades

Tabla N° 72: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Satisfacción de Necesidades

		SATISFACCION DE NECESIDADES						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	5	41.6%	0	0%	7	58.3%	12	100%
	casado	0	0%	2	40%	3	60%	5	100%
	separado	0	0%	3	100%	0	0%	3	100%
	convive	0	0%	1	33.3%	2	66.6%	3	100%
Total		5	21.7%	6	26%	12	52.1%	23	100%

Gráfico N° 54: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Satisfacción de Necesidades

Estado Civil / Satisfacción de Necesidades



Como se puede observar en la Tabla N° 72, tanto el grupo de sujetos “solteros” como los grupos de sujetos “casados” y que “conviven” tienden a presentar un nivel de satisfacción de necesidades alto, con un 58%, un 60% y un 66% respectivamente. Mientras que el grupo de sujetos “separados” tiende a presentar un nivel de satisfacción de necesidades más bien medio en su totalidad, es decir, con un 100%.

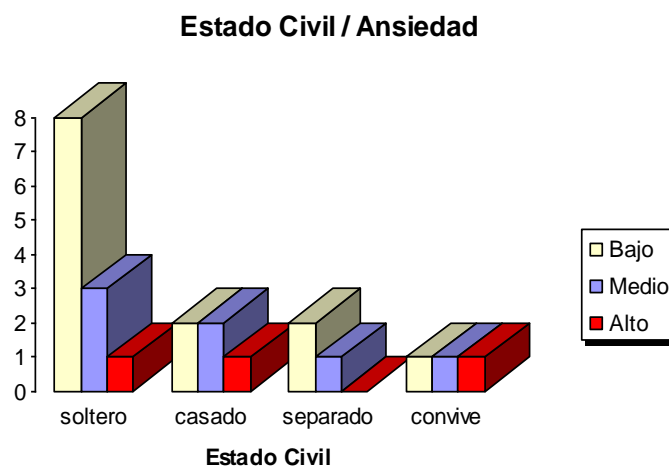
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.012$ ($p<0.05$), lo cual indica que la relación es significativa al nivel del 5% (bilateral), lo que desconfirma la hipótesis nula de ausencia de relación.

1.3.2.11 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Ansiedad

Tabla N° 73: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Ansiedad

		ANSIEDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	8	66.6%	3	25%	1	8.3%	12	100%
	casado	2	40%	2	40%	1	20%	5	100%
	separado	2	66.6%	1	33.3%	0	0%	3	100%
	convive	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%	3	100%
Total		13	56.5%	7	30.4%	3	13%	23	100%

Gráfico N° 55: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Ansiedad



Como se puede observar en la Tabla N° 73, tanto el grupo de sujetos “solteros” como el grupo de sujetos “separados” tienden a presentar un nivel de ansiedad bajo, ambos grupos con un 66%. El grupo de sujetos “casados” tiende homogéneamente a presentar un nivel de ansiedad bajo y medio, con un 40% en ambos niveles. Mientras que el grupo de sujetos que “convive” tiende homogéneamente a presentar un nivel de ansiedad bajo, medio y alto, con un 33.3% en cada uno de los 3 niveles.

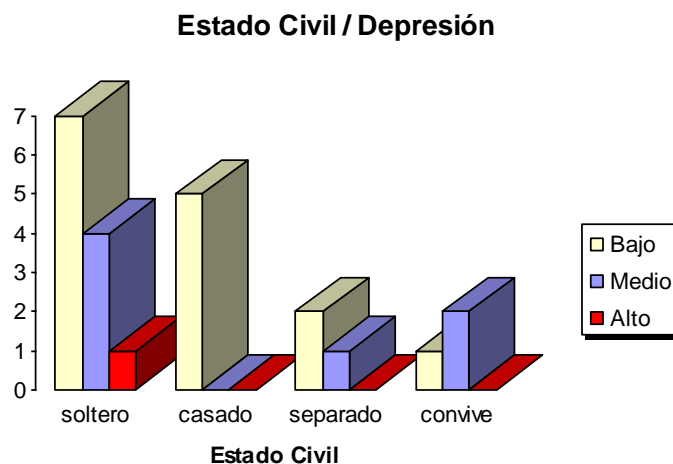
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.832$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.2.12 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Depresión

Tabla N° 74: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Depresión

		DEPRESION						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	7	58.3%	4	33.3%	1	8.3%	12	100%
	casado	5	100%	0	0%	0	0%	5	100%
	separado	2	66.6%	1	33.3%	0	0%	3	100%
	convive	1	33.3%	2	66.6%	0	0%	3	100%
Total		15	65.2%	7	30.4%	1	4.3%	23	100%

Gráfico N° 56: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Depresión



Como se puede observar en la Tabla N° 74, tanto el grupo de sujetos “solteros” como los grupos de sujetos “casados” y “separados” tienden a presentar un nivel de depresión bajo, con un 58%, un 100% y un 66% respectivamente. Mientras que el grupo de sujetos que “convive” tiende a presentar un nivel de depresión más bien medio con un 66% (el 33% restante se ubica dentro del nivel bajo de depresión, no ubicándose ninguno en el nivel alto).

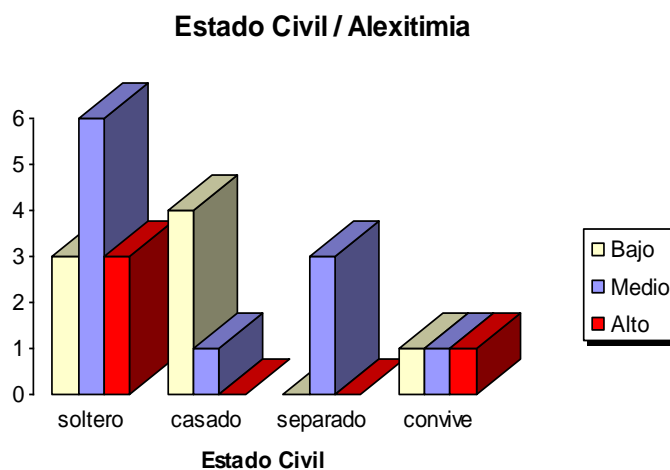
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.511$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.2.13 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Alexitimia

Tabla N° 75: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Alexitimia

		ALEXITIMIA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	3	25%	6	50%	3	25%	12	100%
	casado	4	80%	1	20%	0	0%	5	100%
	separado	0	0%	3	100%	0	0%	3	100%
	convive	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%	3	100%
Total		8	34.7%	11	47.8%	4	17.3%	23	100%

Gráfico N° 57: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Alexitimia



Como se puede observar en la Tabla N° 75, tanto el grupo de sujetos “solteros” como el grupo de sujetos “separados” tienden a presentar un nivel de alexitimia medio con un 50% y un 100% respectivamente. El grupo de sujetos “casados” tiende a presentar un nivel de alexitimia bajo con un 80%. Mientras que el grupo de sujetos que “convive” tiende homogéneamente a presentar un nivel de alexitimia bajo, medio y alto con un 33.3% en cada uno de los tres niveles.

La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.162$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

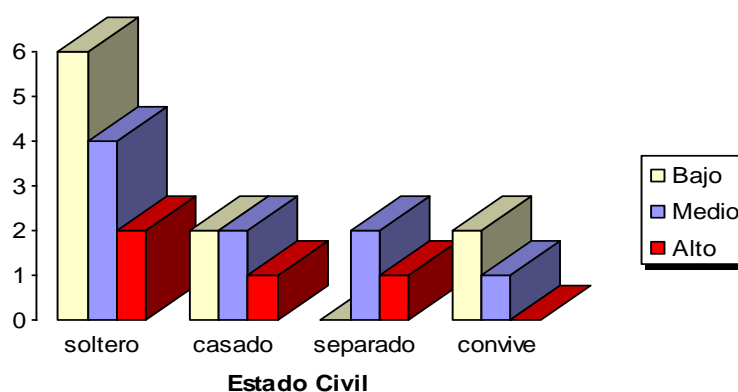
1.3.2.14 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Tolerancia a la Frustración

Tabla N° 76: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Tolerancia a la Frustración

		TOLERANCIA A LA FRUSTRACION						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	6	50%	4	33.3%	2	16.6%	12	100%
	casado	2	40%	2	40%	1	20%	5	100%
	separado	0	0%	2	66.6%	1	33.3%	3	100%
	convive	2	66.6%	1	33.3%	0	0%	3	100%
Total		10	43.4%	9	39.1%	4	17.3%	23	100%

Gráfico N° 58: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Tolerancia a la Frustración

Estado Civil / Tolerancia a la Frustración



Como se puede observar en la Tabla N° 76, tanto el grupo de sujetos “solteros” como el grupo de sujetos que “convive” tienden a presentar un nivel de tolerancia a la frustración bajo, con un 50% y un 66% respectivamente. El grupo de sujetos “casados” tiende homogéneamente a presentar un nivel de tolerancia a la frustración bajo y medio con un 40% en ambos niveles. Mientras que el grupo de sujetos “separados” tiende a presentar un nivel de tolerancia a la frustración más bien medio con un 66% (el 33% restante se ubica dentro del nivel alto de tolerancia a la frustración, no ubicándose ninguno en el nivel bajo).

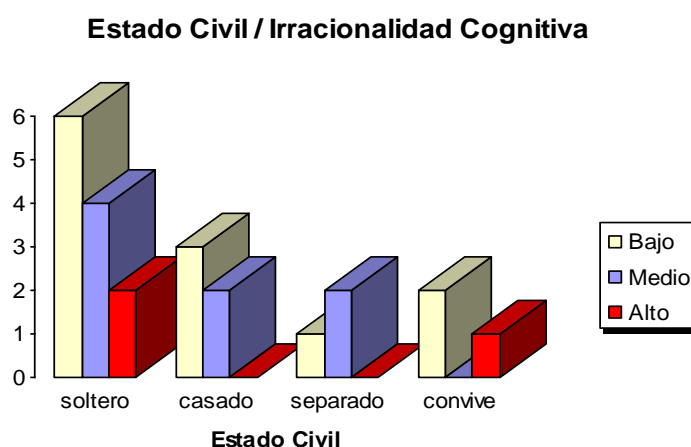
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.744$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.2.15 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Irracionalidad Cognitiva

Tabla N° 77: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Irracionalidad Cognitiva

		IRRACIONALIDAD COGNITIVA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	6	50%	4	33.3%	2	16.6%	12	100%
	casado	3	60%	2	40%	0	0%	5	100%
	separado	1	33.3%	2	66.6%	0	0%	3	100%
	convive	2	66.6%	0	0%	1	33.3%	3	100%
Total		12	52.1%	8	34.7%	3	13%	23	100%

Gráfico N° 59: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Irracionalidad Cognitiva



Como se puede observar en la Tabla N° 77, tanto el grupo de sujetos “solteros” como los grupos de sujetos “casados” y los que “conviven” tienden a presentar un nivel de irracionalidad cognitiva bajo con un 50%, un 60% y un 66% respectivamente.

Mientras que el grupo de sujetos “separados” tienden a presentar un nivel de irracionalidad cognitiva más bien medio con un 66% (el 33% restante se ubica dentro del nivel bajo de irracionalidad cognitiva, no ubicándose ninguno en el nivel alto).

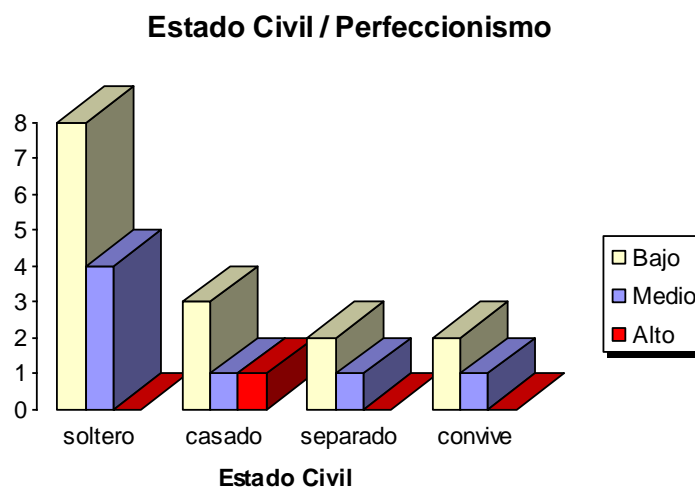
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.613$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.2.16 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Perfeccionismo

Tabla N° 78: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Perfeccionismo

		PERFECCIONISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	8	66.6%	4	33.3%	0	0%	12	100%
	casado	3	60%	1	20%	1	20%	5	100%
	separado	2	66.6%	1	33.3%	0	0%	3	100%
	convive	2	66.6%	1	33.3%	0	0%	3	100%
Total		15	65.2%	7	30.4%	1	4.3%	23	100%

Gráfico N° 60: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Perfeccionismo



Como se puede observar en la Tabla N° 78, todos los grupos de sujetos, es decir, “solteros”, “casados”, “separados” y que “conviven” tienden a presentar un nivel de perfeccionismo bajo con porcentajes entre el 60% y 66%.

La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.696$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

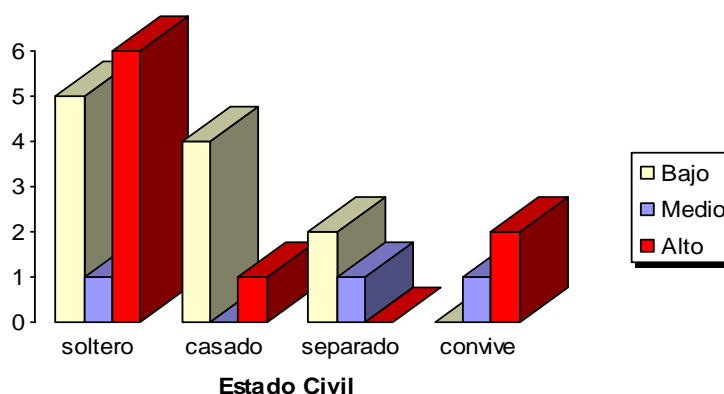
1.3.2.17 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Ansiedad Social

Tabla N° 79: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Ansiedad Social

		ANSIEDAD SOCIAL						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	5	41.6%	1	8.3%	6	50%	12	100%
	casado	4	80%	0	0%	1	20%	5	100%
	separado	2	66.6%	1	33.3%	0	0%	3	100%
	convive	0	0%	1	33.3%	2	66.6%	3	100%
Total		11	47.8%	3	13%	9	39.1%	23	100%

Gráfico N° 61: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Ansiedad Social

Estado Civil / Ansiedad Social



Como se puede observar en la Tabla N° 79, tanto el grupo de sujetos “solteros” como el grupo de sujetos que “convive” tienden a presentar un nivel de ansiedad social alto, con un 50% y un 66% respectivamente. Mientras los grupos de sujetos “casados” y “separados” tienden a presentar un nivel de ansiedad social más bien bajo, con un 80% y un 66% respectivamente.

La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.226$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

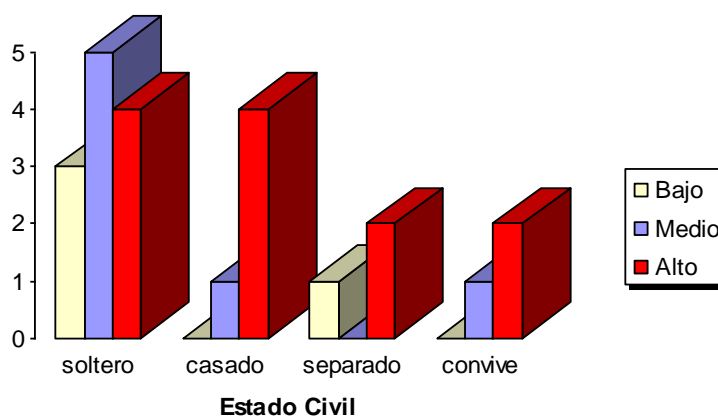
1.3.2.18 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Repertorio Conductual

Tabla N° 80: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Repertorio Conductual

		REPERTORIO CONDUCTUAL						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	3	25%	5	41.6%	4	33.3%	12	100%
	casado	0	0%	1	20%	4	80%	5	100%
	separado	1	33.3%	0	0%	2	66.6%	3	100%
	convive	0	0%	1	33.3%	2	66.6%	3	100%
Total		4	17.3%	7	30.4%	12	52.1%	23	100%

Gráfico N° 62: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Repertorio Conductual

Estado Civil / Repertorio Conductual



Como se puede observar en la Tabla N° 80, tanto el grupo de sujetos “casados” como los grupos de sujetos “separados” y que “conviven” tienden a presentar un nivel de repertorio conductual alto, con un 80%, un 66% y un 66% respectivamente. Mientras que el grupo de sujetos “solteros” tiende a presentar un nivel de repertorio conductual más bien medio con un 41%, siguiendo el 33% de los sujetos con un nivel alto y el 25% con un nivel bajo.

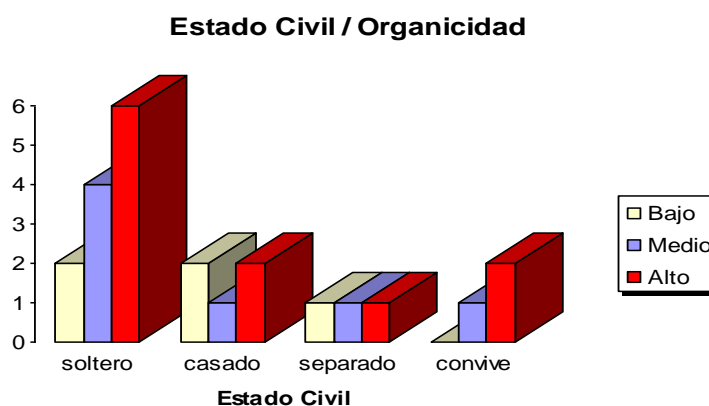
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.466$ ($p<0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.2.19 Relación entre Variable Estado Civil / Variable Organicidad

Tabla N° 81: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Estado Civil / Organicidad

		ORGANICIDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESTADO CIVIL	soltero	2	16.6%	4	33.3%	6	50%	12	100%
	casado	2	40%	1	20%	2	40%	5	100%
	separado	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%	3	100%
	convive	0	0%	1	33.3%	2	66.6%	3	100%
Total		5	21.7%	7	30.4%	11	47.8%	23	100%

Gráfico N° 63: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Estado Civil en relación a la variable Organicidad



Como se puede observar en la Tabla N° 81, tanto el grupo de sujetos “solteros” como el grupo de sujetos que “convive” tienden a presentar un nivel de organicidad alto con un 50% y un 66% respectivamente. El grupo de sujetos “casados” tiende homogéneamente a presentar un nivel de organicidad bajo y alto con un 40% de sujetos en ambos niveles. Mientras que el grupo de sujetos “separados” tiende homogéneamente a presentar un nivel de organicidad bajo, medio y alto con un 33.3% en cada uno de los tres niveles.

La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.879$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.3 Relación Variable Escolaridad / Variables Fichas de Evaluación Clínica Integral

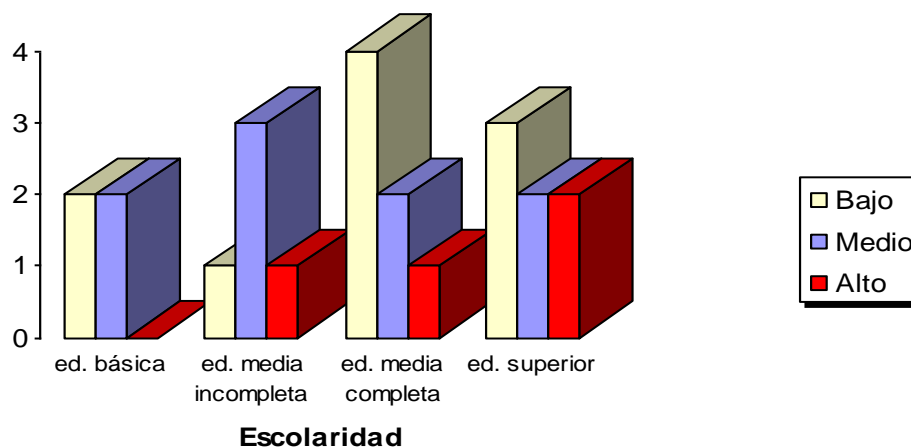
1.3.3.1 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Neuroticismo

Tabla N° 82: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Neuroticismo

		NEUROTICISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	2	50%	2	50%	0	0%	4	100%
	educación media incompleta	1	20%	3	60%	1	20%	5	100%
	educación media completa	4	57.1%	2	28.5%	1	14.2%	7	100%
	educación superior	3	42.8%	2	28.5%	2	28.5%	7	100%
Total		10	43.4%	9	39.1%	4	17.3%	23	100%

Gráfico N° 64: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Neuroticismo

Escolaridad / Neuroticismo



Como se puede observar en la Tabla N° 82, el grupo de sujetos que tiene “educación básica” tiende homogéneamente a presentar un nivel de neuroticismo bajo y medio con un 50% en ambos niveles; el grupo de sujetos que tiene “educación media incompleta” tiende a presentar un nivel de neuroticismo más bien medio con un 60%. Mientras que los grupos de sujetos que tiene “educación media completa” y “educación superior” tienden a presentar un nivel de neuroticismo más bien bajo, con un 57% y un 43% respectivamente.

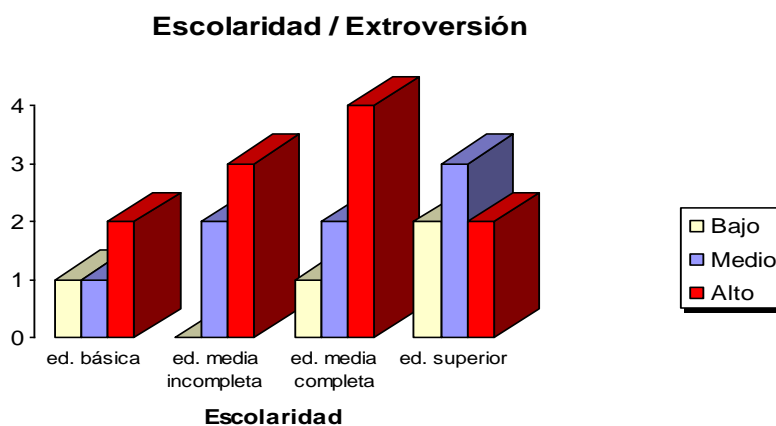
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.743$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.3.2 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Extroversión

Tabla N° 83: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Extroversión

		EXTROVERSION						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	1	25%	1	25%	2	50%	4	100%
	educación media incompleta	0	0%	2	40%	3	60%	5	100%
	educación media completa	1	14.2%	2	28.5%	4	51.1%	7	100%
	educación superior	2	28.5%	3	42.8%	2	28.5%	7	100%
Total		4	17.3%	8	34.7%	11	47.8%	23	100%

Gráfico N° 65: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Extroversión



Como se puede observar en la Tabla N° 83, los grupos de sujetos que tienen “educación básica”, “educación media incompleta” y “educación media completa” tienden a presentar un nivel de extroversión alto con un 50%, un 60% y un 51% respectivamente. Mientras el grupo de sujetos que tiene “educación superior” tiende a presentar un nivel de extroversión más bien medio con un 42%, siguiendo el 28.5% de los sujetos en el nivel bajo de extroversión y el otro 28.5% en el nivel alto.

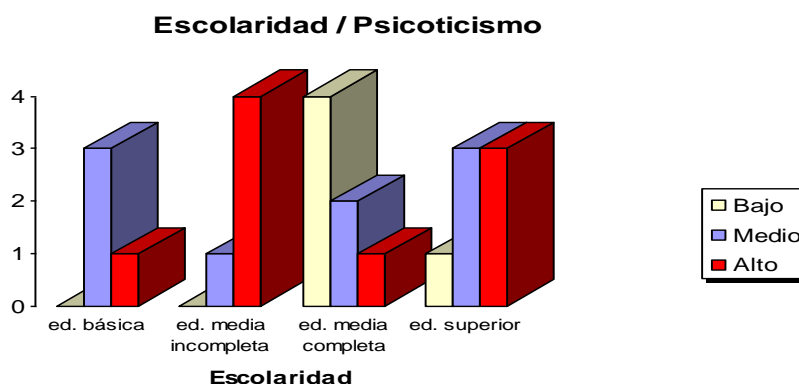
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.287$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.3.3 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Psicoticismo

Tabla N° 84: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Psicoticismo

		PSICOTICISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	0	0%	3	75%	1	25%	4	100%
	educación media incompleta	0	0%	1	20%	4	80%	5	100%
	educación media completa	4	57.1%	2	28.5%	1	14.2%	7	100%
	educación superior	1	14.2%	3	42.8%	3	42.8%	7	100%
Total		5	21.7%	9	39.1%	9	39.1%	23	100%

Gráfico N° 66: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Psicoticismo



Como se puede observar en la Tabla N° 84, el grupo de sujetos que tiene “educación básica” tiende a presentar un nivel de psicoticismo medio con 75%. El grupo de sujetos que tiene “educación media incompleta” tiende a presentar un nivel de psicoticismo alto con un 80% y el grupo de sujetos que tiene “educación media completa” tiende a presentar un nivel de psicoticismo más bien bajo con un 57%. Mientras que el grupo de sujetos que tiene “educación superior” tiende homogéneamente a presentar un nivel de psicoticismo medio y alto con un 42.8% de los sujetos en ambos niveles.

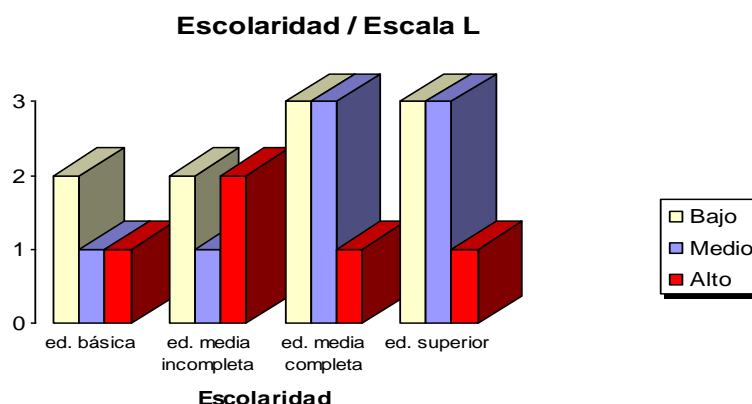
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.597$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.3.4 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Mentira (Escala L)

Tabla N° 85: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Mentira (Escala L)

		ESCALA L						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	2	50%	1	25%	1	25%	4	100%
	educación media incompleta	2	40%	1	20%	2	40%	5	100%
	educación media completa	3	42.8%	3	42.8%	1	14.2%	7	100%
	educación superior	3	42.8%	3	42.8%	1	14.2%	7	100%
Total		10	43.4%	8	34.7%	5	21.7%	23	100%

Gráfico N° 67: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Mentira (Escala L)



Como se puede observar en la Tabla N° 85, el grupo de sujetos que tiene “educación básica” tiende a presentar un nivel de mentira bajo con un 50% de los sujetos. El grupo de sujetos que tiene “educación media incompleta” tiende homogéneamente a presentar un nivel de mentira bajo y alto con un 40% en ambos niveles. Mientras que los grupos de sujetos que tienen “educación media completa” y “educación superior” tienden homogéneamente a presentar un nivel de mentira bajo y medio con un 42.8% en ambos niveles.

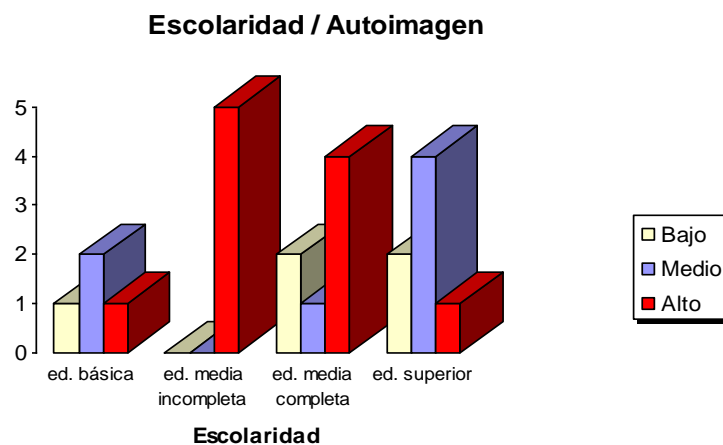
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.328$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.3.5 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Autoimagen

Tabla N° 86: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Autoimagen

		AUTOIMAGEN						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	1	25%	2	50%	1	25%	4	100%
	educación media incompleta	0	0%	0	0%	5	100%	5	100%
	educación media completa	2	28.5%	1	14.2%	4	57.1%	7	100%
	educación superior	2	28.5%	4	57.1%	1	14.2%	7	100%
Total		5	21.7%	7	30.4%	11	47.8%	23	100%

Gráfico N° 68: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Autoimagen



Como se puede observar en la Tabla N° 86, los grupos de sujetos que tienen “educación básica” y “educación superior” tienden a presentar un nivel de autoimagen medio con un 50% y un 57% respectivamente. Mientras que los grupos de sujetos que tienen “educación media incompleta” y “educación media completa” tienden a presentar un nivel de autoimagen más bien alto con un 100% y un 57% respectivamente.

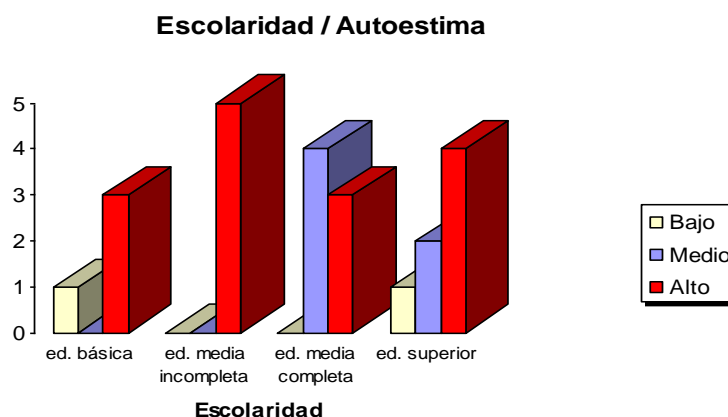
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.403$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.3.6 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Autoestima

Tabla N° 87: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Autoestima

		AUTOESTIMA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	1	25%	0	0%	3	75%	4	100%
	educación media incompleta	0	0%	0	0%	5	100%	5	100%
	educación media completa	0	0%	4	57.1%	3	42.8%	7	100%
	educación superior	1	14.2%	2	28.5%	4	57.1%	7	100%
Total		2	8.6%	6	26%	15	65.2%	23	100%

Gráfico N° 69: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Autoestima



Como se puede observar en la Tabla N° 87, los grupos de sujetos que tienen “educación básica”, “educación media incompleta” y “educación superior” tienden a presentar un nivel de autoestima alto con un 75%, un 100% y un 57% respectivamente. Mientras que el grupo de sujetos que tienen “educación media completa” tiende a presentar un nivel de autoestima más bien medio con un 57% de los sujetos (el 42.8% restante se ubica dentro del nivel alto de autoestima, no ubicándose ninguno en el nivel bajo).

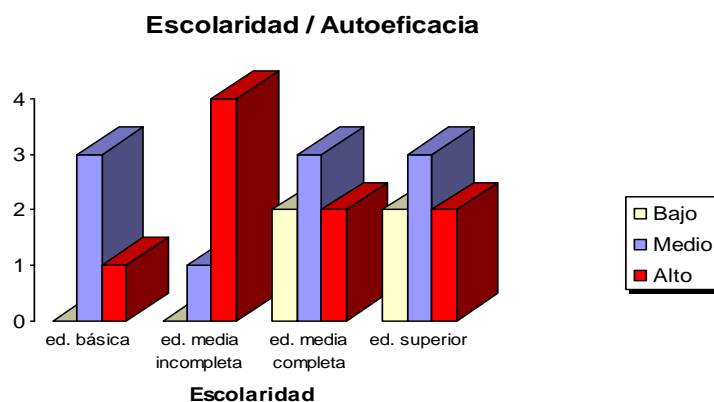
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.722$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.3.7 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Autoeficacia

Tabla N° 88: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Autoeficacia

		AUTOEFICACIA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	0	0%	3	75%	1	25%	4	100%
	educación media incompleta	0	0%	1	20%	4	80%	5	100%
	educación media completa	2	28.5%	3	42.8%	2	28.5%	7	100%
	educación superior	2	28.5%	3	42.8%	2	28.5%	7	100%
Total		4	17.3%	10	43.4%	9	39.1%	23	100%

Gráfico N° 70: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Autoeficacia



Como se puede observar en la Tabla N° 88, los grupos de sujetos que tienen “educación básica”, “educación media completa” y “educación superior” tienden a presentar un nivel de autoeficacia medio con un 75%, un 42% y un 42% respectivamente. Mientras que el grupo de sujetos que tiene “educación media incompleta” tiende a presentar un nivel de autoeficacia más bien alto con un 80% (el 20% restante se ubica dentro del nivel medio de autoeficacia, no ubicándose ninguno en el nivel bajo).

La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0,863$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

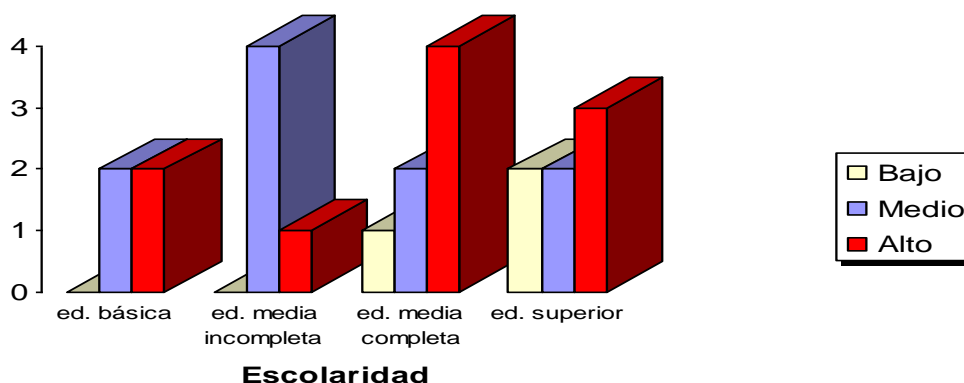
1.3.3.8 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Asertividad

Tabla N° 89: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Asertividad

		ASERTIVIDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	0	0%	2	50%	2	50%	4	100%
	educación media incompleta	0	0%	4	80%	1	20%	5	100%
	educación media completa	1	14.2%	2	28.5%	4	57.1%	7	100%
	educación superior	2	28.5%	2	28.5%	3	42.8%	7	100%
Total		3	13%	10	43.4%	10	43.4%	23	100%

Gráfico N° 71: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Asertividad

Escolaridad / Asertividad



Como se puede observar en la Tabla N° 89, el grupo de sujetos que tiene “educación básica” tiende homogéneamente a presentar un nivel de asertividad medio y alto con un 50% de los sujetos en ambos niveles. El grupo de sujetos que tiene “educación media incompleta” tiende a presentar un nivel de asertividad medio con un 80%, y el grupo de sujetos que tiene “educación media completa” tiende a presentar un nivel de asertividad más bien alto con un 57%, siguiendo el 28% de los sujetos en el nivel medio y el 14% en el nivel bajo. Mientras que el grupo de sujetos que tiene “educación superior” tiende a presentar un nivel de asertividad alto con un 42.8%, siguiendo el 28.5% de los sujetos en el nivel medio y el otro 28.5% en el nivel bajo de asertividad.

La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.213$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

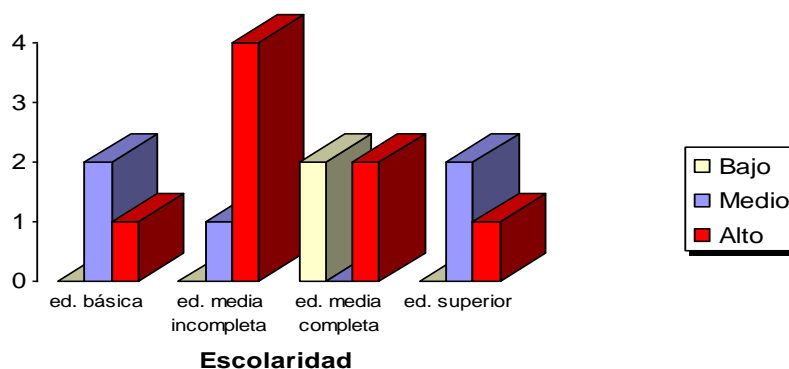
1.3.3.9 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Satisfacción Matrimonial

Tabla N° 90: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Satisfacción Matrimonial

		SATISFACCION MATRIMONIAL						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	0	0%	2	66.6%	1	33.3%	3	100%
	educación media incompleta	0	0%	1	20%	4	80%	5	100%
	educación media completa	2	50%	0	0%	2	50%	4	100%
	educación superior	0	0%	2	66.6%	1	33.3%	3	100%
Total		2	13.3%	5	33.3%	8	53.3%	15	100%

Gráfico N° 72: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Satisfacción Matrimonial

Escolaridad / Satisfacción Matrimonial



Como se puede observar en la Tabla N° 90, los grupos de sujetos que tienen “educación básica” y “educación superior” tienden a presentar un nivel de satisfacción matrimonial medio con un 66% de sujetos de ambos grupos, y el grupo de sujetos que tiene “educación media incompleta” tiende a presentar un nivel de satisfacción matrimonial más bien alto con un 80% (el 20% restante se ubica dentro del nivel medio de satisfacción matrimonial, no ubicándose ninguno en el nivel bajo). Mientras que el grupo de sujetos que tiene “educación media completa” tiende homogéneamente a presentar un nivel de satisfacción matrimonial bajo y alto con un 50% de los sujetos en ambos niveles.

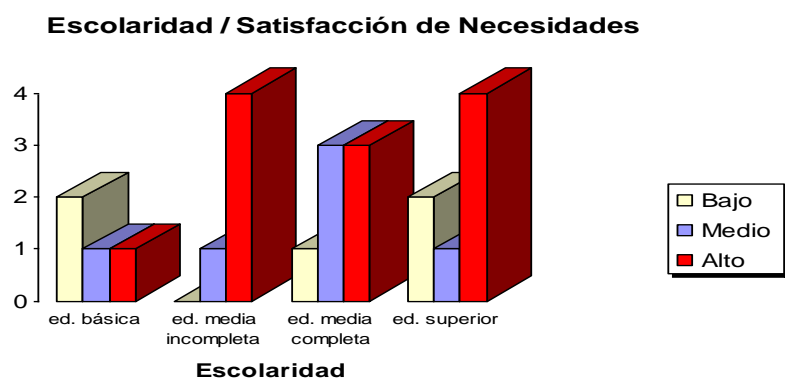
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.556$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.3.10 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Satisfacción de Necesidades

Tabla N° 91: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Satisfacción de Necesidades

		SATISFACCION DE NECESIDADES						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	2	50%	1	25%	1	25%	4	100%
	educación media incompleta	0	0%	1	20%	4	80%	5	100%
	educación media completa	1	14.2%	3	42.8%	3	42.8%	7	100%
	educación superior	2	28.5%	1	14.2%	4	57.1%	7	100%
Total		5	21.7%	6	26%	12	52.1%	23	100%

Gráfico N° 73: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Satisfacción de Necesidades



Como se puede observar en la Tabla N° 91, el grupo de sujetos que tiene “educación básica” tiende a presentar un nivel de satisfacción de necesidades bajo con un 50%, y los grupos de sujetos que tienen “educación media incompleta” y “educación superior” tienden a presentar un nivel de satisfacción de necesidades más bien alto con un 80% y un 57% respectivamente. Mientras que el grupo de sujetos que tiene “educación media completa” tiende homogéneamente a presentar un nivel de satisfacción de necesidades medio y alto con un 42.8% de los sujetos en ambos niveles.

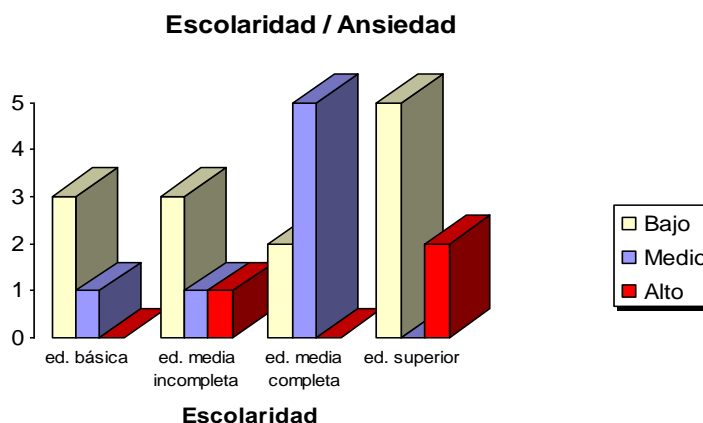
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.155$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.3.11 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Ansiedad

Tabla N° 92: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Ansiedad

		ANSIEDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	3	75%	1	25%	0	0%	4	100%
	educación media incompleta	3	60%	1	20%	1	20%	5	100%
	educación media completa	2	28.5%	5	71.4%	0	0%	7	100%
	educación superior	5	71.4%	0	0%	2	28.5%	7	100%
Total		13	56.5%	7	30.4%	3	13%	23	100%

Gráfico N° 74: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Ansiedad



Como se puede observar en la Tabla N° 92, los grupos de sujetos que tienen “educación básica”, “educación media incompleta” y “educación superior” tienden a presentar un nivel de ansiedad bajo con un 75%, un 60% y un 71% respectivamente. Mientras que el grupo de sujetos que tiene “educación media completa” tiende a presentar un nivel de ansiedad más bien medio con un 71.4% de los sujetos (el 28.5% restante se ubica dentro del nivel bajo de ansiedad, no ubicándose ninguno en el nivel alto).

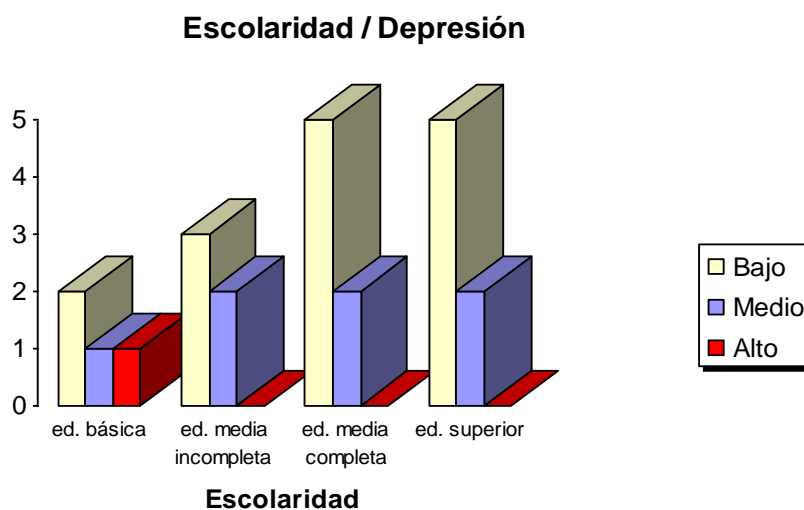
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.169$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.3.12 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Depresión

Tabla N° 93: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Depresión

		DEPRESION						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	2	75%	1	25%	1	0%	4	100%
	educación media incompleta	3	60%	2	20%	0	20%	5	100%
	educación media completa	5	28.5%	2	71.4%	0	0%	7	100%
	educación superior	5	71.4%	2	0%	0	28.5%	7	100%
Total		15	56.5%	7	30.4%	3	13%	23	100%

Gráfico N° 75: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Depresión



Como se puede observar en la Tabla N° 93, todos los grupos de sujetos, es decir, los que tienen “educación básica”, “educación media incompleta”, “educación media completa” y “educación superior” tienden a presentar un nivel de depresión bajo con un 75%, un 60%, un 28% y un 71% respectivamente.

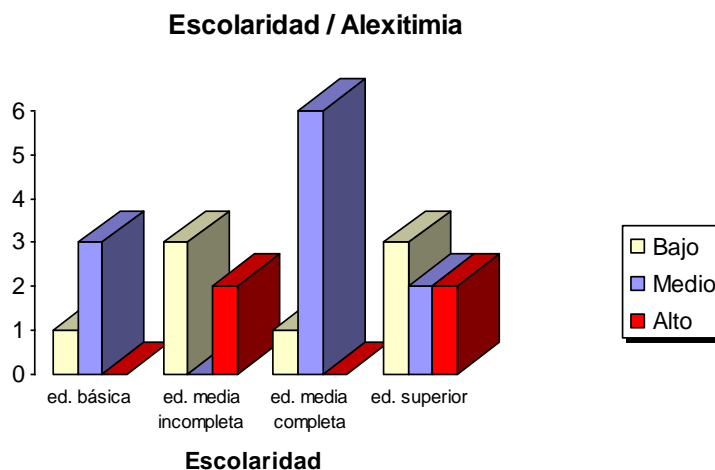
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.079$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.3.13 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Alexitimia

Tabla N° 94: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Alexitimia

		ALEXITIMIA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	1	25%	3	75%	0	0%	4	100%
	educación media incompleta	3	60%	0	0%	2	40%	5	100%
	educación media completa	1	14.2%	6	85.7%	0	0%	7	100%
	educación superior	3	42.8%	2	28.5%	2	28.5%	7	100%
Total		8	34.7%	11	47.8%	4	17.3%	23	100%

Gráfico N° 76: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Alexitimia



Como se puede observar en la Tabla N° 94, los grupos de sujetos que tienen “educación básica” y “educación media completa” tienden a presentar un nivel de alexitimia medio con un 75% y un 85%. Mientras que los grupos de sujetos que tienen “educación media incompleta” y “educación superior” tienden a presentar un nivel de alexitimia más bien bajo con un 60% y un 42% respectivamente.

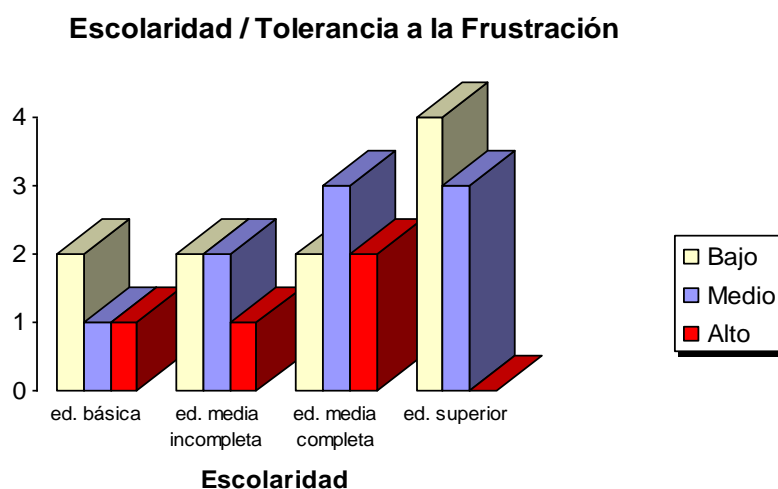
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.553$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.3.14 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Tolerancia a la Frustración

Tabla N° 95: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Tolerancia a la Frustración

		TOLERANCIA A LA FRUSTRACION						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	2	50%	1	25%	1	25%	4	100%
	educación media incompleta	2	40%	2	40%	1	20%	5	100%
	educación media completa	2	28.5%	3	42.8%	2	28.5%	7	100%
	educación superior	4	57.1%	3	42.8%	0	0%	7	100%
Total		10	43.4%	9	39.1%	4	17.3%	23	100%

Gráfico N° 77: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Tolerancia a la Frustración



Como se puede observar en la Tabla N° 95, los grupos de sujetos que tienen educación básica” y “educación superior” tienden a presentar un nivel de tolerancia a la frustración bajo con un 50% y un 57%. El grupo de sujetos que tiene “educación media completa” tiende a presentar un nivel de tolerancia a la frustración más bien medio con un 42%, siguiendo el 28.5% de los sujetos en el nivel bajo y el otro 28.5% en el nivel alto. Mientras que el grupo de sujetos que tiene “educación media incompleta” tiende homogéneamente a presentar un nivel de tolerancia a la frustración bajo y medio con un 40% de los sujetos en ambos niveles.

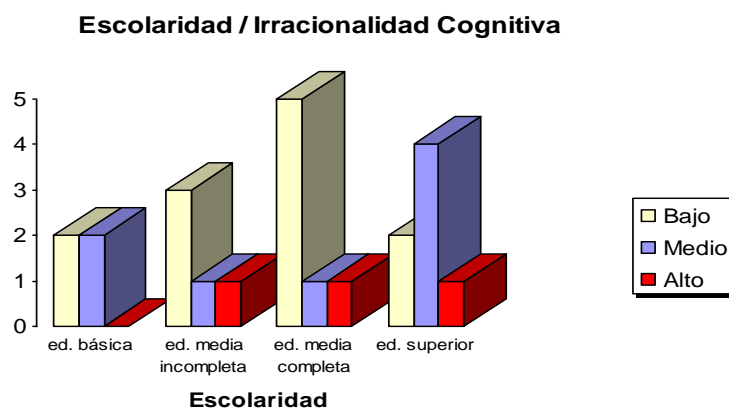
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.080$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.3.15 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Irracionalidad Cognitiva

Tabla N° 96: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Irracionalidad Cognitiva

		IRRACIONALIDAD COGNITIVA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	2	50%	2	50%	0	0%	4	100%
	educación media incompleta	3	60%	1	20%	1	20%	5	100%
	educación media completa	5	71.4%	1	14.2%	1	14.2%	7	100%
	educación superior	2	28.5%	4	57.1%	1	14.2%	7	100%
Total		12	52.1%	8	34.7%	3	13%	23	100%

Gráfico N° 78: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Irracionalidad Cognitiva



Como se puede observar en la Tabla N° 96, el grupo de sujetos que tiene “educación básica” tiende homogéneamente a presentar un nivel de irracionalidad cognitiva bajo y medio con un 50% de los sujetos en ambos niveles. Los grupos de sujetos que tienen “educación media incompleta” y “educación media completa” tienden a presentar un nivel de irracionalidad cognitiva bajo con un 60% y un 71% respectivamente. Mientras que el grupo de sujetos que tiene “educación superior” tiende a presentar un nivel de irracionalidad cognitiva más bien medio con un 57% de los sujetos.

La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.751$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

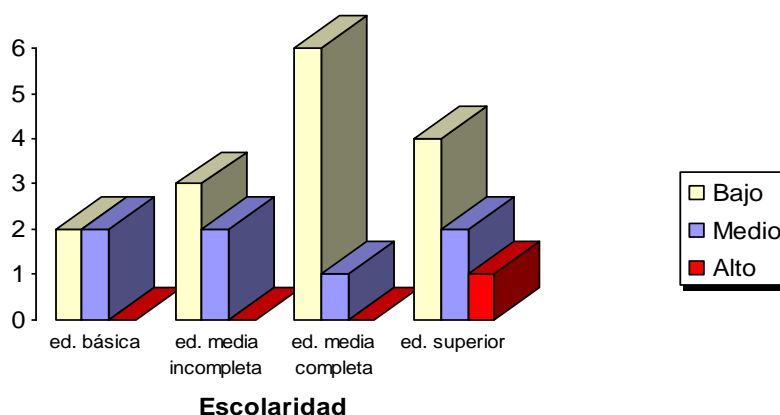
1.3.3.16 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Perfeccionismo

Tabla N° 97: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Perfeccionismo

		PERFECCIONISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	2	50%	2	50%	0	0%	4	100%
	educación media incompleta	3	60%	2	40%	0	0%	5	100%
	educación media completa	6	85.7%	1	14.2%	0	0%	7	100%
	educación superior	4	57.1%	2	28.5%	1	14.2%	7	100%
Total		15	65.2%	7	30.4%	1	4.3%	23	100%

Gráfico N° 79: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Perfeccionismo

Escolaridad / Perfeccionismo



Como se puede observar en la Tabla N° 97, los grupos de sujetos que tienen “educación media incompleta”, “educación media completa” y “educación superior” tienden a presentar un nivel de perfeccionismo bajo con un 60%, un 85% y un 57% respectivamente. Mientras que el grupo de sujetos que tiene “educación básica” tiende homogéneamente a presentar un nivel de perfeccionismo bajo y medio con un 50% de los sujetos en ambos niveles.

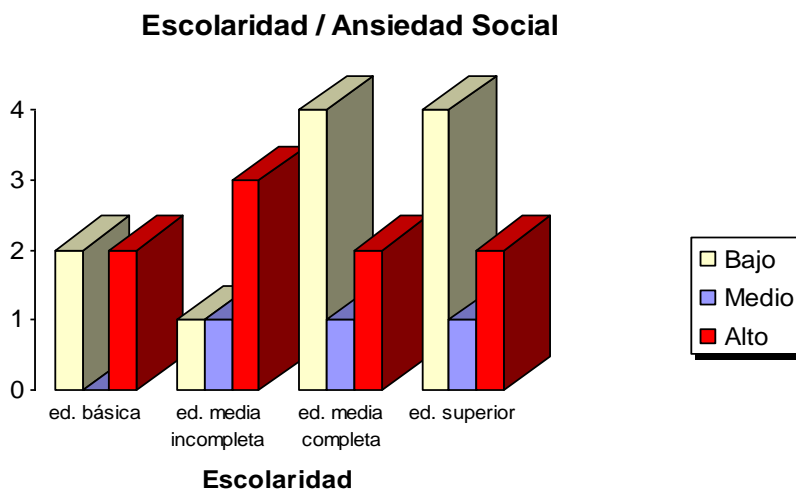
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.404$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.3.17 Relación entre Variable Escolaridad / Ansiedad Social

Tabla N° 98: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Ansiedad Social

		ANSIEDAD SOCIAL						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	2	50%	0	0%	2	50%	4	100%
	educación media incompleta	1	20%	1	20%	3	60%	5	100%
	educación media completa	4	57.1%	1	14.2%	2	28.5%	7	100%
	educación superior	4	57.1%	1	14.2%	2	28.5%	7	100%
Total		11	47.8%	3	13%	5	21.7%	23	100%

Gráfico N° 80: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Ansiedad Social



Como se puede observar en la Tabla N° 98, el grupo de sujetos que tiene “educación básica” tiende homogéneamente a presentar un nivel de ansiedad social bajo y alto con un 50% de los sujetos en ambos niveles. El grupo de sujetos que tiene “educación media incompleta” tiende a presentar un nivel de ansiedad social más bien alto con un 60%. Mientras que los grupos de sujetos que tienen “educación media completa” y “educación superior” tienden a presentar un nivel de ansiedad social más bien bajo con un 57% de los sujetos de ambos grupos.

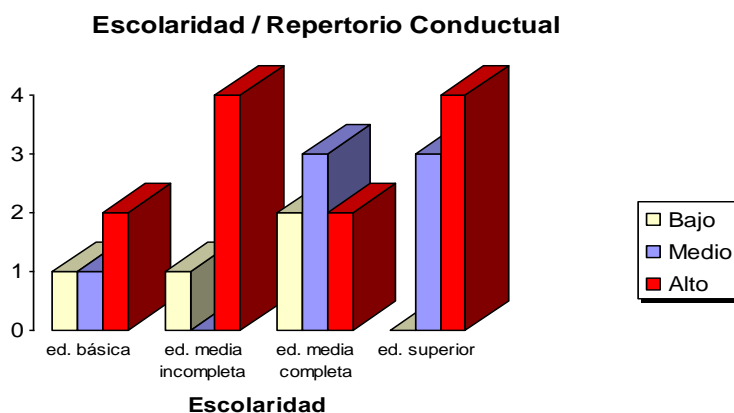
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.638$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.3.18 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Repertorio Conductual

Tabla N° 99: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Repertorio Conductual

		REPERTORIO CONDUCTUAL						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	1	25%	1	25%	2	50%	4	100%
	educación media incompleta	1	20%	0	0%	4	80%	5	100%
	educación media completa	2	28.5%	3	42.8%	2	28.5%	7	100%
	educación superior	0	0%	3	42.8%	4	57.1%	7	100%
Total		4	17.3%	7	30.4%	12	52.1%	23	100%

Gráfico N° 81: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Repertorio Conductual



Como se puede observar en la Tabla N° 99, los grupos de sujetos que tienen “educación básica”, “educación media incompleta” y “educación superior” tienden a presentar un nivel de repertorio conductual alto con un 50%, un 80% y un 57% respectivamente. Mientras que el grupo de sujetos que tiene “educación media completa” tiende a presentar un nivel de repertorio conductual más bien medio con un 42%, siguiendo el 28.5% de los sujetos en el nivel bajo y el otro 28.5% en el nivel alto.

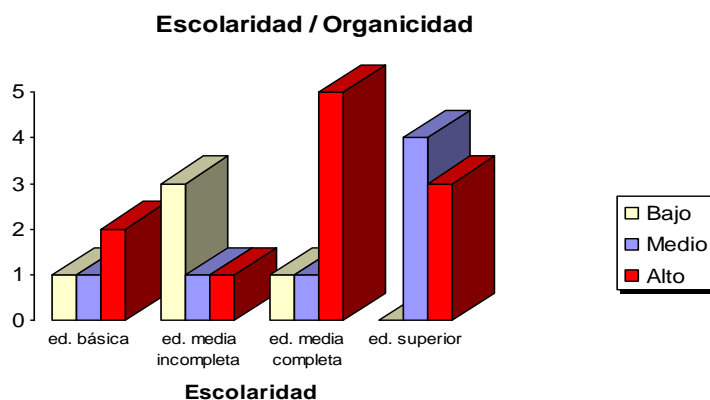
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.368$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.3.19 Relación entre Variable Escolaridad / Variable Organicidad

Tabla N° 100: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Escolaridad / Organicidad

		ORGANICIDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
ESCOLARIDAD	educación básica	1	25%	1	25%	2	50%	4	100%
	educación media incompleta	3	60%	1	20%	1	20%	5	100%
	educación media completa	1	14.2%	1	14.2%	5	71.4%	7	100%
	educación superior	0	0%	4	57.1%	3	42.8%	7	100%
Total		5	21.7%	7	30.4%	11	47.8%	23	100%

Gráfico N° 82: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Escolaridad en relación a la variable Organicidad



Como se puede observar en la Tabla N° 100, los grupos de sujetos que tienen “educación básica” y “educación media completa” tienden a presentar un nivel de organicidad alto con un 50% y un 71% respectivamente. El grupo de sujetos que tiene “educación media incompleta” tiende a presentar un nivel de organicidad bajo con un 60%. Mientras que el grupo de sujetos que tiene “educación superior” tiende a presentar un nivel de organicidad más bien medio con un 57% (el 42.8% restante se ubica dentro del nivel alto de organicidad, no ubicándose ninguno en el nivel bajo).

La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.154$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

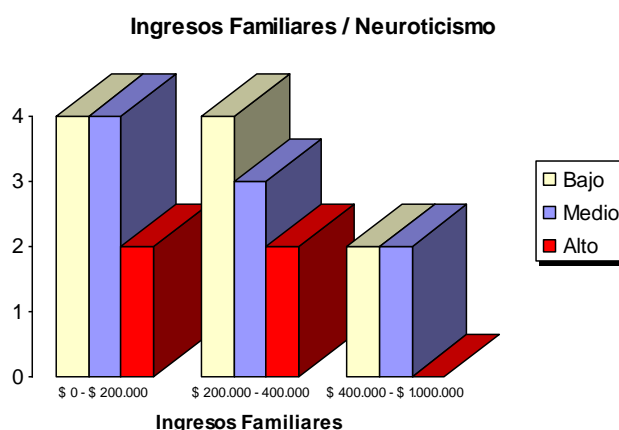
1.3.4 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Ficha de Evaluación Clínica Integral

1.3.4.1 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Neuroticismo

Tabla N° 101: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Neuroticismo

		NEUROTICISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	4	40%	4	40%	2	20%	10	100%
	\$ 200.000 - 400.000	4	44.4%	3	33.3%	2	22.2%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	2	50%	2	50%	0	0%	4	100%
Total		10	43.4%	9	39.1%	4	17.3%	23	100%

Gráfico N° 83: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Neuroticismo



Como se puede observar en la Tabla N° 101, tanto el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000” como el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$400.000 - \$1.000.000” tienden a presentar homogéneamente un nivel de neuroticismo bajo y medio, distinguiéndose esto del siguiente modo: 40% de los sujetos del primer grupo en ambos niveles, y el 50% de los sujetos del tercer grupo en ambos niveles. Mientras que el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$200.000 - \$400.000” tiende a presentar un nivel de neuroticismo más bien bajo con un 44%, siguiendo el 33% de los sujetos en el nivel medio y el 22% en el nivel alto de neuroticismo.

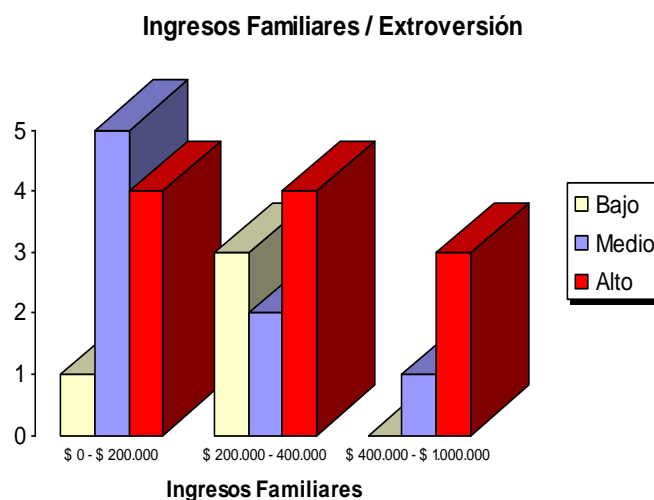
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.890$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.4.2 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Extroversión

Tabla N° 102: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Extroversión

		EXTROVERSION						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	1	10%	5	50%	4	40%	10	100%
	\$ 200.000 - 400.000	3	33.3%	2	22.2%	4	44.4%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	0	0%	1	25%	3	75%	4	100%
Total		4	17.3%	8	34.7%	11	47.8%	23	100%

Gráfico N° 84: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Extroversión



Como se puede observar en la Tabla N° 102, el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000” tiende a presentar un nivel de extroversión medio con un 50% de los sujetos. Mientras que los grupos de sujetos que perciben un ingreso familiar de “\$200.000 - \$400.000” y de “\$400.000 - \$1.000.000” tienden a presentar un nivel de extroversión alto con un 44% y un 75% respectivamente.

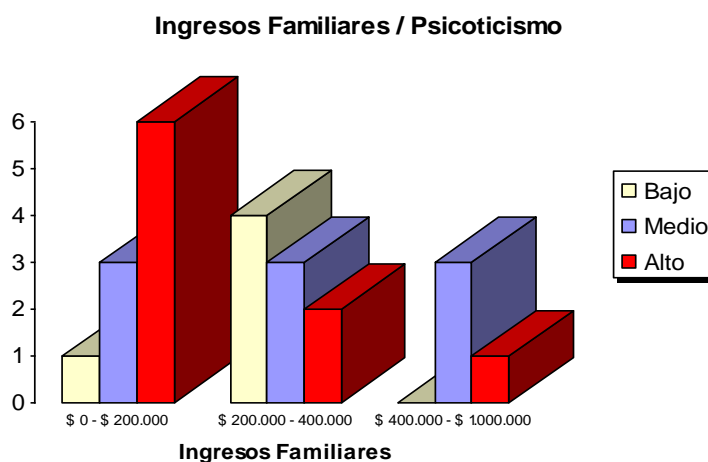
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.370$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.4.3 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Psicoticismo

Tabla N° 103: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Psicoticismo

		PSICOTICISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	1	10%	3	30%	6	60%	10	100%
	\$ 200.000 - 400.000	4	44.4%	3	33.3%	2	22.2%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	0	0%	3	75%	1	25%	4	100%
Total		5	21.7%	9	39.1%	9	39.1%	23	100%

Gráfico N° 85: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Psicoticismo



Como se puede observar en la Tabla N° 103, el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000” tiende a presentar un nivel de psicoticismo alto con un 60% de los sujetos. El grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$200.000 - \$400.000” tiende a presentar un nivel de psicoticismo bajo con un 44%. Mientras que el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$400.000 - \$1.000.000” tiende a presentar un nivel de psicoticismo más bien medio con un 75% de los sujetos.

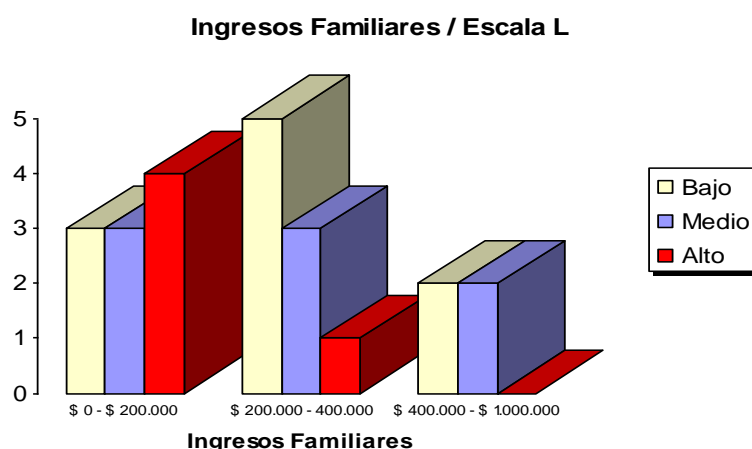
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.125$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.4.4 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Mentira (Escala L)

Tabla N° 104: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Mentira (Escala L)

		ESCALA L						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	3	30%	3	30%	4	40%	10	100%
	\$ 200.000 - 400.000	5	55.5%	3	33.3%	1	11.1%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	2	50%	2	50%	0	0%	4	100%
Total		10	43.4%	8	34.7%	5	21.7%	23	100%

Gráfico N° 86: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Mentira (Escala L)



Como se puede observar en la Tabla N° 104, el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000” tiende a presentar un nivel de mentira alto con un 40%, siguiendo el 30% de los sujetos en el nivel bajo y el otro 30% en el nivel medio. El grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$200.000 - \$400.000” tiende a presentar un nivel de mentira bajo con un 55%. Mientras que el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$400.000 - \$1.000.000” tiende homogéneamente a presentar un nivel de mentira bajo y medio con un 50% de los sujetos en ambos niveles.

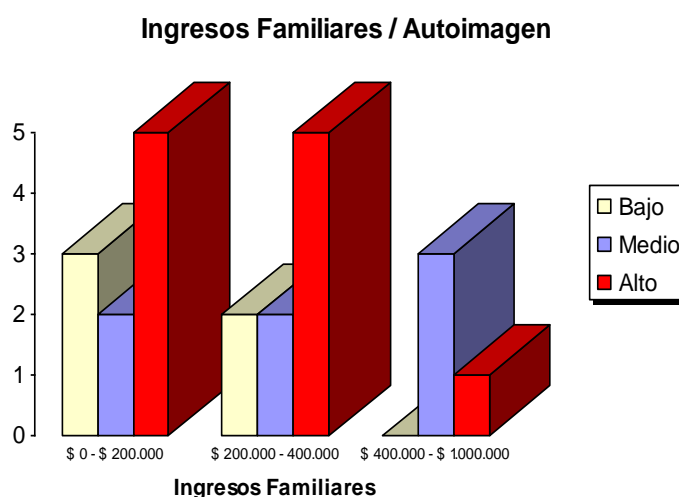
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.410$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.4.5 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Autoimagen

Tabla N° 105: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Autoimagen

		AUTOIMAGEN						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	3	30%	2	20%	5	50%	10	100%
	\$ 200.000 - 400.000	2	22.2%	2	22.2%	5	55.5%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	0	0%	3	75%	1	25%	4	100%
Total		5	21.7%	7	30.4%	11	47.8%	23	100%

Gráfico N° 87: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Autoimagen



Como se puede observar en la Tabla N° 105, tanto el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000” como el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$200.000 - \$400.000” tienden a presentar un nivel de autoimagen alto con un 50% y un 55% respectivamente. Mientras que el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$400.000 - \$1.000.000” tiende a presentar un nivel de autoimagen más bien medio con un 75% de los sujetos.

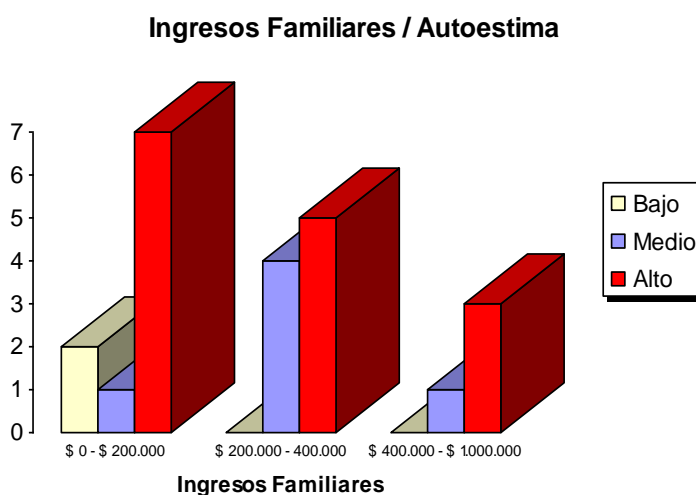
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.297$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.4.6 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Autoestima

Tabla N° 106: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Autoestima

		AUTOESTIMA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	2	20%	1	10%	7	70%	10	100%
	\$ 200.000 - 400.000	0	0%	4	44.4%	5	55.5%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	0	0%	1	25%	3	75%	4	100%
Total		2	8.6%	6	26%	15	65.2%	23	100%

Gráfico N° 88: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Autoestima



Como se puede observar en la Tabla N° 106, todos los grupos de sujetos, es decir, los que perciben un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000”, “\$200.000 - \$400.000” y “\$400.000 - \$1.000.000” tienden a presentar un nivel de autoestima alto con un 70%, un 55% y un 75% respectivamente.

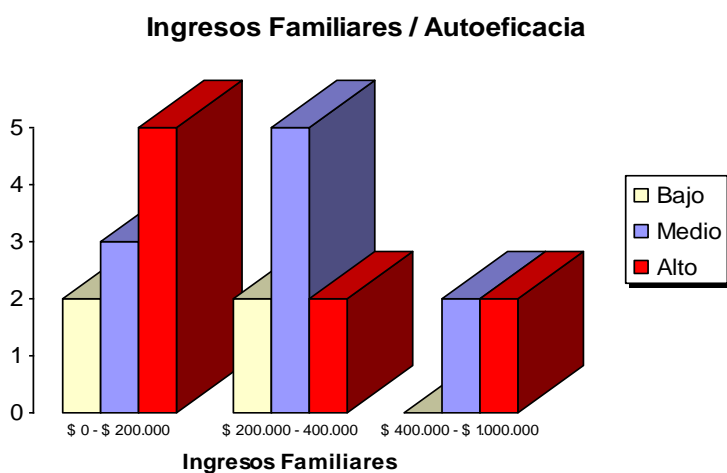
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.289$ ($p<0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.4.7 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Autoeficacia

Tabla N° 107: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Autoeficacia

		AUTOEFICACIA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	2	20%	3	30%	5	50%	10	100%
	\$ 200.000 - 400.000	2	22.2%	5	55.5%	2	22.2%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	0	0%	2	50%	2	50%	4	100%
Total		4	17.3%	10	43.4%	9	39.1%	23	100%

Gráfico N° 89: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Autoeficacia



Como se puede observar en la Tabla N° 107, el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000” tiende a presentar un nivel de autoeficacia alto con un 50% de los sujetos. El grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$200.000 - \$400.000” tiende a presentar un nivel de autoeficacia medio con un 55%. Mientras que el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$400.000 - \$1.000.000” tiende homogéneamente a presentar un nivel de autoeficacia medio y alto con un 50% de los sujetos en ambos niveles.

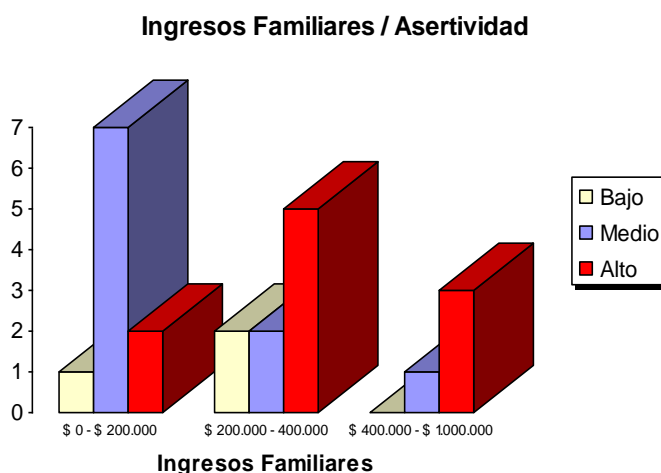
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.610$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.4.8 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Asertividad

Tabla N° 108: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Asertividad

		ASERTIVIDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	1	10%	7	70%	2	20%	10	100%
	\$ 200.000 - 400.000	2	22.2%	2	22.2%	5	55.5%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	0	0%	1	25%	3	75%	4	100%
Total		3	13%	10	43.4%	10	43.4%	23	100%

Gráfico N° 90: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Asertividad



Como se puede observar en la Tabla N° 108, tanto el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$200.000 - \$400.000” como el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$400.000 - \$1.000.000” tienden a presentar un nivel de asertividad alto con un 55% y un 75% respectivamente. Mientras que el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000” tiende a presentar un nivel de asertividad más bien medio con un 70% de los sujetos.

La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.163$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

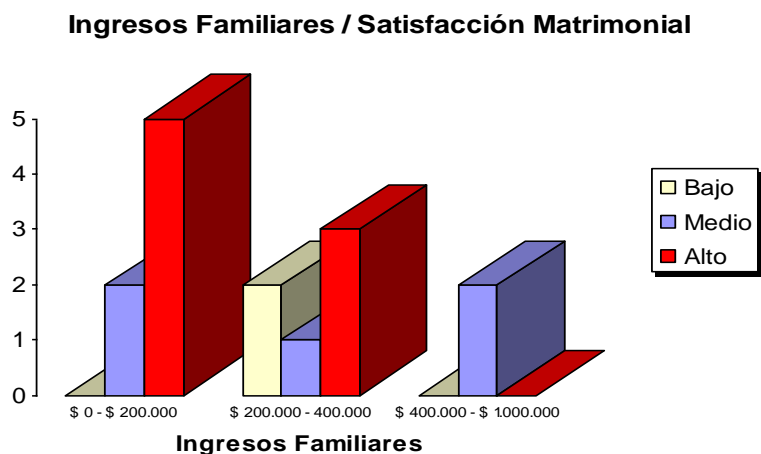
1.3.4.9 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Satisfacción

Matrimonial

Tabla N° 109: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Satisfacción Matrimonial

		SATISFACCION MATRIMONIAL						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	0	0%	2	28.5%	5	71.4%	7	100%
	\$ 200.000 - 400.000	2	33.3%	1	16.6%	3	50%	6	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
Total		2	13.3%	5	33.3%	8	53.3%	15	100%

Gráfico N° 91: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Satisfacción Matrimonial



Como se puede observar en la Tabla N° 109, tanto el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000” como el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$200.000 - \$400.000” tienden a presentar un nivel de satisfacción matrimonial alto con un 71% y un 50% respectivamente. Mientras que el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$400.000 - \$1.000.000” tiende a presentar un nivel de satisfacción matrimonial más bien medio en su totalidad, es decir, el 100% de los sujetos.

La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.102$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

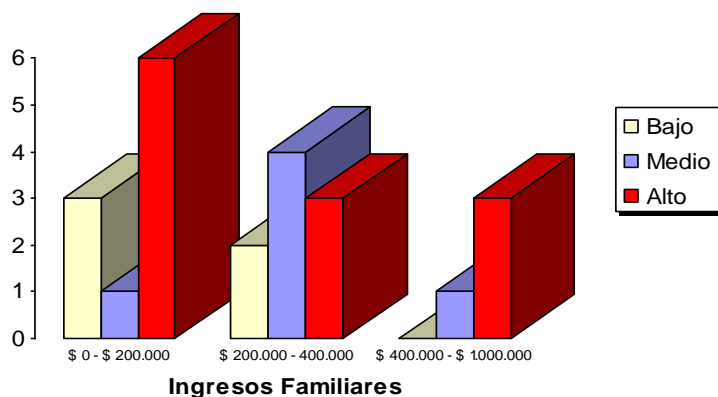
1.3.4.10 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Satisfacción de Necesidades

Tabla N° 110: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Satisfacción de Necesidades

		SATISFACCION DE NECESIDADES						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	3	30%	1	10%	6	60%	10	100%
	\$ 200.000 - 400.000	2	22.2%	4	44.4%	3	33.3%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	0	0%	1	25%	3	75%	4	100%
Total		5	21.7%	6	26%	12	52.1%	23	100%

Gráfico N° 92: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Satisfacción de Necesidades

Ingresos Familiares / Satisfacción de Necesidades



Como se puede observar en la Tabla N° 110, tanto el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000” como el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$400.000 - \$1.000.000” tienden a presentar un nivel de satisfacción de necesidades alto con un 60% y un 75% respectivamente. Mientras que el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$200.000 - \$400.000” tiende a presentar un nivel de satisfacción de necesidades más bien medio con un 44%, siguiendo el 33% de los sujetos en el nivel alto y el 22% en el nivel bajo de satisfacción de necesidades.

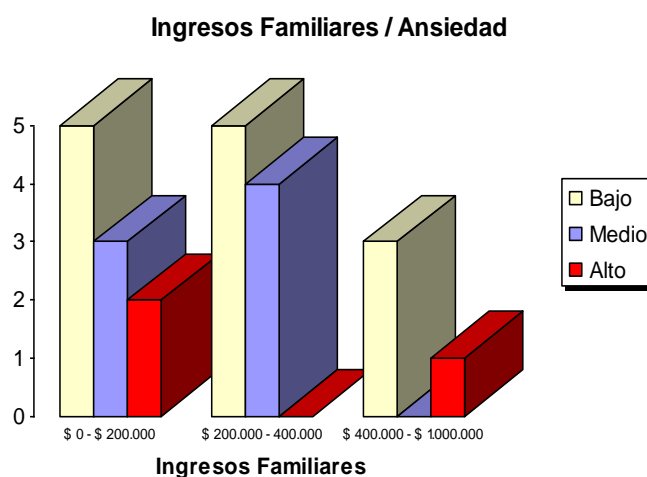
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.346$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.4.11 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Ansiedad

Tabla N° 111: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Ansiedad

		ANSIEDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	5	50%	3	30%	2	20%	10	100%
	\$ 200.000 - 400.000	5	55.5%	4	44.4%	0	0%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	3	75%	0	0%	1	25%	4	100%
Total		13	56.5%	7	30.4%	3	13%	23	100%

Gráfico N° 93: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Ansiedad



Como se puede observar en la Tabla N° 111, todos los grupos de sujetos, es decir, los que perciben un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000”, “\$200.000 - \$400.000” y “\$400.000 - \$1.000.000”, tienden a presentar un nivel de ansiedad bajo con un 50%, un 55% y un 75% respectivamente.

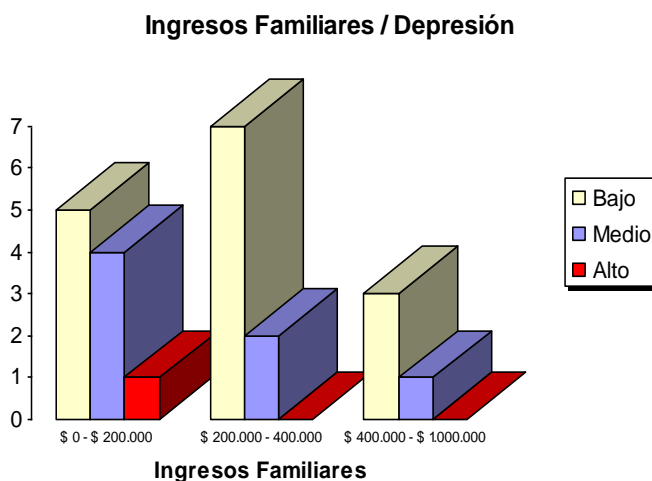
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.393$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.4.12 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Depresión

Tabla N° 112: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Depresión

		DEPRESION						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	5	50%	4	40%	1	10%	10	100%
	\$ 200.000 - 400.000	7	77.7%	2	22.2%	0	0%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	3	75%	1	25%	0	0%	4	100%
Total		15	65.2%	7	30.4%	1	4.3%	23	100%

Gráfico N° 94: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Depresión



Como se puede observar en la Tabla N° 112, todos los grupos de sujetos, es decir, los que perciben un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000”, “\$200.000 - \$400.000” y “\$400.000 - \$1.000.000” tienden a presentar un nivel de depresión bajo con un 50%, un 77% y un 75% respectivamente.

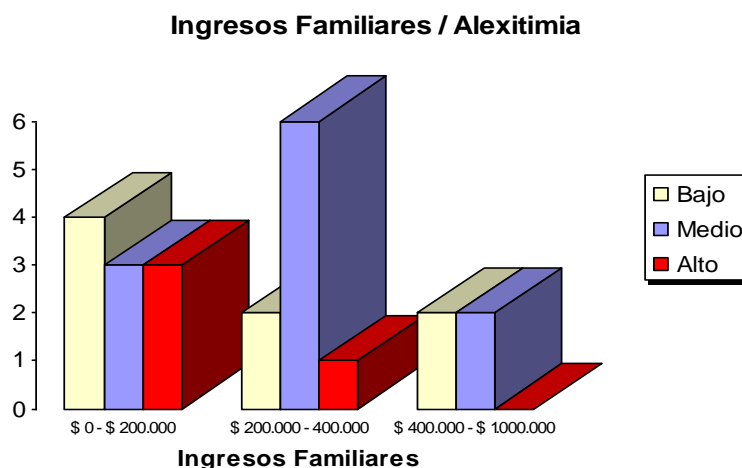
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.650$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.4.13 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Alexitimia

Tabla N° 113: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Alexitimia

		ALEXITIMIA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	4	40%	3	30%	3	30%	10	100%
	\$ 200.000 - 400.000	2	22.2%	6	66.6%	1	11.1%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	2	50%	2	50%	0	0%	4	100%
Total		8	34.7%	11	47.8%	4	17.3%	23	100%

Gráfico N° 95: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Alexitimia



Como se puede observar en la Tabla N° 113, el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000” tiende a presentar un nivel de alexitimia bajo con un 40% de los sujetos, siguiendo el 30% en el nivel medio y el otro 30% en el nivel alto de alexitimia. El grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$200.000 - \$400.000” tiende a presentar un nivel de alexitimia medio con un 66% de los sujetos. Mientras que el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$400.000 - \$1.000.000” tiende homogéneamente a presentar un nivel de alexitimia bajo y medio con un 50% de los sujetos en ambos niveles.

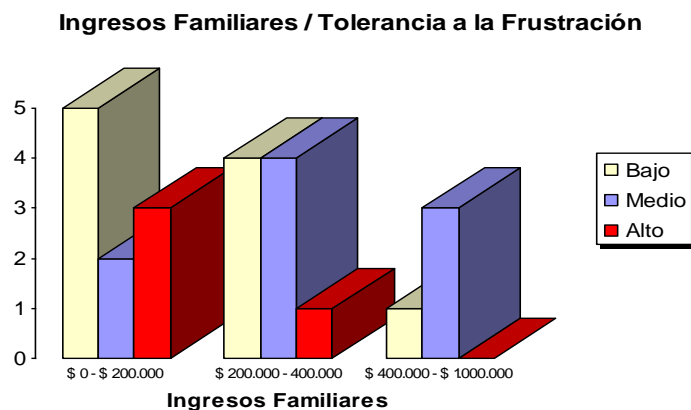
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.419$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.4.14 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Tolerancia a la Frustración

Tabla N° 114: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Tolerancia a la Frustración

		TOLERANCIA A LA FRUSTRACION						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	5	50%	2	20%	3	30%	10	100%
	\$ 200.000 - 400.000	4	44.4%	4	44.4%	1	11.1%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	1	25%	3	75%	0	0%	4	100%
Total		10	43.4%	9	39.1%	4	17.3%	23	100%

Gráfico N° 96: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Tolerancia a la Frustración



Como se puede observar en la Tabla N° 114, el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000” tiende a presentar un nivel de tolerancia a la frustración bajo con un 50% de los sujetos. El grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$200.000 - \$400.000” tiende homogéneamente a presentar un nivel de tolerancia a la frustración bajo y medio con un 44% en ambos niveles. Mientras que el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$400.000 - \$1.000.000” tiende a presentar un nivel de tolerancia a la frustración más bien medio con 75% de los sujetos.

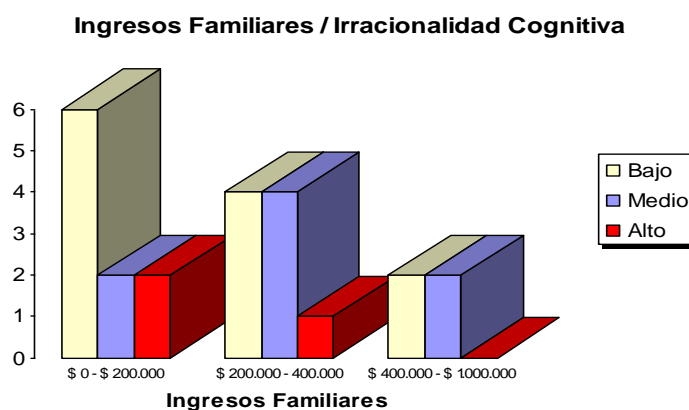
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.337$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.4.15 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Irracionalidad Cognitiva

Tabla N° 115: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Irracionalidad Cognitiva

		IRRACIONALIDAD COGNITIVA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	6	60%	2	20%	2	20%	10	100%
	\$ 200.000 - 400.000	4	44.4%	4	44.4%	1	11.1%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	2	50%	2	50%	0	0%	4	100%
Total		12	52.1%	8	34.7%	3	13%	23	100%

Gráfico N° 97: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Irracionalidad Cognitiva



Como se puede observar en la Tabla N° 115, el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000” tiende a presentar un nivel de irracionalidad cognitiva bajo con un 60%. Mientras que los grupos de sujetos que perciben un ingreso familiar de “\$200.000 - \$400.000” y de “\$400.000 - \$1.000.000” tienden homogéneamente a presentar un nivel de irracionalidad cognitiva bajo y medio, distinguiéndose esto del siguiente modo: el 44% de los sujetos del segundo grupo en ambos niveles, y el 50% de los sujetos del tercer grupo en ambos niveles.

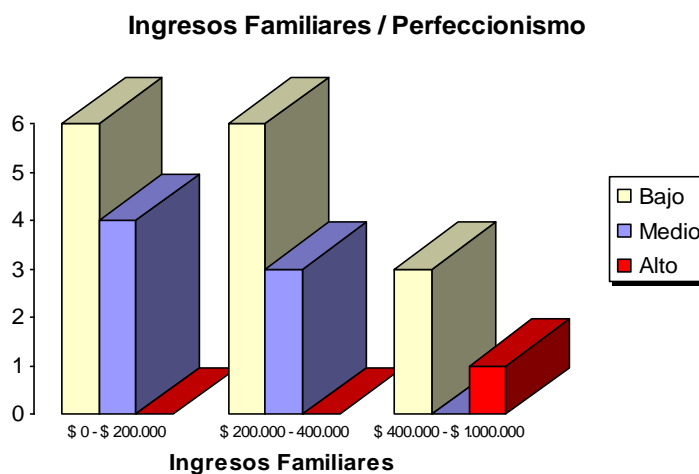
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.685$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.4.16 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Perfeccionismo

Tabla N° 116: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Perfeccionismo

		PERFECCIONISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	6	60%	4	40%	0	0%	10	100%
	\$ 200.000 - 400.000	6	66.6%	3	33.3%	0	0%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	3	75%	0	0%	1	25%	4	100%
Total		15	65.2%	7	34.4%	1	4.3%	23	100%

Gráfico N° 98: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Perfeccionismo



Como se puede observar en la Tabla N° 116, todos los grupos de sujetos, es decir, los que perciben un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000”, “\$200.000 - \$400.000” y “\$400.000 - \$1.000.000” tienden a presentar un nivel de perfeccionismo bajo con un 60%, un 66% y un 75% de los sujetos respectivamente.

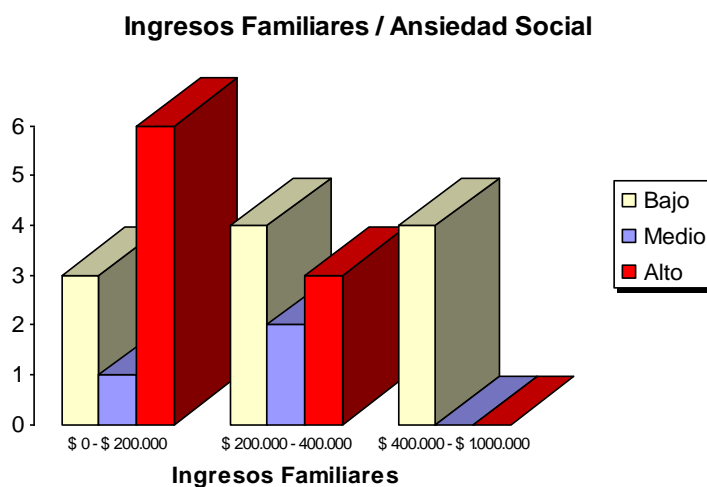
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.171$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.4.17 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Ansiedad Social

Tabla N° 117: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Ansiedad Social

		ANSIEDAD SOCIAL						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	3	30%	1	10%	6	60%	10	100%
	\$ 200.000 - \$ 400.000	4	44.4%	2	22.2%	3	33.3%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	4	100%	0	0%	0	0%	4	100%
Total		11	47.8%	3	13%	9	39.1%	23	100%

Gráfico N° 99: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Ansiedad Social



Como se puede observar en la Tabla N° 117, el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000” tiende a presentar un nivel de ansiedad social alto con un 60% de los sujetos. Mientras que los grupos de sujetos que perciben un ingreso familiar de “\$200.000 - \$400.000” y de “\$400.000 - \$1.000.000” tienden a presentar un nivel de ansiedad social más bien bajo con un 44% y un 100% de los sujetos respectivamente.

El coeficiente de correlación rho de Spearman entre ambas variables es de -0,462 lo cual muestra que la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.142$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

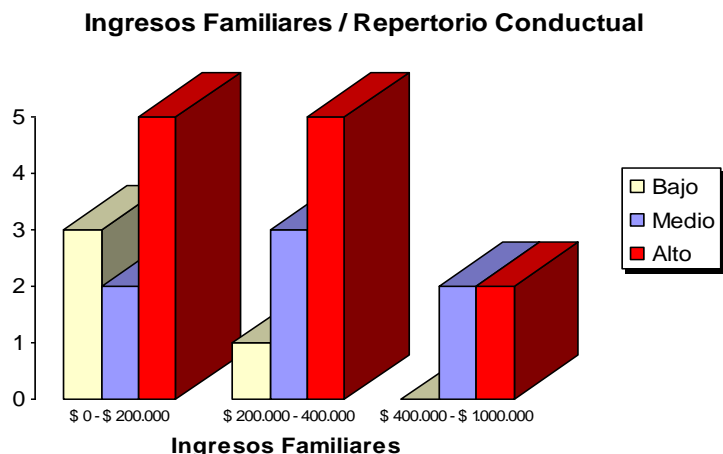
1.3.4.18 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Repertorio

Conductual

Tabla N° 118: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Repertorio Conductual

		REPERTORIO CONDUCTUAL						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	3	30%	2	20%	5	50%	10	100%
	\$ 200.000 - 400.000	1	11.1%	3	33.3%	5	55.5%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	0	0%	2	50%	2	50%	4	100%
Total		4	17.3%	7	30.4%	12	52.1%	23	100%

Gráfico N° 100: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Repertorio Conductual



Como se puede observar en la Tabla N° 118, tanto el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000” como el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$200.000 - \$400.000” tienden a presentar un nivel de repertorio conductual alto con un 50% y un 55% respectivamente. Mientras que el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$400.000 - \$1.000.000” tiende homogéneamente a presentar un nivel de repertorio conductual medio y alto con un 50% de los sujetos en ambos niveles.

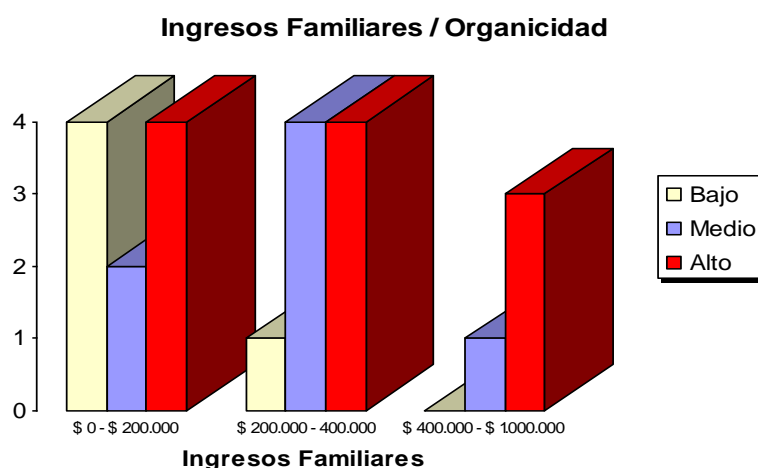
La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.604$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.4.19 Relación entre Variable Ingresos Familiares / Variable Organicidad

Tabla N° 119: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Ingresos Familiares / Organicidad

		ORGANICIDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
INGRESOS FAMILIARES	\$ 0 - \$ 200.000	4	40%	2	20%	4	40%	10	100%
	\$ 200.000 - 400.000	1	11.1%	4	44.4%	4	44.4%	9	100%
	\$ 400.000 - \$ 1.000.000	0	0%	1	25%	3	75%	4	100%
Total		5	21.7%	7	30.4%	11	47.8%	23	100%

Gráfico N° 101: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Ingresos Familiares en relación a la variable Organicidad



Como se puede observar en la Tabla N° 119, el grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$0 - \$200.000” tiende homogéneamente a presentar un nivel de organicidad bajo y alto con un 40% de los sujetos en ambos niveles. El grupo de sujetos que percibe un ingreso familiar de “\$200.000 - \$400.000” tiende homogéneamente a presentar un nivel de organicidad medio y alto con un 44% en ambos niveles. Mientras que el grupo de sujetos que percibe un ingreso de “\$400.000 - \$1.000.000” tiende a presentar un nivel de organicidad más bien alto con un 75% de los sujetos.

La prueba de Chi – Cuadrado entre ambas variables es de $p=0.329$ ($p>0.05$), lo cual confirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

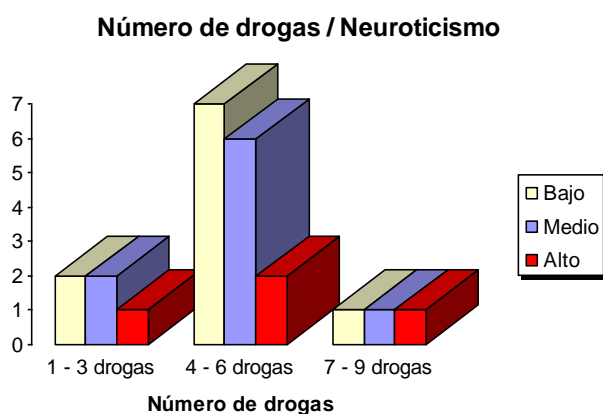
1.3.5 Relación entre Variable Número de Drogas que consumía / Ficha de Evaluación Clínica Integral

1.3.5.1 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable Neuroticismo

Tabla N° 120: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Neuroticismo

		NEUROTICISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	2	40%	2	40%	1	20%	5	100%
	4-6	7	46,6%	6	40%	2	13,3%	15	100%
	7-9	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	3	100%
Total		10	43,4%	9	39,1%	4	17,3%	23	100%

Gráfico N° 102: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Neuroticismo



Como se puede observar en la Tabla N° 120, tanto el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas como el grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas tienden a presentar un nivel de neuroticismo más bien bajo y medio. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas tiende a presentar un nivel de neuroticismo homogéneo.

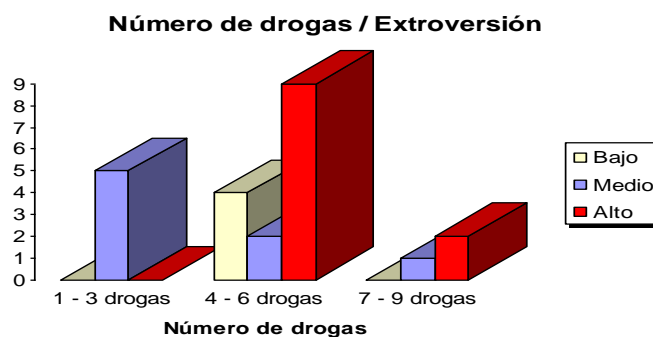
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.054, $p=0.808$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.5.2 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable Extroversión

Tabla N° 121: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Extroversión

		EXTROVERSION						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	0	0%	5	100%	0	0%	5	100%
	4-6	4	26,6%	2	13,3%	9	60%	15	100%
	7-9	0	0%	1	33,3%	2	66,6%	3	100%
Total		4	17,3%	8	34,7%	11	47,8%	23	100%

Gráfico N° 103: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Extroversión



Como se puede observar en la Tabla N° 121, el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas presenta un nivel de extroversión medio; el grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas tiende a presentar un nivel de extroversión alto. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas se presenta de la siguiente forma; extroversión baja 0%, media 33,3% y alta 66,6%.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.480, $p=0.020$ ($p<0.05$) lo que indica que existe una tendencia a la relación positiva, lo cual resulta significativo al nivel 0.05 (bilateral).

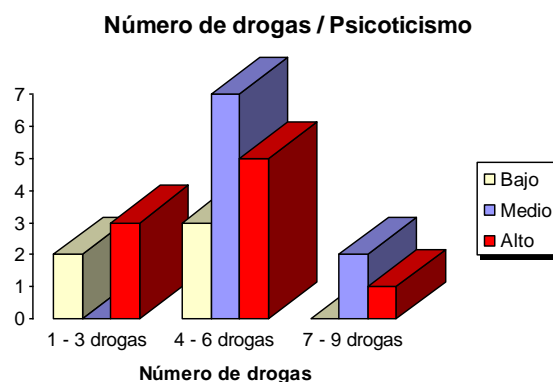
Se realiza la prueba de Chi – cuadrado entre ambas variables cuyo resultado es $p=0.010$ ($p<0.05$), lo cual desconfirma la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

1.3.5.3 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable Psicoticismo

Tabla N° 122: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Psicoticismo

		PSICOTICISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	2	40%	0	0%	3	60%	5	100%
	4-6	3	20%	7	46,6%	5	33,3%	15	100%
	7-9	0	0%	2	66,6%	1	33,3%	3	100%
Total		5	21,7%	9	39,1%	9	39,1%	23	100%

Gráfico N° 104: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Psicoticismo



Como se puede observar en la Tabla N° 122, el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas se presenta de la siguiente forma; psicoticismo bajo 40%, medio 0% y alto 60%. El grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas presenta en el rango bajo de psicoticismo un 20%, en el rango medio 46,6% y en el rango alto 33,3%. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas presenta un 66,6% de psicoticismo medio y un 33,3% de psicoticismo alto.

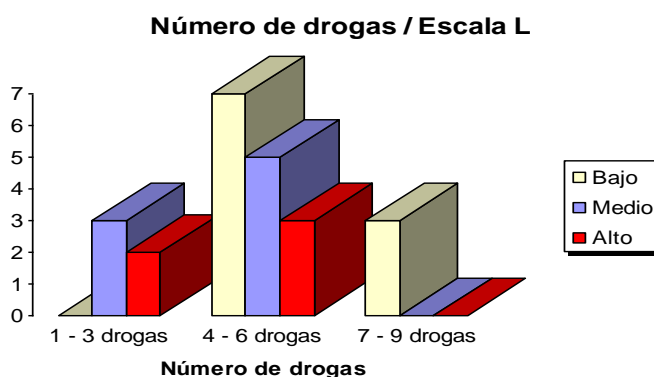
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.075 , $p=0.0735$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.5.4 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Mentira (Escala L)

Tabla N° 123: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Mentira (Escala L)

		ESCALA L						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	0	0%	3	60%	2	40%	5	100%
	4-6	7	46,6%	5	33,3%	3	20%	15	100%
	7-9	3	100%	0	0%	0	0%	3	100%
Total		10	43,4%	8	34,7%	5	21,7%	23	100%

Gráfico N° 105: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Mentira (Escala L)



Como se puede observar en la Tabla N° 123, el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas presenta en el rango medio de mentira un 60% y en el rango alto un 40%; el grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas se presenta con un 46,6% en el rango bajo, un 33,3% en el rango medio y un 20% en el rango alto. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas presenta un nivel de mentira bajo.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.552, $p=0.006$ ($p<0.01$) lo que indica que existe una tendencia a la relación positiva, lo que resulta significativo al nivel 0.01 (bilateral).

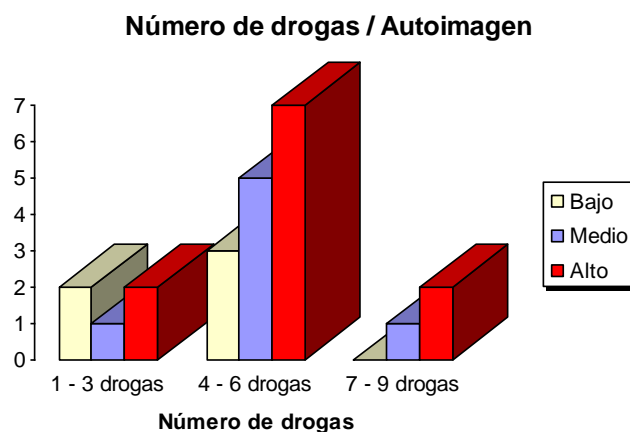
Se realiza la prueba de Chi – cuadrado entre ambas variables cuyo resultado es $p=0.098$ ($p>0.05$), bajo éste análisis estadístico la relación entre ambas variables no resulta significativa.

1.3.5.5 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable Autoimagen

Tabla N° 124: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Autoimagen

		AUTOIMAGEN						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	2	40%	1	20%	2	40%	5	100%
	4-6	3	20%	5	33,3%	7	46,6%	15	100%
	7-9	0	0%	1	33,3%	2	66,6%	3	100%
Total		5	21,7%	7	30,4%	11	47,8%	23	100%

Gráfico N° 106: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Autoimagen



Como se puede observar en la Tabla N° 124, el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas se presenta de la siguiente forma; autoimagen baja 40%, media 20% y alta 40%. El grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas presenta un 20% en el rango bajo, un 33,3% en el rango medio y un 46,6% en el rango alto. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas obtiene un 33,3% en el rango medio y un 66,6% en el rango alto.

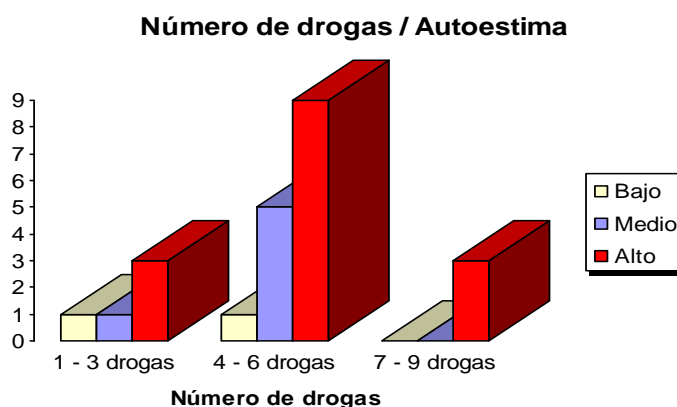
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.240, $p=0.270$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.5.6 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable Autoestima

Tabla N° 125: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Autoestima

		AUTOESTIMA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	1	20%	1	20%	3	60%	5	100%
	4-6	1	6,6%	5	33,3%	9	60%	15	100%
	7-9	0	0%	0	0%	3	100%	3	100%
Total		2	8,6%	6	26%	15	65,2%	23	100%

Gráfico N° 107: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Autoestima



Como se puede observar en la Tabla N° 125, tanto el grupo de sujetos que consumían entre “1 y 3” drogas y el grupo de sujetos que consumían entre “7 y 9” drogas tienden a presentar un nivel de autoestima más bien alto. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas se presenta de la siguiente forma; autoestima baja 6,6%, autoestima media 33,3% y autoestima alta 60%.

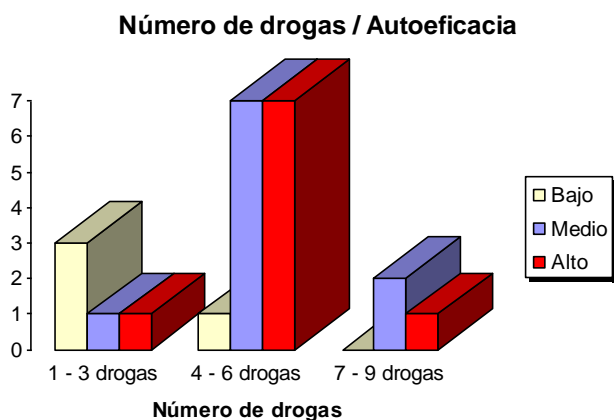
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.225, $p=0.301$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.5.7 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable Autoeficacia

Tabla N° 126: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Autoeficacia

		AUTOEFICACIA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	3	60%	1	20%	1	20%	5	100%
	4-6	1	6,6%	7	46,6%	7	46,6%	15	100%
	7-9	0	0%	2	66,6%	1	33,3%	3	100%
Total		4	17,3%	10	43,4%	9	39,1%	23	100%

Gráfico N° 108: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Autoeficacia



Como se puede observar en la Tabla N° 126, el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas tiende a presentar un nivel de autoeficacia más bien bajo; el grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas tiende a presentar homogéneamente un nivel de autoeficacia medio y alto. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas se presenta con un 66,6% en autoeficacia media y un 33,3% en autoeficacia alta.

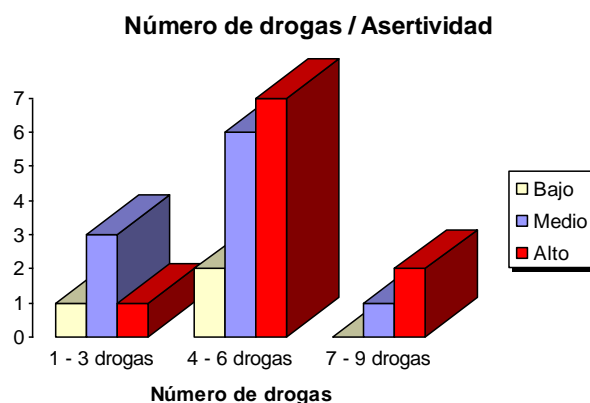
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.406, $p=0.054$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.5.8 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable Asertividad

Tabla N° 127: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Asertividad

		ASERTIVIDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	1	20%	3	60%	1	20%	5	100%
	4-6	2	13,3%	6	40%	7	46,6%	15	100%
	7-9	0	0%	1	33,3%	2	66,6%	3	100%
Total		3	13%	10	43,4%	10	43,4%	23	100%

Gráfico N° 109: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Asertividad



Como se puede observar en la Tabla N° 127, el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas tiende a presentar un nivel de asertividad medio; el grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas presenta un 13,3% en asertividad baja, un 40% en asertividad media y un 46,6% en asertividad alta. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas se presenta de la siguiente forma; asertividad media 33,3% y asertividad alta 66,6%.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.240, $p=0.270$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

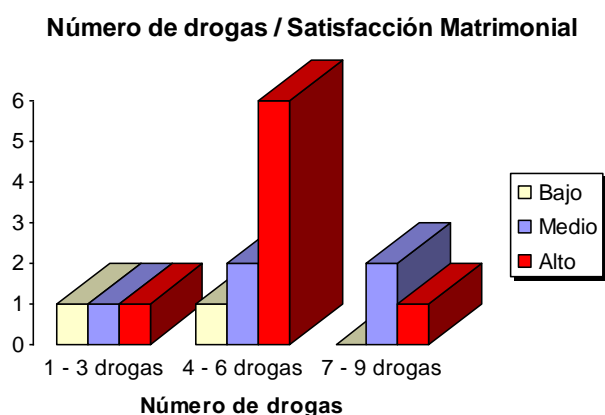
1.3.5.9 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable Satisfacción

Matrimonial

Tabla N° 128: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Satisfacción Matrimonial

		SATISFACCION MATRIMONIAL						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	3	100%
	4-6	1	11,1%	2	22,2%	6	66,6%	9	100%
	7-9	0	0%	2	66,6%	1	33,3%	3	100%
Total		2	13,3%	5	33,3%	8	53,3%	15	100%

Gráfico N° 110: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Satisfacción Matrimonial



Como se puede observar en la Tabla N° 128, el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas presenta un nivel de satisfacción matrimonial homogéneo; el grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas se presenta de la siguiente forma; rango bajo 11,1%, rango medio 22,2% y rango alto 66,6%; observándose una leve tendencia al nivel alto. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas presenta un 66,6% en rango medio y un 33,3% en rango alto.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.013 , $p=0.963$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.5.10 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable

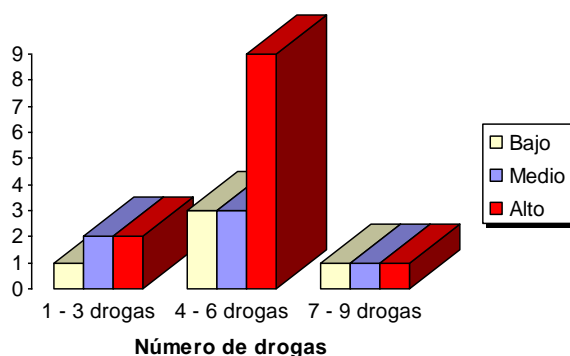
Satisfacción de Necesidades

Tabla N° 129: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Satisfacción de Necesidades

		SATISFACCION DE NECESIDADES						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	1	20%	2	40%	2	40%	5	100%
	4-6	3	20%	3	20%	9	60%	15	100%
	7-9	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	3	100%
Total		5	21,7%	6	26%	12	52,1%	23	100%

Gráfico N° 111: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Satisfacción de Necesidades

Número de drogas / Satisfacción de Necesidades



Como se puede observar en la Tabla N° 129, tanto el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas como el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas presentan un nivel de satisfacción de necesidades más bien homogéneo. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas presenta 20% en el rango bajo, 20% en el rango medio, y un 60% en el rango alto.

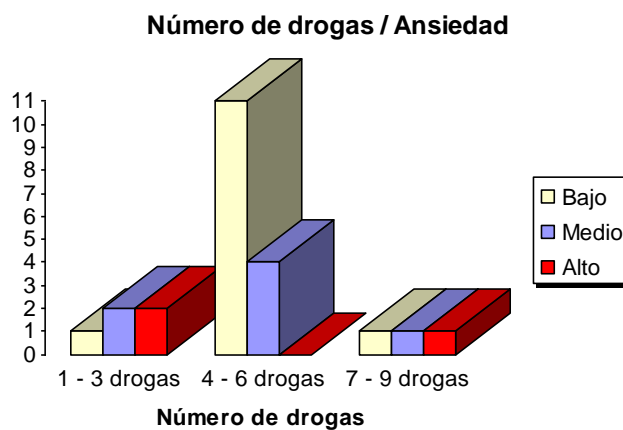
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.098, $p=0.657$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.5.11 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable Ansiedad

Tabla N° 130: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Ansiedad

		ANSIEDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	1	20%	2	40%	2	40%	5	100%
	4-6	11	73,3%	4	26,6%	0	0%	15	100%
	7-9	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	3	100%
Total		13	56,5%	7	30,4%	3	13%	23	100%

Gráfico N° 112: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Ansiedad



Como se puede observar en la Tabla N° 130, tanto el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas como el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas presentan un nivel de ansiedad más bien homogéneo. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas tiende a presentar un nivel de ansiedad bajo.

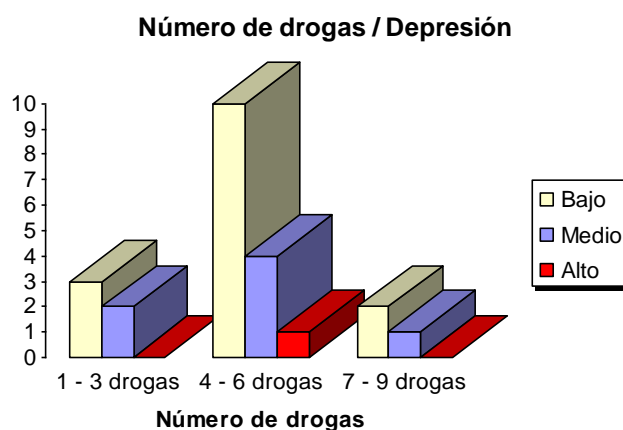
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.081 , $p=0.712$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.5.12 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable Depresión

Tabla N° 131: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Depresión

		DEPRESIÓN						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	3	60%	2	40%	0	0%	5	100%
	4-6	10	66,6%	4	26,6%	1	6,6%	15	100%
	7-9	2	66,6%	1	33,3%	0	0%	3	100%
Total		15	65,2%	7	30,4%	1	4,3%	23	100%

Gráfico N° 113: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Depresión



Como se puede observar en la Tabla N° 131, el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas se presenta de la siguiente forma; depresión baja 60% y depresión media 40%. El grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas presenta un 66,6% en el rango bajo, un 26,6% en el rango medio y un 6,6% en el rango alto. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas presenta un 66,6% en el rango bajo de depresión y un 33,3% en el rango medio.

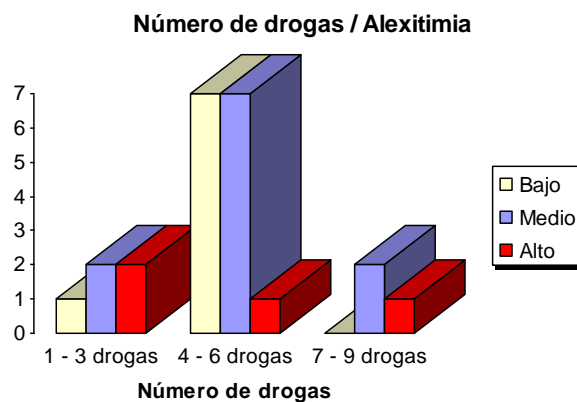
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.222 , $p=0.309$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.5.13 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable Alexitimia

Tabla N° 132: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Alexitimia

		ALEXITIMIA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	1	20%	2	40%	2	40%	5	100%
	4-6	7	46,6%	7	46,6%	1	6,6%	15	100%
	7-9	0	0%	2	66,6%	1	33,3%	3	100%
Total		8	34,7%	11	47,8%	4	17,3%	23	100%

Gráfico N° 114: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Alexitimia



Como se puede observar en la Tabla N° 132, el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas tiende a presentar un nivel homogéneo en los rangos medio y alto del 40%, y un 20% en el rango bajo. El grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas tiende a presentar homogéneamente un nivel de alexitimia medio y bajo. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas presenta un 66.6% en el rango medio y un 33.3% en el rango alto.

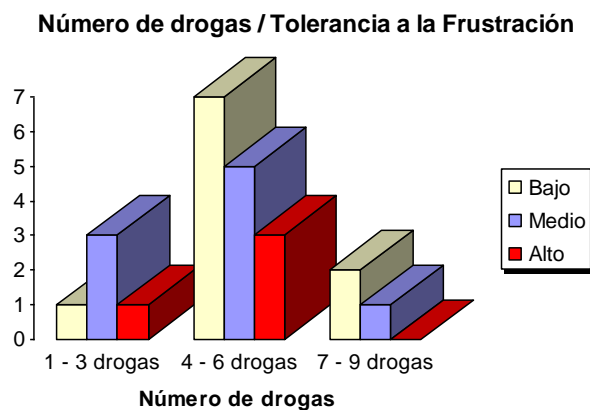
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.235 , $p=0.279$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.5.14 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable Tolerancia a la Frustración

Tabla N° 133: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Tolerancia a la Frustración

		TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	1	20%	3	60%	1	20%	5	100%
	4-6	7	46,6%	5	33,3%	3	20%	15	100%
	7-9	2	66,6%	1	33,3%	0	0%	3	100%
Total		10	43,4%	9	39,1%	4	17,3%	23	100%

Gráfico N° 115: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Tolerancia a la Frustración



Como se puede observar en la Tabla N° 133, el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas tiende a presentar un nivel de tolerancia a la frustración mas bien medio; el grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas presenta un 46,6% en el rango bajo, un 33,3% en el rango medio y un 20% en el rango alto. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas presenta un 66,6% en el rango bajo y un 33,3% en el rango medio.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.173, $p=0.430$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

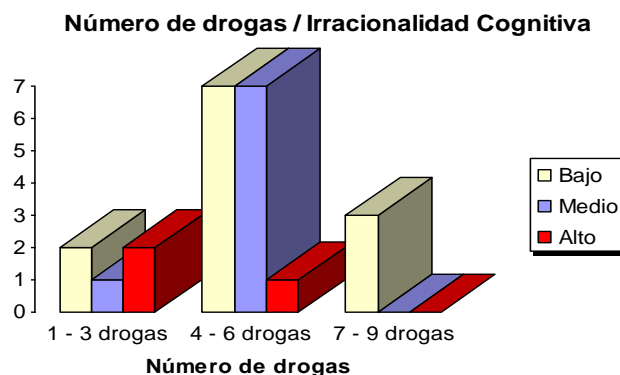
1.3.5.15 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable

Irracionalidad Cognitiva

Tabla N° 134: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Irracionalidad Cognitiva

		IRRACIONALIDAD COGNITIVA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	2	40%	1	20%	2	40%	5	100%
	4-6	7	46,6%	7	46,6%	1	6,6%	15	100%
	7-9	3	100%	0	0%	0	0%	3	100%
Total		12	52,1%	8	34,7%	3	13%	23	100%

Gráfico N° 116: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Irracionalidad Cognitiva



Como se puede observar en la Tabla N° 134, el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas se presenta de la siguiente forma; irracionalidad cognitiva baja 40%, media 20% y alta 40%. El grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas presenta un 46,6% en el rango bajo, un 46,6% en el rango medio y un 6,6% en el rango alto. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas tiende a presentar un nivel de irracionalidad cognitiva bajo.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.254 , $p=0.242$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

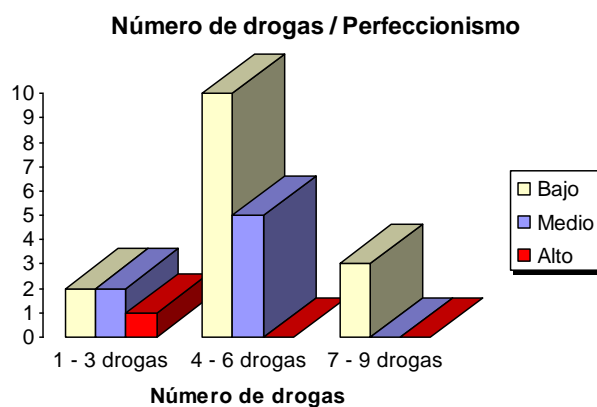
1.3.5.16 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable

Perfeccionismo

Tabla N° 135: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Perfeccionismo

		PERFECCIONISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	2	40%	2	40%	1	20%	5	100%
	4-6	10	66,6%	5	33,3%	0	0%	15	100%
	7-9	3	100%	0	0%	0	0%	3	100%
Total		15	65,2%	7	30,4%	1	4,3%	23	100%

Gráfico N° 117: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Perfeccionismo



Como se puede observar en la Tabla N° 135, el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas tiende a presentar un nivel de perfeccionismo más bien homogéneo. El grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas presenta un 66,6% en el rango bajo y un 33,3% en el rango medio. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas presenta un nivel de perfeccionismo bajo.

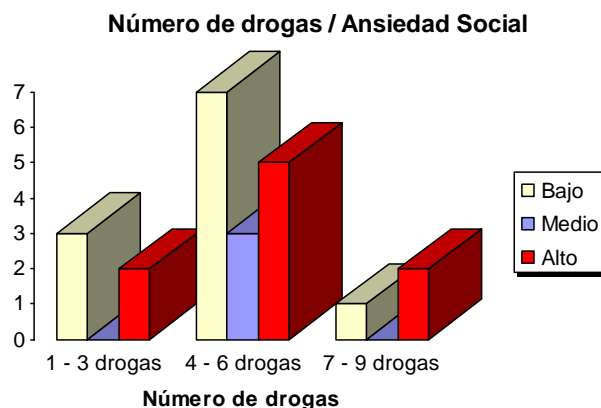
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.254, $p=0.241$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.5.17 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable Ansiedad Social (Gambrill y Ritchie)

Tabla N° 136: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Ansiedad Social (Gambrill y Ritchie)

		GAMBRILL Y RITCHIE						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	3	60%	0	0%	2	40%	5	100%
	4-6	7	46,6%	3	20%	5	33,3%	15	100%
	7-9	1	33,3%	0	0%	2	66,6%	3	100%
Total		11	47,8%	3	13%	9	39,1%	23	100%

Gráfico N° 118: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Ansiedad Social



Como se puede observar en la Tabla N° 136, el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas presenta un 60% en el rango bajo y un 40% en el rango alto de ansiedad social. El grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas presenta un 46,6% en el rango bajo, un 20% en el rango medio y un 33,3% en el rango alto. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas presenta un 33,3% en el rango bajo y un 66,6% en el rango alto.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.060, $p=0.787$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

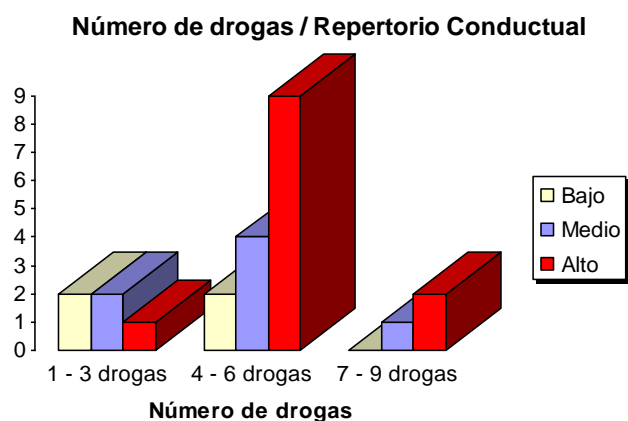
1.3.5.18 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable Repertorio

Conductual

Tabla N° 137: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Repertorio Conductual

		REPERTORIO CONDUCTUAL						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	2	40%	2	40%	1	20%	5	100%
	4-6	2	13,3%	4	26,6%	9	60%	15	100%
	7-9	0	0%	1	33,3%	2	66,6%	3	100%
Total		4	17,3%	7	30,4%	12	52,1%	23	100%

Gráfico N° 119: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Repertorio Conductual



Como se puede observar en la Tabla N° 137, el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas tiende a presentar un nivel de repertorio conductual más bien homogéneo. El grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas presenta un 13,3% en el rango bajo, un 26,6% en el rango medio y un 60% en el rango alto. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas presenta un 33,3% en el rango medio y un 66,6% en el rango alto.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.359, $p=0.093$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

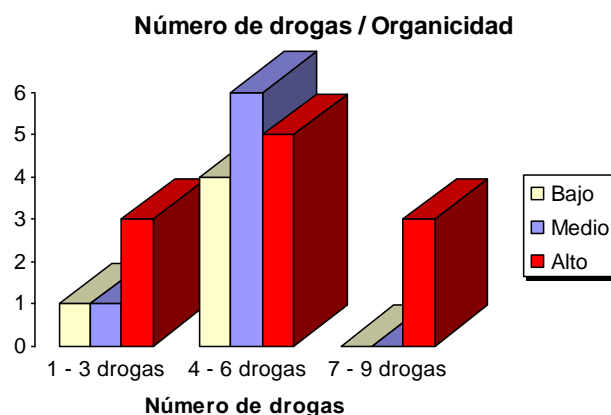
1.3.5.19 Relación Variable Número de Drogas que Consumía / Variable

Organicidad

Tabla N° 138: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Número de Drogas que Consumía / Organicidad

		ORGANICIDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
NÚMERO DE DROGAS QUE CONSUMÍA	1-3	1	20%	1	20%	3	60%	5	100%
	4-6	4	26,6%	6	40%	5	33,3%	15	100%
	7-9	0	0%	0	0%	3	100%	3	100%
Total		5	21,7%	7	30,4%	11	47,8%	23	100%

Gráfico N° 120: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Número de Drogas que Consumía en relación a la variable Organicidad



Como se puede observar en la Tabla N° 138, tanto el grupo de sujetos que consumía entre “1 y 3” drogas, y el grupo de sujetos que consumía entre “7 y 9” drogas tienden a presentar un nivel de organicidad más bien alto. Mientras que el grupo de sujetos que consumía entre “4 y 6” drogas tiende a presentar un 26,6% en el rango bajo de organicidad, un 40% en el rango medio y un 33,3% en el rango alto.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.221 , $p=0.312$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

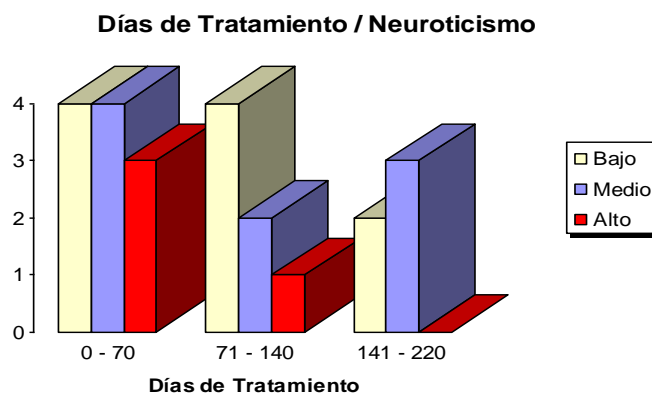
1.3.6 Relación entre Variable Días de Tratamiento / Ficha de Evaluación Clínica Integral

1.3.6.1 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Neuroticismo

Tabla N° 139: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento / Neuroticismo

		NEUROTICISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	4	36,3%	4	36,3%	3	27,2%	11	100%
	71 – 140	4	57,1%	2	28,5%	1	14,2%	7	100%
	141 - 220	2	40%	3	60%	0	0%	5	100%
Total		10	43,4%	9	39,1%	4	17,3%	23	100%

Gráfico N° 121: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de Tratamiento en relación a la variable Neuroticismo



Como se puede observar en la Tabla N° 139, el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamientos tiende a presentar un nivel de neuroticismo mas bien homogéneo; el grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento presenta un 57,1% en neuroticismo bajo, un 28,5% en neuroticismo medio y 14,2% en neuroticismo alto, observándose una leve tendencia al nivel bajo. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamientos presenta un 40% de neuroticismo bajo y un 60% de neuroticismo medio.

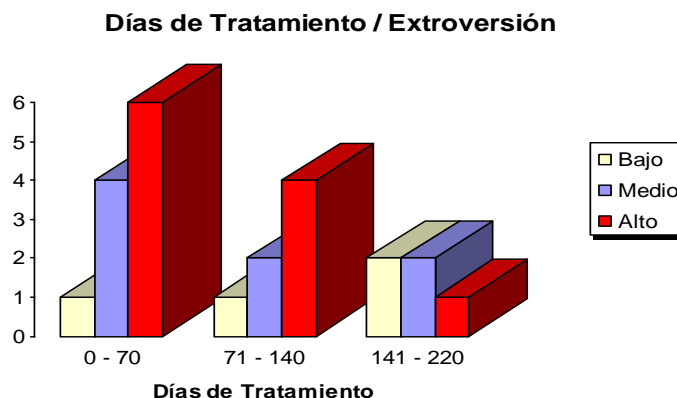
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.286 , $p=0.186$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.6.2 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Extroversión

Tabla N° 140: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento /
Extroversión

		EXTROVERSIÓN						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	1	9%	4	36,3%	6	54,5%	11	100%
	71 – 140	1	14,2%	2	28,5%	4	57,1%	7	100%
	141 - 220	2	40%	2	40%	1	20%	5	100%
Total		4	17,3%	8	34,7%	11	47,8%	23	100%

Gráfico N° 122: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de Tratamiento en relación a la variable Extroversión



Como se puede observar en la Tabla N° 140, el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamientos se presenta de la siguiente forma; 9% en extroversión baja, 36,3% en extroversión medio y 54,5% en extroversión alta, observándose una leve tendencia al nivel alto. El grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento presenta un 14,2% en el rango bajo de extroversión, un 28,5% en el rango medio y un 57,1% en el rango alto. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamientos presenta un 40% en el rango bajo y medio, y un 20% en el rango alto.

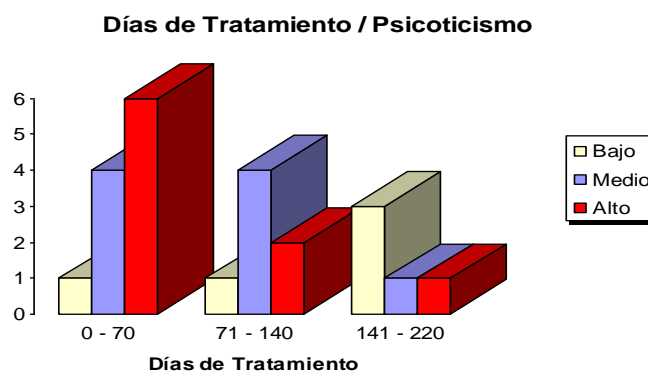
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.204 , $p=0.350$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.6.3 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Psicoticismo

Tabla N° 141: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento / Psicoticismo

		PSICOTICISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	1	9%	4	36,3%	6	54,5%	11	100%
	71 – 140	1	14,2%	4	57,1%	2	28,5%	7	100%
	141 - 220	3	60%	1	20%	1	20%	5	100%
Total		5	21,7%	9	39,1%	9	39,1%	23	100%

Gráfico N° 123: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de Tratamiento en relación a la variable Psicoticismo



Como se puede observar en la Tabla N° 141, el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamientos se presenta de la siguiente forma; psicoticismo bajo 9%, psicoticismo medio 36,3% y psicoticismo alto 54,5%. El grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento presenta un 14,2% en psicoticismo bajo, un 57,1% en psicoticismo medio y un 28,5% en psicoticismo alto. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamientos tiende a presentar un nivel de psicoticismo bajo.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.479 , $p=0.021$ ($p<0.05$) lo que indica que existe una tendencia a la relación negativa, lo cual resulta significativo al nivel 0.05 (bilateral).

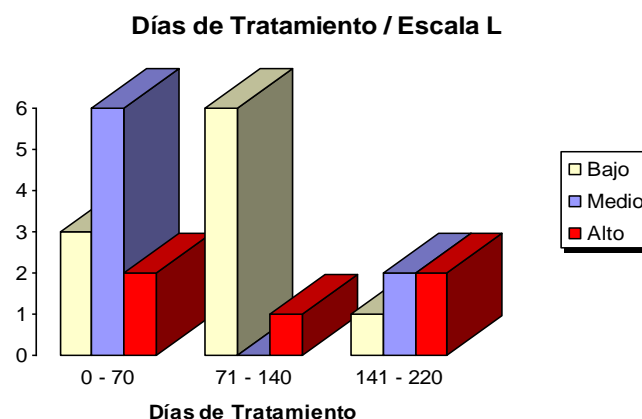
Se realiza la prueba de Chi – cuadrado entre ambas variables cuyo resultado es $p=0.149$ ($p>0.05$), bajo éste análisis estadístico la relación entre ambas variables no resulta significativa.

1.3.6.4 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Mentira (Escala L)

Tabla N° 142: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento / Mentira (Escala L)

		ESCALA L						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	3	27,2%	6	54,5%	2	18,1%	11	100%
	71 – 140	6	85,7%	0	0%	1	14,2%	7	100%
	141 - 220	1	20%	2	40%	2	40%	5	100%
Total		10	43,4%	8	34,7%	5	21,7%	23	100%

Gráfico N° 124: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de Tratamiento en relación a la variable Mentira (Escala L)



Como se puede observar en la Tabla N° 142, el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamientos se presenta de la siguiente forma; mentira bajo 27,2%, mentira media 54,5% y mentira alta 18,1%; observándose una leve tendencia al nivel medio. El grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento tiende a presentar un nivel de mentira bajo. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamientos presenta un 20% en el rango bajo, un 40% en el rango medio y un 40% en el rango alto.

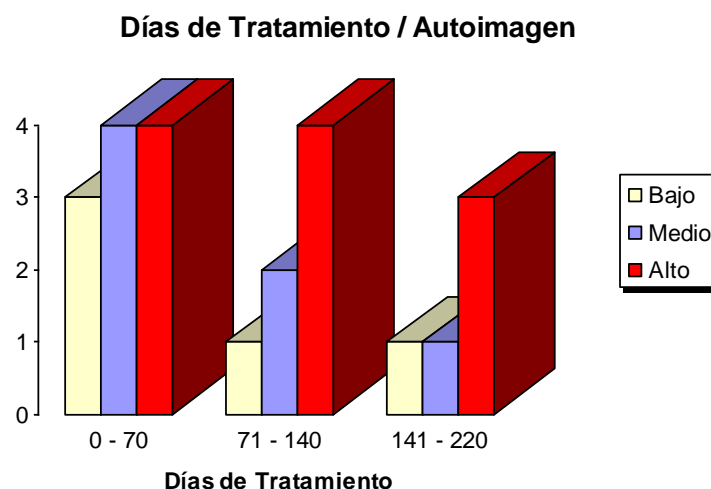
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.018, $p=0.936$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.6.5 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Autoimagen

Tabla N° 143: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento / Autoimagen

		AUTOIMAGEN						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	3	27,2%	4	36,3%	4	36,3%	11	100%
	71 – 140	1	14,2%	2	28,5%	4	57,1%	7	100%
	141 - 220	1	20%	1	20%	3	60%	5	100%
Total		5	21,7%	7	30,4%	11	47,8%	23	100%

Gráfico N° 125: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de Tratamiento en relación a la variable Autoimagen



Como se puede observar en la Tabla N° 143, el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamientos tiende a presentar un nivel de autoimagen más bien homogéneo. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento, y el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamientos tienden a presentar un nivel de autoimagen más bien alto.

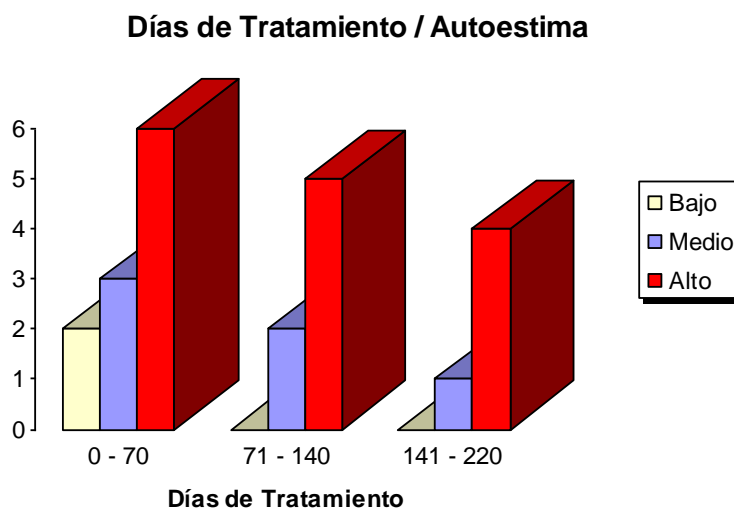
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.155 $p=0.480$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.6.6 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Autoestima

Tabla N° 144: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento / Autoestima

		AUTOESTIMA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	2	18,1%	3	27,2%	6	54,5%	11	100%
	71 – 140	0	0%	2	28,5%	5	71,4%	7	100%
	141 - 220	0	0%	1	20%	4	80%	5	100%
Total		2	8,6%	6	26%	15	65,2%	23	100%

Gráfico N° 126: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de Tratamiento en relación a la variable Autoestima



Como se puede observar en la Tabla N° 144, todos los grupos de sujetos que llevan diferente cantidad de días de tratamiento tienden a presentar un nivel de autoestima más bien alto.

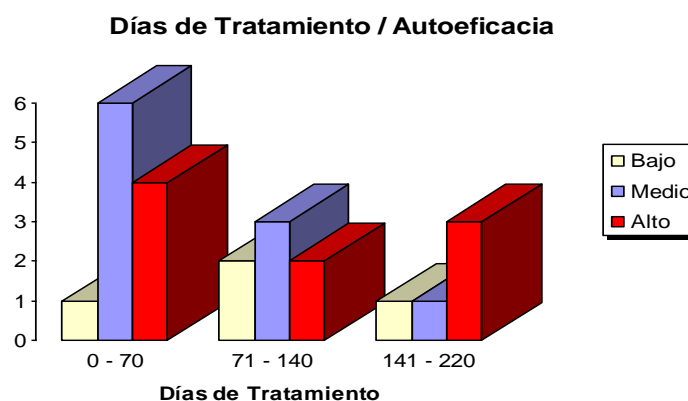
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.105, $p=0.634$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.6.7 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Autoeficacia

Tabla N° 145: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento / Autoeficacia

		AUTOEFICACIA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	1	9%	6	54,5%	4	36,3%	11	100%
	71 – 140	2	28,5%	3	42,8%	2	28,5%	7	100%
	141 - 220	1	20%	1	20%	3	60%	5	100%
Total		4	17,3%	10	43,4%	9	39,1%	23	100%

Gráfico N° 127: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de Tratamiento en relación a la variable Autoeficacia



Como se puede observar en la Tabla N° 145, el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamientos se presenta de la siguiente forma; autoeficacia baja 9%, autoeficacia media 54,5% y autoeficacia alta 36,3%, observándose una leve tendencia al rango medio. El grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento tienden a presentar un nivel de autoeficacia homogéneo. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamiento tiende a presentar un nivel de autoeficacia alto.

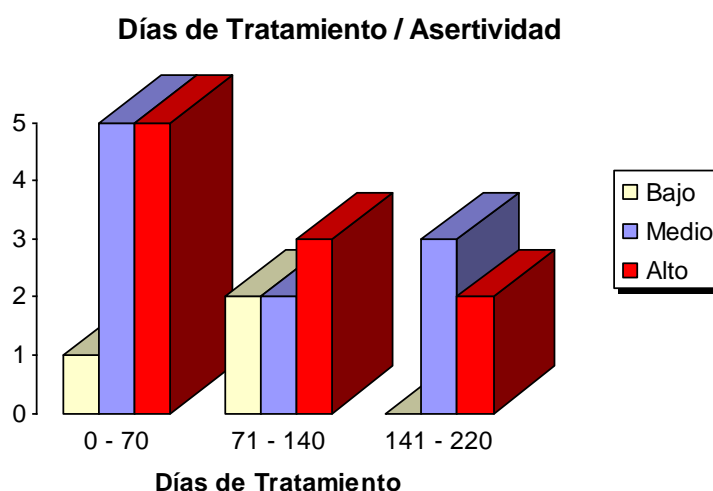
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.058 $p=0.792$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.6.8 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Asertividad

Tabla N° 146: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento / Asertividad

		ASERTIVIDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	1	9%	5	45,4%	5	45,4%	11	100%
	71 – 140	2	28,5%	2	28,5%	3	42,8%	7	100%
	141 - 220	0	0%	3	60%	2	40%	5	100%
Total		3	13%	10	43,4%	10	43,4%	23	100%

Gráfico N° 128: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de Tratamiento en relación a la variable Asertividad



Como se puede observar en la Tabla N° 146, tanto el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamientos, y el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamiento tienden a presentar un nivel de asertividad más bien medio y alto. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento tiende a presentar un nivel de asertividad homogéneo.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.017 $p=0.938$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

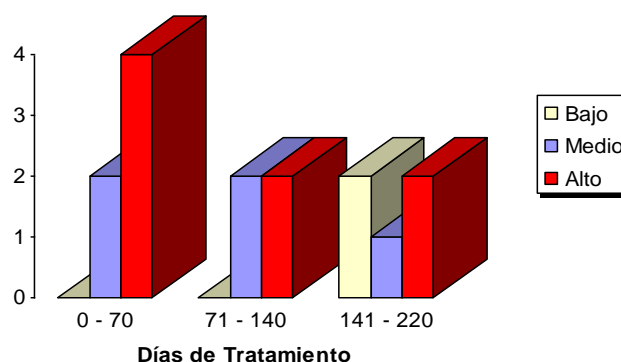
1.3.6.9 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Satisfacción Matrimonial

Tabla N° 147: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento / Satisfacción Matrimonial

		SATISFACCIÓN MATRIMONIAL						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	0	0%	2	33,3%	4	66,6%	6	100%
	71 – 140	0	0%	2	50%	2	50%	4	100%
	141 - 220	2	40%	1	20%	2	40%	5	100%
Total		2	13,3%	5	33,3%	8	53,3%	15	100%

Gráfico N° 129: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de Tratamiento en relación a la variable Satisfacción Matrimonial

Días de Tratamiento / Satisfacción Matrimonial



Como se puede observar en la Tabla N° 147, el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamientos tiende a presentar un nivel de satisfacción matrimonial alto; el grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento tiende a presentar un nivel homogéneo de satisfacción matrimonial medio y alto. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamientos presenta un 40% en el rango bajo, un 20% en el rango medio y un 40% en el rango alto.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.352 , $p=0.198$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

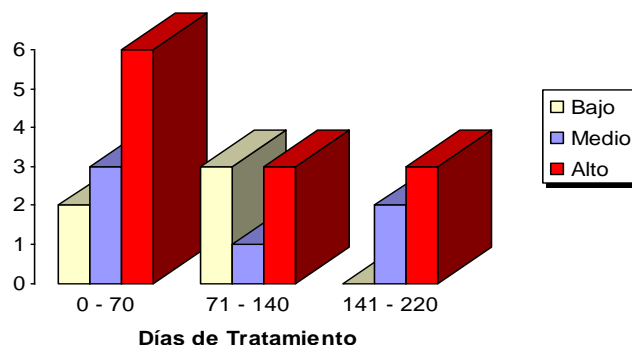
1.3.6.10 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Satisfacción de Necesidades

Tabla N° 148: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento / Satisfacción de Necesidades

		SATISFACCIÓN DE NECESIDADES						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	2	18,1%	3	27,2%	6	54,5%	11	100%
	71 – 140	3	42,8%	1	14,2%	3	42,8%	7	100%
	141 - 220	0	0%	2	40%	3	60%	5	100%
Total		5	21,7%	6	26%	12	52,1%	23	100%

Gráfico N° 130: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de Tratamiento en relación a la variable Satisfacción de Necesidades

Días de Tratamiento / Satisfacción de Necesidades



Como se puede observar en la Tabla N° 148, el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamientos se presenta de la siguiente forma; 18,1% en el rango bajo, 27,2% en el rango medio y 54,5% en el rango alto; observándose una leve tendencia al nivel alto. El grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento presenta un 42,8% en el rango bajo, 14,2% en el rango medio y 42,8% en el rango alto. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamiento presenta un 40% en el rango medio y un 60% en el rango alto.

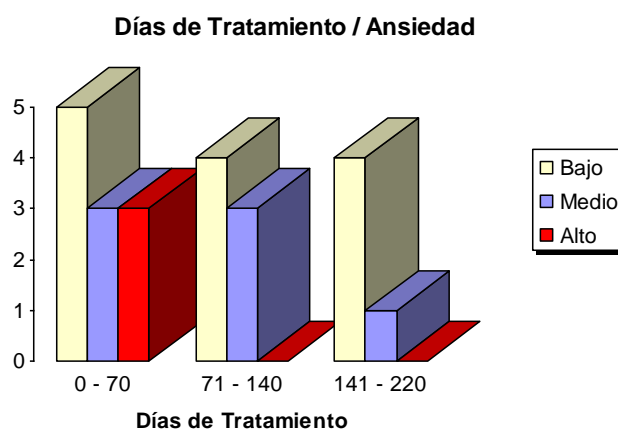
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.059, $p=0.790$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una relación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.6.11 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Ansiedad

Tabla N° 149: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento / Ansiedad

		ANSIEDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	5	45,4%	3	27,2%	3	27,2%	11	100%
	71 – 140	4	57,1%	3	42,8%	0	0%	7	100%
	141 - 220	4	80%	1	20%	0	0%	5	100%
Total		13	56,5%	7	30,4%	3	13%	23	100%

Gráfico N° 131: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de Tratamiento en relación a la variable Ansiedad



Como se puede observar en la Tabla N° 149, el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamientos se presenta de la siguiente forma; 45,4% en el rango bajo, 27,2% en el rango medio y 27,2% en el rango alto; observándose una leve tendencia al nivel bajo. El grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento presenta un 51,1% en el rango bajo y 42,8% en el rango medio. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamiento presenta un 80% en el rango bajo y un 20% en el rango medio.

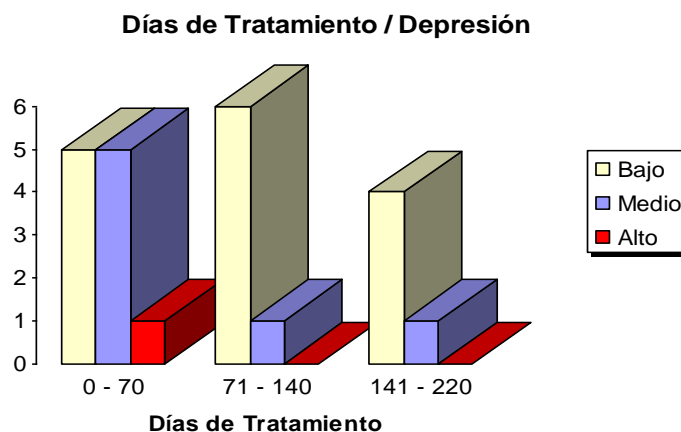
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.350 , $p=0.102$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.6.12 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Depresión

Tabla N° 150: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento / Depresión

		DEPRESIÓN						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	5	45,4%	5	45,4%	1	9%	11	100%
	71 – 140	6	85,7%	1	14,2%	0	0%	7	100%
	141 - 220	4	80%	1	20%	0	0%	5	100%
Total		15	65,2%	7	30,4%	1	4,3%	23	100%

Gráfico N° 132: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de Tratamiento en relación a la variable Depresión



Como se puede observar en la Tabla N° 150, el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamiento tiende a presentar homogéneamente un nivel de depresión bajo y medio, con un 45,4% cada rango. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento, y el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamiento tienden a presentar un nivel de depresión bajo.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.426 , $p=0.043$ ($p<0.05$) lo que indica que existe una tendencia a la relación negativa, lo cual resulta significativo al nivel 0.05 (bilateral).

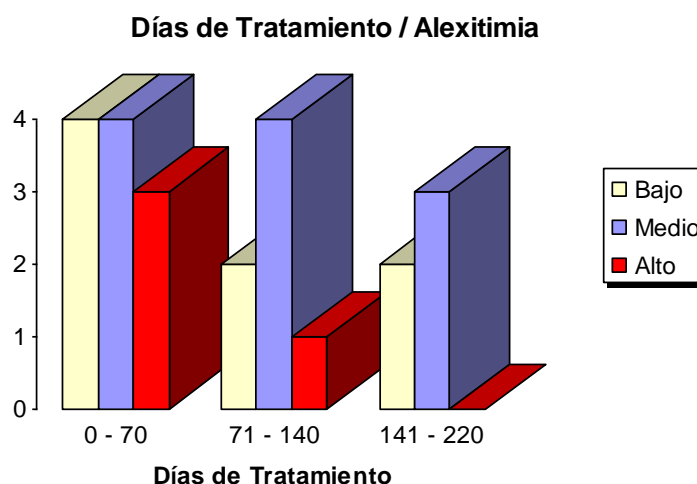
Se realiza la prueba de Chi – cuadrado entre ambas variables cuyo resultado es $p=0.411$ ($p>0.05$), bajo este análisis estadístico la relación entre las variables no resulta significativa.

1.3.6.13 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Alexitimia

Tabla N° 151: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento / Alexitimia

		ALEXITIMIA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	4	36,3%	4	36,3%	3	27,2%	11	100%
	71 – 140	2	28,5%	4	57,1%	1	14,2%	7	100%
	141 - 220	2	40%	3	60%	0	0%	5	100%
Total		8	34,7%	11	47,8%	4	17,3%	23	100%

Gráfico N° 133: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de Tratamiento en relación a la variable Alexitimia



Como se puede observar en la Tabla N° 151, el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamiento tiende a presentar un nivel de alexitimia más bien homogéneo. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento, y el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamiento tienden a presentar un nivel de alexitimia medio.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.314 , $p=0.145$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.6.14 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Tolerancia a la

Frustración

Tabla N° 152: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento /

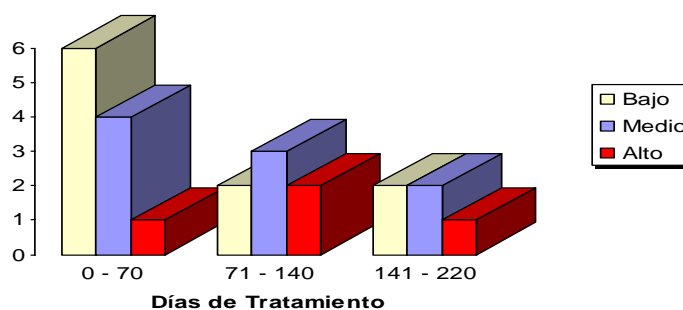
Tolerancia a la Frustración

		TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	6	54,5%	4	36,3%	1	9%	11	100%
	71 – 140	2	28,5%	3	42,8%	2	28,5%	7	100%
	141 - 220	2	40%	2	40%	1	20%	5	100%
Total		10	43,4%	9	39,1%	4	17,3%	23	100%

Gráfico N° 134: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de

Tratamiento en relación a la variable Tolerancia a la Frustración

Días de Tratamiento / Tolerancia a la Frustración



Como se puede observar en la Tabla N° 152, el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamiento se presenta de la siguiente forma; 54,5% en el rango bajo de tolerancia a la frustración, 36,3% en el rango medio y 9% en el rango alto; observándose una leve tendencia al nivel bajo. El grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento presenta un 28,5% tanto en el rango bajo como en el rango alto y un 42,8% en el rango medio. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamiento presenta un 40% tanto en el rango bajo como en el rango medio, y un 20% en el rango alto.

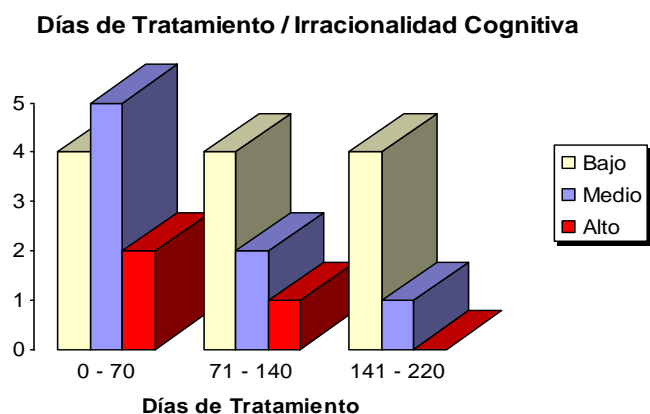
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de 0.075, $p=0.735$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación positiva débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.6.15 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Irracionalidad Cognitiva

Tabla N° 153: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento / Irracionalidad Cognitiva

		IRRACIONALIDAD COGNITIVA						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	4	36,3%	5	45,4%	2	18,1%	11	100%
	71 – 140	4	57,1%	2	28,5%	1	14,2%	7	100%
	141 - 220	4	80%	1	20%	0	0%	5	100%
Total		12	52,1%	8	34,7%	3	13%	23	100%

Gráfico N° 135: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de Tratamiento en relación a la variable Irracionalidad Cognitiva



Como se puede observar en la Tabla N° 153, el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamiento se presenta de la siguiente forma; 36,3% en el rango bajo, 45,4% en el rango medio y 18,1% en el rango alto. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento, y el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamiento tienden a presentar un nivel de irracionalidad cognitiva más bien bajo.

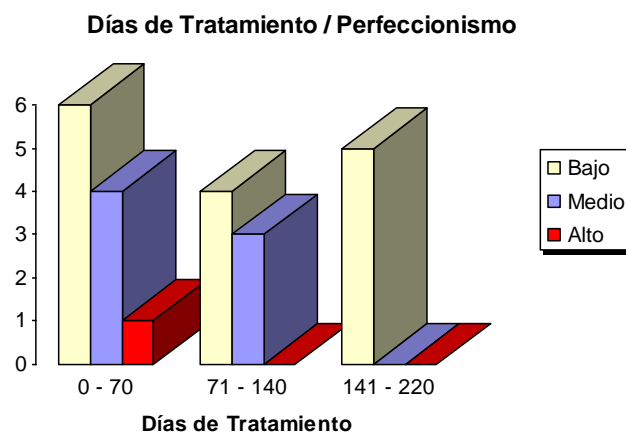
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.499 , $p=0.015$ ($p<0.05$) lo que indica que existe una tendencia a la correlación negativa débil, lo cual resulta significativo.

1.3.6.16 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Perfeccionismo

Tabla N° 154: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento / Perfeccionismo

		PERFECCIONISMO						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	6	54,5%	4	36,3%	1	9%	11	100%
	71 – 140	4	57,1%	3	42,8%	0	0%	7	100%
	141 - 220	5	100%	0	0%	0	0%	5	100%
Total		15	65,2%	7	30,4%	1	4,3%	23	100%

Gráfico N° 136: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de Tratamiento en relación a la variable Perfeccionismo



Como se puede observar en la Tabla N° 154, el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamientos se presenta de la siguiente forma; 54,5% en el rango bajo, 36,3% en el rango medio y 9% en el rango alto; observándose una tendencia al nivel alto. El grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento presenta un 57,1% en el rango bajo y un 42,8% en el rango medio. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamiento presenta el 100% en el rango bajo de perfeccionismo.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.163 , $p=0.458$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

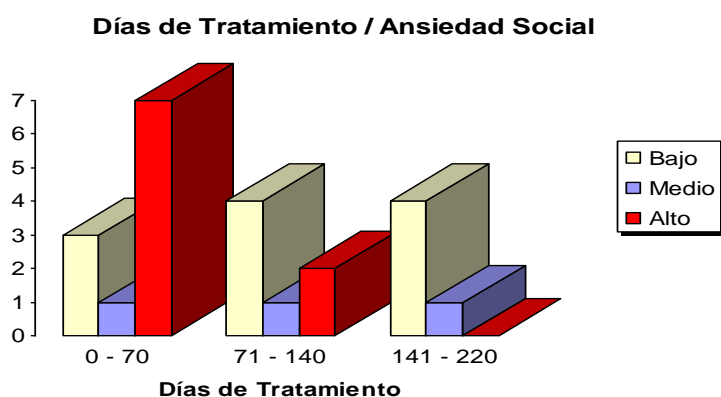
1.3.6.17 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Ansiedad Social

(Gambrill y Ritchie)

Tabla N° 155: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento / Ansiedad Social (Gambrill y Ritchie)

		GAMBRILL Y RITCHIE						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	3	27,2%	1	9%	7	63,6%	11	100%
	71 – 140	4	57,1%	1	14,2%	2	28,5%	7	100%
	141 - 220	4	80%	1	20%	0	0%	5	100%
Total		11	47,8%	3	13%	9	39,1%	23	100%

Gráfico N° 137: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de Tratamiento en relación a la variable Ansiedad Social



Como se puede observar en la Tabla N° 155, el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamiento tiende a presentar un nivel de ansiedad social más bien alto. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento, y el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamiento tienden a presentar un nivel de ansiedad social más bien bajo.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.431 , $p=0.040$ ($p<0.05$) lo que indica que existe una tendencia a la relación negativa, lo cual resulta significativo al nivel 0.05 (bilateral).

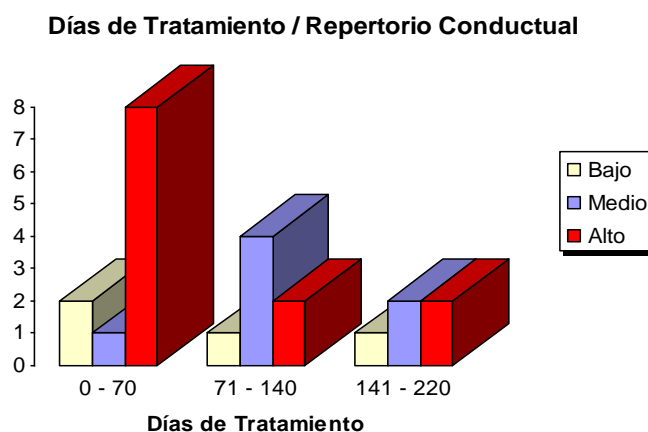
Se realiza la prueba de Chi – cuadrado entre ambas variables cuyo resultado es $p=0.174$ ($p>0.05$), bajo este análisis estadístico la relación entre las variables no resulta significativa.

1.3.6.18 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Repertorio Conductual

Tabla N° 156: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento /
Repertorio Conductual

		REPERTORIO CONDUCTUAL						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	2	18,1%	1	9%	8	72,7%	11	100%
	71 – 140	1	14,2%	4	57,1%	2	28,5%	7	100%
	141 - 220	1	20%	2	40%	2	40%	5	100%
Total		4	17,3%	7	30,4%	12	52,1%	23	100%

Gráfico N° 138: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de
Tratamiento en relación a la variable Repertorio Conductual



Como se puede observar en la Tabla N° 156, el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamiento tiende a presentar un nivel de repertorio conductual alto; el grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento tiende a presentar un nivel de repertorio conductual medio. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamiento presenta un 20% en el rango bajo, y un 40% tanto en el rango medio como en el rango alto de repertorio conductual.

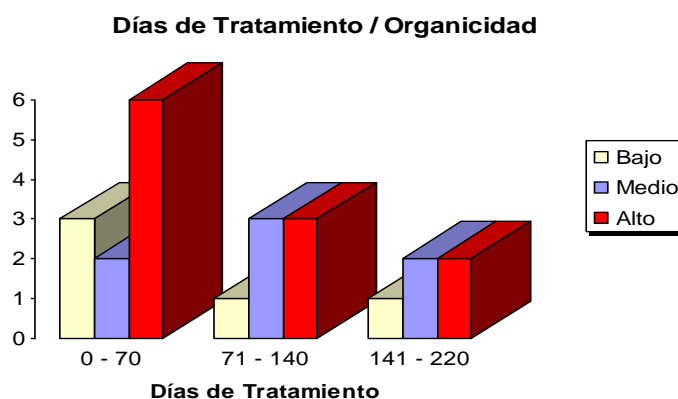
El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.170 , $p=0.439$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una correlación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.3.6.19 Relación Variable Días de Tratamiento / Variable Organicidad

Tabla N° 157: Frecuencia Relativa de Cruce de variables Días de Tratamiento /
Organicidad

		ORGANICIDAD						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
DÍAS DE TRATAMIENTO	0 – 70	3	27,2%	2	18,1%	6	54,5%	11	100%
	71 – 140	1	14,2%	3	42,8%	3	42,8%	7	100%
	141 - 220	1	20%	2	40%	2	40%	5	100%
Total		5	21,7%	7	30,4%	11	47,8%	23	100%

Gráfico N° 139: Distribución de Frecuencias Relativas de la variable Días de Tratamiento en relación a la variable Organicidad



Como se puede observar en la Tabla N° 157, el grupo de sujetos que lleva entre “0 y 70” días de tratamiento se presenta de la siguiente forma: 27,2% en el rango bajo, 18,1% en el rango medio y 54,5% en el rango alto; observándose una leve tendencia al nivel alto. El grupo de sujetos que lleva entre “71 y 140” días de tratamiento presenta un 14,2% en el rango bajo, y un 42,8% tanto en el rango medio como en el rango alto de organicidad. Mientras que el grupo de sujetos que lleva entre “141 y 220” días de tratamiento presenta un 20% en el rango bajo, y un 40% tanto en el rango medio como en el rango alto.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) entre ambas variables es de -0.156 $p=0.478$ ($p>0.05$) lo que indica que existe una relación negativa débil, lo cual resulta no significativo.

1.4 Objetivo Específico N° 4:

Determinar la relación existente entre las características psicológicas en personas con dependencia a sustancias beneficiarias de programas de tratamiento residencial de la V región.

1.4.1 Relación entre las Escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral

1.4.1.1 Relación entre Variable Neuroticismo / Escalas FECCI

Tabla N° 158

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho)

Variables Neuroticismo / Escalas FECCI

	NEUROTICISMO	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Extroversión	0,390	0,663	0,204
2	Psicoticismo	0,716**	0,029	0,633**
3	Escala L	-0,402	0,412	-0,247
4	Autoimagen	-0,139	0,202	0,120
5	Autoestima	-0,244	0,236	-0,089
6	Autoeficacia	0,032	0,445	-0,117
7	Asertividad	-0,008	0,382	-0,026
8	Satisfacción Matrimonial	0,030	0,966	0,066
9	Satisfacción de Necesidades	0,052	0,815	0,161
10	Ansiedad	0,467*	0,115	0,328
11	Depresión	0,508*	0,195	0,361
12	Alexitimia	0,280	0,251	0,323
13	Tolerancia a la Frustración	-0,330	0,490	-0,355
14	Irracionalidad Cognitiva	0,418*	0,170	0,315
15	Perfeccionismo	0,044	0,662	-0,047
16	Ansiedad Social	0,559**	0,042	0,581**
17	Repertorio Conductual	0,090	0,810	0,062
18	Organicidad	0,056	0,733	0,245

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 158, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable neuroticismo correlaciona significativamente con las variables psicoticismo (0,716**), ansiedad (0,467*), depresión (0,508*), irracionalidad cognitiva (0,418*) y ansiedad social (0,559**).

En la prueba de Chi – Cuadrado, se observa que la variable neuroticismo se asocia con las variables psicoticismo $p=0.029$ ($p<0.05$) y la variable ansiedad social $p=0.042$ ($p<0.05$), lo cual refuta la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable neuroticismo correlaciona significativamente con las variables psicoticismo (0,633**) y ansiedad social (0,581**).

Las otras variables son estadísticamente independientes de la variable neuroticismo.

1.4.1.2 Relación entre Variable Extroversión / Escalas FECI

Tabla N° 159

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho)

Variables Extroversión / Escalas FECI

	EXTROVERSIÓN	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	0,390	0,663	0,204
2	Psicoticismo	0,083	0,117	0,068
3	Escala L	-0,537**	0,142	-0,486*
4	Autoimagen	0,361	0,184	0,436*
5	Autoestima	0,034	0,967	-0,067
6	Autoeficacia	0,237	0,258	0,378
7	Asertividad	0,340	0,153	0,356
8	Satisfacción Matrimonial	0,229	0,364	0,289
9	Satisfacción de Necesidades	0,357	0,160	0,488*
10	Ansiedad	0,304	0,720	0,073
11	Depresión	0,121	0,124	0,142
12	Alexitimia	-0,140	0,869	-0,137
13	Tolerancia a la Frustración	-0,117	0,936	0,092
14	Irracionalidad Cognitiva	-0,120	0,727	-0,042
15	Perfeccionismo	0,034	0,701	0,039
16	Ansiedad Social	0,147	0,922	0,096
17	Repertorio Conductual	0,545**	0,157	0,454*
18	Organicidad	-0,002	0,697	0,096

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 159, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable extroversión correlaciona significativamente con las variables escala L (-0,537**) y repertorio conductual (0,545**).

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable extroversión correlaciona significativamente con las variables escala L (-0,486*), autoimagen (0,436*), satisfacción de necesidades (0,488*) y repertorio conductual (0,484*), lo cual refuta la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

Las otras variables son estadísticamente independientes de la extroversión.

1.4.1.3 Relación entre Variable Psicoticismo / Escalas FECI

Tabla N° 160

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho)

Variables Psicoticismo / Escalas FECI

	PSICOTICISMO	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	0,716**	0,029	0,633**
2	Extroversión	0,083	0,117	0,068
3	Escala L	-0,296	0,095	-0,142
4	Autoimagen	-0,356	0,157	0,072
5	Autoestima	-0,001	0,368	0,107
6	Autoeficacia	0,058	0,467	0,126
7	Asertividad	-0,107	0,862	-0,051
8	Satisfacción Matrimonial	0,165	0,041	0,386
9	Satisfacción de Necesidades	-0,206	0,353	0,140
10	Ansiedad	0,441*	0,040	0,280
11	Depresión	0,395	0,479	0,343
12	Alexitimia	0,086	0,251	0,022
13	Tolerancia a la Frustración	-0,234	0,565	-0,293
14	Irracionalidad Cognitiva	0,398	0,158	0,428*
15	Perfeccionismo	0,072	0,301	0,315
16	Ansiedad Social	0,494*	0,032	0,647**
17	Repertorio Conductual	0,067	0,367	0,103
18	Organicidad	0,139	0,965	0,086

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 160, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable psicoticismo correlaciona significativamente con las variables neuroticismo (0,716**), ansiedad (0,441*) y ansiedad social (0,494**).

En la prueba de Chi – Cuadrado, se observa que la variable psicoticismo se asocia con las variables neuroticismo $p=0.029$ ($p<0.05$), satisfacción matrimonial $p=0.041$ ($p<0.05$), ansiedad $p=0.040$ ($p<0.05$) y ansiedad social $p=0.032$ ($p<0.05$), lo cual refuta la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable psicoticismo correlaciona significativamente con las variables neuroticismo (0,633**), irracionalidad cognitiva (0,428*) y ansiedad social (0,647**).

Las otras variables son estadísticamente independientes de la variable psicoticismo.

1.4.1.4 Relación entre Variable Escala L / Escalas FECI

Tabla N° 161

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho)

Variabes Escala L / Escalas FECI

	ESCALA L	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	-0,402	0,412	-0,247
2	Extroversión	-0,537**	0,142	-0,486*
3	Psicoticismo	-0,296	0,095	-0,142
4	Autoimagen	-0,107	0,257	-0,186
5	Autoestima	0,019	0,214	-0,138
6	Autoeficacia	-0,065	0,667	0,005
7	Asertividad	-0,089	0,522	-0,127
8	Satisfacción Matrimonial	0,249	0,092	0,218
9	Satisfacción de Necesidades	0,040	0,192	0,057
10	Ansiedad	-0,210	0,750	0,015
11	Depresión	-0,019	0,409	0,130
12	Alexitimia	0,008	0,985	-0,079
13	Tolerancia a la Frustración	-0,234	0,776	-0,037
14	Irracionalidad Cognitiva	-0,042	0,946	-0,021
15	Perfeccionismo	-0,081	0,614	0,006
16	Ansiedad Social	-0,166	0,823	-0,103
17	Repertorio Conductual	-0,282	0,037	-0,212
18	Organicidad	-0,084	0,291	-0,276

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 161, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable escala L correlaciona significativamente con la variable extroversión ($-0,537^{**}$).

En la prueba de Chi – Cuadrado, se observa que la variable escala L se asocia con la variable repertorio conductual $p=0.037$ ($p<0.05$), lo cual refuta la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable escala L correlaciona significativamente con la variable extroversión ($0,486^*$).

Las otras variables son estadísticamente independientes de la variable escala L.

1.4.1.5 Relación entre Variable Autoimagen / Escalas FECI

Tabla N° 162

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho)

Variables Autoimagen / Escalas FECI

	AUTOIMAGEN	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	-0,139	0,202	0,120
2	Extroversión	0,361	0,184	0,436*
3	Psicoticismo	-0,356	0,157	0,072
4	Escala L	-0,107	0,257	-0,186
5	Autoestima	0,489*	0,087	0,582**
6	Autoeficacia	0,498*	0,132	0,517*
7	Asertividad	0,457*	0,268	0,370
8	Satisfacción Matrimonial	0,466	0,028	0,479
9	Satisfacción de Necesidades	0,505*	0,092	0,530**
10	Ansiedad	-0,076	0,786	-0,072
11	Depresión	-0,160	0,360	-0,173
12	Alexitimia	-0,326	0,844	-0,166
13	Tolerancia a la Frustración	0,066	0,260	-0,080
14	Irracionalidad Cognitiva	-0,311	0,438	-0,158
15	Perfeccionismo	0,081	0,585	0,069
16	Ansiedad Social	-0,059	0,399	0,000
17	Repertorio Conductual	0,370	0,068	0,371
18	Organicidad	-0,150	0,946	-0,042

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 162, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable autoimagen correlaciona significativamente con las variables autoestima (0,489*), autoeficacia (0,498*), asertividad (0,457*) y satisfacción de necesidades (0,505*)

En la prueba de Chi – Cuadrado, se observa que la variable autoimagen se asocia con la variable satisfacción matrimonial $p=0.028$ ($p<0.05$), lo cual refuta la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable autoimagen correlaciona significativamente con las variables extroversión (0,436*), autoestima (0,582**), autoeficacia (0,517*) y satisfacción de necesidades (0,530**).

Las otras variables son estadísticamente independientes de la variable autoimagen.

1.4.1.6 Relación entre Variable Autoestima / Escalas FECI

Tabla N° 163

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho)

VARIABLES AUTOESTIMA / ESCALAS FECI

	AUTOESTIMA	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	-0,244	0,236	-0,089
2	Extroversión	0,034	0,967	-0,067
3	Psicoticismo	-0,001	0,368	0,107
4	Escala L	0,019	0,214	-0,138
5	Autoimagen	0,489*	0,087	0,582**
6	Autoeficacia	0,382	0,093	0,340
7	Asertividad	0,238	0,394	-0,002
8	Satisfacción Matrimonial	0,262	0,398	-0,050
9	Satisfacción de Necesidades	-0,089	0,599	-0,016
10	Ansiedad	-0,338	0,354	-0,096
11	Depresión	-0,358	0,221	-0,257
12	Alexitimia	-0,471*	0,209	-0,071
13	Tolerancia a la Frustración	0,022	0,236	-0,089
14	Irracionalidad Cognitiva	-0,118	0,486	-0,119
15	Perfeccionismo	-0,026	0,217	-0,094
16	Ansiedad Social	-0,313	0,485	-0,221
17	Repertorio Conductual	0,111	0,728	0,060
18	Organicidad	0,066	0,623	0,136

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 163, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable autoestima correlaciona significativamente con las variables autoimagen ($0,489^*$) y alexitimia ($-0,471^*$).

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable autoestima correlaciona significativamente con la variable autoimagen ($0,582^{**}$).

Las otras variables son estadísticamente independientes de la variable autoestima.

1.4.1.7 Relación entre Variable Autoeficacia / Escalas FECCI

Tabla N° 164

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho)

Variables Autoeficacia / Escalas FECCI

	AUTOEFICACIA	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	0,032	0,445	-0,117
2	Extroversión	0,237	0,258	0,378
3	Psicoticismo	0,058	0,467	0,126
4	Escala L	-0,065	0,667	0,005
5	Autoimagen	0,498*	0,132	0,517*
6	Autoestima	0,382	0,093	0,340
7	Asertividad	0,281	0,073	0,316
8	Satisfacción Matrimonial	0,771**	0,008	0,774**
9	Satisfacción de Necesidades	0,606**	0,005	0,683**
10	Ansiedad	-0,368	0,382	-0,412
11	Depresión	-0,121	0,832	0,008
12	Alexitimia	-0,358	0,043	-0,535**
13	Tolerancia a la Frustración	-0,165	0,881	-0,051
14	Irracionalidad Cognitiva	-0,183	0,668	-0,186
15	Perfeccionismo	-0,012	0,669	-0,090
16	Ansiedad Social	0,174	0,933	0,089
17	Repertorio Conductual	0,528**	0,191	0,350
18	Organicidad	-0,308	0,282	-0,312

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 164, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable autoeficacia correlaciona significativamente con las variables autoimagen (0,489*), satisfacción matrimonial (0,771**), satisfacción de necesidades (0,606**) y repertorio conductual (0,528**).

En la prueba de Chi – Cuadrado, se observa que la variable autoeficacia se asocia con las variables satisfacción matrimonial $p=0.008$ ($p<0.05$), satisfacción de necesidades $p=0.005$ ($p<0.05$) y alexitimia $p=0.043$ ($p<0.05$), lo cual refuta la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable autoeficacia correlaciona significativamente con las variables autoimagen (0,517*), satisfacción matrimonial (0,774**), satisfacción de necesidades (0,683**) y alexitimia (-0,535**).

Las otras variables son estadísticamente independientes de la variable autoeficacia.

1.4.1.8 Relación entre Variable Asertividad / Escalas FECCI

Tabla N° 165

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho)

Variabes Asertividad / Escalas FECCI

	ASERTIVIDAD	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	-0,008	0,382	-0,026
2	Extroversión	0,340	0,153	0,356
3	Psicoticismo	-0,107	0,862	-0,051
4	Escala L	-0,089	0,522	-0,127
5	Autoimagen	0,457*	0,268	0,370
6	Autoestima	0,238	0,394	-0,002
7	Autoeficacia	0,281	0,073	0,316
8	Satisfacción Matrimonial	-0,231	0,935	-0,051
9	Satisfacción de Necesidades	0,152	0,007	0,433*
10	Ansiedad	0,216	0,800	0,040
11	Depresión	-0,208	0,484	0,010
12	Alexitimia	-0,349	0,896	-0,154
13	Tolerancia a la Frustración	-0,080	0,907	0,013
14	Irracionalidad Cognitiva	-0,169	0,476	-0,261
15	Perfeccionismo	0,336	0,846	0,112
16	Ansiedad Social	-0,352	0,521	-0,110
17	Repertorio Conductual	0,432*	0,635	0,312
18	Organicidad	0,244	0,064	0,104

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 165, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable asertividad correlaciona significativamente con las variables autoimagen (0,457*) y repertorio conductual (0,432*).

En la prueba de Chi – Cuadrado, se observa que la variable asertividad se asocia con la variable satisfacción de necesidades $p=0.007$ ($p<0.05$), lo cual refuta la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable asertividad correlaciona significativamente con la variable satisfacción de necesidades (0,433*).

Las otras variables son estadísticamente independientes de la variable asertividad.

1.4.1.9 Relación entre Variable Satisfacción Matrimonial / Escalas FECCI

Tabla N° 166

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho)

Variables Satisfacción Matrimonial / Escalas FECCI

	SATISFACCIÓN MATRIMONIAL	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	0,030	0,966	0,066
2	Extroversión	0,229	0,364	0,289
3	Psicoticismo	0,165	0,041	0,386
4	Escala L	0,249	0,092	0,218
5	Autoimagen	0,466	0,028	0,479
6	Autoestima	0,262	0,398	-0,050
7	Autoeficacia	0,771**	0,008	0,774**
8	Asertividad	-0,231	0,935	-0,051
9	Satisfacción de Necesidades	0,764**	0,011	0,842**
10	Ansiedad	-0,290	0,189	-0,140
11	Depresión	0,029	0,599	0,163
12	Alexitimia	-0,294	0,291	-0,399
13	Tolerancia a la Frustración	-0,416	0,096	-0,360
14	Irracionalidad Cognitiva	0,020	0,211	0,139
15	Perfeccionismo	0,082	0,371	0,215
16	Ansiedad Social	0,354	0,209	0,588**
17	Repertorio Conductual	0,615*	0,237	0,394
18	Organicidad	-0,196	0,287	-0,374

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 166, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable satisfacción matrimonial correlaciona significativamente con las variables autoeficacia (0,771**), satisfacción de necesidades (0,764**) y repertorio conductual (0,615*).

En la prueba de Chi – Cuadrado, se observa que la variable satisfacción matrimonial se asocia con las variables psicoticismo $p=0.041$ ($p<0.05$), autoimagen $p=0.028$ ($p<0.05$), autoeficacia $p=0.008$ ($p<0.05$) y satisfacción de necesidades $p=0.011$ ($p<0.05$), lo cual refuta la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable satisfacción matrimonial correlaciona significativamente con las variables autoeficacia (0,774**), satisfacción de necesidades (0,482**) y ansiedad social (0,588**).

Las otras variables son estadísticamente independientes de la variable satisfacción matrimonial.

1.4.1.10 Relación entre Variable Satisfacción de Necesidades / Escalas FECCI

Tabla N° 167

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho)

Variables Satisfacción de Necesidades / Escalas FECCI

	SATISFACCIÓN DE NECESIDADES	Correlación lineal (r)	Chi – Cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	0,052	0,815	0,161
2	Extroversión	0,357	0,160	0,488*
3	Psicoticismo	-0,206	0,353	0,140
4	Escala L	0,040	0,192	0,057
5	Autoimagen	0,505*	0,092	0,530**
6	Autoestima	-0,089	0,599	-0,016
7	Autoeficacia	0,606**	0,005	0,683**
8	Asertividad	0,152	0,007	0,433*
9	Satisfacción Matrimonial	0,764**	0,011	0,842**
10	Ansiedad	-0,121	0,429	-0,131
11	Depresión	-0,062	0,207	0,118
12	Alexitimia	-0,314	0,586	-0,243
13	Tolerancia a la Frustración	-0,151	0,106	-0,140
14	Irracionalidad Cognitiva	-0,225	0,246	-0,011
15	Perfeccionismo	0,156	0,387	0,146
16	Ansiedad Social	0,125	0,701	0,120
17	Repertorio Conductual	0,627**	0,418	0,280
18	Organicidad	-0,319	0,351	-0,178

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 167, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable satisfacción de necesidades correlaciona significativamente con las variables autoimagen (0,505*), autoeficacia (0,606**), satisfacción matrimonial (0,764**) y repertorio conductual (0,627**).

En la prueba de Chi – Cuadrado, se observa que la variable satisfacción de necesidades se asocia con las variables autoeficacia $p=0.005$ ($p<0.05$) y satisfacción matrimonial $p=0.011$ ($p<0.05$), lo cual refuta la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable satisfacción de necesidades correlaciona significativamente con las variables extroversión (0,488*), autoimagen (0,530**), autoeficacia (0,683**), asertividad (0,433*) y satisfacción de necesidades (0,433*).

Las otras variables son estadísticamente independientes de la variable satisfacción de necesidades.

1.4.1.11 Relación entre Variable Ansiedad / Escalas FECI

Tabla N° 168

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho)

Variabes Ansiedad / Escalas FECI

	ANSIEDAD	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	0,467*	0,115	0,328
2	Extroversión	0,304	0,720	0,073
3	Psicoticismo	0,441*	0,040	0,280
4	Escala L	-0,210	0,750	0,015
5	Autoimagen	-0,076	0,789	-0,072
6	Autoestima	-0,338	0,354	-0,096
7	Autoeficacia	-0,368	0,382	-0,412
8	Asertividad	0,216	0,800	0,040
9	Satisfacción Matrimonial	-0,290	0,189	-0,140
10	Satisfacción de Necesidades	-0,121	0,429	-0,131
11	Depresión	0,486*	0,327	0,320
12	Alexitimia	0,149	0,032	0,263
13	Tolerancia a la Frustración	0,037	0,749	0,057
14	Irracionalidad Cognitiva	0,112	0,806	0,129
15	Perfeccionismo	-0,001	0,075	0,053
16	Ansiedad Social	0,380	0,454	0,354
17	Repertorio Conductual	-0,002	0,859	0,000
18	Organicidad	0,564**	0,089	0,541**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 168, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable ansiedad correlaciona significativamente con las variables neuroticismo (0,467*), psicoticismo (0,441*), depresión (0,486*) y organicidad (0,564**).

En la prueba de Chi – Cuadrado, se observa que la variable ansiedad se asocia con las variables psicoticismo $p=0.040$ ($p<0.05$) y alexitimia $p=0.032$ ($p<0.05$), lo cual refuta la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable ansiedad correlaciona significativamente con la variable organicidad (0,541**).

Las otras variables son estadísticamente independientes de la variable ansiedad.

1.4.1.12 Relación entre Variable Depresión / Escalas FECI

Tabla N° 169

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho)

Variables Depresión / Escalas FECI

	DEPRESIÓN	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	0,508*	0,195	0,361
2	Extroversión	0,121	0,124	0,142
3	Psicoticismo	0,395	0,479	0,343
4	Escala L	-0,019	0,409	0,130
5	Autoimagen	-0,160	0,360	-0,173
6	Autoestima	-0,358	0,221	-0,257
7	Autoeficacia	-0,121	0,832	0,008
8	Asertividad	-0,208	0,484	0,010
9	Satisfacción Matrimonial	0,029	0,559	0,163
10	Satisfacción de Necesidades	-0,062	0,207	0,118
11	Ansiedad	0,486*	0,327	0,320
12	Alexitimia	0,664**	0,189	0,421*
13	Tolerancia a la Frustración	0,031	0,645	-0,005
14	Irracionalidad Cognitiva	0,454*	0,040	0,493*
15	Perfeccionismo	0,059	0,421	0,165
16	Ansiedad Social	0,576**	0,108	0,566**
17	Repertorio Conductual	-0,227	0,227	-0,257
18	Organicidad	0,137	0,187	0,285

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 169, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable depresión correlaciona significativamente con las variables neuroticismo (0,508*), alexitimia (0,664**), irracionalidad cognitiva (0,454*) y ansiedad social (0,576**).

En la prueba de Chi – Cuadrado, se observa que la variable depresión se asocia con la variable irracionalidad cognitiva $p=0.040$ ($p<0.05$), lo cual refuta la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable depresión correlaciona significativamente con las variables alexitimia (0,421*), irracionalidad cognitiva (0,493*) y ansiedad social (0,566**).

Las otras variables son estadísticamente independientes de la variable depresión.

1.4.1.13 Relación entre Variable Alexitimia / Escalas FECI

Tabla N° 170

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho)

Variables Alexitimia / Escalas FECI

	ALEXITIMIA	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	0,280	0,251	0,323
2	Extroversión	-0,140	0,869	-0,137
3	Psicoticismo	0,086	0,251	0,022
4	Escala L	0,008	0,985	-0,079
5	Autoimagen	-0,326	0,844	-0,166
6	Autoestima	-0,471*	0,209	-0,071
7	Autoeficacia	-0,358	0,043	-0,535**
8	Asertividad	-0,349	0,896	-0,154
9	Satisfacción Matrimonial	-0,294	0,291	-0,399
10	Satisfacción de Necesidades	-0,314	0,586	-0,243
11	Ansiedad	0,149	0,032	0,263
12	Depresión	0,664**	0,186	0,421*
13	Tolerancia a la Frustración	0,165	0,539	0,033
14	Irracionalidad Cognitiva	0,512*	0,182	0,328
15	Perfeccionismo	0,009	0,160	0,103
16	Ansiedad Social	0,312	0,310	0,217
17	Repertorio Conductual	-0,448*	0,157	-0,497*
18	Organicidad	-0,107	0,493	0,265

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 170, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable alexitimia correlaciona significativamente con las variables autoestima (-0,471*), depresión (0,664**), irracionalidad cognitiva (0,512*) y repertorio conductual (-0,448*).

En la prueba de Chi – Cuadrado, se observa que la variable alexitimia se asocia con las variables autoeficacia $p=0.043$ ($p<0.05$), ansiedad $p=0.032$ ($p<0.05$), lo cual refuta la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable alexitimia correlaciona significativamente con las variables autoeficacia (-0,535**), depresión (0,421*) y repertorio conductual (-0,497*).

Las otras variables son estadísticamente independientes de la variable alexitimia.

1.4.1.14 Relación entre Variable Tolerancia a la Frustración / Escalas FECI

Tabla N° 171

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman

VARIABLES TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN / ESCALAS FECI

	TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	-0,330	0,490	-0,355
2	Extroversión	-0,117	0,936	0,092
3	Psicoticismo	-0,234	0,565	-0,293
4	Escala L	0,025	0,776	-0,037
5	Autoimagen	0,066	0,260	-0,080
6	Autoestima	0,022	0,236	-0,089
7	Autoeficacia	-0,165	0,881	-0,051
8	Asertividad	-0,080	0,907	0,013
9	Satisfacción Matrimonial	-0,416	0,096	-0,360
10	Satisfacción de Necesidades	-0,151	0,106	-0,140
11	Ansiedad	0,037	0,749	0,057
12	Depresión	0,031	0,645	-0,005
13	Alexitimia	0,165	0,539	0,033
14	Irracionalidad Cognitiva	-0,294	0,209	-0,237
15	Perfeccionismo	-0,276	0,765	0,044
16	Ansiedad Social	-0,128	0,645	-0,119
17	Repertorio Conductual	-0,308	0,289	-0,190
18	Organicidad	-0,216	0,051	-0,325

De acuerdo a la tabla N° 171, se observa que todas las variables son estadísticamente independientes de la variable tolerancia a la frustración.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

1.4.1.15 Relación entre Variable Irracionalidad Cognitiva / Escalas FECI

Tabla N° 172

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho)

VARIABLES Irracionalidad Cognitiva / Escalas FECI

	IRRACIONALIDAD COGNITIVA	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	0,418*	0,170	0,315
2	Extroversión	-0,120	0,727	-0,042
3	Psicoticismo	0,398	0,158	0,428*
4	Escala L	-0,042	0,946	-0,021
5	Autoimagen	-0,311	0,438	-0,158
6	Autoestima	-0,118	0,486	-0,119
7	Autoeficacia	-0,183	0,668	-0,186
8	Asertividad	-0,169	0,476	-0,261
9	Satisfacción Matrimonial	0,020	0,211	0,139
10	Satisfacción de Necesidades	-0,225	0,246	-0,011
11	Ansiedad	0,112	0,806	0,129
12	Depresión	0,454*	0,040	0,493*
13	Alexitimia	0,512*	0,182	0,328
14	Tolerancia a la Frustración	-0,294	0,209	-0,237
15	Perfeccionismo	0,562**	0,016	0,637**
16	Ansiedad Social	0,173	0,162	0,295
17	Repertorio Conductual	-0,163	0,426	-0,206
18	Organicidad	0,233	0,743	0,126

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 172, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable irracionalidad cognitiva correlaciona significativamente con las variables neuroticismo (0,418*), depresión (0,454*), alexitimia (0,512*) y perfeccionismo (0,562**).

En la prueba de Chi – Cuadrado, se observa que la variable irracionalidad cognitiva se asocia con las variables depresión $p=0.040$ ($p<0.05$) y perfeccionismo $p=0.016$ ($p<0.05$), lo cual refuta la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable irracionalidad cognitiva correlaciona significativamente con las variables psicoticismo (0,428*), depresión (0,493*) y perfeccionismo (0,637**).

Las otras variables son estadísticamente independientes de la variable irracionalidad cognitiva.

1.4.1.16 Relación entre Variable Perfeccionismo / Escalas FECI

Tabla N° 173

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho)

VARIABLES PERFECCIONISMO / ESCALAS FECI

	PERFECCIONISMO	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	0,044	0,662	-0,047
2	Extroversión	0,034	0,701	0,039
3	Psicoticismo	0,072	0,301	0,315
4	Escala L	-0,081	0,614	0,006
5	Autoimagen	0,081	0,585	0,069
6	Autoestima	-0,026	0,217	-0,094
7	Autoeficacia	-0,012	0,669	-0,090
8	Asertividad	0,336	0,846	0,112
9	Satisfacción Matrimonial	0,082	0,371	0,215
10	Satisfacción de Necesidades	0,156	0,387	0,146
11	Ansiedad	-0,001	0,075	0,053
12	Depresión	0,059	0,421	0,165
13	Alexitimia	0,009	0,160	0,103
14	Tolerancia a la Frustración	-0,276	0,765	0,044
15	Irracionalidad Cognitiva	0,562**	0,016	0,637**
16	Ansiedad Social	-0,250	0,654	0,126
17	Repertorio Conductual	0,337	0,816	0,036
18	Organicidad	0,259	0,448	-0,181

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 173, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable perfeccionismo correlaciona significativamente con la variable irracionalidad cognitiva (0,562**).

En la prueba de Chi – Cuadrado, se observa que la variable perfeccionismo se asocia con la variable irracionalidad cognitiva $p=0.016$ ($p<0.05$), lo cual refuta la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable perfeccionismo correlaciona significativamente con la variable irracionalidad cognitiva (0,637**).

Las otras variables son estadísticamente independientes de la variable perfeccionismo.

1.4.1.17 Relación entre Variable Ansiedad Social / Escalas FECCI

Tabla N° 174

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman

Variables Ansiedad Social / Escalas FECCI

	ANSIEDAD SOCIAL	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	0,559**	0,042	0,581**
2	Extroversión	0,147	0,922	0,096
3	Psicoticismo	0,494*	0,032	0,647**
4	Escala L	-0,166	0,823	-0,103
5	Autoimagen	-0,059	0,399	0,000
6	Autoestima	-0,313	0,485	-0,221
7	Autoeficacia	0,174	0,933	0,089
8	Asertividad	-0,352	0,521	-0,110
9	Satisfacción Matrimonial	0,354	0,209	0,588*
10	Satisfacción de Necesidades	0,125	0,701	0,120
11	Ansiedad	0,380	0,454	0,354
12	Depresión	0,576**	0,108	0,566**
13	Alexitimia	0,312	0,310	0,217
14	Tolerancia a la Frustración	-0,128	0,645	-0,119
15	Irracionalidad Cognitiva	0,173	0,162	0,295
16	Perfeccionismo	-0,250	0,654	0,126
17	Repertorio Conductual	0,079	0,875	0,066
18	Organicidad	-0,001	0,399	0,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 174, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable ansiedad social correlaciona significativamente con las variables neuroticismo (0,559**), psicoticismo (0,494*) y depresión (0,576**).

En la prueba de Chi – Cuadrado, se observa que la variable ansiedad social se asocia con las variables neuroticismo $p=0.042$ ($p<0.05$) y psicoticismo $p=0.032$ ($p<0.05$).lo cual refuta la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable ansiedad social correlaciona significativamente con las variables neuroticismo (0,581**), psicoticismo (0,647**), satisfacción matrimonial (0,588*) y depresión (0,566**).

Las otras variables son estadísticamente independientes de la variable ansiedad social.

1.4.1.18 Relación entre Variable Repertorio Conductual / Escalas FECCI

Tabla N° 175

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho)

Variables Repertorio Conductual / Escalas FECCI

	REPERTORIO CONDUCTUAL	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	0,090	0,810	0,062
2	Extroversión	0,545**	0,157	0,484*
3	Psicoticismo	0,067	0,367	0,103
4	Escala L	-0,282	0,037	-0,212
5	Autoimagen	0,370	0,068	0,371
6	Autoestima	0,111	0,728	0,060
7	Autoeficacia	0,528**	0,191	0,350
8	Asertividad	0,432*	0,635	0,312
9	Satisfacción Matrimonial	0,615*	0,237	0,394
10	Satisfacción de Necesidades	0,627**	0,418	0,280
11	Ansiedad	-0,002	0,859	0,000
12	Depresión	-0,227	0,227	-0,257
13	Alexitimia	-0,448*	0,157	-0,494*
14	Tolerancia a la Frustración	-0,308	0,289	-0,190
15	Irracionalidad Cognitiva	-0,163	0,426	-0,206
16	Perfeccionismo	0,337	0,816	0,036
17	Ansiedad Social	0,079	0,875	0,066
18	Organicidad	-0,051	0,123	-0,104

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 175, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable repertorio conductual correlaciona significativamente con las variables extroversión (0,545**), autoeficacia (0,528**), asertividad (0,432*), satisfacción matrimonial (0,615*), satisfacción de necesidades (0,627**) y alexitimia (-0,448*).

En la prueba de Chi – Cuadrado, se observa que la variable repertorio conductual se asocia con la variable escala L $p=0.037$ ($p<0.05$), lo cual refuta la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables.

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable repertorio conductual correlaciona significativamente con las variables extroversión (0,484*) y alexitimia (-0,494*).

Las otras variables son estadísticamente independientes de la variable repertorio conductual.

1.4.1.19 Relación entre Variable Organicidad / Escalas FECCI

Tabla N° 176

Correlación Lineal (r) / Análisis Chi – Cuadrado / Correlación Spearman (rho)

Variables Organicidad / Escalas FECCI

	ORGANICIDAD	Correlación lineal (r)	Chi – cuadrado	Correlación Spearman (rho)
1	Neuroticismo	0,056	0,733	0,245
2	Extroversión	-0,002	0,697	0,096
3	Psicoticismo	0,318	0,965	0,086
4	Escala L	-0,084	0,291	-0,276
5	Autoimagen	-0,150	0,946	-0,042
6	Autoestima	0,066	0,623	0,136
7	Autoeficacia	-0,308	0,282	-0,312
8	Asertividad	0,244	0,064	0,104
9	Satisfacción Matrimonial	-0,196	0,287	-0,374
10	Satisfacción de Necesidades	-0,319	0,351	-0,178
11	Ansiedad	0,564**	0,089	0,541**
12	Depresión	0,137	0,187	0,285
13	Alexitimia	-0,107	0,493	0,265
14	Tolerancia a la Frustración	-0,216	0,051	-0,325
15	Irracionalidad Cognitiva	0,233	0,743	0,126
16	Perfeccionismo	0,259	0,448	-0,181
17	Ansiedad Social	-0,001	0,399	0,000
18	Repertorio Conductual	-0,051	0,123	-0,104

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

De acuerdo a la tabla N° 176, se observa que, en cuanto al coeficiente de correlación de Pearson (r) la variable organicidad correlaciona significativamente con la variable ansiedad (0,564**).

En el coeficiente rho de Spearman, se observa que la variable organicidad correlaciona significativamente con la variable ansiedad (0,541**).

Las otras variables son estadísticamente independientes de la variable organicidad.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

1. Implicancia de los Resultados

A partir de los resultados obtenidos y del análisis de los mismos, se pueden describir algunas características relevantes.

En primer lugar, en relación a la descripción caracterológica de los beneficiarios, cabe destacar que más de la mitad de ellos tienen entre 20 y 29 años, lo cual concuerda con estudios anteriores (Guajardo, 2003) y con datos arrojados en estudios realizados en Chile por CONACE (1998, 2000, 2002, 2004, 2006), en los que se establecen que la mayor frecuencia de consumo de sustancias ilegales se da bajo los 40 años; además la mayoría de los sujetos son solteros, han alcanzado cursos de enseñanza media y, por último, han consumido antes de ingresar al tratamiento entre 4 y 6 tipos de droga diferente, lo cual se asemeja al estudio realizado en el año 2003 por Guajardo y cols., en el cual un 77% de los sujetos estudiados presenta policonsumo.

En relación a la descripción de los beneficiarios en base a las escalas del FECCI, llama la atención que un 65% de los encuestados poseen un nivel de autoestima alto y un 47% poseen autoimagen alta, independiente del tiempo que llevan en tratamiento; esto adquiere relevancia, ya que de acuerdo al Modelo Integrativo desarrollado por Roberto Opazo (2001), una gran proporción de los sujetos adictos debieran presentar alterada su función de identidad, por cuanto tendrían pésima autoestima y autoimagen. Al respecto, el estudio de Guajardo (2003) confirma estos datos, hallando que el grupo de sujetos que se encontraba en la fase inicial del tratamiento presentaba niveles bajos de autoimagen, los cuales iban aumentando hacia un nivel medio al final del tratamiento; así mismo, los sujetos recién ingresados al tratamiento presentaban, en su mayoría, una autoestima media, la cual llegaba a ser alta al término del tratamiento.

Por otra parte, en la escala de Depresión un 65% de los sujetos presenta niveles bajos de sintomatología depresiva, lo cual se contrapone con lo expresado en el Modelo Integrativo, que plantea que las personas con trastornos adictivos poseen un afecto depresivo. Sin embargo, los resultados obtenidos en nuestra investigación podrían estar dados por la influencia del tiempo de permanencia en el tratamiento, lo que se refleja en

la correlación significativa (-0.426) entre las variables Días de tratamiento y Depresión, es decir, a mayor tiempo en el tratamiento menor sintomatología depresiva.

Además de presentar escasos síntomas depresivos, la mayoría de los beneficiarios, un 56% de ellos, también presentan niveles bajos de sintomatología ansiosa, lo cual nuevamente se contrapone con los postulados del Modelo Integrativo que plantea la existencia de un afecto ansioso en las personas con adicciones. Esto podría relacionarse con que la mayoría de los sujetos están en el inicio de su tratamiento, periodo en el cual un gran número de ellos reciben medicamentos, los cuales podrían ayudar significativamente en la disminución de la ansiedad. También se puede deducir que un factor influyente en los bajos niveles de ansiedad, podría ser producto del gran número de actividades diarias con que cuentan las comunidades, lo cual no sólo tiene como objetivo la rehabilitación de los sujetos, sino que también reducir la posibilidad de periodos sin actividad o de soledad de las personas que viven en ellas.

Los datos analizados muestran relaciones significativas entre las variables estudiadas. Al respecto se puede mencionar que a menor edad los beneficiarios tienden a tener expectativas de autoeficacia más altas que los mayores ($r = -0.495$), es decir, se encuentran capaces de desenvolverse eficazmente en diversas áreas de sus vidas, tales como sexual, laboral, intelectual, social, entre otras. Esto podría deberse a que estos sujetos, producto de su mayor edad, habrían vivido más situaciones conflictivas a raíz del consumo, originando probablemente frustraciones acumuladas que dañan sus expectativas de autoeficacia.

Por otro lado, los más jóvenes presentan una mayor satisfacción en sus relaciones de pareja actual ($r = -0.543$), probablemente porque la mayoría de ellos no han tenido relaciones de parejas muy estables en el tiempo. A diferencia de los sujetos de mayor edad, en los cuales se observa una menor satisfacción en sus relaciones de pareja, hecho que podría estar dado por la mantención de relaciones que han sido más estables en el tiempo, en las cuales sus parejas debieron enfrentar el alto costo producido por el consumo de sustancias. Es decir, las parejas de estos sujetos permanecieron y vivieron todo el periodo previo a la internación en la Comunidad Terapéutica junto a ellos, inclusive cabe mencionar que algunos sujetos perdieron su familia a causa de su dependencia a las drogas.

Por otro lado, se manifiesta una relación significativa positiva entre el Número de Drogas y Extroversión ($r= 0,480$), es decir, a medida que presentan niveles altos de extroversión, aumenta el número de tipos de drogas que consumen ; además el Número de Drogas que consumen y puntuaciones altas en extroversión se relacionan en forma significativa y negativa con la escala L (Mentira), o sea, mientras más drogas consumen y mayores niveles de extroversión presentan los sujetos, presentan una menor capacidad de reflexión, introyección y autoobservación, por lo cual tienden a cuidar menos su imagen social y a presentar una menor deseabilidad social, ya que probablemente al orientarse preferentemente hacia el exterior estos sujetos consideran que tienen menos cosas que esconder o de que avergonzarse; por lo mismo la mayoría demostró honestidad al momento de contestar la ficha. El coeficiente rho de Spearman también arrojó una correlación significativa negativa entre Escala L y Extroversión ($r= -0.486$).

Asimismo, Extroversión correlaciona positivamente con Repertorio Conductual ($r= 0.545$) en términos de que los sujetos mientras más extrovertidos son, tienden a un mayor nivel de repertorio conductual disponible para relacionarse con otras personas. El coeficiente rho de Spearman también arrojó una correlación significativa positiva entre Extroversión y Repertorio Conductual ($r= 0.484$).

Por otra parte cabe destacar que la escala de Neuroticismo se relaciona significativa y positivamente con las escalas de Psicoticismo, Ansiedad, Depresión, Irracionalidad Cognitiva y Ansiedad Social, es decir, mientras más inestables emocionalmente son los sujetos son más impulsivos, agresivos y tercos; presentan más síntomas depresivos y ansiosos; tienen más pensamientos irracionales que los perturban y no los dejan cumplir sus objetivos, y sienten más ansiedad o disconfort emocional ante situaciones sociales. Por lo tanto, es muy probable que a medida que los niveles de neuroticismo bajen, y el sujeto sea más estable emocionalmente, se facilite la modificación de todas las áreas nombradas anteriormente, lo que repercute en el actuar general de los sujetos. En base a esto sería importante que dentro de los planes de tratamiento existieran actividades de recreación, tales como deportes, relajación, juegos de salón, paseos, entre otros.

Se observa además que las escalas de Autoimagen, Autoestima, Autoeficacia y Asertividad también se relacionan entre sí significativamente, lo que confirman datos y

teoría formulada desde la psicoterapia integrativa; las personas con niveles altos en estas escalas tienen una mejor percepción de sí mismas, se sentirá más capacitado para desempeñarse eficazmente en diversos ámbitos y será más capaz de expresar sus derechos, opiniones y necesidades propias sin ofender a los otros, logrando una comunicación abierta y franca con los demás. Según lo expresado por el modelo integrativo, estas correlaciones serían indicadores de una mejor estructura de personalidad y buen pronóstico terapéutico en los sujetos (Opazo, 2000).

Se observa también que existe una relación significativa negativa entre Autoestima y Alexitimia ($r = -0.471$), reflejando que los beneficiarios que tienen una mejor valoración de su persona tienden a percibir, controlar y expresar más o mejor sus afectos, es decir, son más capaces de identificarlos y verbalizarlos; una autoestima baja podría ser responsable de la negación y represión de los propios afectos. Asimismo, los niveles de Alexitimia se relacionan significativamente con los niveles de depresión ($r = 0.664$), ya que mientras estos últimos aumenten el sujeto tendrá dificultades para identificar y expresar sus emociones, lo cual a su vez podría provocarle estados bajos de ánimo o afecto depresivo, por lo tanto sería importante que los programas de tratamiento se enfocaran en el autoconocimiento y el trabajo con las emociones de los beneficiarios. El coeficiente rho de Spearman también arrojó una correlación significativa entre Alexitimia y Depresión ($r = 0.421$).

Además, la variable Alexitimia correlaciona con la variable irracionalidad cognitiva ($r = 0.512$), ya que podríamos suponer que los sujetos que presentan ideas distorsionadas de la realidad presentarían dificultades al percibir y expresar sus emociones. Se observa además en el análisis de los resultados que los sujetos que tienen altos niveles de Alexitimia presentan puntuaciones bajas en la variable repertorio conductual, lo que podría significar que mientras más dificultades presenten los sujetos a la hora de percibir y expresar sus afectos, tendrán mayores dificultades a la hora de relacionarse con otras personas y desarrollar más acabadamente este repertorio, es decir, tener una mayor cantidad de conductas sociales disponibles.

Se observa que la escala de Organicidad correlaciona positivamente con Ansiedad ($r = 0.564$), lo que puede significar que la mayoría de los sujetos que presentan síntomas ansiosos tienden a tener antecedentes de alteraciones orgánicas, es decir en

algunas circunstancias predisposiciones biológicas estarían determinando la aparición de sintomatología ansiosa. El coeficiente rho de Spearman también arrojó una correlación significativa entre Organicidad y Ansiedad ($r=0.541$).

Por último, con respecto al tiempo de permanencia de los sujetos en el tratamiento, se observa que hay relaciones significativas sólo con Psicoticismo, Depresión, Irracionalidad Cognitiva y Ansiedad Social, los sujetos que llevan menos días en el tratamiento, son más impulsivos y agresivos, presentan más síntomas depresivos, tienen más pensamientos irracionales y sienten más ansiedad o perturbación emocional frente a diversas situaciones sociales. Mientras que a medida que avanza el tratamiento los sujetos bajan las puntuaciones en estas escalas a niveles normales, esto quiere decir que dichas variables pueden cambiar favorablemente para los beneficiarios a medida que permanezcan en el tratamiento mayor tiempo. Lo cual podría respaldar la idea de sostener un mayor número de meses de tratamiento (Guajardo, 2003).

Las escalas de Psicoticismo y Depresión están dentro de las características biológicas y los resultados de esta investigación nos demuestran que el tiempo de permanencia incide positivamente en el cambio en estas áreas; esto lo confirma los estudios anteriores respecto al tema (Guajardo, 2003). En ambas investigaciones se observan niveles altos de impulsividad y síntomas depresivos al inicio del tratamiento, los cuales fueron disminuyendo gradualmente hasta llegar a niveles medios de psicoticismo y niveles bajos de depresión al término del tratamiento.

Al igual que en el estudio realizado por Guajardo (2003) los resultados de nuestra investigación arrojan datos que corroboran la escasa variabilidad de variables biológicas como extroversión y organicidad, que permanecen altas durante todo el tratamiento, probablemente esto se deba a la falta de días de tratamiento, demostrando nuevamente la importancia genética que representan. La correlación lineal entre la variable Días de tratamiento y Extroversión es de $r= -0.204$, lo cual no resulta significativo; al igual que la correlación lineal entre Días de tratamiento y Organicidad ($r= -0.156$).

2. Limitaciones del Estudio

A partir de las características de diseño y procedimientos metodológicos seguidos, se pueden observar algunas limitaciones del estudio.

- a. La ausencia de una adecuada estandarización de la ficha de antecedentes, lo cual implica utilizar puntos de corte arbitrarios, pertenecientes a una población particular y no representativa de la población general.
- b. El pequeño tamaño de la muestra no permite la generalización de los resultados, por lo tanto estos deben ser utilizados sólo en el universo en el cual fueron obtenidos, esto se debe a que el tipo de muestreo utilizado en la investigación (intencionado) no permite la generalización de dichos resultados, sino que deben considerarse como una descripción significativa de una muestra determinada.
- c. La Ficha de Evaluación Clínica Integral cuentan sólo 12 escalas validadas estadísticamente. Por tanto la Ficha de Evaluación Clínica Integral pasa a ser un instrumento parcialmente confiable.
- d. El Modelo Integrativo pretende abarcar las áreas más importantes de la persona, sin embargo la ficha no permite un análisis profundo y acabado en cada uno de los paradigmas.

3. Proyecciones para Futuras Investigaciones

Este estudio ofrece un acercamiento a los programas de tratamiento residencial de comunidades terapéuticas, principalmente explorando características psicológicas y sociodemográficas en personas con dependencia a sustancias, desde una mirada integrativa. Como tal, este trabajo, ofrece la posibilidad de entregar información valiosa que pudiese ser utilizada a futuro en los programas de tratamiento de dichas comunidades.

Es a partir de la experiencia vivida y la bibliografía revisada en la realización de este estudio, que consideramos relevante, en las futuras investigaciones relacionadas al tema, profundizar en los siguientes aspectos:

- a. Realizar un estudio comparativo entre diversas comunidades terapéuticas que tengan enfoques diferentes (sistémico, cognitivo – conductual, integrativo) y distintas modalidades de funcionamiento (centros particulares, con convenio FONASA – CONACE).
- b. Realizar un estudio de tipo longitudinal, en el cual se desarrollen evaluaciones a los sujetos en diversas etapas del tratamiento, lo cual permitiría determinar más exhaustivamente aquellas áreas de la persona en las cuales la efectividad del tratamiento depende principalmente del tiempo de permanencia en dicho tratamiento.
- c. Realizar un seguimiento posterior a los sujetos que egresan de las comunidades terapéuticas, con el fin de explorar la permanencia de las conductas aprendidas en el tiempo; así como indagar en aquellos factores que influyen en el fenómeno de la recaída.
- d. Desarrollar en la Ficha de Evaluación Clínica Integral los paradigmas del Modelo Integrativo que no están siendo cuantificados, a saber, paradigma sistémico e inconciente.
- e. Creemos necesario que una futura investigación debe contemplar una elección de la muestra de tipo aleatoria (probabilística), para que así los resultados obtenidos puedan ser utilizados como normas generales.

- f. Creemos necesario realizar futuras investigaciones en esta línea que contemple un número mayor de sujetos, con el fin de obtener resultados estadísticos más representativos.

CAPITULO VII

BIBLIOGRAFÍA

- Amón, J. (2003) Estadística para Psicólogos. Estadística Descriptiva. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Andonegui, J & Díaz, C. (2002) Tesis de Magíster en Psicología Clínica. Mención Psicoterapia Integrativa. Desarrollo Personal y Modelo Integrativo Supraparadigmático. Una Mirada que Abre Horizontes. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.
- Bejer, T. (2003) Tesis de Magíster en Psicología Clínica. Mención Psicoterapia Integrativa. Confiabilidad y Validez de Constructo de las Escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI): Autoimagen, Satisfacción Matrimonial, Satisfacción de Necesidades, Tolerancia a la Frustración y Perfeccionismo. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.
- Caro A., Escalante E. & Barahona L. (2002) Análisis y Tratamiento de Datos en SPSS. Valparaíso, Chile: Ediciones UPLA.
- ONU (1992) CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico.
- CONACE (2004) Sexto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile, Ministerio del Interior.
- CONACE (2002) Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile, Ministerio del Interior.
- CONACE (2002) Estrategia Nacional sobre drogas 2003-2008, Ministerio del Interior.
- De León, G. (2004) La Comunidad Terapéutica y las Adicciones: Teoría, modelo y método. Editorial Bilbao Descleé de Broker.
- López-Ibor, J. (2002) DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. Barcelona, España: Masson S.A.
- Feuchtmann, J. (2004) Tesis de Magíster en Psicología Clínica. Mención Psicoterapia Integrativa. Una Comprensión Integrativa de la Drogodependencia en Jóvenes. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.

- Graña, J. (1994) Conductas Adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento. Madrid, España: Editorial Debate.
- Guajardo H., Bagladi V. & Kushner, D. (2003) Psicoterapia Integrativa en Trastornos Adictivos. Santiago de Chile: Ediciones USACH.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2001) Metodología de la Investigación. México D.F.: McGraw – Hill Editores.
- Opazo, R. & Fernández, H. (2004) Capítulo 8: “Psicoterapia Integrativa en trastornos adictivos” y Capítulo 10: “Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal”. En: La Integración en Psicoterapia. Manual Práctico. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Opazo, R. (2001) Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.
- Pérez, C. (2001) Técnicas Estadísticas con SPSS. Madrid, España: Ediciones Pearson Educación.
- Varas, C. (2005) Tesis de Magíster en Psicología Clínica. Mención Psicoterapia Integrativa. Frecuencia, Razón de Uso y Potenciación de Técnicas Terapéuticas: estudio exploratorio y una propuesta teórica desde la Psicoterapia Integrativa y el Modelo Integrativo Supraparadigmático. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI. Santiago.
- <http://www.oms.com>
- <http://www.eclac.cl> (Programa Social de América Latina 1999 – 2000. “Las Drogas en América Latina”).

APÉNDICES

APÉNDICE A

FICHA DE ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha de Evaluación: _____

FICHA DE ANTECEDENTES**1.-Antecedentes Generales:**

Nombre:					
Fecha de Nacimiento:		Fecha de Ingreso a la Comunidad:			
Ciudad de Procedencia:					
Estado Civil: (marque con una X)	Soltero	Casado	Separado	Viudo	Convive

2.- Escolaridad (Marque con una X la opción que corresponda):

Enseñanza Básica Completa	
Enseñanza Básica Incompleta	
Enseñanza Media Completa	
Enseñanza Media Incompleta	

Enseñanza Técnica Incompleta	
Enseñanza Técnica Completa	
Enseñanza Superior Incompleta	
Enseñanza Superior Completa	

¿Cuál fue su último año escolar cursado? _____

¿Ha realizado otros cursos?

SI	NO

Cuáles: _____

3.- ¿Tiene profesión?

SI	NO

¿Cuál es su Profesión u Ocupación?: _____

4.- Vive actualmente con (marque con una X la o las que corresponda):

Solo	
Esposa o Pareja	
Hijos	
Padres	
Hermanos	
Abuelos	
Otros	

Si ha marcado con otros, ¿quiénes?: _____

5.- Ingresos (marque con una X según corresponda):

¿Cuál es el ingreso mensual, aproximado, recibido por usted y todo su grupo familiar?

\$0 - \$100.000	
\$100.000 - \$200.000	
\$200.000 - \$300.000	
\$300.000 - \$400.000	
\$400.000 - \$500.000	
\$500.000 - \$600.000	

\$6000.000 - \$700.000	
\$700.000 - \$ 800.000	
\$800.000 - \$900.000	
\$900.000 - \$1.000.000	
Más de \$1.000.000	

6.- Instituciones a las que pertenece y/o participa:

Marque con una X la o las que corresponda.

Club Social	Centro Vecinal	Grupo Religioso	Club Deportivo	Voluntariado	Ninguno

Otros (cuáles): _____

7.- Historia de consumo:

Antes de ingresar a la Comunidad La Roca ¿Cuál de las siguientes sustancias consumía? Marque con una X la o las que corresponda.

Marihuana	Cocaína	Pasta Base	Éxtasis	Alcohol

Otros (cuáles): _____

Fecha o Edad de Inicio de cada una:

	Fecha o Edad Inicio
Marihuana	
Cocaína	
Pasta Base	
Éxtasis	
Alcohol	
Anfetamina	

	Fecha o Edad Inicio
Codeína	
Inhalantes(bencina u otros)	
Otras:_____	
Otras:_____	
Otras:_____	
Otras:_____	

8.- Tratamientos anteriores:

¿Ha tenido tratamientos anteriores? Marque con una X según corresponda

SI	NO

¿Su participación en tratamientos anteriores ha sido voluntaria?

SI	NO

¿Cuántos intentos de tratamiento ha tenido? (indique el número de veces que ha ingresado a algún tipo de tratamiento) Nº: _____

	Lugar de tratamiento	Cuanto tiempo estuvo en tratamiento
1		
2		
3		
4		

Información Interna

DDI: _____

EG/LM/MP.-

APÉNDICE B

FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICA INTEGRAL