

**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO**

**DESCRIPCIÓN DE VARIABLES PSICOLÓGICAS DE UN GRUPO DE MUJERES  
EN TRATAMIENTO RESIDENCIAL POR DEPENDENCIA A SUSTANCIAS EN  
COMUNIDADES TERAPÉUTICAS PARA MUJERES: UN ESTUDIO DESDE EL  
MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO.**

**Seminario para optar al Título de Psicólogo y al Grado de Licenciado en Psicología.**

**Escuela de Psicología**

**Por:**

**Luz Bermúdez Sandoval**

**Asby Fernández Vásquez**

**Daniela Riquelme Núñez**

**Profesor Patrocinante:**

**Carlos Varas Alfaro**

**Valparaíso, Chile**

**Enero de 2007**

*Agradecemos a todas las mujeres que de forma sincera  
y desinteresada participaron en esta investigación,  
espacio que además de servirles para profundizar respeto de si mismas,  
también ha permitido que aporten con sus vidas al enriquecimiento  
y desarrollo de muchas mujeres más.*

*A las Comunidades Terapéuticas María Auxiliadora y Manresa Femenina,  
por otorgar el espacio y creer en el aporte de nuestra investigación.*

*A Carlos,  
quien es parte fundamental de este trabajo y esfuerzo conjunto,  
gracias por tu paciencia y apoyo incondicional.*

*Finalmente agradecemos a nuestras familias y amigos  
por el esfuerzo y apoyo desplegado en estos años.*

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>TABLA DE CONTENIDOS</b>	i
<b>LISTA DE FIGURAS Y TABLAS</b>	iv
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b>	xiv
<b>RESUMEN</b>	1
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1. Objetivos de estudio	5
2. Preguntas de investigación	6
3. Relevancia y justificación del estudio	7
<b>III. ANTECEDENTES GENERALES</b>	10
1. Antecedentes Estadísticos	10
1.1. Consumo de Drogas en Chile	10
1.2. Antecedentes Estadísticos del Tratamiento Residencial por Trastornos Adictivos	15
2. Políticas en Drogas	17
2.1. Planes de Tratamiento para Población General	19
2.2. Planes y Programas Específicos	21
2.3. Planes de Tratamiento Específico para Mujeres Adultas con problemas derivados del consumo de drogas	23
2.4. Orientaciones Técnicas y Criterios de Calidad en la Atención de mujeres Adultas con Consumo Problemático de Drogas	25
3. Investigaciones en Trastornos por Consumo de Sustancias.	29
3.1. Investigación en Trastornos Adictivos desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático	29
3.2. Investigaciones en Mujeres con Trastornos por Consumo de Sustancias	32
4. Antecedentes de las Comunidades Terapéuticas en las que se llevó a cabo el estudio	42

4.1. Comunidad Terapéutica Manresa Femenina	42
4.2. Comunidad Terapéutica María Auxiliadora	44
<b>IV. MARCO TEÓRICO</b>	<b>46</b>
1. Drogodependencias	46
1.1. Criterios Clínicos para el Diagnóstico	46
2. Modelo Integrativo Supraparadigmático	50
2.1. Descripción General del Modelo	51
2.2. Etiología de los Trastornos Adictivos desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático	57
3. Tratamiento Residencial de los Trastornos Adictivos	69
3.1. Plan de Tratamiento Residencial	69
3.2. Tratamiento Residencial en Comunidades Terapéuticas	70
<b>V. METODOLOGÍA</b>	<b>75</b>
1. Tipo de Diseño	75
2. Variables en Estudio	76
3. Sujetos de Estudio	84
4. Instrumentos de Medición	85
4.1. Cuestionario de Antecedentes Personales	85
4.2. Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI)	85
5. Plan de Análisis de datos	95
<b>VI. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	<b>96</b>
1. Objetivo específico N° 1: Descripción de las Frecuencias Relativas de las Variables Sociodemográficas	96
2. Objetivo específico N° 2: Descripción de las Frecuencias Relativas de las Variables Historia de Consumo	102

3. Objetivo específico N° 3: Descripción de las Frecuencias Relativas de las Variables Psicológicas medidas por el FECI	116
4. Objetivo específico N° 4: Relaciones entre las Variables Sociodemográficas y las Variables de la Historia de Consumo	129
5. Objetivo específico N° 5: Relaciones entre las Variables Sociodemográficas y las Variables psicológicas medidas por el FECI	142
6. Objetivo específico N° 6: Relaciones entre las Variables de la Historia de Consumo y las Variables psicológicas medidas por el FECI	151
7. Objetivo específico N° 7: Relaciones entre las Variables psicológicas medidas por el FECI	204
<b>VII. ANÁLISIS Y DISCUSIONES</b>	288
<b>VIII. CONCLUSIONES</b>	306
1. Aportes del estudio	306
2. Limitaciones del estudio	306
3. Proyecciones para futuras investigaciones	307
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	309
<b>ANEXOS</b>	312
<b>ANEXO 1: CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES</b>	313
<b>ANEXO 2: FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICA INTEGRAL</b>	320
<b>ANEXO 3: PAUTA DE CORRECCIÓN DE LOS CUESTIONARIOS DEL FECI</b>	369
<b>ANEXO 4: PARÁMETROS DE LAS ESCALAS DEL FECI</b>	377
<b>ANEXO 5: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO</b>	379
<b>ANEXO 6: ETAPAS Y OBJETIVOS DEL PROCESO REEDUCATIVO (CT MANRESA FEMENINA)</b>	381
<b>ANEXO 7: ETAPAS Y OBJETIVOS DEL PROCESO REEDUCATIVO (CENTRO EDUCATIVO SALESIANO MARÍA AUXILIADORA)</b>	385

ANEXO 8: COMUNIDADES TERAPÉUTICAS PARA MUJERES CON MODALIDAD RESIDENCIAL DE LA V REGIÓN Y DE LA REGIÓN METROPOLITANA	390
ANEXO 9: DROGODEPENDENCIA EN MUJERES DESDE EL MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO	392

## LISTA DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1: Delimitación Estructural del Modelo Integrativo	56
Tabla N°1: Definición de Variables Caracterológicas	76
Tabla N°2: Definición de Variables psicológicas medidas por el FECI	80
Tabla N° 3: Frecuencia de la Variable “Edad”	96
Tabla N°4: Frecuencia de la Variable “Estado Civil”	97
Tabla N° 5: Frecuencia de la Variable “Ocupación”	98
Tabla N° 6: Frecuencia de la Variable “Nivel Educativo”	99
Tabla N° 7: Frecuencia de la Variable “Hijos”	100
Tabla N° 8 Frecuencia de la Variable “Número de Hijos”	101
Tabla N°9: Frecuencia de la Variable “Comunidad Terapéutica”	102
Tabla N° 10: Frecuencia de la Variable “Edad de inicio de consumo de drogas ilícitas”	103
Tabla N° 11: Frecuencia de la Variable “Edad de inicio de consumo de alcohol”	104
Tabla N°12: Frecuencia de la Variable “Etapa de tratamiento”	105
Tabla N°13: Frecuencia de la Variable “Frecuencia de consumo de drogas”	106
Tabla N°14: Frecuencia de la Variable “Modalidad de ingreso a la Comunidad Terapéutica”	108
Tabla N°15: Frecuencia de la Variable “Número de drogas consumidas”	109
Tabla N° 16: Frecuencia de la Variable “Policonsumo”	110
Tabla N°17: Frecuencia de la Variable “Primera droga consumida”	111
Tabla N°18: Frecuencia de la Variable “Tiempo de Consumo”	112
Tabla N°19: Frecuencia de la Variable “Tiempo de permanencia en la Comunidad Terapéutica”	113
Tabla N° 20: Frecuencia de la Variable “Tratamientos Anteriores”	114
Tabla N° 21: Frecuencia de la Variable “Tipo de Tratamientos Anteriores”	114
Tabla N° 22: Frecuencia de la Variable “Organicidad”	116
Tabla N° 23: Frecuencia de la Variable “Depresión”	117
Tabla N° 24: Frecuencia de la Variable “Ansiedad”	117

Tabla N° 25: Frecuencia de la Variable “Neuroticismo”	118
Tabla N° 26: Frecuencia de la Variable “Extroversión”	119
Tabla N° 27: Frecuencia de la Variable “Psicoticismo”	119
Tabla N°28: Frecuencia de la Variable “Satisfacción Matrimonial”	120
Tabla N°29: Frecuencia de la Variable “Satisfacción de Necesidades”	121
Tabla N°30: Frecuencia de la Variable “Alexitimia”	121
Tabla N°31: Frecuencia de la Variable “Intolerancia a la frustración”	122
Tabla N°32: Frecuencia de la Variable “Discomfort Emocional”	123
Tabla N° 33: Frecuencia de la Variable “Irracionalidad Cognitiva”	124
Tabla N° 34: Frecuencia de la Variable “Perfeccionismo”	125
Tabla N°35: Frecuencia de la Variable “Asertividad”	126
Tabla N° 36: Frecuencia de la Variable “Repertorio Conductual”	126
Tabla N°37: Frecuencia de la Variable “Autoimagen”	127
Tabla N° 38: Frecuencia de la Variable “Autoeficacia”	128
Tabla N°39: Frecuencia de la Variable “Autoestima”	129
Tabla N°40: Cruce de frecuencias entre la Variable “Edad” y las Variables de la historia de consumo	130
Tabla N°41: Tabla de contingencia de las Variables “Edad” y “Edad de Inicio del Consumo”	131
Tabla N°42: Cruce de frecuencias entre las Variables “Hijos”, “Estado Civil” y “Ocupación” y las Variables de la historia de consumo	133
Tabla N°43: Tabla de Contingencia de las Variables “Hijos” y “Frecuencia de consumo de Marihuana”	134
Tabla N°44: Tabla de Contingencia de las Variables “Estado Civil” y “Edad de inicio en el Consumo de alcohol”	135
Tabla N°45: Tabla de contingencia de las Variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Éxtasis”	136
Tabla N°46: Tabla de contingencia de las Variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Fármacos”	137
Tabla N°47: Tabla de contingencia de las Variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Solventes Volátiles”	138

Tabla N°48: Tabla de contingencia de las Variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Anfetaminas”	139
Tabla N°49: Tabla de contingencia de las Variables “Ocupación” y “Frecuencia de consumo de solventes volátiles”	140
Tabla N°50: Cruce de Frecuencias entre la Variable “Nivel Educativo” y las Variables de la historia de consumo	141
Tabla N°51: Cruce de Frecuencias entre la Variable “Número de Hijos” y las Variables de la historia de consumo	142
Tabla N°52: Cruce de Frecuencias entre la Variable “Edad” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	143
Tabla N°53: Tabla de contingencia de las Variables “Edad” y “Psicoticismo”	144
Tabla N°54: Cruce de Frecuencias entre las Variables “Ocupación”, “Hijos” y “Estado Civil”, y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	145
Tabla N°55: Tabla de contingencia de las Variables “Hijos” y “Neuroticismo”	146
Tabla N°56: Cruce de Frecuencias entre la Variable “Nivel Educativo” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	147
Tabla N°57: Tabla de contingencia de las Variables “Nivel educativo” y “Repertorio Conductual”	148
Tabla N°58: Cruce de Frecuencias entre la Variable “Número de hijos” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	150
Tabla N°59: Tabla de contingencia de las Variables “Número de Hijos” y “Psicoticismo”	151
Tabla N°60: Cruce de Frecuencias entre la Variable “Comunidad Terapéutica” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	152
Tabla N°61: Cruce de frecuencias entre la Variable “Edad de inicio del Consumo de drogas ilícitas ” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	153
Tabla N°62: Cruce de frecuencias entre la Variable “Edad de inicio del consumo de alcohol” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	156
Tabla N°63: Tabla de contingencia de las Variables “Edad de inicio del Consumo de alcohol” y “Asertividad”	157

Tabla N°64: Cruce de frecuencias entre la Variable “Primera droga consumida” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	160
Tabla N°65: Tabla de contingencia de las Variables “Primera droga consumida” y “Neuroticismo”	161
Tabla N°66: Cruce de frecuencias entre la Variable “Tiempo de consumo” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	162
Tabla N°67: Tabla de contingencia de las las Variables “Tiempo de consumo” y “Autoestima”	163
Tabla N°68: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de consumo de alcohol” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	164
Tabla N°69: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de consumo de marihuana” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	166
Tabla N°70: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de Consumo de Marihuana” y “Extroversión”	167
Tabla N°71: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de Consumo de Marihuana” y “Mentira”	168
Tabla N°72: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de Consumo de Marihuana” y “Organicidad”	169
Tabla N°73: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de consumo de cocaína” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	171
Tabla N°74: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de consumo de pasta base” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	172
Tabla N°75: Tabla de contingencia de las variables “Frecuencia de consumo de Pasta Base” y “Psicoticismo”	173
Tabla N°76: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de Pasta Base” y “Asertividad”	174
Tabla N°77: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de consumo de éxtasis” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	175
Tabla N°78: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de consumo de fármacos” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	176

Tabla N°79: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de Consumo de Fármacos” y “Perfeccionismo”	177
Tabla N°80: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de consumo de solventes volátiles” y Variables psicológicas medidas por el FECI	178
Tabla N°81: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de Consumo de Solventes Volátiles” y “Ansiedad”	179
Tabla N°82: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de consumo de anfetaminas” y Variables psicológicas medidas por el FECI	181
Tabla N°83: Cruce de frecuencias entre la Variable “Policonsumo” y las Variables psicológicas medidas por el FECI	182
Tabla N°84: Tabla de contingencia de las Variables “Policonsumo” y “Extroversión”	183
Tabla N°85: Cruce de frecuencias entre la Variable “Número de drogas consumidas” y las Variables psicológicas medidas por el FECI	184
Tabla N°86: Cruce de frecuencias entre la variable “Tratamientos anteriores” y las Variables psicológicas medidas por el FECI	186
Tabla N°87: Tabla de contingencia de las Variables “Tratamientos Anteriores” y “Neuroticismo”	187
Tabla N°88: Cruce de frecuencias entre la Variable “Tratamiento en atención primaria” y Variables psicológicas medidas por el FECI	188
Tabla N°89: Tabla de contingencia de las Variables “Tratamiento en Atención Primaria” y “Satisfacción Matrimonial”	189
Tabla N°90: Cruce de frecuencias entre la Variable “Tratamiento ambulatorio en hospital” y las Variables psicológicas medidas por el FECI	190
Tabla N°91: Tabla de contingencia de las Variables “Tratamiento Ambulatorio en Hospital” y “Satisfacción Matrimonial”	191
Tabla N°92: Cruce de frecuencias entre la Variable “Internación/Desintoxicación en hospital” y las Variables psicológicas medidas por el FECI	192
Tabla N°93: Cruce de frecuencias entre la Variable “Tratamiento Residencial Comunidad Terapéutica” y las Variables psicológicas medidas por el FECI	193

Tabla N°94: Tabla de contingencia de las Variables “Tratamiento Residencial en Comunidad Terapéutica” y “Gambrill y Richie”	194
Tabla N°95: Cruce de frecuencias entre la Variable “Tratamiento ambulatorio en Comunidad Terapéutica” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	195
Tabla N°96: Cruce de frecuencias entre la Variable “Tratamiento en hospital de día” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	196
Tabla N°97: Tabla de contingencia de las Variables “Tratamiento en Hospital de Día” y “Perfeccionismo”	197
Tabla N°98: Cruce de frecuencias entre la Variable “Tiempo de permanencia en la comunidad” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI	198
Tabla N°99: Cruce de frecuencias entre la Variable “Etapa de tratamiento” y Variables psicológicas medidas por el FECCI	199
Tabla N°100: Tabla de contingencia de las Variables “Etapa de Tratamiento” y “Neuroticismo”	200
Tabla N°101: Tabla de contingencia de las Variables “Etapa de Tratamiento” y “Depresión”	201
Tabla N°102: Cruce de frecuencias entre la Variable “Modalidad de ingreso a la Comunidad Terapéutica” y las Variables psicológicas medidas por el FECCI.	202
Tabla N°103: Tabla de contingencia de las Variables “Modalidad de Ingreso a la Comunidad Terapéutica” e “Intolerancia a la Frustración”	203
Tabla N°104: Cruce de frecuencias entre la Variable “Neuroticismo” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECCI	204
Tabla N°105: Tabla de contingencia de las Variables “Neuroticismo” y “Depresión”	205
Tabla N°106: Tabla de contingencia de las Variables “Neuroticismo” e “Intolerancia a la frustración”	207
Tabla N°107: Tabla de contingencia de las Variables “Neuroticismo” y “Gambrill y Richie”	208
Tabla N°108: Cruce de frecuencias entre la Variable “Extroversión” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECCI	209

Tabla N°109: Tabla de contingencia de las Variables “Extroversión” y “Mentira”	210
Tabla N°110: Tabla de contingencia de las variables “Extroversión” y “Perfeccionismo”	211
Tabla N°111: Cruce de frecuencias entre la Variable “Psicoticismo” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECI	213
Tabla N°112: Tabla de contingencia de las Variables “Psicoticismo” y “Mentira”	214
Tabla N°113: Cruce de frecuencias entre la Variable “Mentira” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECI	217
Tabla N°114: Tabla de contingencia de las Variables “Mentira” y “Extroversión”	218
Tabla N°115: Tabla de contingencia de las Variables “Mentira” y “Psicoticismo”	219
Tabla N°116: Cruce de frecuencias entre la Variable “Autoimagen” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECI	220
Tabla N°117: Cruce de frecuencias entre la Variable “Autoestima” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECI	223
Tabla N°118: Tabla de contingencia las Variables “Autoestima” y “Satisfacción de Necesidades”	225
Tabla N°119: Tabla de contingencia de las Variables “Autoestima” y “Depresión”	226
Tabla N°120: Tabla de contingencia de las Variables “Autoestima” y “Alexitimia”	227
Tabla N°121: Tabla de contingencia de las variables “Autoestima” y “Perfeccionismo”	228
Tabla N°122: Tabla de contingencia de las Variables “Autoestima” y “Repertorio Conductual”	229
Tabla N°123: Cruce de frecuencias entre la Variable “Autoeficacia” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECI	231

Tabla N°124: Cruce de frecuencias entre la Variable “Asertividad” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECCI	234
Tabla N°125: Cruce de frecuencias entre la Variable “Satisfacción Matrimonial” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECCI	237
Tabla N°126: Tabla de contingencia de las Variables “Satisfacción Matrimonial” y “Gambrill y Richie”	238
Tabla N°127: Cruce de frecuencias entre la Variable “Satisfacción de Necesidades” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECCI	240
Tabla N°128: Tabla de contingencia de las Variables “Satisfacción de Necesidades” y “Autoeficacia”	241
Tabla N°129: Cruce entre la Variable “Ansiedad” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECCI	243
Tabla N°130: Tabla de contingencia de las Variables “Ansiedad” y “Depresión”	244
Tabla N°131: Cruce de frecuencias entre la Variable “Depresión” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECCI	246
Tabla N°132: Tabla de contingencia de las Variables “Depresión” y “Neuroticismo”	247
Tabla N°133: Tabla de contingencia de las Variables “Depresión” y “Autoestima”	248
Tabla N°134: Tabla de contingencia de las Variables “Depresión” y “Ansiedad”	249
Tabla N° 135: Tabla de contingencia de las Variables “Depresión” e “Intolerancia a la Frustración”	250
Tabla N°136: Cruce de frecuencias entre la Variable “Alexitimia” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECCI	253
Tabla N°137: Tabla de contingencia de las Variables “Alexitimia” y “Autoestima”	254
Tabla N°138: Tabla de contingencia de las Variables “Alexitimia” e “Intolerancia a la Frustración”	255

Tabla N°139: Tabla de contingencia de las variables “Alexitimia” y “Organicidad”	257
Tabla N°140: Cruce de frecuencias entre la Variable “Intolerancia a la frustración” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECCI	258
Tabla N°141: Tabla de contingencia de las variables “Intolerancia a la Frustración” y “Neuroticismo”	259
Tabla N°142: Tabla de contingencia de las Variables “Intolerancia a la Frustración” y “Depresión”	260
Tabla N°143: Tabla de contingencia de las Variables “Intolerancia a la Frustración” y “Alexitimia”	261
Tabla N°144: Tabla de contingencia de las Variables “Intolerancia a la Frustración” y “Gambrill y Richie”	262
Tabla N°145: Tabla de contingencia de las variables “Intolerancia a la Frustración” y “Organicidad”	263
Tabla N°146: Cruce de frecuencias entre la Variable “Irracionalidad Cognitiva” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECCI	265
Tabla N°147: Tabla de contingencia de las Variables “Irracionalidad Cognitiva” y “Perfeccionismo”	266
Tabla N°148: Cruce de frecuencias entre la Variable “Perfeccionismo” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECCI	267
Tabla N°149: Tabla de contingencia de las Variables “Perfeccionismo” y “Extroversión”	268
Tabla N°150: Tabla de contingencia de las Variables “Perfeccionismo” y “Autoimagen”	268
Tabla N°151: Tabla de contingencia de las Variables “Perfeccionismo” y “Autoestima”	269
Tabla N°152: Tabla de contingencia de las variables “Perfeccionismo” e “Irracionalidad Cognitiva”	270
Tabla N°153: Cruce de frecuencias entre la Variable “Gambrill y Richie” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECCI	272

Tabla N°154: Tabla de contingencia de las Variables “Gambrill y Richie” y “Satisfacción Matrimonial”	274
Tabla N°155: Tabla de contingencia de las variables “Gambrill y Richie” e “Intolerancia a la Frustración”	275
Tabla N°156: Cruce de frecuencias entre las variables “Repertorio Conductual” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECCI	277
Tabla N° 157: Tabla de contingencia de las Variables “Repertorio Conductual” y “Autoestima”	278
Tabla N°158: Tabla de contingencia de las variables “Repertorio Conductual” y “Satisfacción de Necesidades”	280
Tabla N°159: Cruce de frecuencias entre la variable “Organicidad” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECCI	283
Tabla N° 160: Tabla de contingencia de las variables “Organicidad” y “Alexitimia”	285
Tabla N°161: Tabla de contingencia de las Variables “Organicidad” e “Intolerancia a la frustración”	286

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Frecuencia relativa de la Variable “Edad”	97
Gráfico N°2: Frecuencia relativa de la Variable “Estado Civil”	97
Gráfico N°3: Frecuencia relativa de la Variable Ocupación”	98
Gráfico N°4: Frecuencia relativa de la Variable “Nivel Educativo”	99
Gráfico N°5: Frecuencia relativa de la Variable “Hijos”	100
Gráfico N°6: Frecuencia relativa de la Variable “Número de Hijos”	101
Gráfico N° 7: Frecuencia relativa de la Variable “Comunidad Terapéutica”	102
Gráfico N° 8: Frecuencia relativa de la Variable “Edad de inicio de consumo de drogas ilícitas”	103
Gráfico N° 9: Frecuencia relativa de la Variable “Edad de inicio de consumo de alcohol”	104
Gráfico N°10: Frecuencia relativa de la Variable “Etapa de tratamiento”	105
Gráfico N° 11: Frecuencia relativa de la Variable “Modalidad de Ingreso a la Comunidad Terapéutica”	108
Gráfico N° 12: Frecuencia relativa de la Variable “Número de drogas consumidas”	109
Gráfico N° 13: Frecuencia relativa de la Variable “Policonsumo”.	110
Gráfico N° 14: Frecuencia relativa de la Variable “Primera droga consumida”.	111
Gráfico N° 15: Frecuencia relativa de la Variable “Tiempo de consumo”	112
Gráfico N° 16: Frecuencia relativa de la Variable “Tiempo de Permanencia en la Comunidad Terapéutica”.	113
Gráfico N° 17: Frecuencia relativa de la Variable “Tratamientos anteriores”	114
Gráfico N° 18: Frecuencia relativa de la Variable “Organicidad”	116
Gráfico N° 19: Frecuencia relativa de la Variable “Depresión”	117
Gráfico N° 20: Frecuencia relativa de la Variable “Ansiedad”.	118
Gráfico N° 21: Frecuencia relativa de la Variable “Neuroticismo”	118
Gráfico N° 22: Frecuencia relativa de la Variable “Extroversión”	119
Gráfico N° 23: Frecuencia relativa de la Variable “Psicoticismo”	120
Gráfico N° 24: Frecuencia relativa de la Variable “Satisfacción Matrimonial”	120

Gráfico N° 25: Frecuencia relativa de la Variable Satisfacción de Necesidades”	121
Gráfico N° 26: Frecuencia relativa de la Variable “Alexitimia”	122
Gráfico N° 27: Frecuencia relativa de la Variable “Intolerancia a la Frustración”	122
Gráfico N° 28: Frecuencia relativa de la Variable “Gambrill y Ritchie”	123
Gráfico N° 29: Frecuencia relativa de la Variable “Irracionalidad Cognitiva”	124
Gráfico N° 30: Frecuencia relativa de la Variable “Perfeccionismo”	125
Gráfico N° 31: Frecuencia relativa de la Variable “Asertividad”.	126
Gráfico N° 32: Frecuencia relativa de la Variable “Repertorio Conductual”	127
Gráfico N° 33: Frecuencia relativa de la Variable “Autoimagen”	127
Gráfico N° 34: Frecuencia relativa de la Variable “Autoeficacia”	128
Gráfico N° 35: Frecuencia relativa de la Variable “Autoestima”	129

## RESUMEN

La presente investigación corresponde a un estudio de tipo Descriptivo, Exploratorio, Correlacional y Transaccional orientado a la evaluación en mujeres con trastornos por dependencia a sustancias que se encuentran en tratamiento de tipo residencial en Comunidades Terapéuticas para mujeres.

La evaluación se realiza desde los postulados del Modelo Integrativo Supraparadigmático, planteado por Roberto Opazo. Se busca describir las características psicológicas de las mujeres evaluadas a partir de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) desarrollada por el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, para posteriormente relacionar estas características con los antecedentes sociodemográficos y su historia de consumo.

Por lo tanto, los tres grandes grupos de variables a correlacionar en el presente estudio son: variables sociodemográficas, variables de la historia de consumo y variables psicológicas medidas a partir del FECI.

Los sujetos de la investigación corresponden a mujeres con trastornos por dependencia a sustancias, mayores de 14 años de edad, que se encuentran en tratamiento residencial en dos Comunidades Terapéuticas para mujeres: la Comunidad Terapéutica Manresa Femenina y la Comunidad Terapéutica María Auxiliadora.

El análisis de los aspectos sociodemográficos y de la historia de consumo reveló cómo la edad de inicio del consumo de drogas ilícitas y de alcohol cobra relevancia al estar relacionada con un mayor deterioro a nivel orgánico y psicológico.

Por otra parte, el análisis de las variable psicológicas mostró en las escalas del FECI, al Paradigma biológico como el factor de vulnerabilidad más importante frente al consumo de drogas, así como también el más deteriorado producto de este consumo.

## I. INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicotrópicas, se ha transformado en un problema generalizado tanto para el individuo, la familia, la comunidad profesional, el Estado y la sociedad en general. El número significativo de personas en las cuales el consumo de drogas se ha hecho parte importante de su vida, deteriorando la calidad de vida de todos los sistemas de nuestra sociedad, genera al menos un consenso en relación a la necesidad de existencia de tratamientos adecuados, y con ello lograr disminuir y erradicar esta situación.

Si se pretende comprender a la persona que consume y su historia asociada, nos sorprendería la multiplicidad de variables presentes, cuyo estudio sin sistematización pueden llevar al fracaso cualquier esfuerzo por querer establecer planes de tratamiento. Así también, los diferentes paradigmas existentes en nuestra disciplina, la Psicología, pretenden cada uno entregar una comprensión generalizada, pero a la vez limitada, entre otros aspectos, desde las cogniciones, las emociones, los contenidos inconscientes o las relaciones.

Cuando existe el compromiso por abordar este tema y con ello comprender e intervenir en esta situación, las propias características del fenómeno plantean la urgencia de una mirada integral, dado que, así como no es exclusivo a una raza, nivel socioeconómico, educacional, grupo étnico, ni género, desde una perspectiva psicológica, tampoco lo es a un determinado paradigma o a una visión teórica específica.

Concebir al sujeto como un ser influenciado por distintos factores interrelacionados plantea un desafío, el cual es hacer coherente esta nueva visión y no caer en suertes de eclecticismos que no permitan aunar criterios generales para abordar los problemas presentes en nuestro quehacer como profesionales. Esta idea da pie al presente estudio, el cual desde la perspectiva del Modelo Integrativo Supraparadigmático planteado por Roberto Opazo, busca poner el énfasis en una mirada integral de las características psicológicas presentes en mujeres mayores de 14 años de edad que se encuentran en tratamiento residencial en comunidades terapéuticas para mujeres.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Chile es uno de los países que se han adherido al esfuerzo internacional por disminuir los problemas asociados al consumo de sustancias, planificando y coordinando acciones desde diferentes instituciones a nivel de control de la oferta y demanda de drogas, prevención de su consumo, tratamiento y rehabilitación.

El Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2004, es el último estudio realizado por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacentes (CONACE), para dar cuenta de los patrones de consumo presentes en nuestro país. Este estudio, tal como los que se vienen realizando desde hace 10 años, demuestra que el consumo de drogas es un fenómeno presente en todos los grupos etáreos, diferentes niveles socioeconómicos y sin diferenciar sexo (CONACE, 2004).

Si bien en nuestro país el consumo de drogas a nivel general se mantiene estable, la existencia de un importante número de personas con consumo problemático o dependencia a sustancias, exige la realización de estudios más específicos que permitan establecer criterios y focos de intervención de mayor atingencia.

Frente al problema de los Trastornos por Dependencia a Sustancias existen variadas investigaciones de corte cuantitativo y cualitativo que buscan enriquecer la comprensión de este fenómeno. Sin embargo, estas investigaciones no han entregado la suficiente información que permita tener un conocimiento global de las características psicológicas que actúan como factores etiológicos y mantenedores del problema.

Esta situación se complica aún más si consideramos el problema de los trastornos adictivos desde el sexo de aquellos que lo presentan. El hecho de que el número de mujeres que consumen sustancias es menor si se le compara con los hombres, ha provocado que por efectos prácticos, las intervenciones se realicen de forma estandarizada tanto para hombres como para mujeres. En la práctica clínica se ha observado que para la mujer ha sido mucho más difícil ingresar y mantenerse en tratamientos de rehabilitación por problemas por consumo de sustancias, porque los diseños y estrategias de intervención han estado orientados fundamentalmente al sector masculino. Sumado a lo anterior, se evidencia que, en forma recurrente, la

mujer carece del apoyo familiar para mantenerse en tratamiento, manteniendo oculta la historia de su consumo en la esfera de lo privado. Por otro lado, desde una perspectiva social, existe gran influencia de los estereotipos negativos hacia la imagen de la mujer que consume. Todo lo anterior son factores que se materializan en el número reducido de mujeres que deciden solicitar y mantenerse en tratamiento (Conace, 2004).

Lo anterior ha llevado a que en nuestro país, las políticas nacionales orientadas al tratamiento de los trastornos por dependencia a sustancias, comiencen a crear programas de tratamiento orientados a poblaciones específicas, entre ellas, las mujeres, (CONACE, 2004). De esta forma, el trabajo con mujeres se ha estructurado en base a la experiencia clínica de diferentes profesionales que trabajan en el área, quienes se organizaron con el objetivo de aunar criterios orientadores del tratamiento dirigido a las necesidades específicas de este grupo.

Frente a la iniciativa anterior, se hace relevante desde nuestra disciplina contribuir al mejor desarrollo de estas orientaciones al tratamiento, aportando con investigaciones de corte cuantitativo que complementen las conclusiones anteriores con datos objetivados de las características psicológicas propias de este grupo.

En este contexto, se hace relevante realizar investigaciones en torno al tema de las drogodependencias en mujeres, que no sean realizadas desde un paradigma teórico y metodológico particular, que considere sólo un aspecto dentro de toda la globalidad de factores influyentes y que por lo tanto, caen en conclusiones reduccionistas frente al tema de estudio. Es necesario evaluar las diferentes variables que influyen en la generación y mantención de este problema, relacionarlas e integrarlas para llegar a una explicación más global, sin sesgos ni reduccionismos.

Frente a este problema, el Modelo Integrativo Supraparadigmático, propuesto por Roberto Opazo, entrega una perspectiva teórica y metodológica que permite abordar las problemáticas en el ámbito de la psicología desde una perspectiva integral, entendiéndose ésta como una integración a nivel de paradigmas psicológicos.

Es así como la presente investigación aborda el tema de las drogodependencias y características psicológicas de mujeres drogodependientes, desde un modelo teórico y epistemológico (Modelo Integrativo Supraparadigmático) a partir del cual se han

realizado pocas investigaciones. Además, no existen estudios desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático en relación a las características clínicas en mujeres que se encuentran en tratamiento residencial por trastornos por dependencia de sustancias.

Al realizar una descripción global e integrada de las características psicológicas de este grupo e indicar cuáles son las áreas deficitarias más necesarias de reestablecer y cuáles son los factores protectores de mujeres drogodependientes, se pretende contribuir al enriquecimiento de los planes de tratamiento dirigidos a esta población.

## **1. Objetivos del Estudio**

### **1.1. Objetivo General:**

1. Describir las características psicológicas y sociodemográficas de un grupo de mujeres con trastornos por dependencia a sustancias que se encuentran en tratamiento residencial en comunidades terapéuticas exclusivas para mujeres.

### **1.2. Objetivos Específicos:**

1. Describir las características sociodemográficas de un grupo de mujeres en tratamiento residencial por trastornos por dependencia a sustancias.
2. Describir la historia de consumo de un grupo de mujeres en tratamiento residencial por trastornos por dependencia a sustancias.
3. Describir las características psicológicas de un grupo de mujeres en tratamiento residencial por trastornos por dependencia a sustancias desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático.
4. Estudiar la relación existente entre las características sociodemográficas y las características de la historia de consumo en un grupo de mujeres en tratamiento de tipo residencial por trastornos por dependencia a sustancias.

5. Estudiar la relación existente entre las características sociodemográficas y las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, en un grupo de mujeres en tratamiento de tipo residencial por trastornos por dependencia a sustancias.
6. Estudiar la relación existente entre las características de la historia de consumo y las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, en un grupo de mujeres en tratamiento de tipo residencial por trastornos por dependencia a sustancias.
7. Estudiar la relación existente entre las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, en un grupo de mujeres en tratamiento de tipo residencial por trastornos por dependencia a sustancias.

## **2. Preguntas de Investigación**

1. Cuáles son las características sociodemográficas de un grupo de mujeres en tratamiento residencial por trastornos por dependencia a sustancias.
2. Cuáles son las características de la historia de consumo de un grupo de mujeres en tratamiento residencial por trastornos por dependencia a sustancias.
3. Cuáles son las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, de un grupo de mujeres en tratamiento residencial por trastornos por dependencia a sustancias.
4. Cuál es la relación existente entre las características sociodemográficas y las características de la historia de consumo en un grupo de mujeres en tratamiento de tipo residencial por trastornos por dependencia a sustancias.
5. Cuál es la relación existente entre las características sociodemográficas y las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, en un grupo de mujeres en tratamiento residencial por trastornos por dependencia a sustancias.
6. Cuál es la relación existente entre las características de la historia de consumo y las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo

Supraparadigmático, en un grupo de mujeres en tratamiento de tipo residencial por trastornos por dependencia a sustancias.

7. Cuál es la relación existente entre las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, en un grupo de mujeres en tratamiento de tipo residencial por trastornos por dependencia a sustancias.

### **3. Relevancia y Justificación del Estudio**

Las justificaciones para llevar a cabo este estudio se pueden agrupar en cuatro áreas importantes: por su relevancia práctica, social, científica y metodológica.

#### **3.1. Relevancia Práctica**

La atención de personas con trastornos por dependencia a sustancias se considera una prioridad en los programas de atención en salud. En este sentido, el estudio tiene relevancia, ya que aporta información en cuanto a las características psicológicas de las personas afectadas por estos trastornos, para así poder llegar a tomar las medidas adecuadas para su eficaz rehabilitación y promover una posterior reinserción social de estas personas.

Específicamente, el estudio permitirá proporcionar una evaluación acabada de los sujetos en relación a una serie de variables psicológicas medidas a partir del Modelo Integrativo Supraparadigmático. Con este mayor conocimiento de las personas será posible entregar orientaciones de tratamiento que complementen el trabajo que ya se está realizando en la comunidad, teniendo en cuenta que el modelo permite articular intervenciones en función de la relación entre características psicológicas provenientes de paradigmas diferentes.

#### **3.2. Relevancia Social:**

Esta investigación tiene relevancia social, ya que los resultados que se obtengan otorgarán nueva información al campo de la salud en torno a las

características psicológicas integrales de mujeres en tratamiento residencial por trastornos por dependencia a sustancias. Esto podrá contribuir posteriormente a una mejor orientación en el diseño y ejecución de las estrategias de tratamiento en esta población.

Por otro lado, la investigación contribuye a mirar de una manera más amplia a la mujer que consume. Se hace una evaluación integral de todos los subsistemas de la mujer, evaluando su desarrollo en general y no solamente el área relativa a su problema de consumo.

### **3.3. Relevancia Científica**

En nuestro país existen escasos estudios en el área de la salud mental, incluyendo los trastornos por dependencia a sustancias, desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático en Psicología, que permita alejarse de los reduccionismos teóricos y prácticos, asociados a cada una de las corrientes tradicionales. Esto permite hacer evaluaciones de manera más holística e integrativa de las personas en estudio, sin dejar de lado variables que podrían ser primordiales para la comprensión del fenómeno de la drogodependencia.

Por otro lado, existe escasa investigación referida al fenómeno de las drogodependencias en la mujer. Incluso, desde el mismo Modelo Integrativo, sólo se ha realizado en nuestro país una evaluación en trastornos adictivos en una muestra masculina en tratamiento residencial en la Región Metropolitana. Con el presente estudio se puede contar con nuevos antecedentes que complementen lo que la experiencia clínica ha reportado en cuanto a las características psicológicas de las mujeres con trastornos por dependencia a sustancias, aportando información científica a la teoría de la drogodependencia y a la práctica clínica, en términos de factores protectores, mantenedores y de vulnerabilidad en estas mujeres.

### **3.4. Relevancia Metodológica**

El estudio es relevante metodológicamente ya que los instrumentos que se utilizan permiten realizar una descripción global, holística e integral de características psicológicas de las personas evaluadas, integrando distintos paradigmas de la psicología. Para la realización de la evaluación de las características psicológicas se utilizará como método de recolección de datos la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI), a partir de la cual es posible obtener datos de los diferentes subsistemas considerados por el Modelo Integrativo Supraparadigmático: Biológico, Ambiental-Conductual, Cognitivo, Afectivo, Inconsciente y Sistémico. La mayoría de las escalas de este instrumento cuentan con validez de contenido y estudios que avalan su confiabilidad.

Por otra parte, las Variables Psicológicas serán correlacionadas con Variables Sociodemográficas y de la Historia de consumo de las mujeres evaluadas, pudiendo determinar si existe relación significativa entre ellas.

### **III. ANTECEDENTES GENERALES**

#### **1. Antecedentes Estadísticos.**

##### **1.1. Consumo de Drogas en Chile.**

Los antecedentes estadísticos oficiales que dan cuenta del consumo de drogas en nuestro país, provienen del Consejo Nacional para el Control de Estupefacentes (CONACE), entidad que cada dos años publica los resultados y conclusiones de sus estudios. El último documento presentado a la comunidad corresponde al Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, realizado en el año 2004.

##### **1.1.1. Antecedentes Generales**

A nivel general, el uso de drogas en el país permanece estable. La sustancia de mayor consumo es el alcohol. De acuerdo a la prevalencia del último mes, la declaración de su consumo alcanza a 56,8% de la población en el año 2004.

El uso de cualquier droga ilícita (marihuana, pasta base, cocaína) alcanzó a 5,8%, es decir, 505 mil personas. Dentro de esta categoría, el consumo de marihuana se ha estabilizado en alrededor de un 5% en estos últimos años, no existiendo indicios de que éste ceda significativamente. Los resultados de la serie de pasta base son oscilantes durante toda la década, dado que su uso constante fluctúa entre el 0,5 y 0,8% de la población. El uso de cocaína, tal como en el caso de la marihuana, manifiesta una línea de ascenso en los noventa, mostrando una mayor estabilidad en la actualidad con un 1,28% (CONACE, 2005).

La intensidad de uso de drogas, estimada por el promedio de días en el último año en que se ha consumido una droga, muestra un descenso en todos los casos. En el caso de la marihuana, la intensidad de su uso baja de 83 a 65 días promedio en el último año, lo que indica que, aunque la proporción de quienes consumen marihuana se mantiene prácticamente igual, la intensidad con que se hace ha disminuido considerablemente. La intensidad del uso de pasta base y cocaína también descienden,

de 91 a 65 días promedio y de 38 a 22 días promedio respectivamente. Debe observarse que la intensidad del uso de pasta base es casi tres veces más alta que la de cocaína, lo que repercute en las tasas de dependencia y daño que provoca específicamente ésta droga (CONACE, 2005).

La variación observada en la edad de inicio del consumo demuestra que la mediana de edad en el caso de la marihuana desciende de 18 años en 1994 a 17 años en 1996, para mantenerse estable hasta la fecha. La mediana de edad de inicio de pasta base ha fluctuado entre los 19 y 20 años en el período, permaneciendo en 19 años en el 2004. Por su parte, la mediana de edad de inicio de cocaína se mantiene en 21 años.

Las cifras de precocidad en el uso de drogas, las que representan a aquella proporción de la población que ha iniciado el consumo antes de los 15 años, son estables en todo el decenio y no se advierten progresos consistentes en el retraso de la edad de inicio en el uso de drogas. En el caso de la marihuana, indica que su uso precoz oscila entre 10% y 12%; pasta base, entre 8% y 9%; el uso precoz de cocaína es siempre menor y registra un leve aumento en el último bienio (CONACE, 2005).

La proporción de la población que percibe un gran riesgo en el consumo se mantiene estable; 72% en el caso de la marihuana y de 82% en el de la cocaína. La percepción de facilidad de acceso a drogas, por su parte, se mantiene prácticamente inalterada en los últimos cuatro años y en todos los grupos de edad. La proporción de la población que declara que le sería fácil conseguir marihuana fluctúa alrededor del 52%, mientras que la facilidad para conseguir pasta base es de un 34% y cocaína de un 27%. En el caso del éxtasis, la percepción de facilidad de acceso aumentó a un 12% en el último bienio, manteniéndose muy por debajo de las restantes drogas. Las diferencias entre el acceso a la marihuana y cocaína/pasta base son siempre considerables, y la brecha no se ha reducido: las oportunidades de conseguir fácilmente pasta base/cocaína son muchos más restringidas y pesan sobre todo entre los adolescentes, donde sólo una proporción más modesta declara que podría hacerlo con facilidad. Si bien en el caso del éxtasis la percepción de facilidad de acceso aumentó a un 12% en el último bienio, ésta se mantiene muy por debajo de las restantes drogas (CONACE, 2005).

También se ha registrado algún cambio en la percepción de gravedad del problema de las drogas en el entorno cercano: la proporción que califica como grave el consumo de drogas en su barrio o sector ha bajado en 10 puntos porcentuales, de 46% a 36% en el período 2000-2004 (CONACE, 2005).

### **1.1.2. Consumo de Alcohol.**

En general, el porcentaje de mujeres que consumen alcohol es menor que en hombres. Según lo observado, la diferencia entre proporción de la población que consume alcohol por grupo etario y sexo es de un 64,9% en los hombres y de 53,5% en mujeres. Esta diferencia disminuye en los menores de 12 a 18 años, dado que la tasa de consumo de alcohol es similar en ambos sexos; 35,8% en hombres y 34,5% en mujeres. Entre el rango de edades de 19 a 25 años el consumo aumenta respecto del rango anterior en ambos sexos, los hombres superan a las mujeres con un 74,9% y 56,6% respectivamente. Entre el rango de edades de 26 a 34 años el consumo tiende a subir levemente en los hombres con un 77,2% y a mantenerse en la mujeres con 56,3% (CONACE, 2004).

El consumo de esta sustancia por Nivel Socioeconómico (NSE) expresa que en el caso de las mujeres el uso de alcohol es mayor en aquellas de NSE Alto, con una tasa de 60,2%. En NSE medio, el consumo es de 53,3% y en NSE bajo de un 51,1% de la población. Respecto de la magnitud del consumo entre las mujeres, la mayor declaración de consumo de alcohol se registra entre las personas cuyas familias tienen ingresos promedio mensuales sobre 1 millón de pesos, con una tasa de 67%. Esta tasa de alcohol es 23 puntos porcentuales más alta que en mujeres cuyas familias tienen los más bajos ingresos, con tasas de 44% (CONACE, 2005).

En general la tasa de dependencia en mujeres es de 5%, cifra menor a la del 17,6% en hombres. La tasa más alta de dependencia a alcohol en mujeres se registra en el grupo de 12 a 18 años de edad con un 17,4%. La diferencia es significativa, dado que en el rango de edades de 19 a 25 años la tasa es de 10,1%; de 35 a 44 años es de 2,7% y de 45 a 64 de 1,6% (CONACE, 2005).

### **1.1.3. Consumo de Drogas Ilícitas.**

En términos generales, las mujeres usan drogas ilícitas en menor medida que los hombres, 2,2% y 9,2% respectivamente. Dado el aumento en el consumo de marihuana en mujeres en el último bienio, se confirma una variación en la tasa de consumo de cualquier droga ilícita: de un 2,1% en 2002 a un 3% en 2004 (CONACE, 2005).

Los datos confirman que la droga ilícita de mayor consumo en nuestro país sigue siendo la marihuana, y además indica que el aumento de la participación femenina en el consumo de ésta es un dato característico de toda la década. La diferencia de 1:4, por cada 4 hombres había una mujer que consumía marihuana, se ha ido cerrando hasta llegar a 1:3 según los resultados actuales. En el caso de las mujeres, se produce una variación en la tasa de consumo de marihuana de 2% en 2002 a 2,9% en 2004, la marca más alta que ha obtenido este grupo en toda la serie de estudios. A pesar de lo anterior la intensidad de uso disminuye: hay más mujeres que usan marihuana, pero la intensidad media con que lo hacen es menor, el uso promedio cae de 71 a 32 días en el último año (CONACE, 2005).

Lo anterior no ocurre con el uso de cocaína, donde las mujeres obtienen la prevalencia más baja de toda la serie marcando un 0,13%, mientras los hombres mantienen una tasa constante de 1,3% con una razón de 1:10, por cada diez hombres que consumen cocaína, hay una mujer que lo hace (CONACE, 2005).

Las mujeres después de los 25 años de edad bajan su nivel de uso de drogas ilícitas. El rango de edades que comprende los 12 y los 18 años, manifiestan una tasa de consumo de 3,8% en relación a la marihuana; 0,2% en pasta base y cocaína. Entre 19 y 25 años, se observa un aumento en el patrón de consumo, marihuana 6,6%; pasta base 0,4%; cocaína 1,6%. Entre los 25 y 34 años, el patrón disminuye en un 1,9% en marihuana; 0,0% pasta base y un 1,0% en cocaína (CONACE, 2004).

Entre las mujeres, la mayor declaración de consumo de marihuana se registra entre las personas cuyas familias tienen ingresos promedio mensuales sobre 1 millón de pesos, con una tasa de 7,4%. Esta tasa de consumo de marihuana, es más de tres veces más alta que en mujeres cuyas familias tienen los más bajos ingresos, con tasas de 2,1%. El consumo de cocaína, de un 0,7% en el sector de mayor ingreso y 0,5% en el de menor ingreso, es bajo

entre las mujeres y no hay variaciones importantes entre ellas de acuerdo al nivel de ingresos familiares. Algo similar ocurre con la declaración de consumo de pasta base la cual es de un 0,2% en el sector de mayor ingreso y 0,5% en el de menor (CONACE, 2005).

Por otra parte las mujeres presentan mayores niveles de dependencia a pasta base y cocaína que los hombres. En relación con la pasta base, la tasa de dependencia en hombres es de un 50,2 % y en mujeres de 66,7%, cocaína 27,3% en hombres y 35,2% mujeres. Situación que no sucede con el consumo de marihuana, ya que la tasa de dependencia en hombres es de 28,0% y mujeres 26,9%.

La percepción de riesgo en el uso de alcohol y drogas ilícitas es siempre mayor en mujeres. Acerca de tomar 5 o más tragos de alcohol diariamente, los hombres presentan una tasa de 82% y las mujeres de 90%, fumar marihuana una o dos veces por semana, hombres un 67% y mujeres un 80%. En relación a usar cocaína o pasta base una vez al mes, hombres 77% y mujeres 86%.

La percepción de fácil acceso a drogas ilícitas es más baja en mujeres. Con relación a la marihuana, la tasa de consumo en hombres es de 56% y en mujeres 47%; pasta base 34% en hombres, 31% en mujeres; cocaína 27% en hombres y 21% en mujeres.

Las mujeres reciben menos ofertas de drogas ilícitas que los hombres. Marihuana 21% en hombres, 7% en mujeres; pasta base 5% y 1%, cocaína de 7% y 2% respectivamente (CONACE, 2005).

#### **1.1.4. Consumo de Tranquilizantes.**

El consumo de tranquilizantes es siempre mayor en mujeres y aumenta persistentemente con la edad: 1 de cada 4 mujeres usa tranquilizantes entre los 45 y 64 años. En términos generales, la diferencia entre hombres y mujeres es de 7,5% y 16,9% respectivamente. Según rango de edad, la distribución de la tasa de consumo es la siguiente: de 12 a 18 años 4,1% en hombres y 6,8% en mujeres; de 19 a 25 años 7,6% y 11,5%; de 26 a 34 años 6,7% y 14, 4%; de 35 a 44 años 8,7% y 17,9%; de 45 a 64 años, 10,4% y 25,6% respectivamente.

El consumo de tranquilizantes, sin prescripción médica, es mayor en las mujeres en casi todas las edades. En general la diferencia en la tasa de consumo es de 2,7% en hombres y 3,9% en mujeres. Entre los rangos de edad de 12 a 18 y de 26 a 34 años, la diferencia entre la tasa de consumo entre hombres y mujeres no es significativa (1,7% y 1,9%; 4,2% y 4,1% respectivamente). En rango de 19 a 25 años, la diferencia es de 2,8% en hombres y 3,9% en mujeres; de 35 a 44 años 2,2% y 4,3% y de 45 a 64 años de 2,8% y 4,2% respectivamente. En relación a este tipo de consumo, se observa que es mayor en las mujeres de NSE Alto, con una tasa de 2,5% en hombres y 5,7% en mujeres. La diferencia entre hombres y mujeres de NSE medio es de 2,4% a 3,4% y entre NSE bajo de un 3,0% a un 3,5% respectivamente.

## **1.2. Antecedentes Estadísticos del Tratamiento Residencial por Trastornos Adictivos.**

En cuanto a estadísticas relacionadas con el plan de tratamiento residencial, los estudios en Chile llevados a cabo son bastantes escasos y están orientados principalmente al conocimiento de la cantidad de personas que ingresan a estas comunidades y al tiempo de permanencia en éstas. La información con la que se cuenta en relación al funcionamiento y las estadísticas de los centros residenciales del país se encuentran en cada una de las organizaciones y son sólo del correspondiente centro.

En lo que compete al CONACE, existe una evaluación que encargó a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile sobre los tratamientos residenciales que esa entidad financia en convenio con el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en la que se detectó que 12 mil personas accedieron a rehabilitación en el año 2003, a través de este convenio, que cubre el costo total del tratamiento, de los cuales 765 fueron terapias residenciales. Esta evaluación también encontró que el 41% de las personas que accede a estos tratamientos egresa de ellos después de cumplirlos en su totalidad. Los demás, lo abandonan antes de cumplir los nueve meses que duran estas terapias.

Sin embargo, a nivel internacional es posible encontrar estudios de mayor envergadura. Así por ejemplo, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) ha llevado a cabo varios estudios en Estados Unidos durante más de 30 años, orientados a proporcionar información acerca de las diversas modalidades de trabajo para la drogadicción, y ha estudiado muestras de programas de Comunidades Terapéuticas (CT) y otros tipos de programas (tales como los de mantenimiento con Metadona, los libre de drogas fuera del hospital, los residenciales a corto plazo, y los de desintoxicación). Se recolectaron los datos al momento de admisión, durante el tratamiento, y en una serie de seguimientos enfocados en los resultados obtenidos a los 12 meses o más después del tratamiento. La información obtenida en relación a la participación en una CT estaba asociada con varios resultados positivos. Por ejemplo, el Estudio de los Resultados de los Tratamientos para el Abuso de Drogas (DATOS, por sus siglas en inglés), que es el estudio a largo plazo más reciente sobre los resultados de los tratamientos para el abuso de drogas, demostró que aquellos que completaban exitosamente el tratamiento en una CT tenían niveles más bajos de uso de cocaína, heroína y alcohol y de comportamiento criminal; desempleo; e indicadores de depresión que antes del tratamiento (NIDA, 2003).

Por otra parte, los resultados de la evaluación de los programas residenciales de rehabilitación de los Estados Unidos, llevados a cabo por la Oficina contra la droga y el delito de las Naciones Unidas, dentro del programa de las Naciones Unidas para la fiscalización internacional de drogas, Viena, reveló las siguientes reducciones en el porcentaje de pacientes que utilizaban sustancias ilícitas al menos una vez por semana durante el año que precedió a su admisión al tratamiento y durante el año siguiente a la suspensión de éste: el porcentaje de los que utilizaban cocaína disminuyó del 66 al 22%; el de los que utilizaban cannabis, del 28 al 13%, y el de los que utilizaban heroína, del 17 al 6%. Los pacientes que terminan el tratamiento también consiguen mejor empleo y es mucho menos probable que se vean involucrados en actividades delictivas. Sin embargo, el abandono de la rehabilitación residencial parece ser un problema común y los estudios suelen registrar niveles de abandono del 25% de los pacientes en las dos primeras semanas, y del 40% al cabo de tres meses (ONU, 2003).

## **2. Políticas en Drogas**

En relación a las políticas nacionales creadas en nuestro país para enfrentar el problema del consumo de alcohol y drogas, es posible describir a través del tiempo el desarrollo de diferentes iniciativas.

En las décadas de los 50 y 60 se instalan los primeros centros o unidades de desintoxicación (postas antialcohólicas). Paralelamente, se organizan grupos de autoayuda, donde los principales exponentes son Alcohólicos Anónimos (AA) y la Unión de Rehabilitados Alcohólicos de Chile (URACH) (CONACE, 2004).

Por otra parte, en el año 1980 emergen desde el sector privado solidario diferentes organizaciones no gubernamentales que desarrollan iniciativas y programas de atención para población marginal y niños y niñas de la calle con consumo de solventes volátiles. A fines de esta misma década, surgen las primeras comunidades terapéuticas en nuestro país (CONACE, 2004).

Es en el año 1993, con la elaboración de la Política y Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, cuando se define como área prioritaria, el beber problema y consumo de drogas. Se realizan, entonces, acciones preventivas en el sistema escolar desde el Ministerio de Salud, en conjunto con el Ministerio de Educación y el Instituto Nacional de la Juventud, así también como acciones a nivel comunitario con los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), el programa de reforzamiento psicosocial de la atención primaria y los proyectos comunitarios de prevención (CONACE, 2004).

En el año 1994, con la promulgación de la ley 19.366, el MINSAL crea el Programa de rehabilitación de personas con problemas de drogas y alcohol, contratando cien profesionales en los veintiocho Servicios de Salud del país, para la atención de la demanda de personas con problemas de drogas (CONACE, 2004).

El año 1995 se construye el Reglamento para los establecimientos de rehabilitación de personas dependientes de sustancias psicoactivas, a través de la modalidad comunidad terapéutica, DFL 2298, que es modificado en 1998, incorporando el ejercicio de la actividad de los técnicos en rehabilitación de personas con dependencia de sustancias. En forma paralela, el Ministerio de Salud elabora el

Manual de orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de drogas y publica el catastro de lugares de atención para personas con problemas de drogas, alcohol y benzodiazepinas (CONACE, 2004).

Por su parte, el Consejo Nacional para el Control de Estupeficientes (CONACE), otorga apoyo financiero a organizaciones que brindan tratamiento, a través de la modalidad de proyectos concursables, desde 1996 hasta 1998. El año 1999 se establece una alianza estratégica entre CONACE y MINSAL, para la instauración del Subprograma de tratamiento y rehabilitación como componente del Fondo CONACE 1999. De esta forma, se otorga financiamiento a centros de tratamiento a través de la modalidad de compra de cupos ambulatorios y residenciales (CONACE, 2004).

El Ministerio de Salud elabora normas de calidad para la atención a personas con dependencia a sustancias, para la modalidad de comunidad terapéutica ambulatoria, residencial y centro de tratamiento ambulatorio-residencial.

El año 2001, tras una evaluación del proceso de los programas de tratamiento existentes en el país, realizada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, a petición de CONACE, este último, en conjunto con la Unidad de Salud Mental del MINSAL, elaboró una nueva estrategia para el tratamiento y la rehabilitación de personas con problemas de drogas, cuyos elementos principales son: el establecimiento de una alianza institucional entre CONACE, MINSAL y el Fondo Nacional de Salud (FONASA); la utilización acertada de la información de que se dispone; la inversión basada en una jerarquización de necesidades y, la creación de servicios diversificados (CONACE, 2004).

En el año 2003 se redactó la Estrategia Nacional de Drogas 2003-2008 a través del siguiente objetivo estratégico: Rehabilitar y reinserir socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas, mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinserción (CONACE, 2004).

Los cinco objetivos específicos asociados al objetivo estratégico anteriormente mencionado son:

1. Aumentar la cobertura y acceso a la atención a beneficiarios de planes y programas de tratamiento y rehabilitación.
2. Mejorar la calidad de los planes y programas de tratamientos ofrecidos por el sistema público de salud y centros privados de atención.
3. Fortalecer el sistema de detección, diagnóstico y referencia, de modo de dar una respuesta oportuna y acorde al perfil del beneficiario.
4. Reinsertar e insertar socialmente a personas con problemas asociados al consumo de drogas que egresan de programas de tratamientos.
5. Formación, capacitación, especialización y/o perfeccionamiento de técnicos y profesionales de la salud, para desarrollar estrategias de detección e intervención precoz del consumo de drogas y programas de tratamiento.

Para conseguir los objetivos se ha establecido, en conjunto con el Ministerio de Salud, el “Programa de apoyo a los planes de Tratamiento y Rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas ilícitas u otras sustancias estupefacientes o sicotrópicas” que define diferentes planes o programas de intervención, de acuerdo a las características clínicas y necesidades de atención de las personas, diferenciando grados de complejidad en la atención. Los planes referidos se mencionan a continuación.

## **2.1. Planes de Tratamiento para Población General.**

**2.1.1. Plan de Tratamiento Ambulatorio Básico (PAB):** Orientado a aquellas personas que presentan consumo problemático con compromiso biopsicosocial moderado; es decir, mantienen una cierta estabilidad y estructura laboral o de estudios, vínculos familiares y relaciones de pares que puedan apoyarlas en el tratamiento. Incluye un conjunto de prestaciones técnicamente recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, tales como: consultas médicas, consultas psiquiátricas y

psicológicas, psicoterapia individual y de grupo, exámenes de laboratorio y medicamentos, si corresponde. El plan tiene una duración aproximada de 6 meses, con asistencia al centro de dos veces a la semana. La atención se otorga preferentemente en centros de salud de la atención primaria, centros comunitarios de salud mental (COSAM), centros de referencia de salud (CRS), centros de diagnóstico y tratamiento (CDT), hospitales generales tipo 4 y en centros privados como consultorios parroquiales, organizaciones no gubernamentales (ONG), fundaciones, entre otros (CONACE, 2004).

**2.1.2. Plan de Tratamiento Ambulatorio Intensivo (PAI):** Dirigido a personas en que el problema de consumo es de mayor severidad y complejidad. Han perdido estudios o trabajo y su red de apoyo familiar y social es débil o inexistente. Incluye un conjunto de prestaciones técnicamente recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, tales como: consultas médicas, consultas psiquiátricas y psicológicas, psicoterapia individual y de grupo, actividades orientadas a la reinserción social y de recreación. Además, exámenes de laboratorio y medicamentos, si corresponde. Tiene una duración aproximada de 8 meses, con asistencia diaria al centro de tratamiento. Los centros acreditados para realizar este programa son centros comunitarios de salud mental (COSAM), centros de referencia de salud (CRS), centros de diagnóstico y tratamiento (CDT), hospitales de día y comunidades terapéuticas ambulatorias (CONACE, 2004).

**2.1.3. Plan de Tratamiento Residencial (PR):** Destinado a personas con consumo problemático y compromiso biopsicosocial severo; es decir, con grandes pérdidas en los diferentes ámbitos de su vida, en que es menor la probabilidad que exista soporte familiar y/o social que acompañe diariamente el tratamiento; o el contexto familiar no es favorable por presentarse tráfico, violencia o consumo al interior de la familia, entre otras complicaciones. El plan incluye un conjunto de prestaciones técnicamente recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, tales como: consultas médicas, psiquiátricas, psicológicas, psicoterapia individual y de grupo, actividades

orientadas a la reinserción social y de recreación. Además de exámenes de laboratorio y medicamentos, si corresponde. Tiene una duración aproximada de 12 meses de residencia en el centro de tratamiento. Este plan se desarrolla en la mayoría de los casos en centros especiales, denominados Comunidades Terapéuticas Residenciales (CONACE, 2004).

## **2.2. Planes y Programas Específicos.**

**2.2.1. Plan de Desintoxicación y Manejo del Síndrome de Deprivación:** Orientado a personas dependientes de drogas ilegales, sin patología psiquiátrica grave, con compromiso biopsicosocial severo, que no pudo abstenerse ambulatoriamente o en régimen residencial, pero que continúa motivado por su tratamiento. Generalmente requiere una evaluación psiquiátrico-psicológica-social en profundidad, y apoyo en el manejo del síndrome de deprivación inmediato. Es un plan que ofrece atención 24 horas diarias, con días cama, con régimen de actividades o prestaciones de alta especialidad y alta intensidad. Las prestaciones son individuales, grupales y familiares, realizadas por un equipo multiprofesional, técnicos en rehabilitación acreditados y auxiliares paramédicos entrenados en drogas. La duración estimada es de 15 a 21 días. Este plan se asigna principalmente a unidades intrahospitalarias de desintoxicación de hospitales psiquiátricos o de servicios de psiquiatría de hospital general, o extra hospitalaria, pero de alta especialidad (CONACE, 2004).

**2.2.2. Plan de Compensación de Patología Dual:** Orientado a personas dependientes de drogas ilegales, con patología psiquiátrica grave concomitante, con compromiso biopsicosocial severo, que no pudieron abstenerse del consumo de drogas ni compensar su trastorno psiquiátrico grave en forma ambulatoria o en régimen residencial. Generalmente, requieren una evaluación psiquiátrico-psicológica-social en profundidad y apoyo en el manejo del síndrome de deprivación inmediato y su descompensación psiquiátrica. Es un plan que ofrece atención de 24 horas diarias, con días cama, con régimen de actividades o prestaciones de alta especialidad y alta intensidad. Las prestaciones son individuales, grupales y familiares, realizadas por un

equipo multiprofesional, técnicos en rehabilitación acreditados y auxiliares paramédicos entrenados en drogas. Tiene una duración estimada de 45 días. Se le asigna, principalmente, a unidades de patología dual intrahospitalarias de hospitales psiquiátricos o de servicios de psiquiatría de hospital general, o extrahospitalaria pero de alta especialidad (CONACE, 2004).

**2.2.3. Programa de Tratamiento Específico para Mujeres:** CONACE ha venido desarrollando desde el año 2002, iniciativas técnicas y financieras para aumentar la cobertura y mejorar la calidad de la atención de la población femenina con problemas de drogas, financiando planes de tratamiento para ellas y elaborando orientaciones técnicas para el abordaje terapéutico de las mujeres en tratamiento, que incorporan la perspectiva de género, en el marco de una atención diferenciada respecto de los varones. Estos programas incorporan en el tratamiento residencial, sala cuna y jardín infantil para los hijos e hijas menores de cinco años, a diferencia de los de sistema ambulatorio intensivo y básico, donde se espera como criterio de inclusión que las mujeres aún mantienen un soporte social que les permite contar con un lugar de residencia seguro. También se han diseñado estos programas ambulatorios para mujeres que, estando embarazadas, se encuentran con consumo problemático de drogas. Ello en un contexto hospitalario con enfoque biopsicosocial que posibilite el manejo y control de consecuencias físicas y psicológicas en la descendencia, y que constituya el inicio de la incorporación de programas específicos para esta población en el sistema público de salud (CONACE, 2004).

**2.2.4. Programa de Tratamiento para niños, niñas y adolescentes:** En este programa se consideran las características específicas de la etapa de desarrollo y las particularidades que puedan encontrarse en esta población, tales como: infancia, adolescencia, vulnerabilidad social, infracción de ley, entre otros. El tratamiento debe ser integral, desde una perspectiva comprensiva-evolutiva, considerando: principios fundamentales, enfoque desde la globalidad, necesidad de trabajo interdisciplinario, intervención flexible y dinámica, en clave adolescente y con primacía de la intervención educativa, no etiquetando, considerando los tiempos de espera,

acompañamiento, normalización en su medio, utilización del medio inmediato como recurso, y, la importancia de la familia y escuela (CONACE, 2004).

**2.2.5. Programa de Tratamiento para Población Penal Adulta:** A través de un convenio de colaboración entre Gendarmería de Chile y CONACE, viene implementándose en nuestro país, desde el año 2002, un programa de asistencia en tratamiento y rehabilitación para internos e internas con consumo problemático de drogas, al interior de los recintos penales. Actualmente, once recintos penales cuentan con programas ambulatorios y residenciales para la población penal, y se encuentran en elaboración las orientaciones técnicas para la atención de este grupo de usuarios, con un programa que contempla desde la detección, hasta la reaserción en el medio libre (CONACE, 2004).

### **2.3. Planes de Tratamiento Específico para Mujeres Adultas con problemas derivados del consumo de drogas.**

**2.3.1. Plan de Tratamiento Ambulatorio Básico.** Constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones dirigido al logro de los objetivos terapéuticos, de carácter resolutivo, que se ofrecen a mujeres adultas, con o sin hijos, embarazadas o no, que presentan consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial leve o moderado, que desempeñan una actividad ocupacional (laboral, incluida las labores de casa y educacionales) parcial o total y cuentan con red de apoyo familiar) (Convenio CONACE, MINSAL, FONASA, 2006).

**2.3.2. Plan de Tratamiento Ambulatorio Intensivo.** Constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones a realizar dirigido al logro de los objetivos terapéuticos, de carácter resolutivo, destinado a mujeres adultas, con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas, con y sin hijos, embarazadas o no, y que presentan compromiso biopsicosocial moderado a severo (especialmente con

comorbilidad psiquiátrica o somática moderada, sin actividad ocupacional y con algún grado de soporte familiar) (Convenio CONACE, MINSAL, FONASA, 2006).

**2.3.3. Plan de Tratamiento Residencial.** Este plan constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones que se realizan en un régimen de internación de 24 horas, preferentemente en una modalidad de comunidad terapéutica, para obtener el logro de los objetivos terapéuticos, destinado a mujeres adultas con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas, con o sin hijos, embarazadas o no, con compromiso biopsicosocial severo (múltiples tratamiento previos, consumo y/o tráfico en miembros de la familia, sin red de apoyo familiar y social, con trastorno psiquiátrico severo compensado, percepción disminuida o ausente de autoeficacia).

El carácter resolutivo de estos planes está dado porque cada uno de ellos cumple los siguientes objetivos (Convenio CONACE, MINSAL, FONASA, 2006):

- Establece diagnóstico clínico integral, evalúa estadio motivacional y grado de compromiso biopsicosocial.
- Define plan de intervención según diagnóstico, ejecuta intervenciones terapéuticas y educativas, dirigidas a la mujer afectada, su familia y a la relación entre ellos, priorizando el binomio madre-hijo.
- Promueve y acompaña el proceso de motivación al cambio.
- Interviene sobre los factores que facilitan y mantiene el consumo.
- Fortalece los factores protectores que permiten el logro del proceso de cambio.
- Instala y/o fortalece estrategias de prevención de recaídas.
- Fortalece y repara las relaciones vinculares significativas.
- Reeduca en habilidades sociales.
- Orienta y fomenta la integración social y ocupacional.
- Contribuye a reestructurar los estilos de vida.
- Entrena en estilos de crianza saludables.

## **2.4. Orientaciones Técnicas y Criterios de Calidad en la Atención de Mujeres Adultas con Consumo Problemático de Drogas.**

La literatura internacional y evidencia empírica clínica, en el tratamiento y la rehabilitación de mujeres en nuestro país y países occidentales, plantea que los programas de tratamiento para población femenina deben ser sensibles al género, es decir, tener en cuenta las necesidades de la mujer en todos los aspectos, tanto en el diseño como en su ejecución (Convenio CONACE, MINSAL, FONASA, 2006).

El conjunto de prestaciones diferenciadas para la población adulta femenina, ha sido construido en base a la experiencia clínica nacional y extranjera, la evaluación de los planes del convenio CONACE-FONASA, al proceso de supervisión y asesoría de aquellos centros de tratamiento que ejecutan proyectos de tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas y a criterios de consenso de expertos. Su objeto, es orientar a los equipos directamente involucrados en las intervenciones terapéuticas, para aumentar su efectividad en el logro de los objetivos clínicos y terapéuticos planteados, tales como la modificación en el patrón de consumo, mejoría en la situación familiar, mejoría en el rol y la función materna, relaciones de pareja e interpersonales, mejoría en la situación socio ocupacional, uso del tiempo libre, bienestar emocional y salud física y regularizar la relación con la justicia, entre los más relevantes.

Los planes de tratamiento buscan desarrollar objetivos terapéuticos progresivos y relativamente específicos, a lo largo de sucesivas etapas del proceso de tratamiento, diseñado de acuerdo a los requerimientos de las usuarias, es decir, un plan de tratamiento individualizado.

Las diversas actividades o prestaciones se realizan en concentración y frecuencia diversas en cada etapa. La primera de ellas está destinada principalmente a la construcción de la alianza terapéutica y la elaboración del diagnóstico integral. Esta etapa, tiene una duración estimada de hasta dos meses. Durante la segunda etapa, intermedia, se abordan en profundidad los factores intervinientes en el inicio y mantención del consumo. La tercera etapa, está preferentemente destinada al entrenamiento de habilidades y competencias ocupacionales y elaboración de un

proyecto de vida saludable que favorezca la integración social. Finalmente, la última etapa, se dedica al seguimiento y afianzamiento del estilo de vida con supresión o disminución franca del consumo.

Cada una de estas etapas, conlleva adicionalmente el cuidado y tenencia de los hijos, cuando sea necesario y actividades terapéuticas y educativas compartidas entre madres e hijos, independientemente de la tenencia y cuidado, en el contexto de favorecer el desarrollo de relaciones de apego y vinculares saludables, en el binomio madre-hijo.

#### **2.4.1. Principios Rectores en el Tratamiento de Mujeres Adultas con Consumo Problemático de Drogas.**

Durante todo el proceso de tratamiento, es necesaria la presencia de los siguientes principios rectores:

**2.4.1.1. Enfoque de Género:** Reconocer que el género es un hecho diferencial, y que se requiere entregar atención terapéutica a través de un programa personalizado y estructurado que considere las variables de identidad y normas de género, como marco teórico a la base, incorporando actividades terapéuticas que posibiliten la conciencia de problema personal, en un contexto social y cultural en donde la mujer ha adquirido pautas y comportamientos socialmente aceptados, pero no necesariamente afines a sus necesidades de autonomía y desarrollo personal (Convenio CONACE, MINSAL, FONASA, 2006).

**2.4.1.2. Enfoque Biopsicosocial:** Abordar lo biológico, lo psicológico y lo social, de cada una de las usuarias en tratamiento, de forma integral y complementaria. En lo biológico, dará cuenta de los problemas específicos asociados al consumo de sustancias en mujeres y potenciará el desarrollo de una situación de salud favorable. En lo psicológico trabajará con aspectos intrapsíquicos, reparación de duelos y traumas, resolución de conflictos, habilidades y entrenamiento en destrezas sociales, autoestima y valoración personal, autoimagen y relaciones vinculares. En lo social,

deberá trabajar con una mirada que integre a la familia y que posibilite el desempeño de roles con objetivos y propósitos personales definidos, con satisfacción personal y en concordancia con los ambientes en que se desempeña (Convenio CONACE, MINSAL, FONASA, 2006).

**2.4.1.3. Enfoque en Red:** Integrar la atención terapéutica en el conjunto de los planes y acciones socio sanitarias existentes para la población en general. Otorgar tratamiento y rehabilitación de forma integral, utilizando todos los recursos existentes que sean necesarios, enlazándolos y promocionando la autonomía, la integración social, y la construcción de un estilo de vida saludable. Conectar permanentemente los programas y equipos de tratamiento con niveles de atención más básicos y generales, cercano a los lugares de vida, interrelacionados con la comunidad local, territorial, esto es, la Atención Primaria de Salud y referir o contrarreferir a ellos, a las consultantes y sus hijos, cuando corresponda, tan pronto como sea posible (Convenio CONACE, MINSAL, FONASA, 2006).

**2.4.1.4. Enfoque Interdisciplinario:** Asegurar la participación de varias disciplinas complementarias y sinérgicas entre sí, otorgando los espacios correspondientes para que cada técnico y profesional aporte desde su quehacer, hacia una meta común, utilizando un modelo democrático de intercambio de información y de integración de distintas terapias, pero con un equipo que comparte un mismo enfoque y conceptos respecto de la usuaria y con un tratamiento más bien basado en la experiencia del equipo, que en la opinión individual de cada uno de sus miembros (Convenio CONACE, MINSAL, FONASA, 2006).

**2.4.1.5. Enfoque Relacional:** Numerosos autores han planteado que la motivación principal de la mujer es la necesidad de crear un sentido de enlace con los demás y la noción de sí misma y de su propia valía se basan en esta vinculación; las mujeres entonces, asumen la responsabilidad del cultivo y la conservación de las relaciones. Las relaciones, su calidad y más aún, su disolución, cumplen una función determinante en el consumo de sustancias en la mujer. Como señala la práctica clínica, las mujeres

pueden consumir drogas para conservar relaciones, para colmar el vacío creado por una relación insatisfactoria o malograda, o para soportar el dolor de una relación abusiva. La incorporación del enfoque relacional en las intervenciones de tratamiento para la mujer permite reconocer que en su vida es esencial establecer y mantener relaciones y por ello es necesario incorporar componentes y medios que permitan pasar revista a sus relaciones anteriores y actuales y aprender a establecer y mantener relaciones sanas. Además, se reconoce la importancia de los vínculos de la mujer con sus hijos y la función que puede cumplir un firme apoyo social para que se recupere de los problemas de consumo de sustancias, siendo relevantes el trabajo con la familia, para intentar nuevos equilibrios y relaciones (Convenio CONACE, MINSAL, FONASA, 2006).

#### **2.4.2. Inclusión de hijos e hijas al tratamiento.**

Existe suficiente literatura que menciona que la incorporación de los hijos al programa de tratamiento, permite desde la observación natural, generar un ambiente familiar, abrir la posibilidad de definir roles entre usuarias y terapeutas, así como también la posibilidad de gatillar dinámicas más profundas en las mujeres, que deben ser abordadas en terapia individual o grupal según la necesidad específica (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2005, cit. en Convenio CONACE, MINSAL, FONASA, 2006).

De acuerdo a la práctica clínica observada (Convenio CONACE, MINSAL, FONASA, 2006) existen mujeres que en el inicio del proceso terapéutico, no están en condiciones emocionales de tener a sus hijos con ellas en tratamiento, sin embargo, al avanzar en el proceso de desintoxicación biológica y emocional, y al ver a otras mujeres con sus hijos, aparece la necesidad de un vínculo más próximo con ellos. Para generar un espacio real de encuentro de las usuarias con sus hijos, tanto en modalidad residencial o ambulatoria, es necesario primero crear un espacio mental tanto en ellas como en cada una de las personas que conforman el equipo terapéutico.

Al incluir los niños, se trae a la práctica y la realidad, la relación más primaria que es la de madre-hijo y su consecuencia es que transporta tanto a la usuaria como al

equipo tratante hacia “las relaciones”, por lo que técnicamente se pone el énfasis en ello y lleva ineludiblemente a trabajar más con la familia.

La atención de mujeres con problemas de drogas, debe incorporar cuando corresponda, la atención y acompañamiento en el cuidado y tenencia de los hijos, en el entendido que los niños, en ocasiones suelen constituir un aspecto limitante para el ingreso a programas de tratamiento tradicionales que no contemplan espacio para ellos.

Si bien es cierto, la evidencia empírica permite orientar respecto del diseño y ejecución de planes de tratamiento diferenciados para mujeres, no es menos cierto que aún se requiere contar con información válida y sistematizada para el análisis comparativo de programas de tratamiento para mujeres en nuestro país, que permita evaluaciones de impacto (Convenio CONACE, MINSAL, FONASA, 2006).

### **3. Investigaciones en Trastornos por Consumo de Sustancias.**

#### **3.1. Investigación en Trastornos Adictivos desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático.**

Dentro de los trabajos realizados en Chile en relación a los trastornos adictivos desde la perspectiva del Modelo Integrativo Supraparadigmático, se encuentra el trabajo realizado el año 2001, en conjunto por tres instituciones: el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile y CREA CHILE (institución que cuenta con cinco Comunidades Terapéuticas para la rehabilitación de hombres con Trastornos Adictivos). Los objetivos de esta investigación fueron: conocer más profundamente las características psicológicas de los sujetos adictos, reconocer los factores de riesgo para desarrollar la adicción, evaluar si el tratamiento desarrollado por las Comunidades Terapéuticas producía cambios en diferentes áreas de la personalidad y ver si el Modelo Integrativo Supraparadigmático podía hacer aportes que permitieran enriquecer técnicamente el tratamiento que se estaba realizando.

Los sujetos de estudio fueron en este caso treinta residentes seleccionados al azar de los noventa que en ese momento se encontraban en tratamiento en los tres hogares masculinos de la institución CREA CHILE.

Las conclusiones de este estudio fueron las siguientes (Guajardo, Bagladi, Kushner, 2001):

1. La mayoría de los sujetos ingresados a una comunidad terapéutica son poliadictos y tienen más de tres años de consumo de sustancias ilegales.
2. Los datos obtenidos apuntarían a la poca influencia de los tratamientos previos (de tipo individual y ambulatorio) en la mejoría de los trastornos adictivos aún cuando sí podrían influir en la toma de decisión de ingresar a una comunidad terapéutica por decisión propia en sujetos que presentan adicciones severas.
3. Se observa en la muestra datos de interés obtenidos en los resultados de las escalas del subsistema biológico. Habría un subgrupo de personas de alto riesgo con características de Inmadurez y Extroversión. Esto estaría corroborado por antecedentes de problemas en el parto, Déficit de Atención, trastornos de conducta y cambios frecuentes de colegios en el período escolar.
4. Resulta importante señalar que las alteraciones a nivel familiar no parecen ser suficientes para desencadenar el problema de adicción, pero sí serían fundamentales cuando factores como sobreprotección e inconsistencia en los métodos de crianza se dan en sujetos con las características biológicas descritas en el punto anterior.
5. El subsistema conductual-ambiental en el grupo de ingreso está alterado en cuanto a satisfacción de necesidades, falta de repertorio social y baja capacidad de autoeficacia. Siendo todos estos factores adquiridos durante el proceso de desarrollo, es probable que sean más bien consecuencia y no causa del consumo.
6. Las características más relevantes de las alteraciones a nivel del subsistema afectivo muestran alexitimia y falta en la capacidad de empatía, factores que serían incrementados durante el período de consumo de drogas.

7. A nivel del subsistema cognitivo las características de los sujetos son de un estilo de pensamiento irracional, el que tendería a justificar y mantener el consumo, conjuntamente con desarrollar una percepción de sí mismo de tipo negativa.
8. El tratamiento realizado en la comunidad terapéutica se relaciona con importantes cambios en los resultados de las escalas del área biológica (ansiedad, depresión, neuroticismo y psicoticismo), ambiental-conductual (satisfacción de necesidades, repertorio conductual y autoeficacia), cognitivo (irracionalidad cognitiva y autoimagen) y afectivo (empatía, alexitimia).
9. Los cambios a través del tratamiento realizado en CREA CHILE, en los diferentes subsistemas, permiten afirmar que se produciría un fortalecimiento del *Self*; lo que se traduciría en un importante cambio para evitar el futuro consumo. La utilización de un modelo integrativo permite pensar que es posible optimizar el tratamiento enriqueciendo los procedimientos utilizados.
10. El detectar un subgrupo de personas con alto riesgo permite pensar a futuro en programas preventivos en jóvenes de colegio con Síndrome de Déficit Atencional (SDA), inmadurez y extroversión, focalizando en este grupo las actividades.
11. Finalmente se podría afirmar que el FECI parece ser un buen instrumento, tanto para el diagnóstico como para la evaluación de las personas en tratamiento de rehabilitación por trastornos adictivos.
12. Los resultados obtenidos nos permitirían aplicar el Modelo Integrativo Supraparadigmático a la etiología y sicopatología de los Trastornos Adictivos.

### **3.2. Investigaciones en Mujeres con Trastornos por Consumo de Sustancias.**

A la hora de buscar información relacionada con el consumo de drogas en mujeres, resalta la escasez de investigaciones en torno a este tema y la mayor existencia de datos asociados a los efectos físicos que tienen las drogas, con escasos aportes en cuanto a las variables psicológicas asociadas al consumo.

En Chile, la intervención en drogas ha tenido un escaso desarrollo en cuanto a conocimientos y estrategias sobre las diferencias que se manifiestan entre hombres y mujeres. Dado que en general, el consumo de drogas en mujeres se ha considerado un fenómeno de menor prevalencia, las prácticas de intervención tienden a homogeneizar los tratamientos para hombres y mujeres como si tuvieran las mismas necesidades, sin tomar en cuenta que tanto los patrones de consumo como sus causas y consecuencias, les afectan de manera diferente (CONACE, 2004).

#### **3.2.1 Mujer con trastorno por dependencia por sustancias: un enfoque de género.**

El espacio público es ocupado en su mayoría por los hombres, y el espacio privado, es asignado a las mujeres. Lo público aparece regularmente como aquel espacio donde se realizan las actividades socialmente más valoradas, llevadas a cabo por los sujetos masculinos, pares entre sí; en el espacio privado en cambio, se realizan las actividades de menor prestigio y valor, las labores domésticas que permiten mantener el proceso de la vida, ejecutadas por las mujeres en la oscuridad del anonimato (Amorós, 1990, cit. en Lecourt, 2005). A pesar de la apertura a otros espacios, la imagen de mujer se construye fundamentalmente en torno a lo familiar y su cuidado.

Desde la perspectiva de género y el peso de la imagen social asociada a la mujer que presenta problemas por consumo de sustancias, el estigma asociado a ser “mujer adicta” conlleva a que en lo privado, ésta sea mal juzgada en el ejercicio de su rol materno, dado que no brinda el cuidado socialmente esperado a sus hijos/as y, desde lo público, es vista como alguien que no es capaz de controlar su situación

familiar. Finalmente, esta mujer se convierte en alguien en quien no se puede confiar desde otros ámbitos, como el laboral, por ejemplo (CONACE, 2004).

Sumado a lo anterior y en relación a las situaciones de vida asociadas al consumo problemático de drogas, se plantea que muchas veces para estas mujeres algunos temas tales como las tensiones al interior del hogar, la violencia en la familia, la no valoración de su aporte social, la tendencia a ubicarse en un lugar secundario y/o postergado, conflictos, en su mayoría, derivados de su rol sexual, son temas que adquieren una importancia central en el proceso de su dependencia y generalmente no son considerados en su proceso de tratamiento (CONACE, 2004).

En función del apoyo externo y familiar, es habitual que estas mujeres no cuenten con la misma comprensión, oferta de ayuda y acompañamiento familiar que los hombres, incluso, en algunos casos hay oposición explícita de sus familiares y/o pareja para que reciba algún tipo de atención. Una mujer que consume drogas, frecuentemente es abandonada por su pareja y los/as hijos/as quedan al cuidado de terceros. Ello se ve reforzado por lo mencionado anteriormente, el hecho de que la mujer con dependencia está mucho más expuesta a ser sancionada y criticada socialmente, lo cual potencia su aislamiento y, para evitar este estigma, tiende a ocultar su problema, a no pedir ayuda o a postergar el pedirla (CONACE, 2004).

### **3.2.1.1 Antecedentes relevantes y trastornos asociados.**

Cuando se habla de consumo de drogas en mujeres, no se debe olvidar que la drogodependencia es un fenómeno que se presenta de manera heterogénea, que atraviesa raza, nivel socioeconómico, educacional y grupo étnico, por lo tanto es posible encontrar semejanzas, pero también diferencias.

Es relevante la presencia de acontecimientos ocurridos en la niñez y los relacionados con la vida familiar como parte de la génesis del abuso de drogas. La presencia de patologías en la familia, ruptura de lazos, pérdidas, separaciones, conflictos matrimoniales entre los padres, historias de alcoholismo y/o drogadicción, altos índices de violencia y abuso sexual son situaciones frecuentes vividas por las mujeres que consumen drogas (CONACE, 2004).

Respecto de los antecedentes que relacionan los factores mujeres, drogas y violencia, existe la evidencia de que en algunos casos, las mujeres que han entrado en un consumo problemático de drogas han tenido como vivencia el abandono del hogar a temprana edad. El abuso físico, sexual y psicológico, son algunos de los motivos más importantes para abandonar el hogar que presentan las niñas y adolescentes (CONACE, 2004).

Como apoyo de lo anteriormente expuesto y relacionado con patología psiquiátrica presentes en estas mujeres, Enrique Madrigal plantea que parece existir una predisposición mayor a las dependencias en las mujeres con trastornos afectivos de índole depresiva con componentes de trastorno de pánico, que la observada para otros problemas emocionales o estrés. Sumado a lo anterior se ha observado que el uso y abuso de psicofármacos prescritos con receta, en el caso de las mujeres, ha sido asociado con estados de tensión y problemas de salud mental (Madrigal, s/f, cit. en CONACE, 2004).

Sobre los trastornos alimentarios asociados al consumo de sustancias psicoactivas en mujeres, se observa que el tipo de drogas usadas en esta población son anfetaminas, laxantes, efedrina, cocaína, cannabis, alcohol, éxtasis y extractos tiroideos; el abuso y/o dependencia a sustancias suele ser de mal pronóstico; las mujeres anoréxicas con comilonas y purgas consumen más sustancias psicoactivas que las restrictivas y las personas con bulimia y problemas por consumo de drogas, tienen características temperamentales comunes, tales como, búsqueda de sensaciones y alta impulsividad (CONACE, 2004).

En nuestro país, y a través del Ministerio de Salud, se plantean que los siguientes factores de riesgo estarían asociados al uso de alcohol y drogas en la mujer; desintegración de la familia; conflictos de pareja y percepción de desprecio por parte de ésta; sentimiento de sobreexigencia y falta de apoyo frente al desempeño laboral; sentimiento de no reconocimiento de su trabajo en el hogar; crisis de identidad tras la independencia de los hijos; insatisfacción en sus relaciones sexuales y afectivas; aislamiento de actividades sociales y recreativas sanas, utilización inadecuada del tiempo libre; falta de oportunidades para capacitarse y desarrollarse; realizar actividades frustrantes y de escaso prestigio; sensación de soledad y vacío; presión del

hombre hacia la mujer para hacerla compañera de fiestas o para seducirla; temor a ser rechazada por compañeros de trabajo o amigos que consumen y abusan frecuentemente de otras drogas; amistad con personas que trafican drogas; desconocimiento acerca de los daños que el licor y otras drogas producen en el organismo; modelos de identificación superficiales, deseos de adelgazar. Además se mencionan los siguientes factores motivacionales asociados al consumo de sustancias en mujeres; estar a gusto, sentir placer; aumentar la capacidad de trabajo; disminuir el estrés; aumentar la sociabilidad y disminuir la timidez; evitar el sentimiento de soledad y vacío; evitar sentir tristeza, dolor o frustración; evitar la ansiedad o el nerviosismo; disminuir el sentimiento de minusvalía; ser aceptada o valorada por la pareja; acompañar a la pareja (Ministerio de Salud, 2000, cit. en CONACE 2004).

### **3.2.1.2. Mujer con trastorno por dependencia por sustancias y embarazo.**

Un aspecto relevante a considerar es la condición de embarazo ya que el cambio que puede producir en algunas mujeres con dependencia es que dejen de consumir por cuidar al bebé, o bien disminuyan el nivel de consumo. No obstante, las mujeres embarazadas se encuentran con dificultades anexas de tipo institucional, que muchas veces agravan su situación; entre ellas están la falta de infraestructura para su adecuada detección y atención y la falta de capacitación del personal de las instituciones de salud, la que se transforma en una tendencia a enjuiciar o cuestionar la conducta de dependencia más que acoger y apoyar, lo que genera en las mujeres una tendencia a ocultar el consumo, terminando con una casi nula detección y un menor acceso a orientación y apoyo para que la mujer reciba la atención que necesita (CONACE, 2004).

### **3.2.1.3. Efectos físicos del consumo y abuso de sustancias en la mujer.**

Para dar cuenta de los efectos físicos que pueden presentar las mujeres que abusan del consumo de drogas se plantea que éstas absorben y metabolizan el alcohol de manera diferente a los hombres dado que tienen más tejido graso, menos músculos

y una menor cantidad de enzimas metabolizantes del alcohol, lo cual provoca que generalmente la mujer tengan mayor concentración de alcohol en la sangre que un hombre que ha consumido la misma cantidad de alcohol (CONACE, 2004).

También se ha demostrado que las mujeres que abusan del alcohol sufren de disfunciones cerebrales más pronto que los varones. Los efectos del alcohol en el hígado son más severos en las mujeres que en los hombres, al beber en exceso, las mujeres desarrollan más pronto enfermedades del hígado, tales como hepatitis alcohólica y cirrosis, aun cuando beban menos que los hombres (CONACE, 2004).

El alcohol interfiere con la producción normal de las hormonas femeninas. Se ha demostrado que los problemas menstruales, tales como dolor, sangrado intenso, grandes molestias previas al período y reglas irregulares o ausentes, son comunes en las mujeres que beben demasiado. Una mujer que abusa del alcohol, también puede presentar dificultad para alcanzar el orgasmo. Si además consume píldoras anticonceptivas y/o hormonas, su capacidad para metabolizar el alcohol se reducirá. En las mujeres con consumo de clorhidrato de cocaína, se observa mayor predisposición que en el varón al rompimiento del tabique nasal, debido a la fragilidad de los tejidos. Las mujeres que consumen tranquilizantes están más predispuestas a sufrir accidentes o intoxicaciones si los mezclan con alcohol (práctica de observación frecuente entre las mujeres) (CONACE, 2004).

#### **3.2.1.4 . Características psicológicas, relacionales y vinculares de mujeres que con trastorno por dependencia por sustancias.**

Si bien puede existir una gran diversidad frente a los antecedentes que presentan las mujeres con trastornos por dependencia por sustancias, la experiencia clínica del trabajo con mujeres en centros de tratamiento de la Región Metropolitana, plantea la presencia de los siguientes factores, los que pueden permitir la elaboración de diferentes perfiles en estas mujeres (Lara, 2001, cit. en CONACE, 2004).

**a) Autoestima.** Se observa carencia afectiva notable, lo que las lleva a buscarla en cualquier parte y de cualquier forma, habitualmente a través de comportamientos manipuladores. Estas mujeres manifiestan un pobre autoconcepto, con sentimientos de desvalorización y poco desarrollo de la confianza básica, lo que las hace inseguras, poco autónomas y con dificultad para enfrentar los conflictos personales con sus propios recursos.

La autoimagen suele centrarse en aspectos externos del yo, otorgándole un peso enorme a la imagen corporal, en pro de un modelo estético cultural femenino que invalida las formas redondas y privilegia la esbeltez (Lara, 2001, cit. en CONACE, 2004).

**b) Relaciones vinculares.** La mayoría de las mujeres plantean haber iniciado el consumo durante la adolescencia, con grupo de pares o pareja. Se observan dificultades de integración a grupos desde la infancia, sin amigas significativas, dado que la amistad se conoce a través del consumo. La adolescencia se vive con angustia y desorientación, con responsabilidades de crianza de hermanos menores en aquellos sectores más vulnerables. El proceso de identificación se realiza con los pares y la droga. La construcción de identidad sexual se realiza a partir de modelos deficitarios en las que se incluyen historia de abandono parental, separaciones, peleas, golpes, ausencia de diálogo afectivo entre la pareja parental, etc. Existe actividad sexual precoz, habitualmente con embarazo no deseado. Este inicio sexual precoz está asociado generalmente a la búsqueda de afecto para llenar vacíos afectivos, a la existencia de modelos sexuales poco claros, contradictorios y a experiencias dolorosas relacionadas con el sexo. Habitualmente, hay historia de abuso sexual en la infancia o adolescencia, durante largos períodos de tiempo y por una figura cercana, tío, hermano, padrastro y también el padre biológico. Estas experiencias traumáticas quedan en un vacío impune, dado que no se atreven a contarlo por amenazas del abusador o, cuando logran hacer público el secreto, la madre no logra creerles. La búsqueda de pareja, embarazo y droga se viven en forma paralela, sus parejas generalmente son consumidores problemáticos, ellos las iniciaron o ellas se involucraron con la intención de acompañarlos. Es frecuente el discurso asociado al

consumo de drogas en la actividad sexual. Forman pareja con la intención de crear familia y con la ilusión de que encontrarán solución a sus problemas de soledad, de falta de afecto, de valoración. La decisión de convivencia, generalmente dice relación con agobio, frustración, carga familiar (Lara, 2001, cit. en CONACE, 2004).

**c) Relación con la madre y ambiente familiar.** Se observan modelos parentales donde el padre desvaloriza a la madre explícita o implícitamente; creciendo con una madre que tolera maltrato físico y/o psicológico, que se comporta inmaduramente, siendo incapaz de defenderse y de defender a los/as hijos/as.

Las mujeres provenientes de sectores socioeconómicos acomodados describen una madre con dificultad para poner límites, estableciendo con la hija una relación horizontal, donde se comparten aspectos de su vida íntima, amorosa y/o afectiva a muy temprana edad, comprometiéndolas en secretos y complicidades. La hija empieza a ver la fragilidad de la figura materna y comienza a desarrollar un rol de madre de su madre.

Las mujeres provenientes de sectores más vulnerables, describen a la madre como una mujer que sufre, que es capaz de tolerarlo todo, pero que a la vez sienten que la madre le ha dedicado tiempo a otras cosas y no a ellas, ya sea a las labores de la casa, cuidado de los hermanos menores u otras. Se sienten ignoradas, poco validadas y rechazadas. El padre, habitualmente consumidor problemático de alcohol, suele comportarse con abuso de autoridad, con violencia y autoritarismo, expresa el afecto bajo efectos del alcohol; pero en lucidez, lo que aparece suele ser maltrato. Las normas y castigos son inconsistentes, con abuso de autoridad o con un “dejar hacer total”.

El sistema familiar tiene características de distanciamiento afectivo, con poca expresión de sentimientos; son familias desintegradas, que no han fomentado el apego. Las relaciones familiares han sido tensas, frías, agresivas, viéndose impelidos los miembros del grupo a buscar afecto fuera del sistema, a menudo en la calle (Lara, 2001, cit. en CONACE, 2004).

**d) Relación con su propia maternidad.** Ser madre es una responsabilidad que no han podido cumplir. Las mujeres vivencian una contradicción dado que el contactarse con su maternidad les ha hecho sentirse importantes, pero el no poder cumplir con sus deberes las hace sentir culpables. Se observa que, así como no han recibido el apoyo de su propia madre, ellas tampoco pueden contener y sostener a sus hijos.

La idea de tener un/a hijo/a, generalmente se inscribe en el deseo de tener algo propio, un/a hijo/a para suplir carencias y que las desvincule de sus problemas.

Se observa en la gran mayoría de las mujeres dependientes a drogas, el profundo temor de dañar al hijo o hija que viene, o que va a venir, por su historia adictiva. Las mujeres que presentan más temores, llegan incluso a suspender el consumo durante el embarazo, algunas continúan abstinentes, pero la mayoría reincide una vez que el/la hijo/a ha nacido. Al parecer, durante los primeros meses del bebé, logran establecer vínculos de apego, atendiéndolos y cuidándolos, pero en el momento en que el bebé comienza a demandar más atención, las mujeres desarrollan conductas de desapego, los dejan llorar, no respetan los horarios, etc. El agobio las lleva de nuevo al consumo, llegando inclusive a utilizar a ese/a hijo/a para obtener droga. Finalmente, se produce un franco abandono, dejándolos al cuidado de parientes, vecinas o cediéndolos a instituciones (Lara, 2001, cit. en CONACE, 2004).

A través de investigaciones realizadas en el Hospital Barros Luco en el año 2004, por medio de un proyecto CONACE a cargo de la Doctora Mónica Kimelman (Kimelman, 2004, cit. en CONACE, 2004) con mujeres poli dependientes embarazadas y su relación de apego con el recién nacido, se observa que el tipo de relación vincular y apego en estas mujeres corresponde al denominado “apego desorganizado”, donde se observa una madre con conductas temerosas o atemorizantes, con descoordinación afectiva, incapacidad para mentalizar la conducta del bebé y conductas impredecibles, con la percepción de un bebé “objeto”. Ello genera en el bebé la imposibilidad de extraer una estrategia coherente de apego, con un modelo desorganizado mental y una inseguridad afectiva.

En el proceso de tratamiento, es bastante frecuente observar el fuerte sentimiento de culpa de estas mujeres, la urgente necesidad de reparar el daño, el deseo de hacer propósitos de vida con los/as hijos/as y el temor a no poder hacerlo. Al

contactarse con el/la hijo/a, es posible trabajar el vínculo con la madre y, con ello, resignificar la experiencia y otorgarle a ella y al hijo o hija una posibilidad de apego seguro (CONACE, 2004).

### **3.2.1.5 Hacia un perfil de mujeres con Trastornos por dependencia por sustancias.**

Como ha sido planteado desde un comienzo, si bien existen factores comunes en las mujeres que presentan Trastorno por dependencia por sustancias, en general el perfil es heterogéneo. Es por esto que, mas allá de establecer un perfil único, es más factible realizar diferentes perfiles característicos. A continuación se presentan las diferentes categorías o perfiles de mujeres chilenas con consumo de drogas (CONACE, 2004):

- a. Jóvenes adolescentes con consumo de inhalantes y/o pasta base en situación de o en la calle.
- b. Infractoras a la ley de drogas; mujeres adultas jóvenes, madres de hijos/as en edad escolar, detenidas por tráfico o microtráfico y que requieren tratamiento.
- c. Adultas jóvenes de largo historial de consumo, la mayoría de las veces de marihuana y cocaína.
- d. Adultas de larga historia de consumo, especialmente de tranquilizantes (benzodiazepinas) y/o alcohol.
- e. Con patología dual.
- f. Embarazadas con consumo problemático de drogas.

A continuación se presenta un análisis de los perfiles de mujeres anteriormente descritos, distribuidos en tres grupos y asociados a la etapa generacional de socialización de género que les correspondió vivir (Lara, 2001 cit. en CONACE 2004).

### **3.2.1.5.1. Primer grupo: *Las hijas del rigor.***

Son, preferentemente, mujeres mayores de 50 años, en su mayoría alcohólicas, con consumo asociado de psicofármacos, principalmente tranquilizantes benzodiazepínicos; aisladas socialmente, privadas de un mundo propio, socializadas con el concepto de cuidar a otros como objetivo primordial del ser mujer, donde la desesperanza y la depresión son manifestaciones comunes del malestar interior (Lara, 2001, cit. en CONACE, 2004).

### **3.2.1.5.2. Segundo grupo: *Las que salieron a conquistar el mundo.***

Son mujeres menores de 40 años, mayoritariamente consumidoras de sustancias como cocaína y anfetaminas, que ejercen roles privados y públicos como producto de una socialización que fomentó la autonomía, principalmente a través de la inserción en el mundo laboral y la independencia económica, sin el soporte social necesario. En este contexto, el ejercicio de múltiples funciones: trabajo-casa hijos/as en edad escolar, puede generar cansancio, estrés y frustración. Esta generación de mujeres vive un conflicto permanente entre un sentimiento de rabia y culpa; se desborda y autoagrede; ha incorporado el concepto de cuidar a otros, pero, a la vez, cuidarse a sí misma, en un sistema social donde todavía la mayoría espera que la cuide una madre (real o simbólica), y la madre es mujer (Lara, 2001, cit. en CONACE, 2004).

**3.2.1.5.3. Tercer grupo: *Las hijas del sueño perdido.*** Son mujeres menores de 20 años, en las cuales se observa una conducta dependiente compulsiva, abierta y con una gran carga de auto y heteroagresividad; generalmente consumidoras de pasta base de cocaína, cocaína y alcohol, con manifestaciones conductuales de mayor impacto social, promiscuidad, prostitución, robos menores. Bajo efectos de tóxicos de alta potencia adictiva y con rápido deterioro biopsicosocial, la mujer se “defiende de la agresión del otro”, agrediendo, ingresando con ello en un circuito altamente violento (Lara, 2001, cit. en CONACE, 2004).

#### **4. Antecedentes de las Comunidades Terapéuticas Residenciales en las que se llevó a cabo el estudio.**

##### **4.1. Comunidad Terapéutica Manresa Femenina.**

La Comunidad Terapéutica Manresa Femenina, ubicada en Lampa, Región Metropolitana, es un programa de acompañamiento residencial dirigido a mujeres entre 14 y 30 años de edad con problemas en el consumo de alcohol y/o drogas, en situación de riesgo social y/o embarazadas, las cuales, en los casos en que no cuenten con una red de apoyo para su cuidado durante la permanencia en la Comunidad, pueden ingresar con hijos preescolares, de hasta 6 años de edad.

La comunidad comienza a funcionar el año 1996, estando orientada a implementar un trabajo diferenciado con las mujeres en el tema de la rehabilitación de trastornos por dependencia a sustancias. Esta iniciativa surge ante la necesidad de entregar a las mujeres un tratamiento con diferencias significativas en comparación al trabajo que se realiza con los hombres. En el caso de la mujer, muchas veces existe dificultad para pedir ayuda, situación de abandono psicosocial, mayor estigmatización, altos montos de culpabilidad y lo maternal como referente motivacional que muchas veces puede aparecer como factor resiliente.

La comunidad funciona las 24 horas del día durante los 365 días del año, con un horario de actividades diarias, de lunes a viernes, y otro para los fines de semana.

Las herramientas metodológicas que se utilizan son las siguientes: Terapias Grupales, Seguimiento Individual, Acompañamiento por recaída y Actividades especiales.

Los objetivos generales de su programa de trabajo son:

1. Promover la reeducación y reinserción social de mujeres adultas con dificultades de vida, facilitando en ellas la construcción de un proyecto de vida y el logro de la autonomía en base a valores prosociales.

2. Fomentar la reinserción familiar y educacional de mujeres adolescentes, a través de la consolidación en ellas de hábitos y habilidades sociales, constituyéndose en un espacio nutricional, lúdico y protector.

Por otra parte, los objetivos específicos son:

1. Fomentar la integración y participación en la vida grupal y comunitaria dentro de la Comunidad Terapéutica.
2. Promover una definición positiva de la autoimagen y mejoramiento de la autoestima.
3. Brindar una formación moral y cristiana con valores como la solidaridad, honestidad, amor, justicia y responsabilidad.
4. Promover el reconocimiento de la trascendencia de los propios actos (empatía y conciencia de daño).
5. Estimular la valorización y respeto por el propio cuerpo, a través de la participación en actividades deportivas, recreativas, culturales y artísticas.

El proceso reeducativo consta de tres fases. La primera corresponde a la Fase de Inducción, acogida o de incorporación, en la cual se provee a la residente de un espacio de acogida que permita su inserción en la Comunidad. Se le da a conocer el lugar donde transcurrirán sus próximos meses, se le presentan sus compañeras y se le asigna una residente guía, quien la acompañará durante el primer tiempo. Luego viene la Fase de Comunidad, la que a su vez se organiza en cuatro etapas, cada una con objetivos específicos. En ellas se promueve una adecuada integración a la comunidad, de modo que la residente pueda profundizar en la propia intimidad y elaborar su proyecto de vida de acuerdo a valores prosociales. El proceso que realiza la persona sigue las siguientes etapas: Compromiso; Sinceridad; Responsabilidad y Proyección (Ver Anexo 6).

Finalmente, la Fase de Reinserción corresponde al período en que las residentes dejan de permanecer en la Comunidad, excepto para participar en las actividades propias de la fase. Se acompaña a la residente en la consolidación de un

proceso de desarrollo personal guiado por valores prosociales y basado en un estilo de vida libre de conductas de riesgo.

#### **4.2. Centro Educativo Salesiano María Auxiliadora.**

La comunidad terapéutica María Auxiliadora, ubicada en La Calera, Quinta región, ofrece tratamiento gratuito, de tipo residencial, a mujeres mayores a 18 años de edad con problemas en el consumo de alcohol y/o drogas. Esta comunidad forma parte del área de rehabilitación de la Fundación Programa Don Bosco-Vida Compartida.

Las áreas de trabajo de ésta fundación son cinco: Rehabilitación, Prevención, Trabajo de calle, Pastoral y Proyectos.

El área de Rehabilitación tiene como principal objetivo contribuir de manera eficiente y humanista a la rehabilitación del consumo de drogas entre jóvenes de extrema pobreza y marginalidad. Asume en plenitud la propuesta educativa salesiana y realiza su trabajo de comunidades terapéuticas, en el marco mayor de Centros Educativos Salesianos. Al interior del área, existen tres propuestas específicas: 1) Propuesta Adolescentes: Centro Educativo Salesiano Domingo Savio; Proyecto ambulatorio de acompañamiento a adolescentes con consumo problemático de drogas en la ciudad de Los Andes. 2) Propuesta Jóvenes: Centro Educativo Salesiano Valdocco, Centro Educativo Salesiano Mamá Margarita, Centro de Reinserción San Francisco de Sales. 3) Propuesta Mujeres: Centro Educativo Salesiano María Auxiliadora. En este último centro mencionado es donde se realiza la presente investigación.

La propuesta educativa-terapéutica de la comunidad María Auxiliadora plantea como objetivo general ofrecer a la joven una alternativa de reeducación y desarrollo integral, incorporando elementos propios de la variable género, que le permita transformar su existencia y construir un proyecto personal con vocación de vida, guiado por valores pro-sociales y basado en un estilo de vida libre de drogas con el fin de lograr su reinserción laboral, familiar y social.

Como estrategia de trabajo, la labor se distribuye en tres Grupos Educativos, los cuales corresponden a; Grupos Terapéuticos, Temático y de Autoayuda para

familias. De los Grupos educativos terapéuticos se desprenden tres; el Grupo Estático, el cual pretende generar un espacio que le permita a la joven identificar recursos y limitaciones de su realidad personal y familiar, con énfasis particular en aquellos elementos de género que se encuentran a la base. El segundo grupo corresponde al de Expresión de sentimientos, la cual es una fase de contención y acompañamiento emocional, que busca proporcionar un espacio terapéutico controlado y protegido, en el que la joven pueda reconocer, identificar y expresar sentimientos, tanto los propios como aquellos experimentados en la vida en comunidad. Finalmente el Grupo de objetivos corresponde a cada etapa del Proceso Reeducativo, los cuales le entregan una guía que orienta su camino a seguir, dividiéndose en tres fases; Inducción, Comunidad terapéutica y Reinserción (ver Anexo 7).

Respecto de las Actividades Educativas Terapéuticas practicadas en la comunidad, se encuentran: Actividades Espirituales donde se orientan a formar el sentido moral de la joven y conocer teórica y vivencialmente la propuesta cristiana, las Actividades Escolares, las que generan un espacio de acompañamiento educacional para aquellas que requieran reforzamiento para la regularización de sus estudios y las Actividades Ocupacionales, corresponden a la implementación de talleres que tienen como finalidad un apresto laboral que las prepara para la posterior reinserción al mundo del trabajo, los cuales son el Taller de corte y confección y el Taller de computación. Además cuentan con actividades de autogestión que satisfacen las necesidades básicas internas de la comunidad, tales como mantención de la casa, amasandería, jardinería y cocina.

Esta comunidad cuenta además con Consulta Psiquiátrica, donde se realiza una profundización diagnóstica respecto de los trastornos psiquiátricos que podrían estar asociados al consumo en las residentes. La Consulta en Salud mental y Psicológica corresponde a intervenciones terapéuticas individuales con el fin de reforzar los procesos grupales y de especialización de algunas temáticas. Es importante destacar el Trabajo en Redes realizado, dada la necesidad de mantener coordinación con profesionales de salud y de asesoría jurídicas.

## IV. MARCO TEÓRICO

### 1. Drogodependencias.

En primer lugar, para definir el concepto de drogas se hará referencia a la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para la OMS *Droga* es: “Cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, de alterar la actividad psíquica y el funcionamiento del organismo, cuyo uso prolongado o frecuente, generalmente, provoca dependencia física y/o psíquica” (CONACE, 2004).

Por lo tanto, se puede entender drogodependencia como la interacción que se establece entre el sujeto y una sustancia que da lugar a cambios físicos y/o psíquicos que se traducen en una imperiosa necesidad de consumirla. Esta interacción se refleja en la conducta del sujeto que se caracteriza por una compulsión a tomar la droga de manera continua o periódica, ya sea para experimentar sus efectos psíquicos (de relajación, éxtasis, desinhibición, entre otros), algunas veces para evitar el malestar producido por la abstinencia (especialmente con drogas como la heroína, de alto poder adictivo) (Galanter, 1997).

En términos simples, CONACE define drogodependencia como la adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica que tiene una persona cuando consume drogas de manera recurrente y compulsiva (CONACE, 2004).

#### 1.1. Criterios Clínicos para el Diagnóstico de Dependencia a Sustancias.

Actualmente la Salud Mental Chilena privilegia para el diagnóstico de las drogodependencias un modelo que pone especial énfasis en la presentación sintomática del fenómeno. Por ello, se señalan a continuación los criterios propuestos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) y por la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su décima versión (CIE-10).

### **1.1.1. Criterios del DSM-IV-TR para el Diagnóstico de Dependencia a Sustancias.**

En el DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de la Asociación Psiquiátrica Americana), se define como característica esencial de la dependencia de sustancias a 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 (por ejemplo, no se han especificado síntomas de abstinencia para la dependencia de alucinógenos). Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la “necesidad irresistible” de consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias. En síntesis, en el DSM-IV-TR se define la dependencia a sustancias como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses (Pichot, 2002):

(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.
- (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 (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, fumar un pitillo tras otro) 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 (por ejemplo, consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Además se sugiere especificar si es:

- Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2).

- Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si no se cumplen los puntos 1 y 2)

### **1.1.2. Criterios del CIE-10 para el Diagnóstico de Dependencia a Sustancias.**

Por otra parte, la conceptualización propuesta por la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su décima versión (CIE-10) establece lo siguiente:

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en las cuales 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 a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome, en comparación con lo que sucede en individuos no dependientes (OMS, 1995)

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

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras, para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
- 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 una muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 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 (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en los que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- 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.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo de una sustancia, o deterioro cognitivo secundario al consumo de una sustancia. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

## **2. Modelo Integrativo Supraparadigmático.**

El Modelo Integrativo Supraparadigmático, propuesto por el psicólogo chileno Roberto Opazo, surge en un contexto en el cual nuestra disciplina, la Psicología, se caracteriza por estar “dividida” en una serie de corrientes teóricas y prácticas, con fundamentos epistemológicos y metodológicos diferentes.

Es posible apreciar que cada una de estas corrientes en Psicología, y específicamente de la Psicoterapia, tiene una perspectiva particular del sujeto de estudio y del comportamiento humano, en cuanto a las explicaciones causales que se dan al respecto, sobre todo en el ámbito de los trastornos o alteraciones psicológicas. Consecuentemente, las metodologías para el tratamiento también van a diferir enormemente, surgiendo la inquietud de encontrar “la” alternativa en psicoterapia más adecuada o eficaz al momento de enfrentarnos al tratamiento de una persona que acude a psicoterapia.

Sin duda, la discusión en torno a la elección del mejor enfoque no lleva a ningún fin, debido a que cada una posee aspectos positivos, al estar cada una “mirando” un aspecto de la realidad, para el cual sus explicaciones resultan coherentes. Sin embargo, lo negativo estaría en que pretenden explicar todo el comportamiento humano desde ese ámbito en particular.

Para llegar a una mayor comprensión de las problemáticas psicológicas y así poder intervenir adecuadamente, se hace necesario integrar “lo bueno de cada enfoque particular” y aunar los principios explicativos y metodológicos en un todo coherente, donde no se trata de sumar aspectos de cada enfoque o paradigma, sino que de integrarlos en un modelo teórico, a partir del cual desprender una práctica psicológica sin sesgos ni reduccionismos. Esa es la gran tarea que se propone Roberto Opazo y que admirablemente logra construir en su Modelo Integrativo Supraparadigmático, del cual se desprende la Terapia Integrativa en psicología.

## **2.1. Descripción General del Modelo.**

El Modelo Integrativo Supraparadigmático, propuesto por Roberto Opazo, orienta en la actualidad el quehacer del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). “Se trata de una “macro-teoría” que constituye un set de principios epistemológicos, metodológicos y paradigmáticos, que sirven de cimiento a una Psicoterapia Integrativa” (Opazo, 2001).

### **2.1.1. Planteamientos epistemológicos y metodológicos del Modelo.**

En cuanto a los **planteamientos epistemológicos** centrales del Modelo Integrativo, éste asume un enfoque denominado “constructivismo moderado”, según el cual, somos parcialmente constructores de nuestras percepciones.

Un postulado central del constructivismo moderado, es que 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).

El modelo propone además el concepto de “unidad cognitiva biológico-ambiental” como la modalidad básica del conocimiento humano. Desde esta perspectiva, cada unidad de nuestro conocimiento integra biología y ambiente. El sujeto nunca conoce la realidad en sí, en forma objetiva, debido a restricciones biológicas y restricciones lingüísticas. Pero el proceso deja espacio suficiente para conocer “indirectamente” la realidad, es decir, para conocerla a través de nuestras modalidades biológicas y por medio de nuestras propias palabras (Opazo, 2001).

Dentro de los **fundamentos metodológicos** del Modelo Integrativo se encuentran los siguientes planteamientos (Opazo, 2001):

1. El Modelo exige de una teoría capaz de guiar, pero a la vez que sea amplia y completa, que invite a la imparcialidad paradigmática, que “obligue” a explorar hipótesis alternativas en diversas direcciones. Esto involucra un marco teórico guiador que se aleje de los reduccionismos teóricos hacia los

paradigmas simples o complejos, y donde lo primero será el conocimiento, por encima del enfoque.

2. Favorecer una actitud científica, lo cual involucra, entre otras cosas: privilegiar el conocimiento por sobre el enfoque; exigir rigor metodológico; valorar los datos de la investigación y nutrirse de ellos a “perpetuidad”.
3. La estatura del conocimiento se evalúa en la acción, es decir en sus aportes a la predicción y/o al cambio.
4. Precisión, especificidad, y exploración amplia son cruciales en la aproximación metodológica desde el Modelo Integrativo.
5. Se hace necesario el ir complementando los aportes del método fenomenológico con los del método empírico-experimental.

Un concepto central para el Modelo Integrativo es el concepto de “**Principio de Influencia**”. Este concepto se hace cargo de las complejidades causales en el ámbito psicológico y del rol preferencial que asume lo probabilístico. Así, un principio de influencia hace referencia a una relación entre un hecho específico (precedente) y un hecho específico (consecuente). La presencia del primero aumenta la probabilidad de que se produzca el segundo. No se trata entonces de una relación legal de necesidad, sino de una relación probabilística, establecida sobre la base de observaciones científicas sistemáticas.

Se puede apreciar así la diferencia entre una ley necesaria y una influencia reguladora: una ley se plantea de la siguiente forma: *Si A entonces B (ocurrirá)* ( $A \rightarrow B$ ). En cambio, un principio de influencia se plantea de la forma: *Si A entonces B (es altamente probable)* ( $A \rightarrow > \text{Pr } b$ )

De esta forma, el concepto de principio de influencia permite “humanizar” el principio de causalidad. Implica reconocer principios reguladores de la dinámica psicológica, que permiten predecir la probabilidad de un efecto (Opazo, 2001).

En cuanto a la relación de este concepto con el ámbito clínico, el concepto de principio de influencia no sólo “humaniza” el principio de causalidad; sino que adicionalmente pone a disposición del psicoterapeuta integrativo un amplio arsenal de fuerzas específicas utilizables a favor del proceso terapéutico. Puesto que la

investigación muestra que los psicoterapeutas logran algún efecto sobre la base casi exclusiva de variables inespecíficas, el aporte de fuerzas específicas ligadas a cada principio de influencia pasa a ser esencial para la Psicoterapia Integrativa (Opazo, 2001).

### **2.1.2. Los Paradigmas del Supraparadigma.**

El Modelo Integrativo Supraparadigmático integra los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, los cuales son integrados en función del sistema *Self* de la persona. A continuación se resumen los principales planteamientos de cada uno de ellos (Opazo, 2001), incluyendo en cada caso lo que sería un paradigma “bien desarrollado” de acuerdo al concepto de Desarrollo Personal que tiene este modelo.

El **Paradigma Biológico** propone que ciertas características específicas genéticas, endocrinas, neuroanatómicas o bien neurofisiológicas, pueden influir en la génesis de específicas cogniciones, emociones o conductas (las cuales a su vez pueden ser más o menos “desajustadas”). Un paradigma biológico “bien desarrollado” estaría representado, entre otras, por: ausencia de disposiciones biológicas hacia la psicopatología, una baja selectividad emocional biológica y un balance equilibrado entre introversión/extroversión y neuroticismo (Opazo, 2004).

El **Paradigma Ambiental/Conductual** postula que ciertas características ambientales específicas, pueden influir en la génesis de específicas cogniciones, afectos y conductas (los cuales a su vez pueden ser más o menos “desajustadas”). Un paradigma Ambiental/Conductual “bien desarrollado” implica, entre otros: un ambiente variado y completo, una flexibilidad conductual, mayor actividad que pasividad, mayor capacidad para la conducta asertiva y un balance entre impulsividad y sobrecontrol conductual (Opazo, 2004).

El **Paradigma Cognitivo** asigna un rol central a la información y al procesamiento de la información: sesgos, distorsiones o defectos en la percepción e interpretación de las experiencias, pueden resultar en respuestas desadaptativas y ese error sistemático y persistente en el procesamiento de la información, juegan un rol

importante en muchas formas de psicopatología (Pretzer y Beck, 1996, cit. en Opazo, 2001). De esta forma, un paradigma cognitivo bien desarrollado implica: expectativas “realistas”, altas expectativas de autoeficacia, un estilo atribucional flexible, capacidad de autocritica y ausencia de exigencias/autoexigencias rígidas (Opazo, 2004).

El **Paradigma Afectivo** postula que los eventos y estructuras afectivos pueden ejercer una influencia causal generando cogniciones, conductas e incluso cambios anatómo fisiológicos en el organismo. Así mismo, un paradigma afectivo “bien desarrollado” postula la presencia de un repertorio afectivo variado y completo, ausencia de “hipersensibilidad emocional”, tolerancia a la frustración y capacidad de empatía (Opazo, 2004).

El **Paradigma Inconsciente** involucra la influencia sobre cogniciones, afectos y conductas desde aquellas actividades mentales de las cuales el individuo no está conciente (Marx y Hillix, 1969, cit. en Opazo, 2001). Lo siguiente representa un paradigma inconsciente “bien desarrollado”: amplio campo de conciencia, ausencia de alexitimia, escaso uso de la represión y de mecanismos de defensa inconscientes (Opazo, 2004).

El **Paradigma Sistémico** plantea que un sistema (entendido como una totalidad donde el todo es más que la mera suma de sus partes) se comporta de acuerdo a patrones de causalidad circular en un proceso que no tiene comienzo ni fin. La búsqueda de conservar su punto de equilibrio homeostático o de conservar su coherencia sistémica, lleva a los sistemas a la resistencia al cambio, y cuando el cambio de la totalidad se produce, las partes pasan a ser afectadas, sean estas “partes” cogniciones, afectivas o conductuales.

Por otra parte, en el Modelo Integrativo Supraparadigmático, el **Sistema Self** es el punto central de la experiencia y constituye el eje de integración de los sub-sistemas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo e inconsciente, los cuales operan en un sistema total.

El sistema *self*, como eje integrador, realiza funciones de identidad, de auto-organización, de significación de la experiencia, de control conductual y de búsqueda de sentido, cada una de las cuales puede tener gran relevancia clínica.

La **Función de Identidad** involucra autoimagen y autoestima y una respuesta a la pregunta “quién soy yo”, pudiendo verse afectada, por ejemplo, por interferencias emocionales sobre el sistema cognitivo. Un ideal de *self* claro, motivante y alcanzable ejerce un positivo efecto movilizador del desarrollo personal (Opazo, 2004).

La **Función de Auto-organización** del *self* involucra un reconstituirse tras cada experiencia. Esta función puede estar interferida desde la biología misma. En una persona psicológicamente bien desarrollada, la desorganización del *self* es proporcional a la experiencia y la función de autoorganización tiende a ser rápida y completa. Aun así, el sistema nunca vuelve exactamente al mismo punto de partida, pues toda experiencia implica algún cambio personal (Opazo, 2004).

La **Función de Significación** involucra la traducción de la experiencia, la cual puede estar interferida por expectativas irrealistas, por esquemas rígidos, por sesgos atribucionales o por errores cognitivos de diversa índole. De este modo un sistema *self* fuerte facilita un buena análisis de la realidad, lo cual va de la mano con el desarrollo personal (Opazo 2004).

La **Función de Control Conductual** involucra, entre otros, el despliegue conductual asertivo, esto es, abrirle espacios a la satisfacción de las propias necesidades pero respetando los derechos de los otros (Opazo, 2001). La existencia de un sistema *self* desarrollado desde esta función, implica la capacidad para movilizar conductas, para desplegar un esfuerzo persistente, estabilidad emocional y capacidad para postergar impulsos (Opazo, 2004).

La **Función de Búsqueda de Sentido** del *self* tiene que ver con que cuando una persona configura un sentido para su propia vida, se supera, lucha y persevera más. En una vida con sentido la persona sabe mejor lo que quiere, lo que valora y lo que se adecúa mejor a ella. Esto le permite enriquecer su mecanismo de toma de decisiones. Y al decidir con más fundamento y con mayor convicción la persona va confirmando sus vivencias de libertad. En este contexto, un sentido de la vida bien planteado abre mejores opciones de decisión, de sabiduría y, por ende, de desarrollo personal (Opazo, 2004).

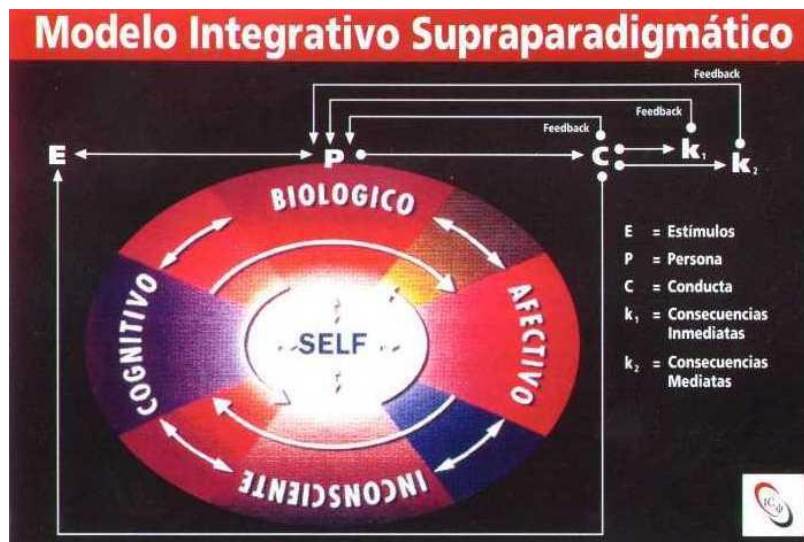
En cuanto a su **Delimitación Estructural**, el Modelo Integrativo se estructura sobre la base de paradigmas, constituyendo una unidad funcionalmente relacionada, comunicada e integrada, y no una mera sumatoria de paradigmas inconexos.

El Modelo integra los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, en una unidad coherente Supraparadigmática. El eje integrador del Modelo es el sistema *self* el cual constituye el punto de confluencia de los sub-sistemas o paradigmas (Opazo, 2001).

Los elementos o componentes estructurales del Modelo Integrativo, que se perfilan como relevantes para la comprensión de la dinámica psicológica humana, son los siguientes: Paradigma Biológico, Paradigma Ambiental/Conductual, Paradigma Cognitivo, Paradigma Afectivo, Paradigma Inconsciente, Paradigma Sistémico, Sistema *Self*, Causalidad Lineal, Causalidad Circular, Mecanismos de Retroalimentación y Procesos Constructivos en la Significación.

La Figura 1 explicita la configuración estructural del Modelo Integrativo Supraparadigmático.

**Figura 1: Delimitación Estructural del Modelo Integrativo.**



En términos descriptivos, en el Modelo “E” son los estímulos ambientales, “P” es la persona, “C” es la conducta abierta, “K1” son las consecuencias inmediatas y “K2” son las consecuencias mediatas. El eje integrador de la persona “P” es el sistema *self*, hacia el cual convergen los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo e inconsciente. El Modelo integra también las modalidades causales lineal ( $\rightarrow$ ) y circular ( $\leftrightarrow$ ) (Opazo, 2001, p.119).

Finalmente, es posible mencionar cuatro funciones generales que cumple el Modelo Integrativo. Cumple una función ordenadora, una función predictiva, una función de potenciar las fuerzas de cambio y una función guiadora en el ámbito de la investigación y de la clínica (Opazo, 2001).

## **2.2. Etiología de los Trastornos Adictivos desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático.**

El Modelo Integrativo, tal y como se describió más detalladamente en el punto anterior, integra los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico. En lugar de optar por alguno de estos paradigmas, los integra, con lo cual se fortalecen las opciones de comprensión y de intervención. Y los integra en torno al sistema *self* de la persona, el cual incluye cinco funciones básicas: identidad, autoorganización, significación, control y búsqueda de sentido (Fernández y Opazo, 2004).

En cuanto a la etiología de los trastornos adictivos de acuerdo al Modelo Integrativo, el problema de las adicciones se considera multicausal (Fernández y Opazo, 2004), es decir, existirían factores influyentes desde cada paradigma, así como también, desde las características del sistema *self*.

A continuación se describen, por cada paradigma, los factores que están influyendo en la etiología y mantención de las adicciones.

### 2.3.1. Paradigma Biológico.

El paradigma biológico postula que disposiciones o cambios a nivel endocrino, de neurotransmisión, de dotación genética, de neuroanatomía, etc., pueden producir desajustes en el ser humano, ya sea a nivel cognitivo, afectivo y/o comportamental (Opazo, 2001 cit. en Feuchtmann, 2004). El consumo de drogas evidentemente modifica de forma importante y crítica el funcionamiento y estructura cerebral. Esto ayudaría a explicar, en parte, la generación de una adicción y su mantención a largo plazo, pues determinaría la responsividad de las estructuras cerebrales a determinadas drogas (Feuchtmann, 2004).

Los factores del subsistema biológico que destacan en la etiología y mantención de las adicciones son los siguientes:

**a) Vulnerabilidad Genética:** Gran cantidad de investigaciones en animales y humanos muestran una relevante influencia genética en el abuso de algunas sustancias, en especial en el desarrollo del alcoholismo y tabaquismo (Feuchtmann, 2004). Otros elementos genéticos que destacan, además de la predisposición al alcoholismo, son la predisposición a la extroversión, el psicoticismo y la impulsividad en cuanto variables constitutivas poco modificables (Fernández y Opazo, 2004).

**b) Influencias Neurobiológicas:** En gran medida, el consumo de determinadas drogas tiene que ver con el efecto que éstas tienen en el organismo, lo que explicaría en parte por qué una persona continúa consumiéndola. Los estudios de neuroanatomía han postulado la existencia de un circuito neurológico del placer o la gratificación, que explicaría el intenso refuerzo positivo del consumo de una droga. Este circuito correspondería al sistema dopaminérgico y sus neuronas liberadoras de opiáceos, que comienzan en el área ventral tegmental del mesencéfalo y que abarcan también el núcleo auditivo, proyecciones al sistema límbico y a la corteza orbitofrontal (Barlow et al., 2001; Graña et al., 1996; Muñoz, 1999; Santander, 1999; cit. en Feuchtmann, 2004). En este sentido, la mayoría de las drogas provocan alteraciones en el sistema de neurotransmisores, en especial en el sistema dopaminérgico, aumentando su

disponibilidad. No obstante, existen muchas drogas que no necesariamente tienen que ver con el placer, sino más bien con la reducción del dolor. En otras palabras, algunas drogas producen un efecto ansiolítico, como por ejemplo, el alcohol, que también tendrían incidencia en el sistema septal/hipocampal (Feuchtman, 2004).

**c) Cambios estructurales y funcionales en el cerebro:** Como efectos de una determinada droga en el cerebro, se producen en él cambios estructurales y funcionales, los cuales funcionarían como un “interruptor” cerebral que llevaría a la persona adicta a manifestar un patrón de consumo compulsivo y a una intensa búsqueda de drogas cuando este interruptor se enciende con un consumo aislado (Feuchtman et. al., 1999 cit. en Feuchtman, 2004).

**d) Desarrollo de Tolerancia y Síndrome de Abstinencia:** Las alteraciones provocadas por la mayoría de las drogas en las funciones y estructura cerebral, llevan a que el organismo se adapte fisiológicamente hablando a determinada sustancia, lo que llevará a que los efectos percibidos por determinado consumo vayan mermando en el tiempo. Esto ocasionará que el patrón de ingesta del adicto se vaya incrementando, pues cada vez necesitará mayor cantidad de una determinada droga para experimentar los mismos efectos que al inicio del consumo. Esto es lo que se conoce como desarrollo de la tolerancia, proceso biológico que explicaría el por qué se incrementaría sostenidamente el uso de la droga en el tiempo.

Por otro lado, por esta homeostasis del organismo con el consumo de drogas, la suspensión de su consumo ocasionará el conocido Síndrome de Abstinencia, el cual se refiere al conjunto de cambios fisiológicos y sintomáticos ante la supresión o suspensión de la ingesta de drogas a la cual el organismo ya se había habituado. De esta forma, no sólo será la búsqueda de placer la que determinará o comandará en parte el consumo de drogas (refuerzo positivo), sino también la búsqueda de supresión del síndrome de abstinencia (refuerzo negativo) (Barlow et. al., 2001; Feuchtman et al., 1999; Muñoz, 1999; Santander, 1999 cit. en Feuchtman 2004).

e) **Variables Temperamentales:** Investigaciones en el campo de la biología han estudiado cómo ciertas disposiciones biológicas neuronales (consideradas por algunos autores como dimensiones de la personalidad) estarían asociadas al consumo de drogas, en especial, el alcohol (Feuchtman, 2004). Un representante relevante de esta corriente es Cloninger (Feuchtman et al., 1999 cit. en Feuchtman, 2004), quien con su Modelo Psicobiológico revisa la temática del alcoholismo a través de mecanismos neuronales que estarían a la base de la dependencia. Cloninger, basándose en la información obtenida a través de sus estudios neurofisiológicos con animales y neurofarmacológicos con personas, plantea la hipótesis de la existencia de distintos sistemas cerebrales neuroadaptativos, es decir, diferentes sistemas reguladores de la conducta humana, asociados a distintos sistemas de neurotransmisores; éstos, luego se asociarían a distintos patrones conductuales predominantes en el individuo, tales como búsqueda de sensaciones, evitación del daño, dependencia a la recompensa o refuerzo (Feuchtman, 2004).

Por otra parte, ciertos rasgos de personalidad fuertemente influidos desde lo biológico, como la inestabilidad emocional (neuroticismo alto), la disposición biológica a presentar conductas gregarias, la búsqueda de sensaciones y el estar orientado hacia el medio externo (extroversión alta), y la impulsividad (psicoticismo alto) se muestran muy asociados al consumo de drogas (Guajardo et al., 2003 cit. en Feuchtman, 2004).

f) **Comorbilidad asociada:** La presencia de cuadros de depresión, cuadros ansiosos, enfermedades médicas y/o psiquiátricas y presencia de trastornos de personalidad, se relacionan fuertemente con consumo compulsivo de drogas (Barlow et al., 2001; Cambor et al., 1996; Feuchtman et al., 1999; Graña et al., 1996 cit. en Feuchtman, 2004). Asimismo, la presencia de Síndrome de Déficit Atencional en la infancia, inmadurez neurológica y/o antecedentes de dificultades en el embarazo y/o parto también son considerados como principios de influencia relevantes (Guajardo et al., 2003 cit. en Feuchtman, 2004).

### 2.3.2. Paradigma Ambiental/Conductual:

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 en la mantención de ciertos pensamientos, emociones y conductas (Opazo, 2001, cit. en Feuchtmann, 2004). Con respecto a las adicciones, han sido conceptualizadas desde este paradigma como un hábito desadaptativo o aprendido, a través de diferentes mecanismos de aprendizaje que explicarían tanto su etiología o mantención.

**a) Condicionamiento Clásico y Operante:** A la base de los trastornos adictivos se encuentran las leyes más básicas del aprendizaje, la cual es considerada como una conducta aprendida. La persona a lo largo de sus experiencias de consumo, asocia – a través de procesos de condicionamiento – determinados estímulos con determinados efectos de la droga, y con determinadas condiciones ambientales, externas e internas. Es así como la conducta de búsqueda de drogas y autoadministración están íntimamente relacionadas con (Barley, 1991; Barlow et al., 2001; Feuchtmann et al., 1999; Graña et al., 1996; Margolis, 1995; Millar et al., 1999; Santander, 1999 cit en Feuchtmann, 2004):

- Debido al condicionamiento operante o aprendizaje hecho por la asociación de las consecuencias o efectos de la conducta, se producirá la búsqueda de refuerzo de la droga, es decir, se buscarán los efectos placenteros del consumo de drogas o refuerzo positivo y también, se buscará evitar los efectos negativos por el no consumo de drogas (Feuchtmann, 2004).
- Asociación clásica entre estímulos ambientales que se transforman en gatillantes o generadores de deseo de consumo, al estar asociados temporalmente al patrón de consumo. Es así como la persona adicta no solamente consume ante la presencia de drogas (estimulación directa), sino que también es incentivada y gatillada por estímulos ambientales, tales como determinadas situaciones, lugares, personas o estados internos que han sido asociados anteriormente con el consumo (Feuchtmann, 2004).

- Desarrollo de una tolerancia condicionada o asociada no sólo a variables biológicas sino ambientales.

**b) Aprendizaje Social o Vicario:** Existen un sinnúmero de factores sociales y ambientales que promueven el uso de drogas; esto, debido a que las personas obtienen información y pueden aprender conductas observando la conducta de los demás y las consecuencias mediatas e inmediatas de éstas (Feuchtman, 2004). Entre los factores más destacados en la génesis del abuso y dependencia de sustancias se pueden mencionar las normas culturales y subculturales reforzadoras del consumo, aprendidas a través de la observación. En este punto se considera fundamental la influencia y modelos de la familia y de los grupos de pares o grupos de pertenencia del individuo (contexto social). Al respecto, se consideran familias de alto riesgo o “favorecedoras” del consumo de drogas aquellas con alto nivel de estrés, con problemas de relaciones interpersonales y/o de comunicación entre sus miembros, familias con altos niveles de carencias emocionales, con sistemas disciplinarios inconsistentes o demasiado rígidos o permeables, con padres inconsistentes y familias que validen, implícita o explícitamente, el uso de drogas. Asimismo, familias con antecedentes de dependencias son consideradas de más alto riesgo (Clayton, 1995; Graña, 1996; Guajardo et al., 2003; Margolis, 1995; Stanton et al., 1991 cit. en Feuchtman, 2004).

Por otro lado, un factor relevante asociado más bien a la mantención del consumo de drogas, es la codependencia del grupo de referencia y/o familia del paciente adicto (Barlow et al., 2001; Santander, 1999 cit. en Feuchtman, 2004). La codependencia se refiere a la “adaptación” del sistema interpersonal del adicto a su consumo, donde, por ejemplo, las personas a su alrededor de alguna manera contribuyen a la perpetuación del consumo de conductas erráticas o que agravan más que erradican el síntoma (Feuchtman, 2004).

**c) Factores ambientales de riesgo:** Una serie de influencias ambientales consideradas históricamente como factores de riesgo para desarrollar una adicción son las siguientes: situación económica precaria o “cultura de la pobreza”; personas que han sido víctimas de abuso psíquico, físico y/o sexual temprano; deserción escolar o

bajo nivel de escolaridad; embarazo juvenil precoz; facilidad de acceso a la droga, alta disponibilidad y bajos precios en ambiente inmediato; ser hijos de padres consumidores; personas sin hogar o vagabundas; jóvenes con problemas psíquicos o involucrados en actos delincuenciales o violentos; antecedentes de intentos de suicidio; ausencia de creencias espirituales; grupo de referencia consumidor, aspecto en el cual se hace relevante la presión social; influencia de los medios de comunicación de masas; desempleo y cesantía; y aislamiento social (Barley, 1999; Barlow et al., 2001; Clayton, 1992; Guajardo et al., 2003 cit. en Feuchtman, 2004).

**d) Repertorio Conductual y Habilidades Sociales:** El cómo la persona despliegue sus recursos conductuales en su ambiente y el cómo los potencie y active, es un factor presente en la génesis y mantención de las drogodependencias (Feuchtman, 2004). De acuerdo al Modelo Integrativo Supraparadigmático, la conducta pulsante que la persona despliegue en su ambiente estará íntimamente asociada a su nivel de satisfacción y aumentará las posibilidades de éxito en interacción con el mundo (Opazo, 2001 cit. en Feuchtman, 2004). En relación a las drogodependencias, se ha visto que los pacientes adictos presentarían un pobre repertorio conductual (pobre manejo del ambiente, en especial social), déficits en habilidades sociales y en asertividad; variables que podrían ser asociadas tanto a la génesis del consumo de drogas (como forma de compensar estos déficits) como a las consecuencias de éste (por el empobrecimiento conductual asociado al consumo crónico) (Feuchtman, 2004).

Asimismo, se ha visto que uno de los factores predisponentes al consumo sería la pobre percepción de las consecuencias de la conducta a largo plazo. Sólo existiría una percepción cortoplacista del consumo y de los efectos buscados, no así de los costos a largo plazo o una minimización o negación de éstos (Guajardo et al., 2003 cit. en Feuchtman, 2004).

### **2.3.3. Paradigma Afectivo:**

Desde el paradigma afectivo se plantea que las motivaciones, emociones y sentimientos pueden ejercer una influencia causal en la génesis y/o mantención de pensamientos, afectos y conductas (Opazo, 2001 cit. en Feuchtman, 2004).

En relación a las drogodependencias, el consumo de drogas puede verse favorecido por la búsqueda de placer o del efecto positivo esperado, por otro lado, como una forma de aliviar afectos en la línea del displacer e incluso, puede asociarse al alivio de sentimientos de vacío asociados a la falta de sentido vital y pérdida de trascendencia (Feuchtman, 2004).

En cuanto a otros principios de influencia desde el paradigma afectivo, se ha pesquisado cómo los pacientes adictos presentarían una baja tolerancia a la frustración, a los efectos displacenteros en general y una baja tolerancia para la postergación de sus impulsos y gratificaciones (Feuchtman et al., 1999; Guajardo et al., 2003; Jonson, 1999; Santander, 1999; White et al., 1998 cit. en Feuchtman, 2004).

Asimismo, las personas drogodependientes presentarían umbrales muy altos para afectos positivos, lo que sería un factor mantenedor del consumo debido a que buscan una estimulación que traspase los umbrales afectivos y aumente la capacidad de disfrutar. También se ha observado una falla o déficits en su procesamiento emocional, ya sea en la detección, reconocimiento, etiquetamiento y/o expresión de afectos (Feuchtman et al., 1999 cit. en Feuchtman, 2004).

Por otra parte, una variable relevante en las adicciones corresponde a la motivación al cambio que posea el paciente, como proceso central afectivo y movilizador. En estos pacientes, la motivación al cambio es en general baja o no existe, lo que plantea dificultades teniendo en cuenta que éste es uno de los puntos centrales para cualquier tratamiento de las adicciones (Feuchtman, 2004).

Finalmente, suele detectarse en poblaciones adictas bajos niveles de autoestima (Guajardo et al., 2003; Millar et al., 1999 cit en Feuchtman, 2004), lo que sería un factor relevante tanto a nivel co-causal como mantenedor de esta enfermedad (Feuchtman, 2004).

#### **2.3.4. Paradigma Cognitivo:**

El paradigma cognitivo plantea que eventos, procesos y estructuras cognitivas pueden tener repercusiones o una influencia causal en otros pensamientos, afectos o conductas (Opazo, 2001 cit en Feuchtmann, 2004).

Entre los factores más asociados al consumo de drogas se encuentran las creencias pro consumo o aquellas creencias que, ya sea por influencia cultural o del grupo de pares o a través de mitos sociales, validan de alguna manera el consumo de determinadas drogas. Por ejemplo, creencias acerca del efecto inocuo de determinadas sustancias en el organismo refuerzan ya sea la búsqueda o consumo inicial de determinadas drogas, como el uso crónico de ésta. Otro ejemplo es el consumo de drogas asociado a ceremonias y rituales religiosos o como símbolos de estatus y de pertenencia a determinados grupos (Barlow et al., 2001 cit. en Feuchtmann, 2004).

En el caso de poblaciones adictas, existen sistemas de creencias y expectativas relacionadas con las drogas, que se asocian a un alto índice de irracionalidad cognitiva, es decir, un funcionamiento cognitivo marcado por una serie de distorsiones y sesgos: pensamientos todo o nada, atención selectiva sólo a ciertos estímulos de la realidad en desmedro de otros, excesivo perfeccionismo y detallismo o una tendencia a sobregeneralizar, etc. Asimismo, la irracionalidad cognitiva marca de alguna manera una aproximación y significación de la realidad sesgada, empobrecida y parcial, no integrada (Beck et al., 1999; Graña et al., 1996; Guajardo et al., 2003; Santander, 1999 cit. en Feuchtmann, 2004).

Algunas características asociadas a este paradigma y que parecieran jugar un rol mantenedor de la conducta disfuncional de consumo, son las siguientes (Graña et al., 1996; Guajardo et al., 2003; Millar et al., 1999 cit. en Feuchtmann, 2004): baja autoimagen y expectativas de autoeficacia y logro; dificultades con la autoridad y con el cumplimiento y regulación de la conducta por normativas sociales; y un sistema atribucional marcado por un locus de control externo.

Finalmente, es común observar cómo la persona adicta no presenta conciencia acerca de su enfermedad, ni del efecto y costos de sus actos con respecto a sí mismo y su vida y menos aún con respecto al efecto de su consumo en otros. Los efectos de su

consumo suelen ser minimizados o negados, reforzando una falsa sensación de control y una serie de pensamientos trampas o mantenedores del consumo, como por ejemplo, “yo lo controlo” (Feuchtmann, 2004).

### **2.3.5. Paradigma Inconsciente:**

El paradigma inconsciente apunta a que procesos psicológicos que ocurren fuera de la conciencia de la persona pueden influir en los pensamientos, afectos y conductas (Opazo, 2001 cit. en Feuchtmann, 2004).

En términos psicodinámicos, en los pacientes adictos es posible observar el uso de mecanismos defensivos como la negación y minimización (Feuchtmann, et al., 1999; Jonson, 1999; Santander, 1999 cit. en Feuchtmann, 2004).), los cuales estarían al servicio de la mantención del consumo y generarían y reforzarían en la persona sentimientos de omnipotencia que compensarían de alguna manera el déficit a nivel de autoimagen y autoestima. También se ha planteado que lo anterior sería para compensar de alguna manera fallas en los vínculos afectivos primarios. Un estilo parental deficitario reforzaría la fantasía inconsciente de buscar a lo largo de la vida los sentimientos omnipotentes tempranos necesarios para el desarrollo de una confianza básica (Clayton, 1992; Feuchtmann, et al., 1999; Jonson, 1999 cit. en Feuchtmann, 2004).

En cuanto a la importancia de los primeros años de vida, la adicción ha sido vista como una regresión afectiva, especialmente asociada a una fijación a la etapa oral del desarrollo psicosexual. Otros autores psicoanalíticos también han postulado el consumo de drogas como una conducta autoerótica, de carácter narcicista (Jonson, 1999 cit en Feuchtmann, 2004).

También es altamente frecuente encontrar sucesos traumáticos, especialmente en los primeros años de vida, que en la mayoría de los adictos actúan generando emociones o pensamientos disfuncionales que precipitan episodios de consumo o recaídas (Fernández y Opazo, 2004).

Desde este paradigma también se alude a la influencia de estímulos subliminales dados a través de los medios de información, publicidad y otros, que de alguna manera favorecen el consumo de sustancias, produciéndose asociaciones más bien inconscientes de determinadas drogas como “símbolos” de estatus, de poder, de figuración social, de felicidad o de éxito (Feuchtman, 2004).

Finalmente, y gracias a la influencia de variables más inconscientes (como por ejemplo los mecanismos de defensa), suele observarse en personas drogodependientes altos niveles de alexitimia (Guajardo et al., 2003 cit. en Feuchtman, 2004).

### **2.3.6. Paradigma Sistémico:**

En el *sistema familiar* del adicto es característico encontrar la presencia de uno o más sujetos coadictos, que con sus altos niveles de sobreprotección y afecto tienden a facilitar las situaciones de consumo. El coadicto frecuentemente es manipulado y engañado por el adicto, generando una permanente relación disfuncional. Es frecuente que se generen alianzas o subsistemas disfuncionales en la relación familiar (Fernández y Opazo, 2004).

### **2.3.7. Sistema Self:**

El *sistema self* del adicto está altamente desestructurado. La función de identidad se caracteriza por una pésima autoimagen y una importante falta de autoconocimiento. La función de autoorganización de la experiencia se ve alterada continuamente por situaciones estímulo que generan algún conflicto o problema; la persona adicta no consigue diferenciar lo prioritario frente a lo accesorio, o bien lo fundamental, con el fin de enfocar adecuadamente una situación. La función de significación es quizás una de las más dañadas en la adicción, y en ella se halla una constante fuente de explicación al consumo. La función de control de los impulsos, al no estar desarrollada, determina que el adicto sea incapaz de controlar sus deseos de consumo o el *craving* que produce la droga. Finalmente, la función de sentido del *self* se encuentra ampliamente deteriorada, lo que se manifiesta en el regreso a etapas

primitivas del desarrollo con anulación de la espiritualidad del individuo (Fernández y Opazo, 2004).

Al ser el problema de las adicciones considerado como un fenómeno multicausal, el tratamiento de los trastornos adictivos desde el Modelo Integrativo se plantea como un abordaje desde sus distintas fuentes etiológicas. Se propone un tratamiento por paradigma, considerando los principales aportes que cada uno de ellos ha hecho en cuanto a la temática de las drogodependencias.

### **3. Tratamiento Residencial de los Trastornos Adictivos.**

#### **3.1. Plan de Tratamiento Residencial.**

Dentro de los planes de tratamiento sobre los cuales se basan los programas de la red de centros acreditados por el Ministerio de Salud de Chile, se encuentra el plan residencial, cuyos objetivos son los siguientes:

- a. Realizar un diagnóstico clínico y una evaluación del grado de compromiso biopsicosocial.
- b. Definir un plan de intervención de acuerdo al diagnóstico y realizar intervenciones terapéuticas y educativas, dirigidas tanto a la persona afectada, como a sus familiares.
- c. Intervenir y acompañar en el proceso de motivación al cambio.
- d. Intervenir en los factores que facilitan y mantienen el consumo.
- e. Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
- f. Intervenir con estrategias de prevención de recaídas.
- g. Reeducar habilidades sociales.
- h. Fomentar la reinserción social.
- i. Reestructurar estilos de vida.
- j. Realizar seguimiento post alta.
- k. 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 habilitados para albergar personas con problemas de drogas y que cuenten con la debida acreditación del Servicio de Salud correspondiente a su jurisdicción (CONACE, 2006).

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. Tiene una duración estimada de 12 meses con una frecuencia de asistencia de 7 días por semana, 24 horas cada día (permite permisos los fines de semana u otros similares).

Una de las formas más representativas de entrega de este servicio corresponde a las comunidades terapéuticas (CT), las cuales se describen en mayor detalle a continuación.

El equipo mínimo está delimitado por los Decretos Supremos N° 2.298 y N° 225, donde se determina que éste debe estar compuesto por: un psiquiatra, un psicólogo, un asistente social y técnicos en rehabilitación. Además, deben contar con programa terapéutico y estar encabezadas por un profesional de salud mental. Aún cuando no tengan un psiquiatra en su staff, los usuarios tienen que poder acceder a atención siquiátrica (CONACE, 2005, en [www.conace.cl](http://www.conace.cl)).

### **3.2. Tratamiento Residencial en Comunidades Terapéuticas.**

Al definir el concepto de Comunidad Terapéutica (CT), se debe tener claro que existe una gran diversidad entre una comunidad y otra, lo que podría dificultar una definición que abarque todas las organizaciones. Esta diversidad proviene de distintos ámbitos: orientación ideológica valórica, los tipos de pacientes (adultos, adolescentes, mixtas, femenina, masculina, etc.), los lugares geográficos en el cual se insertan (rural o urbano), las modalidades de tratamiento (residencial o ambulatorio) y el tamaño. La presente investigación estará enfocada específicamente a la modalidad residencial.

Pese a lo anteriormente señalado, algunos autores (Goti, 1990; Egenau et. al, 1992; Gracia, 1997 cit. en Goti, 1997) han ido perfilando una definición de Comunidad Terapéutica que aúne esta diversidad. Entre las diversas definiciones es la propuesta por Goti una de las más completas, la cual señala lo siguiente: “La modalidad Comunidad terapéutica es una modalidad de tratamiento residencial para la rehabilitación de drogadictos. Tiene lugar en un medio altamente estructurado a través de un sistema de presión artificialmente provocado para que el residente “actúe” su

patología frente a sus pares, quienes le servirán de espejo de la consecuencia social de sus actos. Esta situación es tolerada voluntariamente por el residente, quien se ve inmediatamente contenido en un clima de alta tensión afectiva” (Goti, 1997; p. 33).

Esta definición tiene varias implicancias importantes de destacar. Por una parte, aclara que es una modalidad de tratamiento, lo que lleva implícita la existencia de otras modalidades de tratamiento en la adicción a las drogas sin hacer mención acerca de una superioridad de una por sobre otra; por otra parte, destaca la utilización de un medio altamente estructurado lo que implicaría entender a la comunidad como una herramienta para el tratamiento (algo que no se ve en las otras modalidades), y la mantención de límites claros como un nuevo contexto de modelaje y referencia; además, esta definición plantea a los pares como otra herramienta para el tratamiento, ayudando al paciente a que logre darse a conocer, a que establezca nuevas relaciones y retroalimentándolo acerca de las consecuencias de sus actos en los demás; también es importante considerar el carácter voluntario, ya que esto lleva implícita la idea de autonomía y es quien opta por participar en la comunidad el principal gestor del cambio. Finalmente, cabe destacar que todo lo planteado anteriormente se encuentra contenido en un clima de alta tensión afectiva, lo que estaría orientado tanto a satisfacer la necesidad de expresión individual, como también al aprendizaje de un modo aceptable de canalización de las emociones (Goti, 1997).

En las CT se entiende que la persona que se hace adicta a las drogas ha vivido con una cierta anomia y la lógica de una CT es proporcionar un entorno estructurado de una familia contenedora que tiene sus límites claros sin ser rígidos (familia ideal), es decir, se le proporciona un medio artificial para que la persona haga propios esos modelos, creando un mejor autoconcepto, autonomía, etc. En general, son ambientes residenciales libres de droga y estrictamente controlados donde las conductas de cada residente son controladas las 24 horas del día, y con el paso del tiempo va reflejando niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social en los residentes (Goti, 1997).

En una CT no hay condiciones de encierro, estando siempre la opción de interrumpir el tratamiento aún cuando esto conlleve consecuencias negativas. Tampoco hay profesionales que curan, si no que hay personas que ayudan, pues

siempre es el residente el actor de su cura y no consideran a los residentes como pacientes, sino que los consideran miembros de la familia en la cual existen roles, límites, jerarquías, etc. (Goti, 1997).

Entre las personas que trabajan en una CT se encuentran ex adictos (Staff-ex), quienes de alguna forma les muestran a los residentes en tratamiento que sí se puede superar la drogodependencia y que el esfuerzo será fructífero. También trabajan profesionales de la salud y salud mental, así como también voluntarios (Goti, 1997).

### **3.2.1. Perspectivas de las Comunidades Terapéuticas.**

Las Comunidades Terapéutica (CT) contemplan el consumo de sustancias como un comportamiento desviado, que refleja un mal desarrollo de la personalidad o déficit crónicos de habilidades sociales y educativas. Consideran que es un trastorno global de la persona, que afecta alguna o todas las áreas del individuo, ya sea cognitiva, afectiva o conductual. Además existe una carencia de valores o éstos son mínimos o son antisociales. En síntesis, el problema está en el sujeto y no en la sustancia, pues la dependencia psicológica sería secundaria a diversas variables individuales que conllevan al comportamiento adictivo, por lo cual, la drogodependencia es sólo un síntoma y no el trastorno. Como consecuencia de esto, no distinguen a las personas según sus patrones de consumo, sino que en función de las dimensiones psicológicas y sociales. Se desprende también que el objetivo de la rehabilitación es global, considerando tanto cambios en el estilo de vida como de la identidad personal (Galanter, 1997).

### **3.2.2. Etapas del proceso de rehabilitación en una Comunidad Terapéutica.**

Dada la diversidad explicada anteriormente, no existe acuerdo estricto en cuanto a las etapas del tratamiento residencial. Sin embargo, entre las diversas propuestas existe acuerdo en tres grandes etapas, las cuales se explican a continuación desde la descripción hecha por M. Galanter y H. D. Kleber (Galanter, 1997):

a) Etapa 1: Orientación-Inducción. (0-60 días) Incluye la evaluación y orientación inicial. La primera continúa durante los 2 primeros meses para determinar las necesidades específicas de cada paciente. La segunda consiste en integrar al individuo en la comunidad trabajando la participación e implicación del sujeto en las diversas actividades, incluyéndose también las normas de funcionamiento. En esta etapa también se intenta disminuir la ansiedad inicial con la que llegan los nuevos residentes.

b) Etapa 2: Tratamiento Primario. (2 a 12 meses) Consiste en 3 etapas que se correlacionan con el tiempo de permanencia:

- *El residente a los 4 meses.* Los residentes a los 4 meses aceptan la gravedad de su consumo de sustancias y se muestran concientes de sus otros problemas vitales y de las cuestiones de crecimiento personal. Se observa cierta separación con el anterior estilo de vida y una disminución de la disforia que comunmente está presente en los pacientes al ingresar. Aumenta la participación en el grupo lo que no significa que haya adquirido completamente habilidades sociales. La revelación personal aún es limitada.
- *El residente a los 8 meses.* Adquieren mayores privilegios y se eleva el status, pues se convierten en ejemplo. Su crecimiento personal se demuestra en su capacidad de adaptación a los cambios de trabajo, reconocimiento de la autoridad y capacidad para controlar sus emociones y pensamientos negativos. Su autoestima se encuentra elevada, como así también su autoconciencia. Aceptan la responsabilidad de sus acciones, problemas y soluciones.
- *El residente a los 12 meses.* Se confirman como modelos a seguir y se incrementa su autonomía. Adquieren también mayores responsabilidades. En cuanto a su madurez, se hace más evidente su autocontrol emocional y la autoevaluación se vuelve realista. En cuanto a sus interacciones sociales, éstas se vuelven más espontáneas y relajadas. Se observa también una mayor introspección de sus dificultades con las sustancias, como así también un alto grado de revelación.

c) Etapa 3: Reentrada. (13-14 meses) El paciente debe fortalecer su capacidad para tomar decisiones de forma independiente distanciándose del equipo y de la red de compañeros. Existen 2 fases en este proceso:

- *Fase de reentrada inicial* (13-18 meses) Se prepara una salida saludable para el paciente. Disminuyen las guías y las reuniones. Los seminarios se centran en las habilidades de la vida diaria. Son obligatorias las sesiones relacionadas con presupuesto, economía doméstica, búsqueda de empleo, consumo de alcohol, sexualidad, papel de padres o madres, utilización del tiempo de ocio, entre otras. Los planes del paciente son tarea conjunta entre él, un miembro del equipo y los compañeros
- *Fase de reentrada final* (18-24 meses) Consiste en contemplar con éxito la separación de la residencia. Los pacientes viven fuera del centro y desarrollan trabajos en jornada completa, o bien estudian. Poco a poco se va reduciendo el contacto con el paciente.

## V. METODOLOGÍA

### 1. Tipo de Diseño.

La presente investigación corresponde a un diseño de tipo no experimental, específicamente un estudio Descriptivo, Exploratorio, Correlacional, Transaccional y con intencionalidad de los sujetos de estudio. A continuación se describe cada uno de estos tipos de estudio en relación a nuestra investigación.

Corresponde a un **estudio no experimental** pues no existe manipulación de las variables que se pretende estudiar, sino que se observará su comportamiento tal y como se dan en su ambiente natural, para posteriormente ser analizadas.

Corresponde a un **estudio exploratorio** ya que se están abordando temas de investigación (drogodependencias; evaluación clínica) desde un modelo teórico y epistemológico (Modelo Integrativo Supraparadigmático) a partir del cual se han realizado pocas investigaciones. Con ello se pretende identificar relaciones potenciales entre las variables estudiadas. Además, no existen estudios cuantitativos, en relación a las características clínicas de mujeres que se encuentran en tratamiento por consumo de sustancias.

También corresponde a un **estudio de tipo descriptivo** ya que se pretende medir tres variables generales en las mujeres en tratamiento residencial: variables sociodemográficas, variables de la historia de consumo y variables psicológicas medidas a partir del FECCI.

Por otra parte, este estudio también es considerado como un **estudio correlacional**, ya que además de describir las variables mencionadas, busca establecer si existe relación estadísticamente significativa entre ellas y cuál es el tipo de dicha relación. En este sentido, dentro de las preguntas de investigación se encuentra: ¿Cuál es la relación existente entre las características sociodemográficas y las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, en un grupo de mujeres en tratamiento residencial por trastornos por dependencia a sustancias?.

Finalmente, es un **estudio transversal** ya que se realiza una sola medición en un momento determinado, en un grupo de mujeres que se encuentran actualmente en tratamiento residencial por trastornos por dependencia a sustancias.

## 2. Variables en Estudio

Las variables a considerar en el presente estudio se clasifican en dos grandes categorías:

### 2.1. Variables Caracterológicas: Definición de las Variables Sociodemográficas y de las Variables de la Historia de Consumo.

**Tabla N°1: “Definición de Variables Caracterológicas”.**

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual:</b>	<b>Definición Operacional</b>
<b>Edad</b>	Años de vida cronológico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Años cumplidos desde la fecha de nacimiento a la fecha de la evaluación.</li> <li>• Rango de edad construido:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menor de 18 años.</li> <li>2. Entre 18 y 26 años.</li> <li>3. Mayor de 26 años.</li> </ol> </li> </ul>
<b>Estado Civil</b>	Existencia o no de algún tipo de relación de pareja, legalizada o acordada mutuamente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría presente en el cuestionario de antecedentes personales:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soltera</li> <li>2. Casada</li> <li>3. Separada</li> <li>4. Viuda</li> <li>5. Conviviente</li> <li>6. Divorciada</li> <li>7. Otro</li> </ol> </li> </ul>
<b>Ocupación</b>	Última actividad realizada por el evaluado antes del ingreso a la Comunidad Terapéutica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría presente en el cuestionario de antecedentes personales:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudiante</li> <li>2. Cesante</li> <li>3. Trabajo remunerado</li> <li>4. Dueña de casa</li> <li>5. Otro</li> </ol> </li> </ul>

<b>Nivel educacional</b>	Último año cursado en un establecimiento educacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría presente en el cuestionario de antecedentes personales:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Básica incompleta</li> <li>2. Básica completa</li> <li>3. Media incompleta</li> <li>4. Media completa</li> <li>5. Superior incompleta</li> <li>6. Superior completa</li> </ol> </li> </ul>
<b>Número de hijos</b>	Número de hijos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número total de hijos reportado en el cuestionario de antecedentes personales.</li> </ul>
<b>Edad de los hijos</b>	Años de vida cronológico de sus hijos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Años cumplidos por cada uno de los hijos al momento de la evaluación, reportado en el cuestionario de antecedentes personales.</li> </ul>
<b>Comunidad Terapéutica.</b>	Comunidad terapéutica residencial para mujeres con problemas en el consumo de drogas, en la cual la persona se encuentra en tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría presente en el cuestionario de antecedentes personales:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manresa.</li> <li>2. María Auxiliadora.</li> </ol> </li> </ul>
<b>Etapas de Tratamiento</b>	Etapas de tratamiento en la que se encuentra la persona, de acuerdo al logro de objetivos establecidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría referida a la etapa de tratamiento, presente en el cuestionario de antecedentes personales:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Compromiso.</li> <li>2. Sinceridad.</li> <li>3. Responsabilidad.</li> <li>4. Proyección.</li> </ol> </li> </ul>
<b>Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas.</b>	Edad en la que consumió alguna droga ilícita por primera vez.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Años cumplidos cuando consumió alguna droga por primera vez, de acuerdo al reporte en el cuestionario de antecedentes personales.</li> <li>• Rango de edad de inicio del consumo de drogas ilícitas construido:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menor de 9 años.</li> <li>2. Entre 9 y 19 años.</li> <li>3. Mayor de 19 años.</li> </ol> </li> </ul>

<b>Tiempo de consumo</b>	Tiempo cronológico transcurrido desde la primera vez que consumió algún tipo de droga hasta el momento de la evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferencia entre los años cumplidos al momento de la evaluación y los años cumplidos al momento de consumir la primera droga.</li> <li>• Rango de tiempo de consumo construido, presente en el cuestionario de antecedentes personales: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menos de 4 años.</li> <li>2. Entre 4 y 11 años.</li> <li>3. Más de 11 años.</li> </ol> </li> </ul>
<b>Primera droga consumida</b>	Primera droga consumida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera droga consumida, de acuerdo al reporte en el cuestionario de antecedentes personales.</li> </ul>
<b>Edad de inicio del consumo de alcohol</b>	Edad en la que consumió alcohol por primera vez.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Años cumplidos cuando consumió alcohol por primera vez, de acuerdo al reporte en el cuestionario de antecedentes personales.</li> <li>• Rango de edad de inicio del consumo de alcohol construido: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menor de 10 años.</li> <li>2. Entre 10 y 18 años.</li> <li>3. Mayor de 18 años.</li> </ol> </li> </ul>
<b>Frecuencia de consumo de Drogas.</b>	Frecuencia con que era consumida la droga durante el último año, previo al ingreso a la comunidad (para el alcohol, marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis, fármacos, solventes volátiles, anfetaminas, otra).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de frecuencia de consumo de la droga, reportada en el cuestionario de antecedentes personales: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Una o menos veces al mes.</li> <li>3. De 2 a 4 veces al mes.</li> <li>4. De 2 a 3 veces a la semana.</li> <li>5. 4 o más veces a la semana.</li> </ol> </li> </ul>
<b>Número de drogas consumidas</b>	Cantidad de drogas consumidas por la persona.	Número de drogas consumidas por la persona, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes personales.
<b>Policonsumo</b>	Consumo de 3 o más drogas (incluyendo el alcohol).	Sumatoria de 3 o más drogas consumidas diferentes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes personales.

<p><b>Tratamientos anteriores</b></p>	<p>Existencia de tratamientos previos en relación con problemas derivados del consumo de drogas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta “sí” o “no” ante el ítem referido a la existencia de tratamientos previos, en el cuestionario de antecedentes personales.</li> </ul>
<p><b>Tipo de Tratamientos anteriores</b></p>	<p>Modalidad de tratamiento para trastornos adictivos recibidos previamente por la persona.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta “sí” o “no” ante el ítem referido al tipo de tratamientos anteriores, presentes en el cuestionario de antecedentes personales, como:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Consultorio, Centro de Salud Familiar o Consultorio de Salud Mental y Familiar (COSAM).</li> <li>2.Hospital (ambulatorio)</li> <li>3.Hospital (internación/desintoxicación)</li> <li>4.Otra comunidad terapéutica residencial</li> <li>5.Comunidad terapéutica ambulatorio.</li> <li>6.Hospital de día.</li> <li>7.Otro.</li> </ol> </li> </ul>
<p><b>Tiempo de permanencia en la comunidad</b></p>	<p>Tiempo de permanencia en tratamiento residencial para rehabilitación por Trastornos por dependencia a sustancias, en la Comunidad Terapéutica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Días transcurridos desde la fecha de ingreso a la Comunidad Terapéutica hasta la fecha de la evaluación.</li> <li>• Rango de tiempo de permanencia en la comunidad construido, presente en el cuestionario de antecedentes personales:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menos de 14 días.</li> <li>2. Entre 14 y 186 días.</li> <li>3. Más de 186 días.</li> </ol> </li> </ul>
<p><b>Número de hijos que viven en la Comunidad Terapéutica.</b></p>	<p>Número de hijos que residen con la mujer evaluada en la Comunidad Terapéutica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad/Número de hijos que residen con la mujer evaluada en la Comunidad Terapéutica., de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes personales.</li> </ul>

<b>Modalidad de ingreso</b>	Forma por la cual ingresa a tratamiento a la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría referida a la forma de ingreso a la comunidad, presente en el cuestionario de antecedentes personales, como:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Derivación de Centro de Salud.</li> <li>2. Derivación Judicial.</li> <li>3. Por un(a) familiar.</li> <li>4. Por un(a) amigo(a).</li> <li>5. Por voluntad propia.</li> <li>6. Otro</li> </ol> </li> </ul>
-----------------------------	---	--

## 2.2. Definición de las Variables Psicológicas medidas a partir del FECL.

Tabla N°2: “Definición de las Variables psicológicas medidas por el FECL”.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
<b>Neuroticismo</b>	Dimensión de la personalidad referida, dentro de un continuo, al nivel de emotividad o ansiedad del sujeto versus su nivel de estabilidad emocional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Neuroticismo del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), incluido en el FECL.</li> <li>• Nivel de Neuroticismo: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Extroversión</b>	Dimensión de la personalidad referida a la disposición biológica a presentar conductas gregarias, la búsqueda de sensaciones y el estar orientado hacia el medio externo (Feuchtmann, 2004).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Extroversión del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), incluido en el FECL.</li> <li>• Nivel de Extroversión: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Psicoticismo</b>	Dimensión de la personalidad referida al grado de psicopatía, agresividad y terquedad presentados por el sujeto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Psicoticismo del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), incluido en el FECL.</li> <li>• Nivel de Psicoticismo: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>

<b>Autoimagen</b>	Actitudes y creencias que un sujeto tiene sobre sí mismo. La autoimagen permite responder a las preguntas: ¿Cómo me veo a mí mismo?; ¿Cómo evalúo quien soy, en los distintos aspectos?; ¿Qué creo sobre mí mismo? (Flores, J. Fuentes, C. y Martí, M. 2004).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Autoimagen, incluido en el FECCI.</li> <li>• Nivel de Autoimagen: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Autoestima</b>	Parte del autoconcepto que representa la autoevaluación del sujeto (Rosemberg cit. en Flores, Fuentes y Martí, 2004).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Guttman (Autoestima), incluida en el FECCI.</li> <li>• Nivel de Autoestima: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Autoeficacia</b>	Grado en que la persona se percibe a sí misma como capaz de desplegar conductas adecuadas en el plano social, sexual, de relación de pareja, intelectual y laboral (Flores, J. Fuentes, C. y Martí, M. 2004).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Autoeficacia, incluida en el FECCI.</li> <li>• Nivel de Autoeficacia: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Asertividad</b>	Capacidad de defender los propios derechos, de expresar opiniones, de entregar afecto, de decir no sin atropellar los derechos de otros (Opazo, 2004).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en el Cuestionario de Asertividad de Spencer Rathus, incluido en el FECCI.</li> <li>• Nivel de Asertividad: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Satisfacción Matrimonial</b>	Estado de bienestar y de realización de ambos miembros de la pareja, en donde las necesidades de intimidad, compañía, proyección, y desarrollo de pareja son satisfechas, además en donde los conflictos son resueltos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Satisfacción Matrimonial, incluida en el FECCI.</li> <li>• Nivel de Satisfacción Matrimonial: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>

<b>Satisfacción de Necesidades</b>	Grado en que 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) se encuentran satisfechas en ese momento de la vida del sujeto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Satisfacción de Necesidades, incluida en el FECI.</li> <li>• Nivel de Satisfacción de Necesidades: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Ansiedad</b>	Presencia de síntomas asociados a la ansiedad, tales como: problemas de atención y concentración, problemas de memoria, mareos, diarreas, transpiración de las manos, onicofagia, temblor de manos, bruxismo, come en exceso, sequedad bucal, ideas obsesivas, se fatiga fácilmente, miedos fóbicos, angustia, insomnio, pesadillas, cefaleas, taquicardia, hipocondría, impotencia, frigidez, eyaculación precoz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Síntomas, incluida en el FECI</li> <li>• Nivel de Ansiedad: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Depresión</b>	Presencia de síntomas asociados a la depresión, tales como: problemas de atención y concentración, irritabilidad, inapetencia, poco deseo sexual, se fatiga 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 poco feliz en el momento actual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Síntomas, incluida en el FECI</li> <li>• Nivel de Depresión: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Alexitimia</b>	Interferencia en los puentes que conectan la toma de conciencia con los afectos, ya sea debido a razones biológicas (alexitimia primaria) o a razones psicológicas (alexitimia secundaria) (Opazo, 2004).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Sub-escala Toronto Alexitimia, incluida en el FECI.</li> <li>• Nivel de Alexitimia: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>

<b>Intolerancia a la Frustración</b>	Baja capacidad que tiene el sujeto para tolerar adecuadamente fracasos o frustraciones, ante los cuales reacciona con excesiva tensión, rabia o tristeza, es decir, no tolera ni acepta la molestia o demora en la realización de sus deseos (Opazo, Alliende, Bagladi, Marchetti y Suarez, cit. en Bejer 2004, cit. en Flores, Fuentes, y Martí, 2004).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Tolerancia a la Frustración, Incluida en el FECCI.</li> <li>• Nivel de Intolerancia a la Frustración: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Irracionalidad Cognitiva</b>	Aquellas ideas, cogniciones, filosofías, que sabotean y bloquean el logro de metas básicas o más importantes para el individuo (Ellis, 1980. cit. en Bejer, 2004. cit. en Flores, Fuentes, y Martí, 2004).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Irracionalidad Cognitiva, incluida en el FECCI.</li> <li>• Nivel de Irracionalidad Cognitiva: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Perfeccionismo</b>	Tendencia a establecer altos estándares de desempeño en combinación con una evaluación excesivamente crítica de los mismos y una creciente preocupación por cometer errores. (Fros, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990. cit. en Arana, 2002 cit. en Flores, Fuentes, y Martí, 2004).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Perfeccionismo, incluida en el FECCI.</li> <li>• Nivel de Perfeccionismo: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Discomfort Emocional</b>	Nivel de ansiedad ante situaciones sociales. / Nivel de ansiedad social y discomfort emocional. / Grado de perturbación emocional frente a diferentes situaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Sub-Escala Gambrill y Ritchie, incluida en el FECCI.</li> <li>• Nivel de Discomfort emocional: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Repertorio Conductual</b>	Variedad de habilidades sociales, competencias comportamentales y respuestas de enfrentamiento que permiten a un individuo manejar las exigencias de la vida diaria (D' Zurilla, cit. en Bejer 2004, cit. en Flores, Fuentes, y Martí, 2004).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Conductas Sociales, incluida en el FECCI.</li> <li>• Nivel de Repertorio Conductual: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Organicidad</b>	Presencia de indicadores de alteraciones orgánicas, por ejemplo: tipo de parto, problemas del desarrollo, traumatismo encéfalo craneano (TEC), etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Organicidad incluida en el FECCI.</li> <li>• Nivel de Organicidad: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>

### **3. Sujetos de Estudio.**

Los sujetos de estudio seleccionados para la muestra comprenden a un grupo de mujeres mayores de 14 años, que se encuentran en el momento de la evaluación, en tratamiento de tipo residencial por trastornos por dependencia a sustancias, en Comunidades Terapéuticas exclusivas para Mujeres. Todas ellas están en un nivel de dependencia a una o más drogas. Además, dentro del grupo es posible encontrar mujeres en distintas etapas del tratamiento.

La participación de los sujetos de estudio es totalmente voluntaria. Se hace relevante por ello la formalización de su consentimiento voluntario para participar en esta investigación, a través de la firma de una carta, especialmente construida para esta ocasión (ver Anexo 5). Esto, luego de haber informado a las personas de las condiciones, objetivos y requerimientos del proceso.

En cuanto a los criterios de exclusión de los sujetos de estudio, debido a las características de éste, no podrán participar de la investigación aquellas mujeres que cumplan con una o más de las siguientes condiciones, todas las cuales se relacionan con la dificultad o imposibilidad de comprender y/o responder los cuestionarios respectivos:

- Analfabetismo o dificultades importantes en lecto-escritura.
- Antecedentes de problemas en la capacidad viso-motriz, registrados en la Ficha Clínica de Antecedentes.
- Retraso mental.
- Patología Dual, en caso de encontrarse en un período de alteración del juicio de realidad.
- Estar cursando un período de Síndrome de Abstinencia con síntomas que lo incapaciten a responder los cuestionarios.
- No existe consentimiento por parte de la persona para participar.

En relación a las comunidades terapéuticas a las cuales pertenecen los sujetos de estudio, cabe destacar que, considerando a la Región Metropolitana y a la Quinta Región, existen 5 comunidades terapéuticas orientadas al tratamiento específico de mujeres, tal como se especifica en el Anexo 8. El grupo estudiado pertenece a dos de ellas: la Comunidad Terapéutica Manresa femenina y la Comunidad María Auxiliadora.

#### **4. Instrumentos de Medición.**

En la presente investigación se utilizan dos instrumentos de medición: El Cuestionario de Antecedentes Personales y la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI).

##### **4.1 Cuestionario de Antecedentes Personales.**

Corresponde a un cuestionario de autorreporte, que puede ser aplicado tanto individual como grupalmente. Está compuesto por tres categorías: la primera apunta a la obtención de los datos sociodemográficos, la segunda está referida a la historia de consumo, y la tercera, a la historia del tratamiento dentro de la comunidad terapéutica (ver Anexo 1 ).

Debido a las dificultades por encontrar a un grupo de sujetos con características similares a las de la población en estudio, no se pudo realizar una aplicación piloto, por lo tanto, la validación de este cuestionario se llevó a cabo mediante juicio de expertos.

##### **4.2 Ficha de Evaluación Clínica Integral.**

La Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) (Ver Anexo 2, 3 y 4), desarrollada a partir del Modelo Integrativo Supraparadigmático, corresponde a una ficha de auto-reporte que permite evaluar en cada sujeto los seis subsistemas considerados por el modelo, a saber: Biológico, Ambiental-Conductual, Cognitivo,

Afectivo, Inconsciente y Sistémico. La información que este instrumento permite obtener corresponde a datos generales de identificación, anamnesis, historia de consultas, expectativas y motivación ante el tratamiento. Además, cuenta con 19 escalas de autorreporte, algunas de ellas de uso internacional y otras desarrolladas por el ICPSI, algunas validadas a través de estudios estadísticos y otras solamente a través de la práctica clínica.

Es importante señalar que el FECI posee las ventajas y desventajas de un autorreporte. Dentro de las desventajas, no tiene una validez excesiva y complementa los datos obtenidos desde la observación clínica (Bejer, 2003).

El aporte de este instrumento es, por un lado, cuantitativo en la medida que permite el acceso a los puntajes de las diferentes escalas, y por otro lado es cualitativo, en la medida que recoge descripciones y opiniones del paciente en relación con sus diferentes características (Bejer, 2003).

A continuación se describen brevemente cada una de las escalas cuantitativas del FECI (Bejer, 2003). La Pauta de Corrección de los cuestionarios se encuentra en el Anexo 3.

#### **4.2.1 Cuestionario de Personalidad de Eysenck.**

Cuestionario de auto-reporte construido por Eysenck en el año 1970. Incluye cuatro escalas que evalúan las dimensiones centrales de la personalidad, de acuerdo a los postulados teóricos de este autor: Neuroticismo (N); Extroversión (E); Psicoticismo (P); y Escala L (L).

La escala Neuroticismo es la dimensión que evalúa, dentro de un continuo, el nivel de emotividad o ansiedad del sujeto versus su nivel de estabilidad emocional. La estandarización al español de este cuestionario arrojó una confiabilidad de 0,82 (Colom, Herrera y Rebolledo, 2002, cit. en Flores, Fuentes, y Martí, 2004).

La escala Extroversión-Introversión evalúa el tipo de orientación del sujeto hacia el mundo, ya sea externa o interna, respectivamente. La estandarización al español de este cuestionario arrojó una confiabilidad de 0,80 (Colom, Herrera y Rebolledo, 2002, cit. en Flores, Fuentes, y Martí, 2004).

La escala Psicoticismo evalúa el grado de psicopatía, agresividad y terquedad presentados por el sujeto. La estandarización al español de este cuestionario arrojó una confiabilidad de 0,82 (Colom, Herrera y Rebolledo, 2002, cit. en Flores, Fuentes, y Martí, 2004).

Finalmente, la Escala L determina el nivel de veracidad de las respuestas que la persona evaluada entrega.

Este cuestionario contiene 101 ítems que deben ser respondidos afirmativa (SI) o negativamente (NO), de acuerdo a lo estimado por la persona evaluada (Bejer, 2003).

#### **4.2.2 Escala de Autoimagen.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Consta de 9 ítems que representan diversos rasgos en un continuo entre dos polos extremos: Físicamente atractivo – Físicamente poco atractivo; Honesto – Dishonesto; Seguro – Inseguro; Simpático – Antipático; Responsable – Irresponsable; Estable – Inestable; Inteligente – Poco inteligente; Trabajador – Flojo; y Exitoso – Fracasado.

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

La validez de esta escala es validez de contenido en cuanto guarda relación con las variables y/o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse. El estudio de confiabilidad arrojó un Alfa de Cronbach de 0,7170 (Bejer, 2003).

#### **4.2.3 Escala Rosenberg de Autoestima.**

Escala construida por Rosenberg el año 1973. Fue estandarizada en Estados Unidos ese mismo año y por el mismo autor. Es una escala de auto-reporte 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 (Rosenberg, 1973 cit. en Opazo, 1992 cit. en Bejer, 2003).

#### **4.2.4 Escala de Autoeficacia.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). 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 considera capaz de desempeñarse bien. El puntaje es directo, es decir, a mayor puntaje mayor autoeficacia.

La validez de esta escala 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 realizado estudios de confiabilidad.

#### **4.2.5 Cuestionario de Asertividad de Rathus.**

Cuestionario elaborado por Rathus (1973). Comprende 30 ítems que presentan situaciones de la vida diaria que requieren de la realización de una conducta asertiva. Frente a cada uno de los ítems se le pide a la persona que responda con una puntuación que va desde +3 (“muy característico”) a -3, (“definitivamente no característico”). Los

sujetos que obtienen puntajes negativos son considerados no asertivos, a diferencia de los sujetos que obtienen puntajes positivos (Bejer, 2003).

La confiabilidad “test – retest” del cuestionario fue establecida por Rathus (1973) en un estudio que arrojó un coeficiente de correlación producto – momento de Pearson de 0,78, indicando una estabilidad entre moderada y alta, y prácticamente idéntica si se la compara con el análisis de confiabilidad por mitades que reportó una correlación de 0,77 (Rathus, 1973 cit. en Bagladi, 2003, cit. en Bejer, 2003).

La validez del cuestionario fue establecida por su autor en dos estudios publicados junto con el inventario (1973), los cuales indicaron que los puntajes del IAR sirven como indicadores válidos de la asertividad. También se han realizado otros estudios similares que corroboran los resultados iniciales de Rathus (Vaal, 1975; Rathus y Navid, 1977; Harrison y Brown, 1979; y Heisnberg y Harrison, 1980; citados en Bejer, 2003).

#### **4.2.6 Escala de Satisfacción Matrimonial.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Consta de 12 ítems en que se evalúan diferentes 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 entretenerse juntos, vida social conjunta, valores comunes, fidelidad). 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 (“muy insatisfecho”) a 5 (“muy satisfecho”). El puntaje es directo, es decir, a mayor puntaje mayor satisfacción matrimonial.

La validez de esta escala es validez de contenido en cuanto guarda relación con las variables y/o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse. El estudio de confiabilidad arrojó un Alfa de Cronbach de 0,8050 (Bejer, 2003).

#### **4.2.7 Escala de Satisfacción de Necesidades.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Consta de 10 ítems que explicitan algunas necesidades de los seres humanos 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 de 1 (“muy insatisfecho”) a 5 (“muy satisfecho”). El puntaje es directo, es decir, a mayor puntaje mayor satisfacción de necesidades.

La validez de esta escala es validez de contenido en cuanto guarda relación con las variables y/o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse. El estudio de confiabilidad arrojó un Alfa de Cronbach de 0,8742 (Bejer, 2003).

#### **4.2.8 Escala de Ansiedad.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). 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, Alliende, Bagladi y Guajardo (Bejer, 2003). Entre los síntomas encontramos: problemas de atención y concentración, problemas de memoria, mareos, diarreas, transpiración de las manos, onicofagia, temblor de manos, bruxismo, come en exceso, sequedad bucal, ideas obsesivas, se fatiga fácilmente, miedos fóbicos, angustia, insomnio, pesadillas, cefaleas, taquicardia, hipocondría, impotencia, frigidez, eyaculación precoz. El puntaje en esta escala es directo, es decir, a mayor puntaje mayor nivel de ansiedad (Bejer, 2003).

No se han realizado estudios que informen acerca de su validez y confiabilidad.

#### **4.2.9 Escala de Depresión.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). 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, Alliende, Bagladi y Guajardo (Bejer, 2003). Entre los síntomas encontramos: problemas de atención y concentración, irritabilidad, inapetencia, poco deseo sexual, se fatiga 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 poco feliz en el momento actual. El puntaje en esta escala es directo, es decir, a mayor puntaje mayor nivel de depresión (Bejer, 2003).

No se han realizado estudios que informen acerca de su validez y confiabilidad.

#### **4.2.10 Escala de Alexitimia de Toronto.**

Escala de auto-reporte construida por Taylor et. al. en el año 1985 en la Universidad de Toronto, Canadá. En Chile no existe estandarización ni adaptación del test. Ha sido adaptado y estandarizado en Uruguay por Rodrigo et. al. en el año 1988.

Esta escala presenta una confiabilidad de 0,08 aprox. y  $r = 0,83$  con  $p < 0,0001$ . Esta información fue obtenida por medio de evaluaciones test-retest del T. A. S en el transcurso de tres meses, y estudios correlacionales de este con otros test validados (Escala hipocondriasis de MMPI, y subescala del CPI) (Rodríguez, Lusiardo y Normey, 1989, cit. en Bejer, 2004, cit. en Flores, Fuentes, y Martí, 2004).

Los datos recogidos en sus investigaciones presentan confiabilidad y validez convergente y divergente (Bejer, 2003).

#### **4.2.11 Escala de Tolerancia a la Frustración.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Consta de 4 ítems que apuntan a la reacción del sujeto frente a las frustraciones (reacciona con tensión, con rabia, con tristeza, o con desánimo y pena). El sujeto debe marcar el número que mejor representa sus reacciones frente a la frustración. La evaluación va desde 1 (“poco”) a 5 (“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 de esta escala es validez de contenido en cuanto guarda relación con las variables y/o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse. El estudio de confiabilidad arrojó un Alfa de Cronbach de 0,8742 (Bejer, 2003).

#### **4.2.12 Escala de Irracionalidad Cognitiva.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). 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 (“poco”) a 5 (“mucho”). En esta escala el puntaje es directo, es decir, a mayor puntaje mayor irracionalidad cognitiva.

La validez de esta escala 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 realizado estudios que informen acerca de su confiabilidad.

#### **4.2.13 Escala de Perfeccionismo.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Consiste en diversos ítems del FECI que abarcan los diferentes subsistemas (algunos rasgos de personalidad, sistema cognitivo y sistema afectivo). Los puntajes son directos, es decir, a mayor puntaje mayor perfeccionismo.

La validez de esta escala es validez de contenido en cuanto guarda relación con las variables y/o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse. El estudio de confiabilidad arrojó un Alfa de Cronbach de 0,7369 (Bejer, 2003).

#### **4.2.14 Sub-Escala de Gambrill Richie.**

Corresponde a una sub-escala del Inventario de Asertividad confeccionado por Gambrill y Ritchie en 1975, el cual 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 donde el sujeto evalúa su grado de perturbación emocional frente a diferentes situaciones. Las puntuaciones van entre 1 (“poca perturbación”) y 5 (“mucho perturbación”) (Bejer, 2003).

La confiabilidad test-retest de la sub-escala utilizada en el FECI es de 0, 87 (García, 2003 citado en Bejer, 2003).

La validez de este cuestionario ha sido puesta en duda ya que el formato de respuesta múltiple de este inventario ha sido cuestionado, alegándose que puede confundir al que responde y/o aumentan la cantidad de tiempo y esfuerzo que se necesita para completar la tarea. Diversos estudios han encontrado también que este cuestionario se confunde sustancialmente con sesgo de respuestas de deseabilidad social (Flores, Fuentes, y Martí, 2004).

#### **4.2.15 Escala Repertorio Conductual.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). 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 (“poco”) a 5 (“mucho”). El puntaje en esta escala es directo, es decir, a mayor puntaje mayor repertorio conductual.

La validez de esta escala 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 realizado estudios de Confiabilidad.

#### **4.1.16 Escala de Organicidad**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Consiste en diversos ítems del FECCI 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, es decir, a mayor puntaje mayor grado de organicidad (Bejer, 2003).

No se han realizado estudios que informen acerca de su validez y confiabilidad.

## 5. Plan de Análisis de Datos.

El análisis de los datos obtenidos a partir de la aplicación del FECCI y del Cuestionario de Antecedentes Personales, se realizará a partir de la estadística descriptiva e inferencial. El plan de análisis es el siguiente:

- a. Descripción de **Frecuencias Relativas** de las variables sociodemográficas, variables de la historia de consumo y de las variables psicológicas medidas por el FECCI.
- b. **Análisis correlacional paramétrico**, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, entre las variables continuas, con el fin de determinar la existencia de correlación lineal entre las variables.
- c. **Análisis correlacional no paramétrico**, mediante el coeficiente de correlación por rangos ordenados de Spearman, entre las variables ordinales, con el fin de determinar la existencia de correlación lineal entre las variables.
- d. **Análisis correlacional no paramétrico**, mediante chi-cuadrado, entre las variables sociodemográficas y las variables medidas por el FECCI, con el fin de determinar la existencia de relación entre estas variables.
- e. **Análisis correlacional no paramétrico**, mediante chi-cuadrado, entre las variables de la historia de consumo y las variables medidas por el FECCI, para determinar la existencia de relación entre estas variables.
- f. **Análisis correlacional no paramétrico**, mediante chi-cuadrado, entre las variables de la historia de consumo y las variables sociodemográficas, para determinar la existencia de relación entre estas variables.
- g. **Análisis correlacional no paramétrico**, mediante chi-cuadrado entre las variables psicológicas medidas por el FECCI, para determinar la existencia de relación entre estas variables.

## VI. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de la muestra de mujeres que participaron de forma voluntaria en la presente investigación. Esta información corresponde a la descripción de las variables de estudio, las cuales han sido agrupadas de la siguiente forma: Características sociodemográficas, Historia de consumo y las Variables psicológicas medias por el FECCI. También se presentan aquellas correlaciones significativas encontradas entre las variables ya mencionadas.

Los resultados son presentados a continuación, en relación a los objetivos específicos a los cuales responden.

### 1. Objetivo específico N° 1: Descripción de Frecuencias Relativas de las Variables Sociodemográficas.

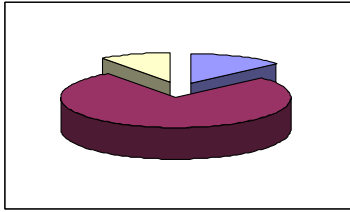
#### 1.1. Descripción de la Variable “Edad”.

Tabla N°3: Frecuencia de la Variable “Edad”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos	Menor de 18 años	4	13,3	13,3	13,3
	18-26 años	23	76,7	76,7	90,0
	Mayor de 26 años	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Variable	Promedio	Desviación Stándar	Mínimo	Máximo
Edad	22	4,4	15	37

**Gráfico N° 1: Frecuencia Relativa de la Variable “Edad”.**



Como se observa en la Tabla N°3 y en el Gráfico N°1, la mayor parte de las mujeres evaluadas tienen entre 18 y 26 años de edad (76,7%). Un porcentaje menor corresponde a mujeres menores de 18 años de edad (13,3%), mientras que una mínima parte tiene más de 26 años (10,0%).

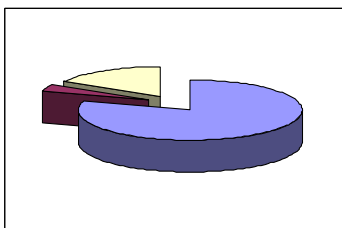
Menor de 18 años	13,3%
18 – 26 años	76,7%
Mayor de 26 años	10,0%

**1.2. Descripción de la Variable “Estado Civil”.**

**Tabla N°4: Frecuencia de la Variable “Estado Civil”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	24	80,0	80,0	80,0
	Separada	1	3,3	3,3	83,3
	Conviviente	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Gráfico N° 2: Frecuencia Relativa de la Variable “Estado Civil”**



En la Tabla N°4 y en el Gráfico N°2, se observa que la mayoría de las mujeres evaluadas son solteras (80,0%). Un menor porcentaje de las mujeres evaluadas convive con una pareja (16,7%) y sólo un 3,3% es separada.

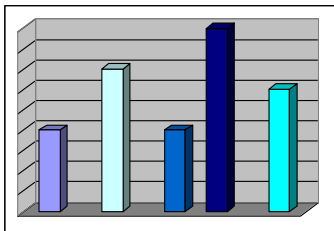
Soltera	80,0%
Separada	3,3%
Conviviente	16,7%

### 1.3. Descripción de la Variable “Ocupación”.

**Tabla N°5: Frecuencia de la Variable “Ocupación”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos	Estudiante	4	13,3	13,3	13,3
	Cesante	7	23,3	23,3	36,7
	Trabajo remunerado	4	13,3	13,3	50,0
	Dueña de casa	9	30,0	30,0	80,0
	Otra	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Gráfico N° 3: Frecuencia Relativa de la Variable “Ocupación”.**



Estudiante	13,3%
Cesante	23,3%
T. Remun.	13,3%
Dueña de Casa	30,0%
Otra	20,0%

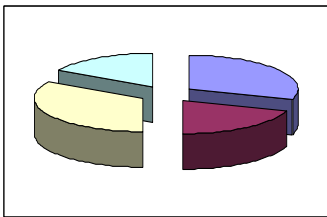
Como se observa, en la Tabla N°5 y en el Gráfico N° 3, de mayor a menor proporción, los datos se ordenan de la siguiente forma: En primer lugar, se encuentran las mujeres que reportan como ocupación ser dueñas de casa (30,0%); En segundo lugar, se encuentra el grupo de mujeres cesantes (23,3%); En tercer lugar, están aquellas que realizan otro tipo de actividades; Por último, se encuentran las estudiantes (13,3%) y en una misma proporción aquellas que realizan un trabajo remunerado (13,3%).

#### 1.4. Descripción de la Variable “Nivel Educativo”.

**Tabla N°6: Frecuencia de la Variable “Nivel Educativo”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Básica Incompleta	9	30,0	30,0	30,0
	Básica Completa	6	20,0	20,0	50,0
	Educación Media Incompleta	10	33,3	33,3	83,3
	Educación Media Completa	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Gráfico N° 4: Frecuencia Relativa de la Variable “Nivel Educativo”**



<span style="color: blue;">■</span>	B. Incom	30,0%
<span style="color: red;">■</span>	B. Comp	20,0%
<span style="color: green;">■</span>	M. incom	33,3%
<span style="color: yellow;">■</span>	M.Comp	16,7%

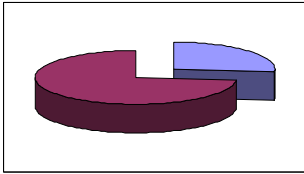
En relación al Nivel Educativo, la Tabla N°6 y el Gráfico N°4 muestran que los datos se distribuyen de una forma homogénea entre las distintas categorías. En consideración a lo anterior, de mayor a menor proporción, los datos se ordenan de la siguiente forma: En primer lugar, se encuentran las mujeres que cursaron Educación media incompleta (33,3%); El segundo lugar, corresponde a mujeres que cursaron la Educación básica incompleta (30,0%); En tercer lugar, están aquellas que cursaron la Educación básica completa (20,0%); Por último, se encuentran las mujeres que cursaron la Educación media completa

### 1.5. Descripción de la Variable “Hijos”.

**Tabla N°7: Frecuencia de la Variable “Hijos”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	8	26,7	26,7	26,7
	Sí	22	73,3	73,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Gráfico N° 5: Frecuencia Relativa de la Variable “Hijos”.**



Como se observa en la Tabla N°7 y en el Gráfico N°5, la mayoría de las mujeres evaluadas reporta tener hijos (73,3%).

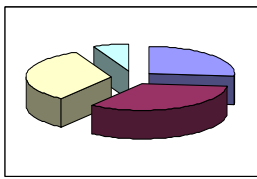
No tiene hijos	26,7%
Sí tiene hijos	73,3%

## 1.6. Descripción de la Variable “Número de Hijos”.

**Tabla N°8: Frecuencia de la Variable “Número de hijos”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	8	26,7	26,7	26,7
	1	10	33,3	33,3	60,0
	2	10	33,3	33,3	93,3
	3	2	6,7	6,7	100,0
	<b>Total</b>	30	100,0	100,0	

**Gráfico N° 6: Frecuencia Relativa de la Variable “Número de Hijos”**



0	26,7%
1	33,3%
2	33,3%
3	6,7%

En relación al número de hijos es posible observar en la Tabla N°8 y en el Gráfico N°6, que en una misma proporción se encuentran aquellas mujeres que tienen 1 y 2 hijos (33,3%). Un porcentaje un poco menor corresponde a aquellas mujeres que no tienen hijos (26,7%). Un mínimo porcentaje corresponde a aquellas que tienen 3 hijos (6,7%).

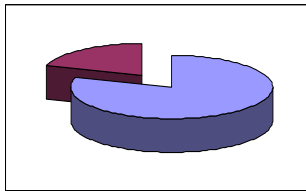
**2. Objetivo específico N° 2: Descripción de Frecuencias Relativas de las Variables de la Historia de Consumo.**

**2.1. Descripción de la Variable “Comunidad Terapéutica”.**

**Tabla N°9: Frecuencia de la Variable “Comunidad Terapéutica”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Manresa	24	80,0	80,0	80,0
	María Auxiliadora	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Gráfico N°7: Frecuencia Relativa de la Variable “Comunidad Terapéutica”.**



■	M.Auxiliadora	20,0%
■	Manresa	80,0%

Como se puede observar en la Tabla N°9 y en el Gráfico N°7, la mayoría de las mujeres evaluadas se encuentran en tratamiento en la Comunidad Terapéutica Manresa (80,0%), mientras que la menor parte se encuentra en tratamiento en la Comunidad María Auxiliadora (20,0%).

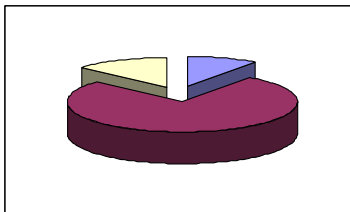
**2.2. Descripción de la Variable “Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas”.**

**Tabla N°10: Frecuencia de la Variable “Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos	Menor de 9 años	3	10,0	10,0	10,0
	9-19 años	23	76,7	76,7	86,7
	Mayor de 19 años	4	13,3	13,3	100,0
	<b>Total</b>	30	100,0	100,0	

Variable	Promedio	Desviación Stándar	Mínimo	Máximo
Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas	14,4	5,3	7	33

**Gráfico N°8: Frecuencia Relativa de la Variable “Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas”**



Menor de 9 años	10,0%
9-19 años	76,7%
Mayor de 19 años	13,3%

En la Tabla N°10 y en el Gráfico N°8 se observa que la mayoría de las mujeres evaluadas presenta una edad de inicio en el consumo de drogas ilícitas entre los 9 y 19 años de edad (76,7%). Una menor parte, reporta haber iniciado el consumo después de los 19 años (13,3%) y la décima parte reporta haber iniciado el consumo antes de los 9 años de edad.

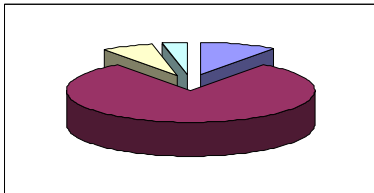
### 2.3. Descripción de la Variable “Edad de inicio del consumo de alcohol”.

**Tabla N°11: Frecuencia de la Variable “Edad de inicio en el consumo de alcohol”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	<b>Menor de 10 años</b>	3	10,0	10,3	10,3
	<b>10-18 años</b>	24	80,0	82,8	93,1
	<b>Mayor de 18 años</b>	2	6,7	6,9	100,0
	<b>Total</b>	29	96,7	100,0	
<b>Perdidos</b>	<b>Sistema</b>	1	3,3		
<b>Total</b>		30	100,0		

Variable	Promedio	Desviación Stándar	Mínimo	Máximo
<b>Edad de inicio del consumo de Alcohol</b>	14,41	3,5	8	22

**Gráfico N°9: Frecuencia Relativa de la Variable “Edad de inicio del consumo de alcohol”.**



	Menor de 10 años	10,0%
	10- 18 años	80,0%
	Mayor de 18 años	6,7%
	Perdidos	3,3%

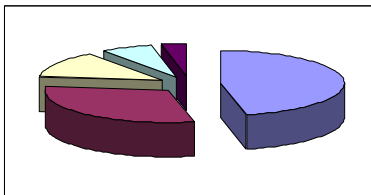
En la Tabla N°11 y en el Gráfico N°9 se observa que la mayoría de las mujeres evaluadas reporta una edad de inicio en el consumo de alcohol entre los 10 y 18 años de edad (80,0%). La décima parte, reporta haber iniciado el consumo de alcohol antes de los 10 años (10,0%), mientras que un mínimo porcentaje lo hizo después de los 18 años (6,7%).

## 2.4. Descripción de la Variable “Etapa de tratamiento”.

**Tabla N°12: Frecuencia de la Variable “Etapa de tratamiento”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Compromiso	15	50,0	50,0	50,0
	Sinceridad	9	30,0	30,0	80,0
	Responsabilidad	4	13,3	13,3	93,3
	Proyección	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Gráfico N°10: Frecuencia Relativa de la Variable “Etapa de tratamiento”.**



Compromiso	50,0%
Sinceridad	30,0%
Responsabilidad	13,3%
Proyección	6,7%

Como se puede observar en la Tabla N°12 y en el Gráfico N°10, la mitad de las mujeres evaluadas se encuentra en la primera etapa de tratamiento (“Compromiso”) (50,0%). En segundo lugar se encuentran aquellas que están en la segunda etapa (“Sinceridad”) (30,0%). Una menor parte se encuentra en la tercera etapa (“Responsabilidad”) (13,3%), mientras que una mínima parte se encuentra en la última (“Proyección”) (6,7%).

## 2.5. Descripción de la Variable “Frecuencia de consumo de drogas”.

**Tabla N°13: Frecuencia de la Variable “Frecuencia de consumo de drogas”**

	Nunca	Una o menos veces al mes.	De 2 a 4 veces al mes.	De 2 a 3 a la semana	4 o más veces a la semana
<b>Alcohol</b>	6 (20,0%)	3 (10,0%)	3 (10,0%)	7 (23,3%)	11 (36,7%)
<b>Marihuana</b>	11 (36,7%)	4 (13,3%)	0 (0,0%)	2 (6,7%)	12 (40,0%)
<b>Cocaína</b>	13 (43,3%)	5 (16,7%)	2 (6,7%)	2 (6,7%)	8 (26,7%)
<b>Pasta Base</b>	6 (20,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)	23 (76,7%)
<b>Éxtasis</b>	25 (83,3%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)
<b>Fármacos</b>	27 (90,0%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (6,7%)
<b>Solventes Volátiles</b>	22 (73,3%)	3 (10,0%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	4 (13,3%)
<b>Anfetaminas</b>	25 (83,3%)	1 (3,3%)	2 (6,7%)	0 (0,0%)	2 (6,7%)

Como se puede observar en la Tabla N°13,:

Cerca del 40,0% de las mujeres evaluadas, durante el último año previo al ingreso a la Comunidad Terapéutica, consumía **alcohol** 4 o más veces a la semana (36,7%). Cerca de la cuarta parte consumía alcohol de 2 a 3 veces a la semana (23,3%). Una quinta parte, refiere no haber consumido alcohol durante el último año antes del ingreso a la comunidad (20,0%), mientras que la cuarta parte restante se divide en igual proporción entre aquellas que consumía alcohol una o menos veces al mes (10,0%) y de 2 a 4 veces al mes (10,0%).

La mayor parte de las mujeres evaluadas refiere que en el último año consumía **marihuana** 4 o más veces a la semana (40,0%). Una menor parte refiere no haber consumido esta droga durante el último año (36,7%). Seguido al grupo anterior, están aquellas que refieren haber consumido una o menos veces al mes (13,3%), mientras que una mínima parte consumía de 2 a 3 veces a la semana (6,7%).

La mayor parte de las mujeres evaluadas refiere que en el último año nunca ha consumido **cocaína** (43,3%). Un poco más de la cuarta parte refiere haber consumido 4 o más veces a la semana (26,7%). Una menor parte refiere haber consumido una o menos veces al mes (16,7%), mientras que el grupo restante se divide en igual proporción entre aquellas que consumía de 2 a 4 veces al mes (6,7%) y de 2 a 3 veces a la semana (6,7%)

La mayoría de las mujeres evaluadas refiere haber consumido **pasta base** con una frecuencia de 4 o más veces a la semana (76,7%). La quinta parte refiere no haber consumido pasta base durante el último año (20,0%) y sólo una mínima parte refiere haberla consumido de 2 a 3 veces a la semana (3,3%).

La mayoría de las mujeres evaluadas refiere que durante el último año nunca consumió **éxtasis** (83,3%). Sólo una mínima parte refiere haberla consumido una o menos veces al mes (3,3%) y 4 o más veces a la semana (3,3%).

La mayoría de las mujeres evaluadas refiere que durante el último año nunca consumió **fármacos** (90,0%). Una pequeña parte refiere haberlos consumido 4 o más veces a la semana (6,7%), mientras que una mínima parte refiere haberlos consumido una o menos veces al mes (3,3%).

La mayoría de las mujeres evaluadas refiere que durante el último año nunca consumió **solventes volátiles** (73,3%). Una menor parte refiere haberlos consumido 4 o más veces a la semana (13,3%) y otra pequeña parte, una o menos veces al mes (10,0%). Sólo una mínima parte refiere haberlos consumido 2 a 4 veces al mes (3,3%).

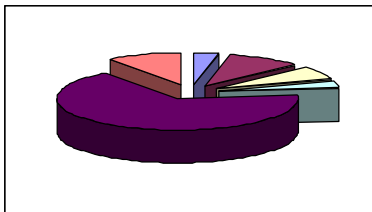
La mayoría de las mujeres evaluadas refiere que durante el último año nunca consumió **anfetaminas** (83,3%). Una pequeña parte refiere haber consumido anfetaminas de 2 a 4 veces al mes (6,7%) y 4 o más veces a la semana (6,7%). Sólo una mínima parte refiere haberla consumido una o menos veces al mes (3,3%).

## 2.6. Descripción de la Variable “Modalidad de ingreso a la Comunidad Terapéutica”

**Tabla N°14: Frecuencia de la Variable “Modalidad de ingreso a la Comunidad Terapéutica”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Derivación de Centro de Salud	1	3,3	3,3	3,3
	Derivación judicial	3	10,0	10,0	13,3
	Por un(a) familiar	2	6,7	6,7	20,0
	Por un(a) amigo(a)	1	3,3	3,3	23,3
	Voluntariamente	20	66,7	66,7	90,0
	Otra	3	10,0	10,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Gráfico N°11: Frecuencia relativa de la Variable “Modalidad de ingreso a la Comunidad Terapéutica”**



Der. Centro de Salud	3,3%
Der. Judicial	10,0%
Por familiar	6,7%
Por amigo(a)	3,3%
Voluntariamente	66,7%
Otra	10,0%

Como se puede observar en la Tabla N°14 y en el Gráfico N°11, la mayoría de las mujeres evaluadas ha ingresado a la Comunidad Terapéutica de forma voluntaria (66,7%). Una pequeña parte ha sido derivada judicialmente, mientras que una mínima parte ha sido derivada de un centro de salud (3,3%) o por sugerencia de un amigo (a) (3,3%). El grupo restante refiere haber ingresado por una modalidad diferente a las anteriormente mencionadas (10,0%).

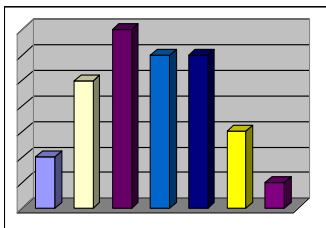
2.7. Descripción de la Variable “Número de drogas consumidas”.

Tabla N°15: Frecuencia de la Variable “Número de drogas consumidas”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	6,7	6,7	6,7
	2	5	16,7	16,7	23,3
	3	7	23,3	23,3	46,7
	4	6	20,0	20,0	66,7
	5	6	20,0	20,0	86,7
	7	3	10,0	10,0	96,7
	9	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Variable	Promedio	Desviación Stándar	Mínimo	Máximo
N° de drogas consumidas	3,9	1,9	1	9

Gráfico N°12: Frecuencia relativa de la Variable “Número de drogas consumidas”



1	6,7%
2	16,7%
3	23,3%
4	20,0%
5	20,0%
7	10,0%
9	3,3%

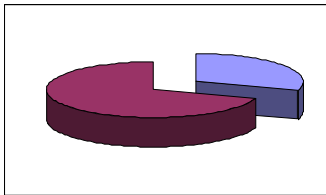
Como se observa en la Tabla N°15 y en el Gráfico N°12, la mayoría de las mujeres evaluadas refiere consumir entre 2 y 5 drogas (80,0%). Una menor parte refiere consumir entre 7 drogas o más (13,3%) y una mínima parte refiere consumir sólo una (6,7%).

## 2.8. Descripción de la Variable “Policonsumo”.

**Tabla N°16: Frecuencia de la Variable “Policonsumo”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	9	30,0	30,0	30,0
	Sí	21	70,0	70,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Gráfico N°13: Frecuencia relativa de la Variable “Policonsumo”.**



No	30,0%
Sí	70,0%

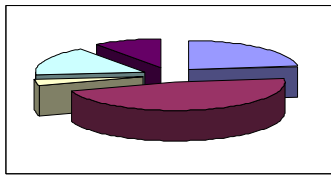
La Tabla N°16 y el Gráfico N°13 muestran que la mayoría de las mujeres evaluadas presenta policonsumo (70,0%), es decir, refieren que antes de ingresar a la comunidad terapéutica, consumían tres drogas o más.

## 2.9. Descripción de la Variable “Primera droga consumida”.

**Tabla N°17: Frecuencia de la Variable “Primera droga consumida”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	<b>Alcohol</b>	7	23,3	23,3	23,3
	<b>Marihuana</b>	14	46,7	46,7	70,0
	<b>Cocaína</b>	1	3,3	3,3	73,3
	<b>Pasta Base</b>	5	16,7	16,7	90,0
	<b>Solventes volátiles</b>	3	10,0	10,0	100,0
	<b>Total</b>	30	100,0	100,0	

**Gráfico N°14: Frecuencia relativa de la Variable “Primera droga consumida”.**



Cocaína	3,3%
Marihuana	46,7%
Alcohol	23,3%
Pasta base	16,7%
Solventes	10,0%

La Tabla N°17 y el Gráfico N°14, muestran que casi la mitad de las mujeres evaluadas presenta como primera droga consumida a la marihuana (46,7%). Cerca de la cuarta parte presenta como primera droga consumida al alcohol (23,3%), mientras que cerca de la quinta parte refiere como droga de inicio a la pasta base (16,7%). Una menor parte de las mujeres evaluadas presenta como droga de inicio los solventes volátiles (10,0%) y sólo una mínima parte la cocaína (3,3%).

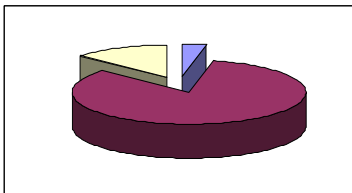
**2.10. Descripción de la Variable “Tiempo de consumo”.**

**Tabla N°18: Frecuencia de la Variable “Tiempo de Consumo”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 4 años	1	3,3	3,3	3,3
	Entre 4 y 11 años	25	83,3	83,3	86,7
	Más de 11 años	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Variable	Promedio	Desviación Stándar	Mínimo	Máximo
Tiempo de Consumo (años)	7,8	3,0	1	14

**Gráfico N°15: Frecuencia relativa de la Variable “Tiempo de Consumo”.**



Menos de 4 años	3,3%
Entre 4 y 11 años	83,3%
Mayor de 11 años	13,3%

Como se observa en la Tabla N°18 y en el Gráfico N°15, la mayoría de las mujeres evaluadas, en el año previo al ingreso a la Comunidad Terapéutica, presentó un periodo de consumo entre 4 y 11 años (83,3%). Una menor parte, reportó haber consumido drogas más de 11 años (13,3%), mientras que sólo un mínimo porcentaje ha consumido durante menos de 4 años (3,3%).

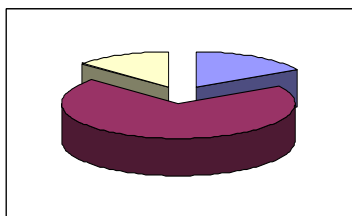
**2.11. Descripción de la Variable “Tiempo de permanencia en la Comunidad Terapéutica”.**

**Tabla N°19: Frecuencia de la Variable “Tiempo de permanencia en la Comunidad Terapéutica”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 14 días	5	16,7	16,7	16,7
	Entre 14 y 186 días	21	70,0	70,0	86,7
	Más de 186 días	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Variable	Promedio	Desviación Stándar	Mínimo	Máximo
Tiempo de permanencia en la CT (días)	100,4	86,4	1	365

**Gráfico N°16: Frecuencia relativa de la Variable “Tiempo de permanencia en la Comunidad Terapéutica”.**



Menos de 14 días	16,7%
Entre 14 y 186 días	70,0%
Más de 186 días	13,3%

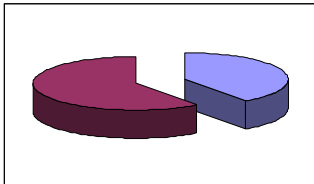
Como se puede observar en la Tabla N°19 y en el gráfico N°16, la mayoría de las mujeres evaluadas llevan entre 14 y 186 días en la comunidad (70,0%). Una menor parte, reporta un tiempo de permanencia menor a los 14 días (16,7%), mientras que una parte aún menor, ha permanecido en la comunidad por más de 186 días (13,3%).

## 2.12. Descripción de la Variable “Tratamientos anteriores”.

**Tabla N°20: Frecuencia de la Variable “Tratamientos anteriores”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	12	40,0	40,0	40,0
	Sí	18	60,0	60,0	100,0
	<b>Total</b>	30	100,0	100,0	

**Gráfico N°17: Frecuencia relativa de la Variable “Tratamientos anteriores”.**



No	40,0%
Sí	60,0%

Como se puede observar en la Tabla N°20 y en el Gráfico N°17, la mayoría de las mujeres evaluadas ha recibido tratamientos anteriores por problemas en el consumo de alcohol y/o drogas (60,0%).

## 2.13. Descripción de la Variable “Tipo de tratamientos anteriores”.

**Tabla N°21: Frecuencia de la Variable “Tipo de tratamientos anteriores”.**

	Atención Primaria	Ambulatorio en Hospital	Internación/Desintoxicación en Hospital	Ambulatorio Comunidad Terapéutica	Residencial Comunidad Terapéutica	Hospital de día
<b>No</b>	18 (60,0%)	28 (93,3 %)	26 (86,7%)	28 (93,3%)	25 (83,3%)	29 (96,7%)
<b>Sí</b>	12 (40,0%)	2 (6,7%)	4 (13,3%)	1 (3,3%)	5 (16,7%)	1 (3,3%)

Como se puede observar en la Tabla N° 21:

La mayoría de las mujeres evaluadas refiere no haber recibido tratamiento en **atención primaria** por problemas en el consumo de alcohol y/o drogas (60,0%).

La mayoría de las mujeres evaluadas refiere no haber recibido **tratamiento ambulatorio en un hospital** por problemas en el consumo de alcohol y/o drogas (93,3%). Sólo una mínima parte sí refiere haberlo recibido (6,7%).

La mayoría de las mujeres reporta no haber recibido tratamiento de **internación y/o desintoxicación en hospital** (86,7%). Sólo una pequeña parte sí refiere haberlo recibido (13,3%).

La mayoría de las mujeres evaluadas refiere no haber recibido tratamiento en otra **Comunidad Terapéutica Residencial** por problemas en el consumo de alcohol y/o drogas (83,3%). Sólo una pequeña parte sí refiere haberlo recibido (16,7%).

La mayoría de las mujeres evaluadas refiere no haber recibido **tratamiento ambulatorio en otra Comunidad Terapéutica** por problemas en el consumo de alcohol y/o drogas (93,3%). Sólo una pequeña parte sí refiere haberlo recibido (3,3%).

La mayoría de las mujeres evaluadas refiere no haber recibido tratamiento en un **hospital de día** por problemas en el consumo de alcohol y/o drogas (96,7%). Sólo una mínima parte sí refiere haberlo recibido (3,3%).

**3. Objetivo específico N° 3: Descripción de las Frecuencias Relativas de las Variables Psicológicas medidas por el FECl (ver Anexo 9).**

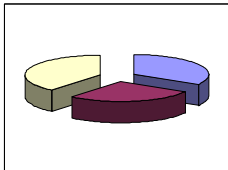
**3.1. Frecuencias de las Variables del Paradigma Biológico.**

**3.1.1. Descripción de la Variable “Organicidad”.**

**Tabla N°22: Frecuencia de la Variable “Organicidad”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	10	33,3	33,3	33,3
	Medio	9	30,0	30,0	63,3
	Alto	11	36,7	36,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Gráfico N° 18: Frecuencia relativa de la Variable “Organicidad”.**



Alto	36,7%
Medio	30,0%
Bajo	33,3%

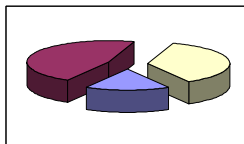
Como se observa en la Tabla N°22 y en el Gráfico N°18, la distribución de las frecuencias de la variable “Organicidad” es relativamente homogénea. En consideración a lo anterior, de mayor a menor proporción, los datos se ordenan de la siguiente forma: en primer lugar se encuentran las mujeres con un alto nivel de Organicidad (36,7%), en segundo lugar se encuentran aquellas con un bajo nivel (33,3%). Finalmente, en tercer lugar, y en porcentaje menor corresponde a mujeres con un nivel medio de Organicidad (30,0%).

### 3.1.2. Descripción de la Variable “Depresión”.

**Tabla N°23: Frecuencia de la Variable “Depresión”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	16,7	16,7	16,7
	Medio	14	46,7	46,7	63,3
	Alto	11	36,7	36,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Gráfico N° 19: Frecuencia relativa de la Variable “Depresión”.**



Alto	36,7%
Medio	46,7%
Bajo	16,7%

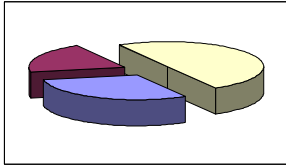
La Tabla N°23 y el Gráfico N°19 muestran que la mayoría de las mujeres evaluadas presentan un nivel medio de depresión (46,7%). Un porcentaje menor corresponde a mujeres que presentan un alto nivel de depresión (36,7%). La menor parte de las mujeres evaluadas presenta un nivel bajo (16,7%).

### 3.1.3. Descripción de la Variable “Ansiedad”.

**Tabla N°24: Frecuencia de la Variable “Ansiedad”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	9	30,0	30,0	30,0
	Medio	6	20,0	20,0	50,0
	Alto	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Gráfico N° 20: Frecuencia relativa de la Variable “Ansiedad”.**



Alto	50,0%
Medio	20,0%
Bajo	30,0%

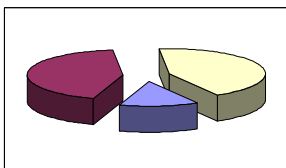
Como se observa en la Tabla N°24 y en el Gráfico N°20, la mitad de las mujeres evaluadas presentan un nivel alto de Ansiedad (50,0%). Un porcentaje menor corresponde a mujeres que presentan un nivel bajo (30,0%), mientras que la menor parte de las mujeres evaluadas presenta un nivel medio (20,0%).

**3.1.4. Descripción de la Variable “Neuroticismo”.**

**Tabla N°25: Frecuencia de la Variable “Neuroticismo”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	<b>Bajo</b>	4	13,3	13,3	13,3
	<b>Medio</b>	13	43,3	43,3	56,7
	<b>Alto</b>	13	43,3	43,3	100,0
	<b>Total</b>	30	100,0	100,0	

**Gráfico N° 21: Frecuencia relativa de la Variable “Neuroticismo”.**



Alto	43,3%
Medio	43,3%
Bajo	13,3%

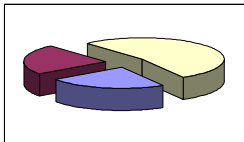
En la Tabla N°25 y en el Gráfico N°21 se observa que los niveles altos y medios de neuroticismo de las mujeres evaluadas se presentan en una misma proporción (43,3%). Un porcentaje menor corresponde a mujeres que presentan un nivel bajo (13,3%)

### 3.1.5. Descripción de la Variable “Extroversión”.

**Tabla N°26: Frecuencia de la Variable “Extroversión”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	7	23,3	23,3	23,3
	Medio	7	23,3	23,3	46,7
	Alto	16	53,3	53,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Gráfico N° 22: Frecuencia relativa de la Variable “Extroversión”.**



Alto	53,3%
Medio	23,3%
Bajo	23,3%

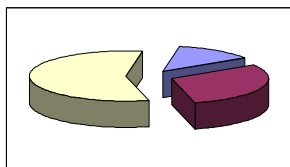
La Tabla N°26 y el Gráfico N°22 muestran que la mayoría de las mujeres evaluadas presentan un alto nivel de Extroversión (53,3%), mientras que aquellas que presentan un nivel medio y bajo se distribuyen en una misma proporción (23,3%).

### 3.1.6. Descripción de la Variable “Psicoticismo”.

**Tabla N°27: Frecuencia de la Variable “Psicoticismo”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	4	13,3	13,3	13,3
	Medio	9	30,0	30,0	43,3
	Alto	17	56,7	56,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Gráfico N° 23: Frecuencia relativa de la Variable “Psicoticismo”.**



Alto	56,7%
Medio	30,0%
Bajo	13,3%

Como se observa en la Tabla N°27 y en el Gráfico N°23, la mayoría de las mujeres evaluadas presentan un alto nivel de Psicoticismo (56,7%).cerca de la tercera parte de las mujeres presentan un nivel medio (30,0%), mientras que la menor parte de ellas presenta un nivel bajo (13,3%).

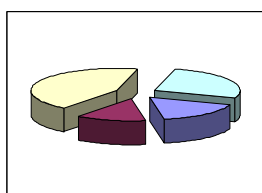
**3. 2. Frecuencias de las Variables del Paradigma Afectivo.**

**3.2.1. Descripción de la Variable “Satisfacción Matrimonial”.**

**Tabla N°28: Frecuencia de la Variable “Satisfacción Matrimonial”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	16,7	22,7	22,7
	Medio	4	13,3	18,2	40,9
	Alto	13	43,3	59,1	100,0
	Total	22	73,3	100,0	
Perdidos	Sistema	8	26,7		
Total		30	100,0		

**Gráfico N°24: Frecuencia relativa de la Variable “Satisfacción Matrimonial”.**



Alto	43,3%
Medio	13,3%
Bajo	16,7%
Perdidos	26,7%

La Tabla N° 28 y el Gráfico N°24 muestran que una mayor parte de las mujeres evaluadas reporta un nivel alto de Satisfacción Matrimonial (43,3%). Una menor proporción reporta un nivel bajo (16,7%) y un nivel medio (13,3%).

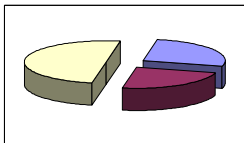
Se observa un gran porcentaje de pérdida de información lo que corresponde al porcentaje de mujeres que no respondieron la escala (26,7%).

### 3.2.2. Descripción de la Variable “Satisfacción de Necesidades”.

**Tabla N°29: Frecuencia de la Variable “Satisfacción de Necesidades”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	<b>Bajo</b>	8	26,7	26,7	26,7
	<b>Medio</b>	7	23,3	23,3	50,0
	<b>Alto</b>	15	50,0	50,0	100,0
	<b>Total</b>	30	100,0	100,0	

**Gráfico N° 25: Frecuencia relativa de la Variable “Satisfacción de Necesidades”.**



Alto	50,0%
Medio	23,3%
Bajo	26,7%

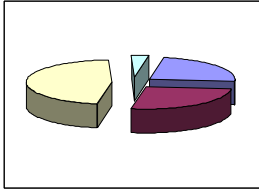
Como se puede observar en la Tabla N°29 y en el Gráfico N°25, la mitad de las mujeres evaluadas reporta un alto nivel de Satisfacción de Necesidades (50,0%), mientras que el resto del grupo se distribuye de forma similar entre un nivel bajo (26,7%) y un nivel medio (23,3%).

### 3.2.3. Descripción de la Variable “Alexitimia”.

**Tabla N°30: Frecuencia de la Variable “Alexitimia”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	<b>Bajo</b>	7	23,3	24,1	24,1
	<b>Medio</b>	8	26,7	27,6	51,7
	<b>Alto</b>	14	46,7	48,3	100,0
	<b>Total</b>	29	96,7	100,0	
<b>Perdidos</b>	<b>Sistema</b>	1	3,3		
<b>Total</b>		30	100,0		

**Gráfico N° 26: Frecuencia relativa de la Variable “Alexitimia”.**



Alto	46,7%
Medio	26,7%
Bajo	23,3%
Perdidos	5,6%

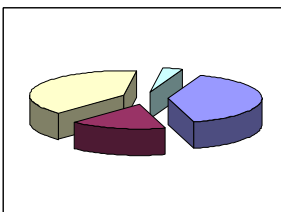
La Tabla N°30 y el Gráfico N°26 muestran que cerca de la mitad de las mujeres evaluadas presentan un alto nivel de Alexitimia (46,7%), mientras que el resto del grupo se distribuye de forma similar entre un nivel medio (26,7%) y bajo (23,3%).

**3.2.4. Descripción de la Variable “Intolerancia a la Frustración”.**

**Tabla N°31: Frecuencia de la Variable “Intolerancia a la frustración”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	<b>Bajo</b>	12	40,0	41,4	41,4
	<b>Medio</b>	5	16,7	17,2	58,6
	<b>Alto</b>	12	40,0	41,4	100,0
	<b>Total</b>	29	96,7	100,0	
<b>Perdidos</b>	<b>Sistema</b>	1	3,3		
<b>Total</b>		30	100,0		

**Gráfico N° 27: Frecuencia relativa de la Variable “Intolerancia a la frustración”.**



Alto	40,0%
Medio	16,7%
Bajo	40,0%
Perdidos	3,3%

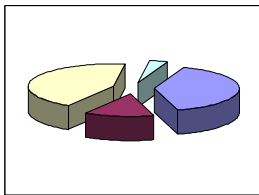
Como se puede observar en la Tabla N°31 y en el Gráfico N°27, los puntajes bajos y altos en la escala de Intolerancia a la Frustración se presentan en la misma proporción (40,0%), no así los puntajes medios los cuales se presentan en una proporción mas baja (16,7%).

### 3.2.5. Descripción de la Variable “Discomfort Emocional”.

**Tabla N°32: Frecuencia de la Variable “Discomfort Emocional”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	<b>Bajo</b>	12	40,0	41,4	41,4
	<b>Medio</b>	4	13,3	13,8	55,2
	<b>Alto</b>	13	43,3	44,8	100,0
	<b>Total</b>	29	96,7	100,0	
<b>Perdidos</b>	<b>Sistema</b>	1	3,3		
<b>Total</b>		30	100,0		

**Gráfico N° 28: Frecuencia relativa de la Variable “Discomfort Emocional”.**



Alto	43,3%
Medio	13,3%
Bajo	40,0%
Perdidos	3,3%

En la Tabla N°32 y en el Gráfico N°28 se observa que las mujeres evaluadas presentan en una proporción similar tanto un nivel alto de discomfort emocional frente a situaciones sociales como un nivel bajo (43,3% y 40,0% respectivamente). Una menor parte presenta un nivel medio (13,3%).

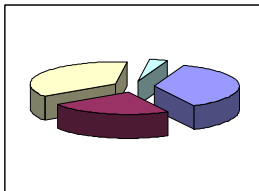
### 3.3. Frecuencias de las Variables del Paradigma Cognitivo.

#### 3.3.1. Descripción de la Variable “Irracionalidad Cognitiva”.

**Tabla N°33: Frecuencia de la Variable “Irracionalidad Cognitiva”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	<b>Bajo</b>	11	36,7	37,9	37,9
	<b>Medio</b>	7	23,3	24,1	62,1
	<b>Alto</b>	11	36,7	37,9	100,0
	<b>Total</b>	29	96,7	100,0	
<b>Perdidos</b>	<b>Sistema</b>	1	3,3		
<b>Total</b>		30	100,0		

**Gráfico N° 29: Frecuencia relativa de la Variable “Irracionalidad Cognitiva”**



Alto	36,7%
Medio	23,3%
Bajo	36,7%
Perdidos	3,3%

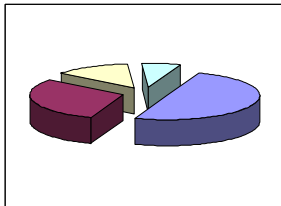
En Tabla N°33 y en el Gráfico N°29 se puede observar que la mayor parte de las mujeres presentan en una misma proporción un nivel bajo de Irracionalidad Cognitiva y un nivel alto (36,7%), mientras que una proporción un poco menor que éstas presenta un nivel medio de Irracionalidad Cognitiva (23,3 %).

### 3.3.2. Descripción de la Variable “Perfeccionismo”.

**Tabla N°34: Frecuencia de la Variable “Perfeccionismo”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	<b>Bajo</b>	15	50,0	53,6	53,6
	<b>Medio</b>	9	30,0	32,1	85,7
	<b>Alto</b>	4	13,3	14,3	100,0
	<b>Total</b>	28	93,3	100,0	
<b>Perdidos</b>	<b>Sistema</b>	2	6,7		
<b>Total</b>		30	100,0		

**Gráfico N° 30: Frecuencia relativa de la Variable “Perfeccionismo”.**



Alto	13,3%
Medio	30,0%
Bajo	50,0%
Perdidos	6,7%

Como se puede observar en Tabla N°34 y en el Gráfico N°30 la mitad de las mujeres evaluadas presenta un nivel bajo de Perfeccionismo (50,0%), seguidas por el grupo de mujeres que presenta un nivel medio (30,0%) y luego las que presentan un nivel alto (13,3%).

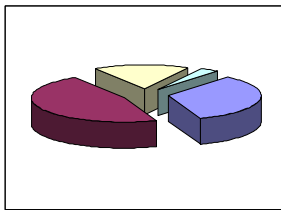
### 3.4. Frecuencias de las Variables del Paradigma Conductual/Ambiental.

#### 3.4.1. Descripción de la Variable “Asertividad”.

**Tabla N°35: Frecuencia de la Variable “Asertividad”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	<b>Bajo</b>	10	33,3	34,5	34,5
	<b>Medio</b>	14	46,7	48,3	82,8
	<b>Alto</b>	5	16,7	17,2	100,0
	<b>Total</b>	29	96,7	100,0	
<b>Perdidos</b>	<b>Sistema</b>	1	3,3		
<b>Total</b>		30	100,0		

**Gráfico N° 31: Frecuencia relativa de la Variable “Asertividad”.**



Alto	16,7%
Medio	46,7%
Bajo	33,3%
Perdidos	3,3%

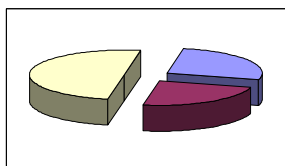
Como se puede observar en la Tabla N°35 y en el Gráfico N° 31, cerca de la mitad de las mujeres presentan un nivel medio de Asertividad (46,7%), en segundo lugar se encuentran aquellas que presentan un nivel bajo (33,3 %), seguidas por las que reportan un nivel alto de Asertividad (16,7 %).

#### 3.4.2. Descripción de la Variable “Repertorio Conductual”.

**Tabla N°36: Frecuencia de la Variable “Repertorio Conductual”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	<b>Bajo</b>	8	26,7	26,7	26,7
	<b>Medio</b>	7	23,3	23,3	50,0
	<b>Alto</b>	15	50,0	50,0	100,0
	<b>Total</b>	30	100,0	100,0	

### Gráfico N° 32: Frecuencia relativa de la Variable “Repertorio Conductual”.



Alto	50,0%
Medio	23,3%
Bajo	26,7%

La Tabla N°36 y el Gráfico N°32 muestran que la mitad de las mujeres manifiestan un nivel alto de Repertorio conductual (50,0%), seguidas por aquellas que presentan un nivel bajo (26,7 %) y medio (23,3 %).

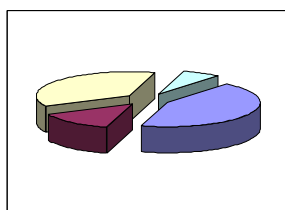
### 3.5. Frecuencias de las Variables del Sistema Self.

#### 3.5.1. Descripción de la Variable “Autoimagen”.

**Tabla N°37: Frecuencia de la Variable “Autoimagen”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	13	43,3	46,4	46,4
	Medio	4	13,3	14,3	60,7
	Alto	11	36,7	39,3	100,0
	Total	28	93,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	6,7		
Total		30	100,0		

### Gráfico N° 33: Frecuencia relativa de la Variable “Autoimagen”



Alto	36,7%
Medio	13,3%
Bajo	43,3%
Perdidos	6,7%

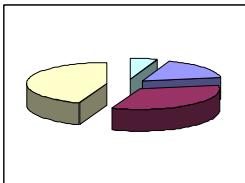
La Tabla N°37 y el Gráfico N°33 muestran que en las mujeres existe una tendencia mayor a presentar un nivel bajo en Autoimagen (43,3%). Un poco más de la tercera parte de ellas presentan un nivel alto (36,7%) y un número menor en comparación a los anteriores presenta un nivel medio (16,7 %).

### 3.5.2. Descripción de la Variable “Autoeficacia”.

**Tabla N°38: Frecuencia de la Variable “Autoeficacia”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	<b>Bajo</b>	7	23,3	25,0	25,0
	<b>Medio</b>	10	33,3	35,7	60,7
	<b>Alto</b>	11	36,7	39,3	100,0
	<b>Total</b>	28	93,3	100,0	
<b>Perdidos</b>	<b>Sistema</b>	2	6,7		
<b>Total</b>		30	100,0		

**Gráfico N° 34: Frecuencia relativa de la Variable “Autoeficacia”.**



Alto	44,4%
Medio	33,3%
Bajo	23,3%
Perdidos	6,7%

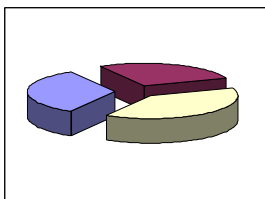
En la Tabla N°38 y el Gráfico N°34 se observa que la mayor parte de las mujeres reportan un nivel alto de Autoeficacia (44,4%), seguida por un nivel medio (33,3%). La proporción de mujeres que presentan un nivel bajo de Autoeficacia es menor (23,3%).

### 3.5.3. Descripción de la Variable “Autoestima”.

**Tabla N°39: Frecuencia de la Variable “Autoestima”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	11	36,7	36,7	36,7
	Medio	6	20,0	20,0	56,7
	Alto	13	43,3	43,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Gráfico N° 35: Frecuencia relativa de la Variable “Autoestima”.**



	Alto	43,3%
	Medio	20,0%
	Bajo	36,7%

En la Tabla N°39 y en el Gráfico N°35 se observa que cerca de la mitad de las mujeres evaluadas presenta un nivel alto de Autoestima (43,3%). En segundo lugar se encuentran aquellas mujeres que presenta un nivel bajo (36,7%), mientras que una menor parte presenta un nivel medio (20,0%).

## 4. Objetivo específico N° 4: Relaciones entre las Variables Sociodemográficas y las Variables de la Historia de Consumo.

En el caso del estadístico Chi-cuadrado, se considerarán las siguientes hipótesis para todos los cruces:

$H_0$ : Existe independencia entre las variables.

$H_1$ : No existe independencia entre las variables.

4.1. Relaciones entre la Variable “Edad” y las Variables de la historia de consumo.

Tabla N°40: Cruce de frecuencias entre la Variable “Edad” y las Variables de la historia de consumo.

	Edad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
C.Terapéutica	---	---	1,483	0,476	---	---
Edad inicio consumo.	0,789	<b>0,000</b>	22,684	<b>0,000</b>	0,578	<b>0,001</b>
Edad inicio consumo alcohol	0,645	<b>0,000</b>	4,824	0,306	0,331	0,079
Etapa Tratamiento	---	---	14,777	0,064	0,148	0,434
F. consumo Alcohol.	---	---	7,242	0,511	-0,293	0,175
F. consumo Marihuana	---	---	5,912	0,433	-0,259	0,175
F. consumo Cocaína	---	---	4,327	0,826	-0,093	0,627
F. consumo Pasta Base	---	---	0,747	0,945	-0,037	0,848
F. consumo Éxtasis	---	---	6,264	0,180	-0,270	0,173
F. consumo Fármacos	---	---	1,014	0,908	0,026	0,891
F. consumo solventes volátiles	---	---	6,611	0,358	-0,309	0,096
F. consumo Anfetaminas	---	---	3,450	0,751	-0,172	0,364
Modalidad ingreso CT	---	---	12,659	0,243	---	---
N° drogas consumidas.	-0,075	0,693	---	---	---	---
Policonsumo	---	---	3,430	0,180	---	---
Primera droga consumida	---	---	4,054	0,852	---	---
Tiempo consumo	0,031	0,871	1,826	0,768	0,021	0,913
Tiempo permanencia CT	0,492	<b>0,006</b>	2,128	0,712	0,247	0,189
Tratamientos anteriores	---	---	0,546	0,761	---	---
T. Atención Primaria	---	---	3,309	0,191	---	---
T. Hospital (ambulatorio)	---	---	0,652	0,722	---	---
T. Hospital (int./desintox.)	---	---	0,934	0,627	---	---
T. Otra CT residencial.	---	---	4,017	0,134	---	---
T. CT ambulatorio	---	---	0,330	0,848	---	---
T. Hospital de día.	---	---	0,315	0,854	---	---

**4.1.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Edad” y “Edad de Inicio del Consumo”.**

**Tabla N°41: Tabla de contingencia de las Variables “Edad” y “Edad de Inicio del Consumo”.**

		Edad de inicio en el consumo			Total
		Menor de 9 años	9-19 años	Mayor de 19 años	
Edad	Menor de 18 años	1	3	0	4
	18-26 años	2	20	1	23
	Mayor de 26 años	0	0	3	3
Total		3	23	4	30

En la variable “Edad” encontramos que el rango de 18 a 26 años (donde se encuentra la mayor parte de los casos), la edad de inicio del consumo tiende a los 9 y 19 años, con 20 casos. Cuando la edad aumenta, también tiende a aumentar la edad de inicio en el consumo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 22,684, (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 9 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,000. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Edad” y “Edad de Inicio del consumo” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa alta de 0,789 (a medida que la Edad aumenta, la Edad de inicio del consumo aumenta) y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,400 (a medida que la Edad aumenta, la Edad de inicio del consumo aumenta) y una significancia de 0,028 con un 99% de confianza, bilateral.

#### **4.1.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Edad” y “Edad de inicio en el consumo de alcohol”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,645 (a medida que la Edad aumenta la Edad de inicio del consumo de alcohol aumenta) y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral.

#### **4.1.3. Cruce de Frecuencias de las Variables “Edad” y “Tiempo de permanencia en la Comunidad”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,492 (a medida que la Edad aumenta, el tiempo de permanencia en la comunidad también aumenta) y una significancia de 0,006 con un 99% de confianza, bilateral.

4.2. Relaciones entre la Variables “Hijos”, “Estado Civil” y “Ocupación” y Variables de la historia de consumo.

Tabla N°42: Cruce de frecuencias entre las Variables “Hijos”, “Estado Civil” y “Ocupación” y las Variables de la historia de consumo

	Hijos		Estado Civil		Ocupación	
	Chi cuadrado		Chi cuadrado		Chi cuadrado	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
C.Terapéutica	0,017	0,896	0,373	0,830	6,264	0,180
Edad inicio consumo.	1,690	0,430	1,754	0,781	5,129	0,744
Edad inicio consumo alcohol	0,842	0,657	14,626	<b>0,006</b>	5,716	0,679
Etapa Tratamiento	5,183	0,269	3,634	0,889	15,798	0,467
F. consumo Alcohol.	4,808	0,308	3,995	0,858	11,177	0,798
F. consumo Marihuana	10,321	<b>0,016</b>	3,508	0,743	10,503	0,572
F. consumo Cocaína	4,471	0,346	6,625	0,578	12,684	0,696
F. consumo Pasta Base	3,172	0,205	2,283	0,684	9,001	0,342
F. consumo Éxtasis	3,857	0,145	27,196	<b>0,000</b>	12,816	0,118
F. consumo Fármacos	1,212	0,545	14,838	<b>0,005</b>	13,333	0,101
F. consumo solventes volátiles	6,020	0,111	31,989	<b>0,000</b>	21,399	<b>0,045</b>
F. consumo Anfetaminas	4,125	0,248	15,375	<b>0,018</b>	14,121	0,293
Modalidad ingreso CT	10,227	0,069	3,742	0,958	17,831	0,599
Policonsumo	0,130	0,719	0,675	0,714	7,116	0,130
Primera droga consumida	2,167	,705	8,629	0,375	14,287	0,577
Tiempo consumo	2,182	0,336	3,910	0,418	9,188	0,327
Tiempo permanencia CT	1,948	0,378	0,715	0,949	9,194	0,326
Tratamientos anteriores	1,023	0,312	2,778	0,249	4,554	0,336
T. Atención Primaria	0,455	0,500	1,840	0,398	9,415	0,052
T. Hospital (ambulatorio)	0,597	0,440	0,536	0,765	4,171	0,383
T. Hospital (int./desintox.)	1,285	0,257	1,154	0,562	1,188	0,880
T. Otra CT residencial.	3,409	0,065	1,500	0,472	5,229	0,265
T. CT ambulatorio	2,719	0,099	0,216	0,898	3,970	0,410
T. Hospital de día.	2,845	0,092	0,259	0,879	6,724	0,151

**4.2.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Hijos” y “Frecuencia de consumo de Marihuana”.**

**Tabla N°43: Tabla de Contingencia de las Variables “Hijos” y “Frecuencia de consumo de Marihuana”.**

		Frecuencia de consumo de marihuana				Total
		Nunca	1 o menos veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana	
Hijos	No	0	1	2	4	7
	Sí	11	3	0	8	22
Total		11	4	2	12	29

En la variable “Hijos”, encontramos que quienes tienen hijos, tienden a presetar una frecuencia de consumo de 4 o más veces a la semana, mientras que quienes sí tienen hijos (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la frecuencia de consumo de marihuana tiende a toma valores extremos, es decir, tiende a nunca y a 4 o más veces a la semana.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 10,321 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$ , tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,016. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Hijos” y “Frecuencia de consumo de marihuana” están relacionadas.

**4.2.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Estado Civil” y “Edad de inicio en el Consumo de alcohol”.**

**Tabla N°44: Tabla de Contingencia de las Variables “Estado Civil” y “Edad de inicio en el Consumo de alcohol”.**

		Edad de inicio en el consumo de alcohol			Total
		Menor de 10 años	10-18 años	Mayor de 18 años	
Estado civil	Soltera	2	20	1	23
	Separada	0	0	1	1
	Conviviente	1	4	0	5
Total		3	24	2	29

En la variable “Estado Civil” encontramos que el Categoría de Soltera (donde se encuentra la mayor parte de los casos), la edad de inicio en el consumo de alcohol tiende a concentrarse entre los 10 y 18 años de edad, con 20 casos. Por otra parte, se puede observar una menor concentración de los datos en el mismo rango de edad, pero en la categoría Conviviente.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 14,626 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$ , tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,006. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Estado Civil” y “Edad” de inicio en el consumo de alcohol están relacionadas..

**4.2.3. Cruce de Frecuencias de las Variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Éxtasis”.**

**Tabla N°45: Tabla de contingencia de las Variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Éxtasis”.**

		Frecuencia de consumo de éxtasis			Total
		Nunca	1 o menos veces al mes	4 o más veces a la semana	
Estado civil	Soltera	21	0	1	22
	Separada	0	1	0	1
	Conviviente	4	0	0	4
Total		25	1	1	27

En la variable “Estado Civil” encontramos que el Categoría de Soltera (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la Frecuencia de Consumo de Éxtasis se encuentra en la categoría de Nunca con 21 casos, mientras que en la categoría Separada el nivel de Frecuencia de Consumo de éxtasis es de 1 o menos veces al mes.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 27,196 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,000. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Éxtasis” están relacionadas.

#### 4.2.4. Cruce de Frecuencias de las Variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Fármacos”.

**Tabla N°46: Tabla de contingencia de las Variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Fármacos”.**

		Frecuencia de consumo de fármacos			Total
		Nunca	1 o menos veces al mes	4 o más veces a la semana	
Estado civil	Soltera	22	1	1	24
	Separada	0	0	1	1
	Conviviente	5	0	0	5
Total		27	1	2	30

En la variable “Estado Civil” encontramos que el Categoría de Soltera (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la Frecuencia de Consumo de Fármacos se encuentra en la categoría de Nunca con 22 casos, mientras que en la categoría Separada el nivel de Frecuencia de Consumo de Fármacos tiende a disminuir a 1 caso en 4 o más veces a la semana.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 14,838 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,005. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Fármacos” están relacionadas.

#### 4.2.5. Cruce de Frecuencias de las Variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Solventes Volátiles”.

**Tabla N°47: Tabla de contingencia de las Variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Solventes Volátiles”.**

		Frecuencia de consumo de solventes volátiles				Total
		Nunca	1 o menos veces al mes	2 a 4 veces al mes	4 o más veces a la semana	
Estado civil	Soltera	17	3	0	4	24
	Separada	0	0	1	0	1
	Conviviente	5	0	0	0	5
Total		22	3	1	4	30

En la variable “Estado Civil” encontramos que en la Categoría de Soltera (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la Frecuencia de Consumo de Solventes Volátiles se encuentra en la categoría Nunca con 17 casos, mientras que en la categoría Separada, el nivel de Frecuencia de Consumo de Solventes Volátiles tiende a disminuir a 1 caso en 2 a 4 veces al mes.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 31,989 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 6 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,000. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Solventes Volátiles” están relacionadas.

**4.2.6. Cruce de Frecuencias de las Variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Anfetaminas”.**

**Tabla N°48: Tabla de contingencia de las Variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Anfetaminas”.**

		Frecuencia de consumo de anfetaminas				Total
		Nunca	1 o menos veces al mes	2 a 4 veces al mes	4 o más veces a la semana	
Estado civil	Soltera	20	1	1	2	24
	Separada	0	0	1	0	1
	Conviviente	5	0	0	0	5
Total		25	1	2	2	30

En la variable “Estado Civil” encontramos que el Categoría de Soltera (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la Frecuencia de Consumo de Anfetaminas se encuentra en la categoría de Nunca con 20 casos, mientras que en la categoría Separada el nivel de Frecuencia de Consumo de Anfetaminas tiende a disminuir a 1 caso en 2 a 4 veces al mes.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 15,375 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 6 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,018. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Anfetaminas” están relacionadas.

**4.2.7. Cruce de Frecuencias de las Variables “Ocupación” y “Frecuencia de consumo de solventes volátiles”.**

**Tabla N°49: Tabla de contingencia de las Variables “Ocupación” y “Frecuencia de consumo de solventes volátiles”.**

		Frecuencia de consumo de solventes volátiles				Total
		Nunca	1 o menos veces al mes	2 a 4 veces al mes	4 o más veces a la semana	
Ocupación	Estudiante	3	0	0	1	4
	Cesante	5	2	0	0	7
	Trabajo remunerado	4	0	0	0	4
	Dueña de casa	9	0	0	0	9
	Otra	1	1	1	3	6
Total		22	3	1	4	30

En la variable “Ocupación” encontramos que el Categoría de Dueña de casa (donde se encuentra la mayor parte de los casos) ninguna consumió solventes volátiles durante el año previo al ingreso a la comunidad. Tampoco lo hicieron quienes reportaron tener como ocupación un trabajo remunerado, mientras que en la categoría Estudiante y Trabajo Remunerado el nivel de Frecuencia de Consumo de Solventes Volátiles tiende a disminuir a 1 y 4 casos en las categorías de 4 o más veces a la semana y Nunca respectivamente.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 21,399 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 12 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,045. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Ocupación” y “Frecuencia de Consumo de Solventes Volátiles” están relacionadas.

**4.3. Relaciones entre la Variable “Nivel Educativo” y las Variables de la historia de consumo.**

**Tabla N°50: Cruce de Frecuencias entre la Variable “Nivel Educativo” y las variables de la historia de consumo.**

	Nivel Educativo			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
C.Terapéutica	2,112	0,550	---	---
Edad inicio consumo.	4,618	0,594	0,297	0,111
Edad inicio consumo alcohol	6,767	0,343	0,332	0,078
Etapa Tratamiento	11,410	0,494	-0,046	0,808
F. consumo Alcohol.	10,670	0,557	-0,004	0,984
F. consumo Marihuana	8,925	0,444	-0,305	0,107
F. consumo Cocaína	8,587	0,738	0,129	0,495
F. consumo Pasta Base	3,838	0,699	-0,247	0,188
F. consumo Éxtasis	6,966	0,324	-0,240	0,227
F. consumo Fármacos	6,698	0,350	-0,223	0,235
F. consumo solventes volátiles	11,922	0,218	-0,321	0,083
F. consumo Anfetaminas	6,720	0,666	0,113	0,553
Modalidad ingreso CT	15,406	0,423	---	---
N° drogas consumidas.			---	---
Policonsumo	0,794	0,851	---	---
Primera droga consumida	13,687	0,321	---	---
Tiempo consumo	2,387	0,881	-0,005	0,978
Tiempo permanencia CT	3,702	0,717	0,135	0,478
Tratamientos anteriores	1,435	0,697	---	---
T. Atención Primaria	5,046	0,168	---	---
T. Hospital (ambulatorio)	4,286	0,232	---	---
T. Hospital (int./desintox.)	1,250	0,741	---	---
T. Otra CT residencial.	2,480	0,479	---	---
T. CT ambulatorio	3,970	0,265	---	---
T. Hospital de día.	2,069	0,558	---	---

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable “Nivel Educativo” y las variables de la historia de consumo, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

**4.4. Relaciones entre la Variable “Número de Hijos” y las Variables de la historia de consumo.**

**Tabla N°51: Cruce de Frecuencias entre la Variable “Número de Hijos” y las Variables de la historia de consumo.**

	Número de Hijos	
	Pearson	
	Valor	Nivel de sig.
<b>Edad inicio consumo.</b>	0,117	0,537
<b>Edad inicio consumo alcohol</b>	0,209	0,276
<b>Tiempo consumo</b>	0,349	0,059
<b>Número de drogas consumidas</b>	-0,107	0,574
<b>Tiempo permanencia CT</b>	0,207	0,271

En caso del cruce de frecuencias entre la variable “Número de Hijos” y las variables de la historia de consumo, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

**5. Objetivo específico N°5: Relaciones entre las Variables Sociodemográficas y las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

En el caso del estadístico Chi-cuadrado, se considerarán las siguientes hipótesis para todos los cruces:

$H_0$ : Existe independencia entre las variables.

$H_1$ : No existe independencia entre las variables.

5.1. Relaciones entre la Variable “Edad” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.

Tabla N°52: Cruce de Frecuencias entre la Variable “Edad” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.

	Edad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	-0,276	0,140	1,656	0,799	-0,148	0,435
Extroversión	-0,070	0,713	2,499	0,645	-0,003	0,987
Psicoticismo	-0,543	<b>0,002</b>	10,460	<b>0,033</b>	-0,409	<b>0,025</b>
Mentira	0,411	<b>0,024</b>	8,543	0,074	0,437	<b>0,016</b>
Autoimagen	-0,008	0,969	2,126	0,713	0,078	0,692
Autoestima	0,311	0,094	6,645	0,156	0,241	0,199
Autoeficacia	0,089	0,651	0,293	0,990	0,000	1,000
Asertividad	0,279	0,143			0,306	0,106
Satisfacción Matrimonial	-0,231	0,301	3,469	0,483	-0,202	0,367
Satisfacción de Necesidades	0,180	0,340	1,273	0,866	0,093	0,623
Ansiedad	-0,112	0,556	6,502	0,165	-0,088	0,645
Depresión	-0,328	0,077	3,939	0,414	-0,162	0,393
Alexitimia	-0,359	0,056	5,885	0,208	-0,236	0,219
Intolerancia a la Frustración	-0,452	0,014	2,380	0,666	-0,076	0,697
Irracionalidad Cognitiva	-0,156	0,419	0,554	0,968	0,082	0,672
Perfeccionismo	-0,087	0,660	3,752	0,441	0,127	0,519
Disconfort Emocional	-0,263	0,168	5,822	0,213	-0,220	0,252
Repertorio Conductual	0,128	0,501	5,601	0,231	0,090	0,637
Organicidad	-0,444	<b>0,014</b>	2,925	0,570	-0,165	0,385

### 5.1.1. Cruce de frecuencias de las Variables “Edad” y “Psicoticismo”.

**Tabla N°53: Tabla de contingencia de las Variables “Edad” y “Psicoticismo”.**

		Psicoticismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Edad	menor de 18 años	0	0	4	4
	18-26 años	4	6	13	23
	mayor de 26 años	0	3	0	3
Total		4	9	17	30

En la variable “Edad” encontramos que en el rango de edad entre 18-26 años (donde se encuentra la mayor parte de los casos) el nivel de Psicoticismo tiende a alto, mientras que en el rango mayor de 26 años, el nivel de Psicoticismo el nivel tiende a ser medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 10,460 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 6 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,033. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Edad” y “Psicoticismo” están relacionadas.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de -0,543 (a medida que la Edad aumenta el nivel de Psicoticismo disminuye) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

### 5.1.2. Cruce de frecuencias de las Variables “Edad” y “Mentira”.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,411 (a medida que la Edad aumenta, el nivel de Mentira también aumenta) y una significancia de 0,024 con un 95% de confianza, bilateral.

**5.2. Relaciones entre la Variable “Ocupación”, la Variable “Hijos” y la Variable “Estado Civil”, y las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°54: Cruce de Frecuencias entre las Variables “Ocupación”, “Hijos” y “Estado Civil”, y las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Ocupación		Hijos				Estado Civil	
	Chi- cuadrado		Chi cuadrado		Spearman		Chi- cuadrado	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	4,201	0,839	8,759	<b>0,013</b>	-0,524	<b>0,003</b>	5,154	0,272
Extroversión	6,252	0,619	3,519	0,172	-0,182	0,335	1,757	0,780
Psicoticismo	11,264	0,187	1,766	0,413	-0,191	0,312	1,840	0,765
Mentira	12,477	0,131	2,813	0,245	0,195	0,302	1,744	0,783
Autoimagen	4,458	0,814	0,503	0,777	0,134	0,497	4,868	0,301
Autoestima	11,272	0,187	4,515	0,105	0,385	<b>0,036</b>	3,136	0,535
Autoeficacia	7,638	0,470	1,597	0,450	0,201	0,304	2,030	0,730
Asertividad	6,726	0,567	2,163	0,339	0,220	0,251	5,850	0,211
Satisfacción Matrimonial	9,511	0,301	1,676	0,432	-0,184	0,412	5,415	0,247
Satisfacción de Necesidades	2,014	0,981	1,291	0,525	0,095	0,618	3,890	0,421
Ansiedad	11,176	0,192	2,784	0,249	-0,299	0,108	6,892	0,142
Depresión	6,312	0,612	4,000	0,135	-0,345	0,51	1,247	0,870
Alexitimia	12,826	0,118	1,110	0,574	-0,195	0,312	4,661	0,324
Intolerancia a la Frustración	8,156	0,418	3,136	0,208	-0,170	0,379	1,496	0,827
Irracionalidad Cognitiva	6,654	0,574	0,004	0,998	0,000	1,000	4,723	0,317
Perfeccionismo	11,338	0,183	0,059	0,971	0,034	0,864	3,360	0,499
Disconfort Emocional	9,910	0,271	1,499	0,433	-0,227	0,237	7,243	0,124
Repertorio Conductual	12,164	0,144	3,604	0,165	0,341	0,065	1,375	0,848
Organicidad	9,533	0,299	2,154	0,341	-0,245	0,192	2,906	0,574

### 5.2.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Hijos” y “Neuroticismo”.

**Tabla N°55: Tabla de contingencia de las Variables “Hijos” y “Neuroticismo”.**

		Neuroticismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Hijos	No	0	1	7	8
	Sí	4	12	6	22
Total		4	13	13	30

En la variable “Hijos” encontramos que en la categoría Sí (donde se encuentra la mayor parte de los casos) el nivel de Neuroticismo es medio con 12 casos, mientras que en la categoría No el nivel de Neuroticismo tiende a disminuir a 1 caso a nivel Medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 8,759 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,013. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Hijos” y “Neuroticismo” están relacionadas.

5.3. Relaciones entre la Variable “Nivel Educativo” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.

Tabla N°56: Cruce de Frecuencias entre la Variable “Nivel Educativo” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.

	Nivel Educativo			
	Chi- cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	4,109	0,662	0,063	0,742
Extroversión	3,917	0,688	0,029	0,881
Psicoticismo	10,274	0,114	-0,523	<b>0,003</b>
Mentira	4,242	0,644	0,329	0,076
Autoimagen	8,741	0,189	0,136	0,489
Autoestima	3,257	0,776	0,043	0,820
Autoeficacia	3,652	0,724	0,048	0,807
Asertividad	8,258	0,220	0,371	<b>0,048</b>
Satisfacción Matrimonial	12,211	0,057	-0,222	0,321
Satisfacción de Necesidades	9,048	0,171	0,390	<b>0,033</b>
Ansiedad	5,837	0,442	0,157	0,406
Depresión	5,477	0,484	-0,081	0,671
Alexitimia	3,133	0,792	0,098	0,612
Intolerancia a la Frustración	0,757	0,993	-0,035	0,856
Irracionalidad Cognitiva	7,662	0,264	0,047	0,809
Perfeccionismo	1,217	0,976	-0,022	0,911
Disconfort Emocional	9,411	0,152	-0,177	0,359
Repertorio Conductual	17,944	<b>0,006</b>	0,123	0,516
Organicidad	5,156	0,524	-0,199	0,291

**5.3.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Nivel educacional” y “Repertorio Conductual”.**

**Tabla N°57: Tabla de contingencia de las Variables “Nivel educacional” y “Repertorio Conductual”.**

		Repertorio Conductual			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Nivel educacional	Basica Incompleta	3	0	6	9
	Básica Completa	4	0	2	6
	Educación Media Incompleta	1	6	3	10
	Educación Media Completa	0	1	4	5
Total		8	7	15	30

En la variable “Nivel educacional” encontramos que en la categoría Educación Media Incompleta (donde se encuentra la mayor parte de los casos) el nivel de Repertorio Conductual es medio con 6 casos, mientras que en la categoría Educación Media Completa el nivel de Repertorio Conductual tiende a disminuir a 1 caso a nivel Medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 17,944 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 6 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,006. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Nivel educacional” y “Repertorio Conductual” están relacionadas.

### **5.3.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Nivel Educativo” y “Psicoticismo”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de -0,523 (a medida que el Nivel Educativo aumenta, el nivel de Psicoticismo disminuye) y una significancia de 0,003 con un 99% de confianza, bilateral.

### **5.3.3. Cruce de Frecuencias de las Variables “Nivel Educativo” y “Asertividad”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,371 (a medida que el Nivel Educativo aumenta, el nivel de Asertividad también aumenta) y una significancia de 0,048 con un 95% de confianza, bilateral.

### **5.3.4. Cruce de Frecuencias de las Variables “Nivel Educativo” y “Satisfacción de Necesidades”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,390 (a medida que el Nivel Educativo aumenta, el nivel de Satisfacción de Necesidades también aumenta) y una significancia de 0,033 con un 95% de confianza, bilateral.

5.4. Relaciones entre la Variable “Número de hijos” y las Variables psicológicas medidas por el FECl.

Tabla N°58: Cruce de Frecuencias entre la Variable “Número de hijos” y las Variables psicológicas medidas por el FECl.

	Número de hijos					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	-0,338	0,068	11,654	0,700	-0,271	0,147
Extroversión	-0,102	0,592	5,384	0,496	-0,227	0,227
Psicoticismo	0,477	<b>0,008</b>	16,477	<b>0,011</b>	-0,345	0,062
Mentira	0,072	0,704	7,563	0,272	0,090	0,636
Autoimagen	0,065	0,741	4,664	0,588	0,061	0,757
Autoestima	0,191	0,312	6,451	0,375	0,306	0,100
Autoeficacia	0,156	0,427	3,048	0,803	0,209	0,285
Asertividad	0,391	<b>0,036</b>	5,492	0,482	0,272	0,154
Satisfacción Matrimonial	-0,153	0,497	6,064	0,416	-0,188	0,402
Satisfacción de Necesidades	0,037	0,849	3,182	0,786	0,060	0,751
Ansiedad	-0,231	0,220	6,342	0,386	-0,207	0,272
Depresión	-0,199	0,292	8,662	0,193	-0,195	0,301
Alexitimia	-0,244	0,202	3,510	0,743	-0,082	0,671
Intolerancia a la Frustración	0,017	0,932	8,289	0,218	-0,112	0,562
Irracionalidad Cognitiva	0,039	0,840	2,178	0,903	0,017	0,929
Perfeccionismo	0,092	0,643	4,198	0,650	0,166	0,398
Disconfort Emocional	-173	0,370	9,941	0,127	-0,227	0,236
Repertorio Conductual	0,372	<b>0,043</b>	9,193	0,163	0,296	0,112
Organicidad	-0,331	0,074	5,898	0,435	-0,245	0,193

**5.4.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Número de Hijos” y “Psicoticismo”.**

**Tabla N°59: Tabla de contingencia de las Variables “Número de Hijos” y “Psicoticismo”.**

		Psicoticismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Número de hijos	0	1	1	6	8
	1	0	4	6	10
	2	1	4	5	10
	3	2	0	0	2
Total		4	9	17	30

En la variable “Número de Hijos” encontramos que en la categoría 0 y 1 (donde se encuentra la mayor parte de los casos) el nivel de Psicoticismo es alto con 6 y 5 casos respectivamente, mientras que en la categoría 3 el nivel de Psicoticismo tiende a disminuir a 2 casos a nivel Bajo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 16,477 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 6 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,011. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Número Hijos” y “Psicoticismo” están relacionadas.

**6. Objetivo específico N°6: Relaciones entre las Variables de la Historia de Consumo y las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

En el caso del estadístico Chi-cuadrado, se considerarán las siguientes hipótesis para todos los cruces:

$H_0$ : Existe independencia entre las variables.

$H_1$ : No existe independencia entre las variables.

**6.1. Relaciones entre la Variable “Comunidad Terapéutica” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°60: Cruce de Frecuencias entre la Variable “Comunidad Terapéutica” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Comunidad Terapéutica	
	Chi-cuadrado	
	Valor	Nivel de sig.
<b>Neuroticismo</b>	0,007	0,996
<b>Extroversión</b>	0,453	0,798
<b>Psicoticismo</b>	3,328	0,189
<b>Mentira</b>	0,792	0,673
<b>Autoimagen</b>	1,594	0,451
<b>Autoestima</b>	5,294	0,071
<b>Autoeficacia</b>	5,475	0,065
<b>Asertividad</b>	2,165	0,339
<b>Satisfacción matrimonial</b>	2,027	0,363
<b>Satisfacción de necesidades</b>	0,213	0,899
<b>Ansiedad</b>	0,435	0,805
<b>Depresión</b>	1,716	0,424
<b>Alexitimia</b>	0,525	0,769
<b>Intolerancia a la Frustración</b>	2,878	0,237
<b>Irracionalidad cognitiva</b>	1,482	0,477
<b>Perfeccionismo</b>	0,059	0,971
<b>Discomfort Emocional</b>	3,918	0,213
<b>Repertorio conductual</b>	1,843	0,398
<b>Organicidad</b>	1,592	0,451

En el caso del cruce de Frecuencias de las variables “Comunidad Terapéutica” y las variables psicológicas medidas por el FECL, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

**6.2. Relaciones entre la Variable “Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°61: Cruce de frecuencias entre la Variable “Edad de inicio del Consumo de drogas ilícitas” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas.					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	-0,341	0,065	1,607	0,807	-0,227	0,228
Extroversión	0,253	0,178	5,594	0,232	0,183	0,334
Psicoticismo	-0,533	<b>0,002</b>	6,637	0,156	-0,239	0,119
Mentira	0,256	0,172	4,488	0,344	0,114	0,549
Autoimagen	0,076	0,700	4,485	0,344	0,310	0,108
Autoestima	0,504	<b>0,262</b>	4,234	0,375	0,308	0,097
Autoeficacia	0,219	0,262	3,361	0,499	-0,031	0,874
Asertividad	0,375	<b>0,045</b>	7,980	0,092	0,478	<b>0,009</b>
Satisfacción matrimonial	0,244	0,273	2,496	0,645	0,141	0,531
Satisfacción de Necesidades	-0,94	0,628	4,520	0,340	0,158	0,405
Ansiedad	-0,160	0,398	4,836	0,305	0,035	0,853
Depresión	-0,524	<b>0,003</b>	7,539	0,110	-0,432	<b>0,017</b>
Alexitimia	-0,292	0,124	3,382	0,496	-0,167	0,386
Intolerancia a la Frustración	-0,399	0,032	4,954	0,292	-0,386	0,107
Irracionalidad Cognitiva	-0,050	0,799	1,843	0,765	0,161	0,404
Perfeccionismo	-0,143	0,467	3,170	0,530	-0,131	0,507
Disconfort Emocional	-0,417	<b>0,024</b>	6,071	0,194	-0,379	<b>0,042</b>
Repertorio Conductual	0,364	0,048	4,337	0,362	0,291	0,118
Organicidad	-0,374	0,042	6,791	0,147	-0,253	0,178

**6.2.1. Cruce de las Variables “Edad de inicio del Consumo de drogas ilícitas” y “Psicoticismo”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta media de  $-0,533$  (a medida que la Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas aumenta, el nivel de Psicoticismo disminuye) y una significancia de  $0,002$  con un 99% de confianza, bilateral.

### **6.2.2. Cruce de las Variables “Edad de inicio del Consumo de drogas ilícitas” y “Autoestima”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa media de 0,504 (a medida que la Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas aumenta, el nivel de Autoestima también aumenta) y una significancia de 0,005 con un 99% de confianza, bilateral.

### **6.2.3. Cruce de las Variables “Edad de inicio del Consumo de drogas ilícitas” y “Asertividad”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,375 (a medida que la Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas aumenta, el nivel de Asertividad también aumenta) y una significancia de 0,045 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otro lado, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa alta de 0,478 (a medida que la Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas aumenta, el nivel de Asertividad también aumenta) y una significancia de 0,009 con un 99% de confianza, bilateral.

### **6.2.4. Cruce de las Variables “Edad de inicio del Consumo de drogas ilícitas” y “Depresión”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta media de -0.524 (a medida que la Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas aumenta, el nivel de Depresión disminuye) y una significancia de 0,003 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otro lado, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,432 (a medida que la Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas aumenta, el nivel de Depresión disminuye) y una significancia de 0,017 con un 95% de confianza, bilateral.

### **6.2.5. Cruce de frecuencias de las Variables “Edad de inicio del Consumo de drogas ilícitas” e “Intolerancia a la frustración”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta media de  $-0,599$  (a medida que la Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas disminuye, el nivel de Intolerancia a la Frustración aumenta) y una significancia de  $0,032$  con un  $95\%$  de confianza, bilateral.

### **6.3.6. Cruce de frecuencias de las Variables “Edad de inicio del Consumo de drogas ilícitas” y “Discomfort Emocional”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de  $-0,417$  (a medida que la Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas aumenta, el nivel de Discomfort Emocional disminuye) y una significancia de  $0.024$  con un  $95\%$  de confianza, bilateral.

Por otro lado, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de  $-0,379$  (a medida que la Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas aumenta, el nivel de Discomfort Emocional disminuye) y una significancia de  $0,042$  con un  $95\%$  de confianza, bilateral.

### **6.2.7. Cruce de frecuencias de las Variables “Edad de inicio del Consumo de drogas ilícitas” y “Repertorio Conductual”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de  $0,364$  (a medida que la Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas aumenta, el nivel de Repertorio Conductual también aumenta) y una significancia de  $0,048$  con un  $95\%$  de confianza, bilateral.

### 6.3. Relaciones entre la Variable “Edad de inicio del consumo de alcohol” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.

Tabla N°62: Cruce de frecuencias entre la Variable “Edad de inicio del consumo de alcohol” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.

	Edad de inicio del consumo de alcohol					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	-0,296	0,119	2,692	0,846	-0,033	0,864
Extroversión	0,395	<b>0,034</b>	8,471	0,206	0,239	0,076
Psicoticismo	-0,646	<b>0,000</b>	4,085	0,665	-0,261	0,163
Mentira	0,221	0,250	3,250	0,777	-0,040	0,833
Autoimagen	0,145	0,471	6,956	0,325	0,213	0,276
Autoestima	0,502	<b>0,005</b>	6,761	0,343	0,438	<b>0,015</b>
Autoeficacia	0,196	0,328	5,279	0,509	0,336	0,080
Asertividad	0,505	<b>0,006</b>	14,966	<b>0,021</b>	0,426	<b>0,021</b>
Satisfacción matrimonial	0,050	0,859	3,342	0,765	-0,012	0,958
Satisfacción de Necesidades	0,065	0,756	8,887	0,180	0,422	<b>0,020</b>
Ansiedad	-0,170	0,379	5,569	0,473	-0,076	0,689
Depresión	-0,492	<b>0,007</b>	8,937	0,177	-0,289	0,122
Alexitimia	-0,409	<b>0,031</b>	3,362	0,762	-0,231	0,229
Intolerancia a la Frustración	-0,542	<b>0,003</b>	9,940	0,127	-0,250	0,191
Irracionalidad Cognitiva	0,050	0,581	9,388	0,153	-0,013	0,945
Perfeccionismo	-0,097	0,631	6,922	0,328	0,202	0,302
Disconfort Emocional	-0,445	<b>0,018</b>	8,163	0,226	-0,414	<b>0,025</b>
Repertorio Conductual	0,299	0,116	8,006	0,238	0,309	0,097
Organicidad	-0,405	<b>0,029</b>	5,577	0,472	-0,256	0,172

#### 6.3.1. Cruce de las Variables “Edad de inicio del Consumo de alcohol” y “Extroversión”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,395 (a medida que la Edad de inicio del Consumo de alcohol aumenta, el nivel de Extroversión también aumenta) y una significancia de 0,034 con un 95% de confianza, bilateral.

### 6.3.2. Cruce de las Variables “Edad de inicio del Consumo de alcohol” y “Psicoticismo”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de de -0,646 (a medida que la Edad de inicio del consumo de alcohol aumenta, el nivel de Psicoticismo disminuye) y una significancia de de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral.

### 6.3.3. Cruce de las Variables “Edad de inicio del Consumo de alcohol” y “Autoestima”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,502 (a medida que la Edad de inicio del consumo de alcohol aumenta, el nivel de Autoestima también aumenta) y una significancia de 0,005 con un 99%.

Por otro lado, el coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,438 (a medida que la Edad de inicio del consumo de alcohol aumenta, el nivel de Autoestima disminuye) y una significancia de 0,015 con un 95% de confianza, bilateral. .

### 6.3.4. Cruce de las Variables “Edad de inicio del Consumo de alcohol” y “Asertividad”.

**Tabla N°63: Tabla de contingencia de las Variables “Edad de inicio del Consumo de alcohol” y “Asertividad”.**

		Asertividad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Edad de inicio en el consumo de alcohol	Perdidos (no consume)	0	1	0	1
	Menos de 9 años	2	0	0	2
	10-18 años	8	13	3	24
	Más de 19	0	0	2	2
Total		10	14	5	29

En la variable “Edad de inicio de consumo” encontramos que en el rango de edad de menor a 9 años, el nivel de Asertividad es bajo, mientras que en el rango de edad entre 10 a 18 años (donde se encuentra más de la mitad de los casos) el nivel de Asertividad es medio. En el rango de 19 o más años el nivel de Asertividad tiende a aumentar a un nivel alto.

La tabla muestra que en rango de 10 a 18 años, la variable Asertividad tiende a presentar puntajes medios y bajos.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 14,966 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,017. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Asertividad” e “Inicio en el consumo de alcohol están relacionadas”.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,505 (a medida que la Edad de inicio del consumo de alcohol aumenta, el nivel de Asertividad también aumenta) y una significancia de 0,006 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otro lado, el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,426 (a medida que la Edad de inicio del consumo de alcohol aumenta, el nivel de Asertividad también aumenta) y una significancia de 0,021 con un 95% de confianza, bilateral.

### **6.3.5. Cruce de las Variables “Edad de inicio del Consumo de alcohol” y Satisfacción de necesidades”.**

El coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,422 (a medida que la Edad de inicio del consumo de alcohol aumenta, el nivel de Satisfacción de necesidades disminuye) y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral.

### **6.3.6. Cruce de frecuencias de las Variables “Edad de inicio del Consumo de alcohol” y “Depresión”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de  $-0,492$  (a medida que la Edad de inicio del consumo de alcohol aumenta, el nivel de Depresión disminuye) y una significancia de  $0,007$  con un  $99\%$  de confianza, bilateral.

### **6.3.7. Cruce de las Variables “Edad de inicio del Consumo de alcohol” y “Alexitimia”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de  $-0,409$  (a medida que la Edad de inicio del consumo de alcohol aumenta, el nivel de Alexitimia disminuye) y una significancia de  $0,031$  con un  $95\%$  de confianza, bilateral.

### **6.3.8. Cruce de las Variables “Edad de inicio del Consumo de alcohol” y “Intolerancia a la frustración”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de  $-0,542$  (a medida que la Edad de inicio del consumo de alcohol aumenta, el nivel de Intolerancia a la frustración disminuye) y una significancia de  $0,003$  con un  $99\%$  de confianza, bilateral.

### **6.3.9. Cruce de las Variables “Edad de inicio del Consumo de alcohol” y “Discomfort Emocional”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de  $-0,445$  (a medida que la Edad de inicio del consumo de alcohol aumenta, el nivel de Discomfort Emocional disminuye) y una significancia de  $0,018$  con un  $95\%$  de confianza, bilateral.

Por otro lado, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de  $-0,414$  (a medida que la Edad de inicio del consumo de alcohol aumenta, el nivel de Discomfort Emocional disminuye) y una significancia de  $0,025$  con un  $95\%$  de confianza, bilateral.

### 6.3.9. Cruce de las Variables “Edad de inicio del Consumo de alcohol” y “Organicidad”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,405 (a medida que la Edad de inicio del consumo de alcohol aumenta, el nivel de Organicidad disminuye) y una significancia de 0,029 con un 95% de confianza, bilateral.

### 6.4. Relaciones entre la Variable “Primera droga consumida” y Variables psicológicas medidas por el FECL.

**Tabla N°64: Cruce de frecuencias entre la Variable “Primera droga consumida” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Primera droga consumida	
	Chi-cuadrado	
	Valor	Nivel de significancia
Neuroticismo	16,594	<b>0,035</b>
Extroversión	9,335	0,315
Psicoticismo	6,288	0,615
Mentira	7,858	0,447
Autoimagen	4,551	0,804
Autoestima	4,923	0,766
Autoeficacia	9,296	0,318
Asertividad	5,504	0,703
Satisfacción matrimonial	3,104	0,928
Satisfacción de necesidades	14,630	0,067
Ansiedad	11,900	0,156
Depresión	11,861	0,157
Alexitimia	4,700	0,789
Intolerancia a la Frustración	10,781	0,214
Irracionalidad cognitiva	11,858	0,158
Perfeccionismo	14,569	0,068
Disconfort Emocional	8,482	0,388
Repertorio conductual	9,234	0,323
Organicidad	14,665	0,066

**6.4.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Primera droga consumida” y “Neuroticismo”.**

**Tabla N°65: Tabla de contingencia de las Variables “Primera droga consumida” y “Neuroticismo”.**

		Neuroticismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Primera droga consumida	Alcohol	2	1	4	7
	Marihuana	0	10	4	14
	Cocaína	0	0	1	1
	Pasta Base	2	2	1	5
	Solventes volátiles	0	0	3	3
Total		4	13	13	30

En la variable “Primera droga consumida”, se observa que el alcohol presenta puntajes bajos y medios de neuroticismo, la marihuana (donde se encuentra la mayor parte e los casos) presenta un nivel medio de Psicoticismo. Solventes volatiles presenta niveles altos de Psicoticismo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 16,549 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 8 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,035. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Primera droga consumida” y “Neuroticismo” están relacionadas.

**6.5. Relaciones entre la Variable “Tiempo de consumo” y Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°66: Cruce de frecuencias entre la Variable “Tiempo de consumo y las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Tiempo de consumo					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	0,051	0,787	3,646	0,456	-0,011	0,956
Extroversión	-0,322	0,083	9,086	0,059	-0,307	0,099
Psicoticismo	0,105	0,580	2,840	0,730	-0,065	0,732
Mentira	-0,071	0,707	5,430	0,246	0,257	0,170
Autoimagen	-0,275	0,157	4,312	0,365	-0,352	0,066
Autoestima	-0,201	0,288	10,364	<b>0,035</b>	-0,316	0,089
Autoeficacia	-0,106	0,590	3,643	0,457	0,039	0,842
Asertividad	-0,181	0,348	2,261	0,688	-0,186	0,335
Satisfacción matrimonial	-0,475	<b>0,025</b>	4,588	0,332	-0,332	0,131
Satisfacción de Necesidades	-0,087	0,655	4,839	0,304	-0,007	0,971
Ansiedad	-0,008	0,966	1,137	0,888	-0,057	0,766
Depresión	<b>0,410</b>	0,024	4,140	0,387	0,305	0,101
Alexitimia	-0,189	0,326	2,292	0,682	0,057	0,771
Intolerancia a la Frustración	0,086	0,657	5,693	0,228	0,000	1,000
Irracionalidad Cognitiva	-0,247	0,197	4,614	0,329	-0,292	0,124
Perfeccionismo	0,119	0,547	3,333	0,504	-0,021	0,915
Discomfort Emocional	0,265	0,165	3,400	0,493	0,096	0,621
Repertorio Conductual	-0,112	0,554	4,973	0,290	-0,161	0,395
Organicidad	0,101	0,594	4,110	0,391	-0,006	0,976

### 6.5.1. Cruce de las Variables “Tiempo de consumo” y “Autoestima”.

**Tabla N°67: Tabla de contingencia de las las Variables “Tiempo de consumo” y “Autoestima”.**

		Autoestima			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Tiempo de Consumo	Menor a 11 años	1	0	0	1
	4 a 11 años	6	6	13	25
	Mayor a 11 años	4	0	0	4
Total		11	6	13	30

En la variable “Tiempo de consumo” encontramos que las mujeres menores de 11 años presentan niveles bajos de Autoestima, el rango de 4 a 11 (donde se encuentra el mayor número de casos) años presenta niveles altos y las mayores de 11 años presenta niveles bajos de Autoestima.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 10,364 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,035. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variable “Tiempo de consumo” y “Autoestima” están relacionadas.

### 6.5.2. Cruce de las Variables “Tiempo de consumo” y “Satisfacción matrimonial”.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,475 (a medida que el Tiempo de consumo aumenta, el nivel de Satisfacción matrimonial disminuye) y una significancia de 0,025 con un 95% de confianza, bilateral.

### 6.5.3. Cruce de las Variables “Tiempo de consumo” y “Depresión”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,473 (a medida que el Tiempo de consumo aumenta, el nivel de Depresion también aumenta) y una significancia de 0,024 con un 95% de confianza, bilateral.

### 6.6. Relaciones entre la Variable “Frecuencia de consumo de alcohol” y Variables psicológicas medidas por el FECL.

**Tabla N°68: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de consumo de alcohol” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Frecuencia de consumo de alcohol			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	15,588	0,212	0,437	<b>0,016</b>
Extroversión	14,742	0,144	0,253	0,177
Psicoticismo	8,854	0,614	0,137	0,471
Mentira	9,729	0,332	-0,149	0,432
Autoimagen	6,754	0,633	0,068	0,730
Autoestima	9,446	0,412	-0,287	0,124
Autoeficacia	10,089	0,461	-0,005	0,982
Asertividad	9,400	0,323	-0,141	0,467
Satisfacción matrimonial	14,354	0,088	-0,209	0,350
Satisfacción de necesidades	18,489	0,051	-0,232	0,217
Ansiedad	10,853	0,687	0,081	0,670
Depresión	16,219	0,251	0,265	0,157
Alexitimia	16,796	0,060	0,315	0,096
Intolerancia a la Frustración	14,571	0,082	0,394	<b>0,035</b>
Irracionalidad cognitiva	6,460	0,939	-0,164	0,395
Perfeccionismo	7,161	0,583	0,042	0,832
Disconfort Emocional	12,379	0,177	0,407	<b>0,028</b>
Repertorio conductual	6,586	0,720	-0,211	0,262
Organicidad	14,811	0,149	0,359	0,051

### **6.6.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de Consumo de Alcohol” y “Neuroticismo”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,437 (a medida que la Frecuencia de Consumo de Alcohol aumenta, el nivel de Neuroticismo también aumenta) y una significancia de 0,016 con un 95% de confianza, bilateral.

### **6.6.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de Consumo de Alcohol” e “Intolerancia a la Frustración”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,394 (a medida que la Frecuencia de Consumo de Alcohol aumenta, el nivel de Intolerancia a la Frustración también aumenta) y una significancia de 0,035 con un 95% de confianza, bilateral.

### **6.6.3. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de Consumo de Alcohol” y “Discomfort Emocional”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,407 (a medida que la Frecuencia de Consumo de Alcohol aumenta, el nivel de Discomfort Emocional también aumenta) y una significancia de 0,028 con un 95% de confianza, bilateral.

**6.7. Relaciones entre la Variable “Frecuencia de consumo de marihuana” y Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°69: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de consumo de marihuana” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Frecuencia de consumo de marihuana			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	4,140	0,358	0,199	0,302
Extroversión	17,196	<b>0,009</b>	0,435	<b>0,018</b>
Psicoticismo	9,672	0,139	0,402	<b>0,031</b>
Mentira	16,943	<b>0,009</b>	-0,398	0,032
Autoimagen	4,900	0,557	0,219	0,272
Autoestima	3,816	0,702	-0,026	0,895
Autoeficacia	9,943	0,127	0,011	0,957
Asertividad	5,868	0,438	0,028	0,888
Satisfacción matrimonial	7,280	0,296	0,068	0,770
Satisfacción de necesidades	7,347	0,290	0,055	0,778
Ansiedad	5,342	0,501	0,076	0,696
Depresión	4,122	0,660	0,267	0,161
Alexitimia	10,597	0,102	0,004	0,982
Intolerancia a la Frustración	10,247	0,115	0,463	<b>0,013</b>
Irracionalidad cognitiva	1,302	0,972	0,040	0,840
Perfeccionismo	8,620	0,196	0,279	0,159
Disconfort Emocional	6,846	0,335	0,349	0,069
Repertorio conductual	8,473	0,205	0,024	0,901
Organicidad	14,398	<b>0,025</b>	0,498	<b>0,006</b>

**6.7.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de Consumo de Marihuana” y “Extroversión”.**

**Tabla N°70: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de Consumo de Marihuana” y “Extroversión”.**

		Extroversión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de consumo de marihuana	Nunca	2	7	2	11
	1 o menos veces al mes	1	0	3	4
	De 2 a 3 veces a la semana	1	0	1	2
	4 o más veces a la semana	2	0	10	12
Total		6	7	16	29

En la variable “Frecuencia de Consumo de Marihuana” encontramos que en el rango de 4 o más veces a la semana (donde se encuentra la mayor cantidad de los casos) el nivel de Extroversión tiene mayor frecuencia en el nivel alto con 10 casos, mientras que en el rango de 1 o más veces al mes el nivel de Extroversión-Introversión tiende a disminuir con 1 casos con niveles alto y bajos.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 17,196 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 6 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,009. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de Consumo de Marihuana” y de “Extroversión” están relacionadas.

Por otro lado, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,435 (a medida que la Frecuencia de consumo de Marihuana aumenta, el nivel de Extroversión también aumenta) y una significancia de 0,018 con un 95% de confianza, bilateral.

**6.7.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de Consumo de Marihuana” y “Mentira”.**

**Tabla N°71: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de Consumo de Marihuana” y “Mentira”.**

		Mentira			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de consumo de marihuana	Nunca	2	7	2	11
	1 o menos veces al mes	0	1	3	4
	De 2 a 3 veces a la semana	1	1	0	2
	4 o más veces a la semana	9	1	2	12
Total		12	10	7	29

En la variable “Frecuencia de Consumo de Marihuana” encontramos que en el rango de 4 o más veces a la semana (donde se encuentra la mayor cantidad de los casos) el nivel de Mentira tiene mayor frecuencia en el nivel bajo con 9 casos, mientras que en el rango de 2 a 3 veces a la semana el nivel de Mentira tiende a disminuir con 1 casos con niveles bajos y medios.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 16,943 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 6 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,009. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de Consumo de Marihuana” y “Mentira” están relacionadas.

### 6.7.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de Consumo de Marihuana” y “Organicidad”.

**Tabla N°72: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de Consumo de Marihuana” y “Organicidad”.**

		Organicidad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de consumo de marihuana	Nunca	5	5	1	11
	1 o menos veces al mes	3	0	1	4
	De 2 a 3 veces a la semana	0	0	2	2
	4 o más veces a la semana	1	4	7	12
Total		9	9	11	29

En la variable “Frecuencia de Consumo de Marihuana” encontramos que en el rango de 4 o más veces a la semana (donde se encuentra la mayor cantidad de los casos) el nivel de Organicidad tiene mayor frecuencia en el nivel alto con 7 casos, mientras que en el rango de 2 a 3 veces a la semana el nivel de Organicidad tiende a disminuir con 2 casos con nivel alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 14,398 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 6 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,025. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de Consumo de Marihuana” y “Organicidad” están relacionadas.

Por otro lado, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,498 (a medida que la Frecuencia de Consumo de Marihuana aumenta, el nivel de Organicidad también aumenta) y una significancia de 0,006 con un 99% de confianza, bilateral.

#### **6.7.4. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de Consumo de Marihuana” y “Psicoticismo”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,402 (a medida que la Frecuencia de Consumo de Marihuana aumenta, el nivel de Psicoticismo también aumenta) y una significancia de 0,031 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **6.7.5. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de Consumo de Marihuana” e “Intolerancia a la Frustración”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,463 (a medida que la Frecuencia de Consumo de Marihuana aumenta, el nivel de Intolerancia a la Frustración también aumenta) y una significancia de 0,013 con un 95% de confianza, bilateral.

**6.8. Relaciones entre la Variable “Frecuencia de consumo de cocaína” y Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°73: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de consumo de cocaína” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Frecuencia de consumo de cocaína			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de significancia	Valor	Nivel de significancia
<b>Neuroticismo</b>	15,408	0,052	0,540	<b>0,002</b>
<b>Extroversión</b>	9,266	0,320	0,190	0,314
<b>Psicoticismo</b>	7,784	0,455	-0,160	0,399
<b>Mentira</b>	14,585	0,068	0,075	0,692
<b>Autoimagen</b>	8,766	0,362	-0,056	0,776
<b>Autoestima</b>	14,723	0,065	-0,191	0,313
<b>Autoeficacia</b>	7,342	0,500	0,173	0,379
<b>Asertividad</b>	10,602	0,225	-0,108	0,577
<b>Satisfacción matrimonial</b>	6,042	0,419	0,160	0,476
<b>Satisfacción de necesidades</b>	5,133	0,743	0,089	0,641
<b>Ansiedad</b>	9,485	0,303	0,097	0,612
<b>Depresión</b>	9,114	0,333	0,323	0,082
<b>Alexitimia</b>	8,976	0,344	0,342	0,069
<b>Intolerancia a la Frustración</b>	14,399	0,072	0,506	<b>0,005</b>
<b>Irracionalidad cognitiva</b>	10,727	0,218	-0,103	0,596
<b>Perfeccionismo</b>	10,076	0,260	0,054	0,784
<b>Discomfort Emocional</b>	11,428	0,179	0,228	0,234
<b>Repertorio conductual</b>	9,398	0,310	-0,111	0,560
<b>Organicidad</b>	7,087	0,527	0,163	0,391

**6.8.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de consumo de cocaína” y “Neuroticismo”.**

El coeficiente de correlación Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,540 (a medida que la Frecuencia de Consumo de cocaína aumenta, el nivel de Neuroticismo también aumenta) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

**6.8.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de consumo de cocaína” e “Intolerancia a la Frustración”.**

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,506 (a medida que la Frecuencia de Consumo de cocaína aumenta, el nivel de Intolerancia a la Frustración también aumenta) y una significancia de 0,005 con un 99% de confianza, bilateral.

**6.9. Relaciones entre la Variable “Frecuencia de consumo de pasta base” y variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°74: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de consumo de pasta base” y las variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Frecuencia de consumo de pasta base			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	2,609	0,625	-0,190	0,314
Extroversión	3,820	0,431	-0,032	0,869
Psicoticismo	10,342	<b>0,035</b>	0,243	0,195
Mentira	3,946	0,413	-0,055	0,773
Autoimagen	3,227	0,521	0,091	0,646
Autoestima	5,712	0,222	0,070	0,714
Autoeficacia	2,601	0,627	-0,009	0,965
Asertividad	12,655	<b>0,013</b>	0,052	0,789
Satisfacción matrimonial	1,594	0,810	0,094	0,677
Satisfacción de necesidades	5,388	0,250	0,247	0,189
Ansiedad	3,179	0,528	-0,151	0,425
Depresión	2,890	0,576	0,176	0,351
Alexitimia	5,210	0,266	-0,156	0,418
Intolerancia a la Frustración	2,463	0,651	-0,116	0,550
Irracionalidad cognitiva	3,629	0,458	0,095	0,623
Perfeccionismo	7,108	0,130	-0,365	0,056
Disconfort Emocional	4,391	0,353	0,358	0,057
Repertorio conductual	3,550	0,470	0,058	0,760
Organicidad	2,902	0,574	-0,003	0,989

**6.9.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de Pasta Base” y “Psicoticismo”.**

**Tabla N°75: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de Pasta Base” y “Psicoticismo”.**

		Psicoticismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de consumo de pasta base	Nunca	2	1	3	6
	De 2 a 3 veces a la semana	1	0	0	1
	4 o más veces a la semana	1	8	14	23
Total		4	9	17	30

En la variable “Frecuencia de Consumo de Pasta Base” encontramos que en el rango de 4 o más veces a la semana (donde se encuentra la mayor cantidad de los casos) el nivel de Psicoticismo tiene mayor frecuencia en el nivel alto con 14 casos, mientras que en el rango de 2 a 3 veces a la semana el nivel de Psicoticismo tiende a disminuir con 1 caso con nivel bajo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 10,342 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,035. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de Consumo de Pasta Base” y “Psicoticismo” están relacionadas.

**6.9.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de Pasta Base” y “Asertividad”.**

**Tabla N°76: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de Pasta Base” y “Asertividad”.**

		Asertividad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de consumo de pasta base	Nunca	4	0	2	6
	De 2 a 3 veces a la semana	0	0	1	1
	4 o más veces a la semana	6	14	2	22
Total		10	14	5	29

En la variable “Frecuencia de Consumo de Pasta Base” encontramos que en el rango de 4 o más veces a la semana (donde se encuentra la mayor cantidad de los casos) el nivel de Asertividad tiene mayor frecuencia en el nivel medio con 14 casos, mientras que en el rango de 2 a 3 veces a la semana el nivel de Psicoticismo tiende a disminuir con 1 caso con nivel alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 12,655 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,013. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de Consumo de Pasta Base” y “Asertividad” están relacionadas.

**6.10. Relaciones entre la Variable “Frecuencia de consumo de éxtasis” y las Variables psicológicas medidas por el FECl.**

**Tabla N°77: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de consumo de éxtasis” y las Variables psicológicas medidas por el FECl.**

	Frecuencia de consumo de éxtasis			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	2,733	0,604	0,097	0,629
Extroversión	2,006	0,735	0,258	0,193
Psicoticismo	2,006	0,735	0,260	0,190
Mentira	3,672	0,452	-0,328	0,094
Autoimagen	6,719	0,151	0,138	0,512
Autoestima	4,680	0,322	0,082	0,686
Autoeficacia	1,852	0,396	-0,091	0,664
Asertividad	4,368	0,113	0,306	0,129
Satisfacción matrimonial	4,815	0,307	0,013	0,956
Satisfacción de necesidades	4,526	0,340	0,052	0,796
Ansiedad	6,966	0,138	-0,254	0,201
Depresión	3,356	0,500	0,167	0,404
Alexitimia	3,959	0,412	-0,039	0,852
Intolerancia a la Frustración	3,100	0,541	0,044	0,832
Irracionalidad cognitiva	5,056	0,282	-0,171	0,404
Perfeccionismo	3,094	0,542	-0,043	0,837
Disconfort Emocional	7,313	0,120	0,194	0,342
Repertorio conductual	1,728	0,786	0,242	0,223
Organicidad	4,659	0,324	-0,158	0,431

En el caso del cruce de frecuencias entre la variable “Frecuencia de consumo de éxtasis” y las variables psicológicas medidas por el FECl, no se encuentran relaciones estadísticamente significativas.

**6.11. Relaciones entre la Variable “Frecuencia de consumo de fármacos” y Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°78: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de consumo de fármacos” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Frecuencia de consumo de fármacos			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	1,709	0,789	0,169	0,371
Extroversión	4,737	0,315	-0,217	0,294
Psicoticismo	2,549	0,636	0,281	0,132
Mentira	2,954	0,566	-0,073	0,700
Autoimagen	4,035	0,401	0,045	0,821
Autoestima	2,401	0,662	-0,137	0,471
Autoeficacia	2,663	0,616	0,074	0,707
Asertividad	3,904	0,419	0,091	0,640
Satisfacción matrimonial	1,756	0,416	0,014	0,950
Satisfacción de necesidades	4,199	0,380	-0,096	0,614
Ansiedad	2,648	0,618	0,014	0,950
Depresión	2,312	0,679	-0,096	0,614
Alexitimia	2,310	0,679	0,163	0,390
Intolerancia a la Frustración	1,952	0,745	0,217	0,249
Irracionalidad cognitiva	3,245	0,518	0,049	0,800
Perfeccionismo	9,940	<b>0,041</b>	0,116	0,550
Disconfort Emocional	4,247	0,374	0,255	0,182
Repertorio conductual	3,921	0,417	0,464	<b>0,013</b>
Organicidad	2,773	0,597	0,225	0,241

**6.11.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de Consumo de Fármacos” y “Perfeccionismo”.**

**Tabla N°79: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de Consumo de Fármacos” y “Perfeccionismo”.**

		Perfeccionismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de consumo de fármacos	Nunca	15	8	2	25
	1 o menos veces al mes	0	0	1	1
	4 o más veces a la semana	0	1	1	2
Total		15	9	4	28

En la variable “Frecuencia de Consumo de Fármacos” encontramos que en el rango Nunca (donde se encuentra la mayor cantidad de los casos) el nivel de Perfeccionismo tiene mayor frecuencia en el nivel bajo con 15 casos, mientras que en el rango 1 o menos veces al mes el nivel de Perfeccionismo tiende a disminuir con 1 caso con nivel alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 9,940 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,041. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de Consumo de Fármacos” y de “Perfeccionismo” están relacionadas.

**6.11.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de consumo de fármacos” y “Repertorio Conductual”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,464 (a medida que la Frecuencia de consumo de fármacos aumenta, el nivel de Repertorio Conductual también aumenta) y una significancia de 0,013 con un 95% de confianza, bilateral.

**6.12. Relaciones entre la Variable “Frecuencia de consumo de solventes volátiles” y variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°80: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de consumo de solventes volátiles” y Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Frecuencia de consumo de solventes volátiles			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
<b>Neuroticismo</b>	8,287	0,218	0,383	<b>0,037</b>
<b>Extroversión</b>	4,032	0,672	0,186	0,326
<b>Psicoticismo</b>	5,460	0,486	0,398	<b>0,029</b>
<b>Mentira</b>	4,606	0,595	-0,309	0,097
<b>Autoimagen</b>	3,179	0,786	0,031	0,877
<b>Autoestima</b>	6,937	0,327	-0,314	0,091
<b>Autoeficacia</b>	9,242	0,160	-0,098	0,619
<b>Asertividad</b>	8,897	0,179	-0,215	0,262
<b>Satisfacción matrimonial</b>	6,840	0,336	0,191	0,395
<b>Satisfacción de necesidades</b>	5,612	0,468	-0,151	0,409
<b>Ansiedad</b>	12,773	<b>0,047</b>	0,467	<b>0,009</b>
<b>Depresión</b>	8,262	0,220	0,333	0,072
<b>Alexitimia</b>	10,259	0,114	0,236	0,219
<b>Intolerancia a la Frustración</b>	5,351	0,500	0,179	0,353
<b>Irracionalidad cognitiva</b>	5,120	0,528	0,172	0,373
<b>Perfeccionismo</b>	5,319	0,504	0,154	0,432
<b>Disconfort Emocional</b>	11,369	0,078	0,298	0,117
<b>Repertorio conductual</b>	10,775	0,096	-0,316	0,089
<b>Organicidad</b>	11,993	0,062	0,418	<b>0,022</b>

**6.12.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de Consumo de Solventes Volátiles” y “Ansiedad”.**

**Tabla N°81: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de Consumo de Solventes Volátiles” y “Ansiedad”.**

		Ansiedad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de consumo de solventes volátiles	Nunca	9	5	8	22
	1 o menos veces al mes	0	0	3	3
	2 a 4 veces al mes	0	1	0	1
	4 o más veces a la semana	0	0	4	4
Total		9	6	15	30

En la variable “Frecuencia de Consumo de Solventes Volátiles” encontramos que en el rango Nunca (donde se encuentra la mayor cantidad de los casos) el nivel de Ansiedad tiene mayor frecuencia en el nivel bajo con 9 casos, mientras que en el rango 2 a 4 veces al mes el nivel de Ansiedad tiende a disminuir con 1 caso con nivel medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 12,773 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,047. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de Consumo de Solventes Volátiles” y de “Ansiedad” están relacionadas.

Por otro lado, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,467 (a medida que la Frecuencia de Consumo de Solventes Volátiles aumenta, el nivel de Ansiedad también aumenta) y una significancia de 0,009 con un 99% de confianza, bilateral.

#### **6.12.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de consumo de solventes volátiles” y “Neuroticismo”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,383 (a medida que la Frecuencia de consumo de solventes volátiles aumenta, el nivel de Neuroticismo también aumenta) y una significancia de 0,037 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **6.12.3. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de consumo de solventes volátiles” y “Psicoticismo”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,398 (a medida que la Frecuencia de consumo de solventes volátiles aumenta, el nivel de Psicoticismo también aumenta) y una significancia de 0,029 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **6.12.4. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de consumo de solventes volátiles” y “Organicidad”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,418 (a medida que la Frecuencia de consumo de solventes volátiles aumenta, el nivel de Organicidad también aumenta) y una significancia de 0,022 con un 95% de confianza, bilateral.

**6.13. Relaciones entre la Variable “Frecuencia de consumo de anfetaminas” y Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°82: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de consumo de anfetaminas” y Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Frecuencia de consumo de anfetaminas			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	2,123	0,908	0,176	0,353
Extroversión	5,250	0,512	0,397	<b>0,030</b>
Psicoticismo	6,375	0,795	0,211	0,264
Mentira	8,113	0,383	-2,520	0,179
Autoimagen	6,136	0,230	0,361	0,059
Autoestima	3,597	0,408	0,182	0,335
Autoeficacia	5,731	0,731	0,144	0,465
Asertividad	4,604	0,454	0,256	0,180
Satisfacción matrimonial	4,305	0,595	0,091	0,688
Satisfacción de necesidades	8,120	0,635	0,220	0,244
Ansiedad	4,565	0,669	0,075	0,693
Depresión	3,884	0,589	0,089	0,642
Alexitimia	4,149	0,692	-0,037	0,850
Intolerancia a la Frustración	5,137	0,657	0,196	0,308
Irracionalidad cognitiva	8,522	0,526	0,343	0,068
Perfeccionismo	7,715	0,202	0,012	0,952
Disconfort Emocional	6,834	0,260	0,266	0,163
Repertorio conductual	6,834	0,336	0,178	0,348
Organicidad	6,887	0,331	0,218	0,247

**6.13.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de consumo de anfetaminas” y ”Extroversión”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,397 (a medida que la Frecuencia de consumo de anfetaminas aumenta, el nivel de Extroversión también aumenta) y una significancia de 0,030 con un 95% de confianza, bilateral.

**6.14. Relaciones entre la Variable “Policonsumo” y Variables psicológicas medidas por el FECl.**

**Tabla N°83: Cruce de frecuencias entre la Variable “Policonsumo” y Variables psicológicas medidas por el FECl.**

	Policonsumo			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	1,062	0,588	0,170	0,369
Extroversión	8,061	<b>0,018</b>	0,292	0,118
Psicoticismo	1,281	0,527	0,123	0,517
Mentira	3,265	0,200	0,054	0,778
Autoimagen	1,230	0,541	0,209	0,287
Autoestima	0,541	0,763	0,131	0,489
Autoeficacia	4,499	0,105	0,193	0,325
Asertividad	0,433	0,805	0,039	0,842
Satisfacción matrimonial	0,925	0,630	-0,101	0,654
Satisfacción de necesidades	5,561	0,062	0,329	0,076
Ansiedad	1,481	0,477	0,137	0,469
Depresión	1,187	0,552	0,192	0,310
Alexitimia	1,378	0,502	-0,120	0,536
Intolerancia a la Frustración	2,051	0,359	0,254	0,183
Irracionalidad cognitiva	0,239	0,888	0,086	0,659
Perfeccionismo	2,329	0,312	0,234	0,231
Disconfort Emocional	3,572	0,168	0,346	0,066
Repertorio conductual	0,300	0,861	0,091	0,631
Organicidad	1,255	0,534	0,201	0,288

**6.14.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Policonsumo” y “Extroversión”.**

**Tabla N°84: Tabla de contingencia de las Variables “Policonsumo” y “Extroversión”.**

		Extroversión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Policonsumo	No	2	5	2	9
	Sí	5	2	14	21
Total		7	7	16	30

En la variable “Policonsumo” encontramos que en la categoría Sí (donde se encuentra más de la mitad de los casos) el nivel de Extroversión tiene mayor frecuencia en el nivel alto con 14 casos, mientras que en la categoría No el nivel de “Extroversión” tiende a disminuir con 2 casos en los niveles Bajo y Alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 8,061 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,018. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Policonsumo” y “Extroversión” están relacionadas.

**6.15. Relaciones entre la Variable “Número de drogas consumidas” y Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°85: Cruce de frecuencias entre la Variable “Número de drogas consumidas” y Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Número de drogas consumidas	
	Pearson	
	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	0,334	0,071
Extroversión	0,240	0,202
Psicoticismo	0,289	0,121
Mentira	-0,102	0,591
Autoimagen	0,152	0,440
Autoestima	-0,101	0,595
Autoeficacia	0,167	0,396
Asertividad	0,075	0,699
Satisfacción matrimonial	0,024	0,914
Satisfacción de necesidades	0,135	0,485
Ansiedad	0,310	0,096
Depresión	0,442	<b>0,014</b>
Alexitimia	0,046	0,812
Intolerancia a la Frustración	0,334	0,076
Irracionalidad cognitiva	0,170	0,378
Perfeccionismo	0,298	0,123
Discomfort Emocional	0,457	<b>0,013</b>
Repertorio conductual	0,221	0,240
Organicidad	0,281	0,133

**6.15.1. Cruce de frecuencias de las Variables “Número de drogas consumidas” y “Depresión”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,442 (a medida que el Número de drogas consumidas aumenta, el nivel de Depresión también aumenta) y una significancia de 0,014 con un 95% de confianza, bilateral.

### **6.15.2. Cruce de frecuencias de las Variables “Número de drogas consumidas” y “Discomfort Emocional”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,457 (a medida que el Número de drogas consumidas aumenta, el nivel de Discomfort Emocional también aumenta) y una significancia de 0,013 con un 95% de confianza, bilateral.

**6.16. Relaciones entre la Variable “Tratamientos anteriores” y Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°86: Cruce de frecuencias entre la Variable “Tratamientos anteriores” y Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Tratamientos anteriores			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	8,285	<b>0,016</b>	0,314	0,091
Extroversión	0,089	0,956	0,052	0,785
Psicoticismo	1,705	0,426	-0,115	0,545
Mentira	0,035	0,983	0,034	0,860
Autoimagen	3,169	0,205	0,015	0,939
Autoestima	1,542	0,462	0,212	0,262
Autoeficacia	0,398	0,820	0,071	0,718
Asertividad	0,967	0,617	-0,119	0,540
Satisfacción matrimonial	0,672	0,715	-0,174	0,437
Satisfacción de necesidades	0,714	0,700	0,051	0,788
Ansiedad	1,713	0,425	-0,193	0,307
Depresión	,0244	0,885	-0,064	0,736
Alexitimia	0,102	0,950	0,055	0,776
Intolerancia a la Frustración	1,035	0,596	0,077	0,692
Irracionalidad cognitiva	0,196	0,907	0,080	0,678
Perfeccionismo	1,189	0,552	-0,205	0,296
Discomfort Emocional	0,357	0,837	0,028	0,886
Repertorio conductual	0,680	0,712	-0,107	0,574
Organicidad	0,135	0,935	0,033	0,861

En el caso del cruce de la variable “Tratamientos anteriores” y las variables psicológicas medidas por el FECL, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

**6.16.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Tratamientos Anteriores” y “Neuroticismo”.**

**Tabla N°87: Tabla de contingencia de las Variables “Tratamientos Anteriores” y “Neuroticismo”.**

		Neuroticismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Tratamientos anteriores	No	1	9	2	12
	Sí	3	4	11	18
Total		4	13	13	30

En la variable “Tratamientos Anteriores” encontramos que en la categoría Sí (donde se encuentra más de la mitad de los casos) el nivel de Neuroticismo tiene mayor frecuencia en el nivel alto con 11 casos, mientras que en la categoría No el nivel de Neuroticismo tiende a disminuir con 1 caso en nivel Bajo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 8,285 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,016. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Tratamientos Anteriores” y “Neuroticismo” están relacionadas.

**6.17. Relaciones entre la Variable “Tratamiento en atención primaria” y Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°88: Cruce de frecuencias entre la Variable “Tratamiento en atención primaria” y Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Tratamiento en atención primaria			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	2,765	0,252	0,172	0,364
Extroversión	1,280	0,527	0,009	0,964
Psicoticismo	4,755	0,093	-0,345	0,062
Mentira	1,875	0,392	0,226	0,230
Autoimagen	3,671	0,160	-0,098	0,621
Autoestima	0,377	0,828	0,093	0,625
Autoeficacia	1,337	0,513	-0,135	0,493
Asertividad	0,496	0,781	-0,100	0,605
Satisfacción matrimonial	6,441	<b>0,040</b>	-0,530	<b>0,011</b>
Satisfacción de necesidades	0,635	0,728	-0,145	0,443
Ansiedad	0,417	0,812	0,039	0,840
Depresión	0,108	0,947	-0,043	0,823
Alexitimia	0,437	0,804	-0,086	0,657
Intolerancia a la Frustración	1,533	0,465	-0,156	0,418
Irracionalidad cognitiva	0,536	0,765	0,082	0,674
Perfeccionismo	1,526	0,466	-0,233	0,233
Disconfort Emocional	2,230	0,328	0,041	0,832
Repertorio conductual	5,714	0,057	-0,334	0,072
Organicidad	0,644	0,725	-0,113	0,553

**6.17.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Tratamiento en Atención Primaria” y “Satisfacción Matrimonial”.**

**Tabla N°89: Tabla de contingencia de las Variables “Tratamiento en Atención Primaria” y “Satisfacción Matrimonial”.**

		Satisfacción Matrimonial			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Tratamiento en atención primaria	No	1	1	10	12
	Sí	4	3	3	10
Total		5	4	13	22

En la variable “Tratamiento en Atención Primaria” encontramos que en la categoría No (donde se encuentra más de la mitad de los casos) el nivel de Satisfacción Matrimonial tiene mayor frecuencia en el nivel alto con 10 casos, mientras que en la categoría Sí el nivel de Satisfacción Matrimonial tiende a disminuir con 3 casos en niveles medio y alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 6,441 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,040. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Tratamiento en Atención Primaria” y “Satisfacción Matrimonial” están relacionadas.

Además, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,530 (a medida que el Tratamiento en Atención Primaria aumenta, el nivel de Satisfacción Matrimonial disminuye) y una significancia de 0,011 con un 95% de confianza, bilateral.

**6.18. Relaciones entre la Variable “Tratamiento ambulatorio en hospital” y Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°90: Cruce de frecuencias entre la Variable “Tratamiento ambulatorio en hospital” y Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Tratamiento ambulatorio en hospital			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	0,330	0,848	0,068	0,723
Extroversión	2,449	0,294	-0,272	0,146
Psicoticismo	0,588	0,745	0,000	1,000
Mentira	1,473	0,479	0,214	0,257
Autoimagen	2,485	0,289	-0,281	0,147
Autoestima	3,701	0,157	-0,316	0,089
Autoeficacia	1,508	0,471	-0,229	0,241
Asertividad	0,522	0,770	-0,124	0,521
Satisfacción matrimonial	7,480	<b>0,024</b>	-0,480	<b>0,024</b>
Satisfacción de necesidades	2,162	0,339	-0,244	0,194
Ansiedad	1,607	0,448	0,076	0,691
Depresión	0,466	0,792	0,109	0,566
Alexitimia	0,911	0,634	0,070	0,717
Intolerancia a la Frustración	0,448	0,800	0,000	1,000
Irracionalidad cognitiva	0,684	0,711	0,000	1,000
Perfeccionismo	2,621	0,270	0,105	0,595
Disconfort Emocional	2,644	0,267	0,284	0,135
Repertorio conductual	2,162	0,339	-0,244	0,194
Organicidad	0,925	0,630	-0,008	0,966

**6.18.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Tratamiento Ambulatorio en Hospital” y “Satisfacción Matrimonial”.**

**Tabla N°91: Tabla de contingencia de las Variables “Tratamiento Ambulatorio en Hospital” y “Satisfacción Matrimonial”.**

		Satisfacción Matrimonial			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Tratamiento ambulatorio en hospital	No	3	4	13	20
	Sí	2	0	0	2
Total		5	4	13	22

En la variable “Tratamiento Ambulatorio en Hospital” encontramos que en la categoría No (donde se encuentra más de la mitad de los casos) el nivel de Satisfacción Matrimonial tiene mayor frecuencia en el nivel alto con 13 casos, mientras que en la categoría Sí el nivel de Satisfacción Matrimonial tiende a disminuir con 2 casos en nivel bajo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 7,480 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,024. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Tratamiento Ambulatorio en Hospital” y “Satisfacción Matrimonial” están relacionadas.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,480 (a medida que el Tratamiento Ambulatorio en Hospital aumenta, el nivel de Satisfacción Matrimonial disminuye) y una significancia de 0,024 con un 95% de confianza, bilateral.

**6.19. Relaciones entre la Variable “Internación/Desintoxicación en hospital” y las Variables psicológicas medidas por el FECI.**

**Tabla N°92: Cruce de frecuencias entre la Variable “Internación/Desintoxicación en hospital” y las Variables psicológicas medidas por el FECI.**

	Internación/Desintoxicación en hospital			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	0,876	0,645	-0,006	0,974
Extroversión	1,489	0,475	0,206	0,275
Psicoticismo	0,928	0,629	0,166	0,381
Mentira	2,957	0,228	-0,193	0,307
Autoimagen	0,816	0,665	0,028	0,889
Autoestima	0,639	0,726	-0,140	0,460
Autoeficacia	0,509	0,775	-0,081	0,683
Asertividad	1,127	0,569	-0,182	0,344
Satisfacción matrimonial	0,837	0,658	0,012	0,958
Satisfacción de necesidades	2,637	0,267	0,099	0,604
Ansiedad	0,096	0,953	0,019	0,923
Depresión	0,375	0,829	-0,111	0,560
Alexitimia	1,818	0,403	0,246	0,199
Intolerancia a la Frustración	0,546	0,761	0,110	0,570
Irracionalidad cognitiva	0,384	0,825	-0,115	0,553
Perfeccionismo	1,141	0,565	-0,196	0,316
Discomfort Emocional	1,883	0,390	0,202	0,292
Repertorio conductual	0,010	0,995	0,006	0,974
Organicidad	0,358	0,836	0,102	0,591

En el caso del cruce de la variable “Internación/Desintoxicación en hospital” y las variables psicológicas medidas por el FECI, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

**6.20. Relaciones entre la Variable “Tratamiento Residencial Comunidad Terapéutica” y Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°93: Cruce de frecuencias entre la Variable “Tratamiento Residencial Comunidad Terapéutica” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Tratamiento Residencial Comunidad Terapéutica			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	3,415	0,181	0,333	0,072
Extroversión	0,943	0,624	-0,154	0,417
Psicoticismo	1,576	0,455	0,227	0,228
Mentira	0,180	0,914	-0,033	0,862
Autoimagen	0,957	0,620	-0,164	0,404
Autoestima	4,691	0,096	-0,339	0,067
Autoeficacia	3,850	0,146	-0,222	0,255
Asertividad	1,127	0,569	-0,182	0,344
Satisfacción matrimonial	2,557	0,278	-0,169	0,453
Satisfacción de necesidades	4,637	0,098	-0,157	0,406
Ansiedad	0,320	0,852	0,101	0,594
Depresión	1,948	0,378	0,253	0,178
Alexitimia	2,844	0,241	0,313	0,098
Intolerancia a la Frustración	3,887	0,143	0,301	0,113
Irracionalidad cognitiva	2,241	0,326	0,105	0,588
Perfeccionismo	4,821	0,090	0,058	0,771
Disconfort Emocional	7,436	<b>0,024</b>	0,477	<b>0,009</b>
Repertorio conductual	0,549	0,760	-0,118	0,534
Organicidad	1,411	0,494	0,197	0,296

**6.20.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Tratamiento Residencial en Comunidad Terapéutica” y “Discomfort Emocional”.**

**Tabla N°94: Tabla de contingencia de las Variables “Tratamiento Residencial en Comunidad Terapéutica” y “Discomfort Emocional”.**

		Discomfort Emocional			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Tratamiento Residencial Comunidad Terapéutica	No	12	4	8	24
	Sí	0	0	5	5
Total		12	4	13	29

En la variable “Tratamiento Residencial en Comunidad Terapéutica” encontramos que en la categoría No (donde se encuentra más de la mitad de los casos) el nivel de discomfort emocional tiene mayor frecuencia en el nivel bajo con 12 casos, mientras que en la categoría Sí el nivel de discomfort emocional tiende a disminuir con 5 casos en nivel alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 7,436 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,024. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Tratamiento Residencial en Comunidad Terapéutica” y “Discomfort Emocional” están relacionadas.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,477 (a medida que el Tratamiento Residencial en Comunidad Terapéutica, el nivel de Discomfort Emocional disminuye) y una significancia de 0,009 con un 99% de confianza, bilateral.

**6.21. Relaciones entre la Variable “Tratamiento ambulatorio en Comunidad Terapéutica” y Variables psicológicas medidas por el FECl.**

**Tabla N°95: Cruce frecuencias entre la Variable “Tratamiento ambulatorio en Comunidad Terapéutica” y las Variables psicológicas medidas por el FECl.**

	Tratamiento ambulatorio en Comunidad Terapéutica			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	1,467	0,480	0,210	0,275
Extroversión	0,967	0,617	0,173	0,369
Psicoticismo	0,731	0,694	0,154	0,426
Mentira	1,467	0,480	-0,205	0,287
Autoimagen	1,118	0,572	-0,193	0,335
Autoestima	1,695	0,429	-0,218	0,255
Autoeficacia	2,967	0,227	-0,269	0,176
Asertividad	2,189	0,335	-0,247	0,204
Satisfacción matrimonial <sup>1</sup>	*	*	*	*
Satisfacción de necesidades	3,255	0,196	-0,073	0,705
Ansiedad	1,110	0,574	0,184	0,340
Depresión	1,695	0,429	0,220	0,251
Alexitimia	1,197	0,550	0,192	0,327
Intolerancia a la Frustración	1,603	0,449	0,219	0,263
Irracionalidad cognitiva	3,111	0,111	0,013	0,949
Perfeccionismo	0,831	0,660	-0,169	0,400
Disconfort Emocional	1,383	0,501	0,208	0,288
Repertorio conductual	2,719	0,257	-0,260	0,173
Organicidad	2,719	0,480	-0,012	0,951

En el caso del cruce de frecuencias entre la variable “Tratamiento ambulatorio en Comunidad Terapéutica” y variables psicológicas medidas por el FECl, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

<sup>1</sup> No se calculara ningun estadistico porque en el caso del cruce con la variable “Satisfacción Matrimonial”, la variable “Tratamiento ambulatorio en comunidad terapéutica” es una constante.

6.22. Relaciones entre la Variable “Tratamiento en hospital de día” y Variables psicológicas medidas por el FECL.

Tabla N°96: Cruce de frecuencias entre la Variable “Tratamiento en hospital de día” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.

	Tratamiento en hospital de día			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	1,353	0,508	0,199	0,291
Extroversión	3,399	0,183	-0,272	0,146
Psicoticismo	0,791	0,673	0,157	0,408
Mentira	2,069	0,355	0,046	0,810
Autoimagen	1,197	0,550	-0,195	0,319
Autoestima	1,787	0,409	-0,219	0,244
Autoeficacia	3,111	0,221	-0,267	0,170
Asertividad	1,968	0,374	-0,234	0,222
Satisfacción matrimonial	3,562	0,168	-0,332	0,132
Satisfacción de necesidades	2,845	0,241	-0,257	0,171
Ansiedad	1,034	0,596	0,175	0,354
Depresión	1,787	0,409	0,222	0,239
Alexitimia	2,719	0,257	-0,086	0,659
Intolerancia a la Frustración	1,467	0,480	0,208	0,280
Irracionalidad cognitiva	1,695	0,429	0,217	0,258
Perfeccionismo	6,222	<b>0,045</b>	0,317	0,100
Disconfort Emocional	1,275	0,529	0,197	0,305
Repertorio conductual	2,085	0,241	-0,257	0,171
Organicidad	1,787	0,409	0,216	0,251

**6.22.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Tratamiento en Hospital de Día” y “Perfeccionismo”.**

**Tabla N°97: Tabla de contingencia de las Variables “Tratamiento en Hospital de Día” y “Perfeccionismo”.**

		Perfeccionismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Tratamiento en hospital de día	No	15	9	3	27
	Sí	0	0	1	1
Total		15	9	4	28

En la variable “Tratamiento en Hospital de Día” encontramos que en la categoría No (donde se encuentra más de la mitad de los casos) el nivel de Perfeccionismo tiene mayor frecuencia en el nivel bajo con 15 casos, mientras que en la categoría Sí el nivel de Perfeccionismo tiende a disminuir con 1 caso en nivel alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 6,222 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,045. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Tratamiento en Hospital de Día” y “Perfeccionismo” están relacionadas.

**6.23. Relaciones entre la Variable “Tiempo de permanencia en la comunidad” y Variables psicológicas medidas por el FECl.**

**Tabla N°98: Cruce de frecuencias entre la Variable “Tiempo de permanencia en la comunidad” y las Variables psicológicas medidas por el FECl.**

	Tiempo de permanencia en la comunidad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	0,309	0,096	5,973	0,201	-0,193	0,306
Extroversión	0,086	0,651	2,140	0,710	-0,142	0,454
Psicoticismo	-0,252	0,179	2,877	0,579	-0,204	0,280
Mentira	0,137	0,471	8,199	0,085	0,010	0,957
Autoimagen	0,057	0,772	6,501	0,165	0,289	0,135
Autoestima	0,446	<b>0,014</b>	6,898	0,141	0,415	<b>0,023</b>
Autoeficacia	-0,160	0,417	6,323	0,176	-0,162	0,409
Asertividad	0,093	0,033	3,418	0,490	0,079	0,684
Satisfacción matrimonial	-0,114	0,615	1,988	0,738	0,000	1,000
Satisfacción de necesidades	-0,122	0,529	5,008	0,286	0,022	0,910
Ansiedad	-0,200	0,288	1,794	0,773	0,023	0,904
Depresión	-0,257	0,171	4,344	0,361	-0,217	0,250
Alexitimia	-0,317	0,094	7,146	0,128	-0,176	0,362
Intolerancia a la Frustración	-0,043	0,826	4,108	0,392	0,006	0,977
Irracionalidad cognitiva	-0,100	0,605	0,452	0,978	-0,070	0,720
Perfeccionismo	0,096	0,626	2,489	0,647	0,110	0,577
Discomfort Emocional	-0,067	0,729	1,229	0,873	-0,061	0,754
Repertorio conductual	0,234	0,214	2,889	0,577	0,166	0,381
Organicidad	-0,130	0,492	6,960	0,112	0,076	0,691

**6.23.1. Cruce de frecuencias de las Variables “Tiempo de permanencia en la comunidad” y “Autoestima”**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,446 (a medida que el Tiempo de permanencia aumenta, el nivel de Autoestima también aumenta) y una significancia de 0,014 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otro lado, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,415 de (a medida que el Tiempo de permanencia aumenta, el nivel de Autoestima también aumenta) y una significancia de 0,023 con un 95% de confianza, bilateral

#### 6.24. Relaciones entre la Variable “Etapa de tratamiento” y Variables psicológicas medidas por el FECL.

**Tabla N°99: Cruce de frecuencias entre la Variable “Etapa de tratamiento” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Etapa de tratamiento			
	Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	17,772	<b>0,023</b>	-0,250	0,183
Extroversión	9,922	0,271	0,115	0,544
Psicoticismo	7,874	0,446	0,113	0,551
Mentira	11,915	0,155	-0,134	0,479
Autoimagen	12,136	0,145	0,108	0,586
Autoestima	11,525	0,174	0,281	0,132
Autoeficacia	9,446	0,150	-0,409	<b>0,031</b>
Asertividad	5,282	0,508	0,239	0,211
Satisfacción matrimonial	2,662	0,954	-0,071	0,753
Satisfacción de necesidades	10,295	0,245	0,071	0,708
Ansiedad	7,358	0,498	-0,346	0,061
Depresión	17,986	<b>0,021</b>	-0,324	0,080
Alexitimia	10,707	0,219	-0,017	0,931
Intolerancia a la Frustración	9,733	0,284	0,121	0,532
Irracionalidad cognitiva	12,284	0,139	0,035	0,856
Perfeccionismo	8,292	0,405	-0,107	0,589
Disconfort Emocional	6,087	0,637	-0,021	0,915
Repertorio conductual	5,301	0,725	0,262	0,162
Organicidad	12,080	0,148	0,093	0,625

**6.24.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Etapa de Tratamiento” y “Neuroticismo”.**

**Tabla N°100: Tabla de contingencia de las Variables “Etapa de Tratamiento” y “Neuroticismo”.**

		Neuroticismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Etapa de tratamiento	Compromiso	0	7	8	15
	Sinceridad	1	5	3	9
	Responsabilidad	1	1	2	4
	Proyección	2	0	0	2
Total		4	13	13	30

En la variable “Etapa de Tratamiento” encontramos que en la categoría Compromiso (donde se encuentra la mayoría de los casos) el nivel de Neuroticismo tiene mayor frecuencia en el nivel medio y alto con 7 casos cada uno, mientras que en la categoría Reingreso el nivel de Neuroticismo tiende a disminuir con 1 caso en nivel alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 17,772 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 8 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,023. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Etapa de Tratamiento” y “Neuroticismo” están relacionadas.

**6.24.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Etapa de Tratamiento” y “Depresión”.**

**Tabla N°101: Tabla de contingencia de las Variables “Etapa de Tratamiento” y “Depresión”.**

		Depresión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Etapa de tratamiento	Compromiso	1	6	8	15
	Sinceridad	2	4	3	9
	Responsabilidad	0	4	0	4
	Proyección	2	0	0	2
Total		5	14	11	30

En la variable “Etapa de Tratamiento” encontramos que en la categoría Compromiso (donde se encuentra la mayoría de los casos) el nivel de Depresión tiene mayor frecuencia en el nivel medio y alto con 6 y 8 respectivamente. En la etapa de Responsabilidad se encuentran niveles medio de Depresión y en la etapa de Proyección se encuentran niveles bajos.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 17,986 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 8 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,013. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Etapa de Tratamiento” y “Depresión” están relacionadas.

**6.24.3. Cruce de Frecuencias de las Variables “Etapa de Tratamiento” y “Autoeficacia”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,409 (a medida que la Etapa de Tratamiento aumenta, el nivel de Autoeficacia disminuye) y una significancia de 0,031 con un 95% de confianza, bilateral.

**6.25. Relaciones entre la Variable “Modalidad de ingreso a la Comunidad Terapéutica” y variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°102: Cruce de frecuencias entre la Variable “Modalidad de ingreso a la Comunidad Terapéutica” y las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Modalidad de ingreso a la Comunidad Terapéutica	
	Chi-cuadrado	
	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	7,692	0,659
Extroversión	13,397	0,202
Psicoticismo	4,761	0,907
Mentira	6,704	0,753
Autoimagen	11,895	0,292
Autoestima	9,166	0,516
Autoeficacia	10,980	0,359
Asertividad	12,242	0,269
Satisfacción matrimonial	12,971	0,113
Satisfacción de necesidades	8,942	0,538
Ansiedad	7,472	0,680
Depresión	8,066	0,622
Alexitimia	14,845	0,138
Intolerancia a la Frustración	20,029	<b>0,029</b>
Irracionalidad cognitiva	11,663	0,308
Perfeccionismo	16,080	0,097
Disconfort Emocional	7,438	0,684
Repertorio conductual	11,728	0,304
Organicidad	15,202	0,125

**6.25.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Modalidad de Ingreso a la Comunidad Terapéutica” e “Intolerancia a la Frustración”.**

**Tabla N°103: Tabla de contingencia de las Variables “Modalidad de Ingreso a la Comunidad Terapéutica” e “Intolerancia a la Frustración”.**

		Intolerancia a la frustración			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Modalidad de ingreso a la Comunidad terapéutica	Derivación de Centro de Salud	0	0	1	1
	Derivación judicial	1	0	2	3
	Por un(a) familiar	0	2	0	2
	Por un(a) amigo(a)	0	0	1	1
	Voluntariamente	11	3	5	19
	Otra	0	0	3	3
<b>Total</b>		12	5	12	29

En la variable “Modalidad de Ingreso a la Comunidad Terapéutica” encontramos que en la categoría Voluntariamente (donde se encuentra más de la mitad de los casos) el nivel de Intolerancia a la Frustración tiene mayor frecuencia en el nivel bajo con 11 casos, mientras que en la categoría Derivación de Centro de salud el nivel de Intolerancia a la Frustración solo presenta 1 caso en nivel alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 20,029 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 10 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,029. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Modalidad de Ingreso a la Comunidad Terapéutica” e “Intolerancia a la Frustración” están relacionadas.

**7. Objetivo específico N°7: Relaciones entre las Variables psicológicas medidas por el FECL.**

En el caso del estadístico Chi-cuadrado, se considerarán las siguientes hipótesis para todos los cruces:

$H_0$ : Existe independencia entre las variables.

$H_1$ : No existe independencia entre las variables.

**7.1. Relaciones entre la Variable “Neuroticismo” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°104: Cruce de frecuencias entre la Variable “Neuroticismo” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Neuroticismo					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Extroversión	-0,111	0,558	7,948	0,093	0,068	0,721
Psicoticismo	0,436	<b>0,016</b>	1,463	0,833	0,046	0,808
Mentira	-0,042	0,828	4,683	0,321	-0,074	0,696
Autoimagen	-0,031	0,876	1,959	0,743	0,065	0,744
Autoestima	-0,518	<b>0,003</b>	3,470	0,482	-0,286	0,125
Autoeficacia	-0,040	0,841	1,013	0,908	-0,136	0,491
Asertividad	-0,229	0,231	3,612	0,461	-0,159	0,411
Satisfacción Matrimonial	-0,018	0,936	3,592	0,464	0,322	0,144
Satisfacción de Necesidades	-0,027	0,888	1,506	0,826	-0,143	0,450
Ansiedad	0,425	<b>0,019</b>	7,904	0,095	0,383	<b>0,037</b>
Depresión	0,473	<b>0,008</b>	16,262	<b>0,003</b>	0,537	<b>0,002</b>
Alexitimia	0,526	<b>0,003</b>	5,421	0,247	0,419	<b>0,024</b>
Intolerancia a la Frustración	0,521	<b>0,004</b>	15,823	<b>0,003</b>	0,621	<b>0,000</b>
Irracionalidad Cognitiva	0,324	0,086	5,215	0,266	0,341	0,070
Perfeccionismo	0,250	0,199	2,894	0,576	0,317	0,101
Disconfort Emocional	0,555	<b>0,002</b>	10,181	<b>0,037</b>	0,557	<b>0,002</b>
Repertorio Conductual	-0,323	0,081	4,352	0,360	0,320	0,084
Organicidad	0,445	<b>0,014</b>	5,341	0,254	0,238	0,205

### 7.1.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Neuroticismo” y “Psicoticismo”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación baja de 0,436 (a medida que el nivel de Neuroticismo aumenta, el nivel de Psicoticismo aumenta) y una significancia de 0,016 con un 95% de confianza, bilateral.

### 7.1.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Neuroticismo” y “Autoestima”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación media de -0,518 (a medida que el nivel de Neuroticismo aumenta, el nivel de Autoestima disminuye) y una significancia de 0,003 con un 99% de confianza, bilateral.

### 7.1.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Neuroticismo” y “Ansiedad”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,425 (a medida que el nivel de Neuroticismo aumenta, el nivel de Ansiedad también aumenta) y una significancia de 0,019 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,383 (a medida que el nivel de Neuroticismo aumenta, el nivel de Ansiedad también aumenta) y una significancia de 0,037 con un 95% de confianza, bilateral.

### 7.1.4. Cruce de Frecuencias de las Variables “Neuroticismo” y “Depresión”.

**Tabla N°105: Tabla de contingencia de las Variables “Neuroticismo” y “Depresión”.**

		Depresión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Neuroticismo	Bajo	3	1	0	4
	Medio	1	9	3	13
	Alto	1	4	8	13
Total		5	14	11	30

En la variable “Neuroticismo” encontramos que en la categoría Medio y Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) el nivel de Depresión tiene mayor frecuencia en el nivel Medio y alto con 9 y 8 casos respectivamente, mientras que en la categoría Bajo el nivel de Depresión tiende a disminuir con 1 caso en nivel bajo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 16,262 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,003.

Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Neuroticismo” y “Depresión” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,473 (a medida que el nivel de Neuroticismo aumenta, el nivel de Depresión también aumenta) y una significancia de 0,008 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,537 (a medida que el nivel de Neuroticismo aumenta, el nivel de Autoestima también aumenta) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

#### **7.1.5. Cruce de Frecuencias de las Variables “Neuroticismo” y “Alexitimia”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,526 (a medida que el nivel de Neuroticismo aumenta, el nivel de Alexitimia también aumenta) y una significancia de 0,003 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,419 (a medida que el nivel de Neuroticismo aumenta, el nivel de Alexitimia también aumenta) y una significancia de 0,024 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.1.6. Cruce de Frecuencias de las Variables “Neuroticismo” e “Intolerancia a la frustración”.**

**Tabla N°106: Tabla de contingencia de las Variables “Neuroticismo” e “Intolerancia a la frustración”.**

		Tolerancia a la frustración			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Neuroticismo	Bajo	3	1	0	4
	Medio	7	4	2	13
	Alto	2	0	10	12
Total		12	5	12	29

En la variable “Neuroticismo” encontramos que en la categoría Medio (donde se encuentra la mayor parte de los casos) el nivel de Intolerancia a la frustración tiene mayor frecuencia en el nivel bajo con 7 casos, mientras que en la categoría Bajo el nivel de Intolerancia a la frustración tiende a disminuir con 1 caso en nivel medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 15,823 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,003. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Neuroticismo” e “Intolerancia a la Frustración” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,521 (a medida que el nivel de Neuroticismo aumenta, el nivel de Intolerancia a la Frustración también aumenta) y una significancia de 0,004 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,621 (a medida que el nivel de Neuroticismo aumenta, el nivel de Intolerancia a la Frustración también aumenta) y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral.

**7.1.7. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Neuroticismo” y “Disconfort Emocional”.**

**Tabla N°107: Tabla de contingencia de las Variables “Neuroticismo” y “Disconfort Emocional”.**

		Disconfort Emocional			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Neuroticismo	Bajo	4	0	0	4
	Medio	6	2	4	12
	Alto	2	2	9	13
Total		12	4	13	29

En la variable “Neuroticismo” encontramos que en la categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) el nivel de disconfort emocional tienen mayor frecuencia en el nivel Alto con 9 casos, mientras que en la categoría Bajo el nivel de disconfort emocional tiende a disminuir con 4 casos en nivel bajo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 10,181 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,037. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es muy baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Neuroticismo” y “Disconfort Emocional” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,555 (a medida que el nivel de Neuroticismo aumenta, el nivel de Disconfort Emocional también aumenta) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,557 (a medida que el nivel de Neuroticismo aumenta, el nivel de Disconfort Emocional también aumenta) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

### 7.1.8. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Neuroticismo” y “Organicidad”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,445 (a medida que el nivel de Neuroticismo aumenta, el nivel de Organicidad también aumenta) y una significancia de 0,014 con un 99% de confianza, bilateral.

### 7.2. Relaciones entre la Variable “Extroversión” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.

**Tabla N°108: Cruce de frecuencias entre la Variable “Extroversión” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Extroversión					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	-0,111	0,558	7,948	0,093	0,068	0,721
Psicoticismo	-0,018	0,924	6,994	0,136	0,099	0,604
Mentira	-0,176	0,352	10,768	<b>0,029</b>	-0,362	<b>0,040</b>
Autoimagen	0,390	<b>0,040</b>	4,531	0,339	0,328	0,088
Autoestima	0,394	<b>0,031</b>	3,841	0,428	0,204	0,279
Autoeficacia	0,197	0,316	3,024	0,554	0,005	0,981
Asertividad	0,394	<b>0,035</b>	5,887	0,208	0,060	0,759
Satisfacción Matrimonial	0,249	0,264	3,331	0,504	0,205	0,361
Satisfacción de Necesidades	0,224	0,243	5,300	0,258	0,400	<b>0,028</b>
Ansiedad	-0,140	0,461	3,667	0,453	-0,025	0,896
Depresión	-0,290	0,120	8,433	0,077	-0,182	0,334
Alexitimia	0,097	0,616	5,345	0,254	0,207	0,281
Intolerancia a la Frustración	-0,052	0,791	8,550	0,073	0,189	0,327
Irracionalidad Cognitiva	0,022	0,912	6,155	0,188	-0,016	0,936
Perfeccionismo	-0,085	0,666	13,100	<b>0,011</b>	-0,078	0,695
Discomfort Emocional	-0,256	0,180	2,741	0,602	-0,034	0,860
Repertorio Conductual	0,460	<b>0,011</b>	5,964	0,202	0,315	0,090
Organicidad	0,028	0,882	8,774	0,067	0,171	0,365

### 7.2.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Extroversión” y “Mentira”.

**Tabla N°109: Tabla de contingencia de las Variables “Extroversión” y “Mentira”.**

		Mentira			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Extroversión	Bajo	1	3	3	7
	Medio	1	5	1	7
	Alto	10	2	4	16
Total		12	10	8	30

En la variable “Extroversión” encontramos que la categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable Mentira encuentra en el categoria bajo con 10 casos, mientras que en la categoria bajo y medio de Extroversión la mentira tiende a disminuir a 1 casos para categoria bajo y 1 caso para la mentira en categoria bajo y alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 10,768 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,029. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Extroversión” y “Mentira” están relacionadas.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,362 (a medida que el nivel de Extroversión aumenta, el nivel de Mentira disminuye) y una significancia de 0,024 con un 95% de confianza, bilateral.

### 7.2.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Extroversión” y “Autoimagen”.

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación baja de 0,390 (a medida que el nivel de Extroversión aumenta, el nivel de Autoimagen aumenta) y una significancia de 0,040 con un 95% de confianza, bilateral.

### 7.2.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Extroversión” y “Autoestima”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación baja de 0,394 (a medida que el nivel de Extroversión aumenta, el nivel de Autoestima aumenta) y una significancia de 0,031 con un 95% de confianza, bilateral.

### 7.2.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Extroversión” y “Asertividad”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación baja de 0,394 (a medida que el nivel de Extroversión aumenta, el nivel de Asertividad aumenta) y una significancia de 0,035 con un 95% de confianza, bilateral.

### 7.2.5. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Extroversión” y “Perfeccionismo”.

**Tabla N°110: Tabla de contingencia de las Variables “Extroversión” y “Perfeccionismo”.**

		Perfeccionismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Extroversión	Bajo	2	2	3	7
	Medio	7	0	0	7
	Alto	6	7	1	14
Total		15	9	4	28

En la variable “Extroversión” encontramos que el Categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Perfeccionismo” se encuentra en la categoría medio con 7 casos, mientras que en categoría bajo y medio de Extroversión, el Perfeccionismo tiende a disminuir a 2 casos para categoría bajo y medio y a 7 casos para la mentira en bajo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 13,100 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,011. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Extroversión” y “Perfeccionismo” están relacionadas.

#### **7.2.6. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Extroversión” y “Satisfacción de Necesidades”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,400 (a medida que el nivel de Extroversión aumenta, el nivel de Satisfacción de Necesidades también aumenta) y una significancia de 0,028 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.2.7. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Extroversión” y “Repertorio Conductual”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación baja de 0,460 (a medida que el nivel de Extroversión aumenta, el nivel de Asertividad aumenta) y una significancia de 0,011 con un 95% de confianza, bilateral.

### 7.3. Relaciones entre la Variable “Psicoticismo” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.

Tabla N°111: Cruce de frecuencias entre la Variable “Psicoticismo” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.

	Psicoticismo					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	0,436	<b>0,016</b>	1,463	0,833	0,046	0,808
Extroversión	-0,018	0,924	6,994	0,136	0,099	0,604
Mentira	-0,551	<b>0,002</b>	11,250	<b>0,024</b>	-0,416	<b>0,022</b>
Autoimagen	-0,130	0,511	1,310	0,860	-0,064	0,745
Autoestima	-0,554	<b>0,002</b>	4,802	0,308	-0,249	0,185
Autoeficacia	-0,442	<b>0,019</b>	1,958	0,744	-0,241	0,216
Asertividad	-0,429	<b>0,020</b>	5,193	0,268	-0,325	0,085
Satisfacción Matrimonial	-0,151	0,503	2,715	0,607	0,000	0,690
Satisfacción de Necesidades	-0,140	0,470	2,070	0,723	-0,197	0,298
Ansiedad	0,249	0,184	5,468	0,243	-0,053	0,780
Depresión	0,502	<b>0,005</b>	2,757	0,599	0,177	0,349
Alexitimia	0,607	<b>0,000</b>	2,909	0,573	0,071	0,715
Intolerancia a la Frustración	0,494	<b>0,006</b>	5,661	0,226	0,367	0,050
Irracionalidad Cognitiva	0,093	0,631	4,237	0,375	0,266	0,163
Perfeccionismo	0,072	0,716	4,356	0,360	0,073	0,711
Disconfort Emocional	0,458	<b>0,012</b>	7,424	0,115	0,424	0,022
Repertorio Conductual	-0,293	0,116	4,273	0,370	-0,067	0,724
Organicidad	0,464	<b>0,010</b>	6,225	0,183	0,368	<b>0,045</b>

#### 7.3.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Psicoticismo” y “Neuroticismo”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,436 (a medida que el nivel de Psicoticismo aumenta, el nivel de Neuroticismo también aumenta) y una significancia de 0,016 con un 95% de confianza, bilateral.

### 7.3.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Psicoticismo” y “Mentira”.

**Tabla N°112: Tabla de contingencia de las Variables “Psicoticismo” y “Mentira”.**

		Mentira			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Psicoticismo	Bajo	2	0	2	4
	Medio	0	5	4	9
	Alto	10	5	2	17
Total		12	10	8	30

En la variable “Psicoticismo” encontramos que el Categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Mentira” se encuentra en la categoría Bajo con 10 casos, mientras que en categoría Bajo Psicoticismo la mentira tiende a disminuir a 2 casos para categoría Bajo y Alto

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 11,250 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,024. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Psicoticismo” y “Mentira” están relacionadas.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta directa baja de 0,416 (a medida que el nivel de Psicoticismo aumenta, el nivel de Mentira disminuye) y una significancia de 0,022 con un 95% de confianza, bilateral.

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de  $-0,551$  (a medida que el nivel de Psicoticismo aumenta, el nivel de Mentira disminuye) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

### **7.3.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Psicoticismo” y “Autoestima”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta media de -0,554 (a medida que Psicoticismo aumenta, la Autoestima disminuye) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

### **7.3.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Psicoticismo” y “Autoeficacia”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,442 (a medida que Psicoticismo aumenta, la Autoeficacia disminuye) y una significancia de 0,019 con un 95% de confianza, bilateral.

### **7.3.5. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Psicoticismo” y “Asertividad”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,429 (a medida que Psicoticismo aumenta, la Asertividad disminuye) y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral.

### **7.3.6. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Psicoticismo” y “Depresión”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa media de 0,502 (a medida que el nivel de Psicoticismo aumenta, el nivel de Depresión también aumenta) y una significancia de 0,005 con un 99% de confianza, bilateral.

### **7.3.7. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Psicoticismo” y “Alexitimia”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa media de 0,607 (a medida que el nivel de Psicoticismo aumenta, el nivel de Alexitimia también aumenta) y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral.

### **7.3.8. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Psicoticismo” e “Intolerancia a la Frustración”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,494 (a medida que el nivel de Psicoticismo aumenta, el nivel de Intolerancia a la Frustración también aumenta) y una significancia de 0,006 con un 99% de confianza, bilateral.

### **7.3.9. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Psicoticismo” y “Discomfort Emocional”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,458 (a medida que el nivel de Psicoticismo aumenta, el nivel de Discomfort Emocional también aumenta) y una significancia de 0,012 con un 95% de confianza, bilateral.

### **7.3.10. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Psicoticismo” y “Organicidad”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,464 (a medida que el nivel de Psicoticismo aumenta, el nivel de Organicidad también aumenta) y una significancia de 0,010 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,368 (a medida que el nivel de Psicoticismo aumenta, el nivel de Organicidad también aumenta) y una significancia de 0,045 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.4. Relaciones entre la Variable “Mentira” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°113: Cruce de frecuencias entre la Variable “Mentira” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Mentira					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
<b>Neuroticismo</b>	-0,042	0,828	4,683	0,321	-0,074	0,696
<b>Extroversión</b>	-0,176	0,352	10,768	<b>0,029</b>	-0,362	<b>0,049</b>
<b>Psicoticismo</b>	0,551	<b>0,002</b>	11,250	<b>0,024</b>	-0,416	<b>0,022</b>
<b>Autoimagen</b>	0,159	0,418	2,206	0,698	0,072	0,714
<b>Autoestima</b>	0,147	0,439	2,839	0,585	-0,035	0,852
<b>Autoeficacia</b>	0,206	0,293	7,094	0,131	0,249	0,202
<b>Asertividad</b>	-0,085	0,661	1,175	0,882	0,024	0,900
<b>Satisfacción Matrimonial</b>	-0,192	0,393	4,051	0,399	-0,336	0,126
<b>Satisfacción de Necesidades</b>	0,123	0,526	2,612	0,625	-0,031	0,869
<b>Ansiedad</b>	0,076	0,688	1,478	0,831	0,133	0,482
<b>Depresión</b>	0,035	0,855	2,557	0,634	0,145	0,445
<b>Alexitimia</b>	-0,328	0,083	4,215	0,378	-0,221	0,249
<b>Intolerancia a la Frustración</b>	-0,122	0,527	2,425	0,658	-0,238	0,213
<b>Irracionalidad Cognitiva</b>	-0,085	0,659	8,377	0,079	0,025	0,896
<b>Perfeccionismo</b>	-0,035	0,859	5,547	0,236	-0,100	0,613
<b>Disconfort Emocional</b>	-0,085	0,661	3,475	0,482	-0,134	0,489
<b>Repertorio Conductual</b>	-0,189	0,318	3,206	0,524	-0,222	0,238
<b>Organicidad</b>	-0,145	0,443	2,349	0,672	-0,140	0,460

#### 7.4.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Mentira” y “Extroversión”.

**Tabla N°114: Tabla de contingencia las Variables “Mentira” y “Extroversión”.**

		Extroversión-Introversión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Mentira	Bajo	1	1	10	12
	Medio	3	5	2	10
	Alto	3	1	4	8
Total		7	7	16	30

En la variable “Mentira” encontramos que en la categoría Bajo (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Extroversión” se encuentra en la categoría Alto con 10 casos, mientras que en categoría Alto de la variable “Mentira”, la Extroversión tiende a disminuir a 1 caso para categoría Medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 10,768 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,029. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Mentira” y “Extroversión” están relacionadas.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,362 (a medida que el nivel de Mentira aumenta, el nivel de Extroversión disminuye) y una significancia de 0,049 con un 95% de confianza, bilateral.

#### 7.4.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Mentira” y “Psicoticismo”.

**Tabla N°115: Tabla de contingencia de las Variables “Mentira” y “Psicoticismo”.**

		Psicoticismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Mentira	Bajo	2	0	10	12
	Medio	0	5	5	10
	Alto	2	4	2	8
Total		4	9	17	30

En la variable “Mentira” encontramos que en la Categoría Bajo (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Psicoticismo” se encuentra en la categoría Alto con 10 casos, mientras que en categoría Alto de Mentira el Psicoticismo tiende a disminuir a 2 casos para las categorías Bajo y Medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 11,250 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,024. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Mentira” y “Psicoticismo” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa media de 0,551 (a medida que el nivel de Mentira aumenta, el nivel de Psicoticismo también aumenta) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de - 0,416 (a medida que el nivel de Mentira aumenta, el nivel de Psicoticismo disminuye) y una significancia de 0,022 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.5. Relaciones entre la Variable “Autoimagen” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°116: Cruce de frecuencias entre la Variable “Autoimagen” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Autoimagen					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	-0,031	0,876	1,959	0,743	0,065	0,744
Extroversión	0,390	0,040	4,531	0,339	0,328	0,088
Psicoticismo	-0,130	0,511	1,310	0,860	-0,064	0,745
Mentira	0,159	0,418	2,206	0,698	0,072	0,714
Autoestima	0,375	<b>0,049</b>	9,284	0,054	0,526	<b>0,004</b>
Autoeficacia	0,453	<b>0,020</b>	4,990	0,288	0,341	0,088
Asertividad	0,404	<b>0,037</b>	7,353	0,118	0,387	<b>0,046</b>
Satisfacción Matrimonial	0,280	0,208	5,968	0,202	0,376	0,085
Satisfacción de Necesidades	0,503	<b>0,007</b>	3,029	0,553	0,277	0,154
Ansiedad	0,109	0,581	2,619	0,623	0,185	0,347
Depresión	-0,102	0,605	7,935	0,094	-0,144	0,562
Alexitimia	-0,141	0,483	2,011	0,734	-0,165	0,409
Intolerancia a la Frustración	0,142	0,480	4,030	0,402	-0,002	0,994
Irracionalidad Cognitiva	0,408	<b>0,034</b>	5,218	0,266	0,323	0,100
Perfeccionismo	0,373	0,051	9,684	0,046	0,158	0,421
Disconfort Emocional	-0,018	0,930	1,712	0,789	-0,024	0,904
Repertorio Conductual	0,456	<b>0,015</b>	8,535	0,074	0,422	<b>0,025</b>
Organicidad	-0,131	0,505	0,775	0,942	-0,044	0,826

**7.5.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoimagen” y “Autoestima”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,375 (a medida que el nivel de Autoimagen aumenta, el nivel de Autoestima también aumenta) y una significancia de 0,049 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,526 (a medida que el nivel de Autoimagen aumenta, el nivel de Autoestima también aumenta) y una significancia de 0,004 con un 99% de confianza, bilateral.

#### **7.5.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoimagen” y “Autoeficacia”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,453 (a medida que el nivel de Autoimagen aumenta, el nivel de Autoimagen también aumenta) y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.5.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoimagen” y “Asertividad”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,404 (a medida que el nivel de Autoimagen aumenta, el nivel de Asertividad también aumenta) y una significancia de 0,037 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,387 (a medida que el nivel de Autoimagen aumenta, el nivel de Asertividad también aumenta) y una significancia de 0,046 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.5.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoimagen” y “Satisfacción de Necesidades”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,503 (a medida que el nivel de Autoimagen aumenta, el nivel de Satisfacción de Necesidades también aumenta) y una significancia de 0,007 con un 99% de confianza, bilateral.

### **7.5.5. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoimagen” y “Irracionalidad Cognitiva”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,408 (a medida que el nivel de Autoimagen aumenta, el nivel de Irracionalidad Cognitiva también aumenta) y una significancia de 0,034 con un 95% de confianza, bilateral.

### **7.5.6. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoimagen” y “Repertorio Conductual”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,456 (a medida que el nivel de Autoimagen aumenta, el nivel de Repertorio Conductual también aumenta) y una significancia de 0,015 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,422 (a medida que el nivel de Autoimagen aumenta, el nivel de Repertorio Conductual también aumenta) y una significancia de 0,025 con un 95% de confianza, bilateral.

## 7.6. Relaciones entre la Variable “Autoestima” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECl.

Tabla N°117: Cruce de frecuencias entre la Variable “Autoestima” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECl.

	Autoestima					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	-0,518	<b>0,003</b>	3,470	0,482	-0,286	0,125
Extroversión	0,394	<b>0,031</b>	3,841	0,428	0,204	0,279
Psicoticismo	-0,554	<b>0,002</b>	4,802	0,308	-0,249	0,185
Mentira	0,147	0,439	2,839	0,585	-0,035	0,852
Autoimagen	0,375	<b>0,049</b>	9,284	0,054	0,526	<b>0,004</b>
Autoeficacia	0,300	0,120	5,188	0,269	0,369	0,053
Asertividad	0,383	<b>0,040</b>	6,174	0,187	0,451	<b>0,014</b>
Satisfacción Matrimonial	0,044	0,845	5,856	0,210	0,126	0,577
Satisfacción de Necesidades	0,342	0,069	7,348	0,119	0,473	<b>0,008</b>
Ansiedad	-0,584	<b>0,001</b>	6,783	0,148	-0,364	<b>0,048</b>
Depresión	-0,635	<b>0,000</b>	11,091	<b>0,026</b>	-0,554	<b>0,001</b>
Alexitimia	-0,696	<b>0,000</b>	14,362	<b>0,006</b>	-0,608	<b>0,000</b>
Intolerancia a la Frustración	-0,363	0,053	3,742	0,442	-0,255	0,181
Irracionalidad Cognitiva	-0,112	0,561	7,652	0,105	0,000	1,000
Perfeccionismo	-0,200	0,309	11,610	<b>0,020</b>	0,056	0,778
Disconfort Emocional	-0,391	<b>0,036</b>	5,795	0,215	-0,418	<b>0,024</b>
Repertorio Conductual	0,582	<b>0,001</b>	15,417	<b>0,004</b>	0,674	<b>0,000</b>
Organicidad	-0,491	<b>0,006</b>	3,685	0,450	-0,269	0,150

### 7.6.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoestima” y “Neuroticismo”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de -0,518 (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Neuroticismo disminuye) y una significancia de 0,003 con un 99% de confianza, bilateral.

#### **7.6.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoestima” y “Extroversión”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,394 (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Extroversión también aumenta) y una significancia de 0,031 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.6.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoestima” y “Psicoticismo”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de -0,554 (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Psicoticismo disminuye) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

#### **7.6.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoestima” y “Autoimagen”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,375 (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Autoimagen también aumenta) y una significancia de 0,049 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,526 (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Autoimagen también aumenta) y una significancia de 0,004 con un 99% de confianza, bilateral.

#### **7.6.5. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoestima” y “Asertividad”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,383 (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Asertividad también aumenta) y una significancia de 0,040 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,451 (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Asertividad también aumenta) y una significancia de 0,014 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.6.6. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoestima” y “Satisfacción de Necesidades”.**

**Tabla N°118: Tabla de contingencia las Variables “Autoestima” y “Satisfacción de Necesidades”.**

		Satisfacción de Necesidades			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Autoestima	Bajo	5	3	3	11
	Medio	2	2	2	6
	Alto	1	2	10	13
Total		8	7	15	30

En la variable “Autoestima” encontramos que en la Categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Satisfacción de Necesidades” se encuentra en la categoría Alto con 10 casos, mientras que en categoría Medio de Autoestima, Satisfacción de Necesidades tiende a disminuir a 2 casos para las categorías Bajo, Medio y Alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 7,348 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,119. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Autoestima” y “Satisfacción de Necesidades” están relacionadas.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,473 (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Satisfacción de Necesidades también aumenta) y una significancia de 0,008 con un 99% de confianza, bilateral.

### 7.6.7. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoestima” y “Ansiedad”.

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de  $-0,584$  (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Ansiedad disminuye) y una significancia de  $0,001$  con un  $99\%$  de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta directa baja de  $-0,364$  (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Ansiedad disminuye) y una significancia de  $0,048$  con un  $95\%$  de confianza, bilateral.

### 7.6.8. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoestima” y “Depresión”.

**Tabla N°119: Tabla de contingencia de las Variables “Autoestima” y “Depresión”.**

		Depresión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Autoestima	Bajo	0	3	8	11
	Medio	1	4	1	6
	Alto	4	7	2	13
Total		5	14	11	30

En la variable “Autoestima” encontramos que el Categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Depresión” se encuentra en la categoría Medio con 7 casos, mientras que en categoría Medio de Autoestima, Depresión tiende a disminuir a 1 casos para las categorías Bajo y Alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de  $11,091$  (con un nivel de significancia de  $95\%$  de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad ( $gl$ ), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de  $0,026$ . Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Autoestima” y “Depresión” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de -0,635 (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Depresión disminuye) y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de -0,554 (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Depresión disminuye) y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral.

### 7.6.9. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoestima” y “Alexitimia”.

**Tabla N°120: Tabla de contingencia de las Variables “Autoestima” y “Alexitimia”.**

		Alexitimia			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Autoestima	Bajo	0	3	7	10
	Medio	0	1	5	6
	Alto	7	4	2	13
Total		7	8	14	29

En la variable “Autoestima” encontramos que el Categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Alexitimia” se encuentra en la categoría Bajo con 7 casos, mientras que en categoría Medio de Autoestima, Alexitimia tiende a disminuir a 1 casos para la categoría Medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 14,362 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,006. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Autoestima” y “Alexitimia” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de  $-0,696$  (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Alexitimia disminuye) y una significancia de  $0,000$  con un  $99\%$  de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de  $-0,608$  (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Alexitimia disminuye) y una significancia de  $0,000$  con un  $99\%$  de confianza, bilateral.

#### 7.6.10. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoestima” y “Perfeccionismo”.

**Tabla N°121: Tabla de contingencia de las Variables “Autoestima” y “Perfeccionismo”.**

		Perfeccionismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Autoestima	Bajo	6	1	3	10
	Medio	4	0	1	5
	Alto	5	8	0	13
Total		15	9	4	28

En la variable “Autoestima” encontramos que en la Categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Perfeccionismo” se encuentra en la categoría Medio con 8 casos, mientras que en categoría Medio de Autoestima, Perfeccionismo tiende a disminuir a 1 casos para la categoría Alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de  $11,610$  (con un nivel de significancia de  $95\%$  de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad ( $gl$ ), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de  $0,020$ . Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Autoestima” y “Perfeccionismo” están relacionadas.

**7.6.11. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoestima” y “Disconfort Emocional”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,391 (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Disconfort Emocional disminuye) y una significancia de 0,036 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,418 (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Disconfort Emocional) y una significancia de 0,024 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.6.12. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoestima” y “Repertorio Conductual”.**

**Tabla N°122: Tabla de contingencia de las Variables “Autoestima” y “Repertorio Conductual”.**

		Repertorio Conductual			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Autoestima	Bajo	7	3	1	11
	Medio	1	1	4	6
	Alto	0	3	10	13
Total		8	7	15	30

En la variable “Autoestima” encontramos que en la Categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Repertorio Conductual”.se encuentra en la categoría Alto con 10 casos, mientras que en categoría Medio de Autoestima, Repertorio Conductual.tiende a disminuir a 1 casos para las categorías Bajo y Medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 15,417 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,004. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación*

*asociado*) es muy baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Autoestima” y “Repertorio Conductual” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,582 (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Repertorio Conductual también aumenta) y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,674 (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Repertorio Conductual también aumenta) y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral.

#### **7.6.13. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoestima” y “Organicidad”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,491 (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Organicidad disminuye) y una significancia de 0,006 con un 99% de confianza, bilateral.

## 7.7. Relaciones entre la Variable “Autoeficacia” y las demás Variables del FECL.

**Tabla N°123: Cruce de frecuencias entre la Variable “Autoeficacia” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Autoeficacia					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	-0,040	0,841	1,013	0,908	0,136	0,491
Extroversión	0,197	0,316	3,024	0,554	0,005	0,981
Psicoticismo	-0,442	<b>0,019</b>	1,958	0,744	-0,241	0,216
Mentira	0,206	0,293	7,094	0,131	0,249	0,202
Autoimagen	0,453	<b>0,020</b>	4,990	0,288	0,341	0,088
Autoestima	0,300	0,120	5,188	0,269	0,369	0,053
Asertividad	0,461	<b>0,014</b>	2,866	0,581	0,166	0,400
Satisfacción Matrimonial	0,653	<b>0,002</b>	6,956	0,138	0,578	<b>0,008</b>
Satisfacción de Necesidades	0,427	<b>0,026</b>	12,032	<b>0,017</b>	0,385	<b>0,043</b>
Ansiedad	0,014	0,945	3,285	0,511	0,062	0,753
Depresión	-0,161	0,412	4,137	0,388	0,039	0,842
Alexitimia	-0,268	0,177	5,340	0,254	-0,280	0,156
Intolerancia a la Frustración	-0,020	0,919	1,697	0,791	-0,097	0,624
Irracionalidad Cognitiva	0,148	0,460	2,226	0,694	-0,125	0,534
Perfeccionismo	0,232	0,253	4,911	0,297	0,198	0,332
Disconfort Emocional	-0,111	0,582	4,661	0,324	-0,260	0,190
Repertorio Conductual	0,531	<b>0,004</b>	9,081	0,059	0,402	<b>0,034</b>
Organicidad	-0,175	0,373	4,510	0,341	-0,063	0,751

### 7.7.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoeficacia” y “Psicoticismo”.

El coeficiente de correlación Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,442 (a medida que el nivel de Autoeficacia aumenta, el nivel de Psicoticismo disminuye) y una significancia de 0,019 con un 95% de confianza, bilateral.

### **7.7.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoeficacia” y “Autoimagen”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,453 (a medida que el nivel de Autoeficacia aumenta, el nivel de Autoimagen también aumenta) y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral.

### **7.7.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoeficacia” y “Asertividad”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,461 (a medida que el nivel de Autoeficacia aumenta, el nivel de Asertividad también aumenta) y una significancia de 0,014 con un 95% de confianza, bilateral.

### **7.7.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoeficacia” y “Satisfacción Matrimonial”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,653 (a medida que el nivel de Autoeficacia aumenta, el nivel de Satisfacción Matrimonial también aumenta) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,578 (a medida que el nivel de Autoeficacia aumenta, el nivel de Satisfacción Matrimonial también aumenta) y una significancia de 0,008 con un 99% de confianza, bilateral.

### **7.7.5. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoeficacia” y “Satisfacción de Necesidades”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,427 (a medida que la Autoeficacia aumenta, la Satisfacción de Necesidades aumenta) y una significancia de 0,026 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,385 (a medida que el nivel de Autoeficacia aumenta, el nivel de Satisfacción de Necesidades también aumenta) y una significancia de 0,043 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.7.6. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoeficacia” y “Repertorio Conductual”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa media de 0,531 (a medida que el nivel de Autoeficacia aumenta, el nivel de Repertorio Conductual también aumenta) y una significancia de 0,004 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,402 (a medida que el nivel de Autoeficacia aumenta, el nivel de Repertorio Conductual también aumenta) y una significancia de 0,034 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.8. Relaciones entre la Variable “Asertividad” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°124: Cruce de frecuencias entre la Variable “Asertividad” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Asertividad					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	-0,229	0,231	3,612	0,461	-0,159	0,411
Extroversión	0,394	<b>0,035</b>	5,887	0,208	0,060	0,759
Psicoticismo	-0,429	<b>0,020</b>	5,193	0,268	-0,325	0,085
Mentira	-0,085	0,661	1,175	0,882	0,024	0,900
Autoimagen	0,404	<b>0,037</b>	7,353	0,118	0,387	<b>0,046</b>
Autoestima	0,383	<b>0,040</b>	6,174	0,187	0,451	<b>0,014</b>
Autoeficacia	0,461	<b>0,014</b>	2,866	0,581	0,166	0,400
Satisfacción Matrimonial	0,322	0,154	1,406	0,843	0,113	0,625
Satisfacción de Necesidades	0,146	0,457	4,405	0,354	0,359	0,056
Ansiedad	-0,148	0,443	4,512	0,341	-0,143	0,459
Depresión	-0,353	0,060	7,025	0,135	-0,182	0,345
Alexitimia	-0,258	0,184	8,368	0,079	-0,260	0,181
Intolerancia a la Frustración	-0,357	0,062	3,509	0,477	-0,247	0,204
Irracionalidad Cognitiva	0,179	0,361	5,006	0,287	0,072	0,714
Perfeccionismo	0,037	0,855	3,937	0,415	0,084	0,679
Discomfort Emocional	-0,399	<b>0,036</b>	5,421	0,247	-0,306	0,114
Repertorio Conductual	0,604	<b>0,001</b>	9,233	0,056	0,526	<b>0,003</b>
Organicidad	-0,393	<b>0,035</b>	4,238	0,375	-0,341	0,070

**7.8.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Asertividad” y “Extroversión”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,394 (a medida que el nivel de Asertividad aumenta, el nivel de Extroversión también aumenta) y una significancia de 0,035 con un 95% de confianza, bilateral.

### **7.8.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Asertividad” y “Psicoticismo”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,429 (a medida que el nivel de Asertividad aumenta, el nivel de Psicoticismo disminuye) y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral.

### **7.8.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Asertividad” y “Autoimagen”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,404 (a medida que el nivel de Asertividad aumenta, el nivel de Autoimagen también aumenta) y una significancia de 0,037 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,387 (a medida que el nivel de Asertividad aumenta, el nivel de Autoimagen también aumenta) y una significancia de 0,046 con un 95% de confianza, bilateral.

### **7.8.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Asertividad” y “Autoestima”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,383 (a medida que el nivel de Asertividad aumenta, el nivel de Autoestima también aumenta) y una significancia de 0,040 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,451 (a medida que el nivel de Asertividad aumenta, el nivel de Autoestima también aumenta) y una significancia de 0,014 con un 95% de confianza, bilateral.

### **7.8.5. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Asertividad” y “Autoeficacia”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,461 (a medida que el nivel de Asertividad aumenta, el nivel de Autoeficacia también aumenta) y una significancia de 0,014 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.8.6. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Asertividad” y “Discomfort Emocional”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de  $-0,399$  (a medida que el nivel de Asertividad aumenta, el nivel de Discomfort Emocional disminuye) y una significancia de  $0,036$  con un  $95\%$  de confianza, bilateral.

#### **7.8.7. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Asertividad” y “Repertorio Conductual”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de  $0,604$  (a medida que el nivel de Asertividad aumenta, el nivel de Repertorio Conductual también aumenta) y una significancia de  $0,001$  con un  $99\%$  de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de  $0,526$  (a medida que el nivel de Asertividad aumenta, el nivel de Repertorio Conductual también aumenta) y una significancia de  $0,003$  con un  $99\%$  de confianza, bilateral.

#### **7.8.8. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Asertividad” y “Organicidad”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de  $-0,393$  (a medida que el nivel de Asertividad aumenta, el nivel de Organicidad disminuye) y una significancia de  $0,035$  con un  $95\%$  de confianza, bilateral.

**7.9. Relaciones entre la Variable “Satisfacción Matrimonial” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°125: Cruce de frecuencias entre la Variable “Satisfacción Matrimonial” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Satisfacción Matrimonial					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	-0,018	0,936	3,592	0,464	0,322	0,144
Extroversión	0,249	0,064	3,331	0,504	0,205	0,361
Psicoticismo	-0,151	0,503	2,715	0,607	0,090	0,690
Mentira	-0,192	0,393	4,051	0,399	-0,336	0,126
Autoimagen	0,280	0,208	5,968	0,202	0,376	0,085
Autoestima	0,044	0,845	5,856	0,210	0,126	0,577
Autoeficacia	0,653	<b>0,002</b>	6,956	0,138	0,578	<b>0,008</b>
Asertividad	0,322	0,154	1,406	0,843	0,113	0,625
Satisfacción de Necesidades	0,202	0,379	1,879	0,758	0,157	0,486
Ansiedad	0,117	0,603	4,978	0,290	0,286	0,197
Depresión	-0,201	0,370	2,364	0,669	0,106	0,639
Alexitimia	0,235	0,306	2,205	0,698	0,247	0,281
Intolerancia a la Frustración	-0,011	0,963	4,332	0,363	0,275	0,228
Irracionalidad Cognitiva	0,116	0,617	2,321	0,677	0,159	0,492
Perfeccionismo	0,178	0,427	4,445	0,349	0,252	0,257
Discomfort Emocional	-0,194	0,387	16,088	<b>0,003</b>	0,004	0,985
Repertorio Conductual	0,476	<b>0,025</b>	3,784	0,436	0,316	0,152
Organicidad	-0,029	0,897	4,791	0,309	0,129	0,566

**7.9.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Satisfacción Matrimonial” y “Autoeficacia”.**

El coeficiente de correlación Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,653 (a medida que el nivel de Satisfacción Matrimonial aumenta, el nivel de Autoeficacia también aumenta) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,578 (a medida que el nivel de Satisfacción Matrimonial aumenta, el nivel de Autoeficacia también aumenta) y una significancia de 0,008 con un 99% de confianza, bilateral.

### 7.9.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Satisfacción Matrimonial” y “Discomfort Emocional”.

**Tabla N°126: Tabla de contingencia de las Variables “Satisfacción Matrimonial” y “Discomfort Emocional”.**

		Discomfort Emocional			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Satisfacción Matrimonial	Bajo	2	0	3	5
	Medio	1	3	0	4
	Alto	6	0	7	13
Total		9	3	10	22

En la variable “Satisfacción Matrimonial” encontramos que en la Categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable Discomfort Emocional se encuentra en la categoría Alto con 7 casos, mientras que en categoría Medio de Satisfacción Matrimonial, Discomfort Emocional tiende a disminuir a 1 caso para la categorías Bajo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 16,088 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,003. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Satisfacción Matrimonial” y “Discomfort Emocional” están relacionadas.

### **7.9.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Satisfacción Matrimonial” y “Repertorio Conductual”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,476 (a medida que el nivel de Satisfacción Matrimonial aumenta, el nivel de Repertorio Conductual también aumenta) y una significancia de 0,025 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.10. Relaciones entre la Variable “Satisfacción de Necesidades” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°127: Cruce de frecuencias entre la Variable “Satisfacción de Necesidades” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Satisfacción de Necesidades					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	-0,027	0,888	1,506	0,826	-0,143	0,450
Extroversión	0,224	0,243	5,300	0,258	0,400	<b>0,028</b>
Psicoticismo	-0,140	0,470	2,070	0,723	-0,197	0,298
Mentira	0,123	0,526	2,612	0,625	-0,031	0,869
Autoimagen	0,503	<b>0,007</b>	3,029	0,553	0,277	0,154
Autoestima	0,342	0,069	7,348	0,119	0,473	<b>0,008</b>
Autoeficacia	0,427	<b>0,026</b>	12,032	<b>0,017</b>	0,385	<b>0,043</b>
Asertividad	0,146	0,457	4,405	0,354	0,359	0,056
Satisfacción Matrimonial	0,202	0,379	1,879	0,758	0,157	0,486
Ansiedad	-0,135	0,484	3,594	0,464	-0,137	0,470
Depresión	-0,161	0,403	1,386	0,847	-0,201	0,286
Alexitimia	-0,260	0,173	4,411	0,353	0,308	0,104
Intolerancia a la Frustración	-0,004	0,984	1,178	0,882	-0,179	0,354
Irracionalidad Cognitiva	0,182	0,355	4,587	0,332	-0,131	0,499
Perfeccionismo	-0,112	0,580	4,101	0,392	0,020	0,920
Discomfort Emocional	-0,083	0,673	3,960	0,411	-0,276	0,148
Repertorio Conductual	0,360	<b>0,055</b>	10,230	0,037	0,569	<b>0,001</b>
Organicidad	-0,144	0,457	4,073	0,396	-0,132	0,486

**7.10.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Satisfacción de Necesidades” y “Extroversión”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,400 (a medida que el nivel de Satisfacción de Necesidades aumenta, el nivel de Extroversión también aumenta) y una significancia de 0,028 con un 95% de confianza, bilateral.

### 7.10.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Satisfacción de Necesidades” y “Autoimagen”.

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,503 (a medida que el nivel de Satisfacción de Necesidades aumenta, el nivel de Autoimagen también aumenta) y una significancia de 0,007 con un 99% de confianza, bilateral.

### 7.10.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Satisfacción de Necesidades” y “Autoestima”.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,473 (a medida que el nivel de Satisfacción de Necesidades aumenta, el nivel de Autoestima también aumenta) y una significancia de 0,008 con un 99% de confianza, bilateral.

### 7.10.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Satisfacción de Necesidades” y “Autoeficacia”.

**Tabla N°128: Tabla de contingencia de las Variables “Satisfacción de Necesidades” y “Autoeficacia”.**

		Autoeficacia			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Satisfacción de Necesidades	Bajo	5	0	2	7
	Medio	1	3	2	6
	Alto	1	7	7	15
Total		7	10	11	28

En la variable “Satisfacción de Necesidades” encontramos que en la categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable Autoeficacia se encuentra en la categoría Alto con 7 casos en Medio y Alto, mientras que en categoría Medio de Satisfacción de Necesidades, Autoeficacia tiende a disminuir a 1 caso para la categorías Bajo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 12,032 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,017. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Satisfacción de Necesidades” y “Autoeficacia” están relacionadas.

El coeficiente de correlación Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,427 (a medida que el nivel de Satisfacción de Necesidades aumenta, el nivel de Autoeficacia también aumenta) y una significancia de 0,026 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,385 (a medida que el nivel de Satisfacción de Necesidades aumenta, el nivel de Autoeficacia también aumenta) y una significancia de 0,043 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.10.5. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Satisfacción de Necesidades” y “Repertorio Conductual”.**

El coeficiente de correlación Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,360 (a medida que el nivel de Satisfacción de Necesidades aumenta, el nivel de Repertorio Conductual también aumenta) y una significancia de 0,055 con un 95% de confianza, bilateral.

El coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,569 (a medida que el nivel de Satisfacción de Necesidades aumenta, el nivel de Repertorio Conductual también aumenta) y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral.

**7.11. Relaciones entre la Variable “Ansiedad” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°129: Cruce de frecuencias entre la Variable “Ansiedad” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Ansiedad					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
<b>Neuroticismo</b>	0,425	<b>0,019</b>	7,904	0,095	0,383	<b>0,037</b>
<b>Extroversión</b>	-0,140	0,461	3,667	0,453	0,025	0,896
<b>Psicoticismo</b>	0,249	0,184	5,468	0,243	-0,053	0,780
<b>Mentira</b>	0,076	0,688	1,478	0,831	0,133	0,482
<b>Autoimagen</b>	0,109	0,581	2,619	0,623	0,185	0,347
<b>Autoestima</b>	-0,584	<b>0,001</b>	6,783	0,148	-0,364	<b>0,048</b>
<b>Autoeficacia</b>	0,014	0,945	3,285	0,511	0,062	0,753
<b>Asertividad</b>	-0,148	0,443	4,512	0,341	-0,143	0,459
<b>Satisfacción Matrimonial</b>	0,117	0,603	4,978	0,290	0,286	0,197
<b>Satisfacción de Necesidades</b>	-0,135	0,484	3,594	0,464	-0,137	0,470
<b>Depresión</b>	0,500	<b>0,005</b>	9,827	<b>0,043</b>	0,463	<b>0,010</b>
<b>Alexitimia</b>	0,344	0,068	3,144	0,534	0,150	0,438
<b>Intolerancia a la Frustración</b>	0,110	0,569	3,037	0,552	0,156	0,418
<b>Irracionalidad Cognitiva</b>	0,338	0,073	4,352	0,360	0,354	0,060
<b>Perfeccionismo</b>	0,327	0,089	5,664	0,226	0,344	0,073
<b>Disconfort Emocional</b>	0,246	0,198	3,712	0,446	0,206	0,284
<b>Repertorio Conductual</b>	-0,303	0,104	5,943	0,203	-0,252	0,179
<b>Organicidad</b>	0,597	<b>0,001</b>	4,151	0,386	0,237	0,208

**7.11.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Ansiedad” y “Neuroticismo”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,425 (a medida que el nivel de Ansiedad aumenta, el nivel de Neuroticismo también aumenta) y una significancia de 0,019 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,383 (a medida que el nivel de Ansiedad aumenta, el nivel de Neuroticismo también aumenta) y una significancia de 0,037 con un 95% de confianza, bilateral.

### 7.11.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Ansiedad” y “Autoestima”.

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de -0,584 (a medida que el nivel de Ansiedad aumenta, el nivel de Autoestima disminuye) y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,364 (a medida que el nivel de Ansiedad aumenta, el nivel de Autoestima disminuye) y una significancia de 0,048 con un 95% de confianza, bilateral.

### 7.11.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Ansiedad” y “Depresión”.

**Tabla N°130: Tabla de contingencia de las Variables “Ansiedad” y “Depresión”.**

		Depresión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Ansiedad	Bajo	4	3	2	9
	Medio	1	4	1	6
	Alto	0	7	8	15
Total		5	14	11	30

En la variable “Ansiedad” encontramos que en la categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Depresión” se encuentra en la categoría Alto con 8 casos, mientras que en categoría Medio de Ansiedad, Depresión tiende a disminuir a 1 caso para las categorías Bajo y Alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 9,827 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad ( $gl$ ), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,043. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación*

*asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Ansiedad” y “Depresión” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,500 (a medida que el nivel de Ansiedad aumenta, el nivel de Depresión también aumenta) y una significancia de 0,005 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,463 (a medida que el nivel de Ansiedad aumenta, el nivel de Depresión también aumenta) y una significancia de 0,010 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.11.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Ansiedad” y “Organicidad”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,597 (a medida que el nivel de Ansiedad aumenta, el nivel de Organicidad también aumenta) y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral.

**7.12. Relaciones entre la Variable “Depresión” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°131: Cruce de frecuencias entre la Variable “Depresión” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Depresión					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
<b>Neuroticismo</b>	0,473	<b>0,008</b>	16,262	<b>0,003</b>	0,537	<b>0,002</b>
<b>Extroversión</b>	-0,290	0,120	8,433	0,077	-0,182	0,334
<b>Psicoticismo</b>	0,502	<b>0,005</b>	2,757	0,599	0,177	0,349
<b>Mentira</b>	0,035	0,855	2,557	0,634	0,145	0,445
<b>Autoimagen</b>	-0,102	0,605	7,935	0,094	-0,114	0,562
<b>Autoestima</b>	-0,635	<b>0,000</b>	11,091	<b>0,026</b>	-0,554	<b>0,001</b>
<b>Autoeficacia</b>	-0,161	0,412	4,137	0,388	0,039	0,842
<b>Asertividad</b>	-0,353	0,060	7,025	0,135	-0,182	0,345
<b>Satisfacción Matrimonial</b>	-0,201	0,370	2,362	0,669	0,106	0,639
<b>Satisfacción de Necesidades</b>	-0,161	0,403	1,386	0,847	-0,201	0,286
<b>Ansiedad</b>	0,500	<b>0,005</b>	9,827	<b>0,043</b>	0,463	<b>0,010</b>
<b>Alexitimia</b>	0,288	0,129	4,261	0,372	0,206	0,284
<b>Intolerancia a la Frustración</b>	0,522	<b>0,004</b>	10,203	<b>0,037</b>	0,400	<b>0,032</b>
<b>Irracionalidad Cognitiva</b>	0,029	0,880	5,823	0,213	0,246	0,198
<b>Perfeccionismo</b>	0,235	0,229	2,718	0,606	0,199	0,311
<b>Disconfort Emocional</b>	0,412	<b>0,026</b>	8,158	0,086	0,487	<b>0,007</b>
<b>Repertorio Conductual</b>	-0,412	<b>0,024</b>	8,553	0,073	-0,393	<b>0,032</b>
<b>Organicidad</b>	0,543	<b>0,002</b>	5,649	0,227	0,238	0,206

### 7.12.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Depresión” y “Neuroticismo”.

**Tabla N°132: Tabla de contingencia de las Variables “Depresión” y “Neuroticismo”.**

		Neuroticismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Depresión	Bajo	3	1	1	5
	Medio	1	9	4	14
	Alto	0	3	8	11
Total		4	13	13	30

En la variable “Depresión” encontramos que en la categoría Medio (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Neuroticismo” se encuentra en la categoría Medio con 9 casos, mientras que en la categoría bajo de Depresión, Neuroticismo tiende a disminuir a 1 caso para la categorías Medio y Alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 16,262 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,003. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es Muy baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Depresión” y “Neuroticismo” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,473 (a medida que el nivel de Depresión aumenta, el nivel de Neuroticismo también aumenta) y una significancia de 0,008 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,537 (a medida que el nivel de Depresión aumenta, el nivel de Neuroticismo también aumenta) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

### 7.12.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Depresión” y “Psicoticismo”.

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,502 (a medida que el nivel de Depresión aumenta, el nivel de Psicoticismo también aumenta) y una significancia de 0,005 con un 99% de confianza, bilateral.

### 7.12.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Depresión” y “Autoestima”.

**Tabla N°133: Tabla de contingencia de las Variables “Depresión” y “Autoestima”.**

		Autoestima			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Depresión	Bajo	0	1	4	5
	Medio	3	4	7	14
	Alto	8	1	2	11
Total		11	6	13	30

En la variable “Depresión” encontramos que en la categoría Medio (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Autoestima” se encuentra en la categoría Alto con 7 casos, mientras que en la categoría Bajo de Depresión, Autoestima tiende a disminuir a 1 caso para la categoría Medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 11,091 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad ( $gl$ ), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,026. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Depresión” y “Autoestima” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de -0,635 (a medida que el nivel de Depresión aumenta, el nivel de Autoestima disminuye) y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de -0,554 (a medida que el nivel de Depresión aumenta, el nivel de Autoestima disminuye) y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral.

#### 7.12.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Depresión” y “Ansiedad”.

**Tabla N°134: Tabla de contingencia de las Variables “Depresión” y “Ansiedad”.**

		Ansiedad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Depresión	Bajo	4	1	0	5
	Medio	3	4	7	14
	Alto	2	1	8	11
Total		9	6	15	30

En la variable “Depresión” encontramos que en la categoría Medio (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Ansiedad” se encuentra en la categoría Alto con 7 casos, mientras que en la categoría bajo de Depresión, Ansiedad tiende a disminuir a 1 caso para la categorías Medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 9,827 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,043. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Depresión” y “Ansiedad” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,500 (a medida que el nivel de Depresión aumenta, el nivel de Ansiedad también aumenta) y una significancia de 0,005 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,463 (a medida que el nivel de Depresión aumenta, el nivel de Ansiedad también aumenta) y una significancia de 0,010 con un 95% de confianza, bilateral.

#### 7.12.5 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Depresión” e “Intolerancia a la Frustración”.

**Tabla N° 135: Tabla de contingencia de las Variables “Depresión” e “Intolerancia a la Frustración”.**

		Intolerancia a la frustración			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Depresión	Bajo	2	2	0	4
	Medio	7	3	4	14
	Alto	3	0	8	11
Total		12	5	12	29

En la variable “Depresión” encontramos que en la categoría Medio (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable Intolerancia a la Frustración se encuentra en la categoría Bajo con 7 casos, mientras que en la categoría Bajo de Depresión, Intolerancia a la Frustración tiende a disminuir a 2 casos para las categorías Bajo y Medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 10,203 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,037. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Depresión” e “Intolerancia a la Frustración” están relacionadas.

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación moderada de 0,522 (a medida que el nivel de Depresión aumenta, el nivel de Intolerancia a la Frustración también aumenta) y una significancia de 0,004 con un 91% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,400 (a medida que el nivel de Depresión aumenta, el nivel de Intolerancia a la Frustración también aumenta) y una significancia de 0,032 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.12.6. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Depresión” y “Discomfort Emocional”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,412 (a medida que el nivel de Depresión aumenta, el nivel de Discomfort Emocional también aumenta) y una significancia de 0,026 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,487 (a medida que el nivel de Depresión aumenta, el nivel de Discomfort Emocional también aumenta) y una significancia de 0,007 con un 99% de confianza, bilateral.

#### **7.12.7. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Depresión” y “Repertorio Conductual”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,412 (a medida que el nivel de Depresión aumenta, el nivel de Repertorio Conductual disminuye) y una significancia de 0,024 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,393 (a medida que el nivel de Depresión aumenta, el nivel de Repertorio Conductual disminuye) y una significancia de 0,032 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.12.8. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Depresión” y “Organicidad”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,543 (a medida que el nivel de Depresión aumenta, el nivel de Organicidad también aumenta) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

### 7.13. Relaciones entre la Variable “Alexitimia” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.

Tabla N°136: Cruce de frecuencias entre la Variable “Alexitimia” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.

	Alexitimia					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	0,526	<b>0,003</b>	5,421	0,247	0,419	<b>0,024</b>
Extroversión	0,097	0,616	5,345	0,254	0,207	0,281
Psicoticismo	0,607	<b>0,000</b>	2,909	0,573	0,071	0,715
Mentira	-0,328	0,083	0,215	0,378	-0,221	0,249
Autoimagen	-0,141	0,483	2,011	0,734	-0,165	0,409
Autoestima	-0,696	<b>0,000</b>	14,362	<b>0,006</b>	-0,608	<b>0,000</b>
Autoeficacia	-0,268	0,177	5,340	0,254	-0,280	0,156
Asertividad	-0,258	0,184	8,368	0,079	-0,260	0,181
Satisfacción Matrimonial	0,235	0,306	2,205	0,698	0,247	0,281
Satisfacción de Necesidades	-0,260	0,173	4,411	0,353	-0,308	0,104
Ansiedad	0,344	0,068	3,144	0,534	0,150	0,438
Depresión	0,288	0,129	4,261	0,372	0,206	0,284
Intolerancia a la Frustración	0,523	<b>0,004</b>	20,693	<b>0,000</b>	0,592	<b>0,001</b>
Irracionalidad Cognitiva	0,229	0,242	5,603	0,231	0,141	0,474
Perfeccionismo	0,141	0,484	2,586	0,629	0,085	0,672
Discomfort Emocional	0,397	<b>0,036</b>	8,724	0,068	0,431	<b>0,022</b>
Repertorio Conductual	-0,302	0,111	7,222	0,125	-0,420	<b>0,023</b>
Organicidad	0,425	<b>0,022</b>	12,083	<b>0,017</b>	0,277	0,146

#### 7.13.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Alexitimia” y “Neuroticismo”.

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,526 (a medida que el nivel de Alexitimia aumenta, el nivel de Neuroticismo también aumenta) y una significancia de 0,003 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,419 (a medida que el nivel de Alexitimia aumenta, el nivel de Neuroticismo también aumenta) y una significancia de 0,024 con un 95% de confianza, bilateral.

### 7.13.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Alexitimia” y “Psicoticismo”.

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,607 (a medida que el nivel de Alexitimia aumenta, el nivel de Psicoticismo también aumenta) y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral.

### 7.13.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Alexitimia” y “Autoestima”.

**Tabla N°137: Tabla de contingencia de las Variables “Alexitimia” y “Autoestima”.**

		Autoestima			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Alexitimia	Bajo	0	0	7	7
	Medio	3	1	4	8
	Alto	7	5	2	14
Total		10	6	13	29

En la variable “Alexitimia” encontramos que en la categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Autoestima” se encuentra en la categoría Bajo con 7 casos, mientras que en categoría Bajo de Alexitimia, Autoestima tiende a disminuir a 7 casos para la categoría Alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 14,362 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad ( $gl$ ), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,006. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es muy baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Alexitimia” y “Autoestima” están relacionadas.

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de -0,696 (a medida que el nivel de Alexitimia aumenta, el nivel de Autoestima disminuye) y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de -0,608 (a medida que el nivel de Alexitimia aumenta, el nivel de Autoestima disminuye) y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral.

#### 7.13.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Alexitimia” e “Intolerancia a la Frustración”.

**Tabla N°138: Tabla de contingencia de las Variables “Alexitimia” e “Intolerancia a la Frustración”.**

		Intolerancia a la frustración			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Alexitimia	Bajo	7	0	0	7
	Medio	1	4	3	8
	Alto	3	1	9	13
Total		11	5	12	28

En la variable “Alexitimia” encontramos que en la categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Intolerancia a la Frustración” se encuentra en la categoría Alto con 9 casos, mientras que en categoría Bajo de Alexitimia, Intolerancia a la Frustración tiende a disminuir a 7 casos para la categoría Bajo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 20,693 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad ( $gl$ ), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,000. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y

concluir que las variables “Alexitimia” e “Intolerancia a la Frustración” están relacionadas.

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,523 (a medida que el nivel de Alexitimia aumenta, el nivel de Intolerancia a la Frustración también aumenta) y una significancia de 0,004 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,592 (a medida que el nivel de Alexitimia aumenta, el nivel de Intolerancia a la Frustración también aumenta) y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral.

#### **7.13.5. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Alexitimia” y “Discomfort Emocional”.**

El coeficiente de correlación Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,397 (a medida que el nivel de Alexitimia aumenta, el nivel de Discomfort Emocional aumenta) y una significancia de 0,036 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,431 (a medida que el nivel de Alexitimia aumenta, el nivel de Discomfort Emocional también aumenta) y una significancia de 0,045 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.13.6. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Alexitimia” y “Repertorio Conductual”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,420 (a medida que el nivel de Alexitimia aumenta, el nivel de Repertorio Conductual disminuye) y una significancia de 0,023 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.13.7. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Alexitimia” y “Organicidad”.**

**Tabla N°139: Tabla de contingencia de las Variables “Alexitimia” y “Organicidad”.**

		Organicidad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Alexitimia	Bajo	5	2	0	7
	Medio	1	1	6	8
	Alto	3	6	5	14
Total		9	9	11	29

En la variable “Alexitimia” encontramos que en la categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Organicidad” se encuentra en la categoría Medio con 6 casos, mientras que en categoría Bajo de Alexitimia, Organicidad tiende a disminuir a 2 casos para la categoría Medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 12,083 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,017. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Alexitimia” y “Organicidad” están relacionadas.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,425 (a medida que el nivel de Alexitimia aumenta, el nivel de Organicidad también aumenta) y una significancia de 0,022 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.14. Relaciones entre la Variable “Intolerancia a la Frustración” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°140: Cruce de frecuencias entre la Variable “Intolerancia a la frustración” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Intolerancia a la frustración					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
<b>Neuroticismo</b>	0,521	<b>0,004</b>	15,823	<b>0,003</b>	0,621	<b>0,000</b>
<b>Extroversión</b>	-0,052	0,791	8,550	0,073	0,189	0,327
<b>Psicoticismo</b>	0,494	<b>0,006</b>	5,661	0,226	0,367	0,050
<b>Mentira</b>	-0,122	0,527	2,425	0,658	-0,238	0,213
<b>Autoimagen</b>	0,142	0,480	4,030	0,402	-0,002	0,994
<b>Autoestima</b>	-0,363	0,053	3,742	0,442	-0,255	0,181
<b>Autoeficacia</b>	-0,020	0,919	1,697	0,791	-0,097	0,624
<b>Asertividad</b>	-0,357	0,062	3,509	0,477	-0,247	0,204
<b>Satisfacción Matrimonial</b>	-0,011	0,963	4,332	0,363	0,275	0,228
<b>Satisfacción de Necesidades</b>	-0,004	0,984	1,178	0,882	-0,179	0,354
<b>Ansiedad</b>	0,110	0,569	3,037	0,552	0,156	0,418
<b>Depresión</b>	0,522	<b>0,004</b>	10,203	<b>0,037</b>	0,400	<b>0,032</b>
<b>Alexitimia</b>	0,523	<b>0,004</b>	20,693	<b>0,000</b>	0,592	<b>0,001</b>
<b>Irracionalidad Cognitiva</b>	0,270	0,165	4,655	0,325	0,359	0,061
<b>Perfeccionismo</b>	0,519	<b>0,006</b>	7,175	0,127	0,438	0,022
<b>Disconfort Emocional</b>	0,642	<b>0,000</b>	13,348	<b>0,010</b>	0,628	<b>0,000</b>
<b>Repertorio Conductual</b>	-0,040	0,838	3,762	0,439	-0,174	0,367
<b>Organicidad</b>	0,403	<b>0,030</b>	12,947	<b>0,012</b>	0,587	<b>0,001</b>

**7.14.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Intolerancia a la Frustración” y “Neuroticismo”.**

**Tabla N°141: Tabla de contingencia de las Variables “Intolerancia a la Frustración” y “Neuroticismo”.**

		Neuroticismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Intolerancia a la frustración	Bajo	3	7	2	12
	Medio	1	4	0	5
	Alto	0	2	10	12
Total		4	13	12	29

En la variable “Intolerancia a la Frustración” encontramos que en las categorías Bajo y Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Neuroticismo” se encuentra en la categoría Medio con 7 casos y alto con 12 casos respectivamente, mientras que en categoría Medio de Intolerancia a la Frustración, Neuroticismo tiende a disminuir a 1 caso para la categoría Bajo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 15,823 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,003. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Intolerancia a la Frustración” y “Neuroticismo” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,521 (a medida que el nivel de Intolerancia a la Frustración aumenta, el nivel de Neuroticismo también aumenta) y una significancia de 0,004 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,621 (a medida que el nivel de Intolerancia a la Frustración aumenta, el nivel de

Neuroticismo también aumenta) y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral.

#### 7.14.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Intolerancia a la Frustración” y “Psicoticismo”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,494 (a medida que el nivel de Intolerancia a la Frustración aumenta, el nivel de Psicoticismo también aumenta) y una significancia de 0,006 con un 99% de confianza, bilateral.

#### 7.14.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Intolerancia a la Frustración” y “Depresión”.

**Tabla N°142: Tabla de contingencia de las Variables “Intolerancia a la Frustración” y “Depresión”.**

		Depresión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Inolerancia a la frustración	Bajo	2	7	3	12
	Medio	2	3	0	5
	Alto	0	4	8	12
Total		4	14	11	29

En la variable “Intolerancia a la Frustración” encontramos que en las categorías Bajo y Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Depresión” se encuentra en la categoría Medio con 7 casos y alto con 8 casos respectivamente, mientras que en categoría Medio de Intolerancia a la Frustración, Depresión tiende a disminuir a 2 casos para la categoría Bajo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 10,203 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,037. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y

concluir que las variables “Intolerancia a la Frustración” y “Depresión” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,522 (a medida que el nivel de Intolerancia a la Frustración aumenta, el nivel de Depresión también aumenta) y una significancia de 0,004 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,400 (a medida que el nivel de Intolerancia a la Frustración aumenta, el nivel de Depresión también aumenta) y una significancia de 0,032 con un 95% de confianza, bilateral.

#### 7.14.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Intolerancia a la Frustración” y “Alexitimia”.

**Tabla N°143: Tabla de contingencia de las Variables “Intolerancia a la Frustración” y “Alexitimia”.**

		Alexitimia			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Intolerancia a la frustración	Bajo	7	1	3	11
	Medio	0	4	1	5
	Alto	0	3	9	12
Total		7	8	13	28

En la variable “Intolerancia a la Frustración” encontramos que en la categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Alexitimia” se encuentra en la categoría Alto con 9 casos, mientras que en categoría Medio de Intolerancia a la Frustración, Alexitimia tiende a disminuir a 1 caso para la categoría Alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 20,693 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad ( $gl$ ), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,000. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación*

*asociado*) es muy baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Intolerancia a la Frustración” y “Alexitimia” están relacionadas.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,592 (a medida que el nivel de Intolerancia a la Frustración aumenta, el nivel de Alexitimia también aumenta) y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral.

#### 7.14.5. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Intolerancia a la Frustración” y “Perfeccionismo”.

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,519 (a medida que el nivel de Intolerancia a la Frustración aumenta, el nivel de Perfeccionismo también aumenta) y una significancia de 0,006 con un 99% de confianza, bilateral.

#### 7.14.6. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Intolerancia a la Frustración” y “Discomfort Emocional”.

**Tabla N°144: Tabla de contingencia de las Variables “Intolerancia a la Frustración” y “Discomfort Emocional”.**

		Discomfort Emocional			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Intolerancia a la frustración	Bajo	8	2	1	11
	Medio	2	1	2	5
	Alto	2	0	10	12
Total		12	3	13	28

En la variable “Intolerancia a la Frustración” encontramos que en la categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Discomfort Emocional” se encuentra en la categoría Alto con 10 casos, mientras que en categoría

Medio de Intolerancia a la Frustración, Discomfort Emocional tiende a disminuir a 1 caso para la categoría Medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 13,348 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,010. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Intolerancia a la Frustración” y “Discomfort Emocional” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,642 (a medida que el nivel de Intolerancia a la Frustración aumenta, el nivel de Discomfort Emocional también aumenta) y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,628 (a medida que el nivel de Intolerancia a la Frustración aumenta, el nivel de Discomfort Emocional también aumenta) y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral.

#### 7.14.7. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Intolerancia a la Frustración” y “Organicidad”.

**Tabla N°145: Tabla de contingencia de las Variables “Intolerancia a la Frustración” y “Organicidad”.**

		Organicidad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Intolerancia a la frustración	Bajo	8	2	2	12
	Medio	1	2	2	5
	Alto	0	5	7	12
Total		9	9	11	29

En la variable “Intolerancia a la Frustración” encontramos que en las categorías Bajo y Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Organicidad” se encuentra en la categoría Bajo con 8 casos y Alto con 7 casos respectivamente, mientras que en categoría Medio de Tolerancia a la Frustración, Organicidad tiende a disminuir a 1 caso para la categoría Bajo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 12,947 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,012. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Intolerancia a la Frustración” y “Organicidad” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,403 (a medida que el nivel de Intolerancia a la Frustración aumenta, el nivel de Organicidad también aumenta) y una significancia de 0,030 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,587 (a medida que el nivel de Intolerancia a la Frustración aumenta, el nivel de Organicidad también aumenta) y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral.

**7.15. Relaciones entre la Variable “Irracionalidad Cognitiva” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°146: Cruce de frecuencias entre la Variable “Irracionalidad Cognitiva” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Irracionalidad Cognitiva					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	0,324	0,086	5,215	0,266	0,341	0,070
Extroversión	0,022	0,912	6,155	0,188	-0,016	0,936
Psicoticismo	0,093	0,631	4,237	0,375	0,266	0,163
Mentira	-0,085	0,659	8,377	0,079	0,025	0,896
Autoimagen	0,408	<b>0,034</b>	5,218	0,266	0,323	0,100
Autoestima	-0,112	0,561	7,652	0,105	0,000	1,000
Autoeficacia	0,148	0,460	2,226	0,694	-0,125	0,534
Asertividad	0,179	0,361	5,006	0,287	0,072	0,714
Satisfacción Matrimonial	0,116	0,617	2,321	0,677	0,159	0,492
Satisfacción de Necesidades	0,182	0,355	4,587	0,332	-0,131	0,499
Ansiedad	0,338	0,073	4,352	0,360	0,354	0,060
Depresión	0,029	0,880	5,823	0,213	0,246	0,198
Alexitimia	0,229	0,242	5,603	0,231	0,141	0,474
Intolerancia a la Frustración	0,270	0,165	4,655	0,325	0,359	0,061
Perfeccionismo	0,431	<b>0,025</b>	9,995	<b>0,041</b>	0,360	0,065
Discomfort Emocional	0,216	0,271	5,725	0,221	0,344	0,073
Repertorio Conductual	0,057	0,769	2,203	0,698	-0,145	0,452
Organicidad	0,088	0,650	4,971	0,290	0,000	1,000

**7.15.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Irracionalidad Cognitiva” y “Autoimagen”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,408 (a medida que el nivel de Irracionalidad Cognitiva aumenta, el nivel de Autoimagen también aumenta) y una significancia de 0,034 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.15.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Irracionalidad Cognitiva” y “Perfeccionismo”.**

**Tabla N°147: Tabla de contingencia de las Variables “Irracionalidad Cognitiva” y “Perfeccionismo”.**

		Perfeccionismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Irracionalidad Cognitiva	Bajo	8	1	1	10
	Medio	2	5	0	7
	Alto	4	3	3	10
Total		14	9	4	27

En la variable “Irracionalidad Cognitiva” encontramos que en las categorías Bajo y Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Perfeccionismo” se encuentra en la categoría Bajo con 8 casos y Alto con 4 casos respectivamente, mientras que en categoría Medio de Irracionalidad Cognitiva, Perfeccionismo tiende a disminuir a 2 casos para la categoría Bajo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 9,995 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,041. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Irracionalidad Cognitiva” y “Perfeccionismo” están relacionadas.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,431 (a medida que el nivel de Irracionalidad Cognitiva aumenta, el nivel de Perfeccionismo también aumenta) y una significancia de 0,025 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.16. Relaciones entre la Variable “Perfeccionismo” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°148: Cruce de frecuencias entre la Variable “Perfeccionismo” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Perfeccionismo					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	0,250	0,199	2,894	0,576	0,317	0,101
Extroversión	-0,085	0,666	13,100	<b>0,011</b>	-0,078	0,695
Psicoticismo	0,072	0,716	4,356	0,360	0,073	0,711
Mentira	-0,035	0,859	5,547	0,236	-0,100	0,613
Autoimagen	0,373	0,051	9,684	<b>0,046</b>	0,158	0,421
Autoestima	-0,200	0,309	11,610	<b>0,020</b>	0,056	0,778
Autoeficacia	0,232	0,253	4,911	0,297	0,198	0,332
Asertividad	0,037	0,855	3,937	0,415	0,084	0,679
Satisfacción Matrimonial	0,178	0,427	4,445	0,349	0,252	0,257
Satisfacción de Necesidades	-0,112	0,580	4,101	0,392	0,020	0,920
Ansiedad	0,327	0,089	5,664	0,226	0,344	0,073
Depresión	0,235	0,229	2,718	0,606	0,199	0,311
Alexitimia	0,141	0,484	2,586	0,629	0,085	0,672
Intolerancia a la Frustración	0,519	<b>0,006</b>	7,175	0,127	0,438	<b>0,022</b>
Irracionalidad Cognitiva	0,431	<b>0,025</b>	9,995	<b>0,041</b>	0,360	0,065
Disconfort Emocional	0,255	0,199	1,898	0,755	0,172	0,391
Repertorio Conductual	0,106	0,590	8,567	0,073	-0,050	0,801
Organicidad	0,204	0,298	8,725	0,068	0,333	0,084

**7.16.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Perfeccionismo” y “Extroversión”.**

**Tabla N°149: Tabla de contingencia de las Variables “Perfeccionismo” y “Extroversión”.**

		Extroversión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Perfeccionismo	Bajo	2	7	6	15
	Medio	2	0	7	9
	Alto	3	0	1	4
Total		7	7	14	28

En la variable “Perfeccionismo” encontramos que en la categoría Bajo (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Extroversión” se encuentra en la categoría Medio con 7 casos, mientras que en la categoría Alto de Perfeccionismo, Extroversión tiende a disminuir a 1 caso para la categoría Alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 13,100 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,011. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Perfeccionismo” y “Extroversión” están relacionadas.

**7.16.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Perfeccionismo” y “Autoimagen”.**

**Tabla N°150: Tabla de contingencia de las Variables “Perfeccionismo” y “Autoimagen”.**

		Autoimagen			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Perfeccionismo	Bajo	9	2	4	15
	Medio	1	1	7	9
	Alto	3	1	0	4
Total		13	4	11	28

En la variable “Perfeccionismo” encontramos que en la categoría Bajo (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Autoimagen” se encuentra en la categoría Bajo con 9 casos, mientras que en categoría Alto de Perfeccionismo, Autoimagen tiende a disminuir a 1 caso para la categoría Medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 9,684 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,046. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Perfeccionismo” y “Autoimagen” están relacionadas.

### 7.16.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Perfeccionismo” y “Autoestima”.

**Tabla N°151: Tabla de contingencia de las Variables “Perfeccionismo” y “Autoestima”.**

		Autoestima			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Perfeccionismo	Bajo	6	4	5	15
	Medio	1	0	8	9
	Alto	3	1	0	4
Total		10	5	13	28

En la variable “Perfeccionismo” encontramos que en la categoría Bajo (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Autoestima” se encuentra en la categoría Bajo con 6 casos, mientras que en categoría Alto de Perfeccionismo, Autoestima tiende a disminuir a 1 caso para la categoría Medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 11,610 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,020. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Perfeccionismo” y “Autoestima” están relacionadas.

**7.16.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Perfeccionismo” e “Intolerancia a la Frustración”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,519 (a medida que el nivel de Perfeccionismo aumenta, el nivel de Intolerancia a la Frustración también aumenta) y una significancia de 0,006 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,438 (a medida que el nivel de Perfeccionismo aumenta, el nivel de Intolerancia a la Frustración también aumenta) y una significancia de 0,022 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.16.5. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Perfeccionismo” e “Irracionalidad Cognitiva”.**

**Tabla N°152: Tabla de contingencia de las Variables “Perfeccionismo” e “Irracionalidad Cognitiva”.**

		Irracionalidad Cognitiva			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Perfeccionismo	Bajo	8	2	4	14
	Medio	1	5	3	9
	Alto	1	0	3	4
Total		10	7	10	27

En la variable “Perfeccionismo” encontramos que en la categoría Bajo (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Irracionalidad Cognitiva” se encuentra en la categoría Bajo con 8 casos, mientras que en categoría Alto de Perfeccionismo, Irracionalidad Cognitiva tiende a disminuir a 1 caso para la categoría Bajo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 9,995 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad ( $gl$ ), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,041. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación*

*asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Perfeccionismo” e “Irracionalidad Cognitiva” están relacionadas.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,431 (a medida que el nivel de Perfeccionismo aumenta, el nivel de Irracionalidad Cognitiva también aumenta) y una significancia de 0,025 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.17. Relaciones entre la Variable “Discomfort Emocional” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°153: Cruce de frecuencias entre la Variable “Gambrill y Richie” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	“Discomfort Emocional”					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
<b>Neuroticismo</b>	0,555	<b>0,002</b>	10,181	<b>0,037</b>	0,557	<b>0,002</b>
<b>Extroversión</b>	-0,256	0,180	2,741	0,602	-0,034	0,860
<b>Psicoticismo</b>	0,458	<b>0,012</b>	7,424	0,115	0,424	<b>0,022</b>
<b>Mentira</b>	-0,085	0,661	3,475	0,482	-0,134	0,489
<b>Autoimagen</b>	-0,018	0,930	1,712	0,789	-0,024	0,904
<b>Autoestima</b>	-0,391	<b>0,036</b>	5,795	0,215	-0,418	0,024
<b>Autoeficacia</b>	-0,111	0,582	4,661	0,324	-0,260	0,190
<b>Asertividad</b>	-0,399	<b>0,036</b>	5,421	0,247	-0,306	0,114
<b>Satisfacción Matrimonial</b>	-0,194	0,387	16,088	<b>0,003</b>	0,004	0,985
<b>Satisfacción de Necesidades</b>	-0,083	0,673	3,960	0,411	-0,276	0,148
<b>Ansiedad</b>	0,246	0,198	3,712	0,446	0,206	0,284
<b>Depresión</b>	0,412	<b>0,026</b>	8,158	0,086	0,487	<b>0,007</b>
<b>Alexitimia</b>	0,397	<b>0,036</b>	8,724	0,068	0,431	<b>0,022</b>
<b>Intolerancia a la Frustración</b>	0,642	<b>0,000</b>	13,348	<b>0,010</b>	0,628	<b>0,000</b>
<b>Irracionalidad Cognitiva</b>	0,216	0,271	5,725	0,221	0,344	0,073
<b>Perfeccionismo</b>	0,255	0,199	1,898	0,755	0,172	0,391
<b>Repertorio conductual</b>	-0,180	0,351	6,722	0,151	-0,374	<b>0,046</b>
<b>Organicidad</b>	0,206	0,284	7,391	0,117	0,349	0,063

**7.17.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Discomfort Emocional” y “Neuroticismo”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,555 (a medida que el nivel de Discomfort Emocional aumenta, el nivel de Neuroticismo también aumenta) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,557 (a medida que el nivel de Discomfort Emocional aumenta, el nivel de Neuroticismo también aumenta) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

#### **7.17.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Discomfort Emocional” y “Psicoticismo”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,458 (a medida que el nivel de Discomfort Emocional aumenta, el nivel de Psicoticismo también aumenta) y una significancia de 0,012 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,424 (a medida que el nivel de Discomfort Emocional aumenta, el nivel de Psicoticismo también aumenta) y una significancia de 0,022 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.17.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Discomfort Emocional” y “Autoestima”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,391 (a medida que el nivel de Discomfort Emocional aumenta, el nivel de Autoestima disminuye) y una significancia de 0,036 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.17.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Discomfort Emocional” y “Asertividad”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,399 (a medida que el nivel de Discomfort Emocional aumenta, el nivel de Asertividad disminuye) y una significancia de 0,036 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.17.5. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Disconfort Emocional” y “Satisfacción Matrimonial”.**

**Tabla N°154: Tabla de contingencia de las Variables “Disconfort Emocional” y “Satisfacción Matrimonial”.**

		Satisfacción Matrimonial			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Disconfort Emocional	Bajo	2	1	6	9
	Medio	0	3	0	3
	Alto	3	0	7	10
Total		5	4	13	22

En la variable “Disconfort Emocional” encontramos que en la categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Satisfacción Matrimonial” se encuentra en la categoría Alto con 7 casos, mientras que en categoría Medio de Disconfort Emocional, Satisfacción Matrimonial tiende a disminuir a 3 casos para la categoría Medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 16,008 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,003. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Disconfort Emocional” y “Satisfacción Matrimonial” están relacionadas.

**7.17.6. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Disconfort Emocional” y “Depresión”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,412 (a medida que el nivel de Disconfort Emocional aumenta, el nivel de Depresión también aumenta) y una significancia de 0,026 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,487

(a medida que el nivel de Discomfort Emocional aumenta, el nivel de Depresión también aumenta) y una significancia de 0,007 con un 99% de confianza, bilateral.

**7.17.7. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Discomfort Emocional” y “Alexitimia”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,397 (a medida que el nivel de Discomfort Emocional aumenta, el nivel de Alexitimia también aumenta) y una significancia de 0,036 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,431 (a medida que el nivel de Discomfort Emocional aumenta, el nivel de Alexitimia también aumenta) y una significancia de 0,022 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.17.8. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Discomfort Emocional” e “Intolerancia a la Frustración”.**

**Tabla N°155: Tabla de contingencia de las Variables “Discomfort Emocional” e “Intolerancia a la Frustración”.**

		Intolerancia a la frustración			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Discomfort Emocional	Bajo	8	2	2	12
	Medio	2	1	0	3
	Alto	1	2	10	13
Total		11	5	12	28

En la variable “Discomfort Emocional” encontramos que en la categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Intolerancia a la Frustración” se encuentra en la categoría Alto con 10 casos, mientras que en categoría Medio de Discomfort Emocional, Intolerancia a la Frustración tiende a disminuir a 1 caso para la categoría Medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 13,348 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,010. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Discomfort Emocional” e “Intolerancia a la Frustración” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,642 (a medida que el nivel de Discomfort Emocional aumenta, el nivel de Intolerancia a la Frustración también aumenta) y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,628 (a medida que el nivel de Discomfort Emocional aumenta, el nivel de Intolerancia a la Frustración también aumenta) y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral.

#### **7.17.9. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Discomfort Emocional” y “Repertorio Conductual”.**

El coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,374 (a medida que el nivel de Discomfort Emocional aumenta, el nivel de Repertorio Conductual disminuye) y una significancia de 0,046 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.18. Relaciones entre la Variable “Repertorio Conductual” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°156: Cruce de frecuencias entre las Variables “Repertorio Conductual” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Repertorio Conductual					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	-0,323	0,081	4,352	0,360	-0,320	0,084
Extroversión	0,460	0,011	5,964	0,202	0,315	0,090
Psicoticismo	-0,293	0,116	4,273	0,370	-0,067	0,724
Mentira	-0,189	0,318	3,206	0,524	-0,222	0,238
Autoimagen	0,456	<b>0,015</b>	8,535	0,074	0,422	<b>0,025</b>
Autoestima	0,582	<b>0,001</b>	15,417	<b>0,004</b>	0,674	<b>0,000</b>
Autoeficacia	0,531	<b>0,004</b>	9,081	0,059	0,402	<b>0,034</b>
Asertividad	0,604	<b>0,001</b>	9,233	0,056	0,526	<b>0,003</b>
Satisfacción Matrimonial	0,476	<b>0,025</b>	3,784	0,436	0,316	0,152
Satisfacción de Necesidades	0,360	0,055	10,230	<b>0,037</b>	0,569	<b>0,001</b>
Ansiedad	-0,303	0,104	5,943	0,203	-0,252	0,179
Depresión	-0,412	<b>0,024</b>	8,553	0,073	-0,393	<b>0,032</b>
Alexitimia	-0,302	0,111	7,222	0,125	-0,420	<b>0,023</b>
Intolerancia a la Frustración	-0,040	0,838	3,762	0,439	-0,174	0,367
Irracionalidad Cognitiva	0,057	0,769	2,203	0,698	-0,145	0,452
Perfeccionismo	0,106	0,590	8,567	0,073	-0,050	0,801
Disconfort Emocional	-0,180	0,351	6,722	0,151	-0,374	<b>0,046</b>
Organicidad	-0,398	<b>0,029</b>	7,262	0,123	-0,318	0,087

**7.18.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Repertorio Conductual” y “Autoimagen”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,456 (a medida que el nivel de Repertorio Conductual aumenta, el nivel de Autoimagen también aumenta) y una significancia de 0,015 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,422 (a medida que el nivel de Repertorio Conductual aumenta, el nivel de Autoimagen también aumenta) y una significancia de 0,025 con un 95% de confianza, bilateral.

### 7.18.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Repertorio Conductual” y “Autoestima”.

**Tabla N° 157: Tabla de contingencia de las Variables “Repertorio Conductual” y “Autoestima”.**

		Autoestima			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Repertorio Conductual	Bajo	7	1	0	8
	Medio	3	1	3	7
	Alto	1	4	10	15
Total		11	6	13	30

En la variable “Repertorio Conductual” encontramos que en la categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Autoestima” se encuentra en la categoría Alto con 10 casos, mientras que en categoría Medio de Repertorio Conductual, Autoestima tiende a disminuir a 1 caso para la categoría Medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 15,417 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,004.

Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es muy baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Repertorio Conductual” y “Autoestima” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,582 (a medida que el nivel de Repertorio Conductual aumenta, el nivel de Autoestima también aumenta) y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,674 (a medida que el nivel de Repertorio Conductual aumenta, el nivel de Autoestima también aumenta) y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral.

### **7.18.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Repertorio Conductual” y “Autoeficacia”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,531 (a medida que el nivel de Repertorio Conductual aumenta, el nivel de Autoeficacia también aumenta) y una significancia de 0,004 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,402 (a medida que el nivel de Repertorio Conductual aumenta, el nivel de Autoeficacia también aumenta) y una significancia de 0,034 con un 95% de confianza, bilateral.

### **7.18.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Repertorio Conductual” y “Asertividad”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,604 (a medida que el nivel de Repertorio Conductual aumenta, el nivel de Asertividad también aumenta) y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,526 (a medida que el nivel de Repertorio Conductual aumenta, el nivel de Asertividad también aumenta) y una significancia de 0,003 con un 99% de confianza, bilateral.

**7.18.5. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Repertorio Conductual” y “Satisfacción Matrimonial”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,476 (a medida que el nivel de Repertorio Conductual aumenta, el nivel de Satisfacción Matrimonial también aumenta) y una significancia de 0,025 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.18.6. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Repertorio Conductual” y “Satisfacción de Necesidades”.**

**Tabla N°158: Tabla de contingencia de las Variables “Repertorio Conductual” y “Satisfacción de Necesidades”.**

		Satisfacción de Necesidades			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Repertorio Conductual	Bajo	5	2	1	8
	Medio	2	2	3	7
	Alto	1	3	11	15
Total		8	7	15	30

En la variable “Repertorio Conductual” encontramos que en la categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Satisfacción de Necesidades” se encuentra en la categoría Alto con 11 casos, mientras que en categoría Medio de Repertorio Conductual, Satisfacción de Necesidades tiende a disminuir a 2 casos para las categorías Bajo y Medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 10,230 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,037. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Repertorio Conductual” y “Satisfacción de Necesidades” están relacionadas.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,569 (a medida que el nivel de Repertorio Conductual aumenta, el nivel de Satisfacción de Necesidades también aumenta) y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral.

#### **7.18.7. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Repertorio Conductual” y “Depresión”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,412 (a medida que el nivel de Repertorio Conductual aumenta, el nivel de Depresión disminuye) y una significancia de 0,024 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,393 (a medida que el nivel de Repertorio Conductual aumenta, el nivel de Depresión disminuye) y una significancia de 0,032 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.18.8. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Repertorio Conductual” y “Alexitimia”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,420 (a medida que el nivel de Repertorio Conductual aumenta, el nivel de Alexitimia disminuye) y una significancia de 0,023 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.18.9. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Repertorio Conductual” y “Discomfort Emocional”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,374 (a medida que el nivel de Repertorio Conductual aumenta, el nivel de Discomfort Emocional disminuye) y una significancia de 0,046 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.18.10. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Repertorio Conductual” y “Organicidad”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de  $-0,398$  (a medida que el nivel de Repertorio Conductual aumenta, el nivel de Organicidad disminuye) y una significancia de  $0,029$  con un  $95\%$  de confianza, bilateral.

**7.19. Relaciones entre la Variable “Organicidad” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

**Tabla N°159: Cruce de frecuencias entre la Variable “Organicidad” y las demás Variables psicológicas medidas por el FECL.**

	Organicidad					
	R de Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Neuroticismo	0,445	<b>0,014</b>	5,341	0,254	0,238	0,205
Extroversión	0,028	0,882	8,774	0,067	0,171	0,365
Psicoticismo	0,464	<b>0,010</b>	6,225	0,183	0,368	<b>0,045</b>
Mentira	-0,145	0,443	2,349	0,672	-0,140	0,460
Autoimagen	-0,131	0,505	0,775	0,942	-0,044	0,826
Autoestima	-0,491	<b>0,006</b>	3,685	0,450	-0,269	0,150
Autoeficacia	-0,175	0,373	4,510	0,341	-0,063	0,751
Asertividad	-0,393	<b>0,035</b>	4,238	0,375	-0,341	0,070
Satisfacción Matrimonial	-0,029	0,897	4,791	0,309	0,129	0,566
Satisfacción de Necesidades	-0,144	0,457	4,073	0,396	-0,132	0,486
Ansiedad	0,597	<b>0,001</b>	4,151	0,386	0,237	0,208
Depresión	0,543	<b>0,002</b>	5,649	0,227	0,238	0,206
Alexitimia	0,425	<b>0,022</b>	12,083	<b>0,017</b>	0,277	0,146
Intolerancia a la Frustración	0,403	<b>0,030</b>	12,947	<b>0,012</b>	0,587	<b>0,001</b>
Irracionalidad Cognitiva	0,088	0,650	4,971	0,290	0,000	1,000
Perfeccionismo	0,204	0,298	8,725	0,068	0,333	0,084
Disconfort Emocional	0,206	0,284	7,391	0,117	0,349	0,063
Repertorio Conductual	-0,398	<b>0,029</b>	7,262	0,123	-0,318	0,087

**7.19.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Organicidad” y “Neuroticismo”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,445 (a medida que el nivel de Organicidad aumenta, el nivel de Neuroticismo también aumenta) y una significancia de 0,014 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.19.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Organicidad” y “Psicoticismo”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,464 (a medida que el nivel de Organicidad aumenta, el nivel de Psicoticismo también aumenta) y una significancia de 0,010 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,368 (a medida que el nivel de Organicidad aumenta, el nivel de Psicoticismo también aumenta) y una significancia de 0,045 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.19.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Organicidad” y “Autoestima”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,491 (a medida que el nivel de Organicidad aumenta, el nivel de Autoestima disminuye) y una significancia de 0,006 con un 99% de confianza, bilateral.

#### **7.19.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Organicidad” y “Asertividad”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,393 (a medida que el nivel de Organicidad aumenta, el nivel de Asertividad disminuye) y una significancia de 0,035 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **7.19.5. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Organicidad” y “Ansiedad”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,597 (a medida que el nivel de Organicidad aumenta, el nivel de Ansiedad también aumenta) y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral.

### 7.19.6. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Organicidad” y “Depresión”.

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,543 (a medida que el nivel de Organicidad aumenta, el nivel de Depresión también aumenta) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

### 7.19.7. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Organicidad” y “Alexitimia”.

**Tabla N° 160: Tabla de contingencia de las Variables “Organicidad” y “Alexitimia”.**

		Alexitimia			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Organicidad	Bajo	5	1	3	9
	Medio	2	1	6	9
	Alto	0	6	5	11
Total		7	8	14	29

En la variable “Organicidad” encontramos que en la categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Alexitimia” se encuentra en la categoría Medio con 6 casos, mientras que en categoría Bajo y Medio de Organicidad, Alexitimia tiende a disminuir a 1 caso para las categorías Medio respectivamente.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 12,083 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad ( $gl$ ), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,017. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Organicidad” y “Alexitimia” están relacionadas.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,425 (a medida que el nivel de Organicidad aumenta, el nivel de Alexitimia también aumenta) y una significancia de 0,022 con un 95% de confianza, bilateral.

**7.19.8. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Organicidad” e “Intolerancia a la frustración”.**

**Tabla N°161: Tabla de contingencia de las Variables “Organicidad” e “Intolerancia a la frustración”.**

		Intolerancia a la frustración			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Organicidad	Bajo	8	1	0	9
	Medio	2	2	5	9
	Alto	2	2	7	11
Total		12	5	12	29

En la variable “Organicidad” encontramos que en la categoría Alto (donde se encuentra la mayor parte de los casos) la variable “Intolerancia a la Frustración” se encuentra en la categoría Alto con 7 casos, mientras que en categoría Bajo y Medio de Organicidad, Intolerancia a la Frustración tiende a disminuir a 1 caso para las categorías Medio y a 2 casos para Bajo y Medio, respectivamente.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 12,947 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,012. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Organicidad” e “Intolerancia a la Frustración” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,403 (a medida que el nivel de Organicidad aumenta, el nivel de Intolerancia a la Frustración también aumenta) y una significancia de 0,030 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,587 (a medida que el nivel de Organicidad aumenta, el nivel de Intolerancia a la Frustración también aumenta) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

### **7.19.9. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Organicidad” y “Repertorio Conductual”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de  $-0,398$  (a medida que el nivel de Organicidad aumenta, el nivel de Repertorio Conductual disminuye) y una significancia de  $0,029$  con un  $95\%$  de confianza, bilateral.

## VII. ANÁLISIS Y DISCUSIONES

A partir de la información obtenida de la muestra de estudio de las Comunidades Terapéuticas Manresa Femenina y Maria Auxiliadora, aplicando el Cuestionario de Antecedentes Personales y la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI), y considerando las relaciones estadísticamente significativas, es posible concluir lo siguiente:

La mayoría de las mujeres de la muestra no supera los 26 años de edad, siendo la edad promedio de 22 años, cifra que concuerda con estudios realizados en Chile que establecen que la mayor frecuencia de consumo de sustancias ilegales se da en la población joven, la cual comprende el rango entre 19 y 25 años.

La mayoría de las mujeres evaluadas son solteras y un porcentaje menor convivía con su pareja antes de ingresar a la comunidad terapéutica.

Respecto de la ocupación, no se observa una tendencia hacia una ocupación específica, siendo la mayoría de ellas dueñas de casa o cesantes.

En relación al nivel educacional, la mitad de las mujeres evaluadas no ha cursado Enseñanza Media, y ninguna de ellas ha cursado estudios superiores. Desde el paradigma ambiental, el bajo nivel educacional observado representaría un factor de riesgo frente al problema del consumo de drogas.

En términos generales destaca la presencia de un gran número de relaciones entre la historia de consumo y las demás variables en estudio, lo que da cuenta de la importancia que ha cobrado el consumo de drogas tanto en la historia vital de estas mujeres, como en la globalidad de sus características de personalidad.

Desde este punto de vista, se observan relaciones importantes con el Paradigma Biológico, es decir, que ciertos rasgos de personalidad fuertemente influidos desde lo biológico y el deterioro a nivel del funcionamiento cerebral, son los que se presentan como el factor de vulnerabilidad más importante frente al consumo de drogas, o bien son aquellos que se han visto más deteriorados por el consumo. Cabe destacar que las mujeres de menor edad son las que han iniciado el consumo más tempranamente, siendo la edad promedio de inicio del consumo los 14,4 años, lo cual, además de situarlas dentro la población que inicia un consumo precoz según lo planteado por

CONACE, es un indicador de que la edad de inicio del consumo en las mujeres presentaría una tendencia a disminuir a lo largo del tiempo. Lo anterior es un problema de consideración, dado que a través de los resultados obtenidos, se observa que las mujeres que iniciaron el consumo de drogas ilícitas más tempranamente, presentan un mayor compromiso biológico, es decir, existe una alta probabilidad de que la presencia de alteraciones orgánicas esté determinada por el consumo temprano de drogas.

Es así como el inicio temprano de consumo de alcohol o de cualquier droga ilícita, se relaciona de forma indirecta con la variable “Organicidad”, lo que indica que aquellas mujeres que iniciaron el consumo a temprana edad presentan un mayor compromiso a nivel biológico, además de una relación directa con la presencia de mayor sintomatología depresiva en la actualidad. La relación establecida entre altos niveles de Psicoticismo demuestra que además, este inicio temprano en el consumo se relacionaría con variables temperamentales, como lo son la tendencia a la impulsividad y la irritabilidad. También se observa que mientras más tarde es el inicio del consumo de alcohol, existe una mayor tendencia a presentar niveles altos de Extroversión. Lo anterior podría estar relacionado con que quienes inician el consumo de alcohol de forma más temprana presentarían una mayor orientación hacia sí mismas, es decir, presentan una mayor tendencia a la introversión, por lo cual es probable que hayan buscado la desinhibición por medio del consumo del alcohol.

El inicio temprano también se relaciona con dificultades a nivel afectivo, como lo es el aumento en los niveles de Intolerancia a la Frustración. Lo anterior indica, por una parte, que esta variable correspondería a un factor de vulnerabilidad en el inicio temprano del consumo de alguna droga, o bien que las consecuencias del consumo fomenten el desarrollo de una baja Tolerancia a la Frustración. De esta forma, frente a una situación de fracaso que resulta difícil de tolerar, el consumo de alguna droga, (específicamente de alcohol, marihuana o cocaína, que son las drogas que presentan mayor frecuencia de consumo frente a la baja tolerancia a la frustración) podría ser considerada como una forma de evadir la sensación que ésta le produce, o bien que éstas sean las drogas que por efectos de su consumo fomenten una baja tolerancia a la frustración. Además, podría existir la posibilidad de que, desde temprana edad, el

contexto facilite el acceso al consumo de drogas y que frente a una frustración, haya sido la herramienta más cercana para tolerarla.

También se observa una relación directa con los niveles de discomfort emocional frente a situaciones sociales, donde el inicio temprano del consumo puede ser una forma de disminuir la ansiedad que les producen las situaciones sociales y así poder enfrentarlas de una manera “más efectiva”. Por otra parte, esta relación podría indicar también que el inicio temprano del consumo conlleva a la presencia de altos niveles de malestar emocional frente a situaciones sociales, teniendo en cuenta que además esta variable se relaciona con un mayor número de drogas consumidas.

Respecto de las relaciones establecidas con el Paradigma Conductual /Ambiental, se observa que aquellas mujeres que han iniciado el consumo de drogas ilícitas y el consumo de alcohol más tempranamente, presentan niveles más bajos de Asertividad y Repertorio Conductual, mostrando la posible influencia que tiene el consumo en el aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales. También se observa que aquellas mujeres que presentan una mayor frecuencia de consumo de pasta base, tienden a presentar niveles medios y bajos de asertividad. Lo anterior podría estar indicando que un nivel adecuado de esta variable corresponde a un factor protector frente al inicio del consumo de drogas y la frecuencia de consumo.

Respecto de cómo se ve afectado el Subsistema *Self* por el inicio temprano del consumo de drogas ilícitas y de alcohol, se podría inferir que las mujeres que inician más tempranamente el consumo, presentan niveles más bajos de Autoestima. También se observa una relación entre esta variable y el Tiempo de consumo, observándose que aquellas mujeres que llevan entre 4 y 11 años de consumo tienden a presentar niveles altos de autoestima, mientras que a medida que aumenta el tiempo de consumo, se observa un descenso de sus niveles. Lo anterior sugiere que mientras mayor es el tiempo de consumo y consecuentemente mayor el deterioro, se manifiesta una autoevaluación más negativa.

Además de las relaciones anteriores, se observa que la edad de inicio del consumo de alcohol se relaciona con un mayor número de variables. En aquellas mujeres que inician más tempranamente el consumo de alcohol, se observa la presencia de niveles altos de Alexitimia en comparación con aquellas mujeres que

inician el consumo de alcohol más tardíamente. Esto podría indicar la presencia de elevados umbrales al placer, lo cual llevaría a las mujeres a iniciar el consumo alcohol tempranamente como una forma de bajar estos umbrales.

Respecto del consumo de drogas, la mayoría de las mujeres que ingresan a una comunidad terapéutica residencial son poliadictas, consume entre 3 y 5 drogas, además, la mayoría lleva más de cuatro años de consumo de sustancias ilegales, siendo el promedio de 7,8 años, lo que daría cuenta de un consumo de larga data. En relación a lo anterior, no se observan diferencias importantes con los hombres que se encuentran en tratamiento residencial, los cuales en su mayoría son poliadictos y tienen más de tres años de consumo (Guajardo H., Bagladi V.y Kushner D., 2001).

En relación a la frecuencia del consumo de drogas, en las mujeres que ingresan a una comunidad terapéutica residencial, las drogas consumidas con una mayor frecuencia son, en orden decreciente, la pasta base, la marihuana y el alcohol. Esto podría relacionarse con el perfil de las mujeres que reciben tratamiento en comunidades terapéuticas, ya que la mayoría de ellas se encuentran en una situación de vulnerabilidad y por lo tanto, en términos económicos se les facilitaría el acceso a este tipo de drogas ya que son las de menor costo.

En relación a cómo se ha visto afectado el Subsistema Biológico por el consumo de drogas en estas mujeres, dado que la frecuencia de solventes volátiles correlaciona con todas las variables de este subsistema, es posible afirmar que es ésta la droga de mayor toxicidad para el organismo, cuyo deterioro obedece a un daño orgánico general que dificultaría una mejor adaptación en estas mujeres. Por otra parte, en cuanto a la frecuencia del consumo de marihuana, la relación establecida entre ésta y variables como “Extroversión”, “Psicoticismo” y “Organicidad” podría indicar que ciertos estilos de personalidad están asociados al consumo de esta droga y que además la marihuana afectaría de forma negativa dichos aspectos constitutivos. La conclusión anterior contribuye a la discusión en torno a la nocividad o toxicidad de los efectos producidos por esta droga, planteando que la marihuana contribuiría a la presencia de un daño orgánico a nivel intermedio. Además, la mayor parte de las mujeres que ingresan a una comunidad terapéutica residencial refiere como droga de inicio a la marihuana. En consideración a la temprana edad de inicio en el consumo y

la frecuencia en que esta droga era consumida por este grupo, existe una gran posibilidad de que ellas hayan desarrollado el síndrome amotivacional asociado al consumo de esta droga. Lo anterior resulta sumamente relevante en cuanto a la motivación necesaria para mantenerse en tratamiento, ayudando a comprender la presencia de deserción en estas mujeres.

Respecto de la presencia de hijos, se observa que la mayoría de las mujeres de la muestra tiene 1 o 2 hijos y sólo una pequeña parte permanece con ellos en la comunidad. Se observa que la presencia de hijos podría entenderse como un factor protector, dado que aquellas mujeres que no tienen hijos presentan altos niveles de Neuroticismo, el cual disminuye a niveles medios en aquellas que sí los tienen. Esto podría suponer que la presencia de hijos influiría en una mayor estabilidad emocional, en función de la responsabilidad explícita o implícita que conlleva el cuidado de otro ser.

También se observa una relación indirecta entre los altos niveles de Psicoticismo con el número de hijos, es decir, que mientras aumenta el número de hijos, la presencia de síntomas como irritabilidad y terquedad es menor.

Por otra parte, el número de hijos también se relaciona de forma directa con los niveles de Asertividad y Repertorio Conductual. Lo anterior podría representar que la maternidad les brinda a las mujeres una instancia de desarrollo de esta habilidad social, ya sea por la necesidad proveniente del rol maternal en cuanto a la comunicación con los hijos y/o el tener que comunicarse con otros para sobrellevar las obligaciones relacionadas con el rol.

En relación al comportamiento de la variable “Nivel educacional”, destaca las relaciones significativas establecidas con variables como “Psicoticismo”, lo cual indicaría que la irritabilidad, terquedad e impulsividad, características propias de personas con niveles altos de psicoticismo, podrían ser factores que inciden en el gran porcentaje de deserción escolar presente en estas mujeres.

Por otro lado, la relación directa establecida con la variable “Satisfacción de Necesidades” podría estar relacionado con varios factores. Por una parte, se debe tener presente que la educación ayuda a satisfacer las necesidades relacionadas con el logro, intelectuales, como así también de esparcimiento. También se debe tener en cuenta

que un mayor nivel educacional implica una mayor posibilidad de desarrollarse en el ámbito laboral, y por ende, facilitaría la satisfacción de las necesidades básicas y de logro. Por último, se debe tener presente la valoración social respecto de la educación, lo que de alguna manera puede estar influyendo en que quienes tienen un menor nivel educacional, sientan insatisfechas algunas de sus necesidades.

Se observa también que aquellas mujeres que presentan un mayor nivel educacional, presentan un mayor nivel de Asertividad y de Repertorio Conductual. Esto representaría que el contacto social que implica haber permanecido más tiempo en una institución educacional, otorga un espacio para el aprendizaje de conductas asertivas en la relación con los otros, así como el desarrollo de habilidades sociales, competencias comportamentales y respuestas de enfrentamiento.

En cuanto a la variable “Satisfacción Matrimonial” se observa que aquellas mujeres que cuentan con un mayor tiempo de consumo, se sienten más insatisfechas en cuanto a su relación de pareja. Esto resulta una relación esperada, ya que entre las áreas que afecta el consumo de larga data, se encuentran las relaciones interpersonales. Es posible plantear además la posibilidad de que el consumo de drogas de larga data determine en parte que las mujeres presenten en la actualidad una dificultad para reconocer satisfacción en su relación de pareja.

Por otra parte, la variable “Satisfacción Matrimonial” también se relaciona de manera indirecta con las variables “Tratamiento en atención primaria” y “Tratamiento ambulatorio en hospital”, es decir, quienes no acudieron a tratamiento ambulatorio en atención primaria o secundaria, sienten mayor satisfacción respecto de la relación de pareja, mientras que aquellas que sí acudieron presentan un nivel de Satisfacción Matrimonial bajo. Esto podría estar indicando que en estas últimas, el haber fracasado en los tratamientos ambulatorios, pudo haber deteriorado las relaciones de pareja, o que el no tener apoyo de su pareja las haya hecho fracasar y/o abandonar los tratamientos anteriores.

La mayoría de las mujeres que ingresa a una comunidad terapéutica ha recibido anteriormente otro tipo de tratamiento por problemas en el consumo de alcohol y/o drogas. Dentro de los tipos de tratamiento recibidos, el que se refiere con una mayor frecuencia es el tratamiento en Atención Primaria. Esto concuerda con lo establecido con los planes de tratamiento específicos para mujeres adultas, dentro de los cuales el plan de tratamiento residencial está destinado a mujeres adultas con problemas en el consumo de sustancias con múltiples tratamientos sin éxito.

Se observa además que aquellas mujeres que cuentan con tratamientos previos presentan una tendencia a presentar niveles medios y altos de Neuroticismo, mientras que aquellas que no tuvieron presentan niveles moderados. Lo anterior se relacionaría con que la inestabilidad emocional sería uno de los factores que las impulsan a buscar tratamiento y, por otra parte, podría entenderse como un factor que influye en que esos tratamientos no hayan tenido éxito.

La mayoría de las mujeres que ingresa a la comunidad terapéutica refiere haberlo hecho voluntariamente, lo cual muestra que se encuentran motivadas al cambio de hábitos de consumo. Esto tendría especial relevancia en el pronóstico del tratamiento. Sin embargo, estos resultados no concordarían con lo planteado desde el modelo, el cual refiere que en los pacientes adictos, en general, el nivel de motivación al cambio es bajo o no existe. Esto podría explicarse en relación al contexto de tratamiento en el que se encuentran, donde además, la institución evalúa el nivel motivacional previo al ingreso. Otro punto relevante, es el hecho de que en estas comunidades es posible que las mujeres permanezcan con sus hijos, lo cual puede facilitarles la toma de decisión de iniciar un tratamiento aumentando su nivel de motivación al cambio.

La mayoría de las mujeres que participaron en el estudio se encuentran en alguna de las dos primeras etapas de tratamiento (Compromiso y Sinceridad). Cabe destacar que la proporción de mujeres comienza a disminuir a medida que se avanza en las etapas. Esto podría estar dando cuenta de la presencia de deserción del tratamiento.

Respecto de las relaciones establecidas entre la etapa de tratamiento y las demás variables de estudio, se observa que aquellas mujeres que se encuentran en las primeras etapas presentan una tendencia a presentar síntomas depresivos y niveles altos de Neuroticismo, lo cual es menor en aquellas que se encuentran en las etapas finales. Respecto de lo anterior, es posible mencionar que el tratamiento en la comunidad terapéutica tendría efectos en la disminución de los síntomas depresivos y de la inestabilidad emocional, probablemente relacionado con la estructura propia del tratamiento residencial, el cual les brinda un lugar seguro de satisfacción de necesidades y tratamiento psicológico. Esta disminución, tanto de la inestabilidad emocional como de los síntomas depresivos, también podría estar asociada al hecho de que durante el tratamiento, las mujeres disminuyen significativamente el consumo de drogas, disminuyendo con ello síntomas de ansiedad e inestabilidad producto de la abstinencia del consumo de drogas.

No sucede lo mismo con la variable “Autoeficacia”, dado que el comportamiento de esta variable indica que aquellas mujeres que se encuentran en etapas más altas del proceso, presentan niveles más bajos de percepción de autoeficacia que aquellas que se encuentran en las primeras. Esto podría estar relacionado con el nivel de autoexigencia que pudieran tener las mujeres en las últimas etapas de tratamiento, teniendo en cuenta además que se van acercando al término de su proceso de tratamiento residencial y al momento en que vuelven a sus hogares, con todas las dificultades que ellos les implica dado el tiempo de ausencia y lejanía de la realidad.

Las mujeres que llevan mayor tiempo de permanencia en la comunidad presentan un nivel de Autoestima más alto, lo cual estaría indicando el aporte del tratamiento al desarrollo de las variables del *self*. Podrían contribuir a ello las actividades orientadas a la reflexión y el desarrollo personal.

Así como se encuentran relaciones significativas entre las variables de la historia de consumo y las variables de estudio, también resulta significativo el gran número de relaciones establecidas entre las variable psicológicas medidas a partir del FECL.

En relación al Subsistema Biológico, en las mujeres que ingresan a tratamiento a una comunidad terapéutica residencial, se observa la notable presencia de alteraciones de tipo biológico en relación al proceso de adicción. Destaca también, la importancia de las variables temperamentales o dimensiones de la personalidad, asociadas al consumo de drogas. Tal como lo plantea el modelo, en las mujeres en tratamiento residencial existen ciertos rasgos de personalidad influidos desde lo biológico, que se muestran muy asociados al consumo de drogas, el cual a su vez, afecta y produce deterioro a este nivel. Entre ellos, la inestabilidad emocional (Neuroticismo medio y alto), la disposición biológica a presentar conductas gregarias, la búsqueda de sensaciones y el estar orientado hacia el medio externo (Extroversión alta), y la impulsividad (Psicoticismo alto). A esto se le suma una tendencia a presentar niveles altos de Ansiedad y medios de Depresión.

Se puede observar que las variables “Organicidad”, “Psicoticismo”, “Neuroticismo” y “Depresión”<sup>2</sup> se encuentran, en conjunto, directamente relacionadas. Es decir, aquellas mujeres con un alto nivel de deterioro orgánico, ya sea por antecedentes de alteraciones biológicas y por el daño asociado al consumo, presentan a su vez variables temperamentales que se asocian con el consumo de drogas: son mujeres con rasgos de personalidad caracterizados por la inestabilidad emocional y la impulsividad. Vemos así también, como Neuroticismo y Psicoticismo serían dimensiones de la personalidad que pueden ser incrementadas por el deterioro orgánico asociado al consumo de drogas.

Así mismo, presentan altos niveles de sintomatología depresiva, lo cual da cuenta de que los síntomas depresivos presentes en las mujeres drogodependientes pueden estar influidos por factores orgánicos y temperamentales, y/o que la sintomatología depresiva se caracterice por manifestaciones fisiológicas.

Además, altos niveles de Organicidad, Neuroticismo y Depresión, se asocian a un elevado nivel de sintomatología ansiosa<sup>3</sup>, tales como: problemas de atención y

---

<sup>2</sup> Las conclusiones en a las variables “Depresión” y “Organicidad” deben ser realizadas con precaución, dada la ausencia de estudios de confiabilidad de estas escalas.

<sup>3</sup> Las conclusiones en a la variable “Ansiedad” deben ser realizadas con precaución, dada la ausencia de estudios de confiabilidad de estas escalas.

concentración, del sueño, de la alimentación, angustia, insomnio e hipocondría. Lo anterior daría cuenta que la manifestación sintomatológica se relaciona con características de un trastorno ansioso-depresivo, asociado a una influencia del deterioro orgánico y de las variables temperamentales, dada la relación directa con las variables “Organicidad” y “Neuroticismo”. Se clarifica aquí la relación entre los síntomas de ansiedad y el factor biológico como probable factor facilitador del primero.

Por otra parte altos niveles de Neuroticismo, Psicoticismo y Organicidad se relacionan con un alto nivel de Alexitimia, lo cual revela la predisposición y/o influencia biológica y temperamental a presentar dificultades en el reconocimiento, diferenciación y expresión de las emociones.

Las variables “Neuroticismo”, “Psicoticismo” y “Depresión” se relacionan de forma directa con las variables “Intolerancia a la Frustración” y “Discomfort emocional”. Esta relación nos muestra que ciertos rasgos de personalidad influidos desde lo biológico, como lo son la inestabilidad emocional elevada y un alto nivel de impulsividad, serían factores predisponentes a la intolerancia a la frustración y al enfrentarse a las situaciones sociales con alto grado de malestar emocional. La variable “Intolerancia a la frustración” se relaciona directamente además con la variable “Organicidad”, lo cual vuelve a mostrar la influencia del deterioro orgánico en esta capacidad. De la misma forma, el presentar un alto nivel de sintomatología depresiva, se relaciona con una baja capacidad para tolerar las frustraciones, respondiendo con excesos de tristeza o tensión, y con un alto grado de discomfort emocional frente a situaciones sociales.

Dentro de las relaciones entre variables del subsistema biológico y las del subsistema afectivo, destaca que las variables “Neuroticismo” y “Psicoticismo”, se encuentran ambas directamente relacionadas con las variables “Alexitimia”, “Intolerancia a la Frustración” y “Discomfort emocional”, estando también estas últimas directamente relacionadas entre sí. Lo anterior permite concluir que estas variables del subsistema afectivo se encuentran relacionadas con variables temperamentales, y/o muy influidas desde lo biológico.

De esta forma, se comprende también la presencia de una relación indirecta entre las variables “Depresión” y “Repertorio conductual”, donde los síntomas depresivos se relacionarían con una escasa variedad de habilidades sociales, competencias comportamentales y respuestas de enfrentamiento que le permitan a estas mujeres un mejor manejo de las exigencias de la vida diaria, siendo tal vez un factor mantenedor de la depresión en las mujeres en tratamiento residencial por trastorno por dependencias. Esta tríada representada por altos niveles de Depresión y discomfort social, sumado a un bajo Repertorio Conductual podrían ser en conjunto un factor de riesgo para la existencia de drogodependencias, donde las mujeres buscarían el consumo como una forma de relacionarse mejor a nivel interpersonal o bien para aplacar la incomodidad asociada a la dificultad en su adaptación social.

Por su parte, la variable “Extroversión” se relaciona de forma directa con la variable “Repertorio conductual”, esto es, las mujeres que presentan un mayor nivel de habilidades sociales y competencias comportamentales, presentan a su vez altos niveles de Extroversión es decir, como característica de personalidad presentan una orientación hacia el mundo que es externa, que probablemente estaría facilitando el aprendizaje de conductas sociales. Las mujeres más extrovertidas presentan también bajos niveles de Depresión y bajos niveles de Organicidad. Lo anterior revela una vez más al subsistema biológico como factor protector, es decir, las variables de este subsistema, al estar menos dañadas, serían protectoras frente a la presencia de emociones displacenteras y afecto depresivo que puedan fomentar el consumo.

También se observa una relación directa entre las variables “Extroversión” y “Asertividad”, lo que implica que las mujeres que presentan un alto nivel de Extroversión como característica de personalidad, tienden a presentar una mayor capacidad de defender los propios derechos y de expresar opiniones sin pasar a llevar los derechos de otros.

Cabe destacar que todas las variables de este subsistema se encuentran relacionadas con la variable “Autoestima”. Así se observa que altos niveles de Neuroticismo, Psicoticismo, Introversión y Organicidad, además de altos niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, se relacionan con un bajo nivel de Autoestima. Lo

anterior muestra que probablemente la autoevaluación negativa por parte de estas mujeres esté influenciada desde factores biológicos y temperamentales. Además, la variable “Psicoticismo” se relaciona indirectamente con la variable “Autoeficacia”, lo que indicaría que las mujeres que presentan niveles altos de Psicoticismo, se perciben a sí mismas como incapaces de desplegar conductas adecuadas en diferentes planos de su vida como el social, sexual, de relación de pareja, intelectual y laboral probablemente por los efectos de la impulsividad y agresivismo en el medio social inmediato.

En cuanto a las relaciones con el Subsistema Conductual, destaca que la variable “Organicidad” se relaciona indirectamente con las variables “Asertividad” y “Repertorio Conductual”, es decir, que la dificultad de estas mujeres de expresar opiniones y entregar afecto respetando los derechos de otros, podría guardar relación con algún daño a nivel orgánico, el que no permitiría el desarrollo o bien el aprendizaje de este tipo de conductas asociadas a una mejor adaptación social. Lo anterior, sumado a la relación indirecta con la variable “Repertorio conductual”, indicaría que al existir algún daño a nivel orgánico, tanto la variedad de habilidades sociales, como las competencias comportamentales y respuestas de enfrentamiento se verían disminuidas, lo cual no les permitiría a estas mujeres manejar las exigencias de la vida diaria de forma adecuada. Se observa nuevamente una tríada entre las variables “Organicidad”, “Asertividad” y “Repertorio Conductual”, donde nuevamente el deterioro orgánico podría entenderse como un factor de riesgo, dado que se asocian a un escaso nivel de habilidades sociales para adaptarse al medio social. Lo anterior es relevante de tener en cuenta al momento de establecer los objetivos de tratamiento, dado que probablemente, factores biológicos podrían estar limitando el cambio terapéutico.

La variable “Psicoticismo” también se relaciona de forma indirecta con el nivel de Asertividad. Lo anterior nos muestra una relación esperada, en la cual aquellas mujeres que presentan como característica de personalidad, un alto grado de impulsividad, agresividad y terquedad, tienden a ser poco asertivas en sus relaciones interpersonales. Así también, como se mencionó anteriormente, las mujeres que presentan bajos niveles de Asertividad, presentan algunos indicadores de daño a nivel

orgánico. Lo anterior podría estar mostrando que variables temperamentales y alteraciones a nivel orgánico podrían ser factores limitadores del cambio al dificultar el aprendizaje de esta habilidad.

Respecto del Subsistema Cognitivo, destaca que la mitad de las mujeres evaluadas presenta niveles bajos de Perfeccionismo, lo cual indicaría que este grupo tendría una tendencia a establecer bajos estándares de desempeño, teniendo frente a ellos una baja capacidad crítica y escasa preocupación por cometer errores.

Aquellas mujeres que presentan altos niveles de Perfeccionismo, presentan también altos niveles de Intolerancia a la Frustración, es decir, tendrían a su vez una baja capacidad para tolerar adecuadamente los fracasos o frustraciones. Además, las mujeres con altos niveles de Perfeccionismo presentan altos niveles de Irracionalidad Cognitiva, es decir, además de existir una tendencia a establecer niveles elevados de desempeño, existirían un conjunto de ideas, cogniciones, filosofías, que sabotean y bloquean el logro de metas en estas mujeres.

Se observa así la relación entre estas tres variables: en aquellas mujeres con tendencia a proponerse altos estándares de desempeño, existiría una serie de cogniciones irracionales que bloquean el logro de estas metas y magnificando la evaluación negativa del fracaso. Ante ello la mujer reacciona con una baja Tolerancia a la Frustración mostrando excesiva tensión, rabia o tristeza.

En cuanto al subsistema Conductual/ Ambiental, destaca que la mayor parte de las mujeres evaluadas presenta niveles medios de Asertividad, es decir, la mayor parte tiene una capacidad media en cuanto a defender los propios derechos, expresar opiniones, entregar afecto y decir “no” sin atropellar los derechos de otros. En este mismo subsistema, se observa que la mayoría de las mujeres que ingresa a una comunidad terapéutica presenta niveles altos de Repertorio Conductual. Lo anterior no concuerda con los planteamientos sostenidos por el modelo, el cual refiere que los pacientes adictos presentarían un pobre Repertorio Conductual (pobre manejo del ambiente, en especial social), déficit en habilidades sociales y en asertividad. Lo anterior podría estar indicando que la asertividad y las habilidades sociales constituyen

factores protectores en el caso de las mujeres que ingresan a una comunidad terapéutica.

Se observa que un alto nivel de Asertividad se relaciona con un alto nivel de Extroversión y Repertorio Conductual, y un bajo nivel de Discomfort emocional, Psicoticismo y Organicidad. Este conjunto de relaciones nos muestra que aquellas mujeres más asertivas, son aquellas que en términos biológicos presentan un menor grado de daño orgánico, que en términos de variables temperamentales tendría una disposición biológica a presentar conductas gregarias, a orientarse hacia el medio externo y a la búsqueda de sensaciones. Además de ser asertivas, cuentan también con otras habilidades sociales, enfrentándose a las situaciones sociales con un bajo nivel de malestar emocional.

Destaca en este grupo la relación entre las variables “Extroversión” y “Asertividad”, observándose que las mujeres que presentan bajos niveles de Asertividad, presentan también altos niveles de Introversión, es decir, la orientación hacia el mundo sería interna. Esto resulta interesante al considerar que la Asertividad es una habilidad aprendida, para lo cual se hace necesaria una orientación hacia lo externo.

Por otra parte, en relación al Subsistema Afectivo, las mujeres con mayor nivel de Repertorio Conductual, refieren un mayor nivel de Satisfacción Matrimonial. Esto podría relacionarse con que sus habilidades sociales son aplicadas también en su relación de pareja, optimizando los niveles de satisfacción.

Así mismo y en relación a las variables del Sistema *self*, aquellas mujeres con niveles altos de Autoimagen, Autoestima y Autoeficacia, presentan un alto nivel de Asertividad y de Repertorio Conductual. Si consideramos que el nivel de asertividad se relaciona también indirectamente con el nivel de Discomfort emocional en situaciones sociales y directamente con el Repertorio Conductual, podemos concluir que un *self* más desarrollado se acompaña a su vez de un mejor desarrollo de habilidades y competencias sociales, todo lo cual les permite enfrentarse a las situaciones sociales con un bajo nivel de perturbación emocional. Así mismo, a medida que se aprenden mayor cantidad de habilidades sociales, se va construyendo un mejor concepto de sí mismo.

Respecto del Paradigma Afectivo, es posible observar que las mujeres que se encuentran en tratamiento residencial por dependencia a sustancias, tienden a presentar niveles altos de Alexitimia, Intolerancia a la Frustración y Discomfort emocional ante situaciones sociales, lo que confirma lo propuesto por el Modelo Integrativo respecto de que las drogodependencias pueden ser favorecidas por la búsqueda de placer o del efecto positivo esperado, y por otro lado, como una forma de aliviar afectos en la línea del displacer (Feuchtman, 2004). Esto resulta relevante al observar que estas tres variables se relacionan directamente entre sí, lo que podría estar indicando que, al ser inexpresivas, con control rígido de impulsos y con su consecuente explosión emocional (Sifneos 1972, cit. en Rojas y Yunis, 1993, cit. en Varas, 2005) controlarían rígidamente sus impulsos, y frente a determinadas situaciones, como en el caso de fracaso o frustración, reaccionarían “explotando emocionalmente”, ya sea con rabia o tristeza, o en el caso de una situación social reaccionarían con excesivo malestar emocional.

Las mujeres que ingresan a una comunidad terapéutica además presentan niveles altos de Satisfacción de Necesidades, lo que podría significar un factor protector en el momento de planificar el tratamiento, y niveles extremos (o altos o bajos) de Satisfacción Matrimonial. Estas variables se relacionan de forma directa con la variable “Repertorio Conductual” lo que indica que, tanto quienes tienen un alto nivel de Satisfacción de Necesidades, como quienes tienen un alto nivel de Satisfacción Matrimonial, presentan un variado Repertorio Conductual, lo que confirma lo propuesto por el modelo en cuanto a que un repertorio conductual variado y completo influye aumentando la probabilidad de una mejor activación del ambiente, y por ende, aumenta la posibilidad de satisfacción de las necesidades de una persona. Si a estas relaciones se le suma la relación directa con Autoeficacia, es posible hipotetizar respecto del rol activo de estas mujeres en cuanto a la satisfacción de sus necesidades, tanto generales como de pareja, en el sentido de que el contar con habilidades sociales y el percibirse capaces de desempeñarse positivamente en esta área, aumenta las conductas pulsantes orientadas a la satisfacción de dichas necesidades.

Cabe mencionar que la variable “Satisfacción de Necesidades” se relaciona directamente con la variable “Autoestima”, lo que podría dar cuenta de que el sentir satisfechas sus necesidades contribuye a mejorar la percepción y la valoración de sí mismas, como así también, el valorarse positivamente se relaciona con una mayor satisfacción de sus necesidades.

Además, la variable “Alexitimia” se relaciona indirectamente con la variable Autoestima, es decir, la baja capacidad para contactarse con las emociones, podría ser entendido como un factor mantenedor de bajos niveles de Autoestima, o bien, un bajo nivel de Autoestima, sería un factor influyente para que la persona no se contacte con sus emociones, como una forma de defenderse frente al malestar emocional que implica el evaluarse negativamente.

Finalmente, cabe destacar que la variable “Gambrill y Richie” se relaciona de manera indirecta con la variable “Repertorio Conductual”, es decir, quienes presentan mayor discomfort emocional ante situaciones sociales, presentan menor repertorio conductual, lo cual indicaría que este malestar emocional podría estar relacionado con el contar con pocas habilidades sociales.

En cuanto al Subsistema *self*, se observa que la mayor parte de las mujeres (cerca de la mitad) que ingresan a una comunidad terapéutica presenta altos niveles de percepción de Autoeficacia y de Autoestima, lo cual, podría tener un importante efecto en el pronóstico y resultados del tratamiento, si es que esta percepción de autoeficacia se relaciona con la percepción de lograr éxito en la rehabilitación. Por otra parte, la mayor parte de las mujeres que ingresan a tratamiento en comunidades terapéuticas de tipo residencial presenta niveles bajos de Autoimagen, lo cual concuerda con lo planteado desde el Modelo Integrativo, según el cual, en las personas con trastornos por dependencia a sustancias, existe una tendencia mayor a presentar una autoimagen disminuida. Por lo anterior, la Autoimagen podría entenderse como un factor co-causal y mantenedor del problema.

Considerando las conclusiones anteriores, a nivel de tratamiento e intervención en mujeres con trastornos por dependencia a sustancias en tratamiento residencial, es posible sugerir lo siguiente:

1. Dada la relevancia del subsistema biológico, al ser uno de los más afectados producto del consumo de drogas y, por otra parte, el que influye a su vez de manera más significativa en las características psicológicas de las mujeres drogodependientes, se hace necesario, al inicio de todo tratamiento, realizar un diagnóstico adecuado de cualquier patología médica asociada y de los antecedentes de alteraciones a nivel biológico. Así también, resulta relevante considerar antecedentes de la historia de consumo, como lo es la edad de inicio del consumo y el tiempo de consumo, para poder así inferir el daño orgánico provocado por éste. Todo lo anterior, permite tener conocimiento de cuál es la vulnerabilidad biológica, tanto genética como adquirida, que se asocia con la etiología y el mantenimiento del consumo.
2. El tratamiento debe considerar también, cuando sea necesario, el uso de fármacos, con el fin de disminuir los síntomas asociados a la posible comorbilidad presente, manejar el síndrome de abstinencia y/o para el manejo de aquellos rasgos de personalidad que hagan peligrar la abstinencia, como lo es la impulsividad y/o la inestabilidad emocional.
3. Para compensar el deterioro en el ámbito físico, es necesario realizar intervenciones psicoeducativas dirigidas tanto a la realización de ejercicios físicos, como a una alimentación balanceada.
4. Para disminuir los altos niveles de ansiedad, de la realización de ejercicios físicos, resulta recomendable utilizar técnicas de relajación.
5. En relación al Paradigma Conductual/Ambiental, se hace necesario intervenir no sólo a nivel individual, sino también a nivel familiar o con otras redes de apoyo con que cuente la mujer, para así ir preparando un cambio a nivel ambiental para el momento en que la persona deje la comunidad, es decir, un ambiente que favorezca la abstinencia y prevengan o manejen la probable codependencia existente. Teniendo en cuenta el apoyo significativo brindado

por las parejas de estas mujeres (tal como ellas lo reportan), sería positivo realizar una intervención con la pareja orientada a lo explicado anteriormente.

6. El tratamiento también debería apuntar al aprendizaje de estrategias de prevención de recaídas y de estrategias de control de impulsos, especialmente en las últimas etapas de tratamiento. Además, se deben considerar los niveles de Tolerancia a la Frustración y Psicoticismo presentes, es decir, en relación al proceso de tratamiento, se debería intervenir en la construcción de metas realistas, a corto plazo, favoreciendo la integración de cualquier error y/o recaída en este caso, como proceso de aprendizaje.
7. El tratamiento debería estar orientado al fortalecimiento de las habilidades sociales y la asertividad.
8. Es fundamental también, el trabajo en el procesamiento emocional, dados los niveles de alexitimia presentes. Lo anterior es de mucha relevancia tanto para aumentar su capacidad de disfrutar naturalmente, bajar los umbrales para los afectos positivos, reforzar la capacidad para tolerar afectos displacenteros y responsabilizarse de ellos, poder aprender a reconocer afectos y expresarlos asertivamente. Por lo anterior, es necesario que el tratamiento incluya estrategias psicoeducativas, que fomenten el contacto afectivo y de entrenamiento en contacto emocional.
9. Para que se vean fortalecidas las funciones del *self*, es necesario tener como estrategia transversal el trabajo terapéutico orientado al desarrollo de la percepción de autoeficacia, autoimagen y autoestima, por medio de actividades prácticas donde se trabaje, entre otras, con habilidades personales, metas a corto plazo y en la disminución de la brecha entre el yo ideal y el yo real.

## VII. CONCLUSIONES

### 1. Aportes del estudio.

En términos prácticos, el presente estudio aporta información en cuanto a las características psicológicas de las mujeres afectadas por trastornos por dependencia a sustancias. Este mayor conocimiento permitirá complementar los tratamientos dirigidos a esta población, ya que es posible derivar intervenciones en función de la relación entre características psicológicas provenientes de paradigmas diferentes de la Psicología.

Esta información respecto a las mujeres con trastornos por dependencia a sustancias, es entregada a partir la mirada holística e integrativa que nos permite el modelo considerado, lo cual lleva a mirar de una manera más amplia a la mujer que consume, tomando en cuenta no sólo el área relativa a su consumo.

La consideración de una gran cantidad de variables permitió obtener múltiples correlaciones significativas, que aportan información relevante en cuanto a las relaciones establecidas entre las variables sociodemográficas, de la historia de consumo y psicológicas de las mujeres drogodependientes, lo cual permite inferir, además de las consecuencias propias del consumo, la posible influencia de factores en la etiología y en el mantenimiento y de la dependencia. algunos

### 2. Limitaciones del Estudio.

Dentro de las limitaciones del presente estudio se pueden mencionar las siguientes:

En primer lugar, en relación al los instrumentos, resulta una limitante que no todas las escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) cuenten con estudios de confiabilidad y validez estadística, lo cual limita las conclusiones que se puedan obtener a partir de esas escalas. También se consideran como limitantes del estudio, algunas características de este mismo instrumento. Es un cuestionario bastante

extenso y con un lenguaje que para algunas personas puede resultar difícil de comprender, especialmente teniendo en cuenta las características de la muestra estudiada, quienes cuentan con un bajo nivel educacional, probablemente existe una baja capacidad de atención concentración, de comprensión de lectura, entre otros.

Por otra parte, el Cuestionario de Antecedentes Personales, construido especialmente para este estudio, no fue sometido a una prueba piloto para complementar su proceso de validación, debido a la dificultad en el acceso a la población en estudio. Por lo anterior, la validación se realizó sólo mediante el Juicio de Expertos.

La situación anterior influyó posteriormente, ya que fue necesario eliminar el ítem referido al Nivel Socioeconómico y no permitió obtener información relevante en cuanto a la variable “Hijos”.

Por otra parte, considerando el tiempo dedicado al desarrollo del estudio y las características del instrumento, no fue posible profundizar en el análisis de las escalas cualitativas del FECCI, lo cual probablemente aportaría información relevante, sobre todo a nivel ideográfico, complementando los resultados de las escalas cuantitativas y enriqueciendo con ello la evaluación. Asociado a esto, tampoco fue posible evaluar todos los paradigmas que considera el modelo, quedando excluidos en el análisis los paradigmas inconsciente y sistémico.

### **3. Proyecciones para Futuras Investigaciones.**

A partir de la presente investigación, es posible proyectar algunos temas relevantes para futuras investigaciones, que podrían seguir contribuyendo a la mejor comprensión de las drogodependencias y, sobre todo, enriqueciendo los planes de tratamiento para el grupo de personas afectadas por esta problemática. Algunas de ellas podrían ser:

- Estudios longitudinales que permitan evaluar resultados del tratamiento.
- Estudios comparativos de los resultados de los tratamientos, realizándose comparaciones entre aquellas mujeres que han recibido tratamiento en

comunidades terapéuticas con lineamientos técnicos específicos para mujeres y aquellas que no.

- Estudios orientados a los hijos de mujeres con trastornos por dependencia a sustancias, por ejemplo, análisis de los efectos y consecuencias en su desarrollo, asociadas al hecho de vivir con sus madres en una comunidad una comunidad terapéutica.
- Estudios de confiabilidad para el caso de aquellas escalas del FECCI que aún no cuentan con dicha información.
- Investigaciones de tipo cualitativas en mujeres con trastornos por dependencia a sustancias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andonegui, J. y Díaz, C. (2002) *“Tesis de Magíster en Psicología Clínica. Mención Psicoterapia Integrativa. Desarrollo Personal y Modelo Integrativo Supraparadigmático. Una Mirada que Abre Horizontes”*. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.
- 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”*. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.
- Castro, B., González, A., Olivares, P. *“Estudio clínico-descriptivo en sujetos con trastorno límite de la personalidad”*
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2003). *“Estrategia Nacional sobre Drogas 2003-2008”*. Santiago. Chile.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2004) Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación. *“Mujeres y tratamiento de drogas. Orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas”*. Chile.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2004). *“Lineamientos técnicos: tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas”* Chile.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2004). *“Situación del Consumo de Drogas en Mujeres de Chile”*.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2005). *“Sexto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile”*
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2005). *“Consumo de Drogas en Chile Según Nivel de Educación y de Ingresos. Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile”*.

- Convenio entre Ministerio del Interior (CONACE) Ministerio de Salud y Fondo Nacional de salud (2006). *Norma y Orientaciones Técnico-Administrativas de los Planes de Tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de drogas*. Santiago, Chile.
- Escalante E., Caro A., Barahona L. (2002). *“Análisis y tratamiento de datos en SPSS”*. Universidad de Playa Ancha. Valparaíso, Chile.
- Escobar, P., Opazo, B., Varas C. (2000). *“Evaluación de la respuesta inmunológica y factores psicosociales en un grupo de pacientes portadoras de cáncer cérvico uterino al inicio del tratamiento médico en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso: un estudio descriptivo exploratorio correlacional”*. Escuela de Psicología. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. Chile.
- Fernández, H. y Opazo, R. (2004) *“La Integración en Psicoterapia. Manual Práctico”*.\_Capítulo 8: “Psicoterapia Integrativa en trastornos adictivos”. Capítulo 10: “Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal”. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona. España.
- Feuchtman, J. (2004) *“Tesis de Magíster en Psicología Clínica. Mención Psicoterapia Integrativa. Una Comprensión Integrativa de la Drogodependencia en Jóvenes”*. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.
- Flores, J. Fuentes, C. y Martí, M. (2004) *“Tesis para optar al título profesional de psicólogo. Caracterización de pacientes adultos con trastorno de pánico de acuerdo a la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI)*. Universidad Santo Tomás. Santiago. Chile.
- Galanter, M y Cléber, H.D (1997) *“Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias”*. American Psychiatric Press.
- Goti, E (1997). *“La comunidad Terapéutica: Un desafío a la droga”*. Buenos Aires, Argentina.
- Graña, J.L. (1998). *Conductas Adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Editorial Debate, Madrid. España.
- Guajardo H. Bagladi V. Y Kushner D. (2001) *“Psicoterapia integrativa en trastornos adictivos”*. En: <http://www.trad.cl/publi/P.Integrativa.pdf>

- Hernández, R. (2003) *Metodología de la investigación*. Editorial McGraw-Hill. México.
- Hogar de Cristo. Área de Riesgo Social. “*Primer borrador. Manual Operativo Comunidad Terapéutica Manresa Femenina*”.
- Lecourt, Y. (2005) “*Tesis de Magíster en Estudios de Género y Cultura, Mención Ciencias Sociales. Relaciones de Género y Liderazgo de Mujeres Dentro del Partido Comunista de Chile*” Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Santiago. Chile. En: <http://www.cybertesis.cl/>
- Ministerio de Salud (2000). “*Plan de Salud Mental y Psiquiatría*”. Santiago. Chile.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Viena (2005). “*Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida*”. Naciones Unidas, Nueva York. EEUU.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (1995). “*CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* . Editorial Meditor. Madrid. España.
- Opazo, R. (2001) “*Psicoterapia Integrativa. Delimitación Clínica*”. Ediciones ICPSI. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.
- Pichot, P. (2002) “*DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*”. Editorial Masson. Barcelona. España
- Varas, C. (2004). “*Tesis para optar al título de Especialista en Psicoterapia Integrativa. Presentación de un Caso Clínico. Trastorno de Angustia*”. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1:**  
**CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES**

## CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES

Este cuestionario tiene como objetivo conocer algunos antecedentes personales que resultan relevantes para nuestra investigación. Le solicitamos responderlo con sinceridad, teniendo en cuenta que mantendremos la confidencialidad de esta información.

De ante mano muchas gracias por su tiempo y dedicación.

### 1. Identificación Personal.

**Nombre:** .....

**Fecha de nacimiento:** Día ..... Mes ..... Año.....

**Edad** .....

**Dirección:** .....

(domicilio particular)

**Estado civil:**

(Marque con una X donde corresponda)

<b>Soltera</b>		<b>Viuda</b>	
<b>Casada</b>		<b>Conviviente</b>	
<b>Separada</b>		<b>Divorciada</b>	

**Otro:** .....

**2. ¿Cuál es la actividad que usted realizaba antes del ingreso a esta Comunidad Terapéutica?: Marque con una X donde corresponda.**

<b>Estudiante</b>	
<b>Cesante</b>	
<b>Trabajo remunerado</b>	
<b>Dueña de casa</b>	
<b>Otro. ¿Cuál? .....</b>	

3. ¿Cual fue su último año aprobado en un establecimiento educacional?

Marque con una X el espacio correspondiente.

Básica incompleta	<input type="checkbox"/>	Año:
Básica completa	<input type="checkbox"/>	
Educación media incompleta	<input type="checkbox"/>	Año:
Educación media completa	<input type="checkbox"/>	
Educación superior incompleta	<input type="checkbox"/>	Año:
Educación superior completa	<input type="checkbox"/>	

4. ¿Cuál es la suma de los ingresos económicos que percibía su núcleo familiar antes de su ingreso a la comunidad terapéutica?

Total de ingresos:	\$..... (pesos)
--------------------	-----------------

5. ¿Con cuántas personas vivía usted antes de ingresar a la comunidad terapéutica?

Número de personas:	.....
---------------------	-------

6. ¿Usted tiene hijos?

No	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>

7. Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, por favor indique el nombre, fecha de nacimiento y edad de todos sus hijos. Luego, indique cuáles de ellos permanecen con usted en la Comunidad Terapéutica.

Nombre del hijo	Fecha de nacimiento	Edad	¿Permanecen con Ud. en la Comunidad Terapéutica?	
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No

8. ¿Se encuentra usted actualmente embarazada?

No	
Si	

9. Si respondió “Sí” a la pregunta anterior: ¿Cuántos meses de embarazo tiene?

Número de meses del actual embarazo:	.....
--------------------------------------	-------

**EN CUANTO AL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS:**

10. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió alguna droga? .....

(años)

11. ¿Qué droga fue la primera que consumió? .....

12. ¿Que drogas siguió consumiendo (en 1ª  
orden temporal)?

2ª.

3ª

4ª

Otras .....

11. ¿Qué edad tenía la primera vez que  
consumió alcohol?

.....

(años)

12. En el último año previo al ingreso a la comunidad ¿qué tipo de drogas consumía  
habitualmente? (marque con una X en cada caso según corresponda)

	Nunca	Una o menos veces al mes.	De 2 a 4 veces al mes.	De 2 a 3 veces a la semana.	4 o más veces a la semana
Alcohol					
Marihuana					
Cocaína					
Pasta Base					
Codeína					
Éxtasis					
Fármacos ¿Cuál? .....					
Solventes Volátiles (bencina, neoprén)					
Anfeta- minas					
Otra (s) ¿Cuál? (es) .....					

13. ¿En qué comunidad terapéutica se encuentra Ud. actualmente en tratamiento?

-----

14. ¿En qué etapa del tratamiento dentro de la comunidad se encuentra Ud. actualmente?

-----

15. Antes del ingreso a esta comunidad terapéutica ¿Había recibido algún tipo de tratamiento por el consumo de alcohol u otro tipo de drogas?

No	
Si	

16. Si respondió “si” a la pregunta anterior: ¿Cuáles han sido los tratamientos que usted ha recibido? Marque con una X donde corresponda.

Consultorio, Centro de Salud Familiar o Consultorio de Salud Mental y Familiar (COSAM).	
Hospital (ambulatorio)	
Hospital (internación / desintoxicación)	
Otra Comunidad Terapéutica Residencial	
Hospital de Día	
Otro (Indique cuál) .....	

17. ¿En qué fecha ingresó a la Comunidad Terapéutica?:

Día	Mes	Año

**18. ¿Cómo llegó a la Comunidad Terapéutica? Marque donde corresponda.**

Derivación de Centro de Salud	Sí	No
Derivación Judicial	Sí	No
Por un (a) familiar	Sí	No
Por un (a) amigo(a)	Sí	No
Por voluntad propia	Sí	No
Otro (especificar) .....	Sí	No

**19. ¿Cuál es son los objetivos o metas que usted espera lograr en esta Comunidad Terapéutica?**

.....

.....

.....

.....

**ANEXO 2:**  
**FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICA INTEGRAL.**

*INSTITUTO CHILENO DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA*

**FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICA INTEGRAL  
(F.E.C.I.)**

La presente Ficha de Evaluación deriva del modelo integrativo del ICPSI y procura recoger diversos antecedentes esenciales para su mejor atención clínica.

Iniciar un trabajo psicoterapéutico o de desarrollo terapéutico implica una decisión importante, que supone una motivación para la revisión personal. Más aún, la investigación psicológica actual, demuestra que el proceso de psicoterapia se ve sustancialmente enriquecido, cuando existe una participación activa y comprometida por parte de la persona que consulta.

El presente cuestionario requiere precisamente de su participación activa. Dada la extensión de este, Ud. Podrá responderlo en dos o más etapas, si así lo desea. Lo fundamental es que se concentre en las preguntas y respuestas ya que este esfuerzo redundará en su propio beneficio.

Por favor, responda con interés y veracidad, en la seguridad que estos antecedentes tendrán un carácter absolutamente **confidencial**. Trate de responder todas las preguntas.



## II. ANTECEDENTES INICIALES

1. Señale brevemente las **razones** que lo han traído a consultar:

---

---

---

---

2. La **decisión** de consultar en esta oportunidad la adoptó:

- 1. Por iniciativa propia
- 2. Por sugerencia de familiares
- 3. Por sugerencia de amigos
- 4. Por presión familiar
- 5. Por sugerencia de otro profesional:  A. Psicólogo  
 B. Psiquiatra  
 C. Neurólogo  
 D. Médico de otra especialidad  
 E. Otro \_\_\_\_\_
- 6. Otros

Comente:

---

---

---

3. ¿Cómo evalúa Ud. La **severidad** de sus problemas psicológicos actuales?

- 1. Muy poco severos
- 2. Poco severos
- 3. Severos
- 4. Muy severos
- 5. Incapacitantes

4. ¿Cuál cree Ud, que es la o las **causas** que originaron el o los problemas por los que consulta?

---

---

---

---

5. ¿Ha **consultado** anteriormente a algún psicólogo, psiquiatra o neurólogo? Explique cuando y por que

---

---

---

---

6. En el recuadro siguiente escriba y/o dibuje una **descripción de si mismo**:

Yo Soy...	Mi dibujo es...
-----------	-----------------

7. De la siguiente lista, marque los **síntomas** que Ud. presenta con frecuencia en la actualidad:

<input type="checkbox"/> 1. Problemas de atención y concentración	<input type="checkbox"/> 27. Sentimiento de culpa
<input type="checkbox"/> 2. Angustia	<input type="checkbox"/> 28. Tartamudez
<input type="checkbox"/> 3. Problemas de memoria	<input type="checkbox"/> 29. Alteraciones menstruales
<input type="checkbox"/> 4. Insomnio	<input type="checkbox"/> 30. Impotencia sexual
<input type="checkbox"/> 5. Exceso de sueño	<input type="checkbox"/> 31. Frigidez
<input type="checkbox"/> 6. Pesadillas	<input type="checkbox"/> 32. Eyaculación precoz
<input type="checkbox"/> 7. Sonambulismo	<input type="checkbox"/> 33. Dolor vaginal al tener relaciones
<input type="checkbox"/> 8. Aburrimiento	<input type="checkbox"/> 34. Poco deseo sexual
<input type="checkbox"/> 9. Irritabilidad	<input type="checkbox"/> 35. Tics
<input type="checkbox"/> 10. Mareos	<input type="checkbox"/> 36. Se fatiga fácilmente
<input type="checkbox"/> 11. Cefaleas (dolores de cabeza)	<input type="checkbox"/> 37. Llanto
<input type="checkbox"/> 12. Vómitos	<input type="checkbox"/> 38. Desánimo
<input type="checkbox"/> 13. Desmayos	<input type="checkbox"/> 39. Pena
<input type="checkbox"/> 14. Diarreas	<input type="checkbox"/> 40. Ingestión excesiva de alcohol
<input type="checkbox"/> 15. Constipación (dificultad para defecar)	<input type="checkbox"/> 41. Consumo de drogas
<input type="checkbox"/> 16. Taquicardia	<input type="checkbox"/> 42. Hipocondría (tendencia excesiva a atribuirse enfermedades)
<input type="checkbox"/> 18. Transpiración de la manos	<input type="checkbox"/> 43. Miedos desproporcionados a:
<input type="checkbox"/> 19. Onicofagia (se come las uñas)	<input type="checkbox"/> 1. Las alturas
<input type="checkbox"/> 20. Temblor en las manos	<input type="checkbox"/> 2. Los espacios cerrados
<input type="checkbox"/> 21. Bruxismo (aprieta mucho las mandíbulas)	<input type="checkbox"/> 3. Viajar en avión
<input type="checkbox"/> 26. Ideas de suicidio	<input type="checkbox"/> 4. Ver sangre
<input type="checkbox"/> 22. Come en exceso	<input type="checkbox"/> 5. Los espacios abiertos
<input type="checkbox"/> 23. Inapetencia	<input type="checkbox"/> 6. Otros _____
<input type="checkbox"/> 24. Sequedad bucal	<input type="checkbox"/> 44. Otros _____
<input type="checkbox"/> 25. Ideas obsesivas	
<input type="checkbox"/> 26. Ideas suicidas	

Comentarios: \_\_\_\_\_

8. En el recuadro siguiente, relate lo que en su opinión ha sido el **momento** o las **experiencias** más difíciles y/o traumáticas que haya vivido hasta ahora:

9. Marque si le han hecho alguno de los siguientes **diagnósticos**:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Trastorno depresivo           | <input type="checkbox"/> 9. Crisis de pánico                |
| <input type="checkbox"/> 2. Trastorno por ansiedad        | <input type="checkbox"/> 10. Fobias                         |
| <input type="checkbox"/> 3. Trastorno obsesivo-compulsivo | <input type="checkbox"/> 11. Trastorno de personalidad      |
| <input type="checkbox"/> 4. Trastorno psicósomático       | Cual _____  |
| <input type="checkbox"/> 5. Disfunción sexual             | <input type="checkbox"/> 12. Síndrome de déficit atencional |
| <input type="checkbox"/> 6. Trastorno de la alimentación  | <input type="checkbox"/> 13. Trastorno bipolar              |
| <input type="checkbox"/> A. Anorexia                      | <input type="checkbox"/> 14. Esquizofrenia                  |
| <input type="checkbox"/> B. Bulimia                       | <input type="checkbox"/> 15. Intentos de suicidio           |
| <input type="checkbox"/> 7. Alcoholismo                   | <input type="checkbox"/> 16. Otros                          |
| <input type="checkbox"/> 8. Adicción a drogas             |   |

Si ha marcado alguno(s) explique

---

---

---

---

10. A continuación se enumeran diversas características a las que se da el nombre de **rasgos de personalidad**. Cada rasgo se presenta en un continuo con dos polos extremos. Haga un círculo en el número de cada continuo en el que Ud. se ubica. El número 2 indica que tiene acentuado el rango hacia ese polo y el 0 indica que se ubica entre ambos polos. Responda a todas las preguntas y haga sólo un círculo en cada continuo.

1.	Egoísta	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Poco egoísta
2	Introvertido	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Extrovertido
3.	Dominante	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Sumiso
4.	Competitivo	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Poco competitivo
5.	Tolerante	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Intolerante
6.	optimista	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Pesimista
7.	pacífico	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Agresivo
8.	Celoso	2 — 1 — 0 — 1 — 2	No celoso
9.	Confiado	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Desconfiado
10.	Cariñoso	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Frío
11.	Pasivo	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Activo
12.	Alegre	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Triste
13.	Perfeccionista	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Descuidado
14.	Gastador	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Ahorrativo
15.	Ambicioso	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Sin ambiciones
16	Tenso	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Relajado
17.	Tímido	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Poco tímido
18.	Impulsivo	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Sobrecontrolado
19.	Independiente	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Dependiente
20.	Paciente	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Impaciente
21.	Flexible	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Rígido
22.	Físicamente atractivo	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Físicamente poco atractivo
23.	Honesto	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Deshonesto
24	Seguro	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Inseguro
25.	Simpático	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Fracasado
26	Responsable	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Irresponsable
27	Estable	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Inestable
28.	Inteligente	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Poco inteligente
29.	Trabajador	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Flojo
30.	Exitoso	2 — 1 — 0 — 1 — 2	Antipático

11. Indique su grado de **confianza** en la eficacia de la psicoterapia o de los tratamientos psicológicos.

- \_\_\_ 1. Mucha
- \_\_\_ 2. Bastante
- \_\_\_ 3. Relativa
- \_\_\_ 4. Poca
- \_\_\_ 5. Muy poca

### III. SISTEMA BIO-CLÍNICO

1. ¿Algún miembro de su **familia sanguínea** (padres, hermanos, abuelos, primos, tíos, etc.) ha tenido algún tipo de alteración psicológica o enfermedad mental? Especifique el parentesco y el tipo de alteración o enfermedad mental.

---

---

---

2. **Embarazo:** ¿Sabe Ud. si su madre tuvo problemas cuando lo esperaba? Especifique:

---

---

---

---

3. Cuando Ud. nació el **parto** Fue:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Normal      | <input type="checkbox"/> 5. Con principio de asfixia |
| <input type="checkbox"/> 2. Prematuro   | <input type="checkbox"/> 6. Con fórceps              |
| <input type="checkbox"/> 3. Tardío      | <input type="checkbox"/> 7. Otros _____              |
| <input type="checkbox"/> 4. Por cesárea |  |

4. Indique si cuando niño tuvo alguno de los siguientes **problemas:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Para aprender a andar                | <input type="checkbox"/> 7. Trastornos del sueño                                       |
| <input type="checkbox"/> 2. Para aprender a hablar               | <input type="checkbox"/> 8. Déficit atencional   |
| <input type="checkbox"/> 3. Para aprender a leer y escribir      | <input type="checkbox"/> 9. Fobia o temores<br>(escolar, oscuridad, animales,<br>etc.) |
| <input type="checkbox"/> 4. Para aprender a controlar esfínteres | <input type="checkbox"/> 10. Otros _____   |
| <input type="checkbox"/> 5. Hiperactividad o hiperkinesis        |  |
| <input type="checkbox"/> 6. Dislexia                             |  |

Si ha marcado alguno(s) comente

---

---

---

5. Marque si tiene o ha tenido algunas de las siguientes **enfermedades o desajustes:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Meningitis                    | <input type="checkbox"/> 10. Tumores                   |
| <input type="checkbox"/> 2. Traumatismo encéfalo craneano | <input type="checkbox"/> 11. Asma Bronquial            |
| <input type="checkbox"/> 3. Epilepsia                     | <input type="checkbox"/> 12. Alergias                  |
| <input type="checkbox"/> 4. Diabetes                      | <input type="checkbox"/> 13. Ulceras                   |
| <input type="checkbox"/> 5. Hipertiroidismo               | <input type="checkbox"/> 14. Colon irritable reparador |
| <input type="checkbox"/> 6. Hipotiroidismo                | <input type="checkbox"/> 15. Artritis reumatoídea      |
| <input type="checkbox"/> 7. Bocio                         | <input type="checkbox"/> 16. Psoriasis                 |
| <input type="checkbox"/> 8. Cardiopatías                  | <input type="checkbox"/> 17. Otro _____                |
| <input type="checkbox"/> 9. Hipertensión arterial         |  |

Si ha marcado alguno(s), comente

---

---

---

6. A algunas personas les ocurre que a veces están en un lugar en el que saben que no han estado nunca antes, sin embargo les parece que **sí han estado**. ¿Le ha ocurrido esto a Ud.?

\_\_\_1. Si

\_\_\_2. No

7. A algunas personas les ocurre que a veces están en un lugar en el que saben que han estado antes, sin embargo les parece que **no han estado nunca**. ¿Le ha ocurrido esto a Ud.?

\_\_\_1. Si

\_\_\_2. No

8. ¿Ha tenido pérdidas del **conocimiento**?

\_\_\_1. Si

\_\_\_2. No

En caso afirmativo  
explícite

---

---

---

9. ¿Se le ha efectuado algún tipo de **exámenes neurológicos**?  
(Electroencefalograma, scanner cerebral, etc.)

\_\_\_1. Si

\_\_\_2. No

En caso afirmativo explícite qué exámenes, cuándo, por qué y los resultados

---

---

---

---

10. En general su **sueño** es:

\_\_\_1. Reparador

\_\_\_2. Poco reparador

\_\_\_3. Muy poco reparador

11. En general sus **menstruaciones** son:

- 1. Sin cambios de ánimo los días previos
- 2. Con importantes cambios de ánimo los días previos.

Se siente más: A. Sensible  
B. Irritable  
C. Triste  
D. Tensa  
E. Pasiva  
F. Angustiada  
G. Otro \_\_\_\_\_

12. En la actualidad ¿toma Ud. **medicamentos**?

- 1. Si
- 2. No

En caso afirmativo indique cuáles, qué dosis y con qué objeto

---

---

---

13. Su **estatura** es \_\_\_\_\_ mts.

14 Su **peso** actual es \_\_\_\_\_ kgs.

15. ¿Tiene Ud tendencia a **subir de peso**?

- 1. Si
- 2. No

En caso afirmativo comente cómo se maneja al respecto

---

---

---

16. En términos de **actividad física**, su vida actual es:

- 1. Bastante activa
- 2. Relativamente activa
- 3. Poco activa

17. En la actualidad ¿practica algún **deporte**?

- 1. Si
- 2. No

En caso afirmativo indique cual (es) y con que frecuencia

---

---

---

18. En su opinión su **salud física** actual es:

- 1. Excelente
- 2. Buena
- 3. Regular
- 4. Mala
- 5. Muy mala

En caso que Ud. tenga problemas de salud, explique

---

---

---

---

19. El cuestionario siguiente se refiere al modo en que Ud piensa, siente y actúa. Responda a cada pregunta poniendo una X en cada casillero correspondiente. No hay respuestas buenas o malas. Trabaje rápidamente y no piense mucho sobre el significado exacto de cada pregunta. Trate de responder todas las preguntas.

**E.P.Q. (Hans Eysenck)**

<b>PREGUNTA</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. ¿Ocupa su tiempo libre dedicándose a muchas actividades diferentes			17. ¿Alguna vez ha culpado a alguien sabiendo realmente que la culpa era de Ud?		
2. ¿Se detiene a pensar las cosas antes de hacerlas?			18. ¿Le gusta conocer gente nueva?		
3 ¿Su estado de ánimo sube o baja con frecuencia?			19. ¿Encuentra que es conveniente ahorrar y estar asegurado?		
4. ¿Ha aceptado alguna vez elogios por una cosa que ha hecho otro?			20. ¿Son heridos fácilmente sus sentimientos?		
5. ¿Es una persona conversadora?			21. ¿Son todas sus costumbre buenas y deseables		
6 ¿Le preocupa tener deudas?			22. ¿Tiende a mantenerse en un segundo plano en las ocasiones?		
7. ¿Algunas veces se siente desdichado sin motivo alguno?			23. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos dañinos o peligrosos?		
8. En la mesa, ¿se ha servido alguna vez más de lo que le correspondía o ha comido más de lo apropiado?			24. ¿Se siente frecuentemente cansado de todo?		
9. ¿Se asegura cuidadosamente que la puerta de su casa quede cerrada de noche?			25. ¿Alguna vez ha tomado alguna cosa que sea de otro?		
10. ¿Normalmente es una persona animada?			26. ¿Le gusta mucho salir de casa?		
11. ¿Le afectaría mucho ver sufrir a un niño o a un animal?			27. ¿Le divierte mucho hacerle daño a la gente que estima?		
12. ¿Se preocupa frecuentemente de cosas que debió haber dicho o hecho?			28. ¿Frecuentemente está preocupado por sentimientos de culpa?		
13. ¿Si Ud. dice que hará una cosa ¿siempre mantiene su promesa sin importar le las molestias que eso le pudieran ocasionar?			29. ¿A veces conversa de cosas que no conoce en absoluto?		
14. ¿Le divertiría saltar con un paracaídas?			30. ¿Le gustaría pasar más tiempo leyendo que reuniéndose con gente?		
15. ¿Generalmente puede divertirse y pasarlo bien en una fiesta animada?			31. ¿Tiene enemigos que quieran dañarlo?		
16. ¿Es una persona irritable?			32. ¿Se considera una persona nerviosa?		
33. ¿Siempre se disculpa cuando se ha portado como un mal educado?			52. ¿Se preocupa por su salud?		
34. ¿Tiene mucho muchos amigos?			53. ¿Alguna vez ha contado cosas malas o desagradables de alguien?		

35. ¿Le divierte hacer bromas que a veces pueden dañar a la gente?			54. ¿Le gusta contar anécdotas o historias divertidas a sus amigos?		
36. ¿Está permanentemente preocupado por algo?			55. ¿Le da lo mismo la mayoría de las cosas?		
37. ¿De pequeño hacía las cosas tal y como le decían, inmediatamente y sin protestar?			56. ¿A veces está decaído?		
38. ¿Se considera un apersona despreocupada?			57. ¿De pequeño alguna vez se comportó irrespetuosamente con sus padres?		
39. ¿La buena educación y la limpieza son muy importantes para Ud.?			58. ¿Le gusta juntarse con gente?		
40. ¿Se inquieta por cosas terribles que pudieran suceder?			59. ¿Le preocupa si sabe que hay fallas en Ud. o en su trabajo?		
41. ¿Alguna vez ha roto o perdido una cosa que sea de otro?			60. ¿Sufre de insomnio?		
42. ¿Generalmente toma la iniciativa para hacer nuevos amigos?			61. ¿Siempre se lava las manos antes de comer?		
43. ¿Puede comprender fácilmente cómo se sienten las personas cuando le cuentan sus problemas?			62. ¿Casi siempre tiene una respuesta oportuna cuando le hablan?		
44. ¿Se considera muy excitable o tenso?			63. ¿Le gusta llegar a las citas con tiempo de sobra?		
45. ¿Tira al suelo papeles cuando no hay un papelerero a mano?			64. ¿Se ha sentido frecuentemente apático o cansado?		
46. ¿Se mantiene generalmente tranquilo cuando está con otra gente?			65. ¿Alguna vez ha hecho trampa jugando?		
47. ¿Piensa que el matrimonio está pasado de moda y que debiera ser suprimido?			66. ¿Le gusta hacer cosas donde haya que actuar rápidamente?		
48. ¿Siente lástima por Ud. Mismo de vez en cuando?			67. ¿Es (o fue) su madre una buena mujer?		
49. ¿A veces presume un poco de sus cualidades?			68. ¿Piensa frecuentemente que la vida es muy aburrida?		
50. ¿Puede dar fácilmente un poco de animación a una fiesta un poco aburrida?			69. ¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien?		
51. ¿Le molesta la gente que conduce con demasiada cautela?			70. ¿Frecuentemente se compromete en más actividades de la que puede hacer?		

71. ¿Hay mucha gente que trata de evitarlo?			87. ¿Hace siempre lo que predica?		
72. ¿Se preocupa mucho por su aspecto físico?			88. ¿A veces le gusta molestar a los animales?		
73. ¿Siempre es educado, aún con gente desagradable?			89. ¿Se ofende fácilmente si encuentran defecto en Ud. o en su trabajo?		
74. ¿Cree que la gente pierde mucho tiempo salvaguardando su futuro con ahorros y previsiones?			90. ¿La vida sin peligros sería muy aburrida para Ud.?		
75. ¿Ha deseado alguna vez estar muerto?			91. ¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o al trabajo?		
76. ¿Evadiría los impuestos si estuviese seguro de que no sería descubierto nunca?			92. ¿Le gusta tener mucha actividad o animación a su alrededor?		
77. ¿Es capaz de mantener el ambiente de una fiesta?			93. ¿Le gustaría que los otros le tuvieran miedo?		
78. ¿Se preocupa de no ser brusco con la gente?			94. ¿A veces le sobra energía y otras se siente muy desganado?		
79. ¿Se preocupa por mucho tiempo luego de haber tenido una experiencia desagradable?			95. ¿A veces deja para mañana lo que debería haber hecho hoy?		
80. ¿Alguna vez ha insistido en salirse con la suya?			96. La gente piensa que Ud. es una persona muy animada?		
81. ¿Cuándo toma el tren llega frecuentemente a último minuto?			97. ¿Le dice a la gente muchas mentiras?		
82. ¿Sufre de los nervios?			98. ¿Le afectan fácilmente las cosas?		
83. ¿Alguna vez ha dicho cosas con la intención de herir los sentimientos de otros?			99. ¿Cuándo se ha equivocado, siempre está dispuesto a reconocerlo?		
84. ¿Detesta estar en un grupo de gente que hace bromas ofensivas entre ellos?			100. ¿Sentiría mucha compasión por un animal cazado en una trampa?		
85. ¿Sus amistades se terminan fácilmente sin que sea culpa suya?			101. ¿Le ha sido muy difícil llenar este cuestionario?		
86. ¿Frecuentemente se siente solo?			COMPRUEBE QUE HA RESPON- DIDO A TODAS LAS PREGUNTAS		





12. Haciendo una evaluación global de su **infancia**, Ud. considera que fue un niño:

- \_\_\_ 1. Muy regalón
- \_\_\_ 2. Regalón
- \_\_\_ 3. Relativamente regalón
- \_\_\_ 4. Poco regalón
- \_\_\_ 5. No fue regalón

13. Haciendo una evaluación global del estilo y característica de cada uno de sus padres, marque de 1 a 5 (siendo 1 = poco y 5 = mucho) cómo fueron en cada una de las siguientes características:

PADRE		MADRE
1 - 2 - 3 - 4 - 5	CARIÑOSO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	COMPENSIVO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	CASTIGADOR	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	INTELIGENTE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	IRRITABLE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	FLEXIBLE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	SOCIABLE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	HONESTO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	EGOÍSTA	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	SOBREPROTECTOR	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	PESIMISTA	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	IMPULSIVO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	ESTABLE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	AUTORITARIO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	TÍMIDO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	MANEJADOR Y TEATRAL	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	JUSTO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	AGRESIVO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	EMPRENDEDOR	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	ALEGRE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	PERFECCIONISTA	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	ANGUSTIADO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	COMPETITIVO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	SIMPÁTICO	1 - 2 - 3 - 4 - 5

Comente

---

---

---

---

---

---

---

---

14. Algunos padres aplican una política común y bien sincronizada (padres **consistentes** entre sí). Otros, difieren en políticas educativas y se contradicen en la práctica, por ejemplo en qué premian y qué castigan (padres **inconsistentes** entre sí). Haciendo una evaluación general acerca de cómo fueron sus padres al respecto, Ud. considera que fueron:

- \_\_\_ 1. Muy consistentes entre si
- \_\_\_ 2. Consistentes
- \_\_\_ 3. Relativamente consistentes
- \_\_\_ 4. Inconsistentes
- \_\_\_ 5. Muy inconsistentes

Explique

---

---

15. Los **valores** que le han transmitido sus padres han sido (marque los que correspondan):

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| ___ 1. Poco claros     | ___ 6. Flexibles     |
| ___ 2. Contradictorios | ___ 7. Conservadores |
| ___ 3. Rígidos         | ___ 8. Liberales     |
| ___ 4. Fanáticos       | ___ 9. Otros         |
| ___ 5. Bastante claros |                      |

16. En relación a los valores personales, políticos, religiosos, etc., que le inculcaron sus padres, sus **valores actuales** son:

- \_\_\_ 1. Muy similares
- \_\_\_ 2. Bastante similares
- \_\_\_ 3. Relativamente similares
- \_\_\_ 4. Más bien diferentes
- \_\_\_ 5. Muy diferentes

Comente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Evaluando lo que ha sido la relación de sus padres como **pareja**, Ud. considera que:

- \_\_\_ 1. Ha sido buena, sin mayores conflictos
- \_\_\_ 2. Ha sido aceptable, con algunos conflictos
- \_\_\_ 3. Ha sido mala, con muchos conflictos

Comente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. Relación con sus **hermanos**:

Nombre del hermano	Edad	Ocupación actual	Relación con Ud.	
			Cuando niños (buena, regular, mala)	Actual (buena, regular, mala)

19. En su vida con sus padres o con su familia de origen ¿hubo algún hecho o característica que Ud. considere especialmente importante?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20. Haciendo una evaluación global de lo que ha sido o fue su **vida familiar** con sus padres y hermanos, Ud. considera que fue:

- 1. Excelente
- 2. Buena
- 3. Regular
- 4. Mala
- 5. Muy mala

Comente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**V. HISTORIA ESCOLAR**

1. De los siguientes señale cuál es el **nivel de estudio** más alto que ha aprobado:

- 1. Enseñanza básica
- 2. Licencia secundaria (enseñanza media)
- 3. Nivel técnico
- 4. Nivel profesional no universitario
- 5. Nivel profesional universitario
- 6. Magíster
- 7. Doctorado

Especifique establecimiento y título alcanzado:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Estudia en la actualidad?  SI \_\_\_\_\_  
 NO

3. Indique él o los colegios en que se educó:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. A través de su vida de estudiante Ud. ha sido un **alumno**:

- 1. Excelente
- 2. Bueno
- 3. Regular
- 4. Malo
- 5. Muy malo

5. En general, frente a los estudios Ud. se ha **esforzado**:

- 1. Mucho
- 2. Regular
- 3. Poco

6. Señale para qué ramos o materias ha sido especialmente **apto** y para cuáles especialmente **deficiente**:

1. Apto

---

2. Deficiente

---

7. ¿Tuvo problemas de **conducta** en el colegio?

1. SI

2. NO

Comente

---

---

8. ¿Tuvo problemas de **adaptación** con sus compañeros?

1. SI

2. NO

Comente

---

---

9. Evaluando en términos generales lo que ha sido su **historia como estudiante** Ud. se encuentra:

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Relativamente satisfecho
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho

## VI. HISTORIA LABORAL

1. Enumere brevemente los principales **trabajos** que ha desempeñado hasta la fecha.

---

---

---

---

---

2. Evalúe el **grado de satisfacción** con su trabajo actual, en relación a las siguientes características (siendo 1 = muy poca satisfacción y 5 = mucha satisfacción):

<ol style="list-style-type: none"><li>1. Remuneración</li><li>2. Tipo de trabajo que realiza</li><li>3. Cantidad de trabajo</li><li>4. Relación con sus compañeros de trabajo</li><li>5. Calidad de su rendimiento laboral</li><li>6. Relación con sus superiores</li><li>7. Estabilidad laboral</li><li>8. Perspectivas de progreso (ascensos, desarrollo)</li></ol> <p>Comente _____</p> <hr/> <hr/> <hr/>
--

3. Haciendo un balance global ¿cómo evalúa Ud. su **historia laboral**?

- \_\_\_ 1. Muy satisfactoria
- \_\_\_ 2. Satisfactoria
- \_\_\_ 3. Relativamente satisfactoria
- \_\_\_ 4. Insatisfactoria
- \_\_\_ 5. Muy Insatisfactoria

## VII. HISTORIA SOCIAL

1. A través de su **vida** Ud. ha sido una persona:

- \_\_\_ 1. Muy sociable
- \_\_\_ 2. Sociable
- \_\_\_ 3. Relativamente sociable
- \_\_\_ 4. Poco sociable
- \_\_\_ 5. Muy poco sociable

2. Al **conocer** a alguien interesante o importante para Ud., su actitud suele ser (marque las que correspondan):

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Cautelosa | <input type="checkbox"/> 5. Tranquila   |
| <input type="checkbox"/> 2. Inhibida  | <input type="checkbox"/> 6. Hostil      |
| <input type="checkbox"/> 3. Tensa     | <input type="checkbox"/> 7. Desenvuelta |
| <input type="checkbox"/> 4. Activa    | <input type="checkbox"/> 8. Otra_____   |

3. En su historia escolar, universitaria, social, etc. ¿ha asumido conductas de **liderazgo** como conductor, coordinando o conduciendo grupo?

- 1. Frecuentemente
- 2. Ocasionalmente
- 3. Casi Nunca

Comente\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. En la actualidad Ud. **sale** con amigos o **recibe** amigos en su casa:

- 1. Con frecuencia
- 2. A veces
- 3. Muy rara vez

5. Con respecto a la cantidad y calidad de **amigos íntimos** que Ud. tiene en la actualidad Ud. se siente:

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Relativamente satisfecho
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho

Comente\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Haciendo un **balance** de lo que es en la actualidad su vida social, incluyendo cantidad y calidad de amigos, frecuencia de actividades sociales, etc. a Ud. le resulta:

- 1. Plenamente satisfactoria
- 2. Satisfactoria
- 3. Relativamente satisfactoria
- 4. Insatisfactoria
- 5. Muy Insatisfactoria

## VIII. HISTORIA SEXUAL

1. En términos generales la **información** y **formación** sexual que recibió de sus padres y profesores la considera:

- 1. Adecuada
- 2. Relativamente adecuada
- 3. Inadecuada

Comente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Ha tenido ansiedades o culpas a raíz de conducta **masturbatoria**?

- 1. SI
- 2. NO

Comente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido ansiedades o culpas en relación a **aproximaciones** o **relaciones sexuales**?

- 1. SI
- 2. NO

Comente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Ha tenido algún tipo de experiencia **homosexual**?

- 1. SI
- 2. NO

Comente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. En su vida ¿ha tenido algún tipo de **problemas sexuales**?

- 1. SI
- 2. NO

Comente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Indique aproximadamente, con qué **frecuencia** tiene Ud. relaciones sexuales en este período de su vida:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Todos los días          | <input type="checkbox"/> 5. 1 vez cada 15 días           |
| <input type="checkbox"/> 2. 4 a 5 veces a la semana | <input type="checkbox"/> 6. 1 vez al mes                 |
| <input type="checkbox"/> 3. 2 a 3 veces a la semana | <input type="checkbox"/> 7. Menos de 1 vez al mes        |
| <input type="checkbox"/> 4. 1 vez a la semana       | <input type="checkbox"/> 8. No tiene relaciones sexuales |

7. Con respecto a sus **relaciones sexuales actuales**, evalúe su grado de satisfacción en los siguientes aspectos (siendo 1 = muy poco y 5 = mucho)

1. Frecuencia
2. Caricias preliminares
3. Desinhibición
4. Placer
Comente _____
_____
_____

8. La satisfacción de sus **necesidades sexuales** es para Ud. algo:

- 1. Muy importante
- 2. Importante
- 3. Relativamente importante
- 4. Poco importante
- 5. Muy poco importante

## IX. HISTORIA DE SUS RELACIONES DE PAREJA

1. En su historia de **relaciones de pareja** Ud ha tenido:

- 1. Muchas
- 2. Ni muchas ni pocas
- 3. Pocas
- 4. Ninguna

2. Cuando se ha **enamorado** ha sido:

- 1. Predominantemente correspondido

- 2. Relativamente correspondido
- 3. Predominantemente rechazado

3. La mayoría de sus **anteriores** relaciones de pareja han terminado:

- 1. Porque lo han dejado
- 2. De mutuo acuerdo
- 3. Porque Ud. lo ha decidido

4. Si estuvo casado antes, indique por cuánto **tiempo** y las principales razones de la separación.

---

---

---

---

---

5. Haciendo un balance global, indique cómo evalúa Ud. su historia de **relaciones de pareja**:

- 1. Muy satisfactoria
- 2. Satisfactoria
- 3. Relativamente satisfactoria
- 4. Insatisfactoria
- 5. Muy Insatisfactoria

Comente \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

## X. EVALUACIÓN DE SU HISTORIA DE VIDA

1. Considerando en términos globales lo que ha sido hasta ahora la historia de su vida, Ud. se encuentra:

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Relativamente satisfecho
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho

Comente \_\_\_\_\_

---

---

---

## XI. SISTEMA COGNITIVO

A continuación se formularán algunas preguntas relacionadas con sus características cognitivas o estilos de pensamiento. Trate de ser lo más realista que pueda en sus autoevaluaciones.

1. Al observar la realidad externa, al observar su pasado o al observarse Ud. mismo, tiende a prestar **atención**:

- 1. Casi exclusivamente a lo negativo
- 2. Preferentemente a lo negativo
- 3. Tanto a lo negativo como a lo positivo
- 4. Preferentemente a lo positivo
- 5. Casi exclusivamente a lo positivo

2. Hay personas que tienden a pensar en términos de categorías **polares** del tipo todo-nada, blanco-negro, bueno-malo, siempre-nunca. A estas personas les cuesta distinguir matices o tonalidades en la realidad. Esto le ocurre a Ud.:

- 1. Muy frecuentemente
- 2. Frecuentemente
- 3. Con relativa frecuencia
- 4. Con poca frecuencia
- 5. No le ocurre

3. Al percibir la **realidad** Ud. tiende a:

- 1. Magnificar mucho lo negativo (tiende a ver las cosas peor de lo que son).
- 2. Magnificar lo negativo
- 3. En general no magnifica
- 4. Magnificar lo positivo
- 5. Magnificar mucho lo positivo

4. Algunas personas tienden a “quedarse pegadas” en ciertas **ideas o pensamientos** que se les repiten una y otra vez. Esto le ocurre a Ud.:

- 1. Muy frecuentemente
- 2. Frecuentemente
- 3. A veces
- 4. Prácticamente nunca

5. En general al evaluar a las **demás personas** Ud. es:

- 1. Muy exigente
- 2. Exigente
- 3. Relativamente exigente
- 4. Poco exigente
- 5. Muy poco exigente

6. En general **consigo misma** Ud. es es una persona:

- \_\_\_ 1. Muy exigente
- \_\_\_ 2. Exigente
- \_\_\_ 3. Relativamente exigente
- \_\_\_ 4. Poco exigente
- \_\_\_ 5. Muy poco exigente

7. A continuación se plantea un conjunto de afirmaciones o creencias. Indique el grado en que cada una es aplicable a Ud. (siendo 1 = muy poco y 5 = mucho)

1. Constantemente me exijo perfección en las cosas que hago	1 - 2 - 3 - 4 - 5
2. Me siento demasiado mal cuando alguien me rechaza	1 - 2 - 3 - 4 - 5
3. No considero aceptable que una persona destaque sus propias cualidades.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
4. Tiendo a desvalorizarme mucho cuando los demás me desaprueban	1 - 2 - 3 - 4 - 5
5. Me cuesta soportar que las cosas no sean como yo quiero	1 - 2 - 3 - 4 - 5
6. Tengo derecho a exigir que la vida me dé todo lo que quiero	1 - 2 - 3 - 4 - 5
7. No soporto hacer algo en forma mediocre	1 - 2 - 3 - 4 - 5
8. Considero esencial ser apreciado por todos los que me conocen	1 - 2 - 3 - 4 - 5
9. Me desagrada la gente que reconoce abiertamente sus méritos	1 - 2 - 3 - 4 - 5
10. Habitualmente considero muy importante la aprobación de las demás personas	1 - 2 - 3 - 4 - 5
11. Generalmente me siento muy mal cuando las cosas en la vida no son como yo quiero que sean	1 - 2 - 3 - 4 - 5
12. Me perturba mucho que la gente sea injusta conmigo	

8. En términos generales señale cuán **capaz** se considera Ud. de desempeñarse muy bien en las siguientes áreas (1 = poco capaz y 5 = muy capaz):

1. Área Social	1 - 2 - 3 - 4 - 5
2. Área Sexual	1 - 2 - 3 - 4 - 5
3. Área Relaciones de Pareja	1 - 2 - 3 - 4 - 5
4. Área Intelectual	1 - 2 - 3 - 4 - 5
5. Área Labora	1 - 2 - 3 - 4 - 5

9. Creo que mis éxitos y satisfacciones futuras **dependerán** básicamente de (marque el número que corresponda en el continuo):

Mis decisiones y conductas      2 – 1 – 0 – 1 – 2      Factores circunstanciales o fortuitos

10. A continuación se presentan algunas **afirmaciones**. Marque el número que mejor lo represente, es decir, el grado en que Ud. está de acuerdo con cada afirmación. (1 = muy poco y 5 = mucho).

1. En general estoy satisfecho conmigo mismo	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. A veces pienso que no sirvo para nada	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. Considero que tengo varias cualidades positivas	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. Creo tener varias razones para estar orgulloso de mí	1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. A veces me siento realmente inútil	1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Creo que soy una persona digna de estima, al menos en la misma medida que los otros.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. En conjunto tiendo a pensar que soy un fracaso	1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. Desearía sentir más aprecio por mí mismo	1 – 2 – 3 – 4 – 5
10. Mi actitud frente a mí mismo es positiva	1 – 2 – 3 – 4 – 5

11. En general frente a las **críticas** tiende a ser:

- 1. Muy receptivo (acepta bien las críticas)
- 2. Relativamente receptivo
- 3. Muy poco receptivo

12. Habitualmente cuando recibe una **crítica**:

- 1. Se afecta mucho en términos emocionales
- 2. Se afecta relativamente
- 3. Casi no se afecta emocionalmente

13. En general el tomar **decisiones** le resulta un proceso:

- 1. Fácil
- 2. Relativamente fácil
- 3. Más bien complicado
- 4. Le es muy difícil tomar decisiones

14. La **toma de decisiones** tiende a verse afectada por diferentes dificultades. Indique el grado en que cada una de las siguientes dificultades afecta sus decisiones (1 = poco y 5 = mucho):

<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se apresura en exceso (impulsivo)</li><li>2. Se pierde en detalles</li><li>3. Es excesivamente perfeccionista</li><li>4. No mide las consecuencias de su decisión</li><li>5. No se informa lo suficiente</li><li>6. Otra _____</li></ol> <p>Comente _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

15. De las siguientes afirmaciones, elija aquella que refleje mejor sus **creencias** actuales:

- \_\_\_ 1. Tengo mucha confianza en que mi vida hacia delante será satisfactoria
- \_\_\_ 2. Tengo alguna confianza en que mi vida hacia delante será satisfactoria
- \_\_\_ 3. Tengo bastantes dudas de que mi vida hacia delante será satisfactoria
- \_\_\_ 4. No creo que mi vida hacia delante será satisfactoria

16. Ordenadas en jerarquía de importancia, las 3 principales **metas** de su vida hacia delante son:

1 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## XII. SISTEMA AFECTIVO

1. En las líneas siguientes se explicitan algunas **necesidades** que tenemos todos los seres humanos y que se manifiestan en todas las culturas. Señale de 1 a 5 cuán satisfecho se siente – en esta etapa de su vida – en cada una de sus necesidades siguientes:

(1 = muy insatisfecho y 5 = muy satisfecho).

1. Necesidades básicas (alimentación, vestuario, vivienda)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. Necesidades sexuales	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. Necesidad de ser querido	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. Necesidad de logro (éxito en alcanzar sus ideales y metas personales)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. Necesidad de prestigio (reconocimiento y valoración social)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. Necesidad de compañía y contacto social	1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Necesidad de esparcimiento (vía diversiones, salidas, etc.)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. Necesidad de saber (conocimiento, cultura)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. Necesidad de amor (en relación de pareja)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
10. Necesidad de trascendencia (artísticas, políticas, religiosas)	1 – 2 – 3 – 4 – 5

2. La tendencia al **crecimiento personal** se manifiesta en un constante espíritu de superación, esfuerzos estables, desarrollo de las propias capacidades, compromiso efectivo y activo con metas personales, etc. Sobre la base de esta conceptualización Ud. evalúa su propia tendencia al crecimiento personal como:

- \_\_\_ 1. Mucha
- \_\_\_ 2. Relativa
- \_\_\_ 3. Poca
- \_\_\_ 4. Ninguna

3. Las **emociones** son experiencias afectivas intensas, pasajeras, que se relacionan con una situación específica. Ejemplo de emociones son la rabia, alegría, pena. Algunas personas tienden a ser más sensibles y emocionales que otras. Al respecto Ud. tiende a ser:

- \_\_\_ 1. Intensamente emotivo
- \_\_\_ 2. Emotivo
- \_\_\_ 3. Poco emotivo
- \_\_\_ 4. No es en absoluto emotivo

4. La **facilidad** o propensión para experimentar diversos tipos de emoción varía de una persona a otra. Así, algunas personas experimentan **más fácilmente** rabia que pena o alegría que entusiasmo. Indique con cuánta facilidad experimenta Ud. cada una de las emociones siguientes (1 = poca facilidad y 5 = mucha):

1. Alegría	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. Pena	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. Rabia	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. Entusiasmo	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. Angustia	1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. Envidia	1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Ternura	1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. Miedo	1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. Vergüenza	1 – 2 – 3 – 4 – 5

5. Los **sentimientos** – a diferencia de las emociones – son experiencias afectivas prolongadas o estables que, al menos por algún tiempo, forman parte de nuestro mundo afectivo. Ejemplos de sentimientos estables son el amor, la tristeza, la felicidad, los sentimientos de culpa, de admiración, etc. En general Ud. experimenta sentimientos estables:

- \_\_\_ 1. Frecuentemente
- \_\_\_ 2. Con relativa frecuencia
- \_\_\_ 3. Raras veces
- \_\_\_ 4. Nunca

6. La **facilidad** o propensión para experimentar diversos tipos de sentimientos estables varía de una persona a otra. Así, algunas personas experimentan más fácilmente tristeza que resentimiento, omás fácilmente admiración que sentimientos de odio. Indique con cuánta facilidad experimenta Ud. cada uno de los sentimientos siguientes (1 = poca facilidad y 5 = mucha):

1. Admiración	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. Culpa	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. Felicidad	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. Desprecio	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. Amor	1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. Resentimiento	1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Gratitud	1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. Odio	1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. Sentimientos de inferioridad	1 – 2 – 3 – 4 – 5

7. En la siguiente escala evalúe de 1 a 5 el grado en que cada afirmación es aplicable a Ud. (siendo 1 = poco y 5 = mucho):

### SUB-ESCALA TORONTO – ALEXITIMIA

1. Cuando lloro, siempre sé por qué	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. El fantasear es una pérdida de tiempo	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. A menudo me confundo respecto a qué emoción estoy sintiendo	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. Tengo sensaciones físicas que incluso los médicos no comprenden	1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. Soy capaz de describir fácilmente mis sentimientos	1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Cuando estoy perturbado, no sé si estoy triste, atemorizado o enojado	1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. Invierto mucho tiempo fantaseando, cuando no tengo nada que hacer	1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. Prefiero simplemente dejar que las cosas ocurran, en vez de pretender comprender por qué ocurrieron así	1 – 2 – 3 – 4 – 5
10. Rara vez tengo fantasías	1 – 2 – 3 – 4 – 5
11. Tengo sentimientos que no logro identificar por completo	1 – 2 – 3 – 4 – 5
12. Considero esencial estar en contacto con mis emociones	1 – 2 – 3 – 4 – 5
13. No sé lo que está ocurriendo dentro de mí	1 – 2 – 3 – 4 – 5
14. A menudo no sé por qué estoy enojado	1 – 2 – 3 – 4 – 5

8. La **empatía** es concebida como la capacidad para ponerse **en el lugar** de la otra persona para comprender **sus** sentimientos y para captar lo que ocurre en **su** mundo interno ante las circunstancias que **esa** persona enfrenta. Se trata de ser capaz de “mirar el mundo con los ojos del otro”. De acuerdo a esto, su capacidad de empatía tiende a ser:

- 1. Mucha
- 2. Relativa
- 3. Poca
- 4. Carece de capacidad de empatía

9. Hay personas que a veces se sienten muy tristes o muy nerviosas sin que perciban una causa para estar así. Esto le ocurre a Ud.:

- 1. Muy frecuentemente
- 2. Frecuentemente
- 3. Con relativa frecuencia
- 4. Pocas veces
- 5. No le ocurre

10. En general **sus estados** de ánimo son:

- 1. Muy estables
- 2. Relativamente estables
- 3. Varían mucho en función de las experiencias que va teniendo

11. La **autoimagen** o forma en que la persona se percibe a sí misma puede variar sustancialmente según los cambios de ánimo que va experimentando la persona. Así, por ejemplo en estado de ánimo alegre puede percibirse como capaz, atractiva, etc. que en un estado de ánimo triste. con los cambios su autoimagen tiende a cambiar:

- 1. Mucho
- 2. Relativamente
- 3. Poco
- 4. Muy poco

12. Algunas personas son muy propensas a experimentar **emociones displacenteras** o perturbación emocional. Fácilmente y en muchas situaciones sienten angustia, pena, rabia o temor. Otras personas son muy poco propensas a experimentar este tipo de emociones. Al respecto Ud. es:

- 1. Muy propenso a experimentar emociones displacenteras
- 2. Bastante propenso
- 3. Relativamente propenso
- 4. Poco propenso
- 5. Muy rara vez experimenta emociones displacenteras

13. En el recuadro siguiente relate la que a su juicio ha sido la **experiencia personal más agradable** o satisfactoria.

14. El realizar algunas conductas puede generar algún tipo de **disconfort emocional**. El grado de perturbación emocional se refiere a la cantidad de emoción perturbadora que la persona experimenta en la situación, por ejemplo, el grado de rabia, ansiedad, culpa o miedo. Para cada una de las situaciones que se presentan a continuación, **evalúe su grado de perturbación emocional** al enfrentar esas situaciones, escribiendo un número de 1 a 5 en el espacio en blanco correspondiente (1= poca perturbación y 5 = mucha)

#### SUB-ESCALA DE GABRILL Y RICHIE

1. \_\_\_ Pedir un favor a alguien
2. \_\_\_ Resistir la insistencia de un vendedor
3. \_\_\_ Disculparse cuando ha cometido un error
4. \_\_\_ Admitir debilidad o temor y pedir ayuda
5. \_\_\_ pedir un aumento de sueldo
6. \_\_\_ Admitir ignorancia en algún área
7. \_\_\_ Rechazar una petición para prestar dinero
8. \_\_\_ Hacer callar a un amigo parlanchín
9. \_\_\_ Iniciar una conversación con un extraño
10. \_\_\_ Admitir que no entiende un punto en discusión
11. \_\_\_ Decirle a alguien que Ud. lo considera agradable
12. \_\_\_ Requerir la atención adecuada en una tienda o restaurante
13. \_\_\_ Expresar una opinión que difiera de la de su interlocutor
14. \_\_\_ Decirle a una persona que Ud. siente que le ha hecho algo injusto
15. \_\_\_ Devolver cosas defectuosas en una tienda o restaurante
16. \_\_\_ Recibir elogios
17. \_\_\_ Pedir que le devuelvan cosas que Ud. ha prestado
18. \_\_\_ Decirle a alguien con quien Ud. trabaja, que ha dicho algo que Ud. le molesta

15. En comparación con las **demás personas** Ud.:

- \_\_\_ 1. Disfruta mucho de las situaciones agradables
- \_\_\_ 2. Disfruta bastante
- \_\_\_ 3. Disfruta relativamente
- \_\_\_ 4. Le cuesta disfrutar
- \_\_\_ 5. Prácticamente no disfruta

16. Su estado de ánimo **básico o predominante** es:

- \_\_\_ 1. Muy positivo
- \_\_\_ 2. Positivo
- \_\_\_ 3. Relativamente negativo
- \_\_\_ 4. Negativo
- \_\_\_ 5. Muy negativo (tristeza, aburrimiento, etc.)

17. cuando algo o alguien impide que satisfagamos una necesidad o deseo hablamos de frustración. En general frente a las frustraciones Ud. (1= poco y 5 = mucho)

1. Las tolera y asimila bien	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. Reacciona con tensión	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. Reacciona con rabia	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. Reacciona con tristeza	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. Reacciona con desánimo y desaliento	1 – 2 – 3 – 4 – 5

18. Evalúe cuán **feliz** se siente Ud. en este período de su vida:

- 1. Muy feliz
- 2. Bastante feliz
- 3. Relativamente feliz
- 4. Poco feliz
- 5. Muy poco feliz

**XIII SISTEMA CONDUCTUAL ( no sé q numero es porq no sale en el cuestionario, supongo q es este)**

1. Frente a los problemas que la vida plantea en distintas áreas, las personas reaccionan con diferentes actitudes. Hay personas que tienden a **enfrentar** pronto los problemas con el objeto de resolverlos o superarlos. Otras **evitan** enfrentar, permitiendo así que los problemas se vayan acumulando sin ser resueltos. En general Ud. tiende a ser una persona:

Eminentemente enfrentadota    2- 1- 0- 1- 2    Eminentemente evitadota

Comente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. A continuación se enumeran diversas **conductas sociales** relacionadas con su comportamiento con otras personas. Marque de 1 al 5 (siendo 1= poco y 5= mucho) el grado en que cada afirmación es aplicable a Ud.:

1. Fácilmente habla de sí mismo	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. Le es fácil contar chistes o anécdotas	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. Tiene gracia y es entretenido	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. Habitualmente se muestra optimista	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. Escucha con interés y atención a los demás	1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. Es tolerante frente a los valores y conductas diferentes a los suyos	1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Se expresa en forma clara y fluida	1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. Es cálido y afectuoso	1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. Se da bien cuenta de lo que sienten las personas con las que interactúa	1 – 2 – 3 – 4 – 5
10. Es capaz hacer sentir a la persona que Ud. está comprendiendo	1 – 2 – 3 – 4 – 5
11. Se maneja bien en diferentes temas	1 – 2 – 3 – 4 – 5
12. Le es fácil iniciar conversaciones	1 – 2 – 3 – 4 – 5
13. En general le resulta fácil hablar cuando está en un grupo	1 – 2 – 3 – 4 – 5
14. Su rostro y sus gestos son muy expresivos de las emociones que está sintiendo	1 – 2 – 3 – 4 – 5

3. De las siguientes **conductas** marque aquellas que Ud. es capaz de realizar mejor que el promedio de las personas:

- A. Cantar
- B. Recitar
- C. Hablar en público
- D. Contar un chiste
- E. Imitar
- F. Otra \_\_\_\_\_

4. Frente a cada una de las afirmaciones siguientes haga un X en la columna que lo **caracterice** o **describa mejor**:

### ESCALA DE RATHUS

	Totalmente verdadero	Verdadero	Más verdadero que falso	Más falso que verdadero	Falso	Totalmente falso
1. Mucha gente me parece ser más segura y agresiva que yo						
2. ¿He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez?						
3. Cuando la comida queme han servido en un restaurante no está hecha a mi gusto, me quejo al camarero o camarera.						
4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aún cuando me hayan molestado						
5. Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir no.						
6. Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué.						
7. Hay veces que provoco abiertamente una discusión.						
8. Lucho, como la mayoría de la gente por mantener mis posiciones.						
9. En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí.						
10. Disfruto entablando conversaciones con conocidos y extraños.						
11. Con frecuencia no se qué decir a personas atractivas del otro sexo.						
12. Regio telefonar a instituciones o empresas						
13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión a una institución, preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales.						
14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.						
15. Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.						
16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto.						
17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.						
18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi propio punto de vista.						

19. Evito discutir sobre los precios con dependiente o vendedores.						
20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se den cuenta de ello.						
21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.						
22. Si alguien ha hablado mal de mí o ha atribuido hechos falsos, lo busco cuanto antes para ponerle los puntos sobre las íes.						
23. Con frecuencia paso un mal rato al decir "no"						
24. Suelo reprimir mis emociones antes que hacer una escena						
25. En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio						
26. Cuando me alaban con frecuencia, no sé qué responder						
27. Si dos personas en el teatro o una conferencia, están hablando demasiado alto.						
28. Si alguien se me cuela en la fila le llamo abiertamente la atención						
29. Expreso mis opiniones con facilidad						
30. Hay ocasiones en que soy incapaz de decir algo						

5. En el recuadro siguiente relate la que ha su juicio ha sido su conducta más **agresiva** o violenta:

6. Haga una evaluación del grado o frecuencia con que **realiza** cada una de las siguientes actividades (siendo 1= poco y 5 = mucho)

1. Viajar fuera de la ciudad	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. Escuchar música	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. Trabajar	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. Ver televisión	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. Estudiar	1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. Practicar deportes	1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Conversar	1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. Asistir al cine	1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. Asistir a un evento deportivo	1 – 2 – 3 – 4 – 5
10. Vida social	1 – 2 – 3 – 4 – 5
11. Caminar o trotar	1 – 2 – 3 – 4 – 5
12. Leer (diarios, revistas o novelas)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
13. Convivir con su familia	1 – 2 – 3 – 4 – 5
14. Salir a bailar o a restaurantes	1 – 2 – 3 – 4 – 5
15. Jugar cartas o juegos de salón	1 – 2 – 3 – 4 – 5
16. asistir al teatro, conciertos o ballet	1 – 2 – 3 – 4 – 5
17. Otra	1 – 2 – 3 – 4 – 5

### SISTEMA AMBIENTAL

1. El medio ambiente de una persona le ofrece diversas posibilidades para que satisfaga sus diferentes necesidades (básicas, afectivas, sociales, etc.) En relación a la posibilidad de satisfacer sus necesidades, su **medio ambiente** actual le ofrece:

- \_\_\_ 1. Excelentes posibilidades
- \_\_\_ 2. Buenas posibilidades
- \_\_\_ 3. Regulares
- \_\_\_ 4. Menos que regulares
- \_\_\_ 5. Deficientes posibilidades

Comete: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. Cuando una persona es activa, eficiente y simpática, suele lograr una muy buena respuesta en su ambiente. Por el contrario, **el mismo ambiente**, puede responder mal si la persona es pasiva, ineficiente y antipática. En su medio ambiente actual, su conducta tiende a ser en general.

1. ACTIVA	2- 1- 0- 1- 2	PASIVA
2. EFICIENTE	2- 1- 0- 1- 2	INEFICIENTE
3. SIMPÁTICA	2- 1- 0- 1- 2	ANTIPÁTICA

3. Los **aportes y esfuerzos** de una persona pueden ser reconocidos en mayor o en menor medida según las características de su ambiente. En algunos ambientes, los aportes y esfuerzos son prácticamente ignorados y no producen resultados positivos. Señale qué ocurre -en general- en su medio ambiente actual:

- 1. Sus aportes y esfuerzos son bien reconocidos y valorados
- 2. Son relativamente reconocidos y valorados
- 3. Son poco reconocidos y valorados

Comente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. El medio ambiente de una persona puede, en diferentes momentos del tiempo, presentar una serie de situaciones potencialmente perturbadoras o **estresantes**. Señale cuál o cuáles de las situaciones siguientes ha estado presente en su vida **durante el último año**:

- 1. Cesantía
- 2. Enfermedad económica
- 3. Accidente
- 4. Despido laboral
- 5. Enfermedad de un hijo
- Otra \_\_\_\_\_
- 6. Separación matrimonial
- 7. Muerte de un familiar cercano
- 8. Fuertes problemas
- 9. Fracasos académicos
- 10. Cambio de residencia
- 11.

Comente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### XV REALCION DE PAREJA

1. En la actualidad ¿tiene Ud. una **relación estable** de pareja?

- 1. SI
- NO

2. Su relación **actual** de pareja es:

- 1. Pololeo
- 2. Noviazgo
- 3. Matrimonio
- 4. Convivencia
- 5. Otro \_\_\_\_\_

3. Con respecto a su pareja actual indique:

- 1. Edad \_\_\_\_\_ 2. Nivel Educacional \_\_\_\_\_
- 3. Ocupación actual \_\_\_\_\_

4. Su pareja actual ¿tuvo matrimonio anterior?  1. SI  2. NO

4. Marque cómo es Ud. y su pareja actual en cada una de las siguientes características (1= muy poco y 5 = mucho)

1 – 2 – 3 – 4 – 5	EGOÍSTA	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1 – 2 – 3 – 4 – 5	DOMINANTE	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1 – 2 – 3 – 4 – 5	AGRESIVO	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1 – 2 – 3 – 4 – 5	CELOSO	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1 – 2 – 3 – 4 – 5	POSESIVO	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1 – 2 – 3 – 4 – 5	INFIEL	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1 – 2 – 3 – 4 – 5	INTROVERTIDO	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1 – 2 – 3 – 4 – 5	AFECTIVAMENTE FRÍO	1 – 2 – 3 – 4 – 5

5. En su relación de pareja, cada persona espera, necesita y exige cosas en alguna medida diferentes incluso a lo que espera, necesita y exige su propia pareja. Así, cada persona posee un distinto **umbral de satisfacción en la relación**, el que es una especie de línea a partir de la cual la persona pasa a estar satisfecha con su relación de pareja. Al respecto en su actual relación:

1. Ud. está más satisfecho que su pareja  
 2. Ambos están igualmente satisfechos  
 3. Su pareja está más satisfecha que Ud.

Comente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. Algunas parejas funcionan bien sin requerir de un gran esfuerzo de ninguno de los dos miembros de la pareja. Estas parejas poseen un bajo **costo energético de la relación**. Por el contrario, las parejas que poseen un alto **costo energético de la relación** requieren – para funcionar bien- de uno o de ambos miembros de la relación. En su opinión, su relación de pareja actual posee:

1. Un alto costo energético  
 2. Un moderado costo energético  
 3. Un bajo costo energético

7. En algunas parejas, ambos miembros tienen características psicológicas bastante similares (**parejas simétricas**); se aproximan así al lema “aves del mismo plumaje vuelan juntas”. En otras parejas, ambas personas son bastante diferentes y lo que no tiene una tiende a tenerlo la otra (**parejas complementarias**); se aproximan al lema “los polos opuestos se atraen”. Su actual relación de pareja tiende a ser:

Muy simétrica      2- 1- 0- 1- 2      Muy complementaria

8. Señale las 3 **cualidades** que más le agradan de su pareja actual:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

9. Señale los 3 **defectos** que más le molestan o irritan de su pareja actual:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

10. Señale las 3 **cualidades** tuyas que Ud. estima son las que más le agradan a su pareja actual:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

11. Señale los 3 **defectos** tuyos que Ud. considera son los que más le molestan o irritan a su pareja actual:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

12. En su actual relación de pareja evalúe de 1 a 5 (siendo 1= deficiente y 5 = muy bueno) su grado de satisfacción en cada uno de los siguientes niveles:

1. Comunicación	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. Amor mutuo	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. Vida sexual	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. relación con las respectivas familias de origen	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. Intereses comunes	1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. capacidad para manejar dificultades y conflictos entre Uds.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Procedimiento de toma de decisiones	1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. Manejo del dinero	1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. Capacidad para entretenerse juntos	1 – 2 – 3 – 4 – 5
10. Vida social juntos	1 – 2 – 3 – 4 – 5
11. Valores comunes ( éticos, políticos, religiosos)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
12. Fidelidad	1 – 2 – 3 – 4 – 5

## XVI. SISTEMA FAMILIAR

De las siguientes preguntas, responda sólo aquellas que correspondan a su situación. **Identifique** a las personas con las cuales vive actualmente y **evalúe** la calidad de su relación con cada una de ellas.

Nombre	Edad	Actividad	Parentesco o relación con Ud.	Calidad de relación actual con Ud. ( 1=mala y 5 = muy buena)
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5

2. En caso de ser casado y **no tener hijos**, indique las razones:

---



---



---

3. Si algunos hijos **no viven actualmente con Ud.** indique nombres, edades y las razones por las que viven aparte:

---



---



---

4. En la relación con los hijos algunas **características de los padres** son particularmente importantes. Evalúe cómo son tanto con Ud. como su pareja- en su relación con sus hijos- en las características siguientes (1= poco y = mucho)

USTED		SU PAREJA
1 - 2 - 3 - 4 - 5	CARIÑOSO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	COMPRESIVO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	CERCANO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	COMUNICATIVO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	BUEN MODELO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	ALEGRE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	PACIENTE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	DEMOCRÁTICO	1 - 2 - 3 - 4 - 5

Comente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Las parejas muestran distinto grado de **sincronización** – tanto en teoría como en la práctica cotidiana- para formar y educar a sus hijos. Al respecto Ud. y su pareja tienden a estar:

- \_\_\_ 1. Muy bien sincronizado
- \_\_\_ 2. Bien sincronizado
- \_\_\_ 3. Relativamente sincronizados
- \_\_\_ 4. Mal sincronizado
- \_\_\_ 5. Muy mal sincronizado

Comente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Su sistema familiar actual o el grupo de personas con las cuales vive, **influye o gravita** en su vida actual:

- \_\_\_ 1. Mucho
- \_\_\_ 2. Bastante
- \_\_\_ 3. Relativamente
- \_\_\_ 4. Poco
- \_\_\_ 5. Muy poco

Comente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Si Ud. **superara** sus actuales dificultades psicológicas, su sistema familiar o grupo de personas con las cuales vive:

- \_\_\_ 1. Apoyaría positivamente esos cambios
  - \_\_\_ 2. Reaccionaría con indiferencia a esos cambios
  - \_\_\_ 3. Más bien rechazaría esos cambios
  - \_\_\_ 4. Otra (indique) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Desde **su perspectiva** su sistema familiar actual o grupo de personas con las que vive le resulta:

- \_\_\_ 1. Plenamente satisfactorio
- \_\_\_ 2. Satisfactorio
- \_\_\_ 3. Relativamente satisfactorio
- \_\_\_ 4. Insatisfactorio
- \_\_\_ 5. Muy insatisfactorio

Comente

---



---



---

## XVII SENTIDO DE VIDA

1. Las personas tienen distintas **motivaciones vitales y/o existenciales**. A continuación se presenta una serie de motivaciones de los seres humanos, marque de uno a 5 (siendo 1= poco y 5 = mucho) cuánto gravita o importa en su vida cada una de ellas:

1. Búsqueda de justicia social	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. Búsqueda de conocimientos	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. Afán de “servir a Dios”	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. Compromiso con sus creencias religiosas	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. Compromiso con su familia	1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. Compromiso con sus creencias políticas	1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Compromiso con su país	1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. Búsqueda de éxito laboral	1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. Búsqueda de reconocimiento o prestigio social	1 – 2 – 3 – 4 – 5
10. Búsqueda de éxito económico	1 – 2 – 3 – 4 – 5
11. Búsqueda de fama	1 – 2 – 3 – 4 – 5
12. Desarrollo de intereses estéticos y/o artísticos	1 – 2 – 3 – 4 – 5
13. Desarrollo del amor en pareja	1 – 2 – 3 – 4 – 5
14. Desarrollo personal	1 – 2 – 3 – 4 – 5

2. Obligado a optar, indique ( de la lista anterior), cuáles sería las 3 **principales motivaciones vitales y/o existenciales** de su vida:

A: \_\_\_\_\_

B: \_\_\_\_\_

C: \_\_\_\_\_

## XVII INFORMACION COMPLEMENTARIA

1. Agregue cualquier **información** que considere importante y que no haya comunicado en sus respuestas anteriores:

---

---

---

2. Señale brevemente qué aspecto de Ud. y/o de sus circunstancias actuales **espera cambiar** a través de la atención clínica que está iniciándose en esta oportunidad:

---

---

---

3. ¿Ha tenido Ud. alguna experiencia atípica o sorprendente para Ud. sea esta de carácter **parapsicológico** (telepatía, clarividencia, sueños premonitorios u otra) o de carácter más bien religioso ( experiencia mística, experiencia con presencia de espíritus u otra)?

\_\_\_ 1. SI      \_\_\_ 2. NO

En caso de haber respondido afirmativamente, haga un resumen lo más fidedigno posible de esa o esas experiencias en el recuadro siguiente:

4. En la eventualidad de iniciar ahora una **psicoterapia o tratamiento psicológico** Ud. se siente

- 1. Muy motivado
- 2. Motivado
- 3. Relativamente motivado
- 4. Poco motivado
- 5. Muy poco motivado

5. Si Ud. desea **agregar un comentario final**, por favor hágalo:

---

---

---

---

---

6. Por favor indique la **fecha** en la que respondió este cuestionario:

---

---

---

**ANEXO 3:**  
**PAUTA DE CORRECCIÓN DE LOS CUESTIONARIOS DEL FECl.**

## PAUTA DE CORRECCIÓN DE LOS CUESTIONARIOS DEL FECI

### I. Escalas de Síntomas.

#### a) Depresión (INDEPRE)

Rango de puntaje entre 0 y 21 puntos.

*(página 4)*

**Simples (1 punto por cada uno)**

- 1. Problemas de Atención y Concentración
- 9. Irritabilidad
- 23. Inapetencia
- 34. Poco deseo sexual.
- 36. Se fatiga fácilmente

**Compuestos**

**(1 punto si marca cualquiera de ambos o ambos)**

- 4. Insomnio
- 5. Exceso de Sueño
  
- 37. Llanto
- 39. Pena

**Dobles**

(2 puntos por cada uno)

- 8. Aburrimiento
- 27 Sentimientos de culpa
- 28. Desánimo

**Triple (3 puntos)**

- 26. Ideas de Suicidio.

*(página 33)*

Pregunta 15. En comparación...

- 5. Le cuesta disfrutar (1 punto)
- 6. Prácticamente no disfruta (2 puntos)

*(página 34)*

Pregunta 17. Frente a frustración:

- 4. Reacciona con tristeza (1 punto)
- Pregunta 18. ¿Cuán feliz se siente?
- 4. Poco feliz (1 punto)
- 5. Muy poco feliz (2 puntos)

b) Ansiedad (INDANS) (página 4) Rango de puntaje entre 0 y 31 puntos.

<b>Simple</b>	<b>Dobles</b>
1. Problemas de Atención y Concentración	2. Angustia
3. Problemas de Memoria	4. Insomnio
10. Mareos	6. Pesadillas
14. Diarreas	11. Cefalea
18. Transpiración de las manos	16. Taquicardia
19. Onicofagia	42. Hipocondría
20. Temblor de las manos	<b>Compuestos (1 punto si marca cualquiera de los siguientes, todos juntos o cualquier combinación de ellos)</b>
21. Bruxismo	30. Impotencia
22. Come en exceso	31. Frigidez
24. Sequedad bucal	32. Eyaculación Precoz
25. Ideas Obsesivas	
36. Se fatiga fácilmente	
43. Miedos fóbicos (1 punto por cada uno que marque)	

Se espera que el programa entregue el puntaje de INDANS e INDEPRE para cada sujeto.

## II. Escala de Autoimagen.

(Página 6)

En esta escala se incluyen las características 22 al 30, puntuándose de 5 a 1 de Izquierda a Derecha. El programa debe entregar la suma de los puntajes, el promedio y la desviación Standard del sujeto en esas características, bajo el nombre de Autoestima.

## III. E.P.Q. (Eysenck Personality Questionnaire)

(Página 11)

El cuestionario de personalidad de Eysenck incluye cuatro escalas: Neuroticismo, Extroversión, Psicoticismo y Escala L (que determina el nivel de veracidad de las respuestas dadas en la prueba). Los ítems que pertenecen a cada escala son los siguientes.

a) Neuroticismo

(N) Las respuestas “sí” a los ítems:

3-7-12-16-20-24-28-32-36-40-44-52-60-64-68-72-75-82-86-89-94-98

b) Extroversión

(E) Las respuestas “sí” a los ítems:

1-5-10-15-18-26-34-38-42-50-54-58-62-66-70-77-92-96

Las respuestas “no” a los ítems: 22-30

c) Psicoticismo

(P) Las respuestas “sí” a los ítems:

23-27-31-35-47-51-55-71-74-81-85-88-93-97

Las respuestas “no” a los ítems:

2-6-9-11-19-39-59-63-67-78-100

d) Escala L

(L) Las respuestas “sí” a los ítems: 13-21-37-61-87-99

Las respuestas “no” a los ítems:

4-8-17-29-41-49-53-57-65-69-76-80-91-95

Se suma un punto a cada escala por cada respuesta “sí” o “no” que corresponda a las enumeradas recién. Se espera que el programa entregue los puntajes totales de cada escala.

IV. Escala de Irracionalidad Cognitiva.

(Página 26, pregunta 7)

Se suma el puntaje del sujeto en cada una de las 12 afirmaciones (puntaje de 1 a 5). El programa debería entregar el puntaje total, el promedio y la desviación Standard para cada sujeto. A mayor puntaje mayor irracionalidad.

V. Escala de Autoeficacia.

(Página 27, pregunta 8)

Al igual que en la escala anterior, se suman los puntajes de cada una de las 5 áreas para sacar un puntaje total de Percepción de Autoeficacia (mayor puntaje equivale a mayor autoeficacia). También se saca el promedio y la desviación Standard por cada sujeto.

VI. Escala de Guttman (Autoestima).

(Página 27, pregunta 10)

Esta escala se corrige con una sumatoria simple de los puntajes de sus 10 ítems, invirtiendo los puntajes de los ítems N°2, 6, 8 y 9. Así, si una persona puntúa “5” en el ítem N°2, se deberá consignar como “1” para la sumatoria total y viceversa. El programa debería entregar puntaje total, promedio y desviación Standard para esta escala.

VII. Escala Satisfacción de Necesidades.

(Página 29, pregunta 1)

Al igual que en la escala anterior, se suman los puntajes de cada una de las 10 áreas para sacar un puntaje total de Satisfacción de Necesidades (mayor puntaje equivale a mayor satisfacción). También se saca el promedio y la desviación Standard por cada sujeto.

VIII. Sub-Escala Toronto Alexitimia.

(Página 31, pregunta 7)

A excepción de los ítems N° 1, 6, 8 y 12, todos son indicadores positivos y directos de alexitimia. Los ítems N°1, 6, 8 y 12 deben invertirse, de manera tal que si una persona marca en alguno de ellos “5” deberá ser consignado como “1” para la sumatoria. El programa debería entregar el puntaje total, el promedio y la desviación Standard de cada sujeto.

IX. Sub-Escala Gambrill y Richie.

(Página 33, pregunta 14)

En la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) sólo se considera el nivel de discomfort emocional del paciente frente a los ítems seleccionados. Se utiliza una escala de 1 a 5, donde 1 = “poca perturbación emocional” y 5 = “mucho perturbación emocional”. El programa debe entregar el puntaje total, el promedio y la desviación Standard de cada sujeto.

X. Escala de Conductas Sociales.

(Página 35, pregunta 2)

Se saca la suma de los puntajes de sus 14 ítems (mayor puntaje indica mayor adecuación social). A parte del puntaje total se saca el promedio y la desviación Standard de cada sujeto.

XI. Cuestionario de Asertividad de Spencer y Rathus.

(Página 36 y 37)

Frente a cada uno de los 30 ítems se le pide a la persona que responda con una puntuación que va desde el +3 al - 3, es decir, desde “totalmente verdadero” a “totalmente falso”. 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 desde menos 90, para un sujeto extremadamente no asertivo, a más 90, para un sujeto extremadamente asertivo.

Se deben invertir los puntajes de los siguientes ítems: 1, 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 26, 30.

El programa debe entregar el puntaje total, el promedio y la desviación Standard para cada sujeto.

XII. Escala de Satisfacción Matrimonial.

(Página 42, pregunta 12)

Se suman los puntajes de los 12 ítems, sacando un puntaje total, promedio y desviación Standard por sujeto.

### XIII. Escala de Perfeccionismo.

- En cuanto a **Rasgos de Personalidad** (página 6), se incluyen:

13. <i>Perfeccionista</i>	4	3	2	1	0	Descuidado
16. <i>Tenso</i>	4	3	2	1	0	Relajado
21. <i>Flexible</i>	0	1	2	3	4	<i>Rígido</i>
24. <i>Seguro</i>	0	1	2	3	4	<i>Inseguro</i>
29. <i>Trabajador</i>	4	3	2	1	0	Flojo

- En el **Sistema Cognitivo** (página 26) se incluyen:

*Pregunta 4. Pensamiento Rumiativo:*

3 (muy frecuentemente), 2 (frecuentemente), 1 (a veces), 0 (casi nunca).

*Pregunta 6. Autoexigencia:*

4 (muy exigente), 3 (exigente), 2 (relativamente exigente), 1 (poco exigente), 0 (muy poco exigente).

*Pregunta 7. En afirmaciones o creencias (página 26), se incluyen:*

1. Constantemente me exijo perfección en las cosas que hago.	1	2	3	4	5
5. Me cuesta soportar que las cosas no sean como yo quiero.	1	2	3	4	5
7. No soporto hacer algo en forma mediocre.	1	2	3	4	5
12. Me perturba mucho que la gente sea injusta conmigo.	1	2	3	4	5

*Pregunta 13. La toma de decisiones le resulta: (página 28)*

0 (fácil), 1 (relativamente fácil), 2 (más bien complicado), 3 (muy difícil)

*Pregunta 14. Dificultades a la toma de decisiones se incluyen: (página 28)*

2. Se pierde en detalles.	1	2	3	4	5
3. Es excesivamente perfeccionista.	1	2	3	4	5

- En el **Sistema Afectivo:**

17. Reacciones de Intolerancia a la frustración (N° 2 al 5)	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Se saca el puntaje total, sumando cada uno de los ítems enumerados anteriormente, con la dirección que se especifica en esta hoja. El puntaje mínimo posible es 15, y el máximo es 80.

#### XIV. Escala de Organicidad.

- En relación a los síntomas (página 4) los puntajes son los siguientes:

<i>Síntoma</i>	<i>Pje.</i>	<i>Síntoma</i>	<i>Pje.</i>
1. Problemas de atención y concentración.	3	11. Cefaleas	1
2. Angustia	1	13. Desmayos	3
3. Problemas de memoria	2	25. Ideas obsesivas	1
7. Sonambulismo	3	28. Tartamudez	5
9. Irritabilidad	1	35. Tics	5
10. Mareos	1		
Subtotal: 26 puntos.			

- En la página 7, pregunta 3: El parto fue...

2. Prematuro	3 puntos
3. Tardío	3 puntos
5. Con principio de asfixia	5 puntos
6. Con fórceps	3 puntos
Subtotal: 14 puntos.	

- En la página 8, pregunta 4. Indique si cuando niño tuvo alguno de los siguientes problemas:

Todas las alternativas se puntúan con 5 puntos, menos la alternativa 9 (Fobia al colegio) que tiene 3 puntos, y la 10 (otros) que no se puntúa.

Subtotal: 43 puntos

- En la página 8, pregunta 5. (Marque si ha tenido las siguientes enfermedades o desajustes)

1. Meningitis	5 puntos
2. Traumatismo Encéfalo craneano	5 puntos
3. Epilepsia	5 puntos
Subtotal: 15 puntos	

- En la página 8, si marca SÍ en las preguntas siguientes:

6. Deja vu	1 punto
7. Jamais vu	3 puntos
8. Pérdida de conocimiento	3 puntos
Subtotal: 7 puntos	

- En la página 19, pregunta 7. ¿Tuvo problemas de conducta en el colegio? Se asignan 2 puntos si contesta SÍ.

Subtotal: 2 puntos

- En la página 26, pregunta 4. Algunas personas tienden a “quedarse pegadas” en ciertas ideas o pensamientos que se les repiten una y otra vez. Esto le ocurre a usted:

- |                       |          |
|-----------------------|----------|
| 1. Muy frecuentemente | 3 puntos |
| 2. Frecuentemente     | 2 puntos |
| 3 A veces             | 1 punto  |
| Subtotal: 6 puntos    |          |

La escala varía entre 0 y 113 puntos.

**ANEXO 4:**  
**PARÁMETROS DE LAS ESCALAS DEL FECI.**

**PARÁMETROS DE LAS ESCALAS DEL FECL.**

<b>ESCALA</b>	<b>BAJO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ALTO</b>
<b>Neuroticismo</b>	0 a 10	11 a 15	16 a 22
<b>Extroversión</b>	0 a 9	10 a 13	14 a 20
<b>Psicoticismo</b>	0 a 2	3 a 4	5 a 18
<b>Mentira</b>	0 a 7	8 a 10	11 a 20
<b>Autoimagen</b>	11 a 31	32 a 36	37 a 45
<b>Autoestima</b>	13 a 32	33 a 39	40 a 50
<b>Autoeficacia</b>	5 a 17	18 a 20	21 a 25
<b>Asertividad</b>	-72 a -1	0 a 20	21 a 79
<b>Satisfacción Matrimonial</b>	12 a 36	37 a 45	46 a 60
<b>Satisfacción de Necesidades</b>	1 a 2.9	3 a 3.5	3.6 a 5
<b>Multisintomatología</b>	0 a 6	7 a 11	12 a 30
<b>Ansiedad</b>	0 a 4	5 a 7	8 a 21
<b>Depresión</b>	0 a 4	5 a 9	10 a 21
<b>Alexitimia</b>	14 a 30	31 a 39	40 a 66
<b>Tolerancia a la frustración</b>	4 a 11	12 a 14	15 a 20
<b>Irracionalidad Cognitiva</b>	15 a 38	39 a 44	45 a 60
<b>Perfeccionismo</b>	28 a 49	50 a 57	58 a 79
<b>Gambrill-Ritchie</b>	18 a 44	45 a 54	55 a 86
<b>Repertorio Conductual</b>	14 a 45	46 a 52	53 a 70
<b>Organicidad</b>	0 a 9	10 a 15	16 a 46

**ANEXO 5:**  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS SUJETOS DE**  
**ESTUDIO.**



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ....., doy a conocer mediante esta carta, mi consentimiento voluntario para participar en la investigación que realizarán las alumnas Luz Bermúdez Sandoval, Asby Fernández Vásquez y Daniela Riquelme Núñez, estudiantes de Psicología de la Universidad de Valparaíso. Esto, dado que me encuentro plenamente informada de las características y objetivos de la investigación, y de las condiciones de confidencialidad de la información personal que será entregada por mi parte.

FIRMA

.....

FECHA:

.....

**ANEXO 6:**  
**ETAPAS Y OBJETIVOS DEL PROCESO REEDUCATIVO**  
**(CT MANRESA FEMENINA)**

## **ETAPAS Y OBJETIVOS DEL PROCESO REEDUCATIVO (CT MANRESA FEMENINA)**

### **1. Compromiso.**

Esta etapa se orienta, en términos generales, al desarrollo de una actitud de compromiso por parte de la residente, con una alternativa de cambio frente a su situación de vida, manifestada en la disposición a modificar características personales en un entorno de vida comunitaria. Además, se pretende que reconozcan y comuniquen problemáticas, tomando conciencia paulatinamente de la necesidad de ayudarse y ser ayudada. Los objetivos que se busca lograr en esta etapa son los siguientes:

- Conocer y aceptar las normas de la comunidad.
- Tener buena disposición para la vida en la comunidad.
- Comunicar constructivamente: ser buen emisor y receptor.
- Mantener higiene personal, mental y comunitaria.
- Permanecer en la comunidad: desintoxicarse, enfrentar ganas de irse y comunicarlo.
- No agredir (física, verbal y gestualmente).
- Autocontrolarse ante situaciones que desagradan.
- Respetar la propiedad privada.
- Reconocer el por qué se está aquí.

### **2. Sinceridad.**

Durante esta etapa, se pretende que la residente vivencie un proceso que le permita elaborar y profundizar algunos de sus principales conflictos, y que desarrolle un esfuerzo por reconocer y resignificar valores tales como honestidad, responsabilidad, solidaridad y amor responsable. En el caso de las adolescentes, con el fin de alcanzar el objetivo recién descrito, se pondrá énfasis en el desarrollo de relaciones más estables y duraderas al interior del grupo. Asimismo, se busca que puedan reconocer e interiorizar algunos hábitos y normas. Los logros que se esperan para esta etapa son:

- Ser fiel a la verdad.
- Ser transparente.
- Tener confianza.
- Aceptar la realidad (tomar conciencia de la situación personal y de la situación familiar).
- Ser constante y perseverante.
- Ayudar a los compañeros de comunidad.
- Tener claro el concepto de amistad.
- Ser humilde.
- Comprometerse y ayudar en las terapias.
- Vivir la filosofía.

### **3. Responsabilidad.**

En esta etapa, se busca que la residente vaya adquiriendo gradualmente mayores responsabilidades consigo misma y los demás, identificando problemáticas personales no superadas, y coordinando grupos de trabajo, transformándose en un referente para sus compañeras. En las adolescentes, se espera que consoliden hábitos y normas, estando en condiciones de adquirir un mayor compromiso con la comunidad, asumiendo responsabilidades, ayudando a sus compañeras y resolviendo conflictos. Los logros que se esperan en esta etapa son:

- Vivir los valores de la comunidad terapéutica.
- Usar el dialogo.
- Coordinar grupos de trabajo y asumir obligaciones.
- Dar el ejemplo.
- Reconocer problemáticas no superadas y trabajarlas.
- Resolver adecuadamente situaciones tensionantes.
- Identificar y mantener logros.

#### **4. Proyección.**

Esta es la última etapa de la fase residencial. En ella se pretende que la residente revise su vivencia en el proceso terapéutico identificando logros y fortalezas, de manera que pueda estructurar un proyecto de vida que le permita reincorporarse a su vida cotidiana, y que considere metas de corto y mediano plazo, integrando su realidad familiar, educacional y/o laboral, con un énfasis acorde a su etapa de desarrollo. Los objetivos de esta etapa son los siguientes:

- Estructurar un proyecto de vida.
- Establecer una buena relación con la familia.
- Procurar desprendimiento de la comunidad terapéutica sin olvidar los valores adquiridos en ésta.
- Asumir plenamente la realidad personal y familiar.
- Asumir plenamente las responsabilidades de la vida.

**ANEXO 7**  
**ETAPAS Y OBJETIVOS DEL PROCESO REEDUCATIVO**  
**(CENTRO EDUCATIVO SALESIANO MARÍA AUXILIADORA)**

## **ETAPAS Y OBJETIVOS DEL PROCESO REEDUCATIVO**

### **CENTRO EDUCATIVO SALESIANO MARÍA AUXILIADORA**

#### **1. Primera fase: Inducción**

En esta primera fase es donde se realiza una evaluación de las necesidades en el tratamiento de la joven. Este proceso se lleva a cabo por medio de los siguientes aspectos:

- Entrevista psicológica
- Profundización diagnóstica psiquiátrica
- Prescripción de medicamentos
- Aceptación o derivación
- Desintoxicación ambulatoria u hospitalaria.
- Orientaciones psicoeducativas para familiares

#### **2. Segunda fase: Comunidad Terapéutica (6meses)**

Es fundamental que la terapeuta tenga la capacidad de establecer un vínculo afectivo, que se configura como elemento central en la motivación y la adherencia al proceso, en conjunto de la voluntad de la joven. Posteriormente se tiende al desarrollo de herramientas cognitivas que posibiliten la toma de decisiones y resolución de conflictos, aprendiendo nuevas estrategias que van más allá de la sola expresión emocional.

##### **2.1 Primera etapa: Compromiso**

Objetivos:

- conocer y aceptar las normas de la comunidad.
- Tener buena disposición para la vida en comunidad.
- Permanecer en la comunidad.
- Conocer el objetivo de la comunidad.
- Participar en todas las actividades de la comunidad.

## **2.2 Segunda Etapa: Verdad**

Objetivos:

- desarrollar una visión de sí misma más positiva.
- Identificar y mantener logros personales.
- Reconocer fortalezas y debilidades.
- Adquirir protagonismo en su proceso de cambio.
- Escribir su historia de vida (autobiografía)
- Ser fiel a la verdad.
- Tener confianza.
- Aceptar la realidad (tomar conciencia de la situación personal y familiar)
- Reconocer vínculo madre-hijo.
- Reconocer la propia sexualidad y la vida sexual
- Tener claro el concepto de amistad
- Ser humilde
- Comprometerse y ayudar en las terapias.
- Aprender a comunicar los sentimientos en forma asertiva.

## **2.3 Tercera etapa: Responsabilidad**

Objetivos:

- Vivir los valores de la comunidad terapéutica.
- Usar el diálogo en todas las relaciones.
- Coordinar grupos de trabajo y asumir responsabilidades.
- Mantener una permanente actitud terapéutica (dar el ejemplo).
- Reconocer problemáticas no superadas y trabajarlas.
- Enfrentar y resolver todo tipo de crisis, aprendiendo de esta experiencia.
- Aplicar el aprendizaje de la comunidad terapéutica en todo momento.
- Tomar decisiones y resolver conflictos de forma efectiva.
- Mantener logros integrados.
- Asumir las responsabilidades maternas.
- Vivir una sexualidad responsable.

## **2.4 Cuarta etapa: Proyecto de vida**

Objetivos:

- Estructurar un proyecto de vida
- Establecer una buena relación entre la independencia personal y la relación con la familia, propendiendo a la autonomía responsable.
- Procurar desprendimiento de la comunidad terapéutica sin olvido de los valores internalizados en ésta.
- Asumir plenamente la realidad personal y familiar.
- Asumir plenamente las responsabilidades de la vida, principalmente las relacionadas a la sexualidad y maternidad.

## **3. Tercera fase: Reinserción (6meses)**

### **3.1 Primera etapa: Libertad**

Objetivos:

- Lograr inserción laboral y/o educacional.
- Resolver transitoria o definitivamente situación habitacional.
- Establecer relaciones maduras y responsables con la familia y/o pareja.
- Asumir responsablemente la maternidad en caso que corresponda.
- Integrar grupos de pares positivos.
- Participar activamente en terapias de reinserción.

### **3.2 Segunda etapa: Estabilidad**

Objetivos:

- Definir y proyectar realidad laboral y/o educacional.
- Lograr estabilidad en las relaciones familiares.
- Integrar y actuar responsablemente roles de acuerdo a demandas de vida y etapas de desarrollo.
- Lograr espacios de afecto, pertenencia e identidad en pares positivos.
- Sentirse segura de su proyecto de vida.

- Guiar futuras experiencias de vida positivas y negativas de acuerdo con los valores internalizados en la comunidad terapéutica.
- Implementar estilo de vida y de crianza saludables.
- Reducir o eliminar situaciones de riesgo.

### **3.3 Tercera etapa: Egreso**

Objetivo: Consolidar un proyecto de vida guiado por valores pro-sociales y basado en un estilo de vida libre de drogas.

**ANEXO 8**  
**COMUNIDADES TERAPÉUTICAS PARA MUJERES CON MODALIDAD**  
**RESIDENCIAL DE LA QUINTA REGIÓN Y DE LA REGIÓN**  
**METROPOLITANA.**

### Comunidades Terapéuticas para Mujeres con modalidad Residencial.

Región	Nombre	Características
V La Calera	Comunidad María Auxiliadora*	Tratamiento residencial para mujeres entre 12 y 40 años. Gratuito.
V Villa Alemana	Centro Residencial para Mujeres	Tratamiento residencial para mujeres adultas y sus hijos menores de 7 años. Gratuito. Proyecto CONACE.
Región Metropolitana	Hogares Crem	Tratamiento para mujeres desde 14 años de edad. Pago: 400.000 mensual, con posibilidades de becas. Guardería Infantil. Plan 4, convenio FONASA-CONACE.
Región Metropolitana	Manresa*	Tratamiento para mujeres entre 14 y 35 años, pertenecientes a comunas de todo el país. Costo: aporte voluntario. Hogar de Cristo. Guardería Infantil (niños de 0 a 6 años). Plan 4, convenio FONASA-CONACE. Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.
Región Metropolitana	No Te Rindas	Tratamiento residencial exclusivo para mujeres hasta los 40 años. Trabajo con la red de salud occidente para evaluación y desintoxicación.

**ANEXO N°9:  
DROGODEPENDENCIAS EN MUJERES DESDE EL MODELO  
INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO.**



Nivel educacional bajo  
 Hijos  
 Apoyo de la pareja  
 Disponibilidad de la Droga

