

Universidad de Valparaíso

Evaluación del Nivel de Salud Mental, Factores
Psicosociales y Percepción de Soledad en dos
Grupos de Mujeres Dependientes de Alcohol

TESIS PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA
PARA OPTAR AL TÍTULO DE
PSICOLOGO
Y AL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

por

Patricia A. Naves Piraino

PROFESOR PATROCINANTE
Ps.: DOMINGO ASUN SALAZAR

Viña del Mar, Chile
Agosto - 1999

INDICE

LISTA DE TABLAS.....	IV
LISTA DE FIGURAS.....	VII
AGRADECIMIENTOS.....	VIII
RESUMEN.....	IX
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	8
1. <i>Alcoholismo</i>	8
1.1. Definiciones.....	8
1.2. Clasificación y Diagnóstico.....	9
1.3. Etiología.....	15
1.4. Intervenciones aplicadas a pacientes dependientes de alcohol.....	19
1.5. La Mujer y el Alcohol.....	23
1.6. Epidemiología.....	32
2. <i>Salud Mental</i>	33
2.1. Definiciones.....	34
2.2. Modelos teóricos.....	36
2.3. Mujer y Salud Mental.....	42
3. <i>Apoyo Social</i>	46
3.1 Red social.....	47
3.2 Apoyo social.....	49
4. <i>Sucesos Vitales</i>	58
5. <i>Afrontamiento</i>	61
6. <i>Soledad</i>	66

6.1. Soledad por aislamiento emocional.....	68
6.2. Soledad por aislamiento social.....	69
7. <i>Formulación del Problema</i>	72
8. <i>Objetivo General</i>	74
8.1 Objetivos Especificos.....	74
II. METODOLOGÍA.....	76
1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	76
2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	76
3. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE LAS VARIABLES.....	77
3.1. Definiciones conceptuales.....	77
3.2. Definiciones operacionales.....	78
4. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO.....	79
5. PROCEDIMIENTOS Y ETAPAS.....	80
5.1. Organización general de la investigación.....	80
6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	82
7. PLAN DE ANÁLISIS.....	89
7.1. Procesamiento de los datos.....	89
7.2. Análisis de resultados.....	89
7.3. Exposición de resultados.....	90
7.4. Comentario acerca de la muestra.....	91
III. RESULTADOS.....	92
1. RESULTADOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	92
2. RESULTADO DE VARIABLES: HISTORIA DE CONSUMO, ANTERIORES TRATAMIENTOS, TIEMPO DE ABSTINENCIA Y OTROS.....	97
3. ANÁLISIS DE CADA VARIABLE UTILIZANDO LA ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.....	103
4. ESTABLECIMIENTO DE LOS PUNTOS DE CORTE.....	107
5. FORMACIÓN DE LOS GRUPOS.....	110

6. COMPARACIÓN DESCRIPTIVA DE VARIABLES.....	115
IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	144
V. REFERENCIAS	153
ANEXO 1.....	158
ANEXO 2.....	161
ANEXO 3.....	164

Lista de Tablas.

TABLA 1.1A VARIABLE EDAD, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	92
TABLA 1.1B VARIABLE EDAD, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	92
TABLA 1.2A VARIABLE NIVEL DE ESTUDIOS, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	93
TABLA 1.2B VARIABLE NIVEL DE ESTUDIOS, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	93
TABLA 1.3A VARIABLE ESTADO CIVIL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	94
TABLA 1.3B VARIABLE ESTADO CIVIL, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	94
TABLA 1.4A VARIABLE CON QUIÉN VIVE, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	95
TABLA 1.4B VARIABLE CON QUIÉN VIVE, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	95
TABLA 1.5A VARIABLE ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	96
TABLA 1.5B VARIABLE ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	96
TABLA 2.1A VARIABLE TIEMPO DE TRATAMIENTO, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	97
TABLA 2.1B VARIABLE TIEMPO DE TRATAMIENTO, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	97
TABLA 2.2A VARIABLE HISTORIA DE ANTERIORES TRATAMIENTOS, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	98
TABLA 2.2B VARIABLE HISTORIA DE ANTERIORES TRATAMIENTOS, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	98
TABLA 2.3A VARIABLE TIEMPO DE ABSTINENCIA, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	99
TABLA 2.3B VARIABLE TIEMPO DE ABSTINENCIA, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	99
TABLA 2.4A VARIABLE EDAD INICIO CONSUMO ALCOHOL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	100
TABLA 2.4B VARIABLE EDAD INICIO CONSUMO ALCOHOL, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	100
TABLA 2.5A VARIABLE CONSUMO DE OTRAS DROGAS HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	101
TABLA 2.5B VARIABLE CONSUMO DE OTRAS DROGAS, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	101
TABLA 2.6A VARIABLE USO DE MEDICAMENTOS, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	102
TABLA 2.6B VARIABLE USO DE MEDICAMENTOS, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	102
TABLA 3.1A VARIABLE SALUD MENTAL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	103
TABLA 3.1B VARIABLE SALUD MENTAL, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	103
TABLA 3.2A VARIABLE APOYO SOCIAL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	104
TABLA 3.2B VARIABLE APOYO SOCIAL, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	105

TABLA 3.3A VARIABLE SOLEDAD, HOSPITAL DR. G. FRICKE.	105
TABLA 3.3B VARIABLE SOLEDAD, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	106
TABLA 3.4A VARIABLE OCURRENCIA DE SUCESOS VITALES, HOSPITAL DR. G. FRICKE.	106
TABLA 3.4B VARIABLE OCURRENCIA DE SUCESOS VITALES, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	107
TABLA 5.1A GRUPOS CONFORMADOS SEGÚN VARIABLE SALUD MENTAL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.	110
TABLA 5.1B GRUPOS CONFORMADOS SEGÚN VARIABLE SALUD MENTAL, HOSPITAL DEL SALVADOR.	110
TABLA 5.2A GRUPOS CONFORMADOS SEGÚN VARIABLE APOYO SOCIAL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.	111
TABLA 5.2B GRUPOS CONFORMADOS SEGÚN VARIABLE APOYO SOCIAL, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	112
TABLA 5.3A GRUPOS CONFORMADOS SEGÚN VARIABLE SOLEDAD, HOSPITAL DR. G. FRICKE.	112
TABLA 5.3B GRUPOS CONFORMADOS SEGÚN VARIABLE SOLEDAD, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	113
TABLA 5.4A VARIABLE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, HOSPITAL DR. G. FRICKE.	113
TABLA 5.4B VARIABLE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	114
TABLA 6.1A VARIABLE SALUD MENTAL Y EDAD, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	115
TABLA 6.1B VARIABLE SALUD MENTAL Y EDAD, HOSPITAL DEL SALVADOR.	116
TABLA 6.2A VARIABLE SALUD MENTAL Y ESTADO CIVIL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	117
TABLA 6.2B VARIABLE SALUD MENTAL Y ESTADO CIVIL, HOSPITAL DEL SALVADOR.	117
TABLA 6.3A VARIABLE SALUD MENTAL Y ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.	118
TABLA 6.3B VARIABLE SALUD MENTAL Y ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	119
TABLA 6.4A VARIABLE SOLEDAD Y EDAD, HOSPITAL DR. G. FRICKE.	119
TABLA 6.4B VARIABLE SOLEDAD Y EDAD, HOSPITAL DEL SALVADOR.	120
TABLA 6.5A VARIABLE SOLEDAD Y ESTADO CIVIL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	121
TABLA 6.5B VARIABLE SOLEDAD Y ESTADO CIVIL, HOSPITAL DEL SALVADOR.	121
TABLA 6.6A VARIABLE SOLEDAD Y ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	122
TABLA 6.6B VARIABLE SOLEDAD Y ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DEL SALVADOR.	122
TABLA 6.7A VARIABLE APOYO SOCIAL FAMILIAR Y EDAD, HOSPITAL DR. G. FRICKE.	123
TABLA 6.7B VARIABLE APOYO SOCIAL FAMILIAR Y EDAD, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	124
TABLA 6.7C VARIABLE APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES Y EDAD, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	124
TABLA 6.7D VARIABLE APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES Y EDAD, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	125

TABLA 6.8A VARIABLE APOYO SOCIAL FAMILIAR Y ESTADO CIVIL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.	126
TABLA 6.8B VARIABLE APOYO SOCIAL FAMILIAR Y ESTADO CIVIL, HOSPITAL DEL SALVADOR.	126
TABLA 6.8C VARIABLE APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES, HOSPITAL DR. G. FRICKE.	127
TABLA 6.8D VARIABLE APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	127
TABLA 6.9A VARIABLE APOYO SOCIAL FAMILIAR Y ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	128
TABLA 6.9B VARIABLE APOYO SOCIAL FAMILIAR Y ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DEL SALVADOR.	129
TABLA 6.9C VARIABLE APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES Y ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DR. G. FRICKE. ..	129
TABLA 6.9D VARIABLE APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES Y ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DEL SALVADOR. .	130
TABLA 6.10A VARIABLE SALUD MENTAL Y SOLEDAD, HOSPITAL DR. G. FRICKE.	131
TABLA 6.10B VARIABLE SALUD MENTAL Y SOLEDAD, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	131
TABLA 6.11A VARIABLE SALUD MENTAL Y APOYO SOCIAL FAMILIAR, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	135
TABLA 6.11B VARIABLE SALUD MENTAL Y APOYO SOCIAL FAMILIAR, HOSPITAL DEL SALVADOR.	135
TABLA 6.11C VARIABLE SALUD MENTAL Y APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES, HOSPITAL DR. G. FRICKE.	136
TABLA 6.11D VARIABLE SALUD MENTAL Y APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES, HOSPITAL DEL SALVADOR.	137
TABLA 6.12A VARIABLE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL FAMILIAR, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	140
TABLA 6.12B VARIABLE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL FAMILIAR, HOSPITAL DEL SALVADOR.	140
TABLA 6.12C VARIABLE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	141
TABLA 6.12D VARIABLE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES, HOSPITAL DEL SALVADOR.	141

Lista de Figuras.

FIGURA 6.10A VARIABLE SALUD MENTAL Y SOLEDAD, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	133
FIGURA 6.10B VARIABLE SALUD MENTAL Y SOLEDAD, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	134
FIGURA 6.11A VARIABLE SALUD MENTAL Y APOYO SOCIAL FAMILIAR, HOSPITAL DR. G. FRICKE.	138
FIGURA 6.11B VARIABLE SALUD MENTAL Y APOYO SOCIAL FAMILIAR, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	139
FIGURA 6.12A VARIABLE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL FAMILIAR, HOSPITAL DR. G. FRICKE.....	142
FIGURA 6.12B VARIABLE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL FAMILIAR, HOSPITAL DEL SALVADOR.....	143

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar un ciclo me surgen imágenes de personas que fueron partícipes de innumerables momentos durante este proceso, en el que aprendí a ser más tolerante y paciente.

Le doy gracias a:

Mi querida Mamá Aida, por enseñarme a luchar por mis sueños.

Mis hermanos Gonzalo y Mario, por su paciencia y cariño.

Mis amigas, por su comprensión y lealtad.

Domingo Asún, por ser una luz en mi camino.

Pablo Tapia, por el conocimiento aportado.

Unidad de Alcohol y Drogas del Hospital Dr. G. Fricke por permitirme trabajar con las mujeres que asisten a la Unidad.

Unidad de fármaco-dependencia del Hospital del Salvador por permitirme trabajar con las mujeres que asisten a la Unidad.

RESUMEN

Esta investigación consistió en evaluar y describir desde una perspectiva psicosocial el nivel de salud mental, los factores psicosociales asociados a ella, tales como apoyo social, estrategias de afrontamiento y sucesos de vida, así como la percepción de soledad, que presentaban dos grupos de mujeres dependientes de alcohol que concurrían a tratamiento ambulatorio durante el mes de abril y mayo de 1999. El primer grupo estuvo conformado por 15 mujeres que asistían a la Unidad de alcohol y drogas del Hospital Dr. G. Fricke y el segundo grupo estuvo conformado por 15 mujeres que asistían a la Unidad de fármaco-dependencia del Hospital del Salvador.

Dentro de los resultados arrojados se pudo establecer que un número considerable de mujeres de ambos grupos se encontraba con un riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas, con una percepción media de soledad, y con percepción baja de apoyo social familiar y de las amistades. No obstante existía un porcentaje de mujeres que se encontraba con un alto riesgo de presentar alteraciones psicológicas, manifestando también niveles elevados en las otras variables medidas.

La información obtenida permitió corroborar que la falta de apoyo social es una constante en las mujeres dependientes de alcohol, representando también un pilar fundamental en el proceso de rehabilitación.

I. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La Salud Mental es un concepto complejo, difícil de precisar y de medir. Actualmente no existe una definición que sea ampliamente aceptada, pues es un constructo que se vincula con el sustrato valórico y las exigencias que cada sociedad impone a los individuos; a sí mismo, es un término que involucra múltiples dimensiones, así como variados modelos teóricos que la definen (Horwitz, 1991).

Los diversos significados que presenta la salud mental pertenecen a dos dimensiones, una de ellas es la dimensión negativa, la que considera a la salud mental como ausencia de enfermedad, estimando que una persona estará sana sólo cuando no presente síntomas marcados o invalidantes, excluyendo a los que presenten formas de malestar psicológico de baja intensidad, esta orientación es característica del modelo médico; la otra es la llamada dimensión positiva, la cual se centra en las necesidades de bienestar de la población, donde la presencia de síntomas invalidantes es una condición necesaria para su definición pero no es un determinante de ésta (Páez y cols. 1986). Desde la psicología social aplicada se han propuesto algunos modelos psicosociales que dan cuenta del concepto de salud mental, cada uno de ellos comparte un supuesto fundamental que consiste en referirse a este concepto desde la dimensión positiva. Tales modelos plantean que la salud mental y los trastornos están determinados por factores del entorno sociocultural en el que está inmersa la persona, donde la conducta humana saludable como disfuncional sería el resultado de un proceso interactivo entre la persona y su entorno (Alfaro, 1993)

Desde la perspectiva psicosocial, la *Salud Mental* es entendida como la sensación de bienestar o satisfacción del sujeto en diferentes esferas de la vida, a partir de los recursos con que se cuentan para la satisfacción de sus necesidades personales (físicas, psicológicas y sociales) así como para enfrentar las demandas del medio (González y Rogat, 1998). Según esta orientación, la salud mental sería un producto de los factores psicosociales tales como los sucesos vitales, el soporte social, las estrategias de afrontamiento, siendo éstos considerados factores de riesgo o protección de la calidad de vida de los individuos (Páez y cols. 1986).

Bajo esta perspectiva es posible señalar que el alcoholismo, como problema de salud pública, presenta una serie de implicancias negativas en el bienestar psicosocial, afectando no sólo la salud mental de las personas que abusan de esta sustancia sino también de su entorno social (MINSAL, 1993).

Revisando la literatura, se puede observar que existen antecedentes de varias investigaciones, programas y acciones que se han orientado al control del beber problema, sin embargo no se han visualizado cambios significativos en la magnitud de éste, por el contrario en los últimos años ha existido un aumento del abuso de alcohol en los jóvenes. En Chile uno de los motivos que ha dificultado la búsqueda de soluciones, es la desproporción que existe entre la cantidad de problema asociados al abuso de alcohol y los recursos que se han designado para poder enfrentarlos. Por otra parte, los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país, son escasos y específicos, pues tienden a circunscribirse en determinados grupos de la población (MINSAL, 1993).

Pese a lo anterior, datos epidemiológicos muestran que en Chile el 20% de la población son bebedores problema, de los cuales el 15% son bebedores problema sin dependencia, es decir, presentan un consumo perjudicial o en riesgo, y el 5% es bebedor problema con dependencia. A sí mismo, el número más alto de bebedores problema se encuentra en el grupo etáreo de 20 a 45 años (MINSAL, 1993).

Otros registros señalan que el 50% de las muertes violentas y el 33,5% de los accidentes de tránsito ocurren bajo la influencia del alcohol, lo cual corresponde a conductas que reflejan el nivel de agresividad individual y colectivo, constituyendo un indicador del nivel de salud mental (Kirschbaum, Pizzi, Águila y Laguna, 1990).

En cuanto a la dependencia de alcohol en mujeres, hay investigaciones que muestran el escaso número de estudios que existe respecto de esta problemática, tanto a nivel nacional como internacional, en comparación con los hombres, debiéndose, tal vez, a la menor prevalencia que presenta su consumo (González y Pallavicini, 1992). Pese a lo anterior, la importancia que existe actualmente referente a este asunto es cada vez mayor, producto de un aumento en el número de casos en todo el mundo. El MINSAL ha señalado que el 7% de los niños que presentan retardo mental moderado nacieron con el síndrome alcohólico fetal, advirtiendo que una gran cantidad de mujeres consumía alcohol durante el embarazo. Por otra parte, el CONACE indicó que entre 1994 y 1996 el consumo de alcohol en mujeres había aumentado en más de un 10%. Según González y Pallavicini (1992) las mujeres presentan resultados terapéuticos inferiores al de los hombres; la cirrosis hepática es más frecuente y la desintegración familiar es más rápida y severa en ellas, y la soledad podría ser un factor facilitador de su adicción

o bien una consecuencia de ella. A partir de lo anterior, estos autores advierten que tanto a nivel social como físico la dependencia de alcohol en las mujeres es más grave que en los hombres.

Al hacer referencia a las hipótesis que intentan explicar el patrón de consumo en las mujeres, aún no existe una teoría consistente y coherente que entregue una visión integral del problema, por otra parte las conclusiones sobre causas y consecuencias del consumo arrojadas por algunas investigaciones son confusas y ciertas descripciones clínicas se han deducido de datos aislados (Castillo y Serrano, 1991). Sin embargo, existen investigaciones que han llegado a conclusiones similares referentes a que las mujeres que consumen alcohol están solteras, viudas o separadas, por ejemplo en un estudio realizado en 1992 se señaló que el 35% de las mujeres no tiene pareja y que el 65% realiza labores de casa; en cuanto al consumo, lo inician a mediana edad como lo demuestra el estudio realizado por González y Pallavicini (1992), el cual indicó que la edad promedio en que las mujeres inician la ingestión de alcohol es alrededor de los 27 años. Además, se caracterizan por beber a escondidas, generalmente solas, consultan tardíamente cuando ya se encuentran destruidas física y moralmente, pero en ocasiones la falta de apoyo social las impulsa a asistir tempranamente a tratamiento. Utilizan estrategias de afrontamiento inadecuadas como es el caso de ingerir excesivamente alcohol cuando deben enfrentar sucesos de vida estresantes tales como problemas con la pareja, conflictos familiares, vivencia de situaciones traumáticas, pérdida de seres queridos, síndrome del nido vacío; cuando experimentan soledad, sintiéndose aisladas, ansiosas, desesperanzadas,

marginadas debido a la pérdida o abandono, carencia o ausencia de relaciones cercanas e íntimas o de vínculos sociales significativos (apoyo social) que proporcionen cuidado, atención, afecto y el sentimiento de que uno es valorado y aceptado por otros. Por lo tanto es posible señalar que los sucesos de vida, las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y la soledad tienen cierta correspondencia con la dependencia de alcohol en las mujeres, repercutiendo inevitablemente en la sensación de bienestar o malestar psicológico que perciben en diferentes esferas de la vida (González y Pallavicini, 1992; Quiñones y Julia, 1981).

A partir de lo expuestos surgen algunas preguntas: ¿porqué las mujeres escogen el alcohol y no el trabajo, la comida o los juegos de azar?, ¿qué es lo que impulsa a las mujeres a consumir esta sustancia para estar presentes de cuerpo pero ausentes de mente?, ¿será la pérdida del sentido vital lo que las moviliza?, ¿las mujeres dependientes de alcohol sienten una sensación de bienestar y satisfacción en diferentes esferas de la vida?, ¿se sienten solas y abandonadas?, ¿cuál es el apoyo que reciben de la familia y amigos mientras están en tratamiento? ¿les han ocurrido sucesos vitales este último tiempo? ¿cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan para hacer frente a los eventos que les han sucedido?. Desde estas preguntas es posible plantear algunos objetivos que propendan a descubrir en las mujeres dependientes de alcohol cual es el nivel salud mental, de soledad y apoyo social que presentan, cuales son las estrategias de afrontamiento que utilizan, y si les han ocurrido sucesos vitales el último tiempo.

A partir de los antecedentes señalados y de las preguntas efectuadas, en esta investigación se pretende evaluar y describir desde una perspectiva psicosocial el nivel de salud mental, los factores psicosociales asociados a ella, tales como apoyo social, estrategias de afrontamiento y sucesos de vida, así como la percepción de soledad; en dos grupos de mujeres dependientes de alcohol que asisten actualmente a tratamiento ambulatorio. El primer grupo estará conformado por mujeres que asisten a la Unidad de alcohol y drogas del Hospital Dr. G. Fricke y el segundo por mujeres que asisten a la Unidad de fármaco-dependencia del Hospital del Salvador, con el propósito de poder describir a las mujeres que asisten a estas Unidades, en cuanto al nivel de salud mental, factores psicosociales asociados y percepción de soledad. La investigación se realizará en estos establecimientos puesto que son las únicas instituciones públicas que existen en Valparaíso y Viña del Mar donde se realiza tratamiento a nivel secundario y terciario.

La relevancia que presentaría este estudio sería el aportar desde una perspectiva psicosocial, nueva información puesto que no existen datos epidemiológicos respecto de los factores psicosociales y de soledad que inciden directa o indirectamente en el apareamiento o mantenimiento de la dependencia de alcohol en mujeres. Además esta información permitiría focalizar el problema desde un enfoque más integrativo, pudiéndose considerar como piedra angular el entorno en que se desenvuelve la mujer, puesto que es éste el que influye notablemente en la mantención del consumo y/o en la rehabilitación. Ayudaría a diseñar nuevas estrategias de intervención referidas a las necesidades específicas de la mujer, ya

que actualmente existe la necesidad de poseer más información respecto de su dependencia de alcohol debido a su visible aumento, a la escasez de teorías consistentes que den cuenta de este fenómeno, y a la falta de investigaciones que validen científicamente los motivos que inciden en el inicio del consumo y en la asistencia a tratamiento.

2. MARCO TEÓRICO

1. Alcoholismo

1.1. Definiciones.

Para Freixa el *Alcoholismo* es una "enfermedad de expresión polidimensional, en el campo de la patología médica, en el área del comportamiento (psicología anormal, psiquiatría), en sus consecuencias sociales (amistades, familia etc.), en la accidentabilidad (laboral, conducción peligrosa) y en otros aspectos legales (alborotos, homicidios, etc.)" (Martí y Murcia, 1988, p. 32).

Para Martí y Murcia (1988), el *Alcohólico* es un individuo dependiente de alcohol que, luego de un prolongado proceso de ingesta excesiva, presenta una necesidad compulsiva caracterizada por un consumo imperioso y por el hecho de no ser capaz de abstenerse, dando lugar a un serio menoscabo de la salud (física y psíquica) así como de las relaciones interpersonales (a nivel familiar, social y laboral) por causa de una pérdida del control volitivo.

La O.M.S. en 1979 establece el *Síndrome de dependencia alcohólica* como un estado psíquico y generalmente físico, producto de la ingestión de alcohol, caracterizado por una serie de comportamientos, que siempre incluye la compulsión a beber alcohol, de manera continua o periódica, para experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces para evitar el malestar de la abstinencia; puede haber tolerancia, aunque esta podría estar ausente; existiendo la posibilidad que la persona sea dependiente del alcohol y de otras drogas. En esta definición se pone énfasis en la naturaleza compulsiva y dependiente de la ingesta de alcohol,

existiendo la probabilidad de que no se expresen señales de dependencia física. (Negrete, Mardones y Ugarte, 1985).

Para Alonso-Fernández (1981), las definiciones de alcoholismo presentan varios inconvenientes, entre ellos, el de poseer una validez limitada, es decir, éstas abarcarían sólo a un grupo de alcohólicos, y la otra es que entre los autores no existe un consentimiento general respecto de lo que es el alcoholismo; por lo tanto, se prefiere hablar de "*Síndrome de dependencia alcohólica*".

1.2. Clasificación y Diagnóstico.

1.2.1. Tipología del Alcoholismo según Jellinek

Alcoholismo alfa: Se caracteriza por un consumo intermitente acompañado de sucesos de embriaguez severa y de alteraciones en la conducta, presentando una dependencia psicológica donde se intenta contrarrestar el "dolor corporal o emocional". No tienen dificultades en el control de la ingesta ni en la capacidad de abstenerse y no presentan dependencia física (Negrete et al., 1985).

Alcoholismo beta: Lo característico de esta tipología es la tolerancia respecto de los efectos durante la ingesta, no presentan sintomatología mientras están intoxicados ni síntomas de dependencia física y el sujeto tiene escasa conciencia de su conducta compulsiva (Negrete et al., 1985).

Alcoholismo gamma: Se da un abuso intermitente de alcohol, acompañado de períodos extensos de embriaguez. El nivel de dependencia tiende a ser grave. No tienen control para dejar de beber, mostrando una compulsión psicológica que lo

lleva a incurrir en la bebida. Luego que finaliza la ingesta presenta síntomas de privación (Negrete et al., 1985).

Alcoholismo delta: Se distingue por la incapacidad de abstenerse de ingerir alcohol. Presenta síntomas de dependencia y de privación (Negrete et al., 1985).

Alcoholismo epsilon: Los sujetos que lo presentan abusan del alcohol compulsivamente durante un cierto tiempo siendo éste, secundario, en la mayoría de los casos, a un desorden afectivo. Al ser este un alcoholismo episódico, evita que se desarrolle un síndrome crónico de dependencia (Negrete et al., 1985).

Según Jellinek sólo el alcoholismo gamma y delta corresponden a enfermedades alcohólicas; por otra parte, estas tipologías no son excluyentes entre sí, pueden coexistir o pasar de una a otra a través del tiempo. Este autor postula que se debe referir al alcoholismo como enfermedad únicamente al cumplir las siguientes características: “adaptación del metabolismo celular al alcohol, adquisición de una tolerancia hística progresiva, presentación de síntomas de abstinencia y falta de control o incapacidad de abstinencia” (Alonso-Fernández, 1981, p. 44).

1.2.2 Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al Consumo de Sustancias Psicotrópicas. Organización Mundial de la Salud. CIE-10:

Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol:

Intoxicación aguda:

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del

comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas. Este diagnóstico solo se hace en los casos donde la intoxicación se presenta en ausencia de problemas más graves o persistentes relacionadas con alcohol. Si no es así, tienen preferencia los diagnósticos de consumo perjudicial, síndrome de dependencia o trastornos psicóticos.

Consumo perjudicial:

- Se trata de una forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental, por ejemplo: hepatitis o trastornos depresivos secundarios al consumo de alcohol.
- El consumo es frecuentemente criticado por terceros, dando lugar a consecuencias sociales adversas.
- El sólo hecho de que una forma de consumo sea criticada por terceros no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa como por ejemplo: detenciones o ruptura matrimonial.

Síndrome de dependencia:

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de alcohol 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 de éste síndrome es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicoactivas, alcohol o tabaco. La recaída en el consumo del alcohol después de un

período de abstinencia lleva la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

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

- a.- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
- b.- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, una vez para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo. En definitiva para controlar la cantidad consumida.
- c.- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia ha cesado o disminuido, confirmado por el síndrome de abstinencia del alcohol; o el consumo de la misma sustancia o de otra similar con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d.- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- e.- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia; aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir las sustancias o para recuperarse de sus efectos.
- f.- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimos depresivos consecutivos a períodos de consumo elevados de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la

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.

Síndrome de abstinencia:

Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionado con el tipo de sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Pautas para el diagnóstico: El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia, por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia debe tener prioridad si es el motivo de consulta y si tiene una gravedad suficiente como para requerir por sí mismo atención médica. Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia. Es necesario recordar que los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados aprendidos, aún en la ausencia de un uso previo inmediato de sustancias. En estos casos el diagnóstico de síndromes de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

1.2.3. Ministerio de Salud:

El Ministerio de Salud de Chile define el perfil del "Bebedor Normal" como aquel que:

- 1- Tiene 16 años de edad o más.
- 2- Si es mujer, no está embarazada ni en lactancia.
- 3- Consume una dieta balanceada y normocalórica, y tiene un estado nutricional normal.
- 4- Ingiera bebidas alcohólicas aprobadas por las autoridades sanitarias.
- 5- No presenta embriaguez patológica o idiosincrática.
- 6- Ingiera alcohol sin consecuencias contingentes negativas para sí mismo, ni para otros, y sin presentar problemas con la justicia.
- 7- Consume bebidas alcohólicas sin perturbar la relación de pareja, ni la vida familiar, ni el rendimiento laboral.
- 8- No depende del alcohol para alegrarse, desinhibirse o comunicarse.
- 9- No presenta patologías que se agravan o descompensan con el alcohol.
- 10- Si bebe no se embriaga.

El Bebedor Problema es aquel que presenta un consumo de alcohol con o sin dependencia, caracterizándose por vulnerar alguno de los diez ítems anteriores, correspondiendo a "cualquier forma de ingestión de alcohol que directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el individuo o para terceros, en el área de la salud, armonía familiar, rendimiento laboral o escolar, seguridad personal y funcionamiento social" (MINSAL, 1993).

- Beber problema con dependencia. Se define a través de los criterios de dependencia del CIE-10.
- Beber problemas sin dependencia. Comprende:
 - a.- Consumo perjudicial. (coincidente con la CIE-10)
 - b.- Consumo en riesgo. Se refiere a los individuos que ingieren alcohol quebrantando algún criterio de los requisitos del beber normal, sin presentar deterioro físico o mental ni dependencia, pudiendo ser el antecesor del consumo perjudicial (MINSAL, 1993).

1.3. Etiología

Se han podido distinguir factores a nivel individual, familiar y macrosocial que proporcionan las posibles causas o motivos influyentes para que un individuo se inicie en el consumo de drogas, llevándolo a la dependencia de dicha sustancia.

1.3.1. Perspectiva Individual

Para Alonso-Fernández (1981) son individuos que ya en la niñez presentaban sentimientos de inferioridad respecto de sí mismos, baja tolerancia a la frustración, déficit en comunicación interpersonal, siendo solitarios, reservados, desconfiados, temerosos, tendiendo a inhibirse durante el contacto afectivo. Su exagerada necesidad de dependencia lo llevaba a mostrarse autónomo al momento de relacionarse con los otros, debido al profundo temor que sentía en relación al contacto humano. El miedo a arriesgarse y la falta de confianza en la consecución de sus propósitos hacían que sus proyectos se reprimiesen, mostrándose desesperanzado e indiferente, rehuendo cuando acontecían conflictos.

El sujeto que presenta una personalidad pre-alcohólica, se encuentra atrapado por vivencias que surgen del sentimiento de soledad o aislamiento y desesperanza, experimentando el aislamiento como insoportable al no disponer del soporte individual que es entregado por la esperanza y los proyectos; no ve cómo modificar el presente, piensa que sus aspiraciones son irrealizables y que fracasarán en algún momento. El alcohol le permite evadirse de una situación insoportable, de ahí que inicialmente los efectos del alcohol sean vivenciados por él como una liberación. Para este autor, el agente etiológico de la alcoholomanía reside en "esa constelación básica de la personalidad donde se asocian sentimientos de soledad y desesperanza, afirmando que un sujeto se volverá alcohólico si está embargado en una situación insoportable montada sobre ambos sentimientos" (Alonso-Fernández, 1981, p. 91).

Para Maciá (1995) y MINSAL (1996) la personalidad de individuos dependientes a drogas se caracterizan por: baja tolerancia a la frustración, al fracaso y al dolor; tienen baja autoestima, falta de autoconfianza, inseguridad y bajo autocontrol. Tienden a ser socialmente retraídos, presentan déficit en habilidades sociales, inconvenientes para interactuar con el entorno como también para comunicarse adecuadamente, dificultades para resistir la presión del grupo; son tímidos, mostrando inconvenientes en el contacto social, utilizando muchas veces el alcohol para desinhibirse, posibilitándole el contacto social; siendo lo anterior uno de los primeros pasos en el inicio de la dependencia a drogas.

Herencia:

Dentro de los factores biológicos que pudiesen estar incidiendo para que un sujeto se vuelva alcohólico existen registros que apoyan la influencia de una transmisión hereditaria. Hay estudios que muestran que individuos provenientes de familias donde existen antecedentes de alcoholismo, tienen más riesgo de desarrollar una dependencia de alcohol (Florenzano, Gazmuri y Carrasco, 1992); demostrándose que la prevalencia de dicho desarrollo es más elevada en parientes directos de alcohólicos (Negrete et al., 1985).

1.3.2. Perspectiva Familiar

Generalmente los sujetos empiezan a consumir drogas en la adolescencia, intensificándose cuando comienza su proceso de individuación; este es un período difícil, por un lado el individuo inicia su "camino de independencia" y por otro los padres necesitan reelaborar su relación, aquella que no incluirá este hijo; sin embargo, los padres son incapaces de relacionarse de manera satisfactoria, siendo una pareja inestable, con una serie de conflictos que no logran resolver, moviéndose entre permanecer juntos o separarse; esto, produce al interior de la familia un miedo a la separación tanto de la familia como del adolescente que está en riesgo de consumir (Armengol, 1996; Vargas, 1996).

La mayoría de las familias de sujetos dependientes a drogas psicoactivas se estabilizan o atascan en este flujo del cambio evolutivo, permaneciendo el adicto estrechamente vinculado al hogar, traduciéndose esta ligazón en una incapacidad para separarse y adquirir autonomía, presentando dificultades para desarrollar relaciones íntimas y estables con sujetos externos a su familia. Este proceso se

activa cuando el sistema familiar se desestabiliza (por ejemplo, separación de los padres), el adolescente centra la atención en sí mismo a través de comportamientos que inquietan a los padres como es el consumo de drogas; esta conducta comienza a ser reestabilizadora del sistema “cuando el consumidor mejora, la familia hace crisis, cuando el sujeto recae, se estabiliza la familia” (Armengol, 1996, p. 3). Estos individuos encuentran por medio de la droga la solución al dilema de estar atrapado entre las presiones que sufre para mantenerse ligado a la familia y la de establecer relaciones íntimas externas; por lo que la droga viene a ser el método que le permite pseudoindividualizarse “estando presente de cuerpo y ausente de mente” (Armengol, 1996; Vargas, 1996).

1.3.3. Perspectiva Macrosocial

Actualmente, vivimos en una sociedad donde los jóvenes tienen acceso a diferentes tipos de drogas ilegales; es ineludible la influencia que presentan los medios de comunicación en la expresión de modelos culturales a través de los cuales se socializan los individuos; por medio de éstos llegan al sujeto ideas, sensaciones, imágenes idílicas contrarias a lo que se ve en la realidad, adaptando su pensamiento y visión de mundo. Por otra parte, nos encontramos en una época caracterizada por la medicalización de las dificultades humanas donde la “pastilla” es la solución mágica de los problemas; a su vez, la falta de oportunidades laborales, la pobreza, las discriminaciones en general, influyen en la iniciación del consumo de drogas.

Frente a este problema Morales (1990) distingue varias causas macrosociales: (a) económicas: cesantía, malas condiciones laborales, subempleo,

dificultades en el reconocimiento social; (b) políticas: represión y exclusión social; (c) social: déficit de espacios de recreación y encuentro, hacinamiento habitacional.

Asún (1990) describe la "subjetividad juvenil en Chile" como aquella distinguida por la preponderancia del pensamiento mágico, conductas conformistas en el sentido de un "alineamiento acrítico", de una conciencia estática, de inseguridades, pasividad, dependencia e influencias del grupo; que llevan al consumo de drogas.

La multitud de objetos deseables posibles, lo fácil que resulta adquirirlos, los modos agresivos de resolver conflictos más, la falta de cuidados parentales cálidos y presencia real que aseguren la individualidad del niño, la carencia de "ideales" con sentido, ya sea místicos o políticos; la exigencia de aprender de los errores que conlleva el vivir y desarrollarse en sociedad, hace que cada persona manifieste el malestar de vivir en esta cultura construida y mantenida por cada uno de nosotros; permitiendo que los sujetos consuman drogas psicotrópicas para "olvidarse", aunque sea una ilusión momentánea, de las exigencias y sinsabores que les toca vivir (Asún, 1990).

1.4. Intervenciones aplicadas a pacientes dependientes de alcohol

Los innumerables factores individuales y sociales involucrados en los patrones de consumo, la farmacocinética del alcohol, las diferentes frecuencias y dosis de ingesta, hacen pensar en la multidimensionalidad del problema desde una perspectiva individual como también lo multicausal que resulta este a nivel social (MINSAL, 1996).

Debido a la complejidad del fenómeno, se han definido modelos de tratamiento que relacionan una serie de técnicas de intervención y manejo de los múltiples trastornos que sufren los individuos que consumen drogas psicoactivas. Con relación a lo anterior, el Ministerio de Salud enfrenta este fenómeno desde una perspectiva integral considerando “a la persona dependiente a drogas psicoactivas tanto en su ser físico-biológico como psicológico y social, inserto en una familia, interactuante con personas significantes y en un medio social que condiciona de alguna manera su vida pero, en el cual él ha determinado a su vez un estilo de vida que le es propio y particular”; teniéndose como objetivo del tratamiento “el propender al mejoramiento de la calidad de vida de la persona dependiente, así como de apoyarla a conseguir una adecuada reinserción social, familiar y laboral, y finalmente la construcción de un estilo de vida alternativo” (MINSAL, 1996, p. 65).

Este tipo de tratamiento debe integrar al sujeto que consume, al equipo multidisciplinario (profesionales, técnicos, etc), a la familia y a la comunidad en la que el individuo está inserto; y, a través de esto se desarrollarán estrategias de tratamiento que, como finalidad tendrán la reinserción y readaptación de un sujeto valente; para lo cual es fundamental ordenar eficientemente los objetivos y tareas a realizar, ya que lo anterior será un medio para que el individuo vaya normalizando su vida (MINSAL, 1996).

Se ha podido ver que los tratamientos más exitosos son aquellos que combinan enfoques integrales ejecutado por equipos multidisciplinarios e integrados al trabajo de autoayuda. Con relación al alcoholismo, se han desarrollado una serie de técnicas de intervención que tienen como objetivo que el sujeto deje de ingerir

alcohol, para lo cual necesita mantenerse abstinente, dentro de las cuales se destacan:

Manejo del síndrome de abstinencia: se tendrán como objetivos aliviar síntomas físicos, tratamiento de complicaciones del síndrome de abstinencia, es decir todo aquello referente a la desintoxicación del paciente y preparación para la rehabilitación.

Farmacoterapia en el manejo de la dependencia para el mantenimiento de la abstinencia: Según MINSAL (1993) y Buceta y Bueno (1996).

Para este fin se destacan (a) los fármacos psicótopos como por ejemplo ansiolíticos y antidepresivos que se utilizan con el objeto de atenuar estados de depresión y angustia; (b) las drogas disuasivas como el disulfirano o antabús como tableta, pellets o inyección, que tienen como propósito inducir una reacción física desagradable cuando se consume alcohol y (c) las terapias aversivas.

Terapia familiar: el objetivo de ésta es que la familia cambie las pautas de interacción que colaboran en la mantención de la conducta sintomática, a través de un contexto terapéutico donde la familia desarrolle nuevos estilos de comportamientos (Buceta y Bueno, 1996). El aumento de nuevas posibilidades se centra en la modificación de patrones relacionales y en la organización del sistema liberando al paciente de su "rol" como estabilizador de este; entregándole nuevamente al individuo consumidor su responsabilidad en su rehabilitación y en su autocuidado (Armengol, 1996).

Entrenamiento en habilidades sociales: existen programas que han focalizado el entrenamiento en el incremento de conductas asertivas y sociales o en

técnicas de relajación y manejo de la ansiedad, con el fin de que individuos dependientes de alcohol logren hacer frente adaptativamente contextos donde el alcohol esté presente.

Entrenamiento en autocontrol: tiene como objetivo controlar la ingesta de alcohol u obtener la abstinencia; en este último caso la intervención que se realiza es en prevención de recaídas, teniendo como propósito identificar situaciones de riesgo y entrenamiento en habilidades para afrontar dichos eventos previniendo así una recaída.

Terapias grupales: este tipo de terapia puede estar centrada en entrenamiento asertivo, autocontrol, psicoeducación; permitiendo que los individuos practiquen habilidades sociales, logren una cohesión como grupo, acepten la abstinencia, mejoren la autoestima y aprendan a funcionar con normas y límites.

1.5. La Mujer y el Alcohol

Si bien, actualmente el papel de la mujer está cambiando y los patrones de comportamiento de ambos géneros están convergiendo a una gran velocidad, el consumo de alcohol efectuado por hombres y mujeres no logra ser visualizado con la misma trascendencia; en el caso de la mujer, si estas abusan del alcohol son catalogadas, por la sociedad, como personas fuera de control, como una amenaza social, sexualmente permisivas, destructivas, que ponen en peligro su feminidad, su papel como mujeres, la estabilidad y el bienestar de su familia, sin embargo las razones por las que las mujeres pueden abusar del alcohol quedan, en general, fuera de la imagen de la sociedad (Ettorre, 1998).

En cuanto al visible aumento que presenta hoy en día la dependencia del alcohol en las mujeres, Alonso-Fernández (1981) señala la existencia de algunos factores que determinan en cierta medida este aumento; entre ellos se pueden destacar los siguientes:

- La liberación externa de tabúes y frenos socioculturales, con los que se ha suprimido en parte el desequilibrio social.
- La liberación interna que se ha permutado en una crisis de identidad al tomar la mujer en muchos aspectos, como modelo, el patrón masculino.
- La exposición a las fatigas y tensiones del mundo laboral, y a las incitaciones ambientales consiguientes, sobre todo en forma de consumo de alcohol para cubrir las pausas y cultivar las relaciones interpersonales.

En la medida que las modernas mujeres se distancian de la imagen, el papel y comportamiento tradicional, se va incrementando en ellas la incidencia del

alcoholismo. Pareciera suceder que este proceso sociocultural de liberación de la mujer implica mayor riesgo de alcoholismo cuando no existe una feminidad individual suficiente, completa e integrada (Alonso-Fernández, 1981).

Por otra parte es evidente el uso instrumental del alcohol de parte de muchas mujeres para reducir conflictos relacionados con su identidad sexual, pero especialmente, para resolver la discrepancia entre cómo una mujer se ve a sí misma y cómo le agradaría verse. Desde esta perspectiva resulta meritoria la aceptación de que la identidad femenina conflictual constituye un factor etiológico general del alcoholismo en la mujer (Scida y Vannicelli, 1979).

Antes de centrarme en los motivos que pueden incidir en una mujer para que se vuelva dependiente de alcohol, considero interesante el término hambre del cuerpo y hambre del corazón que utiliza la socióloga Elizabeth Ettorre al relacionarlos con el consumo de alcohol en mujeres. Ella se centra en la imagen de la mujer alcohólica como una persona hambrienta, desesperada y anhelante, es una mujer que se siente vacía pero a la vez llena de desesperación. El término hambre enfatizaría lo que algunas mujeres experimentan como un profundo apetito que se siente en el nivel físico y en el psicológico, un deseo muy fuerte de una sustancia psicotrópica, en este caso alcohol. Estos niveles se relacionan con el hambre del cuerpo y del corazón y ellas experimentarían los dos tipos de hambre con relación al alcohol.

El *hambre de cuerpo* se refiere al ansia física por el alcohol, es decir a la adicción física; si bien ambos términos se refieren a esta ansia, la adicción física da importancia a que el cuerpo está enganchado al alcohol y es esta sustancia la que

tiene el control del cuerpo; por otro lado el hambre del cuerpo es una expresión más esperanzadora, puesto que enfatiza la necesidad de asumir la responsabilidad por el consumo de alcohol. El *hambre del corazón* alude a la necesidad psicológica de alcohol, una necesidad basada en las emociones, es decir, en las experiencias de vacío, arraigadas en sentimientos de ser poco importante y no valer nada, donde las mujeres beberían para liberarse de sentimientos de ansiedad, para huir de la angustia o para buscar consuelo.

Esta autora señala que cuando las mujeres sienten la necesidad urgente de alcohol es porque sienten que algo está faltando en su vida, ya sea física o psicológicamente. Y que para desarrollar un hambre saludable es necesario aprender el modo de diferenciar entre lo que se siente y se quiere y la manera de expresarlo; lo anterior implica sentir el propio dolor o los sentimientos heridos, puesto que al hacer suyo los sentimientos les ayuda a tener fuerza, es decir, una vez que se sabe lo que nos hace vulnerables, lo que nos produce daño, se puede empezar a afrontarlo, y una vez que se afronta se puede encontrar modos de tratarlo.

*Referente a los **motivos** que pueden llevar a una mujer a beber, existen varios autores que opinan al respecto:*

- Ettore (1998) señala que el abuso excesivo de alcohol que presentan las mujeres tiene que ver con matar sentimientos malos de su vida y escapar del dolor. No le es posible sentir las emociones que surgen en situaciones particulares de su vida, ya que estos sentimientos los experimentan como amenazadores. Al centrarse en las razones de porqué las mujeres consumen excesivamente alcohol indica que

puede deberse a que "algo no funciona en sus vidas", este algo tendría que ver con sentimientos insufribles o insoportables que no son necesariamente compartidos por todas las mujeres en situaciones similares. Dentro de estos sentimientos se encuentran el aburrimiento, miedo, ansiedad, sentimientos de pérdida, de culpabilidad, vergüenza, rabia, frustración, rechazo, desesperación, soledad, sentimientos de inferioridad y la ira; sin embargo es probable que existan más sentimientos o mezcla de ellos que puedan estar ligados al consumo de excesivo de alcohol.

- Para algunos autores los motivos que presentan las mujeres ya sea para comenzar a beber excesivamente como también para asistir a tratamiento son los relacionados con sucesos vitales estresantes, es decir, conflictos de pareja, dificultades familiares, pérdida de seres queridos y situaciones traumatizantes (Quiñones y Julia, 1981). Otros autores señalan que está relativamente confirmado el que las mujeres consuman alcohol por crisis vitales que atraviesan en el transcurso de su existencia (Wilsnack, 1982).
- Existen mujeres que incrementan la ingesta de alcohol durante los días premenstruales, para aliviar su tensión premenstrual, dentro de cuyos síntomas están presentes la tensión ansiosa, la irritabilidad, la necesidad pasiva de dependencia y la soledad, utilizándolo como "medicamento", desarrollando lentamente una dependencia hacia el alcohol (Alonso-Fernández, 1981).
- En otros casos, el inicio del abuso de alcohol es tardío y ocurre en períodos de mayor vulnerabilidad, como el momento en el que los hijos abandonan el hogar, síndrome del "nido vacío"; a este sentimiento de soledad y vacío se agrega una

crisis de la autoestima, ya que recrudecen viejos conflictos relacionados con la idea que tienen de su propia importancia y del papel que juegan en la vida (Negrete et al., 1985).

- También se ha observado un aumento considerable del consumo de alcohol en mujeres que deben permanecer en casa, ocupándose de hijos pequeños, luego de haber estado un cierto tiempo trabajando o cumpliendo con responsabilidades fuera del hogar; este aislamiento y la imposibilidad de mantener el contacto con un mundo externo conocido, provoca en ellas una conducta regresiva, donde el placer de la embriaguez moderada adquiere gran importancia (Negrete et al., 1985).

- Quiñones y Julia (1981) señalan que los motivos por los que las mujeres beben excesivamente son múltiples. Para este fin, describen tres tipos de factores predisponentes los cuales, en conjunto muestran que el sector de la población femenina más afectado oscila entre los 30 y 49 años:

- Factores fisiológicos: ciclo menstrual, tensiones premenstruales, la menopausia; problemas de esterilidad, abortos, histerectomías y frigidez.

- Factores psicológicos: a) Pareciera existir una sobreidentificación con los roles del sexo femenino, tales como esposa-madre-ama de casa (equivalente a como en el hombre se presenta el fenómeno del machismo); b) Pareciera que es frecuente una actitud pasivo-sumisa, unida a un gran resentimiento encubierto; c) Mayor incidencia de intolerancia a la frustración y dificultades en el control de los impulsos; d) la Soledad (este fenómeno ha estado presente en diversos estudios realizados).

- Factores sociales: a) pareciera darse un porcentaje de incidencias ambientales familiares negativas en la infancia y juventud de la mujer alcohólica; b) existen mujeres que beben sobre todo en grupos de compañeras de trabajo como manifestación de un cambio en los modos del beber en una sociedad industrial; c) de las investigaciones realizadas según las diferentes clases sociales, pareciera que los factores sociales más significativos que determinan el alcoholismo femenino residen en la familia de origen, en los vínculos posteriores o en la interacción de ambos.

En Chile se realizó un estudio en el que se intentó evaluar psicológicamente a la mujer alcohólica obteniéndose los siguientes resultados: es un grupo donde existe una alta incidencia de problemas familiares como sociales, tales como soledad o pérdida de seres queridos, abandono del marido o hijos, alcoholismo de la pareja, conflictos personales derivados de una vida desordenada, trabajo nocturno, pertenencia a grupos donde se utilizan drogas, etc. Además se logró determinar que el grupo etéreo de mujeres que consume alcohol excesivamente oscila entre los 30 años y los 49 años y a su vez, señalan que los motivos que las indujeron a iniciar la ingesta son sucesos vitales tales como conflictos con la pareja, separaciones, situaciones traumatizantes, desajustes afectivos o pérdida de seres queridos (Quiñones y Julia, 1981).

En cuanto a la **personalidad** de estas mujeres, Kinsey (1966); Wood y Duffy (1966); Beckman (1975), postulan que la mujer alcohólica tiene una identidad precaria, una imagen distorsionada de sí misma, acompañada de baja autoestima y

un pobre concepto propio, todo esto acompañado de una fuerte necesidad de dependencia, apoyándose en los otros para aceptarse más y elevar el concepto de sí misma; además presenta dificultad para sobrellevar los problemas exitosamente, una escasa tolerancia a la ambivalencia, tendencias hacia la angustia, impulsividad, culpa, vergüenza. Lo anterior puede ser considerado como factores predisponentes del alcoholismo femenino.

Curran describe en estas mujeres una fuerte relación con la madre, narcisismo, una fuerte tensión interior que hace que el contacto social sea más dificultoso; ellas están siempre luchando por el reconocimiento social y temiendo que no se les dé. Son mujeres que provienen de hogares disgregados debido a graves dificultades como alcoholismo en alguno de los padres, maltrato; presentan índices de privación afectiva infantil por pérdida precoz de un progenitor a causa de divorcio, deserción o muerte; y a consecuencia de ello, los vínculos primarios que se forman son inestables y frágiles lo que influirá posteriormente en el establecimiento de relaciones sociales afianzadas y duraderas (Quiñones y Julia, 1981; Alonso-Fernández, 1981).

Debido en gran parte al estigma social que envuelve a las mujeres alcohólicas estas presentan un período más largo de evolución solitaria y secreta, beben cuando están solas, esconden sus embriagueces a través de diferentes malestares, y como su oculto proceso es más insidioso que en el hombre por razones biológicas y culturales, consultan cuando están destruidas física y moralmente, cuando su alcoholismo está demasiado avanzado. Hay autores que

señalan que la pérdida de apoyo social en las mujeres es un evento muy intenso lo que las llevaría a consultar con mayor prontitud. Su inicio es tardío, el curso es más rápido, el síndrome de privación aparece más temprano que en los hombres, es decir demoran menos tiempo o necesitan consumir menos alcohol que los hombres para transformarse en mujeres alcohólicas; presentan con mayor frecuencia dificultades orgánicas como es el caso de la cirrosis. En ocasiones tienden a consumir paralelamente al alcohol benzodiazepinas, anfetaminas, etc. La incidencia de depresiones (aunque no está especificado si es secundaria o no al alcoholismo), ansiedad, inestabilidad conyugal, matrimonio con maridos alcohólicos y suicidios es más elevada que en el alcoholismo masculino (Alonso-Fernández, 1981).

Es necesario destacar que los maridos de las mujeres alcohólicas son impacientes y poco tolerantes con el alcoholismo de su cónyuge, y a consecuencia de esto se divorcian de ella, la abandonan y en otros casos no colaboran con el tratamiento e incluso pueden llegar a estimular el consumo de alcohol. Además del abandono físico o afectivo de parte del marido, la mujer también recibe el rechazo social a causa de su alcoholismo (Alonso-Fernández, 1981).

Con relación a lo anterior es posible establecer que no existen teorías consistentes respecto al alcoholismo femenino, sólo la presencia de modelos que intentan abordarlo desde diversas perspectivas (Castillo y Serrano, 1991). En lo referente a los tratamientos que se imparten, éstos se aplican centrados en el alcoholismo masculino, sin integrar en éste las necesidades que tiene cada mujer, sin prestar atención a las circunstancias y motivos que los diferencian, sin reconocer que los problemas que presentan las mujeres con el alcohol tienen sus

raíces en sus experiencias corrientes como mujeres, poniendo en peligro la permanencia de ellas en los tratamientos (Ettorre, 1998).

En síntesis, las mujeres que consumen alcohol presentan una identidad precaria, una imagen distorsionadas de sí mismas, baja autoestima y una fuerte necesidad de dependencia. Inician el consumo a mediana edad, se caracterizan por beber a escondidas y solas; consultan tardíamente cuando se encuentran destruidas física y moralmente, pero en ocasiones la falta de apoyo las impulsa a asistir a tratamiento. Utilizan estrategias de afrontamiento inadecuadas como es el caso de ingerir alcohol cuando deben enfrentar sucesos de vida estresantes, cuando experimentan soledad, cuando les falta el apoyo de su familia y de su entorno, lo cual inevitablemente repercute en la sensación de bienestar que experimentan en diversas esferas de su vida.

1.6. Epidemiología

El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) realizó entre septiembre y diciembre de 1996 el Segundo Estudio Nacional de Consumo de Drogas. A continuación se mostrarán algunos resultados:

*** Consumo en el último año: se refiere a la declaración de una persona de haber usado alcohol una o más veces durante los últimos 12 meses.

- A nivel nacional, la prevalencia en el último año de consumo de alcohol es de 70.25%.
- A nivel nacional la incidencia en el último año de consumo de alcohol es de 23.95%.
- A nivel nacional, la prevalencia en el último año de consumo de alcohol en mujeres, es de 65.32%, siendo superior al de 1994 en más de un 10% (53.58%).
- A nivel nacional, la incidencia en el último año de consumo de alcohol en mujeres es de 18.58%.
- A nivel nacional, la prevalencia en el último año de consumo de alcohol en mujeres según grupo etáreo es: entre 19 años y 34 años de 70.84%; entre 35 y 44 años de 68.74%; y entre 45 y 64 años es de 58.28%.
- A nivel nacional, la incidencia en el último año de consumo de alcohol en mujeres se concentra en el grupo etáreo entre 12 y 18 años con un 28.55%, continuando con el grupo entre 19 y 44 años que corresponde al 16%.
- En la quinta región, el consumo de alcohol en el último año en mujeres corresponde a un 64.63%.

2. Salud Mental

“*Salud Mental*” es un concepto vago debido a la relación que mantiene con el sistema de valores, normas, creencias que imperan en cierto momento en un sistema social y cultural determinado; siendo difícil basarse en una ideología universal para definirla. Para remediar lo impreciso del término han surgido diversos modelos que intentan explicarla como es el caso de la psiquiatría biológica, de modelos psicoanalíticos, psicosomáticos, conductistas, cognitivos, comunitarios, etc., siendo inviable un modelo integrativo o la existencia de una definición única de *Salud Mental* (Álvaro, Garrido y Torregrosa, 1996).

Es posible visualizar la existencia de dos orientaciones diferentes que intentan definir qué es la *Salud Mental*; por una parte se encuentra aquella llamada negativa, donde la necesidad de salud o bienestar mental se deduce a partir de la cantidad de personas que sufren un trastorno psíquico (prevalencia) o del número de personas que ha comenzado a sufrir una enfermedad mental en un momento dado (incidencia), considerándose sano sólo a las personas que no presentan síntomas marcados o invalidantes, excluyendo a aquellos que presentan formas de malestar psicológico de baja intensidad. Esta orientación de déficit se encuentra asociada a los modelos médicos, los que consideran a la salud mental como ausencia de enfermedad.

La otra orientación llamada positiva, se centra en la percepción subjetiva de malestar psicológico connotando a la salud mental no sólo como un fenómeno definido por la ausencia o presencia de enfermedades invalidantes sino que relativiza la intensidad de éstos y al mismo tiempo acoge nuevas formas de malestar

psicológico que se constituyen como tales a partir de las interacciones sociales en las cuales está inmersa la persona; si bien la presencia de síntomas es una condición necesaria para la definición de salud mental, no es un determinante de ésta (Páez y cols 1986). Esta orientación es característica de los modelos psicosociales que intentan definir la salud mental desde una perspectiva psicosocial.

A continuación se describirán algunas definiciones existentes respecto de la *Salud Mental*:

2.1. Definiciones:

- ◆ “Salud Mental, es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas, relacionales, el logro de las metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (MINSAL, 1993, p. 4).
- ◆ Según el modelo médico, la *Salud Mental* está definida como la ausencia de síntomas; y utiliza los criterios del DSM IV para diagnosticar el deterioro en la *Salud Mental* que incluiría la presencia de síntomas, su duración y un funcionamiento no integrado. Dentro de las falencias que presenta este modelo es la de no incluir a aquellas personas que, si bien, no cumplen todos los criterios que se necesitan para presentar un deterioro en la *Salud Mental*, sienten algún malestar psicológico (Álvaro et al., 1996).
- ◆ La *Salud Mental* es concebida como un equilibrio positivo de afectos, donde las experiencias emocionales positivas predominan sobre las negativas. Algunos

autores admiten que ambas dimensiones son independientes y con diferentes correlatos, siendo su relación un indicador de bienestar (Álvaro et al., 1996).

♦ La *Salud Mental* puede ser definida como calidad de vida, refiriéndose esta última tanto a los aspectos objetivos del nivel de vida como al malestar y bienestar subjetivos, incluyendo aspectos sociales, físicos y psicológicos. Las dimensiones de la calidad de vida comprenden a la salud física, la salud mental, la integración social y el bienestar general. La satisfacción vital y la satisfacción de necesidades psicosociales son los ejes principales de la *Salud Mental* como calidad de vida (Álvaro et al., 1996).

♦ Jahoda entiende la *Salud Mental* como el grado de éxito logrado en distintas esferas de la vida como son las relaciones interpersonales, el trabajo o la resolución de conflictos (Álvaro et al., 1996).

♦ Desde una perspectiva psicosocial y utilizando una visión que logra integrar la salud física y mental, Páez define la *Salud Mental* como: “un atributo individual en su forma de existencia (en tanto sólo existe en los individuos y no como realidad psíquica supraindividual), pero social en su origen (sería un producto de los factores psicosociales y sociales como los sucesos vitales, el soporte social y las formas de afrontamiento, además de la estructura social en un sentido amplio), social en sus funciones (un estado emocional de balanza positiva tendría efectos adaptativos individuales y sociales) y social en su contenido (porque estaría formada por la internalización de las relaciones y evaluaciones sociales)” (Álvaro et al., 1992, p. 194).

2.2. Modelos teóricos:

La psicología social aplicada propone algunos modelos psicosociales para la comprensión y posterior intervención en el área de la salud mental. Los modelos psicosociales plantean que la *Salud Mental* y los trastornos están determinados por factores y procesos del entorno sociocultural en que está inmerso el individuo, donde la conducta humana saludable como disfuncional sería el resultado de un proceso interactivo entre las personas y su ambiente (Alfaro, 1993).

A continuación se describirán algunos modelos que intentan explicar desde una perspectiva psicosocial el concepto de *Salud Mental*.

➤ Modelo de salud mental de Warr.

Warr plantea un modelo integral definiendo la *Salud Mental* como “el resultado de las interacciones entre las características del medio, los procesos a los que dan lugar dichas características y ciertos atributos estables de personalidad” (Álvaro et al., 1996, p. 385); a su vez, la *Salud Mental* está constituida por cinco componentes: el bienestar afectivo, la competencia personal, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado, por lo cual, aquellas personas que presenten un deterioro en su bienestar psicológico muestran déficit en cada uno de los constituyentes de la *Salud Mental* (Álvaro et al., 1996).

Respecto a la definición, las características del medio que son determinantes para la *Salud Mental* y que presentan una relación no lineal con ésta, corresponden a: oportunidad para ejercer control sobre el medio; oportunidad para la utilización y el desarrollo de los conocimientos y capacidades personales; existencia de objetivos generados en el medio; variedad; claridad ambiental; disponibilidad

económica; seguridad física; oportunidades para el desarrollo de las relaciones interpersonales y posición social valorada.

Por otra parte, en este modelo se concibe las características individuales (que incluye: los componentes de la *Salud Mental* anteriormente señalados, variables sociodemográficas como por ej: edad, género y status socioeconómico, valores personales y habilidades intelectuales, psicomotoras y sociales) como factores moderadores de la relación no lineal entre el medio y la *Salud Mental* (Álvaro et al., 1996).

En síntesis, el modelo descrito está centrado en el estudio de los determinantes del medio social sobre la salud mental, considerando las características personales como factores moderadores del impacto del medio sobre ésta (salud mental), por lo cual la visión adoptada por el autor es integrativa y psicosocial (Álvaro et al., 1996).

➤ *Modelo de Jaime Alfaro: Una aproximación psicosocial al concepto de Salud Mental.*

Este enfoque plantea que la incidencia de problemas de salud en un momento dado es “una razón variable que depende por una parte de causas orgánicas, de circunstancias medioambientales estresantes y de las necesidades en general y por otra parte, depende de los recursos disponibles para hacer frente a estas situaciones y necesidades: de recursos personales, sociales y económicos”, todo lo anterior inmerso dentro de una organización social (Alfaro, 1993, p. 55).

Lo esencial del modelo es la relación que crea entre el estrés al que está expuesto una persona, como un determinante de los síntomas, mediado por factores psicológicos y microsociales (Alfaro, 1993).

Este modelo establece que una infinidad de eventos estresantes causa por sí solo problemas de salud. La exposición a estos eventos es amortiguado o empeorado por la presencia de un apropiado o inapropiado soporte social y/o un apropiado procesamiento psicológico (percepción de control del medio, creencia en los propios recursos, o bien, una débil autoimagen o sentirse desesperanzado). Admitiéndose que ciertos niveles de soporte y percepción de control del ambiente, propenden a una determinada cantidad de eventos estresantes (Alfaro, 1993).

Podemos concluir que los factores psicosociales, como por ejemplo: la competencia psicosocial, soporte social, locus de control, procesamiento cognitivo, autoestima, habilidades y recursos personales etc., son dimensiones operacionales del bienestar o salud psicosocial; pudiendo ser comprendidos como factores de protección o de riesgo de la calidad de vida de una persona (Alfaro, 1993).

➤ *Modelo psicosocial de Darío Páez.*

Este autor hace referencia a ciertos factores psicosociales (macrosociales, microsociales y psicológicos) como relevantes en la explicación de los síndromes de ansiedad y depresión, y por otra parte, responsables del bienestar psicosocial.

Dentro de los factores macrosociales se encuentra la clase social y el sexo, los que actuarían básicamente como predisponentes de deterioro en el bienestar psicológico. Si bien, existen enfermedades que son más reiterativas entre la clase alta, la clase baja tiene índices más altos de morbilidad y mortalidad. Pertenecer a

una clase obrera se asocia con una mayor probabilidad de presentar síntomas, un diagnóstico más severo de parte de los técnicos, un tratamiento más medicamentoso y una estancia más larga en un recinto hospitalario.

Con relación a los factores microsociales los cuales pueden actuar como desencadenantes en el surgimiento de síntomas depresivos y ansiosos se encuentran los sucesos vitales estresantes y el soporte social, ambos cumplen un rol fundamental en el proceso de socialización e identificación de los aprendizajes primarios y de refuerzo social.

Los factores psicológico-sociales como la autoestima, la autoimagen, las habilidades sociales, las estrategias de afrontamiento, la capacidad de control y percepción del medio, los esquemas cognitivos, los estilos de atribución de causalidad, los niveles de expectativas etc; intervienen como mediadores en la configuración de la personalidad y en los síndromes de ansiedad y depresión.

Para este autor, todas las dimensiones están ampliamente interrelacionadas, donde cada una de las variables se potencia, dando origen a un fenómeno de sinergia; siendo estas dimensiones, consideradas como factores de riesgo o de protección, de acuerdo a su influencia en el bienestar de las personas. Cada uno de los factores psicosociales (macro, microsociales y psicológicos), corresponden a dimensiones subyacentes y operacionalizables del bienestar psicosocial, operando como indicadores positivos de éste (Alfaro, 1993).

Los diferentes modelos presentados bajo la perspectiva psicosocial coinciden en al menos dos factores para comprender, describir y explicar el surgimiento de los síntomas, uno de los factores tiene relación con la individualidad de la persona, es

decir sus pensamientos, afectos, y comportamientos que se manifiestan en diversos acontecimientos, y el otro factor se relaciona con el entorno social en el que se desenvuelve la persona (González y Rogat, 1998).

Desde la perspectiva psicosocial la *Salud Mental* será entendida como la sensación de bienestar o satisfacción del sujeto en diferentes esferas de la vida, a partir de los recursos con que se cuentan para la satisfacción de sus necesidades personales (físicas psicológicas y sociales) así como para enfrentar las demandas del medio (González y Rogat, 1998).

Respecto del alcoholismo, actualmente en Chile existe una amplia evidencia de sus múltiples implicancias negativas para el bienestar psicosocial, ya que no sólo afecta la salud mental de las personas que abusan del alcohol, sino que también la de los miembros de su familia y de su grupo social (MINSAL, 1993); sin embargo no se ha investigado la asociación que pudiesen tener los factores microsociales y psicosociales (responsable de la salud mental) en la dependencia de alcohol (Alfaro, 1993).

Al concluir, resulta relevante señalar que la salud en general y la salud mental en particular, son componentes constitutivos de la calidad de vida de los individuos y más allá de una experiencia o estado individual, son consideradas como un recurso personal y social que dinamiza a las personas para hacer frente y modificar su entorno social (MINSAL, 1993).

A partir de lo señalado, esta investigación estará basada en la perspectiva psicosocial debido a que aporta una visión integral de los problemas de salud pública como es la dependencia de alcohol.

2.3. Mujer y Salud Mental

Al interior de cada sociedad, las exigencias y expectativas que se tiene respecto de diversos grupos de personas varían según la clase social, sexo, edad, etc. En cuanto al género, es posible señalar que existen prescripciones fijas, características de la cultura, acerca de cómo ser mujer u hombre, otorgándoles un cierto valor, estatus, y poder a cada uno. A través del proceso de socialización, estas prescripciones comienzan a internalizarse, siendo difícil distinguir entre lo que es propio de cada persona y lo que se aprende del entorno social en el que se está inmerso. Esta desigual valoración de hombres y mujeres, más la rigidez de los estereotipos sexuales, tiene efectos directos en la salud mental y física, como también en el promedio de vida para cada uno (Burin, 1987).

Los mecanismos fundamentales por medio de los cuales la construcción de género despliega su influencia sobre la salud de las personas son, la socialización y el control institucional. Esto significa que, la sociedad orienta de modo diverso la motivación de hombres y mujeres respecto de la selección de alternativas de conducta y las instituciones vigilan el cumplimiento de dichas expectativas, a través de la sanción positiva o negativa del acatamiento o desviación de los estereotipos de la masculinidad y feminidad (Burin, 1987).

Investigaciones han demostrado que las mujeres presentan peor salud mental que los hombres; en ellas predominan los trastornos pasivos menos invalidantes como las neurosis, las depresiones y las somatizaciones; tienden a expresar más abiertamente sus malestares a diferencia de los hombres; consultan a un profesional en una mayor proporción, utilizan más medicamentos (en especial

psicótopos) y gastan más en cuidados que los hombres. Por otra parte, el rol que representa la mujer en la sociedad, el status marital, la dependencia de los hijos, la expresión de los síntomas, afectan negativamente los síndromes de dependencia y aislamiento social de la mujer en general y específicamente de aquella que tiene bajos ingresos; es así como el ser mujer de clase social baja presenta una probabilidad alta de presentar un bajo apoyo social, una baja autoestima y un locus de control externo (Páez y cols. 1986). En cuanto a la prevalencia de deterioro en la salud mental, el grupo de mujeres que más vulnerable se encuentra son aquellas que realizan labores de casa y las que transitan por la llamada "edad media de la vida" (Burin, 1987).

Algunas investigaciones señalan que desde la antigüedad hasta nuestros días, la mujer no es dueña de una salud que le sea propia y característica sino construida a partir del reflejo de la salud del hombre. La mujer normal sería una persona menos independiente, competitiva y agresiva, más emocionable e influenciable, más preocupada de su apariencia física y generalmente carentes de proyectos futuro, lo que correspondería al equivalente de un hombre adulto no completamente normal, como si se admitiera que la mujer presenta una salud mental patológica o una normalidad anormal (Burin, 1987).

Haciendo una breve reseña acerca de la historia de la salud mental de las mujeres, es posible señalar algunos eventos relevantes como por ejemplo: el código napoleónico adoptado en 1805 por varios países europeos y americanos, en el que se indicaba que las mujeres eran propiedad privada del marido, estableciéndose su

inferioridad desde un nivel social, político y económico, reforzándose el poder del marido y la reinterpretación de la vida de la mujer mediante su función en la familia; el desarrollo de la medicina durante el siglo XIX también aportó a esta concepción de la mujer al considerarla un ser inferior, basándose en determinadas características cerebrales; esta última noción se vio reforzada por algunas pruebas psicométricas que mostraban a la mujer como una persona con falta de iniciativa, de autocontrol, de creatividad, de abstracción, de independencia, de agresividad. Desde esta perspectiva, la sexualidad femenina quedaba encerrada en una moral materna; esta moral suponía un modelo de la mujer dentro del terreno doméstico, que otorgaba contención, nutrición siendo una persona receptora de sus hijos como de su pareja. De esta manera el papel de la mujer poco a poco fue limitándose a su hogar, aislándose y excluyéndose del entorno. El desarrollo de la moral materna y de las condiciones de aislamiento en que se encontraban las mujeres dentro sus hogares, provocó un cambio histórico, es decir, la formación del ideal maternal como un ideal que formaba parte de la subjetividad femenina; pues, el acatar este ideal garantizaba la salud mental de ellas (Burin, 1987).

A partir de estas concepciones la subjetividad femenina, basada en el ideal maternal, conforma en las mujeres una disposición de servicio y atención a los otros. El ser para otros se conforma en las mujeres, desde que nacen, a través del proceso de socialización y tiende a desligarse de la experiencia concreta del ser madres. Es así como las mujeres aprenden a verse a sí mismas como dadoras exclusivas, siendo sensibles a detectar las necesidades de los otros y a

responderles inmediatamente, aunque lo anterior implique la postergación de sus necesidades trasladando sus deseos a un segundo plano (Burin, 1987).

Al relacionar lo anterior con la dependencia de alcohol, es posible indicar que el consumo de esta sustancia en las mujeres desafía los estereotipos tradicionales femeninos y los papeles que tienen que ver con la identidad de ser mujer. La mujer dependiente de alcohol representa la feminidad fuera de lugar, pues no se espera que ella esté ebria o fuera de control, siendo su conducta un desafío al orden social establecido, una amenaza al equilibrio de la sociedad. Las mujeres se hacen dependientes al alcohol porque llega un punto en el que no quieren o no pueden encarnar el papel que les es asignado, es decir, el de portadoras de los valores morales, el de aquellas personas que otorgan cuidado físico, psicológico y emocional a los miembros de su familia (Ettorre, 1998).

Finalmente es posible señalar que la Salud Mental de la mujer, concebida como la sensación de bienestar en distintas esferas de la vida, tiene directa relación con el rol que desempeñan y con las expectativas que tiene la sociedad respecto de ellas (Burin, 1987).

3. Apoyo Social

El apoyo social es considerado como un de los factores psicosociales de gran relevancia en la determinación del estado de salud mental que presenta un individuo. Actualmente existen numerosos estudios sobre los efectos del entorno social en el bienestar y la salud, los cuales ponen en evidencia la viabilidad de disminuir las probabilidades de enfermar a través del refuerzo o el incremento de los lazos sociales; sin embargo aún es insuficiente el conocimiento que existe sobre la estructura y funcionamiento de los lazos interpersonales, así como de la forma que afectan la salud (Olea, 1992).

En cuanto a los aspectos positivos del apoyo social, Casell (1974); Coob (1976) y otros autores demuestran los efectos protectores del apoyo social, logrando concluir que aquellas personas que se encuentran con altos niveles de estrés pero que tienen acceso a otros significativos, no exhiben las consecuencias adversas para la salud que hubieran desarrollado al no sentirse apoyadas. En estos trabajos se logra visualizar la importancia que presenta un efectivo apoyo social cuando las alternativas para disminuir los eventos estresantes resultan insuficientes.

A su vez, Kaplan (1977) contempla en sus trabajos los aspectos positivos del apoyo social en el bienestar psicosocial de los individuos, estableciendo que un sistema de apoyo implica un patrón duradero y estable de continuos vínculos, que juegan un rol significativo en el mantenimiento de la integridad psicosocial y física de los sujetos a través del tiempo.

Definiciones de red social y apoyo social:

La relación que existe entre ambos constructos puede llevarnos a considerarlas como conceptos independientes o en la imposibilidad de establecer una diferencia entre ellas, puesto que una de las grandes dificultades con la que se enfrenta el estudio de las redes sociales es la de no existir una definición única, precisa y clara (Olea, 1992).

3.1 Red social.

Dentro de las definiciones que existen de red social se pueden destacar las siguientes:

- Es un sistema de apoyo con relaciones formales e informales mediante los cuales una persona recibe el apoyo emocional, cognitivo y material necesario para manejar las experiencias estresantes (Caplan, 1974).
- Es el tejido de vínculos sociales que circunda a una persona (Berkman, 1984).
- "Es el conjunto de relaciones sociales, con sus propiedades estructurales y dinámicas (es decir con un contenido relacional), que posee un sujeto o una comunidad y que pueden ser utilizadas para interpretar su comportamiento social" (Olea, 1992, p. 78).
- Es un conjunto de personas actualmente significativas con quienes se mantiene interacción social de manera frecuente (familiares, vecinos, amigos, etc.) (Hirsch, 1979).

Alvarado (1993) concibe las redes sociales como el conjunto de personas significativas (familiares, vecinos, amigos, etc.) con las que se mantiene una

interacción social en forma habitual. Las personas que integran esta red presentan características biológicas, psicológicas, sociales y culturales relativamente similares las que propiciarían las relaciones sociales, la cohesión grupal, amparando la integridad física y mental. El fracaso de las redes sociales provocaría cierta vulnerabilidad en la aparición de alguna disfunción mental.

Es necesario señalar que la red social considera mayormente los aspectos estructurales, como por ejemplo: tamaño, densidad, homogeneidad, etc., y el apoyo social hace referencia a aspectos más funcionales de las redes, por ejemplo: la provisión de ayuda emocional, informativa o instrumental (Vera y Wood, 1994).

Según Vera y Wood (1994) se puede considerar que un sistema de apoyo es una red social, una serie de modos de relacionarse entre individuos y una serie de vínculos de relaciones de apoyo emocional. Pese a que todo sistema de apoyo es o forma parte de una red social, no toda red social es necesariamente un sistema de apoyo.

Para Alfaro (1993) las redes sociales influirían sobre el bienestar y desarrollo psicosocial de las personas respecto a ciertas características estructurales y cualitativas de ellas. Para este autor, los elementos estructurales relevantes en la entrega de apoyo de una red social son: intimidad, es decir, que permita comunicar hechos y sentimientos privados; integridad social, es decir, que las preocupaciones e intereses sean compartidos; aconsejar, es decir, que sea capaz de dar la oportunidad de aconsejar y guiar a otros; valoración, es decir, que reafirme la autoestima; confianza, es decir, que cree una alianza o vínculo confiable; y que entregue orientación.

En cuanto a las redes personales y familiares, resulta notable indicar que éstas son fuentes de recursos afectivos, emocionales e instrumentales, los cuales son necesarios para la supervivencia (Olea, 1992).

La red social desempeña una función mediadora entre los factores personales, ambientales y el apoyo social. Las características estructurales y funcionales de la red social personal interviene de forma directa en el apoyo social, permitiendo mediar los efectos de los factores personales y ambientales sobre la posibilidad de enfrentar eventos vitales y de poder disponer de estrategias adecuadas para resolver las dificultades; lo que a su vez influye en los niveles de salud de cada persona (Vera y Wodd, 1994).

En síntesis, las redes sociales corresponden a un conjunto de relaciones sociales que una persona presenta las cuales pueden tener efectos facilitadores, neutros o negativos sobre el bienestar psicosocial (Vera y Wood, 1994).

3.2 Apoyo social.

Cassel (1974) acuñó el término apoyo social con el fin de dar énfasis a las relaciones interpersonales solidarias en el afrontamiento de los eventos estresantes. Al no existir una definición universal del concepto, existe una gran variedad de éstas. Existen definiciones que se centran en la existencia o cantidad de relaciones sociales que establece una persona, sin embargo lo anterior no implica la entrega de apoyo. Por otra parte, existen definiciones que consideran las funciones del apoyo social, refiriéndose a éste como un concepto multidimensional con diferentes

niveles dentro de los cuales se destaca el proporcionar apoyo emocional, apoyo material y apoyo informacional (Álvaro et al., 1992).

Dentro de las definiciones que se han podido encontrar respecto de este constructo se destacan:

- ❑ Lin y cols. lo definen como las provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas aportadas por la sociedad, redes sociales y amigos íntimos (Vera y Wood, 1994).
- ❑ Cobb (1976) lo define como la ayuda, guía e información que la persona recibe de la red social que incluye a la familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos.
- ❑ El efecto positivo de las relaciones sociales de los individuos (Álvaro et al., 1996).

Darío Páez en su modelo considera dentro de los factores microsociales al soporte social como un gatillante en el deterioro de la salud o bienestar psicosocial de las personas. Este autor define soporte social como “la percepción que tiene el sujeto, a partir de su inserción en las relaciones sociales, de que es: cuidado y amado; valorado y estimado; que pertenece a una red social de derechos y obligaciones” (Paéz y cols. 1986, p. 92). El elemento principal de esta definición es la existencia de relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional y material.

El apoyo social es posible concebirlo como aquel en el que las personas se hayan comprometidas en un número de relaciones mediante las cuales obtienen cuidado y atención con diferentes grados de calidad y profundidad. Una relación de este tipo implica, en lo básico, una comunicación de aceptación y afecto; sentir que

uno es amado y valorado y que el bienestar que podemos tener es, también, preocupante para otros significativos, haciendo que este apoyo sea protector. Lo central de esta definición es el facilitar la aparición en los sujetos del sentimiento de que son personas dignas de atención, valoradas y capaces de parte de los demás; y adquirir conciencia de sus recursos para el logro de los objetivos a través de su esfuerzo y el de los otros (Vera y Wood, 1994).

Existen autores que dan mayor importancia al análisis de la fuente y otros al contenido del apoyo social. En el caso de la fuente, cualquier persona puede ser fuente de apoyo, sin embargo existirá mayor posibilidad de que lo sean el marido, los familiares y vecinos, etc.

Respecto al contenido del apoyo social, Cohen y Ashby (1985) establecen cuatro dimensiones:

- ✓ *Apoyo emocional*: va desde ofrecer simpatía, cuidados, afecto, a ofrecer confianza, aumento de autoestima y confiabilidad.
- ✓ *Apoyo de valoración*: tiene relación con la transmisión de información relevante para la autoevaluación, es decir se refiere a lo que llamamos comparación social; el papel de otras personas como fuente de información, que los individuos pueden utilizar para evaluarse a sí mismos y recibir retroalimentación.
- ✓ *Apoyo informacional*: se refiere a la facilitación de información para usar en el afrontamiento de problemas personales y ambientales. Es una información que le otorga a la persona estrategias de autoayuda.
- ✓ *Apoyo instrumental*: se realiza a través de conductas que ayudan directamente a la persona necesitada, por ejemplo, ofrecer trabajo.

Con relación al ciclo vital, Vera y Wood (1994) señalan que hay investigaciones que indican que el objetivo del apoyo social en la vida adulta, es similar a las experiencias de apego durante la infancia; esta última le proporciona al niño apoyo y promueve el sentido de dignidad personal otorgándole seguridad mientras descubre el mundo; en cuanto a la adultez, el apoyo social permite lograr una mejor percepción de sí mismo, sintiéndose valorado y querido. Bowlby (1976) advierte que todas las personas pueden ser más felices, desplegar mejor sus capacidades, si tienen la posibilidad de confiar en el soporte de las personas que la rodean en cuanto a que éstas lo socorrerán si es que existen dificultades.

En el ciclo vital se pasa a través de progresivas transiciones de cambios de rol, cambios de medio; y en estos cambios en mayor o menor medida, hay estrés de carácter psicosocial; si la persona dispone de vínculos, podrá hacerles frente y superarlos. Bajo esta perspectiva el apoyo social puede ser comprendido como los recursos afectivos, cognitivos, instrumentales provistos a los menores, mediante las relaciones que se establecen en las interacciones sociales (Vera y Wood, 1994). Es decir, sólo cuando un individuo cuenta con sistemas de apoyo adecuados y accesibles, podrá desarrollarse saludablemente.

Si bien, existe un acuerdo en que el apoyo social influye positivamente en el bienestar y salud psicosocial de las personas; aún no se ha verificado cómo es que actúa. Al respecto se han supuesto dos formas que lo explicarían:

- ♦ Efecto directo: Se refiere a que el apoyo social promueve la salud y el bienestar independiente del nivel de estrés. A medida que aumenta nivel de apoyo social, menor es el malestar psicológico, y a medida que disminuye el grado de apoyo

social, mayor es la incidencia de trastornos, independiente de los acontecimientos vitales estresantes (Vera y Wood, 1994).

Se han propuesto diferentes mecanismos por medio de los cuales se ejercería este efecto, dentro de los que se destaca el propuesto por Gottlieb (1983), según este autor las personas con escaso apoyo social tienen mayor probabilidad de experimentar estresores ambientales que los individuos que participan en la sociedad o aquellos que tienen la posibilidad de recurrir a algún apoyo cuando lo sienten necesario. La falta de apoyo social sería por sí sola un estresor. También se hipotetiza la posibilidad de que el apoyo social sea un agente preventivo en la exposición a ciertos estresores (Álvaro et al., 1992).

Algunos autores bajo la perspectiva del interaccionismo simbólico, realizan supuestos en el que propone que las relaciones sociales pueden ser beneficiosas en tres formas: *proporcionando al sujeto un conjunto de identidades; siendo fuentes de autoevaluación positiva; como base de una sensación de control y dominio.*

Para Cohen (1985) estos efectos beneficiosos se deben a la percepción de recibir ayuda que visualizan los individuos en el caso de vivenciar eventos estresantes. "La percepción de ayuda potencial provoca un aumento general del estado de ánimo positivo, de la autoestima, de la estabilidad de la propia situación vital, sensación de control sobre el ambiente, reconocimiento de la valoración personal, etc., a su vez, estos estados psicológicos promueven cambios como por ejemplo conductuales que promueven la salud" (Álvaro et al., 1992, p. 225).

EL supuesto del efecto principal postula que "cualquier aumento en el nivel de apoyo social producirá un incremento en el bienestar, independiente del nivel

inicial de apoyo social" (Álvaro et al., 1992, p. 225); sin embargo se ha demostrado que esto sólo sucede en niveles mínimos de apoyo.

♦ Efecto amortiguador o protector del apoyo social: El apoyo social vendría a ser un moderador del estrés. Cuando los sujetos se encuentran expuestos a estresores sociales, tendrán efectos negativos sólo si su nivel de apoyo social es bajo. Si las personas no se encuentran bajo la influencia de estresores, el apoyo social no interviene en el bienestar psicosocial (Álvaro et al., 1992).

Cohen y Ashby (1985) indican que para cumplir la función de protector, el apoyo social participa en la relación del estrés con la psicopatología de la siguiente manera:

(a) "entre los acontecimientos vitales estresantes y la reacción de estrés, atenuando o previniendo la respuesta de evaluación del estrés. Los recursos aportados por otras personas pueden redefinir la percepción de amenaza y la propia capacidad de afrontamiento, ya sea por comparación social encubierta o por discusión abierta sobre el significado del evento".

(b) "el apoyo social también puede intervenir entre la experiencia de estrés y el comienzo del resultado patológico al reducir o eliminar la reacción de estrés, o por influencia directa en las conductas de enfermedad o procesos fisiológicos".

Según Cohen y Ashby (1985) para que el efecto protector del apoyo social resulte, debe existir una relación entre las necesidades elicítadas por el estresor y el apoyo social recibido.

A través de algunos estudios empíricos se ha demostrado que tanto el efecto directo como el amortiguador del apoyo social no resultan ser incompatibles, es

decir es posible encontrar que el apoyo social tiene efectos directos sobre el bienestar independiente de los estresores y por otra parte amortiguadores de los eventos estresantes (Lin y cols. 1985). La ausencia de soporte social tendría un rol indirecto en la exacerbación de los efectos de los sucesos de vida negativos, a su vez, una fuerte red de soporte social controlaría y aminoraría el impacto del estrés (Páez y cols. 1986).

Existen estudios que han confirmado que los sujetos que presentaban un déficit en soporte social tenían mayores niveles de síntomas, al sufrir sucesos de vida negativos (Páez y cols. 1986).

Con relación al sector más desafortunado es posible indicar que la vulnerabilidad ante los problemas psicológicos de las clases bajas y de las mujeres se debe a que tendrían menos recursos sociales y un menor soporte social para enfrentar los sucesos de vida estresantes (Páez y cols. 1986). A su vez, existe evidencia que señala que el apoyo social beneficia en mayor medida a las mujeres que a los hombres, ya que ellas favorecen la intimidad y el apoyo mutuo, son más afectuosas y confiadas, emiten más señales no verbales positivas, son menos autoafirmativa, más gratificadoras y cooperadoras (Álvaro et al., 1992).

Es necesario resaltar la importancia que tiene el soporte social en la identidad y la autoestima. El estar integrado en una sociedad no corresponde sólo a un factor externo que facilita la salud mental, sino que también ayuda en la formación de una identidad positiva y segura en los sujetos. El tener una red social tupida o un fuerte soporte implica que las personas cuentan con varios roles para

fortalecer su identidad otorgándole un sentido reforzante y positivo a su vida. Aquellos individuos que tienen una disminución en sus números de roles presentan una identidad debilitada, aumentando su malestar (Páez y cols. 1986).

Al centrarnos en la relación que puede existir entre las personas dependientes de alcohol y el apoyo social, existen autores que señalan que la red social personal e íntima de los sujetos dependientes de alcohol puede presentar un papel trascendental en el desencadenamiento y mantenimiento de su conducta; por otra parte, resulta relevante señalar que cuando existe algún miembro de la familia que es adicto a alguna droga, el entorno familiar de éste suele estar deteriorado, o por lo menos agotado debido a los constantes problemas y comportamientos agresivos que se vivencian a diario, haciéndose difícil que en un primer momento la familia coopere en el proceso de rehabilitación. Un gran número de investigadores está de acuerdo en que los individuos dependientes de alcohol necesitan la ayuda de la familia, la cual es considerada la institución social básica tanto para el equilibrio emocional de sus miembros como para su integración social; de la red social, y además de un confidente como punto de apoyo (Olea, 1992).

Olea (1992) realizó un estudio, que tenía por objeto conocer cómo se estructuran las relaciones y cómo se intercambian los recursos en los pacientes alcohólicos, y dentro de los resultados obtenidos se observó que todos los pacientes percibían como necesario el apoyo, y un gran porcentaje de ellos afirmaba que necesitaban en primer lugar el apoyo afectivo.

Para esta autora "la red social, con sus características estructurales y relacionales es un mediador de vital importancia para la consecución del ambiente óptimo y el bienestar en la evolución del alcoholismo" (Olea, 1992, p. 75)

Respecto del alcoholismo femenino se ha podido establecer que la falta de apoyo social permite que las mujeres acudan con mayor prontitud a tratamiento (Castillo y Serrano, 1991).

En síntesis, el apoyo social es considerado uno de los factores psicosociales de gran relevancia en la determinación del estado de salud mental que presenta una persona. Dentro de sus funciones, se caracteriza por ser amortiguador de los eventos estresantes puesto que aminora el impacto del estrés; facilita el afrontamiento de dificultades, y a su vez provee cuidado, aceptación y afecto permitiendo controlar los sentimientos de abandono y aislamiento correspondientes con el padecimiento de la soledad.

4. Sucesos Vitales

El término sucesos vitales surge del estudio del estrés, como una manera operacional de estudiar a éste (estrés) en individuos que interactúan con el entorno (Álvaro et al., 1992). Se utiliza como una forma de abordar el estrés que consiste en medir los eventos estresores a los que una persona está o fue expuesta (Vera y Wood, 1994).

Dentro de los factores microsociales que desencadenarían algún deterioro en la salud mental de las personas, Páez (1986) caracteriza a los sucesos vitales estresantes como gatillantes de este malestar.

Previo a la exposición de los que se entiende por sucesos vitales se hace necesario describir desde la perspectiva psicológica cómo se concebirá el término estrés. El estrés es “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluada por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 43). Es decir, la experiencia de estrés se constituye como tal sólo cuando es percibida la relación individuo entorno como amenazante para el bienestar personal, cuando los recursos personales que tiene para afrontar las amenazas son insuficientes (Vera y Wood, 1994).

Con relación a lo que se entiende por sucesos vitales, este concepto se ha definido como “aquellas experiencias que crean una disfunción en las actividades habituales del individuo, causando un reajuste en el comportamiento del mismo” (Álvaro et al., 1992, p. 77). Como ejemplo de sucesos vitales se pueden citar los siguientes: matrimonio, divorcio, pérdida de un ser querido, abandono, cambios en

el trabajo, desempleo y más extremos como vivir algún desastre natural, etc., percibiéndose como perturbadores en el plano físico como psicológico, provocando cambios en el comportamiento (Álvaro et al., 1992).

Alfaro (1993) se refiere a los sucesos vitales como " aquellos acontecimientos o eventos que en virtud de su capacidad de generar una crisis adaptativa son desencadenantes o precipitantes de algún trastorno".

Para Krantz (1985) los sucesos estresantes son aquellos que se perciben como amenazas al bienestar físico o psíquico.

Thoyts (1983) define los sucesos vitales como aquellas experiencias objetivas de cambio vital, que exigen un reajuste de la conducta del sujeto, ya que interrumpen o amenazan con obstaculizar las actividades usuales de éste.

Para Lazarus el que una situación sea estresante está determinado por factores personales como los compromisos y las creencias, y factores situacionales como lo novedoso de la situación, la predictibilidad, la incertidumbre; lo inminente de éste y su duración, como también la ambigüedad y la cronología de los sucesos respecto del ciclo vital (Álvaro et al., 1992).

En un comienzo se pensó que cualquier suceso vital, negativo o positivo, que implicara un cambio y un esfuerzo de adaptación, estaba asociado a la aparición de síntomas. No obstante existe evidencia empírica que indica que sólo los sucesos negativos juegan un rol facilitador de los trastornos psíquicos y físicos. Los sucesos indeseables, negativos incontrolables e imprevisibles son los que se encuentran asociados a infartos al miocardio, esquizofrenia, ansiedad, depresión, estado de

shock, parálisis, etc. (Páez y cols. 1986). Otros autores han arribado a conclusiones similares en la que se señala que la simultaneidad en la ocurrencia de diversos eventos estresantes y la incapacidad del sujeto para adaptarse a las nuevas demandas pueden dar lugar a respuestas físicas, psicológicas y conductuales negativas como por ejemplo: incremento del ritmo cardíaco, depresión, ansiedad, alcoholismo, etc. (Álvaro et al., 1996). Respecto a los sucesos de vida positivos, estos no están asociados a sintomatología psicológica pero sí física (Páez y cols. 1986).

Con relación al género y clase social, las personas que se encuentran más vulnerable al estrés son las que pertenecen a la clase baja y las mujeres ya que tendrían menos recursos sociales y un menor soporte social para enfrentar los sucesos de vida etresante (Páez y cols. 1986).

5. Afrontamiento

Este concepto hace referencia a las actuaciones que están dirigidas a frenar, amortiguar, y en lo posible, anular el impacto y los efectos de la situación amenazante, es decir son los esfuerzos manifiestos e intrapsíquicos, que tienen por objeto hacer frente las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Este proceso comienza a funcionar en las situaciones en que se desequilibra la transacción persona-ambiente, cuando la persona se siente amenazada, ya sea por la valoración que realiza de las características de la situación, ya sea por la valoración que efectúa respecto de los recursos con que cuenta para enfrentarla con éxito (Lazarus y Folkman, 1986). Existen investigadores que definen afrontamiento como “un conjunto de respuestas ante la situación estresante ejecutadas para reducir de algún modo las cualidades aversivas de tal situación; es decir se refiere al aspecto de estrés que incluye los intentos del individuo para resistir y superar a los estresores” (Álvaro et al., 1992, p. 105).

Lazarus y Folkman (1986) definen afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que están en constante cambio y que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas las cuales son estimadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona.

Páez y cols. (1986) concibe las capacidades sociales de enfrentamiento del estrés como los esfuerzos enfocados a controlar, tolerar y reducir las demandas que afectan y sobrepasan los recursos personales, pudiendo darse la conducta de enfrentamiento en tres niveles: el primero se refiere a la acción directa que

modificaría el problema; el segundo tiene relación con la redefinición o el control del significado simbólico o representacional del problema, y el último hace referencia al control de las consecuencias emocionales.

Vera y Wood (1994) señalan que la forma en que los sujetos afrontan la situación dependerá mayormente de los recursos de que dispongan y de las limitantes que entorpezcan el empleo de tales recursos durante las interacciones sociales. Lazarus y Folkman (1986) ordenan los recursos en dos categorías, los que tienen relación con el sujeto son los recursos físicos, psicológicos, las técnicas sociales y de resolución de problemas; los referentes al ambiente son los recursos sociales como el apoyo social y materiales.

Respecto a las funciones del afrontamiento, éstas tienen que ver con el objetivo que se persigue, y a su vez, el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene. Con relación al modo en que las personas se enfrentan a las situaciones que le suponen estrés, existe una gama de estrategias las que se han agrupado en dos categorías según el objetivo de la persona: si se enfrenta directamente a la situación, si busca solucionar el problema, nos referimos a la *estrategia de afrontamiento centrada en el problema*; si el propósito es la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante, nos referimos a la *estrategia de afrontamiento centrada en la emoción* (Lazarus y Folkman, 1986). A continuación se describirá cada una de ellas: *Estrategias de afrontamiento dirigidos a la emoción*: Esta estrategia tiene mayor probabilidad de aparecer o de ser usada por una persona cuando estima que no hay nada que hacer para cambiar las condiciones perjudiciales, amenazantes o

desafiantes que mana de su relación con el medio (Vera y Wood, 1994). A continuación se señalarán algunas de las estrategias utilizadas:

✓ Distanciamiento: se refiere por una parte a los esfuerzos que ejecuta una persona para desvincularse personalmente de un evento que resulta estresante, y por otro lado a los esfuerzos que realiza el sujeto para la creación de una visión positiva de la situación que es estresante.

✓ Escape – Evitación: tiene relación con los esfuerzos conductuales y al deseo cognitivo de escapar o evitar la situación, desvinculándose de la situación.

✓ Aceptación de responsabilidad: se refiere a los esfuerzos que ejecuta una persona para el reconocimiento del propio rol en el problema, tratando de reponer y reparar las cosas con rectitud.

✓ Autocontrol: hace referencia a los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.

✓ Búsqueda de apoyo social: tiene relación con los esfuerzos que realiza una persona con el fin de buscar apoyo emocional tangible e informacional en su entorno social.

✓ Reevaluación positiva: se refiere a los esfuerzos que ejecuta una persona para crear un significado positivo al acontecimiento, centrándose en el crecimiento y desarrollo personal.

Estrategia de afrontamiento dirigidos al problema: Está dirigida a alterar de forma directa el problema que produce un estado de estrés; tienden a ser empleadas cuando los eventos son susceptibles para el cambio, pudiendo actuar directamente sobre ellos (Vera y Wood, 1994). Dentro de las estrategias que más se desatacan

se encuentra la *confrontación* la cual tiene relación con la tendencia a enfrentar las situaciones estresantes, con una actitud activa, buscando información para comprender las características y requerimientos de la situación y así poder planificar adecuadamente las eventuales alternativas para solucionarla; y la *búsqueda de soluciones* la cual se refiere a los esfuerzos deliberados para modificar la situación en conjunto con un acercamiento analítico para solucionar el dilema (Lazarus y Folkman, 1986).

Por otra parte, existen estrategias de afrontamiento activas y de evitación. Antes de referirnos a ellas es relevante indicar que su utilidad va a depender de las características de la situación que se está confrontando, como también de la evolución del proceso de afrontamiento. Las estrategias de evitación incluyen la represión de la vivencia afectiva, la negación del hecho externo estresante, su minimización y la evitación cognitiva y conductual del problema; por ejemplo, las personas que utilizan preferentemente la evitación cognitiva y se conforman con los eventos que le suceden, confiesan problemas con el alcohol, síntomas depresivos y malestares físicos (Álvaro et al., 1996).

El apoyo social que una persona posee influye en el tipo de afrontamiento que utilice; por ejemplo, el apoyo familiar es un adecuado predictor de la baja utilización de estrategias de evitación (Álvaro et al., 1996).

Con relación a las estrategias de afrontamiento activas se destacan la redefinición cognitiva y conductual en el manejo de eventos estresantes, la resolución de problemas, etc. (Álvaro et al., 1996).

La estrategia de afrontamiento de evitación es habitual en la fase inicial de un suceso estresante, pudiendo ser efectivo a corto plazo, a diferencia de la estrategia de afrontamiento activo el cual tiende a ser más eficiente a largo plazo para asimilar sucesos estresantes específicos (Álvaro et al., 1996).

Existen investigaciones que señalan que las personas con deficientes recursos sociales utilizan mayormente estrategias de evitación conductual y cognitiva, de aceptación resignada y de descarga emocional; a diferencia de las personas con más recursos sociales quienes utilizan el análisis lógico y la redefinición cognitiva, la búsqueda de apoyo y el afrontamiento activo.

Algunos estudios han demostrado que las conductas de reducción del estrés más efectivas corresponderían a la acción directa, controlando las emociones y creyendo en la capacidad de resolver la dificultad. Este estilo de acción se relaciona con una sensación de controlar el entorno y de autoestima. Los comportamientos ineficaces se relacionarían con el escape o evitación y la explosión emocional (Páez y cols. 1986).

Con relación al género, las mujeres, por su rol en la sociedad no sólo tendrían menos recursos y apoyo social, sino que no sabrían cómo utilizarlos favorablemente y usarían con mayor frecuencia modos de enfrentamiento ineficaces (Páez y cols. 1986).

Finalmente se puede decir que el deterioro en la salud mental podría ser una forma de adaptación al estrés cuando algunas tácticas resultan inoperantes (Álvaro et al., 1996).

6. Soledad

Cada persona que habita en la tierra se encuentra inmersa en una red de interacciones en la que varía el nivel de cercanía, compromiso, pertenencia, interés, etc., en el que se desenvuelve; sin embargo los comportamientos, los sueños, las creencias, las emociones, la vida en sí se va tejiendo a través de las relaciones interpersonales, y es por medio de aquellas relaciones permanentes que se forman mientras se vive las que permiten construir sentimientos de estabilidad, certidumbre, seguridad, pertenencia, etc., dejando los cimientos necesarios para relacionarse satisfactoriamente con otras personas (Muchinik y Seidmann, 1998).

La soledad vendría a ser un fenómeno asociado a la calidad de las relaciones interpersonales. Es un término que nace en el siglo XIII, "ligado a la situación de una persona que se encuentra sola de manera momentánea o durable y asociado al aislamiento, al estado de abandono y a la separación" (Muchinik y Seidmann, 1998, p. 12).

Soledad es un concepto vago y posee variadas acepciones. "Es considerada una emoción relacionada a la desesperanza, a la tristeza, al abandono como también al goce y a la creación" (Muchinik y Seidmann, 1998, p. 12). "En la soledad como emoción no existe un estado fisiológico ni conductual característico, sino una situación de expectativa, una ausencia a veces sin forma que genera un estado de ansiedad difusa. Las personas que se consideran solas, creen estar más aisladas de lo que deberían estar, percibiendo una carencia" (Muchinik y Seidmann, 1998, p. 12).

La soledad puede ser “el resultado de una fusión excesiva (intrusión parental) o de una presencia insuficiente (descuido, separación, pérdida) de los padres, siendo ambas desfavorables para la consolidación de vínculos emocionales firmes con los demás” (Muchinik y Seidmann, 1998, p. 50). Es considerada “una experiencia desagradable que refleja la percepción individual subjetiva de deficiencias cuantitativas (no tener suficientes amigos) o cualitativas (carencia de relaciones íntimas con otros) en la red de relaciones sociales (Muchinik y Seidmann, 1998, p. 15).

La soledad puede ser concebida como un constructo psicológico social significativo, este concepto “expresa una serie de experiencias, un núcleo emocional que aúna una serie de sentimientos distintos, que involucran pérdida o abandono, carencia o ausencia de otros significativos” (Muchinik y Seidmann, 1998, p. 15).

Se ha podido observar que los individuos solos presentan deficiencias en las habilidades sociales, es decir tienen escasa confianza en las relaciones, tienden a realizar actividades solitarias, son sensibles a la crítica, rechazan a las demás personas, son hostiles, se conciben a sí mismos de forma negativa como también a los otros, lo que va creando una falta de empatía y apertura en las interacciones. La soledad se encuentra tan extendida que comienza a convertirse en una amenaza al bienestar de las personas, por ejemplo, se ha vinculado la soledad con problemas en la salud mental como alcoholismo, depresión, suicidio, etc. (Muchinik y Seidmann, 1998).

Bajo la influencia de las ideas de Bowlby, Robert Weiss se refiere a cómo los diferentes tipos de relaciones primarias que se establecen durante la vida satisfacen necesidades de cada individuo y lo que se recibe en cada una de éstas no es intercambiable, por otra parte, las carencias que se producen provocarían soledad. Este autor estima que cada una de las relaciones otorga a la persona ciertas “provisiones sociales” o satisfacen ciertas necesidades, existiendo seis provisiones sociales: *apego en las relaciones; integración social; posibilidad de ser cuidado, nutrido; reaseguramiento del valor; alianza confiable y guía* (Muchnik y Seidmann, 1998).

El autor propone que las faltas en alguna de estas provisiones sociales provocaría estrés. Weiss se refirió específicamente a las provisiones de apego y de integración social; y señaló que el déficit de apego llevaría a la soledad por aislamiento emocional, y la falta de integración social llevaría a la soledad por aislamiento social. A continuación se describen los dos tipos de soledad:

6.1. Soledad por aislamiento emocional.

Se origina en la ausencia de una relación cercana e íntima con una figura de apego, provocando sentimientos de ansiedad y aislamiento, y una búsqueda de otros como proveedores de la relación necesitada.

La soledad por aislamiento emocional tiene relación con el desarrollo de un sistema de apego que surge en el vínculo de protección y continuidad que crean los niños con sus padres, el que posteriormente se sustituye por las relaciones íntimas que se establecen con otras persona. La soledad así como el dolor, la amenaza, el temor, etc., originan conductas de apego que implican la búsqueda de proximidad

con la figura que protege, la cual entrega la confianza y seguridad requerida para hacer frente a los inconvenientes que se puedan presentar, ya que sentirse apegado a alguien “es creer que al otro le interesa mi bienestar, me acepta y valora, me protege utilizando sus propias energías y recursos” (Muchinik y Seidmann, 1998, p. 47), y si no siente la presencia tranquilizadora de esta figura se sentirá solo. Algunos autores señalan que problemas en el apego producen dificultades para la intimidad y trastornos en las relaciones y vínculos (Muchinik y Seidmann, 1998).

6.2. Soledad por aislamiento social.

La experiencia de soledad surge a partir de necesidades de contactos no satisfechas, produciendo en muchos casos depresión; deriva de la ausencia de comunidad, de una carencia de vínculos sociales significativos en la red social. Tiene relación con la cantidad y calidad de las relaciones con un grupo de amigos, ya que con ellos se comparten intereses y actividades comunes, quienes a su vez sirven de guía, proporcionando un sentido de valor y pertenencia. Las personas que se encuentran aisladas socialmente presentan sentimientos de aburrimiento, desesperanza, marginalidad, búsqueda de actividades donde un grupo los acepte como miembro. (Muchinik y Seidmann, 1998).

Weiss señala que los individuos requieren una relación íntima con una figura de apego como vínculos cohesivos con un grupo social, ambas relaciones realizan una función complementaria, superponiéndose en algunos casos, y la falta de alguna de ellas produce sentimientos de soledad. Por otra parte, la soledad por aislamiento emocional se alivia con la formación de relaciones íntimas que otorguen una sensación de apego; y la soledad por aislamiento social necesita que el

individuo entre en una red de amigos que le otorgue sentimientos de integración social (Muchnik y Seidmann, 1998).

La soledad asociada al sentimiento de abandono y aislamiento puede darse a cualquier edad. En la *juventud* puede darse por separación de los padres, por el abandono de alguno de ellos, fracaso en la satisfacción de necesidades de relaciones íntimas y con los pares; en la *mediana edad* se puede dar en personas divorciadas, viudas, y en el caso de mujeres que dedicaron todo su tiempo a la crianza de los hijos, atraviesan un período de intensa soledad cuando viven el síndrome del nido vacío; según un autor la soledad de mujeres en esta etapa de la vida se asocia con la evaluación subjetiva de su red social en general. (Muchnik y Seidmann, 1998).

El reconocer que se está solo es el primer acercamiento a la posibilidad de afrontar la soledad; pero muchas veces el temor al rechazo social hace que las personas nieguen su soledad o se aislen de su entorno (Muchnik y Seidmann, 1998).

Con relación a las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas que padecen de soledad, Rubenstein y Shaver señalan cuatro de estas estrategias: *Pasividad, tristeza autocompasión letárgica*, las personas comen en exceso, se refugian en la televisión, duermen, toman tranquilizantes, se alcoholizan, se vuelven inactivas. Estas personas son las que más sufren de soledad en un círculo vicioso de baja autoestima y aislamiento social. *Soledad activa*, en un esfuerzo para afrontar la soledad, buscan formas constructivas de pasar el tiempo solos, desarrollan un hobby, leen, realizan actividad física. *Gasto de dinero* como forma de

aliviar los sentimientos negativos asociados a la soledad y como forma de pasar el tiempo. *Búsqueda de contacto social*, llamar amigos, visitar a alguien.

Por otra parte, Edison plantea seis alternativas de afrontamiento: una orientación activa sensorial, búsqueda en el alcohol, drogas y el sexo compulsivo; una salida religiosa, mística; búsqueda de relaciones interpersonales; actividades de recreación no sociales diversas (leer, estudiar); desarrollar contactos íntimos con amigos y figuras secundarias; y refugio en conductas de pasividad.

En síntesis, el mantener una relación cercana e íntima con el marido y la familia y el ser partícipe de un grupo social manteniendo vínculos cohesivos, facilita el afrontamiento de las dificultades, tendiendo al bienestar físico y psicológico; ya que los recursos que provee el apoyo social como por ejemplo intimidad, cuidado, satisfacción de necesidades, permiten controlar los sentimientos de desesperanza, indefensión, de abandono y aislamiento correspondientes con el padecimiento de la soledad. (Muchnik y Seidmann, 1998).

7. Formulación del Problema

En este estudio se pretende evaluar y describir el nivel de salud mental, percepción de factores psicosociales (apoyo social, presencia de sucesos vitales, utilización de estrategias de afrontamiento), y el nivel de soledad percibido en mujeres dependientes de alcohol que asisten a la Unidad de alcohol y drogas del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar y en mujeres dependientes de alcohol que asisten a la Unidad de fármaco-dependencia del Hospital del Salvador de Valparaíso.

A través de esta descripción se intentará responder las siguientes preguntas:

*** Cuando se escribe mujeres dependientes de alcohol se refiere a las mujeres que asisten a ambas Unidades.

- ◆ ¿Cuál es el nivel de apoyo social familiar que perciben las mujeres dependientes de alcohol?
- ◆ ¿Cuál es el nivel de apoyo social de las amistades que perciben las mujeres dependientes de alcohol?
- ◆ ¿Las mujeres dependientes de alcohol han estado expuestas a sucesos vitales?
- ◆ ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres dependientes de alcohol?
- ◆ ¿Cuál es el nivel de salud mental que presentan las mujeres dependientes de alcohol?
- ◆ ¿Cuál es el nivel de soledad que perciben las mujeres dependientes de alcohol?

- ◆ ¿Cuál es la distribución que presenta el nivel de salud mental al ser comparado con el grado de apoyo social percibido y con el nivel de soledad percibido en mujeres dependientes de alcohol?
- ◆ ¿Cuál es la distribución que presenta el nivel de salud mental al ser comparado con edad, estado civil y actividad principal en mujeres dependientes de alcohol?
- ◆ ¿Cuál es la distribución que presenta el nivel de soledad percibido al ser comparado con el grado de apoyo social percibido en mujeres dependientes de alcohol?
- ◆ ¿Cuál es la distribución que presenta el nivel de soledad percibido, al ser comparado con edad, estado civil y actividad principal en mujeres dependientes de alcohol?
- ◆ ¿Cuál es la distribución que presenta el grado de apoyo social percibido al ser comparado con edad, estado civil y actividad principal en mujeres dependientes de alcohol?

8. Objetivo General

Evaluar y describir el nivel de salud mental, los factores psicosociales y el nivel de soledad percibido en mujeres dependientes de alcohol que asisten a la Unidad de alcohol y drogas del Hospital Dr. G. Fricke y en mujeres dependientes de alcohol que asisten a la Unidad de fármaco-dependencia del Hospital del Salvador.

8.1 Objetivos Específicos

*** Cuando se escribe mujeres dependientes de alcohol se refiere a las mujeres que asisten a ambas Unidades.

- Evaluar y describir cuál es el nivel de apoyo social familiar que perciben las mujeres dependientes de alcohol.
- Evaluar y describir cuál es el nivel de apoyo social de las amistades que perciben las mujeres dependientes de alcohol.
- Evaluar y describir si las mujeres dependientes de alcohol han estado expuestas a sucesos vitales.
- Evaluar y describir cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres dependientes de alcohol.
- Evaluar y describir cuál es el nivel de salud mental que presentan las mujeres dependientes de alcohol.
- Evaluar y describir cuál es el nivel de soledad que perciben las mujeres dependientes de alcohol.
- Describir la distribución que resulta al comparar el nivel de salud mental con el grado de apoyo social percibido y con el nivel de soledad percibido en mujeres dependientes de alcohol.

- Describir la distribución que resulta al comparar el nivel de salud mental con edad, estado civil y actividad principal en mujeres dependientes de alcohol.
- Describir la distribución que resulta al comparar el nivel de soledad percibido con el grado de apoyo social percibido en mujeres dependientes de alcohol.
- Describir la distribución que resulta al comparar el nivel de soledad percibido, con edad, estado civil y actividad principal en mujeres dependientes de alcohol
- Describir la distribución que resulta al comparar el grado de apoyo social percibido con edad, estado civil y actividad principal en mujeres dependientes de alcohol.

II. METODOLOGÍA

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

En esta investigación se propone realizar un estudio de tipo descriptivo, el que consiste en evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Luego de evaluar cada uno de estos aspectos de manera independiente se describe lo que se está investigando (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

En este estudio se pretende evaluar y describir el nivel de salud mental la percepción de los factores psicosociales, y nivel de soledad percibido que presentan las mujeres dependientes de alcohol que asisten a la Unidad de alcohol y drogas del Hospital Dr. G. Fricke y mujeres dependientes de alcohol que asisten a la Unidad de fármaco-dependencia del Hospital del Salvador. De acuerdo a lo anterior es un estudio descriptivo.

2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

En este estudio se utiliza un diseño de investigación no experimental que se caracteriza por la no manipulación de variables, el cual se denomina diseño transeccional descriptivo. Es un diseño que tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en medir en una grupo de personas (mujeres dependientes de alcohol) varias variables (nivel de salud mental, factores psicosociales y nivel de soledad percibido) y luego proporcionar su descripción y posibles comparaciones entre las variables (Hernández et al., 1991).

3. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE LAS VARIABLES.

Las variables evaluadas en esta investigación fueron:

- ✓ Apoyo social.
- ✓ Estrategias de afrontamiento.
- ✓ Sucesos vitales.
- ✓ Salud Mental.
- ✓ Soledad.

Previo a las definiciones es necesario señalar que el apoyo social presenta dos dimensiones: apoyo social familiar y apoyo social de las amistades.

A continuación se definirán conceptualmente y operacionalmente cada una de las variables:

3.1. Definiciones conceptuales.

Apoyo social: se refiere a la percepción que tiene el sujeto, a partir de su inserción en las relaciones sociales, de que es cuidado y amado, valorado y estimado, que pertenece a una red social de derechos y obligaciones. Estas relaciones proporcionarían apoyo emocional, informacional y material.

Estrategias de afrontamiento: se refiere a “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986).

Sucesos vitales: tiene relación con aquellas experiencias objetivas de cambio vital que exigen un reajuste de la conducta del sujeto, ya que interrumpen o amenazan con obstaculizar las actividades usuales de éste (Páez y cols. 1986).

Salud mental: desde la perspectiva psicosocial es entendida como la sensación de bienestar o satisfacción del sujeto en diferentes esferas de la vida, a partir de los recursos con que se cuentan para la satisfacción de sus necesidades personales (físicas psicológicas y sociales) así como para enfrentar las demandas del medio (González y Rogat, 1998).

Soledad: este concepto expresa una serie de experiencias, un núcleo emocional que aúna una serie de sentimientos distintos, que involucran pérdida o abandono, carencia o ausencia de otros significativos (Muchnik y Seidmann, 1998).

3.2. Definiciones operacionales.

Apoyo social familiar: son las respuestas arrojadas en la autoaplicación de la escala de apoyo social familiar de Procidiano y Heller.

Apoyo social de las amistades: son las respuestas arrojadas en la autoaplicación de la escala de apoyo social de las amistades de Procidiano y Heller.

Estrategias de afrontamiento: son las respuestas arrojadas en la autoaplicación de la escala de estrategias de afrontamiento sintetizada por Páez, Basabe y Valdosedá.

Sucesos vitales: son las respuestas arrojadas en la autoaplicación de la escala de sucesos y preocupaciones de vida del Departamento de Salud Mental de California, adaptada por Páez y colaboradores.

Salud Mental: son las respuestas arrojadas en la autoaplicación del cuestionario de Salud Mental de Goldberg.

Soledad: son las respuestas arrojadas en la autoaplicación de la escala revisada de soledad de UCLA.

4. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO.

En el estudio se entenderá por *mujer dependiente de alcohol*, aquella mujer que es diagnosticada por cada Unidad de alcohol y drogas (según donde se atiende la persona) al cumplir con los criterios señalados en el CIE-10 para la dependencia de sustancias psicotrópicas, en este caso alcohol.

Para esta investigación, la unidad de análisis estuvo conformada por mujeres dependientes de alcohol que asistían a la Unidad de alcohol y drogas del Hospital Dr. Gustavo Fricke y mujeres dependientes de alcohol que asistían a la Unidad de fármaco-dependencia del Hospital del Salvador.

La muestra que se utilizó en este estudio era de tipo accidental no probabilística y de personas voluntarias, y tuvo las siguientes características:

- ❖ Mujeres que están consultando periódicamente (una vez al mes, cada dos meses, o cada tres meses), durante el mes de abril y mayo de 1999, por dependencia de alcohol en la Unidad de alcohol y drogas del Hospital Dr. Gustavo Fricke y en la Unidad de fármaco-dependencia del Hospital del Salvador.
- ❖ Ser dependientes sólo de alcohol o dependientes de alcohol y de otra sustancia psicotrópica.
- ❖ No presentar daño orgánico cerebral o trastornos psiquiátricos invalidantes.

- ❖ Sin restricciones respecto a estado civil.
- ❖ Sin restricciones respecto de la edad, situación laboral, nivel socioeconómico y nivel educacional, sin embargo es necesario que la persona sepa leer y escribir.

Nota: Para mayor información respecto de las Instituciones en las que se evaluó, buscar ANEXO 1.

5. PROCEDIMIENTOS Y ETAPAS.

5.1. Organización general de la investigación.

- ❑ Se realizó una catastro, durante el mes de abril y mayo de 1999, de todas las mujeres dependientes de alcohol que asistían periódicamente a la Unidad de alcohol y drogas del Hospital Dr. Gustavo Fricke y a la Unidad de fármaco-dependencia del Hospital del Salvador por medio del cuaderno de controles que utilizan en las Unidades para citar a cada paciente.
- ❑ A través de las fichas clínicas se recolectaron datos como edad, estado civil, nivel educacional, personas con las que vive, situación laboral actual; historia de consumo de alcohol respecto a: edad en que inició la ingesta, tiempo que lleva en el tratamiento actual, tiempo de abstinencia, veces que ha estado en anteriores tratamientos; si ha consumido otras droga y si la están tratando con medicamentos.
- ❑ Se registró cuándo tenían hora con los profesionales de la Unidad cada paciente para que pudiesen responder el mismo día que iban a control las siguientes encuestas y cuestionario: escala de apoyo social familiar de Procidiano y Heller, escala de apoyo social de las amistades de Procidiano y Heller, escala de estrategias de afrontamiento sintetizada por Páez, Basabe y Valdosedá, escala de

sucesos y preocupaciones de vida del Departamento de Salud Mental de California, escala revisada de soledad de UCLA y cuestionario de salud mental de Goldberg.

Posteriormente se recolectaron los datos obtenidos por cada una de las mujeres dependientes de alcohol que respondieron las escalas y cuestionario.

Se analizaron los resultados obtenidos.

Nota: Para mayor información respecto de la recolección de datos, buscar en ANEXO 2.

6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Los instrumentos que se utilizaron para recolectar la información en esta investigación son los siguientes:

♦ Escala de apoyo social familiar de Procidiano y Heller: El propósito de esta escala es evaluar el grado de apoyo social percibido que tiene un sujeto con relación a su familia. (Los ítems que constituyen la escala se encuentran en el ANEXO 3).

La escala se caracteriza por ser de autoaplicación y estar constituida por 18 ítems. El nivel de medición de cada ítem es de tipo nominal, es decir cada ítem presenta tres categorías u opciones de respuesta: **No**, **Sí** y **No Sé**, las que se codifican de la siguiente manera, la categoría **No** se codifica como **0**, la categoría **Sí** se codifica como **1** y la categoría **No Sé** no se codifica.

El puntaje se obtiene sumando las codificaciones de cada uno de los ítems, existiendo un rango de puntaje que va desde **0** (indicativo de la ausencia de apoyo social percibido) a **18** (grado máximo de apoyo social percibido).

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

♦ Escala de apoyo social de las amistades de Procidiano y Heller: Esta escala evalúa el grado de apoyo social que tiene un sujeto con relación a su grupo de amistades. (Los ítems que constituyen la escala se encuentran en el ANEXO 3).

La escala se caracteriza por ser de autoplicación y estar constituida por 18 ítems. El nivel de medición de cada ítem es de tipo nominal, es decir cada ítem presenta tres categorías u opciones de respuesta: **No**, **Sí** y **No Sé**, las que se codifican de la siguiente manera, la categoría **No** se codifica como **0**, la categoría **Sí** se codifica como **1** y la categoría **No Sé** no se codifica.

El puntaje se obtiene sumando las codificaciones de cada uno de los ítems, existiendo un rango de puntaje que va desde **0** (indicativo de la ausencia de apoyo social percibido) a **18** (grado máximo de apoyo social percibido).

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

♦ Escala de estrategias de afrontamiento: El propósito de la escala es evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por un sujeto para resolver determinadas situaciones estresantes. Esta escala está compuesta por dos partes. En la primera parte se le pide al sujeto que describa una situación problema que le haya ocurrido en el último tiempo y que considere que ha sido la más impactante o preocupante

para él. En la segunda parte del instrumento, se plantean 17 ítems que deben ser respondidos en función de la situación que se describió en la primera parte del instrumento. (Los ítems que constituyen la escala se encuentran en el ANEXO 3).

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

El nivel de medición de cada ítem es ordinal, es decir cada ítem presenta 4 categorías de respuesta: **Nunca**, **Casi Nunca**, **Pocas Veces** y **Muchas Veces**; la que presentan las siguientes codificaciones, la categoría **Nunca** se codifica como **1**, la categoría **Casi Nunca** se codifica como **2**, la categoría **Pocas veces** se codifica como **3**, la categoría **Muchas Veces** se codifica como **4**.

Para este instrumento se obtiene un puntaje para cada dimensión indicada por la categoría señalada. El rango de puntaje va desde **1** (indicativo del no uso de la estrategia) a **4** (grado máximo de utilización de la estrategia).

Con relación a la validez y confiabilidad, no se cuentan con este tipo de evaluaciones para la escala; sin embargo para la estimación de la validez Vera y Wood en 1994 utilizaron un procedimiento de validez de contenido basada en la prueba de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el grado de estrés percibido en función de encuentros estresantes específicos, pudiéndose confirmar que las estrategias de afrontamiento se utilizan en función del tipo de situación estresante y de manera variada (Vera y Wood, 1994).

♦ Escala de sucesos y preocupaciones de vida del Departamento de Salud Mental de California: Es una escala que explora el nivel de estrés en los últimos doce meses en las siguientes áreas: área personal, área económico-laboral y área familiar. Se caracteriza por ser de autoaplicación y estar constituida por 27 ítems, siendo 11 ítems del área personal, 5 ítems del área económico-laboral y 11 ítems del área familiar. (Los ítems que constituyen la escala se encuentran en el ANEXO 3).

Los ítems presentan 4 categorías de respuesta: **No le ocurrió ni le preocupó, Sólo le ocurrió, Sólo le preocupó, Le ocurrió y le preocupó**. Cada uno de los ítems se codifica de diferente manera según la intensidad del evento vital.

Se obtiene un índice de estrés objetivo preguntando al sujeto si le ocurrió el suceso, y un índice de estrés subjetivo preguntándole si le preocupó el suceso. Los índices se obtienen calculando un puntaje para cada ítem.

La estimación de la confiabilidad se efectuó aplicando un análisis de consistencia interna que arrojó un coeficiente Alfa de Cronbach para la escala de

ocurrencia de sucesos de vida de 0.782 y para la escala de preocupaciones por sucesos de vida un Alfa de 0.769. Para estimar la validez de las subescalas se utilizó el criterio de validez concurrente, tomando como variable criterio las puntuaciones en las escalas de sintomatología depresiva, ansiosa y somatomorfe, obteniéndose una relación positiva, de baja intensidad pero significativa entre las subescalas de preocupaciones y sucesos de vida y las variables criterios (Vera y Wood, 1994).

Nota: Para este estudio sólo es necesario conocer si a las mujeres dependientes de alcohol les han ocurrido sucesos de vida en los últimos doce meses del año, no así la preocupación que les pudiesen provocar éstos. La escala de sucesos y preocupaciones de vida está constituida por 27 ítems, y el puntaje que se le asigne a la escala total representará las veces que la persona vivenció algún evento, es decir una persona podrá haber vivenciado desde **0** a **27** sucesos vitales en el último año. Resulta relevante señalar que las escalas que evalúan sucesos vitales han sido criticadas debido a que les ha faltado el carácter subjetivo, es decir la consideración de los procesos mediacionales en el análisis de los eventos, en cuanto a la percepción de incontrolable, imprevisible e indeseable que tiene para cada sujeto un determinado suceso (Vera y Wood, 1994).

♦ Escala revisada de Soledad de UCLA: Una adaptación Argentina: Su propósito es evaluar el nivel de soledad que una persona percibe que se encuentra. (Los ítems que constituyen la escala se encuentran en el ANEXO 3).

Es una escala tipo Likert, la cual está compuesta por 20 afirmaciones. Diez afirmaciones corresponden a una percepción de compañía. Las categorías de la

percepción de compañía con su correspondiente codificación son: **Nunca (4)**, **Raramente (3)**, **Algunas veces (2)**, **A menudo (1)**. Las diez restantes son afirmaciones que corresponden a una percepción de soledad. Las categorías de la percepción de soledad con su correspondiente codificación son: **Nunca (1)**, **Raramente (2)**, **Algunas veces (3)**, **A menudo (4)**. Finalmente se suman los valores de los 20 ítems.

El puntaje se obtiene sumando las codificaciones de cada uno de los ítems, existiendo un rango de puntaje que va desde **20** (que indica ausencia de percepción de soledad) a **80** (grado máximo de percepción de soledad).

La Escala Revisada de Soledad de Russell, Cutrona y Peplau fue adaptada a adultos argentinos, siendo previamente traducida. La adaptación muestra una adecuada validez factorial ya que los ítems que expresan soledad y los que expresan compañía se separan claramente en dos factores.

◆ Cuestionario de Salud Mental de Goldberg: Consiste en un cuestionario autoadministrado que tiene por objeto detectar la probabilidad de aparición de trastornos psíquicos menores de carácter no psicótico, tales como la pérdida del sueño, depresión, baja autoestima, estrés etc. (Los ítems que constituyen la escala se encuentran en el ANEXO 3).

Está conformado por 12 ítems. Es un cuestionario tipo Likert, constituido por las siguientes categorías: **Mejor que lo habitual**, **Igual que lo habitual**, **Menos que lo habitual**, **Mucho menos que lo habitual**; codificadas de **1 a 4**.

El puntaje se obtiene sumando las codificaciones de cada uno de los ítems, existiendo un rango de puntaje que va desde **12** (que indica bajo riesgo de alteraciones psicológicas) a **48** (que indica alto riesgo de alteraciones psicológicas).

La validez de este cuestionario ha sido demostrada por su asociación con otras medidas de tipo clínico en el estudio de síntomas de deterioro psicológico, así como por su especificidad y sensibilidad (Álvaro, 1992). La consistencia interna ha sido demostrada en numerosas investigaciones arrojando un coeficiente alfa de 0.90 para el método Likert (Álvaro, 1992).

En Chile ha sido ampliamente utilizado este cuestionario, como ejemplo se puede citar el estudio efectuado por Tardito y otros en 1996 que tuvo como propósito estudiar el riesgo de trastorno emocional en personas a cargo de la atención de paciente psiquiátricos; y el estudio realizado por Pinochet y Tavano en 1998, para optar al título de Psicólogo, que tuvo como objetivo describir el bienestar psicológico en adultos mayores jubilados.

7. PLAN DE ANÁLISIS.

7.1. Procesamiento de los datos.

Luego de haber aplicado las escalas y cuestionario se *codificaron* las categorías de los ítems. Posteriormente, las respuestas codificadas de cada instrumentos de medición fueron transferidos a la matriz de datos. Para lo anterior se utilizó la planilla Excel.

7.2. Análisis de resultados.

Para este estudio se fijaron los siguientes análisis: **a)** aplicación de una estadística descriptiva para cada variable, por medio de la cual se describieron los datos a través de las medidas de tendencia central (media, moda) y medidas de variabilidad (desviación standard), **b)** se formaron grupos de acuerdo a los rangos ofrecidos para cada una de las escalas; **c)** se describieron las distribuciones que resultaron al comparar las siguientes variables: nivel de salud mental con grado de apoyo social percibido y nivel de soledad percibido; nivel de salud mental con edad, estado civil y actividad principal; nivel de soledad percibido con grado de apoyo social percibido; nivel de soledad percibido con edad, estado civil y actividad principal; grado de apoyo social percibido con edad, estado civil y actividad principal.

7.3. Exposición de resultados.

Los resultados se expondrán del siguiente modo:

Resultado de las variables sociodemográficas medidas.

Resultado de las variables que tienen relación con la historia de consumo, de anteriores tratamientos, uso de medicamentos, tiempo de tratamiento y de abstinencia.

Resultado de los análisis de cada variable, que se iniciarán con: aplicación de una estadística descriptiva.

Establecimiento de los puntos de corte con el objeto de agrupar los datos obtenidos en cada variable.

Instaurar los grupos respecto de los rangos ofrecidos en cada variable.

Descripción de las distribuciones que resulten al comparar las siguientes variables: nivel de salud mental con grado de apoyo social percibido y nivel de soledad percibido; nivel de salud mental con edad, estado civil y actividad principal; nivel de soledad percibido con grado de apoyo social percibido; nivel de soledad percibido con edad, estado civil y actividad principal; grado de apoyo social percibido con edad, estado civil y actividad principal.

7.4. Comentario acerca de la muestra.

Antes de describir los resultados obtenidos es necesario señalar que las escalas y cuestionario fueron aplicadas entre abril y mayo de 1999 a las mujeres dependientes de alcohol que asistían a control en la Unidad de alcohol y drogas del Hospital Dr. G. Fricke y a la Unidad de fármaco-dependencia del Hospital del Salvador; durante este período se logró encuestar un total de 30 mujeres, de las cuales 15 pertenecían al Hospital Dr. G. Fricke y 15 al Hospital del Salvador. Los análisis que a continuación se realizarán, estarán separados en dos grandes grupos, por una parte se describirán los resultados obtenidos por las 15 mujeres dependientes de alcohol que asisten al Hospital Dr. G. Fricke, y por otra los resultados obtenidos por las 15 mujeres dependientes de alcohol que asisten al Hospital del Salvador, debido a que si bien ambos grupos presentan ciertas semejanzas como por ejemplo la dependencia al alcohol; el atenderse con profesionales diferentes, asistir a un Hospital que está físicamente distanciado del otro, el significado personal y social que presenta el ser paciente de una Unidad de fármaco-dependencia que se encuentra en el Hospital psiquiátrico, el que uno de estos Hospitales realice tratamiento ambulatorio y el otro además de ser ambulatorio hospitalice, podría generar algunas diferencias en las mujeres dependientes de alcohol que asisten a estos Hospitales, por lo cual se decidió separar en dos grupos a cada mujer utilizando como criterio el hospital en el cual se atiende.

III. RESULTADOS

1. RESULTADOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

1.1. Variable Edad: Respecto de la edad se decidió formar cuatro grupos etáreos utilizando los mismos rangos que ocupó el CONACE en su Segundo Estudio Nacional de Consumo de Drogas, es decir de 19 a 25 años; de 26 a 34 años; de 35 a 44 años y de 45 a 64 años.

Para el *Hospital Dr. G. Fricke* la variable edad se distribuye de la siguiente manera,

Edad	Porcentaje
19 a 25 años	13,3%
26 a 34 años	53,3%
35 a 44 años	6,7%
45 a 55 años	26,7%
Total	100,0%

TABLA I.1A VARIABLE EDAD. HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Las personas encuestadas fluctúan entre los 20 y 53 años. Un 53,3% de las mujeres encuestadas se concentra entre los 26 y 34 años y el 26,7% se concentra entre los 45 y 55 años.

En el *Hospital del Salvador* la variable edad se distribuye del siguiente modo,

Edad	Porcentaje
26 a 34 años	33,3%
35 a 44 años	33,3%
45 a 55 años	33,3%
Total	100,0%

TABLA I.1B VARIABLE EDAD. HOSPITAL DEL SALVADOR.

Las personas encuestadas fluctúan entre los 26 y 55 años. En los tramos de 26 a 34 años, 35 a 44 años y 45 a 55 años se concentra el mismo porcentaje de mujeres.

1.2 Variable Nivel de Estudio: Al preguntar cuál fue el último curso que aprobó en la enseñanza regular, las mujeres del *Hospital Dr. G. Fricke* respondieron lo siguiente,

Nivel de Estudios	Porcentaje
Básica Incompleta	26,7%
Media Completa	6.7%
Media Incompleta	20,0%
Estudios Téc. Completos	20,0%
Estudios Téc. Incompletos	6.7%
Estudios Univer. Completos	6.7%
Estudios Univer. Incompletos	13,3%
Total	100,0%

TABLA 1.2A VARIABLE NIVEL DE ESTUDIOS, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

El 26,7% de las mujeres encuestadas no ha logrado finalizar la educación básica, el 20% no ha concluido la educación media y el 20% tiene estudios técnicos completos.

En el *Hospital del Salvador*, los resultados fueron los siguientes,

Nivel de Estudios	Porcentaje
Básica Completa	20,0%
Básica Incompleta	20,0%
Media Completa	20,0%
Media Incompleta	26,7%
Estudios Téc. Completos	6,7%
Estudios Univer. Incompletos	6,7%
Total	100,0%

TABLA 1.2B VARIABLE NIVEL DE ESTUDIOS, HOSPITAL DEL SALVADOR.

El 20% de las mujeres encuestadas no ha concluido la educación básica, y el 20% si la ha concluido, el 26,6% de las mujeres encuestadas no ha finalizado la educación media, y el 20% si la ha finalizado.

1.3 Variable Estado Civil: Al preguntárseles por el estado civil actual, las mujeres del *Hospital Dr. G. Fricke* respondieron lo siguiente,

Estado Civil	Porcentaje
Casada	13,3%
Separada	13,3%
Conviviente	20,0%
Soltera	53,3%
Total	100,0%

TABLA 1.3A VARIABLE ESTADO CIVIL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

El 53,3% de las mujeres encuestadas está soltera, y el 20% convive con su pareja.

En el *Hospital del Salvador* las respuestas se indican a continuación,

Estado Civil	Porcentaje
Casada	20,0%
Separada	6,7%
Conviviente	46,7%
Viuda	6,7%
Soltera	20,0%
Total	100,0%

TABLA 1.3B VARIABLE ESTADO CIVIL, HOSPITAL DEL SALVADOR.

El 46.7% de las mujeres encuestadas convive, el 20% está casada, y el 20% está soltera.

1.4. Variable con quién vive: Al preguntárseles con quien vive actualmente, las mujeres del *Hospital Dr. G. Fricke* respondieron lo siguiente,

Vive Actualmente	Porcentaje
Sólo con su pareja	20,0%
Con su pareja e hijos	6,7%
Pareja, hijos y otro familiares	13,3%
Hijos y otros familiares	6,7%
Otros familiares	46,7%
Vive sola	6,7%
Total	100,0%

TABLA I.4A VARIABLE CON QUIÉN VIVE, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

El 46,7% vive con otros familiares, y el 20% vive sólo con su pareja.

En el *Hospital del Salvador* las respuestas son las siguientes,

Vive Actualmente	Porcentaje
Sólo con su pareja	20,0%
Con su pareja e hijos	40,0%
Pareja, hijos y otro familiares	6,7%
Hijos y otros familiares	13,3%
Vive sola	20,0%
Total	100,0%

TABLA I.4B VARIABLE CON QUIÉN VIVE, HOSPITAL DEL SALVADOR.

El 40% de las mujeres encuestadas vive con su pareja e hijos, el 20% vive sólo con su pareja, y el 20% vive sola.

1.5 Variable actividad principal: Al preguntársele cuál era su actividad principal, las mujeres del *Hospital Dr. G. Fricke* respondieron lo siguiente,

Actividad Principal	Porcentaje
Dueña de casa	20,0%
Trabaja Jornada Completa	20,0%
Trabaja en forma Independiente	13,3%
No trabaja	33,3%
Estudia	13,3%
Total	100,0%

TABLA 1.5A VARIABLE ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

El 33,3% de las mujeres encuestadas no trabaja, el 20% es dueña de casa, y el 20% trabaja jornada completa.

En el *Hospital del Salvador* las respuestas son las siguientes,

Actividad Principal	Porcentaje
Dueña de casa	46,7%
Trabaja Jornada Completa	20,0%
Trabaja en forma Esporádica	6,7%
Trabaja en forma Independiente	13,3%
No trabaja	13,3%
Total	100,0%

TABLA 1.5B VARIABLE ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DEL SALVADOR.

El 46,7% de las mujeres encuestadas es dueña de casa, el 20% trabaja jornada completa, y el 13,3% no trabaja.

2. RESULTADO DE VARIABLES: HISTORIA DE CONSUMO, ANTERIORES TRATAMIENTOS, TIEMPO DE ABSTINENCIA Y OTROS.

2.1 Variable tiempo de tratamiento: Al preguntársele cuánto tiempo llevaban en el tratamiento actual, las mujeres del *Hospital Dr. G. Fricke* respondieron lo siguiente,

Tiempo Tratamiento Actual	Porcentaje
1 mes a 6 meses	33,3%
7 meses a 12 meses	13,3%
13 meses a 24 meses	46,7%
25 meses a 36 meses	6,7%
Total	100,0%

TABLA 2.1A VARIABLE TIEMPO DE TRATAMIENTO, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

El 46,7% de las mujeres encuestadas lleva entre 13 y 24 meses en el tratamiento actual, y el 33,3% lleva entre 1 y 6 meses.

En el *Hospital del Salvador* las respuestas son las siguientes,

Tiempo Tratamiento Actual	Porcentaje
1 mes a 6 meses	20,0%
7 meses a 12 meses	6,7%
13 meses a 24 meses	26,7%
25 meses a 36 meses	6,7%
37 meses y más	40,0%
Total	100,0%

TABLA 2.1B VARIABLE TIEMPO DE TRATAMIENTO, HOSPITAL DEL SALVADOR.

El 40% de las mujeres encuestadas lleva 37 meses y más en el tratamiento actual, el 26,7% lleva entre 13 y 24 meses, y el 20% lleva entre 1 y 6 meses.

2.2 Variable historia de anteriores tratamientos: Al preguntársele cuántas veces han estado en tratamientos anteriores, las mujeres del *Hospital Dr. G. Fricke* contestaron lo siguiente,

Anteriores tratamientos	Porcentaje
ninguna vez	60,0%
una vez	20,0%
dos veces	13,3%
tres veces y más	6,7%
Total	100,0%

TABLA 2.2A VARIABLE HISTORIA DE ANTERIORES TRATAMIENTOS. HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Para el 60% de las mujeres encuestadas este es su primer tratamiento, para el 20% esta es su segunda vez.

En el *Hospital del Salvador* las respuestas son las siguientes,

Anteriores tratamientos	Porcentaje
ninguna vez	66,7%
una vez	26,7%
dos veces	6,7%
Total	100,0%

TABLA 2.2B VARIABLE HISTORIA DE ANTERIORES TRATAMIENTOS. HOSPITAL DEL SALVADOR

El 66,7% de las mujeres encuestadas asiste por primera vez a tratamiento, para el 26,7% esta es su segunda vez.

2.3 Variable tiempo de abstinencia: Al preguntársele cuánto tiempo lleva abstinentes, las mujeres del *Hospital Dr. G. Fricke* contestaron lo siguiente,

Tiempo de abstinencia	Porcentaje
1 a 3 meses	53,3%
4 a 6 meses	20,0%
7 a 12 meses	6,7%
13 a 24 meses	20,0%
Total	100,0%

TABLA 2.3A VARIABLE TIEMPO DE ABSTINENCIA, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

El 53,3% de las mujeres encuestadas lleva entre 1 y 3 meses de abstinencia, el 20% lleva entre 4 y 6 meses, y el 20% lleva entre 13 y 24 meses.

En el *Hospital del Salvador* las respuestas son las siguientes,

Tiempo de abstinencia	Porcentaje
1 a 3 meses	53,3%
4 a 6 meses	26,7%
7 a 12 meses	6,7%
13 a 24 meses	6,7%
25 meses y más	6,7%
Total	100,0%

TABLA 2.3B VARIABLE TIEMPO DE ABSTINENCIA, HOSPITAL DEL SALVADOR.

El 53,3% de las mujeres encuestadas, lleva entre 1 y 3 meses de abstinencia, y el 26,7% lleva entre 4 y 6 meses.

2.4 Variable edad de inicio del consumo: Al preguntársele la edad en que inició el consumo de alcohol, las mujeres del *Hospital Dr. G. Fricke* contestaron lo siguiente,

Edad inicio consumo OH	Porcentaje
menos de 18 años	73,3%
19 a 25 años	13,3%
35 a 42 años	13,3%
Total	100,0%

TABLA 2.4A VARIABLE EDAD INICIO CONSUMO ALCOHOL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

El 73,3% de las mujeres encuestadas inició el consumo de alcohol cuando tenía menos de 18 años.

En el *Hospital del Salvador* las respuestas son las siguientes,

Edad inicio consumo OH	Porcentaje
menos de 18 años	53,3%
19 a 25 años	20,0%
26 a 34 años	20,0%
35 a 42 años	6,7%
Total	100,0%

TABLA 2.4B VARIABLE EDAD INICIO CONSUMO ALCOHOL, HOSPITAL DEL SALVADOR.

El 53,3% de las mujeres encuestadas inició el consumo de alcohol cuando tenía menos de 18 años, el 20% lo inició entre los 19 y 25 años, y el otro 20% lo inició entre los 26 y 34 años.

2.5 Variable consumo de otras drogas: Al preguntársele si consume otras drogas además del alcohol, las mujeres del *Hospital Dr. G. Fricke* contestaron lo siguiente,

Consumo de otras drogas	Porcentaje
Sí	60,0%
No	40,0%
Total	100,0%

TABLA 2.5A VARIABLE CONSUMO DE OTRAS DROGAS HOSPITAL DR. G. FRICKE.

El 60% de las mujeres encuestadas consume otras drogas, como por ejemplo marihuana y tranquilizantes; y el 40% no consume otras drogas.

En el *Hospital del Salvador* las respuestas son las siguientes,

Consumo de otras drogas	Porcentaje
Sí	46,7%
No	53,3%
Total	100,0%

TABLA 2.5B VARIABLE CONSUMO DE OTRAS DROGAS, HOSPITAL DEL SALVADOR.

El 53,3% de las mujeres encuestadas no consume otras drogas, sin embargo el 46,7% consume marihuana y anfetaminas.

2.6 Variable uso de medicamentos: Al preguntársele si actualmente utilizan medicamentos, las mujeres del *Hospital Dr. G. Fricke* contestaron lo siguiente,

Uso de medicamentos	Porcentaje
Antabús y otros (bzdp, antidepresivos)	6,7%
Bzdp, clormezanona, vitmaminas	40,0%
No uso de medicamentos	53,3%
Total	100,0%

TABLA 2.6A VARIABLE USO DE MEDICAMENTOS, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

El 53,3% de las mujeres encuestadas no utiliza medicamentos, y el 40% utiliza benzodiazepinas, relajantes musculares y vitaminas.

En el *Hospital del Salvador* las respuestas son las siguientes,

Uso de medicamentos	Porcentaje
Antabús	6,7%
Antabús y otros (bzdp, antidepresivos)	33,3%
Bzdp, clormezanona, vitmaminas	60,0%
Total	100,0%

TABLA 2.6B VARIABLE USO DE MEDICAMENTOS, HOSPITAL DEL SALVADOR.

El 60% de las mujeres encuestadas utiliza benzodiazepinas, relajantes musculares y vitaminas; el 33,3% utiliza antabús y otros medicamentos.

3. ANÁLISIS DE CADA VARIABLE UTILIZANDO LA ESTADÍSTICA

DESCRIPTIVA.

3.1 Variable Salud Mental: Las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G.*

Fricke obtuvieron los siguientes resultados,

Salud Mental	
Media	28,5
Moda	35,0
Desv. Estand.	6,7
Mínimo	17,0
Máximo	40,0

TABLA 3.1A VARIABLE SALUD MENTAL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

El puntaje promedio es de 28,5 puntos, y la moda es 35 puntos lo cual indicaría riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas, según los puntos de corte establecidos para esta investigación.

Las mujeres que asisten al *Hospital del Salvador* obtuvieron los siguientes resultados,

Salud Mental	
Media	31,7
Moda	38,0
Desv. Estand.	8,6
Mínimo	17,0
Máximo	44,0

TABLA 3.1B VARIABLE SALUD MENTAL. HOSPITAL DEL SALVADOR.

El puntaje promedio es de 31,7 puntos indicando que las mujeres encuestadas se encuentran con riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas, sin embargo la moda es de 38 puntos lo cual está relacionado con que un cierto porcentaje de ellas tiene alto riesgo de presentar alteraciones psicológicas.

3.2 Variable Apoyo social: Las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G.*

Fricke obtuvieron los siguientes resultados,

Apoyo Social Familiar		Apoyo Social Amistades	
Media	5,1	Media	9,7
Moda	1,0	Moda	17,0
Desv. Estand.	5,3	Desv. Estand.	4,9
Mínimo	0,0	Mínimo	3,0
Máximo	16,0	Máximo	17,0

TABLA 3.2A VARIABLE APOYO SOCIAL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

En la variable apoyo social familiar se observa que la media es de 5,1 puntos y la moda corresponde a 1 punto, estos valores según los puntos de corte establecidos por Vera y Wood (1994) corresponderían a una percepción de bajo apoyo social familiar.

En la variable apoyo social de las amistades se observa que la media es de 9,7 puntos lo que indicaría una baja percepción de apoyo social de las amistades, sin embargo la moda es de 17 puntos indicando que algunas de las mujeres presenta una alta percepción de apoyo social de las amistades; según los puntos de corte establecidos por Vera y Wood (1994).

Las mujeres que asisten al *Hospital del Salvador* obtuvieron los siguientes resultados,

Apoyo Social Familiar		Apoyo Social Amistades	
Media	6,6	Media	11,8
Moda	1,0	Moda	11,0
Desv. Estand.	5,7	Desv. Estand.	4,8
Mínimo	0,0	Mínimo	2,0
Máximo	17,0	Máximo	18,0

TABLA 3.2B VARIABLE APOYO SOCIAL, HOSPITAL DEL SALVADOR.

En la variable apoyo social familiar se observa que la media es de 6,6 puntos y la moda es de 1 punto, lo que correspondería a una percepción de bajo apoyo social familiar.

En la variable apoyo social de las amistades se observa que la media es de 11,8 puntos y la moda es de 11 puntos, indicando una percepción baja de apoyo social de las amistades.

3.3 Variable Soledad: Las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G. Fricke* obtuvieron los siguientes resultados,

Soledad	
Media	49,7
Moda	50,0
Desv. Estand.	10,7
Mínimo	30,0
Máximo	66,0

TABLA 3.3A VARIABLE SOLEDAD, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

El puntaje promedio es de 49,7 puntos y la moda es de 50 puntos siendo indicativo de una percepción media de soledad, según los puntos de corte establecidos para esta investigación.

Las mujeres que asisten al *Hospital del Salvador* obtuvieron los siguientes resultados,

Soledad	
Media	49,8
Moda	46,0
Desv. Estand.	8,9
Mínimo	35,0
Máximo	63,0

TABLA 3.3B VARIABLE SOLEDAD, HOSPITAL DEL SALVADOR.

El puntaje promedio es de 49,8 puntos y la moda es de 46 puntos siendo indicativo de una percepción media de soledad, según los puntos de corte establecidos para esta investigación.

3.4 Variable Ocurrencia de Sucesos Vitales: Las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G. Fricke* obtuvieron los siguientes resultados,

Sucesos Vitales	
Media	4,3
Moda	0,0
Mínimo	0,0
Máximo	11,0

TABLA 3.4A VARIABLE OCURRENCIA DE SUCESOS VITALES. HOSPITAL DR. G. FRICKE.

El promedio de ocurrencia de sucesos vitales en el último año es alrededor de 4, existiendo mujeres que no han experimentado ningún evento y otras que han llegado a experimentar 11 sucesos en dicho período.

Las mujeres que asisten al *Hospital del Salvador* obtuvieron los siguientes resultados,

Sucesos Vitales	
Media	3,7
Moda	5,0
Mínimo	0,0
Máximo	9,0

TABLA 3.4B VARIABLE OCURRENCIA DE SUCESOS VITALES, HOSPITAL DEL SALVADOR.

El promedio de ocurrencia de sucesos vitales en el último año es alrededor de 4, existiendo mujeres que no han experimentado ningún evento y otras que han llegado a experimentar 9 sucesos en dicho período.

Nota: La variable estrategias de afrontamiento será analizada luego de describir cuáles serán los puntos de corte que se utilizarán en esta investigación.

4. ESTABLECIMIENTO DE LOS PUNTOS DE CORTE

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

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

El criterio utilizado para establecer los puntos de corte, consistió en determinar cuáles eran los puntajes mínimo y máximo que podrían obtenerse en este cuestionario si se respondía con la misma alternativa cada uno de los ítems; estos puntajes eran: 12 (si la persona responde con puntaje 1 en las 12 alternativas), 24 (si la persona responde con puntaje 2 en las 12 alternativas), 36 (si

la persona responde con puntaje 3 en las 12 alternativas), 48 (si la persona responde con puntaje 4 en las 12 alternativas), según lo anterior es posible determinar 3 intervalos, es decir de 12 a 24; de 25 a 36, y de 37 a 48, siendo cada uno de estos intervalos indicativo de bajo, probable o alto riesgo de padecer alteraciones psicológicas.

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

Grupos	Apoyo social Familiar	Apoyo social Amistades
Bajo grado	0 – 12	0 – 13
Alto grado	13 y más	14 y más

Estos puntos de corte son sugeridos en la Tesis para optar al Título de Psicólogo de Vera y Wood (1994)

4.3 Para determinar el nivel de Soledad, se establecieron los siguientes grupos,

Grupos	Soledad
Percepción baja de soledad	20 – 40
Percepción media de soledad	41 – 60
Percepción alta de soledad	61 - 80

El criterio utilizado para establecer los puntos de corte, consistió en determinar cuales eran los puntajes mínimo y máximo que podrían obtenerse en esta escala si se respondía con la misma alternativa cada uno de los ítems; estos puntajes eran: 20 (si la persona responde con puntaje 1 en las 20 alternativas), 40 (si la persona responde con puntaje 2 en las 20 alternativas), 60 (si la persona responde con puntaje 3 en las 20 alternativas), 80 (si la persona responde con

puntaje 4 en las 20 alternativas), según lo anterior es posible determinar 3 intervalos, es decir de 20 a 40; de 41 a 60, y de 61 a 80, siendo cada uno de estos intervalos indicativo de una percepción baja, media o alta de soledad.

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

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

Estos puntajes de corte se basan en tesis utilizadas por otros investigadores.

5. FORMACIÓN DE LOS GRUPOS.

5.1 Variable Salud Mental. Se establecieron los siguientes grupos: las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G. Fricke* quedaron distribuidas de la siguiente manera,

Salud Mental	Porcentaje
Bajo Riesgo (12-24)	33,3%
Riesgo Probable (25-36)	53,3%
Alto Riesgo (37-48)	13,3%
Total	100,0%

TABLA 5.1A GRUPOS CONFORMADOS SEGÚN VARIABLE SALUD MENTAL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

El 53,3% de las mujeres encuestadas se encuentran con riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas y el 33,3% tienen bajo riesgo de presentar dichas alteraciones.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* quedaron distribuidas de la siguiente manera,

Salud Mental	Porcentaje
Bajo Riesgo (12-24)	20,0%
Riesgo Probable (25-36)	40,0%
Alto Riesgo (37-48)	40,0%
Total	100,0%

TABLA 5.1B GRUPOS CONFORMADOS SEGÚN VARIABLE SALUD MENTAL, HOSPITAL DEL SALVADOR.

El 40% de las mujeres encuestadas se encuentra con riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas, por otra parte existe un 40% de mujeres que presentan un alto riesgo de presentar dichas alteraciones.

5.2 Variable Apoyo Social. Se establecieron los siguientes grupos: las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G. Fricke* quedaron distribuidas de la siguiente manera,

Apoyo Social Familiar	Porcentaje	Apoyo Social Amistades	Porcentaje
Bajo (0-12)	86,7%	Bajo (0-13)	73,3%
Alto (13 y más)	13,3%	Alto (14 y más)	26,7%
Total	100,0%	Total	100,0%

TABLA 5.2A GRUPOS CONFORMADOS SEGÚN VARIABLE APOYO SOCIAL. HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Para la variable apoyo social familiar, el 86,7% tiene una percepción baja de apoyo social familiar y el 13,3% tiene una percepción alta de este apoyo.

Para la variable apoyo social de las amistades, el 73,3% tiene una percepción baja de apoyo social de las amistades y el 26,7% tiene una percepción alta de este apoyo.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* quedaron distribuidas de la siguiente manera,

Apoyo Social Familiar	Porcentaje	Apoyo Social Amistades	Porcentaje
Bajo (0-12)	80,0%	Bajo (0-13)	60,0%
Alto (13 y más)	20,0%	Alto (14 y más)	40,0%
Total	100,0%	Total	100,0%

TABLA 5.2B GRUPOS CONFORMADOS SEGÚN VARIABLE APOYO SOCIAL, HOSPITAL DEL SALVADOR.

Para la variable apoyo social familiar, el 80% tiene una percepción baja de apoyo social familiar y el 20% tiene una percepción alta de este apoyo.

Para la variable apoyo social de las amistades, el 60% tiene una percepción baja de apoyo social de las amistades y el 40% tiene una percepción alta de este apoyo.

5.3 Variable Soledad. Se establecieron los siguientes grupos: las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G. Fricke* quedaron distribuidas de la siguiente manera,

Soledad	Porcentaje
Baja percepción de soledad (20-40)	20,0%
Media percepción de soledad (41-60)	73,3%
Alta percepción de soledad (61-80)	6,7%
Total	100,0%

TABLA 5.3A GRUPOS CONFORMADOS SEGÚN VARIABLE SOLEDAD, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

El 73,3% de las mujeres encuestadas presenta una percepción media de soledad.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* quedaron distribuidas de la siguiente manera,

Soledad	Porcentaje
Baja percepción de soledad (20-40)	13,3%
Media percepción de soledad (41-60)	66,7%
Alta percepción de soledad (61-80)	20,0%
Total	100,0%

TABLA 5.3B GRUPOS CONFORMADOS SEGÚN VARIABLE SOLEDAD, HOSPITAL DEL SALVADOR.

El 66,6% de las mujeres encuestadas presenta una percepción media de soledad, y el 20% presenta una alta percepción de soledad.

5.4 Variable estrategias de afrontamiento. Se establecieron los siguientes grupos: las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G. Fricke* quedaron distribuidas de la siguiente manera,

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Estrategias	Ausencia de la estr.	Presencia de la estr.	Total
Afrontamiento activo	20,0%	80,0%	100,0%
Planificación	33,3%	66,7%	100,0%
Supresión de actividades competitivas	40,0%	60,0%	100,0%
Autocontrol-Contención	20,0%	80,0%	100,0%
Búsqueda de apoyo social instrumental	40,0%	60,0%	100,0%
Búsqueda de apoyo social afectivo	13,3%	86,7%	100,0%
Reinterpretación positiva y crecimiento	6,7%	93,3%	100,0%
Aceptación de responsabilidad	26,7%	73,3%	100,0%
Focalización y ventilación de emociones	20,0%	80,0%	100,0%
Negación	26,7%	73,3%	100,0%
Descompromiso conductual	26,7%	73,3%	100,0%
Descompromiso mental	46,7%	53,3%	100,0%
Descompromiso mediante alcohol y drogas	33,3%	66,7%	100,0%
Autocontrol (no expresión de emociones)	13,3%	86,7%	100,0%
Escape y evitación	0,0%	100,0%	100,0%
Confrontación directa	33,3%	66,7%	100,0%
Aceptación de responsabilidad y autocrítica	20,0%	80,0%	100,0%

TABLA 5.4A VARIABLE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

El 100% de las mujeres encuestadas se escapa y evita las situaciones problemáticas; el 86,7% utiliza la estrategia de autocontrol evitando expresar sus sentimientos y emociones; el 80% no se precipita logrando comportarse de manera controlada el 93,3% dice haber aprendido de la experiencia vivida intentando obtener algo positivo de ella; el 86,7% busca apoyo social con el objeto de encontrar afecto

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* quedaron distribuidas de la siguiente manera,

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Estrategias	Ausencia de la estr.	Presencia de la estr.	Total
Afrontamiento activo	6,7%	93,3%	100,0%
Planificación	20,0%	80,0%	100,0%
Supresión de actividades competitivas	20,0%	80,0%	100,0%
Autocontrol-Contención	40,0%	60,0%	100,0%
Búsqueda de apoyo social instrumental	40,0%	60,0%	100,0%
Búsqueda de apoyo social afectivo	13,3%	86,7%	100,0%
Reinterpretación positiva y crecimiento	26,7%	73,3%	100,0%
Aceptación de responsabilidad	53,3%	46,7%	100,0%
Focalización y ventilación de emociones	20,0%	80,0%	100,0%
Negación	6,7%	93,3%	100,0%
Descompromiso conductual	26,7%	73,3%	100,0%
Descompromiso mental	33,3%	66,7%	100,0%
Descompromiso mediante alcohol y drogas	40,0%	60,0%	100,0%
Autocontrol (no expresión de emociones)	20,0%	80,0%	100,0%
Escape y evitación	26,7%	73,3%	100,0%
Confrontación directa	26,7%	73,3%	100,0%
Aceptación de responsabilidad y autocrítica	13,3%	86,7%	100,0%

TABLA 5.4B VARIABLE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. HOSPITAL DEL SALVADOR.

El 93% de las mujeres encuestadas utiliza estrategias de afrontamiento activo; el 86,7% busca apoyo social con el propósito de encontrar afecto, el 93,3% se niega a creer lo ocurrido; el 86,6% logra, luego de un tiempo, analizar lo sucedido y asumir su responsabilidad.

6. COMPARACIÓN DESCRIPTIVA DE VARIABLES.

A continuación se entregará una serie de descripciones que dan cuenta del comportamiento que presentan las variables de estudio al compararse con otras variables. Además se presentarán los resultados obtenidos mediante la aplicación del Test exacto de Fisher (prueba de significación estadística), el cual evalúa la relación entre variables. El propósito de exponer esta información tiene sus raíces en la posibilidad de plantear nuevos trazos de investigación que estén orientados en la búsqueda de relaciones entre las variables de estudio, permitiendo posteriormente plantear modelos relacionales que procuren dar cuenta del nivel de salud mental en mujeres dependientes de alcohol. Pese a lo anterior, el objetivo de este trabajo no es descubrir relaciones entre las variables, solamente describir la comparación de unas con otras.

6.1 Variable Salud Mental y Edad. Las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G Fricke* se distribuyen de la siguiente manera,

EDAD	SALUD MENTAL			Total	Nº
	Bajo riesgo	Riesgo proba.	Alto riesgo		
19 a 25 años	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%	2
26 a 34 años	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%	8
35 a 44 años	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	1
45 a 55 años	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%	4
Total	33,3%	53,3%	13,3%	100,0%	
Nº	5	8	2	15	

TABLA 6.1A VARIABLE SALUD MENTAL Y EDAD, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Del total de personas que tienen entre 26 y 34 años, el 50% se encuentra con bajo riesgo de presentar alteraciones psicológicas y el otro 50% presenta un riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas. Del total de personas que tiene

entre 45 y 55 años el 50% se encuentra con un riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,397 a un $p < 5\%$, siendo indicativo de una ausencia de relación.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* se distribuyen de la siguiente manera,

EDAD	SALUD MENTAL			Total	N°
	Bajo riesgo	Riesgo proba.	Alto riesgo		
26 a 34 años	20,0%	20,0%	60,0%	100,0%	5
35 a 44 años	20,0%	20,0%	60,0%	100,0%	5
45 a 55 años	20,0%	80,0%	0,0%	100,0%	5
Total	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%	
N°	3	6	6	15	

TABLA 6.1B VARIABLE SALUD MENTAL Y EDAD, HOSPITAL DEL SALVADOR.

Del total de personas que tienen entre 26 y 34 años, el 60% se encuentra con un alto riesgo de presentar alteraciones psicológicas. Del total de personas que tienen entre 35 y 44 años, el 60% se encuentra con un alto riesgo de presentar alteraciones psicológicas. Del total de personas que tienen entre 45 y 55 años, el 80% se encuentra con riesgo probable de presentar dichas alteraciones.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,165 a un $p < 5\%$, siendo indicativo de una ausencia de relación.

6.2 Variable Salud Mental y estado civil: Las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G Fricke* se distribuyen de la siguiente manera,

ESTADO CIVIL	SALUD MENTAL			Total	Nº
	Bajo riesgo	Riesgo proba.	Alto riesgo		
Casada	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%	2
Separada	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%	2
Conviviente	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%	3
Soltera	37,5%	50,0%	12,5%	100,0%	8
Total	33,3%	53,3%	13,3%	100,0%	
Nº	5	8	2	15	

TABLA 6.2A VARIABLE SALUD MENTAL Y ESTADO CIVIL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Del total de personas que están solteras, el 50% tiene un riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas, el 37,5% tiene un bajo riesgo de presentar alteraciones psicológicas, y el 12,5% tiene un alto riesgo de presentar dichas alteraciones.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* se distribuyen de la siguiente manera,

ESTADO CIVIL	SALUD MENTAL			Total	Nº
	Bajo riesgo	Riesgo proba.	Alto riesgo		
Casada	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%	3
Separada	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	1
Conviviente	28,6%	42,9%	28,6%	100,0%	7
Viuda	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	1
Soltera	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%	3
Total	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%	
Nº	3	6	6	15	

TABLA 6.2B VARIABLE SALUD MENTAL Y ESTADO CIVIL, HOSPITAL DEL SALVADOR.

Del total de personas que convive, el 42,9% tiene un riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas, el 28,6% tiene un alto riesgo de presentar tales alteraciones y el otro 28,6% tiene un bajo riesgo de presentar alteraciones

psicológicas. Del total de personas que están casadas, el 66,7% tiene un riesgo probable de presentar dichas alteraciones.

6.3 Variable Salud Mental y actividad principal. Las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G Fricke* se distribuyen de la siguiente manera,

ACTIVIDAD PRINCIPAL	SALUD MENTAL			Total	Nº
	Bajo riesgo	Riesgo proba.	Alto riesgo		
Dueña de casa	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%	3
Trabaja. Jornada Completa	66,7%	0,0%	33,3%	100,0%	3
Trabaja en forma Indepe.	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%	2
No Trabaja	0,0%	80,0%	20,0%	100,0%	5
Estudia	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%	2
Total	33,3%	53,3%	13,3%	100,0%	
Nº	5	8	2	15	

TABLA 6.3A VARIABLE SALUD MENTAL Y ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Del total de personas que no trabaja, el 80% se encuentra con riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas; del total de personas que son dueñas de casa, el 66,7% se encuentra con riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas, del total de personas que trabaja jornada completa, el 66,7% se encuentra con bajo riesgo de presentar alteraciones psicológicas.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,289 a un $p < 5\%$, siendo indicativo de una ausencia de relación.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* se distribuyen de la siguiente manera,

ACTIVIDAD PRINCIPAL	SALUD MENTAL			Total	Nº
	Bajo riesgo	Riesgo proba.	Alto riesgo		
Dueña de casa	14,3%	42,9%	42,9%	100,0%	7
Trabaja Jornada Comple.	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%	3
Trabaja en forma Esporádica	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	1
Trabaja en forma Independ.	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	2
No Trabaja	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	2
Total	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%	
Nº	3	6	6	15	

TABLA 6.3B VARIABLE SALUD MENTAL Y ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DEL SALVADOR.

Del total de personas que son dueñas de casa, el 42.9% se encuentra con riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas y el otro 42,9% se encuentra con alto riesgo de presentar alteraciones psicológicas. Del total de personas que trabaja jornada completa el 33,3% tiene bajo riesgo, el 33,3% tiene riesgo probable y el otro 33,3% tiene alto riesgo de presentar alteraciones psicológicas.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,447 a un $p < 5\%$, siendo indicativo de una ausencia de relación.

6.4 Variable Soledad y Edad. Las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G Fricke* se distribuyen de la siguiente manera,

EDAD	SOLEDAD			Total	Nº
	Percep. baja	Percep. media	Percep. alta		
19 a 25 años	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%	2
26 a 34 años	37,5%	62,5%	0,0%	100,0%	8
35 a 44 años	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	1
45 a 55 años	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	4
Total	20,0%	73,3%	6,7%	100,0%	
Nº	3	11	1	15	

TABLA 6.4A VARIABLE SOLEDAD Y EDAD, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Del total de personas que tienen entre 26 y 34 años, el 62,5% tiene una percepción media de soledad, y el 37,5% tiene una percepción baja de soledad: Del total de personas que se encuentra entre los 45 y 55 años, el 100% tiene una percepción media de soledad.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,329 a un $p < 5\%$, siendo indicativo de una ausencia de relación.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* se distribuyen de la siguiente manera,

EDAD	SOLEDAD			Total	N°
	Percep. baja	Percep. media	Percep. alta		
26 a 34 años	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%	5
35 a 44 años	0,0%	80,0%	20,0%	100,0%	5
45 a 55 años	20,0%	80,0%	0,0%	100,0%	5
Total	13,3%	66,7%	20,0%	100,0%	
N°	2	10	3	15	

TABLA 6.4B VARIABLE SOLEDAD Y EDAD. HOSPITAL DEL SALVADOR.

Del total de personas que se encuentran entre los 35 y 44 años, el 80% tiene una percepción media de soledad, y del total de personas que se encuentran entre los 45 y 55 años, el 80% tiene una percepción media de soledad.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,571 a un $p < 5\%$, siendo indicativo de una ausencia de relación.

6.5 Variable Soledad y estado civil. Las mujeres que asisten al *Hospital Dr.*

G Fricke se distribuyen de la siguiente manera,

ESTADO CIVIL	SOLEDAD			Total	Nº
	Percep. baja	Percep. media	Percep. alta		
Casada	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	2
Separada	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%	2
Conviviente	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	3
Soltera	0,0%	87,5%	12,5%	100,0%	8
Total	20,0%	73,3%	6,7%	100,0%	
Nº	3	11	1	15	

TABLA 6.5A VARIABLE SOLEDAD Y ESTADO CIVIL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Del total de personas que están solteras, el 87,5% presenta una percepción media de soledad, y el 12,5% presenta una percepción alta de soledad.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* se distribuyen de la siguiente manera,

ESTADO CIVIL	SOLEDAD			Total	Nº
	Percep. baja	Percep. media	Percep. alta		
Casada	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	3
Separada	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	1
Conviviente	28,6%	57,1%	14,3%	100,0%	7
Viuda	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	1
Soltera	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%	3
Total	13,3%	66,7%	20,0%	100,0%	
Nº	2	10	3	15	

TABLA 6.5B VARIABLE SOLEDAD Y ESTADO CIVIL, HOSPITAL DEL SALVADOR.

Del total de personas que convive, el 57,1% tiene una percepción media de soledad, el 28,6% tiene una percepción baja de soledad, y el 14,3% tiene una percepción alta de soledad.

6.6 Variable Soledad y Actividad principal. Las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G Fricke* se distribuyen de la siguiente manera,

ACTIVIDAD PRINCIPAL	SOLEDAD			Total	Nº
	Percep. baja	Percep. media	Percep. alta		
Dueña de casa	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%	3
Trabaja. Jornada Completa	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	3
Trabaja en forma Indepe.	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	2
No Trabaja	20,0%	80,0%	0,0%	100,0%	5
Estudia	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%	2
Total	20,0%	73,3%	6,7%	100,0%	
Nº	3	11	1	15	

TABLA 6.6A VARIABLE SOLEDAD Y ACTIVIDAD PRINCIPAL. HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Del total de personas que no trabaja, el 80% tiene una percepción media de soledad; del total de personas que trabaja jornada completa, el 100% tiene una percepción media de soledad.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,237 a un $p < 5\%$, siendo indicativo de una ausencia de relación.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* se distribuyen de la siguiente manera,

ACTIVIDAD PRINCIPAL	SOLEDAD			Total	Nº
	Percep. baja	Percep. media	Percep. alta		
Dueña de casa	14,3%	57,1%	28,6%	100,0%	7
Trabaja Jornada Comple.	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	3
Trabaja en forma Esporádica	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	1
Trabaja en forma Independ.	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	2
No Trabaja	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%	2
Total	13,3%	66,7%	20,0%	100,0%	
Nº	2	10	3	15	

TABLA 6.6B VARIABLE SOLEDAD Y ACTIVIDAD PRINCIPAL. HOSPITAL DEL SALVADOR.

Del total de personas que son dueñas de casa, el 57,1% tiene una percepción media de soledad y el 28,6% tiene una percepción alta de soledad. Del total de

personas que trabaja jornada completa, el 100% tiene una percepción media de soledad.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,447 a un $p < 5\%$, siendo indicativo de una ausencia de relación.

6.7 Variable Apoyo Social y Edad. Con relación a la *variable apoyo social familiar*: las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G Fricke* se distribuyen de la siguiente manera,

EDAD	APOYO FAMILIAR			Nº
	Bajo	Alto	Total	
19a 25 años	100,0%	0,0%	100,0%	2
26 a 34 años	75,0%	25,0%	100,0%	8
35 a 44 años	100,0%	0,0%	100,0%	1
45 a 55 años	100,0%	0,0%	100,0%	4
Total	86,7%	13,3%	100,0%	
Nº	13	2	15	

TABLA 6.7A VARIABLE APOYO SOCIAL FAMILIAR Y EDAD, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Del total de personas que se encuentran entre los 26 y 34 años, el 75% presenta una percepción baja de apoyo social familiar; y del total de personas que se encuentran entre los 45 y 55 años, el 100% presenta una percepción baja de apoyo social familiar.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,695 a un $p < 5\%$, siendo indicativo de una ausencia de relación.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* se distribuyen de la siguiente manera,

EDAD	APOYO FAMILIAR			Nº
	Bajo	Alto	Total	
26 a 34 años	80,0%	20,0%	100,0%	5
35 a 44 años	80,0%	20,0%	100,0%	5
45 a 55 años	80,0%	20,0%	100,0%	5
Total	80,0%	20,0%	100,0%	
Nº	12	3	15	

TABLA 6.7B VARIABLE APOYO SOCIAL FAMILIAR Y EDAD. HOSPITAL DEL SALVADOR.

Del total de personas que se encuentran entre los 26 y 34 años, el 80% presenta una percepción baja de apoyo social familiar; del total de personas que se encuentran entre los 35 y 44 años, el 80% presenta una percepción baja de apoyo social familiar; del total de personas que se encuentran entre los 45 y 55 años, el 80% presenta una percepción baja de apoyo social familiar.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 1,000 a un $p < 5\%$, siendo indicativo de una ausencia de relación.

Con relación a la *variable apoyo social de las amistades*: las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G Fricke* se distribuyen de la siguiente manera,

EDAD	APOYO AMISTADES			Nº
	Bajo	Alto	Total	
19 a 25 años	50,0%	50,0%	100,0%	2
26 a 34 años	75,0%	25,0%	100,0%	8
35 a 44 años	100,0%	0,0%	100,0%	1
45 a 55 años	75,0%	25,0%	100,0%	4
Total	73,3%	26,7%	100,0%	
Nº	11	4	15	

TABLA 6.7C VARIABLE APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES Y EDAD. HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Del total de personas que tiene entre 26 y 34 años, el 75% tiene una percepción baja de apoyo social de las amistades; del total de personas que tiene entre 45 y 55 años, el 75% tiene una percepción baja de apoyo social de las amistades.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,836 a un $p < 5\%$, siendo indicativo de una ausencia de relación.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* se distribuyen de la siguiente manera,

EDAD	APOYO AMISTADES			Nº
	Bajo	Alto	Total	
26 a 34 años	80,0%	20,0%	100,0%	5
35 a 44 años	60,0%	40,0%	100,0%	5
45 a 55 años	40,0%	60,0%	100,0%	5
Total	60,0%	40,0%	100,0%	
Nº	9	6	15	

TABLA 6.7D VARIABLE APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES Y EDAD, HOSPITAL DEL SALVADOR.

Del total de personas que tiene entre 26 y 34 años, el 80% tiene una percepción baja del apoyo social de las amistades.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,8 a un $p < 5\%$, siendo indicativo de una ausencia de relación.

6.8 Variable Apoyo Social y estado civil. Con relación a la *variable apoyo social familiar*, las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G Fricke* se distribuyen de la siguiente manera,

ESTADO CIVIL	APOYO FAMILIAR			Nº
	Bajo	Alto	Total	
Casada	50,0%	50,0%	100,0%	2
Separada	100,0%	0,0%	100,0%	2
Conviviente	100,0%	0,0%	100,0%	3
Soltera	87,5%	12,5%	100,0%	8
Total	86,7%	13,3%	100,0%	
Nº	13	2	15	

TABLA 6.8A VARIABLE APOYO SOCIAL FAMILIAR Y ESTADO CIVIL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Del total de personas solteras, el 87,5% presenta una percepción baja de apoyo social familiar y el 12,5% presenta una percepción alta de apoyo social familiar.

Las mujeres que asisten al *Hospital del Salvador* se distribuyen de la siguiente manera,

ESTADO CIVIL	APOYO FAMILIAR			Nº
	Bajo	Alto	Total	
Casada	100,0%	0,0%	100,0%	3
Separada	100,0%	0,0%	100,0%	1
Conviviente	57,1%	42,9%	100,0%	7
Viuda	100,0%	0,0%	100,0%	1
Soltera	100,0%	0,0%	100,0%	3
Total	80,0%	20,0%	100,0%	
Nº	12	3	15	

TABLA 6.8B VARIABLE APOYO SOCIAL FAMILIAR Y ESTADO CIVIL, HOSPITAL DEL SALVADOR.

Del total de personas que convive, el 51,7% presenta una percepción baja de apoyo social familiar y el 42,9% presenta una percepción alta de apoyo social familiar.

Con relación a la *variable apoyo social de las amistades*: las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G. Fricke* se distribuyen de la siguiente manera,

ESTADO CIVIL	APOYO AMISTADES			Nº
	Bajo	Alto	Total	
Casada	50,0%	50,0%	100,0%	2
Separada	50,0%	50,0%	100,0%	2
Conviviente	100,0%	0,0%	100,0%	3
Soltera	75,0%	25,0%	100,0%	8
Total	73,3%	26,7%	100,0%	
Nº	11	4	15	

TABLA 6.8C VARIABLE APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Del total de personas que están solteras, el 75% tiene una percepción baja apoyo social de las amistades y el 25% tiene percepción alta apoyo social de las amistades.

Las mujeres que asisten al *Hospital del Salvador* se distribuyen de la siguiente manera,

ESTADO CIVIL	APOYO AMISTADES			Nº
	Bajo	Alto	Total	
Casada	66,7%	33,3%	100,0%	3
Separada	100,0%	0,0%	100,0%	1
Conviviente	57,1%	42,9%	100,0%	7
Viuda	0,0%	100,0%	100,0%	1
Soltera	66,7%	33,3%	100,0%	3
Total	60,0%	40,0%	100,0%	
Nº	9	6	15	

TABLA 6.8D VARIABLE APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES, HOSPITAL DEL SALVADOR.

Del total de personas que convive, el 57,1% presenta una percepción baja de apoyo social de las amistades y el 42,9% presenta una percepción alta de apoyo social de las amistades.

6.9 Variable Apoyo social y Actividad principal. Con relación a la *variable apoyo social familiar*, las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G Fricke* se distribuyen de la siguiente manera,

ACTIVIDAD PRINCIPAL	APOYO FAMILIAR			Nº
	Bajo	Alto	Total	
Dueña de casa	100,0%	0,0%	100,0%	3
Trabaja. Jornada Completa	100,0%	0,0%	100,0%	3
Trabaja en forma Indepe.	50,0%	50,0%	100,0%	2
No Trabaja	80,0%	20,0%	100,0%	5
Estudia	100,0%	0,0%	100,0%	2
Total	86,7%	13,3%	100,0%	
Nº	13	2	15	

TABLA 6.9A VARIABLE APOYO SOCIAL FAMILIAR Y ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Del total de personas que no trabaja, el 80% tiene una percepción baja de apoyo social familiar; del total de personas que son dueñas de casa, el 100% tiene una percepción baja de apoyo social familiar; del total de personas que trabaja jornada completa, el 100% tiene una percepción baja de apoyo social familiar.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,619 a un $p < 5\%$, siendo indicativo de una ausencia de relación.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* se distribuyen de la siguiente manera,

ACTIVIDAD PRINCIPAL	APOYO FAMILIAR			N°
	Bajo	Alto	Total	
Dueña de casa	57,1%	42,9%	100,0%	7
Trabaja Jornada Comple.	100,0%	0,0%	100,0%	3
Trabaja en forma Esporádica	100,0%	0,0%	100,0%	1
Trabaja en forma Independ.	100,0%	0,0%	100,0%	2
No Trabaja	100,0%	0,0%	100,0%	2
Total	80,0%	20,0%	100,0%	
N°	12	3	15	

TABLA 6.9B VARIABLE APOYO SOCIAL FAMILIAR Y ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DEL SALVADOR.

Del total de personas que son dueñas de casa, el 57,1% percibe un bajo apoyo social familiar y el 42,9% percibe un alto apoyo social familiar; del total de personas que trabaja jornada completa, el 100% percibe un bajo apoyo social familiar.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,492a un $p < 5\%$, siendo indicativo de una ausencia de relación.

Con relación a la *variable apoyo social de las amistades*, las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G Fricke* se distribuyen de la siguiente manera,

ACTIVIDAD PRINCIPAL	APOYO AMISTADES			N°
	Bajo	Alto	Total	
Dueña de casa	100,0%	0,0%	100,0%	3
Trabaja. Jornada Completa	100,0%	0,0%	100,0%	3
Trabaja en forma indepe.	100,0%	0,0%	100,0%	2
No Trabaja	60,0%	40,0%	100,0%	5
Estudia	0,0%	100,0%	100,0%	2
Total	73,3%	26,7%	100,0%	
N°	11	4	15	

TABLA 6.9C VARIABLE APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES Y ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Del total de personas que no trabaja, el 60% tiene una percepción baja de apoyo social de las amistades y el 40% tiene una percepción alta de apoyo social de las amistades; del total de personas que son dueñas de casa, el 100% tiene una percepción baja de apoyo social de las amistades; del total de personas que trabaja jornada completa, el 100% tiene una percepción baja de apoyo social de las amistades.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,097 a un $p < 5\%$, siendo indicativo de una ausencia de relación.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* se distribuyen de la siguiente manera,

ACTIVIDAD PRINCIPAL	APOYO AMISTADES			Nº
	Bajo	Alto	Total	
Dueña de casa	71,4%	28,6%	100,0%	7
Trabaja Jornada Comple.	33,3%	66,7%	100,0%	3
Trabaja en forma Esporádica	0,0%	100,0%	100,0%	1
Trabaja en forma Independ.	50,0%	50,0%	100,0%	2
No Trabaja	100,0%	0,0%	100,0%	2
Total	60,0%	40,0%	100,0%	
Nº	9	6	15	

TABLA 6.9D VARIABLE APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES Y ACTIVIDAD PRINCIPAL, HOSPITAL DEL SALVADOR.

Del total de personas que son dueñas de casa, el 71,4% presenta una percepción baja de apoyo social de las amistades.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,508 a un $p < 5\%$, siendo indicativo de una ausencia de relación.

6.10 Variable Salud Mental y Variable Soledad: Con relación a la *variable salud mental*, las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G Fricke* se distribuyen de la siguiente manera,

SOLEDAD	SALUD MENTAL			
	Bajo riesgo	Riesgo proba.	Alto riesgo	Total N°
Precepción baja de soledad	66,7%	33,3%	0,0%	100,0% 3
Precepción media de soledad	27,3%	54,5%	18,2%	100,0% 11
Precepción alta de soledad	0,0%	100,0%	0,0%	100,0% 1
Total	33,3%	53,3%	13,3%	100,0%
N°	5	8	2	15

TABLA 6.10A VARIABLE SALUD MENTAL Y SOLEDAD. HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Del total de personas que tienen una percepción media de soledad, el 54,5% tiene un riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas, el 27,3% tiene un bajo riesgo de presentar alteraciones psicológicas, y el 18,2% tiene un alto riesgo de presentar dichas alteraciones.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,846 a un $p < 5\%$, siendo indicativo de una ausencia de relación.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* se distribuyen de la siguiente manera,

SOLEDAD	SALUD MENTAL			
	Bajo riesgo	Riesgo proba.	Alto riesgo	Total N°
Precepción baja de soledad	100,0%	0,0%	0,0%	100,0% 2
Precepción media de soledad	10,0%	60,0%	30,0%	100,0% 10
Precepción alta de soledad	0,0%	0,0%	100,0%	100,0% 3
Total	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
N°	3	6	6	15

TABLA 6.10B VARIABLE SALUD MENTAL Y SOLEDAD. HOSPITAL DEL SALVADOR.

Del total de personas que tienen una percepción media de soledad, el 60% tiene un riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas, el 30% tiene un alto riesgo de presentar alteraciones psicológicas y el 10% tiene un bajo riesgo de presentar dichas alteraciones.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,013 a un $p < 5\%$, indicando que existe relación entre ellas.

FIGURA 6.10A VARIABLE SALUD MENTAL Y SOLEDAD, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

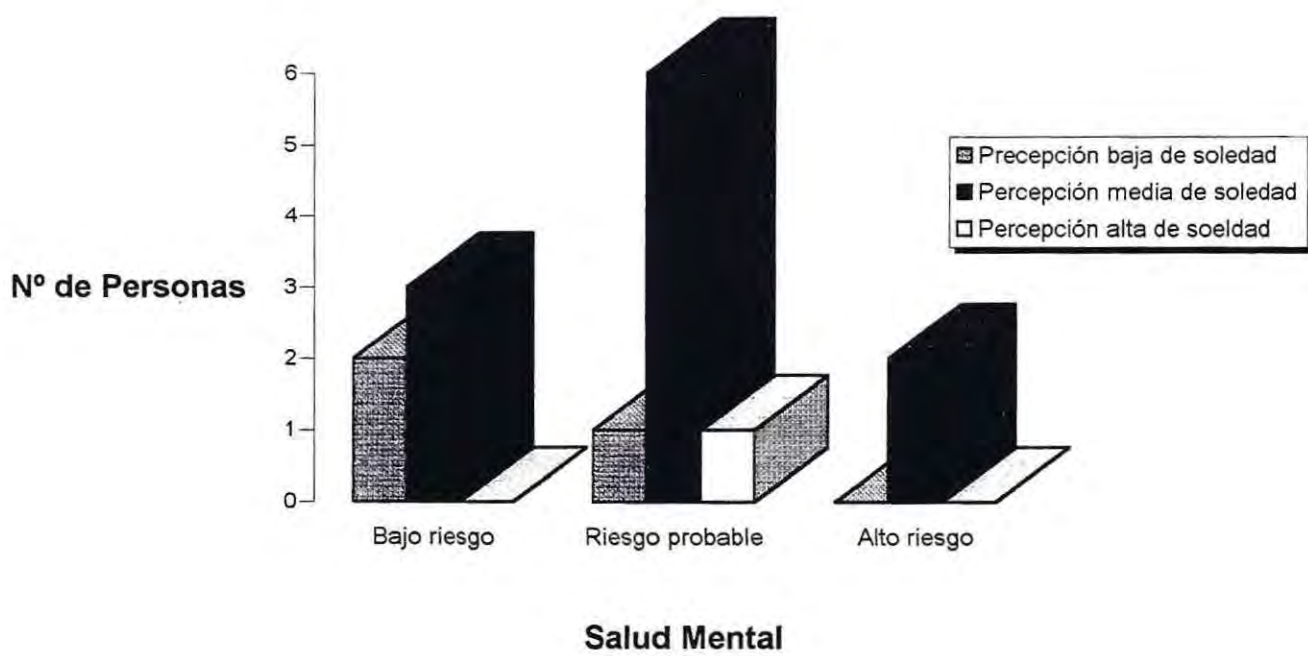
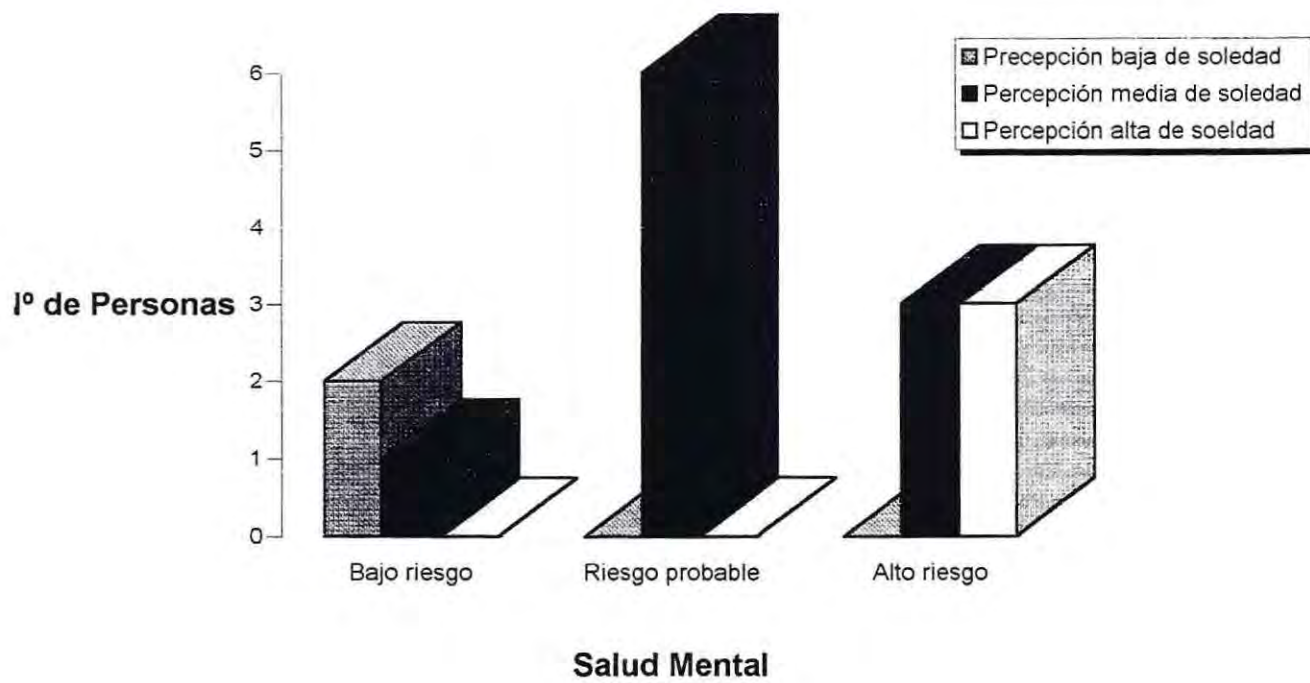


FIGURA 6.10B VARIABLE SALUD MENTAL Y SOLEDAD, HOSPITAL DEL SALVADOR.



6.11 Variable Salud Mental y variable Apoyo Social: Con relación a la *variable salud mental*, las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G Fricke* se distribuyen de la siguiente manera,

APOYO SOCIAL FAMILIAR	SALUD MENTAL			Total	Nº
	Bajo riesgo	Riesgo proba.	Alto riesgo		
Bajo	30,8%	53,8%	15,4%	100,0%	13
Alto	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%	2
Total	33,3%	53,3%	13,3%	100,0%	
Nº	5	8	2	15	

TABLA 6.11A VARIABLE SALUD MENTAL Y APOYO SOCIAL FAMILIAR. HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Del total de personas que tienen una percepción baja de apoyo social familiar, el 53,8% tiene un riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas, el 30,8% tiene un bajo riesgo de presentar alteraciones psicológicas, y el 15,4% tiene un alto riesgo de presentar dichas alteraciones.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 1,000 a un $p < 5\%$, indicando que no existe relación.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* se distribuyen de la siguiente manera,

APOYO SOCIAL FAMILIAR	SALUD MENTAL			Total	Nº
	Bajo riesgo	Riesgo proba.	Alto riesgo		
Bajo	16,7%	41,7%	41,7%	100,0%	12
Alto	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%	3
Total	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%	
Nº	3	6	6	15	

TABLA 6.11B VARIABLE SALUD MENTAL Y APOYO SOCIAL FAMILIAR. HOSPITAL DEL SALVADOR.

Del total de personas que tienen una percepción baja de apoyo social familiar, el 41,7% tiene un alto riesgo de presentar alteraciones psicológicas, el

41,7% tiene un riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas, y el 16,7% tiene un bajo riesgo de presentar dichas alteraciones.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 1,000 a un $p < 5\%$, indicando que no existe relación.

Variable salud mental según apoyo social de las amistades: las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G Fricke* se distribuyen de la siguiente manera,

APOYO SOCIAL AMISTADES	SALUD MENTAL			Total	N°
	Bajo riesgo	Riesgo proba.	Alto riesgo		
Bajo	36,4%	45,5%	18,2%	100,0%	11
Alto	25,0%	75,0%	0,0%	100,0%	4
Total	33,3%	53,3%	13,3%	100,0%	
N°	5	8	2	15	

TABLA 6.11C VARIABLE SALUD MENTAL Y APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES. HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Del total de personas que tienen una percepción baja de apoyo social de las amistades, el 45,5% tiene un riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas, y el 36,4% tiene un bajo riesgo de presentar dichas alteraciones.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 1,000 a un $p < 5\%$, indicando que no existe relación.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* se distribuyen de la siguiente manera,

APOYO SOCIAL AMISTADES	SALUD MENTAL			Total	Nº
	Bajo riesgo	Riesgo proba.	Alto riesgo		
Bajo	22,2%	44,4%	33,3%	100,0%	9
Alto	16,7%	33,3%	50,0%	100,0%	6
Total	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%	
Nº	3	6	6	15	

TABLA 6.11D VARIABLE SALUD MENTAL Y APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES, HOSPITAL DEL SALVADOR.

Del total de personas que tienen una percepción baja de apoyo social de las amistades, el 44,4% tiene un riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas, y el 33,3% tiene un alto riesgo de presentar dichas alteraciones.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 1,000 a un $p < 5\%$, indicando que no existe relación.

FIGURA 6. LA VARIABLE SALUD MENTAL Y APOYO SOCIAL FAMILIAR, HOSPITAL DR. G. FRICKE

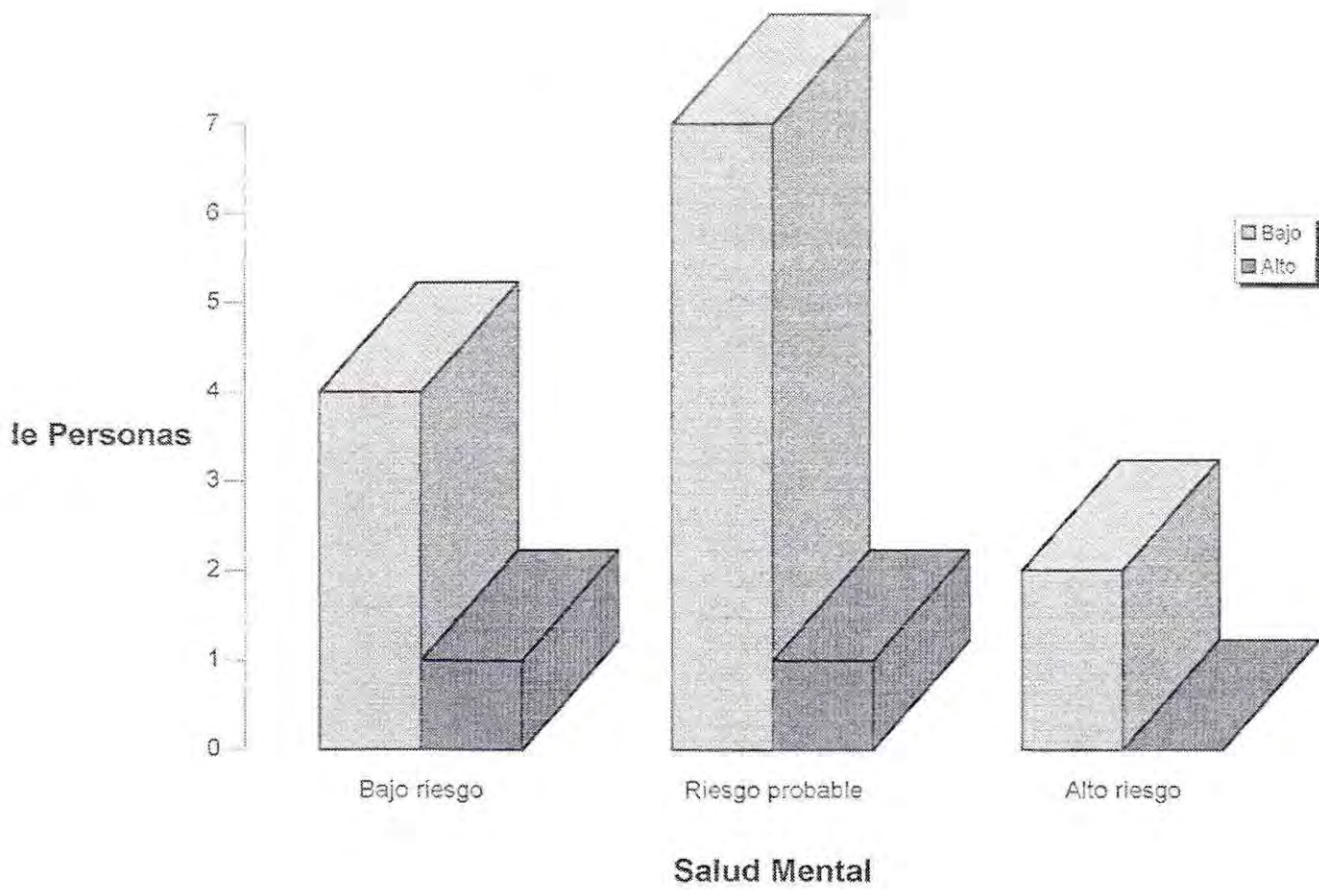
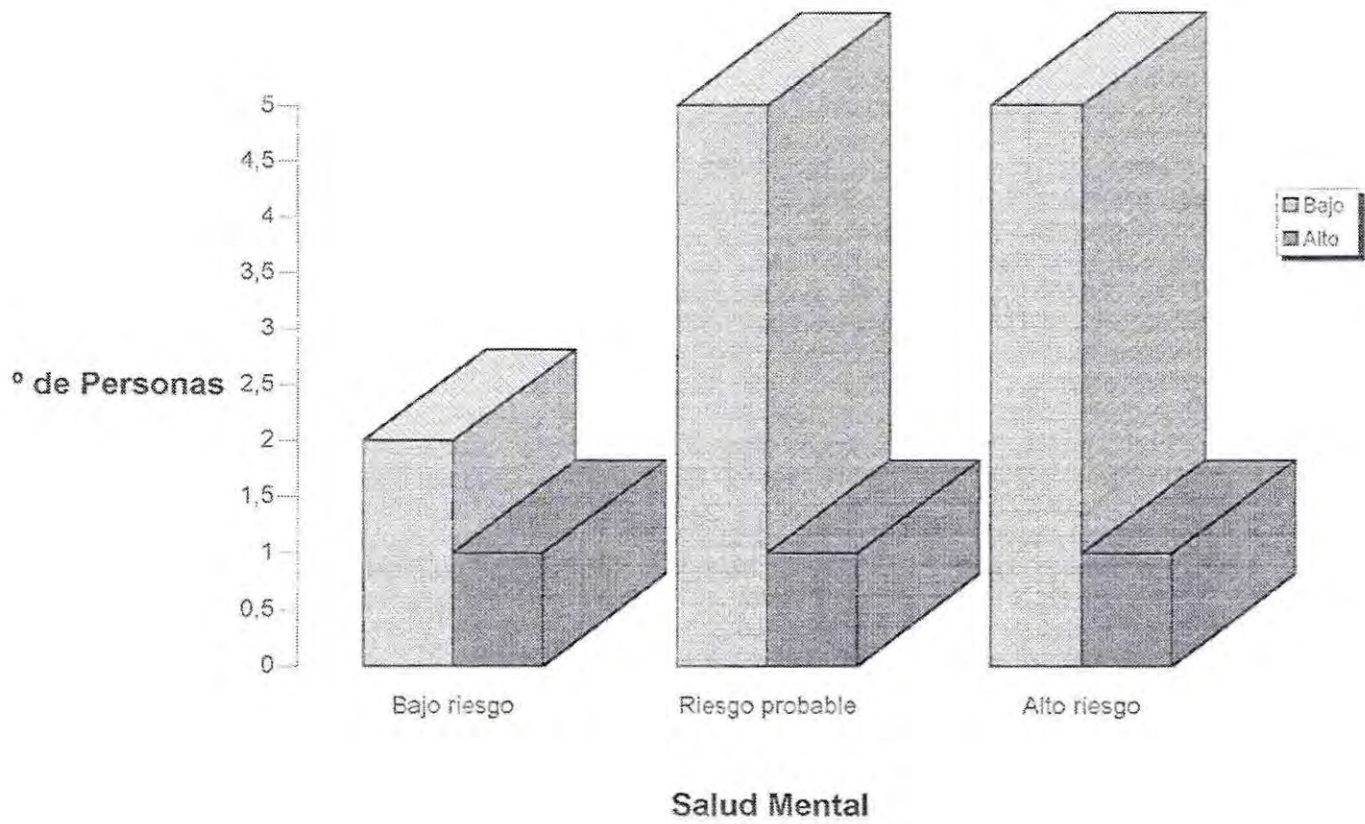


FIGURA 6.11B VARIABLES SALUD MENTAL Y APOYO SOCIAL FAMILIAR, HOSPITAL DEL SALVADOR.



6.12 Variable Soledad y variable Apoyo social: Con relación a la *variable soledad*, las mujeres que asisten al *Hospital Dr. G Fricke* se distribuyen de la siguiente manera,

APOYO SOCIAL FAMILIAR	SOLEDAD			Total	Nº
	Percep. Baja	Precep. Media	Precep. Alta		
Bajo	15,4%	76,9%	7,7%	100,0%	13
Alto	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%	2
Total	20,0%	73,3%	6,7%	100,0%	
Nº	3	11	1	15	

TABLA 6.12A VARIABLE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL FAMILIAR, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Del total de personas que tienen una percepción baja del apoyo social familiar, el 76,9% presenta una percepción media de soledad.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,476 a un $p < 5\%$, indicando que no existe relación.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* se distribuyen de la siguiente manera,

APOYO SOCIAL FAMILIAR	SOLEDAD			Total	Nº
	Percep. Baja	Precep. Media	Precep. Alta		
Bajo	8,3%	66,7%	25,0%	100,0%	12
Alto	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%	3
Total	13,3%	66,7%	20,0%	100,0%	
Nº	2	10	3	15	

TABLA 6.12B VARIABLE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL FAMILIAR, HOSPITAL DEL SALVADOR.

Del total de personas que tienen una percepción baja del apoyo social familiar, el 66,7% presenta una percepción media de soledad, y el 25% presenta una percepción alta de soledad.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,440 a un $p < 5\%$, indicando que no existe relación.

Variable soledad según apoyo social de las amistades: las mujeres que asisten al Hospital Dr. G Fricke se distribuyen de la siguiente manera,

APOYO SOCIAL AMISTADES	SOLEDAD			Total	Nº
	Percep. Baja	Percep. Media	Percep. Alta		
Bajo	9,1%	90,9%	0,0%	100,0%	11
Alto	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%	4
Total	20,0%	73,3%	6,7%	100,0%	
Nº	3	11	1	15	

TABLA 6.12C VARIABLE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

Del total de personas que tienen una percepción baja de apoyo social de las amistades, el 90,9% presenta una percepción media de soledad.

El test exacto de Fisher arrojó para las variables antes mencionadas un valor de 0,033 a un $p < 5\%$, indicando que existe relación entre ellas.

Las mujeres que asisten al *Hospital Salvador* se distribuyen de la siguiente manera,

APOYO SOCIAL AMISTADES	SOLEDAD			Total	Nº
	Percep. Baja	Percep. Media	Percep. Alta		
Bajo	11,1%	77,8%	11,1%	100,0%	9
Alto	16,7%	50,0%	33,3%	100,0%	6
Total	13,3%	66,7%	20,0%	100,0%	
Nº	2	10	3	15	

TABLA 6.12D VARIABLE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES, HOSPITAL DEL SALVADOR.

Del total de personas que tienen una percepción baja de apoyo social de las amistades, el 77,8% presenta una percepción media de soledad.

FIGURA 6.12A VARIABLE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL FAMILIAR, HOSPITAL DR. G. FRICKE.

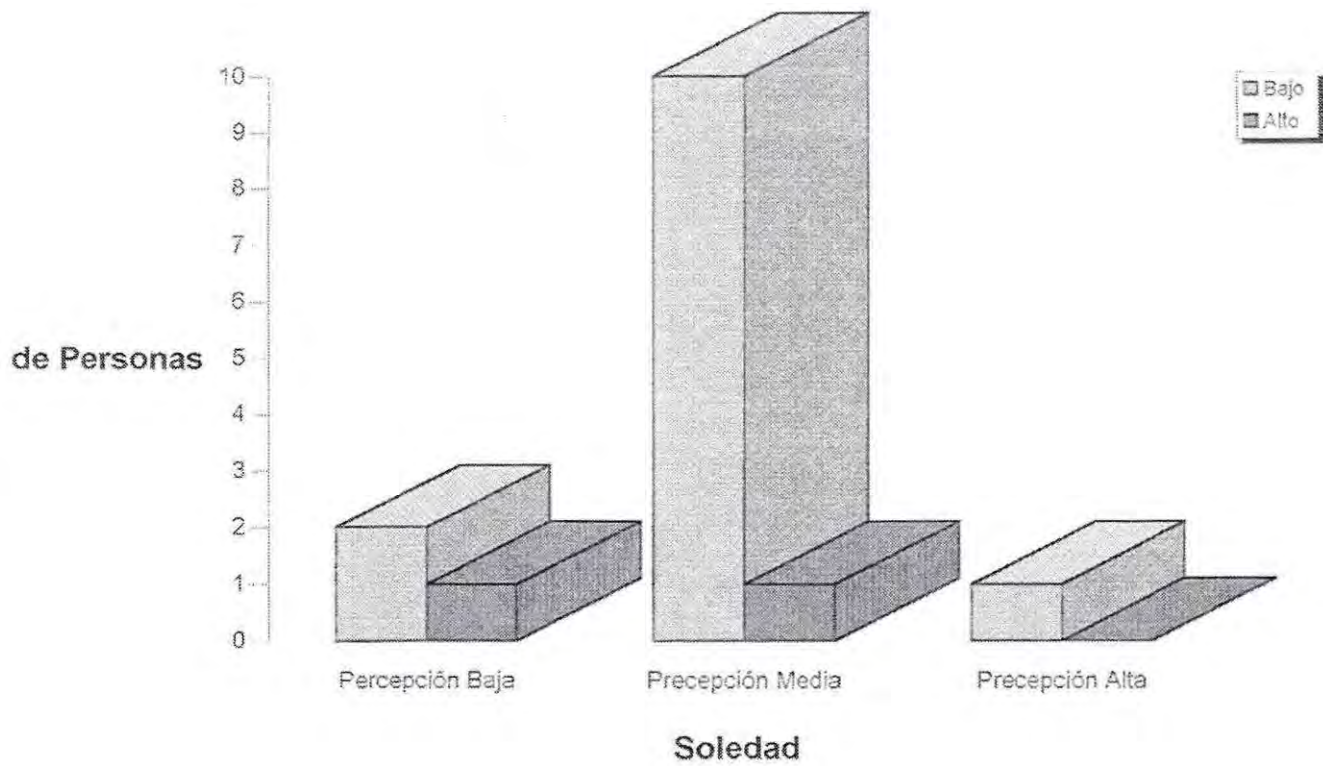
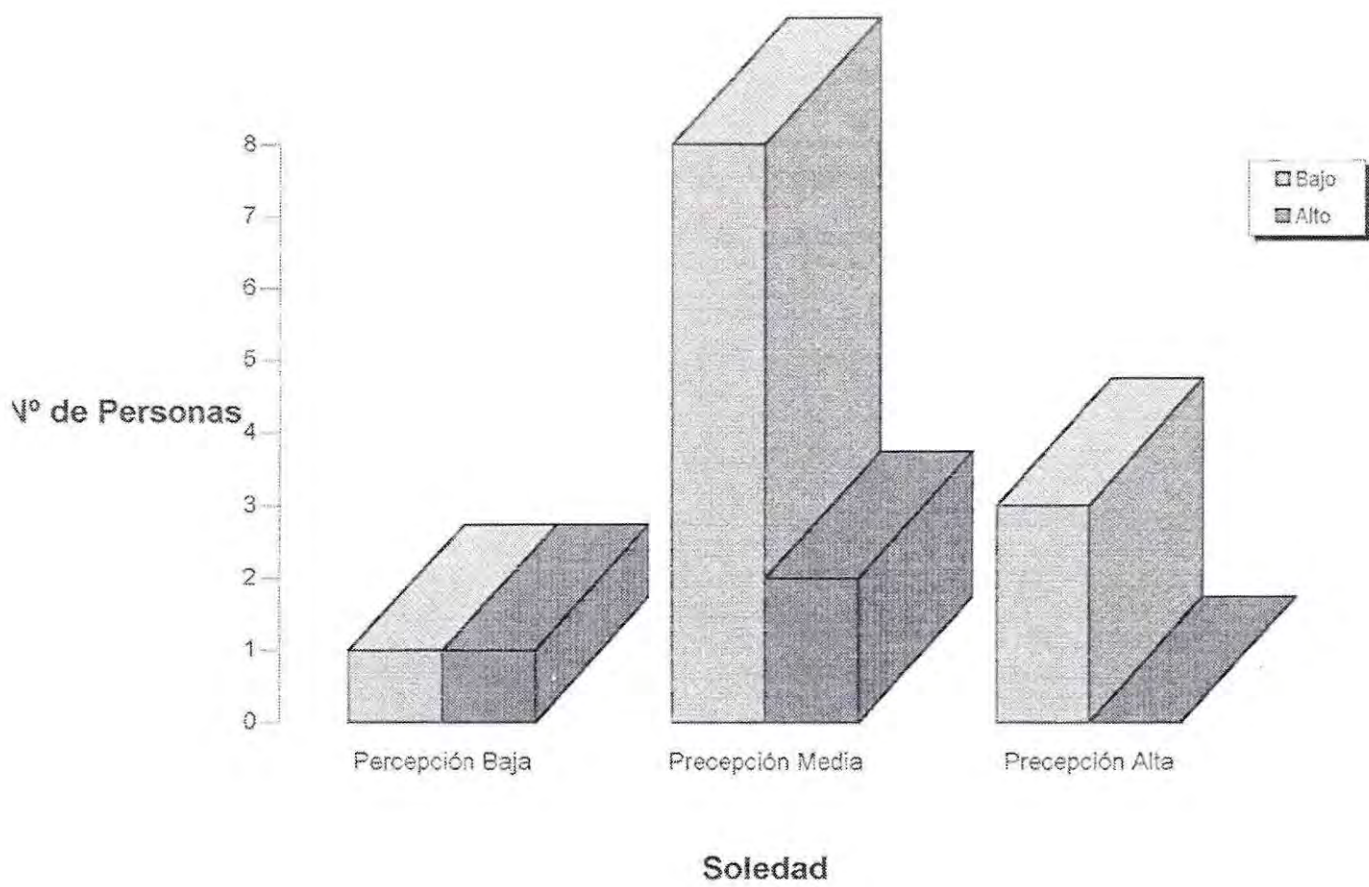


FIGURA 6.12B VARIABLE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL FAMILIAR, HOSPITAL DEL SALVADOR.



IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En esta investigación se propuso evaluar y describir desde una perspectiva psicosocial el nivel de salud mental, los factores psicosociales asociados a ella, tales como apoyo social, estrategias de afrontamiento y sucesos de vida, así como la percepción de soledad, que presentaban dos grupos de mujeres dependientes de alcohol que concurrían a tratamiento ambulatorio durante el mes de abril y mayo de 1999; el primer grupo estaba conformado por mujeres que asistían a la Unidad de alcohol y drogas del Hospital Dr. G. Fricke y el segundo grupo estaba conformado por mujeres que asistían a la Unidad de fármaco-dependencia del Hospital del Salvador.

A continuación se presentan las conclusiones más relevantes respecto de los objetivos planteados, sus posibles interpretaciones a partir de la información teórica existente, y las implicancias que pudiesen tener los resultados.

Referente a la variable *salud mental*, en el grupo del Hospital Dr. G. Fricke, el 53,3% de las mujeres se encuentra con riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas y en el grupo del Hospital del Salvador, el 40% se encuentra con riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas y el otro 40% tiene un alto riesgo de presentar dichas alteraciones. Con relación a esta información, se podría establecer que la salud mental, al ser un producto de los factores psicosociales, estaría dando cuenta de la probabilidad de presentar alteraciones psicológicas respecto de la presencia de sucesos vitales ocurridos en el último tiempo, de la utilización o no utilización de ciertas estrategias de afrontamiento y del apoyo social percibido.

En cuanto a la variable *apoyo social familiar*, en el grupo del Hospital Dr. G. Fricke, el 86,7% de las mujeres tiene una percepción baja de apoyo social familiar y en el grupo del Hospital del Salvador, el 80% presenta una percepción baja de apoyo social familiar. Lo anterior indica que las mujeres que asisten a estos establecimientos, no perciben apoyo de parte de su familia, siendo fundamental en el proceso de tratamiento que están experimentando.

En el caso de la variable *apoyo social de las amistades*, en el grupo del Hospital Dr. G. Fricke, el 73,3% de las mujeres tiene una percepción baja de apoyo social de las amistades y en el grupo del Hospital del Salvador, el 60% presenta una percepción baja de apoyo social de las amistades.

Respecto de la variable *soledad*, en el grupo del Hospital Dr. G. Fricke, el 73,3% de las mujeres tiene una percepción media de soledad, y en el grupo del Hospital del Salvador, el 66,7% presenta una percepción media de soledad. Estos datos indican que actualmente un cierto porcentaje de las mujeres encuestadas se siente medianamente abandonada y carente de personas significativas.

Con relación a la variable *sucesos vitales*, en el grupo del Hospital Dr. G. Fricke, el promedio de ocurrencia de sucesos vitales en el último año es alrededor de cuatro, y en el grupo del Hospital del Salvador, el promedio de ocurrencia de sucesos vitales en el último año también es de cuatro. Este resultado señala que ambos grupos de mujeres estuvieron expuestas a un número considerable de sucesos en ese período.

Respecto de la variable *estrategias de afrontamiento*, en el grupo del Hospital Dr. G. Fricke, el 100% evita las situaciones problemáticas y el 86,7% busca apoyo

social con el objeto de encontrar afecto, y en el grupo del Hospital del Salvador, el 93,3% se niega a creer lo ocurrido y el 86,7% busca apoyo social con el propósito de encontrar afecto. Lo anterior indica que las mujeres encuestadas si bien evitan y/o escapan de sucesos conflictivos, están deseosas de contar con un apoyo que les brinde cuidado, afecto y confianza.

Con relación a la información entregada, es posible señalar que la mayoría de las mujeres de ambos grupos se encuentra con un riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas, tienen una percepción media de soledad, perciben un bajo apoyo social familiar y de las amistades, en el último año les ha ocurrido un número considerable de sucesos vitales y las estrategias de afrontamiento que utilizan son relativamente ineficaces. No obstante existe un porcentaje de mujeres que se encuentra en un alto riesgo de presentar alteraciones psicológicas, manifestando también niveles elevados en las otras variables evaluadas.

Al comparar la variable *salud mental y apoyo social familiar*, el grupo de mujeres del Hospital Dr. G. Fricke que tiene una percepción baja de apoyo social familiar, el 53,8% tiene un riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas, y el grupo de mujeres del Hospital del Salvador que presenta una percepción baja de apoyo social familiar, el 41,7% tiene un riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas y el 41,7% tiene un alto riesgo de presentar dichas alteraciones.

Al comparar la variable *salud mental y apoyo social de amistades*, el grupo de mujeres del Hospital Dr. G. Fricke que presenta una baja percepción de apoyo social de las amistades, el 45,5% tiene un riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas, y el grupo de mujeres del Hospital del Salvador que presenta una baja

percepción de apoyo social de las amistades, el 44,4% tiene un riesgo probable de presentar alteraciones psicológicas.

Al respecto existe información que señala que el apoyo social es un gatillante del deterioro de la salud mental de las personas y, con relación al alcohol, puede cumplir un papel trascendental en el desencadenamiento y mantenimiento de la dependencia de alcohol o siendo un mediador de vital importancia para la consecución del ambiente óptimo y el bienestar en la evolución de ésta dependencia (Olea, 1992). A partir de lo anterior es posible señalar que el apoyo social es un punto de partida para el estudio integral de este fenómeno, pudiendo ser un enfoque terapéutico imprescindible, ya que a raíz de su inserción en las relaciones sociales la persona siente que es cuidada, amada, valorada y estimada por otro. Olea (1992) plantea que al mejorar la comunicación y la relación de la persona con familiares como con personas pertenecientes a la red, podría evitar el número de ingresos de estos sujetos al hospital por problemas derivados del alcohol; propone también que al aumentar el tamaño de la red fuera del marco familiar esta podría ser una estrategia plausible pues cooperaría con la mejoría de los pacientes en cuanto a la cantidad de alcohol ingerido y en la duración de la abstinencia. Con relación a la mujer, esta estrategia de intervención sería adecuada, puesto que ellas se benefician con el apoyo social más que los hombres al favorecer la intimidad, el apoyo mutuo, son más afectuosas, menos autoafirmativas y cooperadoras (Álvaro et al., 1992). Por último, es necesario resaltar el papel que juega la red social de las personas dependientes de alcohol,

en el logro de metas personales y sociales, siendo fundamental en el aprendizaje y desarrollo de comportamientos eficaces (Olea, 1992)

Al comparar la variable *soledad y estado civil*, el grupo de mujeres que asiste al Hospital Dr. G. Fricke y que se encuentra sin pareja, es decir soltera, viuda, o separada, el 53% presenta una percepción media de soledad y el grupo de mujeres del Hospital del Salvador que se encuentra sin pareja, el 20% presenta una percepción media de soledad y el 13,3% presenta una percepción alta de soledad. En base a lo anterior, González y Pallavicini (1992) plantean la hipótesis de que el sentimiento de soledad pudiese ser un factor facilitador de la dependencia de alcohol en mujeres, o bien, ser consecuencia de ella, pues la muestra correspondería a mujeres que en la actualidad vivencian la ausencia de una relación cercana e íntima con la pareja, quien proporcionaría una sensación, de que una es aceptada y valorada (Muchinik y Seidmann, 1998).

Al comparar la variable *soledad y apoyo social familiar*, el grupo de mujeres del Hospital Dr. G: Fricke que presenta una percepción baja de apoyo social familiar, el 76,9% tiene una percepción media de soledad, y el grupo de mujeres del Hospital del Salvador que tiene una percepción baja de apoyo social familiar, el 66,7% tiene una percepción media de soledad.

Al comparar la variable *soledad y apoyo social de las amistades* el grupo de mujeres del Hospital Dr. G: Fricke que presenta una percepción baja de apoyo social de las amistades, el 90,9% tiene una percepción media de soledad, y el grupo de mujeres del Hospital del Salvador que tiene una percepción baja de apoyo social de las amistades, el 77,8% tiene una percepción media de soledad.

Al revisar la información teórica, es posible señalar que el apoyo social satisface una serie de necesidades individuales en diferentes circunstancias vitales, y que la falta de apoyo social generaría sentimientos de soledad. Si bien en este estudio sólo se verificó que la variable soledad y apoyo social de las amistades del grupo de mujeres del Hospital Dr. G. Fricke presentaba una relación significativa, es imposible negar que los recursos que provee el apoyo social permiten controlar los sentimientos de desesperanza, indefensión, de abandono y aislamiento correspondientes con el padecimiento de la soledad, ya que el participar de un grupo social facilita el afrontamiento de dificultades como es el caso del consumo excesivo de alcohol, tendiendo al bienestar físico y psicológico de las personas (Muchnik y Seidmann, 1998; Páez y cols. 1986).

Desde una perspectiva social, la dependencia de alcohol en las mujeres podría deberse a que llega un momento en el que no pueden o no quieren encarnar el papel corriente para ellas, es decir, de personas dependientes que imparten cuidados. A veces el consumo excesivo de esta sustancia refleja una constante lucha por mantener su integridad y autoestima en una sociedad dominada por la ansiedad, que ingiere sustancias y que no valora a las mujeres (Ettorre, 1998).

Por otra parte, las teorías tradicionales que hablan sobre el consumo de alcohol femenino las caracteriza como un grupo uniforme, donde las diferencias se ignoran; a partir de lo cual se deduce que al verlas como un grupo homogéneo las dificultades que presentan con el alcohol no pueden tratarse efectivamente; a su vez los tratamientos que se imparten en la actualidad no ofrecen un acercamiento a las necesidades y dificultades de las mujeres.

A partir de lo anterior, es necesario que la dependencia de alcohol en mujeres sea abordada como una problemática social, centrada en la forma en que ellas experimentan su papel como mujeres, en la incidencia que este rol tendría en el consumo, en los motivos que las llevarían a optar por el alcohol cuando la sensación de vacío o incompletud las desbordara y en las repercusiones que pudiese presentar la ausencia de un apoyo social sólido en sus vidas. Si bien, actualmente existe un interés por tratar las dependencias a drogas psicoactivas desde una perspectiva integrativa, al momento de actuar los centros que imparten tratamientos se sienten mutilados puesto que generalmente no reciben el apoyo de los familiares, en especial de la pareja de las mujeres dependientes de alcohol, ya que ellos se caracterizan por ser compañeros poco tolerantes, impacientes, divorciándose en algunos casos, incluso pueden optar por estimular el consumo de esta droga. Lo anterior repercute inevitablemente en la evolución del proceso de rehabilitación, debido a que la mujer no sólo debe vivir con el abandono físico y/o afectivo de su pareja, sino también con el rechazo social de parte de su entorno, puesto que innegablemente vivimos en una sociedad conservadora, que quizá nunca logrará aceptar a las mujeres que no cumplen con los cánones establecidos, sobre todo aquellos que santifican a una mujer dedicada al servicio y cuidado de otro. Tal vez, sólo cuando las mujeres aprendan a escuchar sus necesidades, sus miedos, sus fantasías, sus lealtades, sus exigencias, y luego aceptarlas sin recriminaciones, surgirán los cimientos de un modelo que aceptará la individualidad y la autenticidad de esas mujeres que no renunciaron a sí mismas.

A partir de lo señalado, se puede tener la certeza de que los cambios sociales sólo son posibles cuando lo inevitable se hace inminente, por lo tanto se debe construir sobre lo que existe, y una manera de hacerlo sería comenzar a trabajar con el entorno más próximo de las mujeres dependientes de alcohol, integrándolos al proceso de rehabilitación, puesto que son ellos quienes le pueden entregar el soporte necesario para transitar en el duro proceso de aprender a vivir sin esa droga que las desconecta de la realidad.

Al concluir, en esta investigación se propone una visión integral de la mujer a partir de una perspectiva psicosocial; sugiriendo que la intervención se focalice en las mujeres que presentaron un riesgo probable de padecer alteraciones psicológicas.

Se plantea la posibilidad de utilizar como batería diagnóstica las cinco escalas para evaluar el nivel de salud mental, los factores psicosociales asociados y el nivel de soledad en mujeres dependientes de alcohol, como una forma de caracterizar a la mujer que ingresa por primera vez a tratamiento, indagando sus necesidades, lo que permitiría diseñar pautas específicas para el tratamiento de cada mujer que consulta en algún servicio de salud. Una forma de llevarlo a la práctica, tiene relación con aplicar las escalas y cuestionario luego de la entrevista de acogida, una vez ingresada la mujer dependiente de alcohol al tratamiento impartido por la institución. La información obtenida permitiría complementar los antecedentes recogidos en la primera entrevista, puesto que arrojaría datos

concretos sobre cada una de las variables evaluadas; aportando una visión más específica e integral de las mujeres que consumen excesivamente alcohol.

A partir de los resultados obtenidos, se sugiere darle un espacio más protagónico a la red de apoyo con que cuentan las mujeres dependientes de alcohol en el tratamiento, por considerarse un pilar fundamental durante la rehabilitación.

Se propone como asistencia al tratamiento, la posibilidad de crear un taller de apoyo que permita a las mujeres acceder a un grupo donde puedan expresar sus necesidades y a la vez recibir contención, aceptación.

Finalmente, se propone que en nuevas investigaciones se efectúe un estudio que mida la relación entre las variables evaluadas para este trabajo, con el propósito de formular posteriormente un modelo relacional en salud mental, focalizado en mujeres dependientes de alcohol.

V. REFERENCIAS

- Alfaro, J. (1993). Una aproximación psicosocial al concepto de la salud mental. En D. Asún y cols., Psicología social comunitaria y salud mental en Chile. Santiago: Universidad Diego Portales.
- Alonso-Fernández, F. (1981). Alcoholdependencia. Madrid: Pirámide.
- Alvarado, R. (1993). Factores psicosociales y ambientales en la determinación del estado de salud mental de la población. En D. Asún y cols., Psicología social comunitaria y salud mental en Chile. Santiago: Universidad Diego Portales.
- Álvaro, J. L., Garrido, A., y Torregrosa, J. R. (1996). Psicología social aplicada. España: Mc Graw-Hill.
- Álvaro, J. L., Torregrosa, J. R., y Garrido, A. (1992). Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Madrid: Siglo XXI.
- Álvaro, J. L. (1992). Desempleo y bienestar psicológico. Madrid: Siglo XXI.
- Armengol, V. (1996). Familias y Drogas. Visión de una terapeuta sistémica. (Apunte).
- Asún, D. (1990). Para Enfrentar la Farmaco-Dependencia Juvenil. En Generación comp., Los Jóvenes en Chile Hoy. Santiago: Cide y otros.
- Beckman, L. J. (1975). Women Alcoholics. Journal of Clinical and Psychological Studies, 36, 28-36.
- Berkman, L. F. (1984). Assesing the physical health effects of social support. Annual review of Psychology, 5, 413-432.

- Bowlby, J. (1976). La separación afectiva. Bs. Aires: Paidós.
- Buceta, J. M., y Bueno, A. M. (1996). Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid: Pirámide.
- Burin, M. (1987). Estudio sobre la subjetividad femenina: mujeres y salud mental. Bs. Aires: Paidós.
- Caplan, G. (1974). Support systems and community mental health. New York: Basic Books.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial process and stress: Theoretical formulations. International Journal of Health Services, 4, 471-482.
- Castillo, X., y Serrano, P. (1991). Alcoholismo en Mujeres de Nivel Socio-Económico Bajo. Un estudio descriptivo. Tesis para optar al grado de licenciado en psicología. Universidad Diego Portales.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic medicine, 38, 300-310.
- Cohen, S., y Ashby, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. En J. L. Álvaro y cols. (Ed.), Influencias sociales y psicológicas en la salud mental (p. 226). Madrid: Siglo XXI.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). (1996). Segundo Estudio Nacional de Consumo de Drogas, (pp.103-169)
- Ettorre, E. (1998). Mujeres y Alcohol. ¿Placer privado o problema público?. Madrid: Narcea.
- Florenzano, R., Gazmuri, C., y Carrasco, E. (1992). Alcoholismo y farmacodependencia juveniles en Chile. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria.

- Godoy, C., Montenegro, M., Martínez, I., Arceu, L., Pérez, C., Bonaut, D., y Ugarte, G. (1981). Resultados del Tratamiento Antialcohólico en Mujeres. II Congreso Iberoamericano de Alcohol y Alcoholismo (pp. 137-140). Santiago.
- González, A., y Pallavicini, J. (1992). Características actuales del alcoholismo femenino. Investigación en un grupo de pacientes de la clínica psiquiátrica universitaria. 1990-1992. Revista de Psiquiatría, 2 (29) 111-121.
- González, P., y Rogat, G. (1998). Estudio exploratorio descriptivo del bienestar psicosocial en mujeres que viven violencia conyugal, en relación a su situación laboral, en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad de Valparaíso.
- Gottlieb, B. H. (1983). Social support strategies. En J. L. Álvaro y cols. (Ed.), Influencias sociales y psicológicas en la salud mental (p. 224). Madrid: Siglo XXI.
- *Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (1991). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill.
- Hirsch, B. J. (1979). Psychological dimensions of social networks: a multimethod analysis. American Journal Comm. Psychol., 7 (3) 263-277.
- Horwitz, N. (1991). Una visión de la salud mental desde la sociología. Revista de Psiquiatría, 3, 859-868.
- Jellinek, E. M. (1960). The disease concept of alcoholism. En F. Alonso-Fernández (Ed.), Alcoholdependencia (pp. 41-46). Madrid: Pirámide.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., y Gore, S. (1977). Social support and health. Medical care, 15 (5), 47-58.
- Krantz, et al. (1985). Health Psychology. A. R. P. 36, 349-383.
- Kinsey, B. A. (1966). The female alcoholic; a social psychological study. En F. Alonso-Fernández (Ed.), Alcoholdependencia (p. 116). Madrid: Pirámide.

- Kirschbaum, A., Pizzi, A., Águila, E., y Laguna, C. (1990). El alcohol como causa de muerte en Chile. Revista de Psiquiatría, 3, 559-569.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). Stress y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Lin, N., Woelfel, M. W., y Light, S. C. (1985). The buffering effect of social support subsequent to an important life event. En J. L. Álvaro y cols. (Ed.), Influencias sociales y psicológicas en la salud mental (p. 227). Madrid: Siglo XXI.
- Maciá, D. (1995). Las Drogas: conocer y educar para prevenir. Madrid: Pirámide.
- Martí, J. L., y Murcia, M. (1988). Conceptos fundamentales de drogodependencia. Barcelona: Herder.
- Ministerio de Salud de Chile. (1993). Normas técnicas y preogramáticas en beber problema: Consumo perjudicial y dependencia alcohólica. Santiago.
- Ministerio de Salud de Chile. (1996). Orientaciones Técnicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de drogas. Santiago.
- Ministerio de Salud de Chile. (1993). Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. Santiago.
- Morales, G. (1990). Factores asociados al consumo de drogas. Una mirada psicosocial. En Generación comp., Los Jóvenes en Chile Hoy. Santiago: Cide y otros.
- Muchnik, E., y Seidmann, S. (1998). Aislamiento y Soledad. Bs. Aires: Facultad de Psicología de la Universidad de Bs. Aires.
- Negrete, J. C., Mardones, J., y Ugarte, G. (1985). Problemas médicos del alcohol. Fundamento, diagnóstico y tratamiento. Santiago: Andrés Bello.

- Olea, M. J. (1992). Consideraciones sobre la Red Social de Pacientes Alcohólicos. Revista de las Unidades Docentes de Psicología Médica, Clínica Psiquiátrica e Historia de la Medicina, 4 (2) 69-107.
- Páez, D. y cols. (1986). Salud mental y factores psicosociales. Madrid: Fundamentos.
- Quiñones, G., y Julia, M. I. (1981). Características Psicosociales de la Mujer Alcohólica. II Congreso Iberoamericano de Alcohol y Alcoholismo (pp. 133-136). Santiago.
- Scida, J., y Vannicelli, M. (1979). Sex-role conflict and women's drinking. En F. Alonso-Fernández (Ed.), Alcoholdependencia (p. 163). Madrid: Pirámide.
- Thoits, P. A. (1983). Multiple identities and Psychological wellbeing: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. American Psychological Review, 48, 174-187.
- Vargas, M. A. (1996). Alcoholismo y Drogadicción. Apunte de cátedra de Psicología clínica infantil. Escuela de Psicología. Universidad de Valparaíso.
- Vera, A., y Wood, P. (1994). Un Modelo Explicativo de la Salud Mental basado en Categorías Psicosociales: Descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería de instrumentos para la evaluación de factores psicosociales y prueba empírica del modelo. Tesis para optar al grado de licenciado en psicología. Universidad Diego Portales.
- Wilsnack, Sh. C. (1982). Alcohol Abuse and Alcoholism in Woman. En E. Mansell Pattison and E. Kaufman (Eds.), Encyclopedic Handbook of Alcoholism (pp. 718-735). New York: Gardner Press.
- Wood, H. P., y Duffy, E. L. (1966). Psychological Factors in Alcoholic Women. American Journal Psychiatric, 123, 341-345.

ANEXO 1

Descripción de las Unidades de alcohol y drogas en las que se trabajó

Unidad de alcohol y drogas del Hospital Dr. G. Fricke: Pertenece a la Unidad de Psiquiatría de este mismo Hospital, fue creada en 1994 y está conformada por: Psiquiatra Dra. Maritza Gallardo (Jefa de la Unidad), Asistente Social Gloria Carmona, Psicólogo Juan Esteban Tirado y Enfermera M^a Eugenia Cárcamo.

Los pacientes que se atienden son derivados de consultorios de atención primaria, otros servicios del Hospital, instituciones y del juzgado. Además se atienden pacientes que consultan espontáneamente.

Si el paciente debe desintoxicarse, se deriva al Hospital del Salvador o al Hospital de Putaendo, y cuando esto no es posible se realiza una desintoxicación en la casa con la colaboración de la familia; luego de finalizado este período el paciente ingresa a un tratamiento de tipo ambulatorio en el que debe asistir a controles con cada uno de los profesionales durante un tiempo variable, con el objetivo de que se mantenga abstinente. Mediante este tratamiento el paciente recibe atención médica, psiquiátrica, psicológica (psicodiagnóstico, terapia individual, familiar, talleres de grupo), y social, realizándose evaluaciones sociales.

Unidad de fármaco-dependencia del Hospital del Salvador: Esta Unidad se encuentra en el Hospital Psiquiátrico. Desde hace más o menos 25 años que existe; antiguamente se llamaba Posta alcohólica, pero desde 1990 se llama Unidad de fármaco-dependencia. Está conformada por dos Psiquiatras, Dr. Carlos Graf (Jefe de la Unidad) y Dr. Hugo Santiago; Psicóloga, Verónica Paredes; Enfermeras, Lucía Mujica y Raquel Aguirre; Asistente Social, Juanita Bianchetti.

Los pacientes que se atienden son derivados de consultorios de atención primaria, otros servicios del Hospital, instituciones y del juzgado. Además se atienden pacientes que consultan espontáneamente.

El tratamiento es de carácter ambulatorio y consiste en hospitalizaciones diurnas mediante el cual el paciente primero pasa por un período de desintoxicación y luego por un tratamiento aversivo (sólo se hospitalizan, día y noche, aquellos pacientes que presentan un síndrome de privación severo o alguna patología psiquiátrica). Después de esta etapa, el paciente comienza con controles médicos,

psiquiátricos, psicológicos (terapia individual, familiar, talleres grupales) y con la asistente social, durante un tiempo variable.

ANEXO 2

Proceso de recolección de datos

Este proceso duró dos meses:

- ❑ Durante el primer mes debí asistir periódicamente a estos establecimientos, para saber cuántas mujeres dependientes de alcohol acudirían durante el mes de abril y mayo a control con alguno de los profesionales de las Unidades.
- ❑ Mediante el cuaderno de controles pude saber que alrededor de 25 a 30 mujeres se atenderían en este lapso en cada Unidad.
- ❑ Luego solicité las fichas clínicas de cada paciente para tener información respecto de su edad, estado civil, historia de consumo, anteriores tratamientos. Posteriormente esta información sería complementada al preguntársele lo mismo a las mujeres
- ❑ Utilizando los datos anteriores, realicé una selección interna basándome en ciertos criterios que debían cumplir las mujeres dependientes de alcohol para responder las escalas.
- ❑ Posteriormente recurrí nuevamente a los cuadernos de controles para averiguar qué día, con cual profesional y a qué hora las mujeres asistirían a estos establecimientos.
- ❑ De esta manera comenzó el período de aplicación de las escalas y cuestionario. Duró alrededor de un mes y medio, y durante ese lapso asistí a estas Unidades el día que ellas debían presentarse a control. En un comienzo no tuve dificultades para evaluarlas, en general todas estuvieron dispuestas a responder las encuestas, sólo una se negó a ello. La gran mayoría las respondió individualmente, sólo unas pocas preferían que se las leyera. Luego de que finalizaban les preguntaba que les había parecido las preguntas y gran parte de ellas respondía que estos ítems tenían que ver con lo que ellas sentían y que ciertas preguntas las conectaban con sus necesidades más básicas.
- ❑ Respecto del número de mujeres posibles de encuestar, éste se redujo debido a las inasistencias de ellas a los controles. Por ejemplo, de 24 mujeres que estaban estimadas para ser encuestadas en el Hospital Dr. G. Fricke, sólo 15 pudieron responder las encuestas ya que las demás no asistieron a control cuando debían.

No hay que olvidar que el número de inasistencias y/o deserciones en estos pacientes es alta.

□ Al momento de concluirse el período de aplicación de las escalas y cuestionario, se logró encuestar a 30 mujeres; 15 pertenecían al Hospital Dr. G. Fricke y las otras 15 eran del Hospital del Salvador.

ANEXO 3

Presentación

La Universidad de Valparaíso junto con la Unidad de Alcohol y Drogas del Hospital Dr. Gustavo Fricke están realizando un estudio respecto de la calidad de vida que presentan las pacientes mujeres que están asistiendo a la Unidad.

Para realizar este trabajo es necesario que Usted colabore respondiendo de manera honesta cada una de las frases, tratando en lo posible de contestarlas TODAS. Debe responder cómo se siente Usted ahora y no cómo se sintió en el pasado. Es una **encuesta anónima** donde no existen respuestas correctas o incorrectas.

El testimonio entregado permitirá enriquecer el conocimiento respecto de las mujeres que se encuentran en su situación, existiendo la posibilidad si usted así lo desea, de integrar esta información en el tratamiento que reciben.

Muchas Gracias por su colaboración

Fecha:de..... 1999

A continuación responde cada una de las frases:

1. Edad:..... Fecha de nacimiento:.....
2. ¿Cuál fue el último curso que aprobó en la enseñanza regular? Haga una cruz en la alternativa que corresponda.
 -Básica completa
 -Básica incompleta
 -Media completa
 -Media incompleta
 -Estudios Técnicos completos
 -Estudios Técnicos incompletos
 -Estudios Universitarios completos
 -Estudios Universitarios incompletos
 -Sin estudios (nunca asistió a la educación formal)
3. ¿Cuál es su estado civil actual? Haga una cruz en la alternativa que corresponda.
 -Casada (está viviendo con su cónyuge)
 -Separada (de hecho o legalmente)
 -Conviviente (está viviendo con su pareja)
 -Viuda
 -Soltera
4. ¿Con quién vive actualmente? Haga una cruz en la alternativa que corresponda.
 -Sólo con su pareja
 -Con su pareja e hijos
 -Sólo con sus hijos
 -Con su pareja, hijos y otros familiares
 -Con hijos y familiares.
 -Con otros familiares (padre, madre y/o hermanos)

Continúa en la Página Siguiente

.....Con otras personas no familiares

.....Con familiares y no familiares

.....Vive sola

Otro ¿Cuál?.....

5. ¿Cuál es su actividad principal? Haga una cruz en la alternativa que corresponda.

.....Dueña de casa

.....Trabaja jornada completa

.....Trabaja en jornada parcial

.....Trabaja en forma esporádica

.....Trabaja en forma independiente

.....No trabaja

.....Estudia

Otra ¿Cuál?.....

6. ¿Cuánto tiempo lleva en tratamiento en la Unidad de Alcohol y Drogas del Hospital Dr. Gustavo Fricke?

7. ¿Ha asistido a otros tratamientos de alcohol y/o drogas?.....

8. En caso afirmativo ¿Cuántas veces ha estado en tratamiento de alcohol y/o drogas además del actual?.....

9. ¿A qué edad inició el consumo de alcohol?.....

10. Si consume otras drogas, señale cuales.

11. ¿Cuánto tiempo lleva abstinentes?.....

12. ¿Actualmente le han recetado medicamentos? En caso afirmativo señale cuáles.

.....

Continúe en la Página Siguiente

Las siguientes preguntas se refieren a su estado de salud en las últimas semanas. Para cada una de estas preguntas existen cuatro alternativas de respuesta posible (**Mejor que lo habitual, Igual que lo habitual, Menos que lo habitual, Mucho menos que lo habitual**). Debe responder a TODAS las preguntas marcando sólo una alternativa por cada una de éstas.

ULTIMAMENTE

1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual | <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual |

2) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En absoluto | <input type="checkbox"/> No más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual |

3) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual | <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual |

4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual | <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual |

5) ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En absoluto | <input type="checkbox"/> No más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual |

6) ¿Ha sentido la sensación de que no puede superar sus dificultades?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En absoluto | <input type="checkbox"/> No más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual |

7) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual | <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual |

8) ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual | <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual |

9) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En absoluto | <input type="checkbox"/> No más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual |

10) ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En absoluto | <input type="checkbox"/> No más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual |

11) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En absoluto | <input type="checkbox"/> No más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Algo más que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual |

12) ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual | <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> Menos que lo habitual | <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual |

Las siguientes afirmaciones se refieren a los sentimientos y experiencias que tienen la mayoría de las personas alguna vez en su vida en sus relaciones con sus familiares. Para cada una de estas afirmaciones existen tres alternativas de respuesta posible (**SÍ, NO, NO SÉ**). Usted debe responder a TODOS los enunciados y marcar sólo una alternativa por cada uno de éstos.

- 1.- Mi familia me da el apoyo moral que necesito. () SÍ () NO () NO SÉ
- 2.- Mi familia me da buenos consejos. () SÍ () NO () NO SÉ
- 3.- La mayoría de las personas tienen relaciones familiares más cercanas que yo. () SÍ () NO () NO SÉ
- 4.- Cuando le confío algo a algún miembro de mi familia me da la impresión que se siente incómodo. () SÍ () NO () NO SÉ
- 5.- A mi familia le gusta oír mi opinión. () SÍ () NO () NO SÉ
- 6.- Varios miembros de mi familia comparten muchos de mis intereses. () SÍ () NO () NO SÉ
- 7.- Confío en mi familia para que me dé apoyo emocional. () SÍ () NO () NO SÉ
- 8.- Existe un familiar a quien puedo recurrir cuando me siento mal o triste, sin sentirme incómodo(a) por ello. () SÍ () NO () NO SÉ
- 9.- Mi familia y yo tenemos una relación abierta; nos contamos las cosas abiertamente. () SÍ () NO () NO SÉ

- 10.- Mi familia es susceptible a mis necesidades personales. () SÍ () NO () NO SÉ
- 11.- Los miembros de mi familia recurren a mi para apoyo emocional. () SÍ () NO () NO SÉ
- 12.- Los miembros de mi familia me ayudan a resolver mis problemas. () SÍ () NO () NO SÉ
- 13.- Tengo una relación íntima con muchos de mis familiares. () SÍ () NO () NO SÉ
- 14.- Mis familiares piensan que les doy buenos consejos. () SÍ () NO () NO SÉ
- 15.- Confiarle cosas a mis familiares me hace sentir incómodo(a). () SÍ () NO () NO SÉ
- 16.- Mis familiares buscan mi compañía. () SÍ () NO () NO SÉ
- 17.- Considero que mi familia piensa que soy bueno(a) para ayudarlos a resolver sus problemas. () SÍ () NO () NO SÉ
- 18.- Me gustaría que mi familia fuera de otra manera. () SÍ () NO () NO SÉ

Continúe en la Página Siguiente

Las siguientes afirmaciones se refieren a los sentimientos y experiencias que tienen la mayoría de las personas alguna vez en su vida en sus relaciones con los amigos. Para cada una de estas afirmaciones existen tres alternativas de respuesta posible (**SÍ, NO, NO SÉ**). Usted debe responder a TODOS los enunciados y marcar sólo una alternativa por cada uno de éstos.

- 1.- Mis amigos me dan el apoyo moral que yo necesito. SÍ NO NO SÉ
- 2.- La mayoría de las personas se sienten más cercanas a sus amigos que yo. SÍ NO NO SÉ
- 3.- A mis amigos les gusta oír lo que pienso. SÍ NO NO SÉ
- 4.- Ciertos amigos se me acercan cuando tienen problemas o cuando necesitan consejos. SÍ NO NO SÉ
- 5.- Necesito a mis amigos para apoyo emocional. SÍ NO NO SÉ
- 6.- Me siento marginado(a) dentro de mi grupo de amigos. SÍ NO NO SÉ
- 7.- Tengo un amigo a quien puedo recurrir cuando me siento mal o triste, sin sentirme raro(a) o incómodo(a) después por eso. SÍ NO NO SÉ
- 8.- Con mis amigos existe una relación muy abierta. SÍ NO NO SÉ

- 9.- Mis amigos son susceptibles a mis necesidades personales. () SÍ () NO () NO SÉ
- 10.- Mis amigos recurren a mi por apoyo emocional. () SÍ () NO () NO SÉ
- 11.- Mis amigos me ayudan a resolver mis problemas. () SÍ () NO () NO SÉ
- 12.- Tengo una relación íntima con muchos de mis amigos. () SÍ () NO () NO SÉ
- 13.- Mis amigos encuentran que les doy buenas ideas de cómo hacer las cosas. () SÍ () NO () NO SÉ
- 14.- Confiarle cosas a mis amigos me hace sentir incómodo(a). () SÍ () NO () NO SÉ
- 15.- Mis amigos buscan mi compañía. () SÍ () NO () NO SÉ
- 16.- Considero que mis amigos piensan que soy bueno(a) para ayudarlos a resolver sus problemas. () SÍ () NO () NO SÉ
- 17.- Hace poco un amigo me dio una buena idea de cómo hacer algo en específico. () SÍ () NO () NO SÉ
- 18.- Me gustaría que mis amigos fueran de otra manera. () SÍ () NO () NO SÉ

Continúe en la Página Siguiente

Las siguientes afirmaciones se refieren a eventos que le pueden o no suceder y/o preocupar a las personas en el transcurso de su vida. Para cada una de las frases existen cuatro alternativas de respuesta posible (**No le ocurrió ni le preocupó, Sólo le ocurrió, Sólo le preocupó, Le ocurrió y le preocupó**). Debe responder a TODAS las frases y marcar sólo una alternativa por cada una de éstas.

1.- Sufrir heridas graves o padecer algunas enfermedades.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> no le ocurrió ni le preocupó | <input type="checkbox"/> sólo le ocurrió |
| <input type="checkbox"/> sólo le preocupó | <input type="checkbox"/> le ocurrió y le preocupó. |

2.- Problemas emocionales, con las drogas o con el alcohol.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> no le ocurrió ni le preocupó | <input type="checkbox"/> sólo le ocurrió |
| <input type="checkbox"/> sólo le preocupó | <input type="checkbox"/> le ocurrió y le preocupó. |

3.- Matrimonio.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> no le ocurrió ni le preocupó | <input type="checkbox"/> sólo le ocurrió |
| <input type="checkbox"/> sólo le preocupó | <input type="checkbox"/> le ocurrió y le preocupó. |

4.- Muerte de un familiar o amigo íntimo.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> no le ocurrió ni le preocupó | <input type="checkbox"/> sólo le ocurrió |
| <input type="checkbox"/> sólo le preocupó | <input type="checkbox"/> le ocurrió y le preocupó. |

5.- Problemas con sus amigos o vecinos.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> no le ocurrió ni le preocupó | <input type="checkbox"/> sólo le ocurrió |
| <input type="checkbox"/> sólo le preocupó | <input type="checkbox"/> le ocurrió y le preocupó. |

6.- Exámenes médicos.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> no le ocurrió ni le preocupó | <input type="checkbox"/> sólo le ocurrió |
| <input type="checkbox"/> sólo le preocupó | <input type="checkbox"/> le ocurrió y le preocupó. |

7.- Aborto.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> no le ocurrió ni le preocupó | <input type="checkbox"/> sólo le ocurrió |
| <input type="checkbox"/> sólo le preocupó | <input type="checkbox"/> le ocurrió y le preocupó. |

8.- Dificultades sexuales.

- no le ocurrió ni le preocupó sólo le ocurrió
 sólo le preocupó le ocurrió y le preocupó.

9.- Situación de violencia física.

- no le ocurrió ni le preocupó sólo le ocurrió
 sólo le preocupó le ocurrió y le preocupó.

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

- no le ocurrió ni le preocupó sólo le ocurrió
 sólo le preocupó le ocurrió y le preocupó.

11.- Pelea que le haya significado un conflicto grave.

- no le ocurrió ni le preocupó sólo le ocurrió
 sólo le preocupó le ocurrió y le preocupó.

12.- Pérdida del trabajo o retiro laboral.

- no le ocurrió ni le preocupó sólo le ocurrió
 sólo le preocupó le ocurrió y le preocupó.

13.- Arriendo o venta de una casa o departamento.

- no le ocurrió ni le preocupó sólo le ocurrió
 sólo le preocupó le ocurrió y le preocupó.

14.- Ascenso en el trabajo o en el sueldo (cualquiera de las dos o ambas).

- no le ocurrió ni le preocupó sólo le ocurrió
 sólo le preocupó le ocurrió y le preocupó.

15.- Problemas con compañeros de trabajo.

- no le ocurrió ni le preocupó sólo le ocurrió
 sólo le preocupó le ocurrió y le preocupó.

16.- Problemas con su jefe.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> no le ocurrió ni le preocupó | <input type="checkbox"/> sólo le ocurrió |
| <input type="checkbox"/> sólo le preocupó | <input type="checkbox"/> le ocurrió y le preocupó. |

17.- Muerte de su cónyuge (marido o mujer).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> no le ocurrió ni le preocupó | <input type="checkbox"/> sólo le ocurrió |
| <input type="checkbox"/> sólo le preocupó | <input type="checkbox"/> le ocurrió y le preocupó. |

18.- Se ha divorciado o anulado su matrimonio.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> no le ocurrió ni le preocupó | <input type="checkbox"/> sólo le ocurrió |
| <input type="checkbox"/> sólo le preocupó | <input type="checkbox"/> le ocurrió y le preocupó. |

19.- Separación o reconciliación.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> no le ocurrió ni le preocupó | <input type="checkbox"/> sólo le ocurrió |
| <input type="checkbox"/> sólo le preocupó | <input type="checkbox"/> le ocurrió y le preocupó. |

20.- Discusiones familiares o problemas con la familia política.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> no le ocurrió ni le preocupó | <input type="checkbox"/> sólo le ocurrió |
| <input type="checkbox"/> sólo le preocupó | <input type="checkbox"/> le ocurrió y le preocupó. |

21.- Ida o retorno a casa de sus hijos o de otro familiar cercano.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> no le ocurrió ni le preocupó | <input type="checkbox"/> sólo le ocurrió |
| <input type="checkbox"/> sólo le preocupó | <input type="checkbox"/> le ocurrió y le preocupó. |

22.- Parientes que se han trasladado a su casa a vivir.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> no le ocurrió ni le preocupó | <input type="checkbox"/> sólo le ocurrió |
| <input type="checkbox"/> sólo le preocupó | <input type="checkbox"/> le ocurrió y le preocupó. |

23.- Embarazo o nacimiento en su familia.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> no le ocurrió ni le preocupó | <input type="checkbox"/> sólo le ocurrió |
| <input type="checkbox"/> sólo le preocupó | <input type="checkbox"/> le ocurrió y le preocupó. |

24.- Traslado a una nueva casa.

no le ocurrió ni le preocupó

sólo le preocupó

sólo le ocurrió

le ocurrió y le preocupó.

25.- Dificultad en la educación de los hijos.

no le ocurrió ni le preocupó

sólo le preocupó

sólo le ocurrió

le ocurrió y le preocupó.

26.- Enfermedad seria o herida de algún miembro de la familia.

no le ocurrió ni le preocupó

sólo le preocupó

sólo le ocurrió

le ocurrió y le preocupó.

27.- Gastos excesivos para sus vacaciones pasadas.

no le ocurrió ni le preocupó

sólo le preocupó

sólo le ocurrió

le ocurrió y le preocupó.

Continúe en la Página Siguiente

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

Antes de responder las afirmaciones Usted. deberá recordar y describir una situación problema que le halla ocurrido en este último tiempo y que considere que fue **la más preocupante e impactante para usted.**

Describa la situación más preocupante o impactante para ud:

Con relación a la situación que Usted. describe como el problema más preocupante e impactante, indique cual de las siguientes cosas hizo Usted. para enfrentar esa situación. Debe responder a todas las afirmaciones y marcar sólo una de las alternativas que estas consideran.

1.- Concentré mis esfuerzos en hacer algo e intenté luchar contra mi problema o enfermedad.

() Nunca () Casi nunca () Pocas veces () Muchas veces

2.- Desarrollé un plan de acción sobre mi problema y lo seguí.

() Nunca () Casi nunca () Pocas veces () Muchas veces

3.- Dejé de lado mis otras actividades y problemas y me concentré en éste.

() Nunca () Casi nunca () Pocas veces () Muchas veces

4.- Me forcé a esperar el momento adecuado para hacer algo y evité precipitarme (apurarme).

() Nunca () Casi nunca () Pocas veces () Muchas veces

5.- Hablé con alguien que tenía un problema similar para saber que hizo el/ella.

Nunca Casi nunca Pocas veces Muchas veces

6.- Traté de obtener apoyo afectivo de mis amigos y gente próxima, busqué simpatía y comprensión.

Nunca Casi nunca Pocas veces Muchas veces

7.- Aprendí algo de la experiencia, crecí o mejoré como persona.

Nunca Casi nunca Pocas veces Muchas veces

8.- Acepté lo que había sucedido y que no se podía hacer nada.

Nunca Casi nunca Pocas veces Muchas veces

9.- Expresé y dejé descargar mis sentimientos y emociones.

Nunca Casi nunca Pocas veces Muchas veces

10.- Me negué o resistí a creer lo que había ocurrido.

Nunca Casi nunca Pocas veces Muchas veces

11.- Admití que no era capaz de enfrentar o de hacer nada ante el problema y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo.

Nunca Casi nunca Pocas veces Muchas veces

12.- Me volqué en el estudio o trabajo para olvidarme de todo, actué como si no pasara nada.

Nunca Casi nunca Pocas veces Muchas veces

13.- Salí a beber o tomar unas copas de trago para olvidar el problema o pensar menos en el.

Nunca Casi nunca Pocas veces Muchas veces

14.- Intenté guardar para mí mis sentimientos.

Nunca Casi nunca Pocas veces Muchas veces

15.- Fantaseé o imaginé el momento en que podrían cambiar las cosas.

Nunca Casi nunca Pocas veces Muchas veces

16.- Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema.

Nunca Casi nunca Pocas veces Muchas veces

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

Nunca Casi nunca Pocas veces Muchas veces

Continúe en la Página Siguiente

Las siguientes afirmaciones se refieren a sentimientos y experiencias que pueden tener las personas en algún momento de su vida. Para cada una de estas afirmaciones existen cuatro alternativas de respuesta posible (**Nunca, Raramente, Algunas veces, A menudo**). Debe responder a todos los enunciados y marcar sólo una alternativa por cada uno de éstos.

1.- Me siento bien con la gente que me rodea.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

2.- Carezco de compañía.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

3.- Me faltan personas a quien recurrir.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

4.- Me siento acompañado.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

5.- Me siento parte de un grupo de amigos.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

6.- Tengo mucho en común con la gente que me rodea.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

7.- Estoy alejado(a) de todos.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

8.- Los que me rodean no participan de mis intereses e ideas.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

9.- Soy una persona sociable.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

10.- Hay gente de la que me siento muy cerca.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

11.- Me siento dejado de lado.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

12.- Mis relaciones sociales son superficiales.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

13.- La gente no me conoce realmente bien.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

14.- Me siento aislado(a) de los demás.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

15.- Puedo encontrar compañía cuando quiero.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

16.- Hay gente que realmente me comprende.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

17.- Me siento infeliz estando tan aislado.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

18.- La gente está alrededor mío pero no conmigo.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

19.- Hay personas con las que puedo hablar.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo

20.- Hay personas a las que puedo recurrir.

Nunca Raramente Algunas veces A menudo