

**UNIVERSIDAD DE VALPARAISO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS EN UN GRUPO DE  
ADOLESCENTES EN TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO POR  
DEPENDENCIA O ABUSO DE SUSTANCIAS: UN ESTUDIO DESDE EL MODELO  
INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMATICO.**

**SEMINARIO PARA OPTAR AL TITULO DE PSICÓLOGO Y AL GRADO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA.**

**POR:**

**ELIANA CORTES BASQUES  
PABLO FERREIRA VALENZUELA  
OSCAR OLIVARES GÓMEZ  
DAVID PATTILLO FLORES**

**PROFESOR PATROCINANTE:  
CARLOS VARAS ALFARO**

**VALPARAÍSO, ENERO 2008.**

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>TABLA DE CONTENIDOS</b>	i
<b>LISTA DE FIGURAS Y TABLAS</b>	ii
<b>RESUMEN</b>	1
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.</b>	4
1. Objetivos De Estudio	6
1.1 Objetivo general	6
1.2 Objetivos específicos	7
2. Preguntas De Investigación.	8
<b>3. RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO</b>	8
3.1 Relevancia práctica.	8
3.2 Relevancia social.	9
3.3 Relevancia científica.	10
3.4 Relevancia Teórica.	11
3.5 Relevancia metodológica.	11
<b>III. ANTECEDENTES GENERALES</b>	13
1. Antecedentes Estadísticos.	13
1.1 Consumo de drogas en Chile.	13
1.1.1 Antecedentes de consumo en población general.	13
1.1.2 Antecedentes del consumo adolescente	15
2. Antecedentes Políticos De Gobierno	16
2.1 estrategia nacional sobre droga	16
2.2 Antecedentes de tratamiento	17
2.2.1 Plan ambulatorio básico	17
2.2.2 Plan ambulatorio intensivo.	18
2.2.3 Plan residencial	18
2.2.4 Plan de desintoxicación y manejo del síndrome de deprivación	18
2.2.5 Plan de compensación de patología dual	19
3. Antecedentes Diagnósticos En Drogodependencia	20
3.1 Criterios diagnostico del DSM-IV para dependencia de sustancias.	20

3.2 Criterios diagnósticos del cie-10 para dependencia de sustancia	21
4. Antecedentes De Investigaciones En Torno A La Problemática.	23
4.1 Investigaciones en torno a la problemática de las drogodependencias en chile	23
4.1.1 Modelo integrativo supraparadigmático y drogodependencias	23
4.1.2 Descripción de diferencias entre sujetos que presentan trastornos adictivos y sujetos que presentan trastornos depresivos o trastornos de ansiedad.	25
4.1.3 Una Comprensión Integrativa de la Drogodependencia en Jóvenes	28
4.2 Investigaciones realizadas en la temática de adolescencia y drogas desde diferentes marcos teóricos.	29
4.2.1 Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes.	29
4.2.2 Argentina: Estudio Sobre muerte en adolescentes de 14 a 19 años.	31
4.2.3. El consumo de inhalables y cánnabis en la preadolescencia: análisis multivariado de factores predisponentes.	32
4.2.4 Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad».	34
4.2.5 Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados	35
4.2.6 Indicadores Psicosociales De Motivación Del Consumo De Marihuana Y/O Cocaína.	36
4.2.7 Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes	38
4.2.8. Características de personalidad en sujetos drogodependientes	40
4.2.9 Perfiles clínicos de la personalidad en consumidores de sustancias psicoactivas (spa).	42
4.2.10 Comportamiento antisocial y consumo de sustancias psicoactivas en escolares adolescentes de lima metropolitana	45

4.2.11 Características socio-familiares de púberes y adolescentes de la calle	48
4.2.12 Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de ambos sexos atendidos en el programa «lugar de escucha» de cedro.	50
4.2.13 Perfiles de personalidad Millon, comparación de pacientes crónicos adictos a sustancias en programa residencial y una población general de pacientes ambulatorios	52
5. Características De Los Centros De Tratamiento Ambulatorio Con Que Se Realizó El Estudio.	56
5.1 Centro de tratamiento ambulatorio del hospital Gustavo Fricke.	56
5.2 Comunidad terapéutica los morros	61
<b>IV. MARCO TEÓRICO.</b>	62
1. Modelos Etiológicos Clásicos De Drogodependencias.	62
1.1 Modelo de bases neurobiológicas de las drogodependencias.	62
1.2 Modelo de condicionamiento clásico.	63
1.3 Modelo de condicionamiento operante.	65
1.3.1 Reforzamiento positivo, Reforzamiento negativo y reforzamiento condicionado.	65
1.3.2 Teoría del proceso oponente de la motivación adquirida.	66
2. Modelos Cognitivos Conductuales En Drogodependencias.	67
2.1 Intervención conductual individual en drogodependencias planteada por Graña.	67
2.2 Terapia racional emotiva en alcohólicos y toxicómanos de A. Ellis	73
2.3. El modelo transteórico de prochaska y diclemente	75
3. El Modelo Integrativo Supraparadigmatico	81
3.1 Planteamientos epistemológicos del modelo.	81
3.2 Fundamentos paradigmáticos del modelo integrativo.	82
3.3 Los Paradigmas del Supraparadigma	83
3.4. Delimitación estructural y funcional del modelo integrativo.	85
4. El Modelo Integrativo Supraparadigmático Como Modelo De Intervención En Adicciones.	86
4.1 Los aportes de cada paradigma dentro del supraparadigma en	86

intervención en adicciones.	
4.1.1 Paradigma Biológico.	86
4.1.2 Paradigma Ambiental/Conductual:	89
4.1.3 Paradigma Afectivo:	92
4.1.4 Paradigma Cognitivo:	93
4.1.5 Paradigma Inconsciente:	94
4.1.6 Paradigma Sistémico:	95
4.1.7 Sistema <i>Self</i> :	95
4.2 Proceso y dinamica funcional de la intervención desde el modelo en adicciones.	97
4.2.1 Ingreso al tratamiento.	97
4.2.2 Modalidades de tratamiento.	97
4.2.3 Etapas de tratamiento.	98
4.2.3.1 Formación del grupo terapéutico.	98
4.2.3.2 Dinámica del grupo terapéutico.	98
4.2.3.3 Evaluación y diagnóstico.	99
4.2.4 Técnicas terapéuticas	99
<b>V. METODOLOGÍA</b>	<b>105</b>
1. Tipo De Diseño.	105
2. Variables En Estudio.	106
2.1 Variables caracterológicas: definición de las variables sociodemográficas y de las variables de la historia de consumo.	106
2.2 Definición de las Variables Psicológicas medidas a partir del FECIAD	109
3. Sujetos De Estudio.	116
4. Instrumentos De Medición.	116
4.1 Cuestionario de antecedentes personales.	116
4.2 Ficha de evaluación clínica integral en adicciones	117
4.2.1 Escalas incluidas en el FECIAD	118
4.2.1.1 Escala de síntomas depresivos: indepre.	118
4.2.1.2 Escala de síntomas ansiosos: indans.	118
4.2.1.3 Escala de autoimagen.	119
4.2.1.4 Cuestionario de personalidad de eysenck (E.P.Q).	119
4.2.1.5 Escala de irracionalidad cognitiva.	120
4.2.1.6. Escala de autoeficacia.	120

4.2.1.7	Escala de autoestima.	121
4.2.1.8.	Escala de satisfacción de necesidades.	121
4.2.1.9.	Sub escala toronto – alexitimia	121
4.2.1.10	Sub escala gambrill y richie.	122
4.2.1.11.	Escala de conductas sociales.	122
4.2.1.12.	Cuestionario de asertividad de spencer rathus.	123
4.2.1.13	Escala de satisfacción matrimonial.	123
4.2.1.14	Escala de perfeccionismo.	124
4.2.1.15.	Escala de inmadurez neurológica.	124
4.2.1.16	Escala de tolerancia a la frustración.	125
4.2.1.17	Parental bonding instrument (pbi).	125
5	Plan de Análisis	127
<b>VI. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS</b>		128
1.	Objetivo específico N° 1: Descripción de las Frecuencias Relativas de las Variables Sociodemográficas	128
2.	Objetivo específico N° 2: Descripción de las Frecuencias Relativas de las Variables Historia de Consumo	133
3.	Objetivo específico N° 3: Descripción de las Frecuencias Relativas de las Variables Psicológicas medidas por el FECIAD	145
4.	Objetivo específico N° 4: Relaciones entre las Variables Sociodemográficas y las Variables de la Historia de Consumo	165
5.	Objetivo específico N° 5: Relaciones entre las Variables Sociodemográficas y las Variables psicológicas medidas por el FECEI	206
6.	Objetivo específico N° 6: Relaciones entre las Variables de la Historia de Consumo y las Variables psicológicas medidas por el FECIAD	231
7.	Objetivo específico N° 7: Relaciones entre las Variables psicológicas medidas por el FECIAD	287
8.	Comparación entre ambos centros de tratamiento, al relacionar la variable “días de tratamiento” y las variables psicológicas	357
<b>VII. ANÁLISIS Y DISCUSIONES</b>		358
<b>VIII. CONCLUSIONES</b>		382
1.	Aportes del estudio	382
2.	Limitaciones del estudio	383
3.	Proyecciones para futuras investigaciones	383
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>		385

ANEXOS	388
ANEXO 1: CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES	389
ANEXO 2: FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICA INTEGRAL EN ADICIONES	399

## LISTA DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Modelo Integrativo Supraparadigmatico	85
Figura N° 2. Etiología De Los Trastornos Adictivos Desde La Perspectiva Del Modelo Integrativo Supraparadigmático	96
Figura N° 3. Modelo Integrativo Supraparadigmático En Tratamiento De Adicciones	104
Tabla N°1: “Definición De Variables Caracterológicas”.	106
Tabla N°2: “Definición De Las Variables Psicológicas Medidas Por El FECIAD”.	110
Tabla N° 3: Frecuencia Relativa De La Variable Edad	128
Tabla N° 4: Descripción Estadística De La Distribución De La Variable “Edad”.	128
Tabla N° 5: Frecuencia Relativa De La Variable “Sexo”	129
Tabla N° 6: Frecuencia Relativa De La Variable “Estado Civil	129
Tabla N° 7: Frecuencia Relativa De La Variable “Centro De Atención”	130
Tabla N° 8: Frecuencia Relativa De La Variable “Escolaridad”	130
Tabla N° 9: Frecuencia Relativa De La Variable “Actividad Actual”	130
Tabla N° 10: Frecuencia Relativa De La Variable “Repitencia De Curso”	131
Tabla N° 11: Frecuencia Relativa De La Variable “Estrato Socioeconómico Familiar”	131
Tabla N° 12: Frecuencia Relativa De La Variable “Cantidad De Personas Con Las Que Vive”	131
Tabla N° 13: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Cantidad De Personas Con Las Que Vive”	132
Tabla N°14: Frecuencia Relativa de la Variable “Diagnóstico del Eje I”	132
Tabla N° 15: Frecuencia Relativa de la Variable “Edad Inicio Consumo de Drogas”	133
Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Edad Inicio Consumo de Drogas”	133
Tabla N° 17: Frecuencia Relativa de la Variable “Droga de Inicio”	134
Tabla N° 18: Frecuencia Relativa De La Variable “Numero De Drogas Que Ha Consumido Alguna Vez”	134
Tabla N° 19: Descripción Estadística De Distribución De La Variable	

“Número De Drogas Que Ha Consumido Alguna Vez”	134
Tabla N° 20: Frecuencia Relativa De La Variable “Última Sustancia Consumida”	135
Tabla N° 21: Frecuencia Relativa De La Variable “Frecuencia De Consumo De Alcohol”	135
Tabla N° 22: Frecuencia Relativa De La Variable “Frecuencia De Consumo De Marihuana Natural”	136
Tabla N° 23: Frecuencia Relativa De La Variable “Frecuencia De Consumo De Marihuana Prensada”	136
Tabla N° 24: Frecuencia Relativa De La Variable “Frecuencia De Consumo De Cocaína”	137
Tabla N° 25: Frecuencia Relativa Variable “Frecuencia De Consumo De Pasta Base”	137
Tabla N° 26: Frecuencia Relativa Variable “Frecuencia De Consumo De Codeína”	138
Tabla N° 27: Frecuencia Relativa Variable “Frecuencia De Consumo De Éxtasis”	138
Tabla N° 28: Frecuencia Relativa De La Variable “Frecuencia De Consumo De Fármacos Y Psicofármacos”	139
Tabla N° 29: Frecuencia Relativa Variable “Frecuencia De Consumo De Solventes”	139
Tabla N° 30: Frecuencia Relativa De La Variable “Frecuencia De Consumo De Anfetaminas”	140
Tabla N° 31: Frecuencia Relativa De La Variable “Frecuencia De Consumo De Gas”	140
Tabla N° 32: Frecuencia Relativa De La Variable “Frecuencia De Consumo De Marciano”	141
Tabla N° 33: Frecuencia Relativa De La Variable “Frecuencia De Consumo De Nevado”	141
Tabla N° 34: Frecuencia Relativa De La Variable “Frecuencia De Consumo De Otros”	142
Tabla N° 35: Frecuencia Relativa Variable “Tratamientos Anteriores”	142
Tabla N° 36: Frecuencia Relativa Variable “Días De Tratamiento”	142
Tabla N° 37: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Días De Tratamiento”	143

Tabla N° 38: Frecuencia Relativa Variable “Consumo Problemático De Alcohol O De Alguna Otra Droga En El Entorno Familiar”	143
Tabla N° 39: Frecuencia Relativa De La Variable “Vía De Ingreso”	144
Tabla N° 40: Frecuencia Relativa De La Variable “Diagnóstico Clínico Dsm- Iv-Tr”	144
Tabla N° 41: Frecuencia Relativa De La Variable “Tratamiento Farmacológico”	144
Tabla N° 42: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala Depresión”	145
Tabla N° 43: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Escala Depresión”	145
Tabla N° 44: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala Ansiedad”	146
Tabla N° 45: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Escala Ansiedad”	146
Tabla N° 46: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala Autoimagen”	147
Tabla N° 47: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Escala Autoimagen”	147
Tabla N° 48: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala Neuroticismo”	147
Tabla N° 49: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Escala Neuroticismo”	148
Tabla N° 50: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala Extroversión”	148
Tabla N° 51: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Escala Extroversión”	148
Tabla N° 52: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala Psicoticismo”	149
Tabla N° 53: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Escala De Psicoticismo”	149
Tabla N° 54: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala L”	150
Tabla N° 55: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Escala L”	150
Tabla N° 56: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala Irracionalidad Cognitiva”	150
Tabla N° 57: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Escala Irracionalidad Cognitiva”	151
“Escala Autoestima”	152
Tabla N° 62: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala Satisfacción De Necesidades”	153
Tabla N° 63: Descripción Estadística De Distribución De La Variable	

“Escala Satisfacción De Necesidades”	153
Tabla N° 64: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala Toronto-Alexitimia”	153
Tabla N° 65: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Escala Alexitimia”	154
Tabla N° 66: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala Grambrill – Ritchie”	154
Tabla N° 67: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Escala Gambrill-Ritchie”	155
Tabla N° 68: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala De Conducta Social”	155
Tabla N° 69: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Escala Conducta Social”	155
Tabla N° 70: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala De Asertividad (Rathus)”	156
Tabla N° 71: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Escala Asertividad”	156
Tabla N° 72: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala De Satisfacción Matrimonial”	157
Tabla N° 73: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Escala De Satisfacción Matrimonial”	157
Tabla N° 74: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala Perfeccionismo”	158
Tabla N° 75: Descripción Estadística De Distribución De La Variable ”Escala Perfeccionismo”	158
Tabla N° 76: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala De Tolerancia A La Frustración”	159
Tabla N° 77: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Tolerancia A La Frustración”	159
Tabla N° 78: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala De Inmadurez Neurológica”	160
Tabla N° 79: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Escala De Inmadurez Neurológica”	160
Tabla N° 80: Frecuencia Relativa Variable “Escala De Cuidado Del Padre”	160
Tabla N° 81: Descripción Estadística De Distribución De La Variable De “Cuidado Del Padre”	161
Tabla N° 82: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala De Sobreprotección Del Padre”	161

Tabla N° 83: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Escala De Sobreprotección Del Padre”	162
Tabla N° 84: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala De Cuidado De La Madre”	162
Tabla N° 85: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Escala De Cuidado De La Madre”	163
Tabla N° 86: Frecuencia Relativa De La Variable “Escala De Sobreprotección De La Madre”	163
Tabla N° 87: Descripción Estadística De Distribución De La Variable “Escala De Sobreprotección De La Madre”	164
Tabla N° 88: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Edad” Y Las Variables De Historia De Consumo.	165
Tabla N° 89: Tabla De Contingencia De Las Variables “Edad” Y La Variable “N° De Drogas”	166
Tabla N° 90: Tabla De Contingencia De Las Variables “Edad” Y La Variable “Última Sustancia Consumida”	167
Tabla N° 91: Tabla De Contingencia De Las Variables “Edad” Y La Variable “Vía De Ingreso”	167
Tabla N° 92: Tabla De Contingencia De Las Variables “Edad” Y La Variable “Diagnóstico Clínico Del Dsm-iv”	168
Tabla N° 93: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Sexo” Y Las Variables De Historia De Consumo	170
Tabla N° 94: Tabla De Contingencia De Las Variables “Sexo” Y La Variable “Frecuencia De Consumo De Marihuana Natural”	171
Tabla N° 95: Tabla De Contingencia De Las Variables “Sexo” Y La Variable “Frecuencia De Consumo De Marihuana Prensada”	172
Tabla N° 96: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Estado Civil” Y Las Variables De Historia De Consumo	173
Tabla N° 97: Tabla De Contingencia De Las Variables “Estado Civil” Y La Variable “Frecuencia De Consumo De Cocaína”	174
Tabla N° 98: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Centro De Atención” Y Las Variables De Historia De Consumo.	175
Tabla N° 99: Tabla De Contingencia De Las Variables “Centro De Atención” Y La Variable “Edad Inicio De Consumo”.	176
Tabla N° 100: Tabla De Contingencia De Las Variables “Centro De Atención” Y La Variable “Droga De Inicio”	177

Tabla N° 101: Tabla De Contingencia De Las Variables “Centro De Atención” Y La Variable “Números De Drogas Consumidas Alguna Vez”	178
Tabla N° 102: Tabla De Contingencia De Las Variables “Centro De Atención” Y La Variable “Frecuencia De Consumo Pasta Base”	179
Tabla N° 103: Tabla De Contingencia De Las Variables “Centro De Atención” Y La Variable “Frecuencia De Consumo Marciano”	180
Tabla N° 104: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Escolaridad” Y Las Variables De Historia De Consumo.	181
Tabla N° 105: Tabla De Contingencia De Las Variables “Escolaridad” Y La Variable “Frecuencia De Consumo Fármacos Y Psicofármacos”	182
Tabla N° 106: Tabla De Contingencia De Las Variables “Escolaridad” Y La Variable “Frecuencia De Consumo Solventes”	183
Tabla N° 107: Tabla De Contingencia De Las Variables “Escolaridad” Y La Variable “Frecuencia De Consumo Anfetaminas”	184
Tabla N° 108: Tabla De Contingencia De Las Variables “Escolaridad” Y La Variable “Frecuencia De Consumo Nevado”	185
Tabla N° 109: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Actividad Actual” Y Las Variables De Historia De Consumo.	186
Tabla N° 110: Tabla De Contingencia De Las Variables “Actividad Actual” Y La Variable “Días De Tratamiento”	187
Tabla N° 111: Tabla De Contingencia De Las Variables “Actividad Actual” Y La Variable.	188
Tabla N° 112: Tabla De Contingencia De Las Variables “Actividad Actual” Y La Variable “Vía De Ingreso”	189
Tabla N° 113: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Repitencia De Curso” Y Las Variables De Historia De Consumo.	190
Tabla N° 114: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Estrato Socio-Económico Familiar” Y Las Variables De Historia De Consumo	191
Tabla N° 115: Tabla De Contingencia De Las Variables “Estrato Socio-Económico Familiar” Y La Variable “Edad Inicio De Consumo”.	192
Tabla N° 116: Tabla De Contingencia De Las Variables “Estrato Socio-Económico Familiar” Y La Variable “Droga De Inicio”.	193
Tabla N° 117: Tabla De Contingencia De Las Variables “Estrato Socio-Económico Familiar” Y La Variable “Número De Drogas Que Ha Consumido Alguna Vez”.	194
Tabla N° 118: Tabla De Contingencia De Las Variables “Estrato Socio-	194

Económico Familiar” Y La Variable “Frecuencia De Consumo Pasta Base”	
Tabla N° 119: Tabla De Contingencia De Las Variables “Estrato Socio-Económico Familiar” Y La Variable “Frecuencia De Consumo Marciano”	197
Tabla N° 120: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Cantidad De Personas Con Las Que Vive” Y Las Variables De Historia De Consumo.	198
Tabla N° 121: Tabla De Contingencia De Las Variables “Cantidad De Personas Con Las Que Vive” Y La Variable “Frecuencia De Consumo De Solventes”	199
Tabla N° 122: Tabla De Contingencia De Las Variables “Cantidad De Personas Con Las Que Vive” Y La Variable “Frecuencia De Consumo De Marciano”.	200
Tabla N° 123: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Diagnóstico Del Eje I” Y Las Variables De Historia De Consumo.	202
Tabla N° 124: Tabla De Contingencia De Las Variables “Cantidad De Personas Con Las Que Vive” Y La Variable “Frecuencia De Consumo De Solventes”.	203
Tabla N° 125: Tabla De Contingencia De Las Variables “Cantidad De Personas Con Las Que Vive” Y La Variable “Frecuencia De Consumo De Anfetaminas”.	204
Tabla N° 126: Tabla De Contingencia De Las Variables “Diagnóstico Del Eje I” Y La Variable “Frecuencia De Consumo De Nevado”.	206
Tabla N° 127: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Edad” Y Las Escalas Clínicas.	207
Tabla N° 128: Tabla De Contingencia De Las Variables “Edad” Y “Escala Mentira”.	208
Tabla N° 129: Tabla De Contingencia De La Variable “Sexo” Y Variables Psicológicas	209
Tabla N° 130: Tabla De Contingencia De Las Variables “Sexo” Y “Conductas Sociales”.	210
Tabla N° 131: Tabla De Contingencia De Las Variables “Sexo” E “Inmadurez Neurológica”.	211
Tabla N° 132: Tabla De Contingencia De La Variable “Estado Civil” Y Variables Psicológicas.	212
Tabla N° 133: Tabla De Contingencia De Las Variables “Estado Civil” Y “Escala Extroversión	213
Tabla N° 134: Tabla De Contingencia De La Variable “Centro De Atención”	214

Y Variables Psicológicas.	
Tabla N° 135: Tabla De Contingencia De Las Variables “Centro De Atención” Y “Cuidado Madre”.	214
Tabla N° 136: Tabla De Contingencia De La Variable “Escolaridad” Y Variables Psicológicas.	215
Tabla N° 137: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Actividad Actual” Y Las Escalas Clínicas.	216
Tabla N° 138: Tabla De Contingencia De Las Variables “Repitencia De Curso” Y “Variables Psicológicas	217
Tabla N° 139: Tabla De Contingencia De Las Variables “Repitencia De Curso” Y “Depresión”.	218
Tabla N° 140: Tabla De Contingencia De Las Variables “Repitencia De Curso” Y “Ansiedad”.	218
Tabla N° 141: Tabla De Contingencia De Las Variables “Estrato Socioeconómico Familiar” Y “Variables Psicológicas”.	219
Tabla N° 142: Tabla De Contingencia De Las Variables “Estrato Socioeconómico Familiar” Y “Cuidado De La Madre”.	220
Tabla N° 143: Tabla De Contingencia De Las Variables “Cantidad De Personas” Y “Variables Psicológicas”.	221
Tabla N° 144: Tabla De Contingencia De Las Variables “Cantidad De Personas Con Quien Vive” Y “Neuroticismo”.	22
Tabla N° 145: Tabla De Contingencia De Las Variables “Cantidad De Personas Con Quien Vive” Y “Discomfort Emocional”.	223
Tabla N° 146: Tabla De Contingencia De Las Variables “Cantidad De Personas Con Quien Vive” Y “Tolerancia A La Frustración”.	224
Tabla N° 147: Tabla De Contingencia De Las Variables “Cantidad De Personas Con Quien Vive” Y “Sobreprotección Padre”.	225
Tabla N° 148: Tabla De Contingencia De Las Variables “Diagnóstico Del Eje I” Y Las Escalas Clínicas.	226
Tabla N° 149: Tabla De Contingencia De Las Variables “Diagnóstico Del Eje I” Y “Discomfort Emocional”.	227
Tabla N° 150: Tabla De Contingencia De Las Variables “Diagnóstico Del Eje I” Y “Tolerancia A La Frustración”.	228
Tabla N° 151: Tabla De Contingencia De Las Variables “Diagnóstico Del Eje I” Y “Sobreprotección Padre”.	229
Tabla N° 152: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Edad De Inicio De	230

Consumo” Y Las Variables Psicologicas.

Tabla N° 153: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Droga De Inicio” Y Las Variables Psicológicas	231
Tabla N° 154: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Número De Drogas Alguna Vez Consumidas” Y Las Variables Psicológicas	232
Tabla N° 155: Tabla De Contingencia De Las Variables “Número De Drogas Alguna Vez Consumidas” Y La Variable “Escala L” (Mentira)	233
Tabla N° 156: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Última Droga Consumida” Y Las Variables Psicológicas	234
Tabla N° 157: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Frecuencia De Consumo De Alcohol” Y Las Variables Psicológicas	235
Tabla N° 158: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De Consumo De Alcohol” Y La Variable “Autoimagen”	236
Tabla N° 159: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De Consumo De Alcohol” Y La Variable “Autoimagen”	237
Tabla N° 160: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Frecuencia De Consumo De Marihuana Natural” Y Las Variables Psicológicas	238
Tabla N° 161: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De Consumo De Marihuana Natural” Y La Variable “Conducta Social”	239
Tabla N° 162: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De Consumo De Marihuana Natural” Y La Variable “Satisfacción Matrimonial”	240
Tabla N° 163: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De Consumo De Marihuana Natural” Y La Variable “Sobreprotección Madre”	241
Tabla N° 164: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Frecuencia De Consumo De Marihuana Prensada” Y Las Escalas Clínicas.	242
Tabla N° 165: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De Consumo De Marihuana Prensada” Y La Variable “Depresión”	243
Tabla N° 166: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De Consumo De Marihuana Prensada” Y La Variable “Satisfacción De Necesidades”	245
Tabla N° 167: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De Consumo De Marihuana Prensada” Y La Variable “Satisfacción Matrimonial”	246
Tabla N° 168: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Frecuencia De Consumo De Cocaína En Libertad” Y Las Variables Psicológicas	247
Tabla N° 169: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Frecuencia Consumo De Pasta Base” Y Las Variables Psicológicas	248
Tabla N° 170: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De	249

Consumo De Pasta Base” Y La Variable “Escala De Ansiedad”	
Tabla N° 171: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De Consumo De Pasta Base” Y La Variable “Escala De Satisfacción De Necesidades”	251
Tabla N° 172: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De Consumo De Pasta Base” Y La Variable “Escala De Satisfacción Matrimonial”	252
Tabla N° 173: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Frecuencia Consumo De Codeína” Y Las Variables De Escalas Cínicas	253
Tabla N° 174: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Frecuencia De Consumo De Éxtasis” Y Las Variables Psicológicas	254
Tabla N° 175: Tabla De Contingencia De La Variable “Frecuencia De Consumo De Éxtasis” Y La Variable “Perfeccionismo”.	255
Tabla N° 176: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Frecuencia De Consumo De Fármacos Y Psicofármacos” Y Las Variables Psicológicas	256
Tabla N° 177: Tabla De Contingencia De La Variable “Frecuencia De Consumo De Fármacos Y Psicofármacos” Y La Variable “Escala De Irracionalidad Cognitiva”	257
Tabla N° 178: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De Consumo De Fármacos Y Psicofármacos” Y La Variable “Escala De Perfeccionismo”.	258
Tabla N° 179: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Frecuencia Consumo De Solventes” Y Las Variables Variables Psicológicas	259
Tabla N° 180: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De Consumo De Solventes” Y La Variable “Escala De Autoestima”	260
Tabla N° 181: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De Consumo De Solventes” Y La Variable “Escala De Tolerancia A La Frustración	6262
Tabla N° 182: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De Consumo De Solventes” Y La Variable “Escala De Sobreprotección Padre”	263
	264
Tabla N° 183: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Anfetaminas” Y Las Variables Psicologicas	265
Tabla N° 184: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De Consumo De Anfetaminas” Y La Variable “Escala De Sobreprotección	266

Padre”	
Tabla N° 185: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Frecuencia De Consumo De Gas” Y Las Variables Psicológicas	268
Tabla N° 186: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Frecuencia De Consumo De Marciano” Y Las Variables Psicológicas	269
Tabla N° 187: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De Consumo De Marciano” Y La Variable “Satisfacción Matrimonial”	270
Tabla N° 188: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Frecuencia De Consumo De Nevado” Y Las Variables Psicológicas.	271
Tabla N° 189: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia De Consumo De Nevado” Y La Variable “Irracionalidad Cognitiva”	272
Tabla N° 190: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Frecuencia De Consumo De Otros” Y Las Variables Psicológicas	273
Tabla N° 191: Tabla De Contingencia De Las Variables “Frecuencia Consumo Otros” Y La Variable “Escala De Perfeccionismo	275
Tabla N° 192: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Tratamientos Anteriores” Y Las Variables Psicológicas	276
Tabla N° 193: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Días De Tratamiento” Y Las Variables Psicologicas	277
Tabla N° 194: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Consumo Problemático De Alcohol O Alguna Otra Droga” Y Las Variables Psicológicas	278
Tabla N° 195: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Vía De Ingreso” Y Las Variables Psicológicas	279
Tabla N° 196: Tabla De Contingencia De Las Variables “Vía De Ingreso” Y La Variable “Escala L (Mentira	281
Tabla N° 197: Tabla De Contingencia De Las Variables “Vía De Ingreso” Y La Variable “Escala Irracionalidad Cognitiva”	282
Tabla N° 198: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Diagnostico Clínico Dsm Iv” Y Las Variables Psicológicas	283
Tabla N° 199: Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Tratamientos Anteriores” Y Las Variables De Variables Psicológicas	284
Tabla N°: 200 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Depresión” Y Las Otras Variables Psicológicas	287
Tabla N°:201 Tabla De Contingencia De Las Variables “Depresión” Y “Ansiedad”.	288

Tabla N°: 202 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Ansiedad” Y Las Otras Variables Psicológicas.	290
Tabla N°: 203 Tabla De Contingencia De Las Variables “Ansiedad” Y “Depresión”.	291
Tabla N°: 204 Tabla De Contingencia De Las Variables “Ansiedad” Y “Autoimagen”.	292
Tabla N°: 205 Tabla De Contingencia De Las Variables “Ansiedad” Y “Neuroticismo”.	293
Tabla N°: 206 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Autoimagen” Y Las Escala Clínica.	295
Tabla N°: 207 Tabla De Contingencia De Las Variables “Autoimagen” Y “Ansiedad”.	296
Tabla N°: 208 Tabla De Contingencia De Las Variables “Autoimagen” Y “Autoestima”.	297
Tabla N°: 209 Tabla De Contingencia De Las Variables “Autoimagen” Y “Asertividad”.	298
Tabla N°: 210 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Neuroticismo” Y Las Otras Variables Psicológicas.	300
Tabla N°: 211 Tabla De Contingencia De Las Variables “Neuroticismo” Y “Ansiedad”.	301
Tabla N°: 212 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Extroversión” Y Las Escala Clínica.	303
Tabla N°: 213 Tabla De Contingencia De Las Variables “Extroversión” Y “Satisfacción De Necesidades”.	304
Tabla N°: 214 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Psicoticismo” Y Las Otras Variables Psicológicas	307
Tabla N°: 215 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Escala L” Y Las Otras Variables Psicológicas	308
Tabla N°: 216 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Irracionalidad Cognitiva” Y Las Otras Variables Psicológicas.	310
Tabla N°: 217 Tabla De Contingencia De Las Variables “Irracionalidad Cognitiva” Y “Sobreprotección Del Padre”.	313
Tabla N°: 218 Tablas De Contingencia De Las Variables “Autoeficacia” Y El Resto De Las Variables Psicológicas	314
Tabla N°: 219 Tabla De Contingencia De Las Variables “Autoestima” Y El Resto De Las Variables Psicológicas.	316

Tabla N°: 220 Tabla De Contingencia De Las Variables “Autoestima” Y “Autoimagen”.	317
Tabla N°: 221 Tabla De Contingencia De Las Variables “Autoestima” Y Sobreprotección De La Madre”.	319
Tabla N°: 222 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Satisfacción De Necesidades” Y Las Variables Psicológicas	320
Tabla N°: 223 Tabla De Contingencia De Las Variables “Satisfacción De Necesidades” Y “Extroversión”.	321
Tabla N°: 224 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Alexitimia” Y Las Otras Variables Psicológicas	323
Tabla N°: 225 Tabla De Contingencia De Las Variables “Alexitimia” Y “Satisfacción De Necesidades	324
Tabla N°: 226 Tabla De Contingencia De Las Variables “Alexitimia” Y “Inmadurez Neurológica”.	325
Tabla N°: 227 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Discomfort Emocional” Y Las Otras Variables Psicológicas	326
Tabla N°: 228 Tabla De Contingencia De Las Variables “Conductas Sociales” Y El Resto De Las Variables Psicológicas.	328
Tabla N°: 229 Tabla De Contingencia De Las Variables Variables “Conductas Sociales” E “Inmadurez Neurológica”.	330
Tabla N°: 230 Tabla De Contingencia De Las Variables “Asertividad” Y “Variables Psicológicas”.	331
Tabla N°: 231 Tabla De Contingencia De Las Variables “Asertividad” Y “Autoimagen”.	332
Tabla N°: 232 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Satisfacción Matrimonial” Y Las Otras Variables Psicológicas.	335
Tabla N°: 233 Tabla De Contingencia De Las Variables “Satisfacción Matrimonial” Y “Sobreprotección De La Madre”.	336
Tabla N°: 234 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Perfeccionismo” Y Las Otras Variables Psicológicas.	337
Tabla N°: 235 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Tolerancia A La Frustración” Y Las Otras Variables Psicológicas	339
Tabla N°: 236 Tabla De Contingencia De Las Variables “Tolerancia A La Frustración” Y “Sobreprotección Del Padre”.	341
Tabla N°: 237 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Inmadurez Neurológica” Y Las Otras Variables Psicológicas.	342

Tabla N°: 238 Tabla De Contingencia De Las Variables “Inmadurez Neurológica” Y “Conductas Sociales”.	343
Tabla N°: 239 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Cuidado Del Padre” Y Las Otras Variables Psicológicas	344
Tabla N°: 240 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Sobreprotección Del Padre” Y Las Otras Variables Psicológicas	347
Tabla N°: 241 Tabla De Contingencia De Las Variables “Sobreprotección Del Padre” Y “Irracionalidad Cognitiva”.	348
Tabla N°:242 Tabla De Contingencia De Las Variables “Sobreprotección Del Padre” Y “Tolerancia A La Frustración	349
Tabla N°: 243 Tabla De Contingencia De Las Variables “Conductas Sociales” Y El Resto De Las Variables Psicológicas.	351
Tabla N°: 244 Cruce De Frecuencias Entre La Variable “Sobreprotección Madre” Y Las Variables Psicológicas	353
Tabla N°: 245 Tabla De Contingencia De Las Variables “Sobreprotección De La Madre” Y “Autoeficacia”.	354
Tabla N°: 246 Tabla De Contingencia De Las Variables “Sobreprotección De La Madre” Y “Satisfacción Matrimonial”.	356
Tabla N° 246: Tabla de Comparación entre ambos centros, al relacionar la variables “días de tratamiento” y las variables psicológicas	357

*Agradecemos muy sinceramente a todos los jóvenes que participaron  
en esta investigación, quienes desinteresadamente,  
nos abrieron las puertas a sus vidas .*

*Al centro de tratamiento ambulatorio intensivo, del Hospital Gustavo Frike, por  
generar el espacio para esta investigación.  
Asimismo, a la Comunidad Terapéutica los Morros de San Bernardo, Santiago, por la  
disposición y el espacio para desarrollar este estudio*

*A Carlos,  
Por el apoyo constante que nos otorgó durante este proceso*

*Finalmente agradecemos a nuestras familias, que se esforzaron durante todos estos  
años y nos han apoyado incondicionalmente  
en esta tarea*

## RESUMEN

La presente investigación corresponde a un estudio de tipo Descriptivo, Exploratorio, Correlacional y Transaccional orientado a la evaluación de adolescentes con trastornos por dependencia o abuso de sustancias que se encuentran en tratamiento ambulatorio intensivo

Los sujetos de la investigación corresponden a adolescentes con abuso de sustancias y con trastornos por dependencia a sustancias, de entre 15 a 18 años de edad, que se encuentran en tratamiento ambulatorio intensivo en dos centros de tratamiento: Centro De Tratamiento Ambulatorio Del Hospital Gustavo Fricke (CTA) de Viña del Mar, en la quinta región; y la Comunidad Terapéutica Los Morros (CT Los Morros) de San Bernardo, en la región metropolitana.

Esta investigación busca describir las variables sociodemográficas, las variables de consumo y variables psicológicas de este grupo de adolescentes. Las variables psicológicas son evaluadas a partir de la Ficha de Evaluación Clínica Integral en adicciones (FECIAD) desarrollada por el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.

El análisis, además está orientado a dilucidar como se comportan las relaciones entre las variables mencionadas, y como las relaciones encontradas se corresponden o no con la teoría etiológica de los trastornos por dependencia a sustancias propuesto para adultos.

## I. INTRODUCCIÓN

El consumo problemático de alcohol y drogas, y los problemas asociados a éste, es un hecho que afecta no sólo al individuo que consume, sino que también a sus familias, comunidades y a la sociedad en General. Es así como el Estado, ha establecido estrategias de acción destinadas a la prevención y disminución del consumo de sustancias, principalmente a través del CONACE (Control Nacional de Estupefacientes) y el MINSAL (Ministerio de Salud).

En otra línea de acción, se ha establecido que desde el año 2007 los adolescentes de hasta 20 años de edad, con consumo problemático de alcohol y drogas puedan acceder a planes de salud cubiertos por las garantías del plan Auge, donde se hace relevante el papel de todas los tipos de prestaciones relacionadas con la salud mental. En este punto, resulta importante resaltar que al intentar comprender a la persona con consumo problemático, desde algún paradigma en particular, se podrían dejar de percibir dentro de la dinámica de la problemática; ciertas características psicológicas que puedan verse afectadas o que constituyan factores de riesgo, de modo que se reducen las posibilidades de acción al tratar el problema desde un solo paradigma.

Es así como resulta valioso ampliar la mirada sobre el tratamiento y la investigación en torno las drogodependencias para llegar a percibirla desde una perspectiva más integradora, que facilite abarcar la multiplicidad de variables presentes, en la historia de quien consume. Es en este sentido, donde podemos plantear la relevancia global que tiene creación de modelos clínicos e intervenciones terapéuticas eficientes en el tratamiento de las drogodependencias; intervenciones que hagan hincapié en el ámbito preventivo y que abarquen la complejidad del ser humano de manera íntegra. Dicha propuesta, es un marco sugerente ante las diversas escuelas en la historia de la psicología. Marcos teóricos que han aportado desde distintos prismas al problema de las drogodependencias y que se han visto más eficiente en determinadas áreas de un fenómeno que se ha constatado, tiene la particularidad de ser complejo y de afectar a toda la personalidad de los que se ven involucrados.

Por todo lo anterior podemos decir que una visión integradora da cabida a la presente investigación, la cual se realiza desde la perspectiva del Modelo Integrativo Supraparadigmático propuesto por Roberto Opazo; y que enfatizando en las características psicológicas presentes en adolescentes de entre 13 y 18 años que se

encuentran en tratamiento ambulatorio intensivo, busca brindar un aporte a la intervención clínica de las adicciones.

## II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Las drogodependencias y el uso problemático de sustancias, es un flagelo que demanda la proliferación de estudios, investigaciones y publicaciones orientadas al conocimiento y descripción de las variables que intervienen en esta contingencia; todo esto orientado al desarrollo de técnicas y modelos terapéuticos que sean efectivos en la prevención y tratamiento de esta patología.

En Chile, los estudios relacionados a la distribución del consumo de sustancias ilícitas, son realizados por CONACE (consejo nacional para el control de estupefacientes), estamento dependiente del ministerio del interior. Los resultados del sexto estudio nacional de drogas en población general de Chile, 2004, indican que el consumo de drogas es un fenómeno presente en todos los grupos etáreos, en diferentes niveles socioeconómicos y que no diferencia sexo. En el caso particular de la población adolescente, que comprende un rango de edad de entre 12 a 18 años, el uso de cualquier droga ilícita ha alcanzado índices del 6.5 %; cifra inferior a la registrada en el año 2000 donde el consumo ascendía a un 8,6%.

Según CONACE, estos resultados se corresponden a los programas de gobierno de mayor alcance y a la creciente preocupación tanto a nivel familiar, como a la expresada por las instituciones y de la comunidad en general (CONACE, 2004). Por otra parte, los índices registrados por el Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2005, que comprende los niveles de enseñanza que van desde octavo básico a cuarto medio, señalan que el consumo de cualquier droga lícita e ilícita, tiende a aumentar en los niveles de tercero y cuarto medio; grupo adolescente que ocupa un rango de edad entre los 14 a los 20 años aproximadamente. (CONACE, 2005).

Las políticas nacionales contra consumo de drogas, han intervenido en campañas de promoción y prevención para este grupo etareo; y si bien arrojan resultados con algún éxito, como que el consumo de drogas se mantiene estable, estos aún son insuficientes, pues la existencia de un importante número de adolescentes con consumo problemático o dependencia a sustancias hacen necesarias las medidas del gobierno correspondientes. Se debe considerar además, que se trata un grupo que por derecho debe ser protegido, lo que deriva en la necesidad de políticas y programas de salud que estiman a la población adolescente como una prioridad. Por lo anterior, desde Julio de 2007, comenzaron a regir las garantías explícitas en salud (GES) aprobadas en la ley N° 19.966 y se espera que dentro de un nuevo contexto de política de salud pública mejoren todas

las intervenciones sobre el consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años (MINSAL, 2007).

Por otra parte, es preciso mencionar que existe un déficit de estudios que aborden de manera integral y global la realidad de este grupo etareo, precariedad que no nos proporciona una descripción completa y válida, de las variables psicológicas de los adolescentes que padecen drogodependencia, y que pudiesen estar comprometidas en la etiología y mantención del patrón de consumo.

Concretizando más aun lo anterior, es posible fundamentar que aún cuando existe una gran cantidad de estudios y publicaciones de corte cuantitativo realizados desde nuestra disciplina, que hacen alusión al tema del consumo y dependencia de sustancias, en muchos de estos trabajos, vemos que las observaciones, descripciones y técnicas, se centran solo en algunos aspectos de la totalidad que representa una persona, marginando otros componentes que cobran la misma importancia y dando uso a la información obtenida como material de trabajos incompletos, sesgados, reduccionistas y limitados. De esta manera, se hace evidente la tendencia al reduccionismo teórico, tanto en la sobredimensión de las fuentes etiológicas de determinados paradigmas, como una tendencia a explicarlo todo a partir de una teoría específica, y a que los investigadores encuentren resultados que favorecen sus teorías de preferencia, vía sesgo ideológico o “allegiance effect” (Opazo, 2001; Fernández-Álvarez & Opazo, cit. Varas, 2005).

En el ámbito específico de las intervenciones psicoterapéuticas en drogodependencias, el modelo más amplio y tradicionalmente usado es el enfoque cognitivo conductual, que si bien ha hecho enormes aportes, ha quedado demostrado que no abarca todos los elementos que intervienen y que han sido descritos y trabajados desde otros paradigmas

Ilustrativo de la idea anterior, son los aspectos sistémicos que se ven alterados o la alteración experimentada en los umbrales senso perceptivos en el paciente adicto. Estamos situados frente a una oferta científica, que se materializa como débil y ambigua, ante la función de proponer guías y orientaciones prácticas, a los distintos profesionales que trabajan con la problemática. Es por ello, que al indagar bibliográficamente sobre este contexto, se nos hará fácil encontrar investigaciones hechas desde un determinado marco teórico de trabajo. Por ejemplo en terapia cognitiva de las drogodependencias, Aaron T. Beck, Fred D. Wright, Cory Newman, Bruce S. Liese, 1999; Complicaciones neurológicas crónicas del alcoholismo, Sergio Ferrer Ducaud, 1970; Caballo, 1997 ; Graña, 1994).

Por otra parte, se puede apreciar que las políticas dispuestas hasta el momento han podido establecer solo normas técnicas como herramientas disponibles para abordar el problema; sin dar luz sobre una consecución de aristas que guíen el quehacer clínico psicoterapéutico.

Ante esta falencia, se requieren estudios que promuevan la comprensión de las variables involucradas en la drogodependencia en adolescentes, e idealmente a través de un modelo explicativo amplio que reduzca los sesgos teóricos típicos que describan las variables psicológicas de la población adolescente y que estas sean abordadas de la manera lo más integralmente posible, ya que se ha establecido a partir de la mayoría de los estudios realizados hasta el momento, que las drogodependencias se ven influenciadas por un conjunto amplio de factores (Opazo, 2001; Varas 2005). A raíz de lo anterior, el modelo integrativo supraparadigmático elaborado por Opazo, que plantea desde un meta-nivel integrar todos los aportes desde los distintos enfoques psicológicos con el objeto de no sesgar ni marginar ningún aspecto de la persona aparece como un potente elemento capaz de facilitarnos las herramientas para obtener las distintas variables de los adolescentes; todo ello, a partir de una perspectiva derivada desde la psicología integrativa.

La ventaja de hacer uso de este modelo en relación a otros, es que es posible adoptar una visión neutral que no reduce los fenómenos abarcados bajo solo un marco descriptivo o explicativo; facilitando investigaciones más aportativas en términos descriptivos, menos sesgadas metodológicamente y más acordes a la complejidad de los objetivos de estudio. Exponemos de esta manera que se hace necesario entonces, conocer las características psicológicas propias de los adolescentes drogodependientes, pues esto nos conduciría a la elaboración de herramientas terapéuticas más efectivas en la práctica clínica, es decir en el diagnóstico, prevención y tratamiento de drogodependencias.

## **1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

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

Describir y estudiar el tipo de relación existente entre las características psicológicas, caracterológicas y de consumo, en un grupo de adolescentes con

trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias, que se encuentran inmersos en los programas de tratamiento ambulatorio intensivo.

## **1.2. Objetivos Específicos:**

1.2.1. Describir las características sociodemográficas en un grupo de adolescentes en planes de tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias

1.2.2. Describir la historia de consumo del grupo de adolescentes en tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias

1.2.3. Describir las características psicológicas del grupo de adolescentes en tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático.

1.2.4. Estudiar la relación existente entre las características sociodemográficas y las características de la historia de consumo en el grupo de adolescentes en tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias.

1.2.5. Estudiar la relación existente entre las características sociodemográficas y las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, en el grupo de adolescentes en tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias.

1.2.6. Estudiar la relación existente entre las características de la historia de consumo y las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, en el grupo de adolescentes en tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias.

1.2.7. Estudiar la relación existente entre las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, en el grupo de adolescentes en tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias.

## **2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- 2.1 Cuáles son las características sociodemográficas del grupo de adolescentes en planes de tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias.
- 2.2 Cuáles son las características de la historia de consumo del grupo de adolescentes en tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias.
- 2.3 Cuáles son las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, del grupo de adolescentes en tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias.
- 2.4 Cuál es la relación existente entre las características sociodemográficas y las características de la historia de consumo del grupo de adolescentes en tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias.
- 2.5 Cuál es la relación existente entre las características sociodemográficas y las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, del grupo de adolescentes en tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias.
- 2.6 Cuál es la relación existente entre las características de la historia de consumo y las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, del grupo de adolescentes en tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias.
- 2.7 Cuál es la relación existente entre las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, del grupo de adolescentes en tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno de abuso y/o dependencia de sustancias.

## **3. RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.**

### **3.1. Relevancia práctica.**

Los estudios realizados en población adolescente en Chile a la fecha, proporcionan normas estadísticas (CONACE), normas técnicas, además de ciertos factores de riesgo y protectores que pueden facilitar el abordaje de la problemática. (CONACE). Sin embargo, desde un punto de vista clínico, no existe un panorama claro

acerca del como las distintas áreas del adolescente se ven afectadas, habiendo un panorama en términos de sus efectos en diferentes ámbitos tales como rendimiento escolar, relaciones con sus padres, influencia sobre la integración social, etc, quedando ausente una descripción en torno al funcionamiento psicológico global. Creemos que marcos de descripciones que estén dirigidas al aspecto psicológico del adolescente de una manera integra y además coherente, facilitará a los psicoterapeutas un conocimiento empírico que les guíe sobre qué subsistemas o aspectos psicológicos del adolescente es prioritario intervenir, qué áreas reforzar, qué áreas contribuyen a un restablecimiento de las otras, en cuales áreas se puede hablar de prevención, desde dónde trabajar en base a recursos psicológicos, etc

Un aspecto en concreto en que se percibe la importancia de lo anterior, lo vemos en la posibilidad de hacer diagnósticos que sean integrales; resultados que facilitan el quehacer práctico y que además se corresponden a la noción cada vez mas aceptada de las drogodependencias como problemáticas que afectan toda la personalidad de los afectados.

### **3.2. Relevancia social.**

Los adolescentes como menores de edad, constituyen una población que por derecho debe ser protegida por los familiares, las instituciones estatales y la comunidad en general. Debemos considerar además que se trata de una población relativamente sana, con altas expectativas de vida y vulnerable ante la contingencia de las drogodependencias; características que en consecuencia, hacen que esta población se aparezca como un aspecto prioritario dentro las políticas de salud del gobierno. Por lo mismo, las políticas estatales están orientadas a la maximización de la calidad en salud, donde uno de los problemas más apremiantes para la autoridad en este grupo etéreo; es la adicción y el consumo problemático de sustancias. Dentro de los programas de gran alcance destinados a la prevención y tratamiento de esta problemática, debemos mencionar la puesta en marcha (Julio del presente año) de las políticas de determinación de las garantías explícitas en salud (GES) de la ley N° 19.966, donde una de las Patologías Incorporadas, son los Trastornos Mentales y Conductuales debido al Consumo de sustancias, incluyendo los diagnósticos de adicción, dependencia, consumo perjudicial y abuso, para todo beneficiario menor de 20 años. (MINSAL, 2007).

Dentro del contexto anteriormente descrito, es funcional contar con modelos clínicos que abarquen la complejidad del ser humano y que sean efectivos en la intervención en drogodependencias. Por esto, es fundamental en el área de la investigación, llevar a cabo estudios que sean más atingentes a las políticas actuales e intereses de prioridad nacional. Tomando en cuenta además que en países como Argentina se han hecho estudios que indican que en el 78% de los episodios de muerte, en adolescentes, existía presencia de consumo de alcohol y drogas, lo que hace que la investigación entorno a esta problemática en esta población se haga necesaria y urgente

El presente estudio, al indagar en las variables psíquicas y caractereológicas de los adolescentes desde una perspectiva integrativa; posibilitará conocer más de cerca y de manera global, las características psicológicas propias de esta población. Proporcionará así, una visión más acabada en la comprensión de las distintas variables que se ven afectadas en la historia de consumo y que son necesarias para la elaboración de líneas de tratamiento integrales y efectivas. Este estudio respalda la idea de que es posible contar con tecnologías nuevas; como un diagnóstico integral que facilite la labor terapéutica y que tenga repercusiones de esta manera sobre un contexto económico. (Opazo, 2001; Varas, 2005).

### **3.3. Relevancia científica.**

Si bien existen estudios en todo el mundo, que han dado origen a marcos explicativos amplios en torno a la problemática de las drogodependencias; en nuestro país lamentablemente contamos con una escasez de investigaciones que den cuenta de cómo las adicciones afectan particularmente a los adolescentes, este tipo de sondeo es fundamental, pues este es un grupo etéreo con características psicológicas que demandan atenciones terapéuticas específicas, en función de las características del desarrollo biológico, cognitivo, social y afectivo. La relevancia de producir investigaciones en torno a este grupo etéreo en específico, recae en lo indispensable que es conocer las variables psicológicas que se vean involucradas, todo esto con el fin de ir acumulando conocimiento en relación a posibles factores de riesgo, protectores o características que sean relevantes. En consecuencia esto posibilitará ir produciendo un número cada vez mas amplio y útil de nociones que guíen a los profesionales de la salud mental, en la intervención frente a las adicciones.

### **3.4. Relevancia Teórica.**

El modelo integrativo supraparadigmático publicado por Roberto Opazo en el año 2001, plantea situar la mirada sobre la integración de los distintos paradigmas propuestos por la psicología hasta el momento. Dicha integración, sugiere además la aplicación de esta integración sobre los distintos cuadros clínicos, con el fin de no perder de vista ningún aspecto que pueda ser útil tanto a nivel descriptivo como interventivo en las prácticas psicoterapéuticas. La utilidad de esta propuesta; es que si llevamos el modelo a la práctica de una manera adecuada, será posible intervenir ante distintos cuadros psicopatológicos, teniendo la ventaja de hacer uso de distintas nociones y técnicas que han probado su efectividad. Se facilita de esta manera, la comprensión y explicación etiológica de los distintos cuadros y se acrecienta la formulación de fuerzas de cambio, así como procedimientos y técnicas terapéuticas, que en combinación, aumentan la probabilidad de intervenir del modo más atingente, en pro de la predicción y el cambio.

La presente investigación, es una descripción de las variables psicológicas y caracterológicas de un grupo de adolescentes en tratamiento ambulatorio intensivo por dependencia a sustancias, en términos de la relación de diferentes variables provenientes desde diferentes paradigmas. de esta manera, se constituye como un aporte para ampliar el conocimiento de la población a partir de el modelo integrativo supraparadigmático.

### **3.5 Relevancia metodológica.**

La relevancia metodológica de este estudio, está sustentada en que los resultados obtenidos a partir del instrumento aplicado a la muestra, permite una descripción coherentemente integrada de los distintos subsistemas que se ven afectados por las drogodependencias en la población adolescente. El instrumento que se aplicará a la muestra será el FECIAD, adaptación del FECI (Ficha de Evaluación Clínica Integral) al ámbito clínico de las drogodependencias. El FECIAD cuenta con la mayor parte de sus escalas validadas en términos de confiabilidad y validez. Sin embargo, este instrumento como herramienta para la descripción de las variables psicológicas ha sido muy poco ocupado hasta el momento en población adolescente y menos en un estudio sistemático que se oriente con ese motivo en particular.

El presente estudio, haciendo uso del FECIAD, explorará y describirá las distintas variables psicológicas del adolescente que se vea afectado por la drogodependencia, y

que se hallen en tratamiento ambulatorio intensivo, así como también describirá si existen relaciones estadísticamente significativas entre ellas y con otras variables sociodemográficas. La aplicación del instrumento mencionado, demostrará con resultados empíricos de orden cuantitativo y cualitativo, la efectividad que posee su aplicación, como medio para establecer la exploración y descripción de las variables psicológicas que se vean involucradas en la problemática de las drogodependencias en la población adolescente de Chile.

### **III. ANTECEDENTES GENERALES.**

#### **1. ANTECEDENTES ESTADÍSTICOS.**

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

Los antecedentes estadísticos oficiales que dan cuenta del consumo de drogas en nuestro país, provienen del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), dependiente del Ministerio del Interior del Gobierno de Chile, esta entidad publica cada dos años los resultados y conclusiones derivados de sus estudios. Los últimos documentos presentados a la comunidad corresponden al Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, realizado en el año 2004 y el Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile correspondiente al año 2005. A nivel internacional contamos con el Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay del año 2006, elaborado por el Sistema subregional de información e investigación sobre drogas de dichos países y producido por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD).

##### **1.1.1 Antecedentes de consumo en población general.**

En la población general el uso de drogas ha seguido un patrón donde el consumo ascendió desde el comienzo de la serie en la década de los noventa hasta el año 2004, donde se registran los resultados más altos en la prevalencia e intensidad del consumo. Desde este punto hasta la actualidad el uso de drogas en el país permanece estable (CONACE 2004). Los hallazgos del estudio indican que, de acuerdo a la prevalencia del último mes, la declaración de su consumo alcanza a 56,8% de la población en el año 2004. El uso de cualquier droga ilícita (marihuana, pasta base, cocaína) alcanzó un 5,8%, es decir, 505 mil personas. Siendo, la sustancia ilegal más usada la marihuana, cuyo consumo se ha estabilizado en alrededor de un 5% en estos últimos años, no existiendo indicios de que éste ceda significativamente. Los resultados de la serie de pasta base son oscilantes durante toda la década, dado que su uso constante fluctúa entre el 0,5 y 0,8% de la población. El uso de cocaína, tal como en el

caso de la marihuana, manifiesta una línea de ascenso en los noventa, mostrando una mayor estabilidad en la actualidad con un 1,28% (CONACE, 2004).

La intensidad en el uso de drogas, estimada por el promedio de días en el último año en que se ha consumido una droga, muestra descensos en todos los casos. En el caso de la marihuana, la intensidad de su uso baja de 83 a 65 días promedio en el último año, lo que indica que, aunque la proporción de quienes consumen marihuana se mantiene prácticamente igual, la intensidad con que se hace ha disminuido considerablemente. La intensidad en el uso de pasta base y cocaína también descienden, de 91 a 65 y de 38 a 22 días promedio respectivamente. Debe observarse que la intensidad del uso de pasta base es casi tres veces más alta que la de cocaína, lo que repercute en las tasas de dependencia y daño que provoca específicamente ésta droga (CONACE, 2005).

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

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

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

percepción de facilidad de acceso aumentó a un 12% en el último bienio, ésta se mantiene muy por debajo de las restantes drogas (CONACE, 2005).

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

### **1.1.2 Antecedentes del consumo adolescente**

En relación a los estudios de población general, podemos decir que la sustancia de mayor consumo en la población adolescente, cuyas edades fluctúan entre los 12 y los 18 años, es el alcohol, con una tasa de un 31,5% de prevalencia en el último mes, el tabaco alcanza un 25,7 % de consumo en el mismo lapso de tiempo. Por otro lado el uso de cualquier droga ilícita (marihuana, pasta base y cocaína) entre adolescentes, en un periodo de un año, varía de 6,7% en 2002 a 6,5% en 2004, y se aparta cada vez más de la marca de 8,6% que se obtuvo en el año 2000. Las prevalencias de consumo en un año en el caso de exclusivo marihuana alcanza un 6,45, en esta población, el uso de pasta base llega a un 0,65 y para la cocaína obtiene un 0,8 (CONACE, 2004).

Respecto a esto se debe mencionar que los resultados obtenidos en los últimos cuatro años de medición, dan cuenta de que el consumo de drogas ilícitas entre los adolescentes ha bajado en dos puntos porcentuales, vale decir, alrededor del 25%. Destaca dentro de este estudio el uso de cocaína, que marca actualmente el punto más bajo de la serie (0,8%) y el de la pasta base que se ubica en la mitad de lo que fue en el comienzo de la serie (0,65% en 2004 contra 1,31% en 1994). En este sentido es preciso mencionar que la población adolescente representa el único caso en que el registro actual de 2004 (6,5%) es el mismo del comienzo de la serie en 1994 (6,5%) (CONACE, 2004). Si bien los resultados parecen muy auspiciosos debemos considerar que casi 7 de cada 100 menores de edad declaran haber consumido alguna droga ilegal en el último año y muchos de ellos tienen problemas con su uso problemático o dependencia a estas sustancias.

La intensidad de uso de drogas, estimada por el promedio de días en que se consume una determinada sustancia en el último año, indica que los adolescentes consumen marihuana 40 días en el año, pasta base 63 días y cocaína 11 días. Es importante mencionar en este sentido que el uso de la pasta base es casi seis veces más

alta que la de la cocaína, lo que repercute en las tasas de dependencia, daño biológico y social que provoca específicamente ésta droga. (CONACE, 2004). En el caso de los adolescentes la percepción de riesgo ante el uso de marihuana ha perdido 5 puntos en el período desde el 2000 al 2004 (con una baja de 70% a 65%), aunque en el último bienio se mantuvo estable, mientras que la percepción de riesgo ante el uso de cocaína ha cedido 4 puntos (con una baja de 73% a 69%). Es característico que los adolescentes hagan poca diferencia entre el riesgo de usar marihuana y cocaína. (CONACE, 2004).

Con relación a la facilidad de acceso, la proporción de adolescentes que considera fácil conseguir marihuana asciende a un 53%, pasta base a un 28%, y cocaína a un 24%. (CONACE, 2004). La exposición a ofertas actuales de drogas, es decir la proporción de adolescentes que declara que alguien le ha ofrecido una determinada droga en los últimos 30 días, muestra que un 10,2% ha recibido ofertas de marihuana, un 1,6% de pasta base y un 1,3% de cocaína.

## **2. ANTECEDENTES POLÍTICOS DE GOBIERNO.**

### **2.1. Estrategia Nacional sobre Drogas**

Desde 1990 hasta la fecha, el estado chileno ha impulsado una estrategia de abordaje del problema “drogas”. Ello se ha traducido en la creación del Concejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) y su secretaría ejecutiva; en la Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas vigente desde 1993; en la Ley de Drogas Nº 19.366 de 1995, y en la implementación de un sistema de coordinación, ejecución de programas de información y sensibilización a la ciudadanía.

El fin de la Estrategia Nacional sobre Drogas es reducir el consumo y tráfico de drogas hacia el año 2008. Esto debería expresarse en el logro de las siguientes metas globales:

- Disminución de la prevalencia anual del consumo de marihuana respecto del año 2002, en población menor de 18 años.
- Disminución de la prevalencia anual del consumo de cocaína respecto del año 2002, en población general.
- Disminución de la prevalencia anual del consumo de pasta base respecto del año 2002, en población joven de niveles socioeconómicos bajos.
- Disminución de la disponibilidad de drogas ilegales en el país.
- Disminución en la producción de drogas, tanto naturales como sintéticas.

- Disminución del uso ilícito y desvío de sustancias químicas esenciales.

Los objetivos estratégicos constituyen las opciones que el país asume al abordar el problema de las drogas y que son fundamentales para el logro de los objetivos del fin de la estrategia.

La ejecución operacional de los objetivos estratégicos estará contenida en el Plan de Acción 2003 – 2008 que complementará esta estrategia. Este Plan de Acción, contendrá las metas anuales que se desprenden de cada objetivo específico, así como los indicadores para verificar su logro. Estos últimos determinarán los programas, proyectos y las acciones; y establecerán las instituciones responsables de la ejecución. Para cumplir con el fin del plan, los objetivos estratégicos han definido su enfoque hacia la reducción de la demanda y reducción de la oferta, todo ello desde los ámbitos del desarrollo institucional y legal así como también en el ámbito internacional.

## **2.2. Antecedentes De tratamiento**

De acuerdo a la política de apoyo a las instituciones que trabajan en el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas ligados al consumo de sustancias, el CONACE y el MINSAL han elaborado una nueva estrategia para el tratamiento y la rehabilitación de personas con problemas de drogas.

El diseño de los planes de tratamiento y rehabilitación responde a la diversa complejidad del problema del consumo, por lo que se estructuró en intervenciones de gradiente de intensidad y frecuencia terapéutica, en la lógica del principio o estrategia de trabajo en red que garantice el acceso y la continuidad de la atención. (CONACE, 2004)

Los planes de tratamiento para la población general se exponen a continuación.

### **2.2.1 Plan ambulatorio básico**

Está orientado a personas con abuso o dependencia a drogas ilegales, sin patología psiquiátrica grave, con compromiso biopsicosocial moderado. Es un plan que ofrece atención, al menos, dos veces por semana, dos horas cada vez, con prestaciones indispensables, individuales, grupales y familiares, realizadas por un equipo multiprofesional y técnicos en rehabilitación acreditados. Tiene una duración estimada de seis meses. Este plan se asigna principalmente a Centros de Salud Mental Familiar

(COSAM), centros de atención primaria de salud más equipados, hospitales o centros diurnos y comunidades terapéuticas ambulatorias. (CONACE, 2004)

### **2.2.2 Plan ambulatorio intensivo**

Está orientado a personas con abuso o dependencia a drogas ilegales, con/sin patología psiquiátrica grave compensada, con compromiso biopsicosocial moderado-severo. Es un plan que ofrece atención cinco veces por semana, al menos cuatro horas cada vez, con prestaciones individuales, grupales y familiares, realizadas por un equipo multiprofesional y técnicos en rehabilitación acreditados. Tiene una duración estimada de ocho meses. Este plan se asigna principalmente a hospitales o centros diurnos, comunidades terapéuticas ambulatorias y Centros de Salud Mental (COSAM) más equipados. (CONACE, 2004)

### **2.2.3 Plan residencial**

Está orientado a personas con abuso o dependencia a drogas ilegales, con/sin patología psiquiátrica grave previamente compensada, con compromiso biopsicosocial severo. Es un plan que ofrece atención de 24 horas diarias, con días cama, con régimen de actividades o prestaciones similares al plan ambulatorio intensivo, más actividades de fin de semana, con prestaciones individuales, grupales y familiares, realizadas por un equipo multiprofesional y técnicos en rehabilitación acreditados. Tiene una duración estimada de 12 meses. Este plan se asigna principalmente a comunidades terapéuticas y centros que estén habilitados para la ejecución de este plan. (CONACE, 2004)

### **2.2.4 Plan de desintoxicación y manejo del síndrome de privación**

Está orientado a personas dependientes de drogas ilegales, sin patología psiquiátrica grave, con compromiso biopsicosocial severo, que no pudo abstenerse ambulatoriamente o en régimen residencial, pero que continúa motivado por su tratamiento. Generalmente requiere una evaluación psiquiátrico-social en profundidad, y apoyo en el manejo del síndrome de privación inmediato. Es un plan que ofrece atención 24 horas diarias, con días cama, con régimen de actividades o prestaciones de alta especialidad y alta intensidad. Las prestaciones son individuales, grupales y

familiares, realizadas por un equipo multiprofesional, técnicos en rehabilitación acreditados y auxiliares paramédicos entrenados en drogas. Tiene una duración estimada de 15 a 21 días. Este plan se asigna principalmente a unidades intrahospitalarias de desintoxicación de hospitales psiquiátricos o de servicios de psiquiatría de hospital general, o extra hospitalaria, pero de alta especialidad. (CONACE, 2004)

### **2.2.5 Plan de compensación de patología dual**

Está orientado a personas dependientes de drogas ilegales, con patología psiquiátrica grave concomitante, con compromiso biopsicosocial severo, que no pudieron abstenerse del consumo de drogas ni compensar su trastorno psiquiátrico grave en forma ambulatoria o en régimen residencial. Generalmente, requieren una evaluación psiquiátrico-psicológica-social en profundidad y apoyo en el manejo del síndrome de privación inmediato y su descompensación psiquiátrica. Es un plan que ofrece atención de 24 horas diarias, con días cama, con régimen de actividades o prestaciones de alta especialidad y alta intensidad. Las prestaciones son individuales, grupales y familiares y son realizadas por un equipo multiprofesional, técnicos en rehabilitación acreditados y auxiliares paramédicos entrenados en drogas. Tiene una duración estimada de 45 días. Se le asigna, principalmente, a unidades de patología dual intrahospitalarias de hospitales psiquiátricos o de servicios de psiquiatría de hospital general, o extra hospitalaria pero de alta especialidad. (CONACE, 2004).

Este estudio está enfocado sobre la población adolescente drogodependiente que asiste a centros que trabajan bajo el plan de tratamiento ambulatorio intensivo.

## **3. ANTECEDENTES DIAGNÓSTICOS EN DROGODEPENDENCIAS**

### **3.1 Criterios diagnóstico del DSM- IV para dependencia de sustancias.**

El DSM-IV es la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association y en el existe una clasificación para los trastornos relacionados con sustancias; esta incluye los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso, los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos.

En este manual se caracteriza la dependencia de sustancia a través de un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

Los siguientes son los criterios para la dependencia de sustancias:

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

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

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

(2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

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

(4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

(7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Además se debe tener en cuenta la *codificación* del curso de la dependencia en el quinto dígito:

- 0 Remisión total temprana
- 0 Remisión parcial temprana
- 0 Remisión total sostenida
- 0 Remisión parcial sostenida
- 2 En terapéutica con agonistas
- 1 En entorno controlado
- 4 Leve/moderado/grave

Especificar si existe:

Dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2).

### **3.2 Criterios diagnósticos del cie-10 para dependencia de sustancia.**

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud. En esta edición, se define el Síndrome de dependencia, como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. A continuación, se especifica las pautas para el diagnóstico:

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

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia

característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).

e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

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

g) El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres:

1. En la actualidad en abstinencia.
2. En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).

3. En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada).

4. En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).

5. Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa), con consumo continuo, con consumo episódico (dipsomanía).

#### **4. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES EN TORNO A LA PROBLEMÁTICA.**

##### **4.1 Investigaciones en torno a la problemática de las drogodependencias en Chile, realizadas desde el modelo integrativo supraparadigmático**

###### **4.1.1 Modelo integrativo supraparadigmático y drogodependencias.**

En el año 2001 las instituciones CREA CHILE, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile y el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, trabajando conjuntamente, llevaron a cabo un estudio con el objeto de conocer más profundamente las características psicológicas de los sujetos adictos, reconocer factores de riesgo relacionados en el desarrollo de la adicción, evaluar si el trabajo desarrollado en las comunidades terapéuticas producía cambios en diferentes áreas de la personalidad y ver si el modelo integrativo supraparadigmático aportaba técnicamente antes los tratamientos que se estaban llevando a cabo. El estudio fue hecho a partir del modelo integrativo supraparadigmático y utilizando como instrumento la Ficha de Evaluación Clínica Integra (FECI) que permitió el análisis en los distintos subsistemas de la persona.

El FECI se administró en los tres hogares masculinos que CREA CHILE en ese momento tenía en funcionamiento al momento del estudio y la aplicación se llevo a cabo entre los meses de septiembre y octubre del año 2000. Se seleccionaron al azar 30 de los 90 sujetos residentes de las instituciones y se los dividió en tres grupos de acuerdo a la permanencia que tenían como integrantes de los hogares. Los grupos fueron; *ingreso* (sujetos que tienen una permanencia de 0 a 45 días dentro de las instituciones) *grupo avanzado* (sujetos con una permanencia en tratamiento entre 5 a 7 meses dentro de la comunidad) y *grupo de educadores* (sujetos con una permanencia mayor de 9 meses en las instituciones y que colaboran en la rehabilitación de los dos grupos anteriores). Las

escalas del FECI entregan resultados en valores bajos, medios y altos, siendo los valores medios los esperables para la población promedio. Con el objetivo de verificar estos valores, se tomó un grupo de control de 90 personas de sexo masculino no consumidores de edades similares a la muestra, encontrándose valores medios en todas las escalas.

Se adelantaron las siguientes conclusiones (Guajardo, Bagladi, Kushner; 2001):

La mayoría de los sujetos ingresados a una comunidad terapéutica son poliadictos y tienen más de tres años de consumo de sustancias ilegales.

Los datos obtenidos apuntarían a la poca influencia de los tratamientos previos (de tipo individual y ambulatorio) en la mejoría de los trastornos adictivos aún cuando sí podrían influir en la toma de decisión de ingresar a una comunidad terapéutica por decisión propia en sujetos que presentan adicciones severas.

Se observa en la muestra datos de interés obtenidos en los resultados de las escalas del subsistema biológico. Habría un subgrupo de personas de alto riesgo con características de Inmadurez y Extroversión. Esto estaría corroborado por antecedentes de problemas en el parto, Déficit de Atención, trastornos de conducta y cambios frecuentes de colegios en el período escolar.

Resulta importante señalar que las alteraciones a nivel familiar no parecen ser suficientes para desencadenar el problema de adicción, pero sí serían fundamentales cuando factores como sobreprotección e inconsistencia en los métodos de crianza se dan en sujetos con las características biológicas descritas en el punto anterior.

El subsistema conductual ambiental en el grupo de ingreso está alterado en cuanto a satisfacción de necesidades, falta de repertorio social y baja capacidad de autoeficacia. Siendo todos estos factores adquiridos durante el proceso de desarrollo, es probable que sean más bien consecuencia y no causa del consumo.

Las características más relevantes de las alteraciones a nivel del subsistema afectivo muestran alexitimia y falta en la capacidad de empatía, factores que serían incrementados durante el período de consumo de drogas.

A nivel del subsistema cognitivo las características de los sujetos son de un estilo de pensamiento irracional, el que tendería a justificar y mantener el consumo, conjuntamente con desarrollar una percepción de sí mismo de tipo negativa.

El tratamiento realizado en la comunidad terapéutica se relaciona con importantes cambios en los resultados de las escalas del área biológica (ansiedad, depresión, neuroticismo y psicoticismo), ambiental-conductual (satisfacción de necesidades,

repertorio conductual y autoeficacia), cognitivo (irracionalidad cognitiva y autoimagen) y afectivo (empatía, alexitimia).

Los cambios a través del tratamiento realizado en CREA CHILE, en los diferentes subsistemas, permiten afirmar que se produciría un fortalecimiento del SELF; lo que se traduciría en un importante cambio para evitar el futuro consumo. La utilización de un modelo integrativo permite pensar que es posible optimizar el tratamiento enriqueciendo los procedimientos utilizados.

El detectar un subgrupo de personas con alto riesgo permite pensar a futuro en programas preventivos en jóvenes de colegio con SDA, inmadurez y extroversión; focalizando en este grupo las actividades.

Finalmente, se podría afirmar que el FECl parece ser un buen instrumento, tanto para el diagnóstico como para la evaluación de las personas en tratamiento de rehabilitación por trastornos adictivos.

Los resultados obtenidos nos permitirían aplicar el Modelo Integrativo Supraparadigmático a la etiología y psicopatología de los Trastornos Adictivos. Este estudio en particular, cobra relevancia al constituir un papel de guía y orientación, tanto a nivel teórico, como metodológico, en la presente investigación.

#### **4.1.2 Descripción de diferencias entre sujetos que presentan trastornos adictivos y sujetos que presentan trastornos depresivos o trastornos de ansiedad.**

En el marco del programa de magíster del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, el Psicólogo Juan Esteban Tirado, llevó a cabo una investigación con el objetivo de determinar la existencia de diferencias entre sujetos que presentan trastornos adictivos y sujetos que presentan trastornos depresivos o trastornos de ansiedad. El estudio fue hecho a partir del modelo integrativo supraparadigmático y utilizando los protocolos de la Ficha de Evaluación Clínica Integra (FECl), de pacientes que consultaron entre los años 1998 y 2002 en el consultorio perteneciente al instituto chileno de psicoterapia integrativa; y pacientes que realizaron la etapa de ingreso en el centro integrativo de adicciones de la universidad de Santiago de Chile, entre los años 2000 y 2003. Los sujetos se ubican en un rango de edad que abarca de los 18 a los 36 años.

El tamaño de la muestra total es de 51 personas, 22 con dependencia de drogas, 16 con trastornos depresivos y 13 con trastornos de ansiedad.

Se extrajeron las siguientes conclusiones, por subsistema:

### Subsistema biológico.

Un alto neuroticismo constituiría un rasgo de vulnerabilidad para desarrollar trastornos en el área de la salud mental, no constituyendo una característica diferenciadora entre sujetos de distinta patología.

Una alta extroversión se muestra como una variable estadísticamente significativa en los trastornos adictivos. En tanto, que en el grupo de ansiedad, los puntajes de extroversión son bajos, lo que muestra la predominancia del rasgo de ansiedad en este grupo. Asimismo, la presencia de una mayor activación cortical asociada a un alto neuroticismo, pareciera constituir una combinación clave para entender el funcionamiento de algunos sujetos con trastornos de ansiedad.

A partir el alto nivel encontrado en la escala de psicoticismo, se hipotetiza que este rasgo constituye una característica distintiva de los trastornos adictivos.

Respecto de la variable de organicidad, se detecta una polarización de puntajes altos y bajos, siendo además una variable que no difiere significativamente en los tres grupos estudiados.

### Subsistema conductual ambiental.

Los tres grupos tienden a presentar bajo repertorio conductual. Sin embargo, en la categoría de asertividad, hay diferencias significativas puesto que además de que el grupo de adicciones tiene puntajes mayores, se hacen patentes las diferencias de sexo, donde los hombres muestran más niveles de asertividad que las mujeres.

### Subsistema cognitivo.

Una diferencia significativa se halla en la escala de perfeccionamiento, donde las mujeres tendrían un nivel de perfeccionamiento más alto que los hombres, aparte de esta diferencia entre sexos, no se establecen diferencias entre los grupos de estudio.

### Subsistema afectivo

La presencia de diferencias significativas para la variable tolerancia a la frustración, en los sujetos dependiente de drogas nos sugiere que esta variable constituye una característica central en los sujetos con dependencia.

### Subsistema inconsciente.

No se encontraron diferencias significativas para la variable alexitimia, aunque en términos descriptivos los puntajes se encontraron en niveles medios y altos.

#### Subsistema sistémico relacional.

La variable satisfacción matrimonial en sujetos adictos, no arroja diferencias significativas, si embargo, se muestra muy dicotómica; o el sujeto tiene pareja y se encuentra con media o alta satisfacción o no la tiene, no registrándose sujetos con baja satisfacción matrimonial. Esto pudiera explicarse desde la alta intolerancia a la frustración ya que es probable que no toleren una baja satisfacción y pasen rápidamente a la categoría sin pareja.

#### Sistema self.

Aún cuando no se encuentran diferencias significativas para las variables autoestima y autoimagen, estas tienden a presentarse medias o bajas en los tres grupos.

Al realizarse un análisis de las conclusiones se puede observar que al correlacionar todas las variables con las categorías, grupo, edad y sexo, se registran algunas diferencias significativas. Los altos puntajes en extroversión, asertividad y tolerancia a la frustración tienden a correlacionar con la pertenencia al grupo adicción.

Por otra parte, se observan correlaciones significativas entre sexo y las variables asertividad, perfeccionismo y repertorio conductual. Es decir, las mujeres tienden a presentar mayores niveles de perfeccionismo y repertorio conductual. Es decir las mujeres tienden a presentar mayores niveles de perfeccionismo y repertorio conductual que los hombres, y estos tienden a presentar mayores niveles de asertividad.

Por lo tanto, la categoría sexo tiene una incidencia significativa en las diferencias entre grupo respecto de la variable asertividad.

### **4.1.3 Una comprensión integrativa de la drogodependencia en jóvenes.**

En el año 2004 Feuchtmann, J. en una investigación para optar al grado de magíster en psicología clínica se dispuso a explorar las características psicológicas diferenciales entre una población de adolescentes poliadictos y una población de adultos poliadictos, para así comprender el desarrollo de los trastornos adictivos bajo el prisma del Modelo Integrativo Supraparadigmático. El diseño de la investigación es no experimental y transversal, así también, se trata de un estudio descriptivo y comparativo.

Para la obtención de datos clínicos en la investigación se utilizó la Ficha de Evaluación Integral (FECl) y la Ficha de Evaluación Integral de Adicciones (FEClAD). Los datos se obtuvieron de las fichas clínicas de pacientes del Centro Integrativo de Adicciones (CIAD), como también a través de las fichas obtenidas de la Unidad de Adicciones de la P. Universidad Católica de Chile, sede San Carlos de Apoquindo.

La muestra corresponde a 37 personas, por lo que no es probabilística, 15 sujetos adolescentes (18 a 23 años), y 22 sujetos adultos (27 a 40 años) todos ellos de sexo masculino, nivel socioeconómico medio-alto y diagnosticados por dependencia a más de una sustancia según criterios del DSM-IV. Asimismo, todos los sujetos que formaron parte de la muestra, se encontraban por primera vez en un tratamiento de rehabilitación altamente estructurado, de intervención multidisciplinaria y de larga duración (al menos un año).

Los resultados de la investigación muestran que no hay grandes diferencias entre los perfiles psicológicos de los sujetos poliadictos en los distintos rangos etáreos. Solo a nivel de aspectos del Self (identidad principalmente), pareciera que mientras mas jóvenes son los sujetos, serian mas vulnerables a presentar fallas en la integración y constitución de una identidad estable y orientadora. Una posible explicación sería que el adolescente puede considerarse un humano aún en proceso de conformación de autoimagen y autoestima, esto lo haría más propenso a la influencia del medio externo, y por ende a la experimentación y al posterior “enganche” con las conductas adictivas; esto paralelamente ocasionaría dificultades para estructurar una identidad estable, adulta y madura. Por el contrario, un consumidor adulto, con una identidad ya configurada, vería con el consumo un deterioro progresivo de su identidad, viviendo una especie de “segunda adolescencia” (caracterizada por la omnipotencia y negación), de manera que el efecto en el sistema Self pareciera ser más sensible y nocivo en las etapas previas del desarrollo psicológico (aspecto que muestra la importancia de la intervención precoz en el tratamiento de adicciones en una población joven).

Por otro lado, los resultados pueden estar apuntando, a que pese a lo jóvenes que son los sujetos de una de las muestras, parecieran estar sometidos a menos sesgos cognitivos y distorsiones en su procesamiento de información que los adultos, probablemente porque en esta última población hay mayor incidencia de trastornos de personalidad.

Aunque con la información obtenida en esta investigación, no resulta posible establecer un perfil psicológico específico del adolescente adicto, los datos nos muestran

cómo los sujetos adictos más jóvenes serían los más proclives a presentar fallas en la integración y constitución de una identidad estable y madura. Por otro lado, la población adulta presentaría mayores distorsiones en su identidad por los motivos ya mencionados anteriormente. Podría entonces hablarse de un deterioro psíquico progresivo y continuo que se inicia en la adolescencia y se consolida en la adultez, con el asentamiento de la enfermedad adictiva.

## **4.2 Investigaciones realizadas en la temática de adolescencia y drogas desde diferentes marcos teóricos.**

### **4.2.1 Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes.**

La universidad de Murcia, España, publicó en el año 2001 los resultados de un estudio que tuvo como objeto, analizar la relación entre alteraciones psicológicas y consumo de alcohol en jóvenes. Se trabajó con una muestra de 324 adolescentes de los que 167 eran de sexo masculino y 157 de sexo femenino con edades comprendidas entre el rango de 12 a 17 años. Todos los sujetos asistían a Institutos de Educación Secundaria de Murcia Capital, y fueron seleccionados por muestreo aleatorio estratificado (sexo y edad) de la pirámide de población total. La muestra se dividió en dos grupos según fueran o no fueran consumidores.

Se utilizó el cuestionario autoadministrado, YSR (Youth Self Report) de Achenbach y Edelbrock (1987) el cuál fue adaptado para la población española por Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez (1992) y se han ampliado las posibilidades de respuesta tipo Lickert hasta 5. A través de este instrumento se evaluaron los comportamientos típicos de los adolescentes comprendidos en la muestra, y para proceder a su interpretación se analizó la estructura factorial, mediante análisis factorial común de ejes reiterados con rotación varimax y con un eigen valor = 1 y pesos factoriales superiores a 0.20. El consumo de alcohol se evaluó añadiendo un ítem donde el sujeto indicaba si consumía o no consumía alcohol. La evaluación de las posibles alteraciones psicológicas, fue realizada en base a las taxonomías empíricas en psicopatología de la infancia y adolescencia (Achenbach y Edelbrock (1978) y Achenbach y Edelbrock (1983)).

Bajo este criterio se establecen a menudo dos grandes síndromes (Achenbach y Edelbrock (1983)), que corresponden con:

1. Trastornos de tipo internalizante: trastorno de ansiedad o trastorno depresivo, entre otros.

2. Trastornos de tipo externalizante: trastorno antisocial, trastorno límite o agresivo, entre otros.

La factorización empleada por el cuestionario aplicado esta hecha en base a los ítems que componen cada factor, los cuales pueden pertenecer a la categoría de internalizantes o externalizantes.

Así el Factor I (Depresión / Ansiedad), Factor III (Quejas somáticas) y Factor V (Retraimiento) son internalizantes; el Factor II (Conducta antisocial), Factor IV (Búsqueda de atención), Factor VI (Consumo de drogas /Trastorno disocial), Factor VIII (Hiperactividad) y Factor X (Delincuencia) son externalizantes y los factores mixtos son el Factor VII (Problemas de pensamiento) y el Factor IX (Problemas de identidad / ideación).

Las conclusiones del estudio son las siguientes: los trastornos internalizantes no han resultado estadísticamente significativos, a pesar de que a los consumidores les corresponde una puntuación media superior a la correspondiente de los no consumidores, probablemente esto tenga que ver con la población en cuestión, ya que estos resultados coinciden con otros estudios de Barnea, Teichman y Rahav (1992), que concluyen que el consumo de sustancias se explica mejor por variables personales e interpersonales, que a través de variables psicopatológicas, no coincidiendo con otros estudios de Brooks, Walfish, Stenmark y Canger (1981), Khantzian (1985), Robson (1989), Shedler y Block (1990) y Eisen,Youngman, Grob y Dill (1992), que parten en su mayoría de población clínica.

A esto, se debe añadir los instrumentos y criterios diagnósticos utilizados. En cuanto a los trastornos de tipo externalizante, los resultados obtenidos en conducta antisocial coinciden en gran medida con los llevados a cabo por Mirón, Serrano, Godás y Rodríguez (1997) en población normal. Con respecto a la conducta antisocial y conducta delictiva más concretamente, y centrándonos en la población delincuente, también coinciden con los estudio llevados a cabo por Farrow y French (1987), Winter, Weller y Meland (1993) y con los de Bolinches, Cervera, Valderrama, Martínez, Alarcón y Bolinches (1992), entre otros. La hiperactividad, también se identifica como variable relacionada con el consumo en los estudios de Milin, Halikas, Meller y Morse (1991), aunque en este caso fue identificado en población delincuente. Y para terminar, con respecto al factor problemas de pensamiento y a los problemas de identidad / ideación,

considerándolos como factores mixtos, no se ha encontrado nada en la literatura existente sobre el tema.

#### **4.2.2 Argentina: Estudio Sobre muerte en adolescentes de 14 a 19 años.**

En Argentina, la subsecretaría de prevención de las adicciones en base a datos obtenidos de diferentes organismos concluyó que el sector comprendido entre los 14 y los 19 años, fue el único que presentó un incremento en la mortalidad entre los años 1995 a 2005.

El titular del organismo provincial responsable del trabajo, explicó que esta cifra casi se ha triplicado desde el año 1995 llegando hasta la cifra de 1200 defunciones por año, en 2005. En el 78% de los episodios en que había tenido origen la muerte, existía presencia de consumo de alcohol y drogas. A partir de esto, se hizo un relevamiento en hospitales y comisarías que demostró que el 8% total de las emergencias están vinculadas al consumo, además de arrojar que en las comisarías el 38% de las aprehensiones tiene que ver con dicho motivo y que la causa de muerte más común asociada al consumo son los accidentes viales. (40%). Del estudio también se desprende que son los adolescentes varones y los habitantes del conurbano las principales víctimas.

En la actualidad en la provincia de Buenos Aires alrededor de 12.000 personas están en tratamiento por consumo de drogas, y se estima que la población en riesgo que necesita asistencia alcanza las 130.000 personas.

#### **4.2.3. El consumo de inhalables y cánnabis en la preadolescencia: análisis multivariado de factores predisponentes.**

Sacramento Pinazo Hernandis, Javier Pons Diez y Anabel Carreras Rouma de la Universidad de Valencia, presentaron una investigación fundada en el motivo de explorar las relaciones entre el consumo de drogas no institucionalizadas en una muestra de preadolescentes, y una serie de variables hipotéticamente vinculadas: autoconcepto, comunicación familiar, consumo de otras drogas - institucionalizadas o no- y variables socio estructurales: edad, hábitat, número de hermanos y fracaso escolar. Las variables se han agrupado de la siguiente manera: edad, tipo de hábitat, número de hermanos y cursos repetidos. Variables variables psicosociales: autoconcepto (dimensionalizado en ocho factores empíricos: Interacción Familiar, Labilidad Emocional, Interacción con

Iguales, Logro Académico, Deporte, *Self* Físico, Integración Escolar y *Self* Social) y comunicación padres-hijos (en los cuatro sentidos direccionales posibles: Hijo/a-Madre, Madre-Hijo/a, Hijo/a-Padre y Padre-Hijo/a).

Se incluye además el uso de sustancias legales (tabaco., vino, cerveza y destilados, así como la influencia de cada una de las dos variables sobre la otra.

La muestra estaba compuesta por 564 alumnos de ambos sexos, escolarizados en centros públicos de enseñanza básica situados en tres poblaciones del área metropolitana de la ciudad de Valencia: Torrent (61000 h.), Paterna (47000 h.) y Burjassot (35000 h.).

Se elaboró y aplicó un instrumento compuesto de las siguientes escalas: Escala de variables estructurales, Escala de autoconcepto, Escala de comunicación familiar y Escala de consumo de drogas.

Se concluyó:

a) Lo que predice en mayor medida el consumo de cánnabis o inhalables, es el consumo de otras drogas, especialmente el alcohol. Lo relevante de esto en el ámbito preventivo; es que los planes y programas se enfocan principalmente que sobre drogas que no son institucionalizadas y que no son fácilmente accesibles para los preadolescentes , mientras que este tipo de drogas institucionalizadas (como el alcohol), no son percibidas con el nivel de consideración que los resultados sugieren.

b) Existe una correlación entre el autoconcepto y el consumo. Se observa así, como factor predisponente un autoconcepto negativo; especialmente en las dimensiones de la autopercepción sobre vida familiar. (por ejemplo, sentirse menos queridos o menos valorados por sus padres). Cobra relevancia según estos datos obtenidos, detenernos a pensar en lo fundamental que resulta un proceso de socialización primario que sea funcional a un autoconcepto positivo en concreto; el crecer dentro de una familia que cubra las necesidades del self de los hijos, desde todos los ámbitos posibles.

c) Se observa una correlación entre la propia percepción física y el consumo de sustancias inhalables, ya que los resultados indican que preadolescentes que consumen este tipo de drogas, tienen una imagen más pobre o desvalorada de su cuerpo. Esto puede explicarse entendiendo que la percepción física puede ser entendida como un indicador de auto percepción global de la persona.

d) Los sujetos consumidores se encuentran menos integrados en el contexto escolar, de este modo los alumnos que no se sienten comprometidos con un afán

educativo, tienen mayor probabilidad de involucrarse en consumo de sustancias o conductas antisociales.

e) La edad aparece como un valor predicativo relativamente destacado en cuanto al consumo de cánnabis, pudiendo constatar que la edad media de los preadolescentes de la muestra consumidores de esta droga, se encuentra en torno a los 13 años y medio; lo que indica que durante el desarrollo, el paso a los 13 años, se convierte un factor de riesgo de tipo estructural a tomar en cuenta en las acciones de prevención primaria que deberían realizarse antes de esta edad.

f) Se observa una correlación negativa con otras variables tales como los niveles de comunicación familiar. Si bien esto parece contradecir la idea de autoconcepto positivo y vida familiar, además de toda la literatura científica existente; es importante destacar que las escalas en dichos resultados hacen a alusión “cantidad” y “mecanicidad” de comunicación, más que a calidad de comunicación familiar.

g) No han aparecido relaciones significativas entre consumo de alcohol y dos variables estructurales, como son el número de hermanos y el tipo de centro de escolarización. Se puede constatar que al menos en estas edades, un hábitat social deprivado, no aumenta el consumo de sustancias tóxicas y que este último si se ve aumentado por el orden de otras variables de índole relacional y psicosociales diferentes a los factores socioeconómicos estructurales. No implicando lo anterior, que las acciones preventivas, no se orienten al trabajo sobre otros tipos de comportamiento desajustados así como a la reformulación de estructuras económicas y sociales que puedan favorecer el origen de dichos contextos precarios.

#### **4.2.4 Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad».**

Este estudio fue llevado a cabo por los psicólogos Pedrero Pérez, e.j., Pérez López, M., de Ena de la Cuesta, S. y Garrido Caballero, c. del Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid, España. La línea de investigación fue la validación psicométrica de un instrumento que abarque todas las variables de interacción psicosociales.

En una primera fase mediante procedimientos en distintas etapas, los que incluyeron etapas de acuerdo interjueces y la administración del cuestionario a un grupo de 216 sujetos en tratamiento (152 en el CAD-4, 64 en Comunidad Terapéutica

Profesional de Barajas, ambos del Ayuntamiento de Madrid) y a 102 sujetos de población general, se llegó a un cuestionario tipo likert definitivo, que incluyó 84 ítems, con 9 escalas compuestas de los siguientes ítems:

Autoestima (12 ítems), Autoeficacia general (9 ítems), Optimismo (11 ítems), Locus de control (3 ítems), Habilidades sociales (10 ítems), Autocontrol (11 ítems), Afrontamiento centrado en la tarea (11 ítems), Afrontamiento centrado en la emoción (12 ítems), Afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social (5 ítems). El cuestionario se denominó Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP).

Posteriormente se administró el instrumento a una muestra de 569 sujetos (414 varones y 155 mujeres) en tratamiento por abuso/dependencia de heroína (n = 161), cocaína (n = 207), alcohol (n = 160), cannabis (n = 33), benzodiazepinas (n = 3) y ludopatía (n = 5). Adicionalmente, se obtiene una muestra de 197 sujetos de población general (127 varones y 55 mujeres; 15 no contestan). La edad media de los sujetos en tratamiento era de 34,7 años y de 34,9 en la muestra de población general.

Adicionalmente se aplicaron otros instrumentos que han sido validados y son de amplio uso.

Basados en los resultados, los autores concluyen que el cuestionario puede ser una herramienta de utilidad para el psicólogo, ya que es capaz de explorar de forma válida y fiable, los elementos moleculares de rasgos y trastornos de personalidad en sus aspectos cognitivos. Permite también identificar objetivos psicoterapéuticos a cubrir, además de información válida sobre los componentes cognitivos de los síndromes y síntomas del eje I, incluyendo el abuso de sustancias.

#### **4.2.5 Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados**

Esta investigación es realizada por la psicóloga Marina Beatriz Fantin de Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Se plantea como objetivo de la investigación describir e identificar estilos de personalidad, preocupaciones y síndromes clínicos en una muestra de adolescentes escolarizados de la ciudad de San Luis, Argentina, realizando una aproximación a la problemática de las adicciones.

Se indaga la proporción de adolescentes que presentan patrones de consumo de sustancias adictivas, con la finalidad de establecer comparaciones entre grupos de consumidores y de no consumidores.

La muestra, estuvo conformada por 203 adolescentes de ambos sexos, 74 varones y 129 mujeres, de edades comprendidas entre 15 y 19 años del nivel polimodal de escuelas públicas de la ciudad de San Luis.

Respecto de los instrumentos se utilizaron tres instrumentos de evaluación: el Inventario Clínico para Adolescentes, de Theodore Millon (MACI, 1993), el Test de Identificación de Desórdenes en el Uso del Alcohol (AUDIT, OMS, 1993) y el Cuestionario de Identificación de Dependencia de las Drogas (CIDD), elaborado ad-hoc.

Los resultados indican que entre las sustancias adictivas más consumidas por los adolescentes de la muestra se encuentran el alcohol y el tabaco. Aproximadamente dos de cada tres adolescentes ha consumido alcohol a lo largo de su vida, y cerca de un 18% de la población total presenta un *consumo perjudicial o de riesgo* de esta sustancia. Otro de los objetivos propuestos se orientó a identificar estilos de personalidad vinculados al consumo de sustancias. En este sentido, se obtuvo que los adolescentes consumidores son vulnerables a presentar características de personalidad distintivas, que influyen en el consumo o pueden predisponer dicha conducta. Estos adolescentes tienden a relacionarse con otros de manera agresiva y displicente, a ser irresponsables e impulsivos y a presentar un conflicto de ambivalencia entre la obediencia hacia los demás y el negativismo agresivo cuando no obtienen lo que desean. Suelen ser indiferentes a las necesidades de otros y en las relaciones familiares presentan conductas rebeldes y opositoras frente a los padres, siendo más frecuente en estos adolescentes la propensión a realizar conductas impulsivas e ilegales.

Esta autora concluye que de acuerdo a la investigación hecha, se puede afirmar que existen rasgos de personalidad vinculados al consumo de sustancias, que influyen y pueden orientar hacia un consumo perjudicial de sustancias adictivas.

#### **4.2.6 Indicadores Psicosociales De Motivación Del Consumo De Marihuana Y/O Cocaína.**

En el año 2006, fue publicada la presente investigación en la revista electrónica *socidrogalcohol.org*, llevada a cabo por la universidad autónoma de México, junto a otras instituciones. Los objetivos que se pretendían, eran comparar los significados psicológicos de las palabras *familia, amigos, yo, marihuana y cocaína*. Así llevó a cabo un estudio transversal, *ex-post-facto*, obteniendo información de 295 adolescentes y adultos jóvenes del sexo masculino de la Ciudad de México, en un rango de edad entre 13 y 29 años,

consiguiendo cuatro muestras independientes: 1) usuarios de marihuana, 2) de cocaína, o 3) de ambas drogas y 4) no usuarios de drogas.

El instrumento consistió de identificación sociodemográfica, patrón de consumo de sustancias y significados psicológicos asociados con: 1) la familia, 2) los amigos, 3) el yo, 4) la marihuana y 5) la cocaína. Los Pesos Relativos, las Puntuaciones de Predominio y los Índices de Dominancia Evaluativo (*IDE*) fueron obtenidos de acuerdo con Díaz-Guerrero y Szalay (1993). La obtención de los *IDE* se realizó con el apoyo de un grupo de jueces, compuesto por cinco psicólogos especializados en adicciones, que clasificaron las asociaciones de cada palabra estímulo en componentes subjetivos positivos, negativos o neutros.

En términos generales los resultados parecen apegarse al postulado de psicopatogénesis de la teoría de la motivación de Maslow (1954/1970). Uno de los hallazgos más relevantes es que, entre los indicadores protectores asociados con la *familia*, los *amigos* y el *yo*, se identifica la satisfacción de necesidades deficitarias. Necesidades que parecieran adecuarse a los cuatro primeros niveles de la pirámide de Maslow (1954/1970a): Fisiológicas, de Seguridad, de Estima y Afectivas. Asimismo, también como protección, se identifica la presencia de sentimientos y actividades placenteras asociados con la satisfacción de estas necesidades, los cuales se relacionan con la activación del circuito de recompensa (Guisa, et al, 2001; Ramos y Fernández, 2000 Volkow et al)

Por otra parte, entre los indicadores de riesgo del consumo de drogas, se identifican variables psicosociales adversas, contrarias a la satisfacción de las necesidades identificadas entre los indicadores protectores, por lo que se las considera desde la teoría de la motivación de Maslow, como indicadores de motivación del consumo.

Con respecto a los significados psicológicos de las drogas, se encuentran como indicadores motivacionales de riesgo de consumo, algunas sensaciones que reflejan la activación del circuito de recompensa y la presencia de trastornos emocionales y conflictos familiares.

En la palabra estímulo familia, las diferencias se presentaron entre los grupos de consumidores de cocaína y los policonsumidores frente al grupo de no usuarios de drogas, con una evaluación menor entre los primeros. A la vez que el grupo de usuarios de marihuana no presenta diferencias ni con los otros grupos de consumidores ni con los no usuarios de drogas, lo cual trasluce una menor presencia de factores de riesgo

relacionado con una mayor presencia de factores de protección. Como *indicadores psicosociales de protección positivos* de la familia se identificaron dos necesidades, una de *Seguridad: honestidad* y otra *Afectiva: amistad*. Se presentaron también como indicadores de protección positivos, sentimientos que muestran la *activación del circuito de recompensa, alegría y felicidad*. Por otra parte, se identificó un *indicador psicosocial protector negativo: el regaño*. Por tipo de consumidores sobresale la presencia de *agresión* en la familia como motivación del uso de *cocaína*. Como indicadores psicosociales de motivación del policonsumo de *marihuana y cocaína* aparece en la familia la *falta de atención* y las discusiones. Como indicadores psicosociales de motivación del consumo de *marihuana* asociados con la familia, se encuentra la *desintegración* y el sentimiento de *miedo*

En tanto, ante la palabra estímulo amigos, los tres grupos de consumidores de sustancias la asociaron con el consumo de drogas. Como indicadores de protección se encontraron necesidades psicosociales de Seguridad: *Unión, Confianza y Convivencia*; de Estima: *Comprensión y Estudio* y Afectivas: *amabilidad, respeto y cariño*. Un indicador particular de riesgo entre los grupos de monousuarios es considerar a los amigos como *hermandad*.

Entre los componentes subjetivos positivos relacionados con el *autoconcepto*, en todos los grupos se encontraron variables psicosociales relacionadas con necesidades de Seguridad: *bondad y trabajar*; la necesidad de Estima: *estudiar* y; la necesidad Afectiva: *amistad*. Por su parte, el monousuario de *cocaína* parece concebirse particularmente *agresivo*, a diferencia, el monousuario de *marihuana* se significa como *rebelde*. Con respecto los IDE de la palabra estímulo cocaína, destaca que para todos los grupos estos fueron negativos, lo que asegura una percepción negativa generalizada de la sustancia.

Con respecto a la palabra estímulo marihuana, la presencia de IDE negativos entre los no consumidores y consumidores de cocaína frente a los IDE neutros de los usuarios de marihuana y los policonsumidores, indica la presencia de mayores proporciones de asociaciones positivas en el mundo subjetivo de los mono y policonsumidores de marihuana hacia esta palabra estímulo.

#### **4.2.7 Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes.**

La Revista *Psicothema*, publicó en el año 2001 los resultados de un estudio realizado un año antes en la Universidad Complutense de Madrid, llamado “Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes”, realizado por dos docentes de la facultad de Psicología de dicha casa de estudios, a saber, Marina J. Muñoz-Rivas y José Luís Graña López. Este estudio tuvo por objetivo analizar la influencia y el peso diferencial de determinadas variables familiares en el consumo de drogas por parte de los adolescentes y para ello se utilizó una muestra de 1.570 adolescentes de ambos sexos (54.4% hombres y 45.6% mujeres) de la Comunidad Autónoma de Madrid, con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, con una edad media de 15.83 años, pertenecientes, bien a diversos cursos de la Educación Secundaria o bien a primero y segundo de Formación Profesional. El total de los participantes fue extraído de seis institutos de Madrid, representativos de distintas zonas sociodemográficas de la Comunidad Autónoma, con el objetivo de que estuvieran representados todos los niveles socioeconómicos y culturales. Dentro de cada uno de los centros de enseñanza, el muestreo se realizó por conglomerados tomando el aula como unidad muestral, eligiendo al azar las aulas participantes de cada curso de Educación Secundaria y Formación Profesional.

Con relación al instrumento utilizado, se utilizó un cuestionario que incluyó una primera parte presentada en forma de encuesta y, una segunda parte, en la que se presentaban un total de cinco escalas de evaluación psicológica. La primera parte consta de un total de 57 ítems y en ella se incluyó la evaluación de las siguientes variables: 1) Variables relacionadas con el consumo de drogas. Evalúa el consumo de distintas drogas a través de diversos parámetros temporales (alguna vez en la vida, últimos seis meses y últimos treinta días) y, 2) Variables psicológicas, entre las que se consideran aspectos como la existencia de problemas de conducta y la práctica religiosa.

En la segunda parte, se incluyeron una serie de escalas de evaluación validadas y adaptadas para la población adolescente, que recogen información sobre distintas variables de carácter psicológico. Estas son: a) el Cuestionario de Evaluación del Autoconcepto (AC ) (Martorell, Aloy, Gómez y Silva, 1993); b) la Escala de conducta antisocial (ASB) (Silva, Martorell y Clemente, 1986); c) la Escala de evaluación de la depresión (EED) (Del Barrio y Silva ,1993); d) la Escala de Búsqueda de Sensaciones para niños y adolescentes (EBS-J) ( Pérez, Ortet, Plá y Simó, 1987); y e) la Escala de Impulsividad, Afán de Aventura y Empatía (IVE-J) (Martorell y Silva, 1991).

Para llegar a los objetivos, se analizaron las siguientes variables:

1. Consumo de drogas: Se recogió la información relativa al uso y abuso de sustancias en formato de encuesta, considerando el consumo frecuente de cualquier sustancia, realizado dentro de los últimos treinta días, se preguntó en una escala tipo Likert de 6 alternativas, desde «nada» a «dos o más veces diariamente».

2. Relación familiar: en este apartado se analizaron:

1) Estructura y composición familiar: Se evaluó a través de dos ítems: Con quien vivía el adolescente y, además, si era el hijo único, el mayor, el de en medio o el menor.

2) Disciplina familiar: Es decir La existencia de normas de convivencia familiar, se evaluó a través de diversos ítems, que en general hablan de la existencia de normas fijas de comportamiento dentro del seno familiar y el control ejercido por los padres sobre la conducta de sus hijos.

3) La naturaleza de la relación familiar: Se evaluó a través de diversos ítems: la relación del adolescente con ambos padres, con sus hermanos o con cualquier persona significativa con la que conviviera (muy mala, mala, regular, buena o muy buena) y el uso de elogios por parte de ambos padres a la hora de relacionarse con el adolescente.

4) La vinculación afectiva: se analizaron en este apartado, el grado de cercanía afectiva que el joven percibía con respecto a sus padres y el grado de identificación con respecto a ellos.

5) La comunicación familiar: se analizó a través de seis ítems: la frecuencia con la que el adolescente acude a cada uno de sus padres para buscar apoyo instrumental o afectivo y para hablar de sus problemas personales.

6) El nivel de conflicto familiar: se consideró la frecuencia de los conflictos entre ambos padres, entre el adolescente y éstos y entre el joven y sus hermanos.

7) Las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas: se evaluó a través de diversos ítems, por una parte, a las actitudes familiares con respecto al consumo y, por otra, el uso de drogas en el seno familiar.

Con relación a los resultados, estos mostraron que las diversas sustancias de consumo estudiadas se agrupaban de forma empírica en tres factores denominados: «drogas legales», «drogas médicas» y «drogas ilegales». Se realizaron varios análisis de regresión por pasos con cada uno de los tres factores y se confirmó que los principales factores de riesgo familiares para explicar el consumo de drogas legales eran la ausencia de normas familiares sobre el uso de drogas, los conflictos entre los padres y el adolescente y el consumo de alcohol por parte del padre. En sentido opuesto, los factores

de protección más importantes eran acostarse a una hora fija por la noche y tener una buena relación de vínculo con los padres. También se analizaron los factores de riesgo y de protección para explicar el consumo de drogas ilegales y médicas.

#### **4.2.8. Características de personalidad en sujetos drogodependientes.**

La Revista *Psicothema*, publicó en el año 1996 un estudio llamado “Características de personalidad en sujetos drogodependientes”, llevado a cabo un año antes por Emilio Sánchez Hervás y Enrique Berjano Peirats, con el apoyo de la Comunidad Terapéutica «Balsa Blanca» (Valencia) y la Facultad de Psicología de Valencia. En dicho artículo, se estudian las posibles diferencias existentes entre un grupo de adictos a heroína y un grupo de sujetos sin problemas de adicción a drogas, siendo consecuentemente el objetivo del estudio, averiguar si existían diferencias en las características de personalidad entre los grupos; el grupo experimental que estaba conformado por sujetos adictos a la heroína y un grupo control formado por sujetos no adictos a sustancias psicoactivas.

La muestra de esta investigación está formada por 140 sujetos en total. Del total de 140 sujetos, 70 sujetos son asignados al grupo experimental, y conforman dicho grupo adictos a heroína que tras ser desintoxicados, demandaban e iniciaban tratamiento de deshabitación en Comunidad Terapéutica. Es en el momento en el que ingresan en la C.T. cuando les son administrados los cuestionarios.

Los 70 sujetos restantes son asignados al grupo control, y son sujetos que no presentaban en el momento de pase de las pruebas, adicción a ninguna sustancia psicoactiva, que interfiriese de alguna forma en su vida diaria. Fueron seleccionados al azar de distintas escuelas para adultos (EPAs) de la provincia de Valencia.

Se pretendió que ambos grupos (control y experimental) fuesen lo más homogéneos posibles en relación a las variables sociodemográficas, para de esta forma evitar en lo posible los sesgos que pudieran existir entre uno y otro grupo. Para ello se realizaron análisis diferenciales entre los grupos control y experimental para las variables: sexo, edad, y nivel de estudios, siendo la media de edad del grupo experimental en 26.1 años y la del grupo control en 27.5, no existiendo diferencias significativas en esta, ni en otras variables sociodemográficas.

El instrumento que se aplicó para obtener los datos, consistía en un protocolo de información general, que recogía información sobre las variables sociales que se utilizaron

como control, y el Cuestionario Factorial de Personalidad 16PF de Catell. Según los autores, creían que este instrumento era el más adecuado a la muestra, además, el tiempo de aplicación es más reducido que en otros cuestionarios (como el MMPI), lo que permitía la completación de todos los ítems por parte de todos los sujetos de la muestra.

Se realizaron análisis diferenciales (análisis de varianza) de todas las variables para comprobar si existían diferencias entre los grupos control y experimental.

Los resultados más destacables:

De las 16 variables incluidas aparecen diferencias significativas en seis de ellas: alaxia/protensión ( $p < 0.0004$ ); harria/premsia ( $p < 0.0008$ ); poca/mucha fuerza del ego ( $p < 0.0041$ ); sumisión/dominancia ( $p < 0.0069$ ); conservadurismo/radicalismo ( $p < 0.0288$ ) y; adecuación imperturbable/tendencia a la culpabilidad ( $p < 0.0462$ ). Las medias en ambos grupos nos muestran que el grupo experimental puntúa más alto que el grupo control en los factores: \*L (alaxia/protensión) media grupo experimental=5,9; media grupo control=4,5; \*O (Adecuación imperturbable/tendencia a la culpabilidad) media grupo experimental=7,1; media grupo control=6,2 \*Q1 (conservadurismo/radicalismo) media grupo experimental=7,9; media grupo control=7,2 \*E (sumisión/dominancia) media grupo experimental=5,9; media grupo control=5. Por otro lado el factor C (poca/mucha fuerza del ego), es el grupo control el que puntúa más alto; media=7.1 frente a media=4.6 del grupo experimental.

El resto de los factores en los que aparecen diferencias entre ambos grupos, muestran que los sujetos del grupo experimental tienden a presentar con más probabilidad los siguientes rasgos en comparación al grupo control: más hostiles, autoritarios en el manejo de los demás, hacer caso omiso de la autoridad, más obstinados y agresivos (factor E); inamovibles, sensibilidad dura (factor I); desconfiados, ambiguos, suspicaces, despegados de los demás y deficientes colaboradores con el grupo (factor L); depresivos, tendentes a la ansiedad, turbables (factor O); escépticos y liberales (factor Q1). En general los resultados arrojan escasas diferencias entre ambos grupos en las puntuaciones de los factores primarios del 16PF. Se concluye finalmente, la dificultad de establecer características de personalidad que definan a los adictos a heroína.

#### **4.2.9 Perfiles clínicos de la personalidad en consumidores de sustancias psicoactivas (spa).**

Este estudio fue llevado a cabo en la institución CEDRO de Lima- Perú, en los años 2002 y 2003, por los investigadores Milton Rojas y Luis Espinoza, proponiéndose como objetivo, analizar, conocer y describir el perfil clínico de la personalidad promedio de una muestra de consumidores de drogas. Para esto se tomó una muestra no probabilística e intencional, compuesta por 40 personas de ambos sexos (18% mujeres y 81% hombres), con edades comprendidas entre los 18 a 46 años, consumidores de diversas Sustancias PsicoActivas: Marihuana (THC), PBC, Alcohol (OH) y Clorhidrato de Cocaína (CLC), quienes solicitaron atención psicológica al Programa «Lugar de Escucha» de la institución CEDRO de Lima-Perú

La recolección de datos se hizo a través del inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI-II) y la ficha de atención (FDA). La aplicación de los instrumentos fue realizada en los consultorios del Programa «Lugar de Escucha» de CEDRO. En la primera sesión se recolectó la información brindada por el paciente, empleando la Ficha de Atención (FDA). La aplicación del MCMI-II, se realizó como parte del proceso de evaluación y consulta psicológica. Las evaluaciones fueron realizadas de manera individual a cada participante. Solo se tomaron en cuenta los protocolos de respuesta con puntajes significativos en la escala de validez según los criterios del MCMI-II. Respecto de los resultados, se han considerado como significativas las escalas con puntajes finales iguales o superiores a 75 que siguiendo los criterios del MCMI-II, estarían considerados entre los indicadores Moderado y Elevado.

En relación a los patrones clínicos y patología severa de personalidad se observa el mayor puntaje en la escala de Agresivo-Sádico (93,39) asimismo se encuentran indicadores elevados en las escalas Antisocial (91,5), Pasivo-Agresivo (91,3) y Narcisista (89,1). También se evidencian indicadores moderados en la escala Borderline (80,7), Histriónico (78,2) y Sinceridad (75,4).

En la escala de síndromes clínicos, se evidencia un indicador significativo moderado en Dependencia de Drogas y las demás escalas no presentaron indicadores significativos.

Respecto de los patrones clínicos y patología severa de personalidad de consumidores de sustancias psicoactivas según sexo (N = 40), solo se encontraron puntajes elevados en el grupo de hombres en las escalas de patrones clínicos de la personalidad. En las escalas Agresivo-Sádico (96,73) Antisocial (94,30) y Pasivo-Agresivo (93,55); mientras que en estas mismas escalas se encuentran indicadores

moderados Agresivo–Sádico (70,00) Antisocial (78,14) y Pasivo- Agresivo (80,86) en el grupo de mujeres.

Se encuentran diferencias en las escalas de patología severa de personalidad de tipo Borderline (82,42) y Paranoide (74,73) en el grupo de hombres. Se observa una diferencia en la escala de sinceridad en la cual el grupo de hombres (77,00) presentaron indicadores significativos a diferencia del grupo de mujeres (67,86) que no mostró significación.

En relación a los síndromes clínicos y severos se pudo observar que sólo el grupo de hombres mostró indicadores significativos en las escalas de dependencia a alcohol (77,45) y drogas (82,7).

Con relación al tipo de droga Problema y los puntajes relacionados a los perfiles de personalidad, en el grupo de consumidores de marihuana se observó indicadores moderados en las escalas de patrones clínicos de personalidad pasivo-agresivo (90,77) e histriónico (77,36); e indicadores elevados en la escala de Agresivo-Sádico (91,73) Antisocial (90,36) y narcisista (88,14). En este grupo se encontraron en la escala de patología severa de la personalidad indicadores moderados de personalidad Borderline (78,32).

El grupo de consumidores de PBC, se encontró indicadores moderados en las escalas de patrones clínicos de la personalidad narcisista (77,67), Dependiente (76,00) y Esquizoide (75,00) e indicadores elevados en las escalas Evitativo (96,00), Agresivo-Sádico (89,00), Antisocial (86,67) y Pasivo-Agresivo (86,00). Asimismo, en este grupo, se encontraron indicadores moderados en las escalas Esquizotípico y Borderline, en lo que se refiere a patología severa de la personalidad.

La muestra de consumidores de Alcohol muestra indicadores moderados en las escalas Agresivo-Sádico (105,83), Narcisista (101,33), Pasivo-Agresivo (99,83) y Antisocial (97,83) e indicadores moderados en las escalas Autoderrotista (84,33), Histriónico (79,83) y Evitativo (75,33), además de observarse indicadores elevados de personalidad Borderline (86,17) y Paranoide (86,33). En el grupo de consumidores de cocaína se encontraron indicadores moderados en los patrones clínicos de Histriónico (81,44) e indicadores elevados en las escalas Antisocial (91,56), Agresivo-Sádico (90,11), Pasivo-Agresivo (88,78) y Narcisista (87,11); en las áreas relacionadas a patología severa se observó un indicador moderado en la personalidad Borderline (88,78).

Con relación a los síndromes clínicos, los resultados en el grupo de consumidores de marihuana, se obtuvieron indicadores moderados en la escala de Dependencia de

Drogas (80,23) y se observó que en este grupo no se encuentran indicadores significativos en la escala de Dependencia de Alcohol (66,82).

En el grupo de consumidores de cocaína se encontraron indicadores moderados en la escala de Dependencia de Alcohol (79,67) e indicadores elevados en la escala de Dependencia de Drogas (85,00). Al igual que el grupo anterior, en el grupo de consumidores de PBC, se obtuvieron indicadores moderados en la escala de Dependencia de Alcohol (79,67) e indicadores elevados en la escala de Dependencia de Drogas (89,22). En el grupo de Consumidores de Alcohol se evidenciaron indicadores elevados en las escalas de Dependencia de Alcohol (89,17), Bipolar (88,67) y Dependencia de drogas (88,33). En ninguno de los grupos de consumidores se encontraron indicadores significativos en las escalas de síndromes severos.

En relación al análisis de datos los resultados más relevantes son el alto número de escalas con indicadores significativos de trastornos de personalidad en relación al promedio de la muestra, encontrándose el puntaje más alto en Agresivo-Sádico (93,3).

También se encontraron indicadores elevados en las escalas Antisocial (9,5), Pasivo-Agresivo, (91,3) y Narcisista (89,1)

Por otro lado, se observó patrones similares de personalidad en relación al tipo de droga problema, encontrando indicadores significativos en las escalas narcisista, antisocial, agresivo-sádico, pasivo agresivo y borderline en consumidores de marihuana, PBC, alcohol y de cocaína. En los usuarios de PBC se encontraron puntuaciones significativamente más altas en las escalas Esquizoide, Evitativo y Dependiente; ello parece estar relacionado con algunos rasgos de la personalidad ya examinados en el síndrome de la PBC (Nizama, 1985; Navarro, 1992), donde se puntualiza el proceso de psicopatización secundario generado por la pasta manía.

#### **4.2.10 Comportamiento antisocial y consumo de sustancias psicoactivas en escolares adolescentes de lima metropolitana.**

Este estudio fue llevado a cabo por Ambrosio Tomás Rojas, de la universidad nacional Federico Villareal de Perú. El objetivo fue determinar los niveles de riesgo que genera el consumo de sustancias psicoactivas sobre el comportamiento antisocial, para lo cual se aplicó la Escala de Conductas Antisociales de Otero y una Encuesta ad hoc sobre consumo de sustancias psicoactivas, a una muestra de 6379 adolescentes escolares de Lima metropolitana, seleccionados aleatoriamente.

Para proceder con el análisis inferencial se realizó previamente una prueba de bondad de ajuste, para determinar si las variables presentaban una distribución normal. Se observa que todas las áreas de la conducta antisocial no presentan una distribución normal, ya que los coeficientes obtenidos son altamente significativos ( $p < 0,001$ ) y por lo tanto se deberá emplear estadísticas no paramétricas para su análisis («U» de Mann-Whitney).

Para identificar los riesgos mediante el cálculo de los Odds Ratio, se dicotomizó a los sujetos en las variables vandalismo, agresión, robo y conducta contra normas y se procedió con el análisis cluster. Para este propósito, al tratarse de obtener dos grupos y al tener puntuaciones en estas variables, se empleó el método cluster denominado K-Medias de Interacción y Clasificación, el cual dividió a la muestra en dos grupos con medias lo más distantes posibles, de tal manera que si se encuentran diferencias significativas entre estas medias, entonces la media mayor identificaría al grupo problema y la media menor identificaría al grupo «normal». En el caso de la variable consumo de sustancias psicoactivas, la dicotomización se llevó a cabo mediante la inclusión de los sujetos que respondieron a la alternativa «nunca» en un grupo, y los sujetos que respondieron a las demás alternativas en un segundo grupo.

Respecto de los resultados del análisis cluster para vandalismo y considerando que la prueba de Otero indica que a mayor puntaje existen más problemas; se realizó una comparación entre ambos clusters para encontrar diferencias significativas. Se empleó la prueba «U» de Mann-Whitney.

Se observa que al comparar los rangos medios de ambos grupos con respecto al vandalismo, existen diferencias altamente significativas («U» = 3348;  $p = 0,000$ ) a favor del cluster 1, que presenta el mayor rango promedio; es decir, este ha sido identificado como el grupo con vandalismo. Al cluster 2 se le denominó sin vandalismo. De esta manera, se pudo observar que las sustancias psicoactivas que constituyen factores de riesgo elevado para la conducta de vandalismo son: fumar cigarrillos (OR = 8,721;  $p = 0,000$ ); consumir cerveza/vino (OR = 6,025;  $p = 0,000$ ); consumir otro licor (OR = 5,1;  $p = 0,000$ ); fumar marihuana (OR = 5,045;  $p = 0,000$ ) y usar éxtasis (OR = 7,223;  $p = 0,000$ ). Esto quiere decir que el adolescente que fuma cigarrillos sería 8,7 veces más propenso al vandalismo; el que consume cerveza sería 6 veces más propenso al vandalismo, el que consumió otros licores sería 5 veces más propenso al vandalismo, el que fuma marihuana sería 5 veces más propenso al vandalismo y el que consume éxtasis sería 7 veces más propenso al vandalismo respecto al que no consume.

Respecto del resultado del análisis cluster para agresión, se aprecia que en el grupo uno (agresión), se ubican 2542 sujetos y en el grupo 2 (no agresión) se ubican 3837. Se concluyó que todas las sustancias psicoactivas constituyen factores de riesgo elevado para la conducta de agresión; aunque hay que destacar que tanto la cocaína y el éxtasis estarían arrojando un resultado distorsionado, ya que presentan intervalos de confianza demasiado amplios. En resumen, según los hallazgos, el adolescente que fuma cigarrillos estaría 7,8 veces más propenso a la agresión; el que consume cerveza 6,8 veces más propenso a la agresión; el que consume licor 8,6 veces más propenso a la agresión; el que consume terokal 9,2 veces más propenso a la agresión; el que consume pastillas 2,3 veces más propenso a la agresión; el que consume marihuana 4,1 veces más propenso a la agresión y el que consume pasta 5,6 veces más propenso a la agresión, en comparación con los que no consumen.

En relación a los resultado del análisis cluster para la variable robo, se aprecia que en el grupo uno se ubican 5893 sujetos y en el grupo 2 se ubican 486. Las diferencias significativas entre clusters para robo, a través de los resultados de los Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza (IC) para la identificación de las sustancias psicoactivas que constituyen factores de riesgo para el robo, se observa que casi todas las sustancias psicoactivas constituyen factores de riesgo elevado para la conducta de robo; con excepción de las pastillas tranquilizantes, cuyo OR es muy bajo (0,198;  $p = 0,021$ ). En resumen según los hallazgos, el adolescente que fuma cigarrillos estaría 16,9 veces más propenso al robo; el que consume cerveza 34,3 veces más propenso al robo; el que consume licor 6,1 veces más propenso al robo; el que consume terokal 6,9 veces más propenso al robo; el que consume marihuana 12,8 veces más propenso al robo; el que consume pasta 3 veces más propenso al robo; el que consume cocaína 8 veces más propenso al robo y el que consume éxtasis 5,9 veces más propenso al robo, en comparación con los que no consumen.

Respecto del resultado del análisis cluster para la variable conducta contra normas, se aprecia que en el grupo uno se ubican 2334 sujetos y en el grupo 2 se ubican 4045.

Se puede observar que casi todas las sustancias psicoactivas constituyen factores de riesgo elevado para la conducta contra las normas; con excepción de las pastillas tranquilizantes, cuyo OR indica que existe un riesgo moderado (1,914;  $p = 0,001$ ).

Por otro lado, se debe señalar que la amplitud del intervalo de confianza del éxtasis, sugiere que se debería tener mucho cuidado con este dato, en el sentido que

estaría sesgado. En resumen, según los hallazgos, el adolescente que fuma cigarrillos estaría 6,7 veces más propenso a la conducta contra las normas; el que consume cerveza 6,6 veces más propenso a la conducta contra las normas; el que consume licor 7 veces más propenso a la conducta contra las normas; el que consume terokal 3 veces más propenso a la conducta contra las normas; el que consume pastillas 1,9 veces más propenso a la conducta contra las normas; el que consume marihuana 8,6 veces más propenso a la conducta contra las normas; el que consume pasta 3 veces más propenso a la conducta contra las normas y el que consume éxtasis 39,5 veces más propenso a la conducta contra las normas, en comparación con los que no consumen.

El autor concluye que existe suficiente evidencia como para afirmar que el consumo de sustancias psicoactivas constituye un factor de riesgo para el vandalismo en los escolares adolescentes de Lima metropolitana, siendo éstas sustancias: cigarrillos, cerveza/vino, otros licores, marihuana y éxtasis. Asimismo, existen sustancias psicoactivas que constituyen factores de riesgo para la agresión en escolares adolescentes de Lima metropolitana, siendo éstas: cigarrillos, cerveza/vino, otros licores, terokal, pastillas, marihuana, pasta, cocaína y éxtasis. Por otro lado, se comprobó la existencia de sustancias psicoactivas que constituyen factores de riesgo para el robo en escolares adolescentes de Lima metropolitana. Finalmente, la evidencia demostró que existen sustancias psicoactivas que constituyen factores de riesgo para la conducta contra las normas en escolares adolescentes de Lima metropolitana.

#### **4.2.11 Características socio-familiares de púberes y adolescentes de la calle.**

Esta investigación se realizó en una Comunidad Terapéutica de Puertas Abiertas para niños de la calle, la cual realiza programas de reinserción laboral y/o familiar para los niños y adolescentes que viven en la calle. Fue llevada a cabo por Maribel Aguirre y Elizabeth Mayorga Profesoras de la Universidad Nacional Federico Villarreal. El objetivo de este estudio fue identificar y describir las características familiares de los niños y adolescentes de la calle de una comunidad terapéutica de Lima Metropolitana. Se trata de una investigación de tipo cualitativo con un diseño de tipo descriptivo, cuya técnica utilizada es la de «historia de vida»; la recogida de datos es por medio de la entrevista personal semi -estructurada. La selección de la muestra es de tipo intencional y esta formado por un grupo de 60 niños y adolescentes de la calle, entre 12-17 años de edad, de una comunidad terapéutica de Lima.

Los resultados arrojaron que de acuerdo al número de hermanos de los entrevistados, éste fluctúa desde 0 hasta 12 hermanos; hallándose un mayor porcentaje (39%) con 4 hermanos, seguido por un (20%) de 7 hermanos y se pudo observar asimismo, una igualdad de frecuencia (10%) en 0, 5,6, 8 y 12 hermanos

De acuerdo al lugar de residencia de las familias, estas se ubican con mayor incidencia en Lima en los distritos de Comas y el Agustino con un 20% respectivamente, correspondiente a la clase socio-económica baja.

Respecto del grado de instrucción, el 30% de los entrevistados se encuentran en el grado académico de 5º de Primaria y 1º de secundaria respectivamente; esta distribución nos refiere los niveles de estudio alcanzado por la muestra.

Respecto a los 3 tipos de familia: Nuclear, Reconstituida y Extensa (monoparental y biparental respectivamente) se observa que hay una mayor incidencia en la familia nuclear 70%, en la monoparental (24) y biparental (18). Corresponde señalar que estas familias se desintegran debido a los conflictos familiares permanentemente entre los padres.

Las características resaltantes del jefe de familia (padre) de acuerdo a la muestra encuestada, lo describe como agresor verbal y/ o físico, correspondiente a un desempeño de poder coercitivo dentro de ese tipo de familias. En menor frecuencia se encuentra el consumo de alcohol y poco apego de los padres hacía el diálogo con su hijo

Los conflictos intrafamiliares se presentan con mayor incidencia por el consumo de alcohol del padre y de la madre; los problemas de alcohol son un predictor significativo del subsecuente maltrato físico y psicológico de los niños y potencial alejamiento del hogar.

Las manifestaciones que existen después de los conflictos familiares, se encuentran asociados al consumo de alcohol, así como, por la agresión física; lo cual origina que los integrantes de la familia no encuentren seguridad ni protección dentro del hogar, buscando en el contexto extra-familiar esta necesidad, especialmente entre pares.

La respuesta del niño cuando se producen los conflictos familiares, de acuerdo a los resultados con mayor incidencia es: huida del hogar y el consumo de inhalantes, lo cual demuestra que es la violencia familiar una de las causas primordial para el desarrollo de dichas conductas inadecuadas.

La representación de la figura afectiva dentro de la familia. corresponde a la figura materna, reflejando necesidades de afecto, protección y valoración que todo niño necesita, por otro lado, es importante resaltar la ausencia de la figura paterna y materna

en un grupo de encuestados, lo cual demuestra las deficientes relaciones familiares que conllevarían a una carencia de expresión de sentimientos y de pertenencia o de identidad familiar.

Las autoras concluyen que:

1. El estilo de crianza que predomina en el grupo investigado es el autoritario, donde el jefe de familia en algún momento hace uso de la agresión verbal y/o física para hacer cumplir la autoridad dentro del hogar, característica que es relevante debido a que se presenta en el total de la muestra investigada, lo cual responde a una de las causas más importantes para la huida del niño de su hogar.

2. Otro de los factores de riesgo más significativos que causan la huida, es el uso y abuso de bebidas alcohólicas de uno o de ambos padres y que tienen que ver con el posterior maltrato físico y psicológico hacia los niños.

3. El problema de los niños de la calle aparecen con una mayor prevalencia en el nivel socio- económico bajo y en cuanto a edades existe mayor presencia en púberes de 12 años.

4. Los comportamientos riesgosos de mayor frecuencia son: huida del hogar y consumo de sustancias psicoactivas, lo que pareciera ser consecuencia de los conflictos familiares ocasionados por las agresiones físicas y psicológicas.

5. Se encuentra que la mayoría de estas familias (50% de la muestra) no cubre satisfactoriamente las necesidades básicas, lo cual origina que sus integrantes salgan del hogar para cubrir esta necesidad.

6. El empleo del poder coercitivo dentro del sistema familia, aparentemente es uno de los factores primordiales para que estos niños opten por salir de su hogar.

7. Estas familias suelen no cubrir las necesidades de seguridad y protección que requieren sus integrantes desde la infancia, lo cual repercute en su desarrollo y en una mejor calidad de vida.

#### **4.2.12 Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de ambos sexos atendidos en el programa «lugar de escucha» de cedro.**

Esta investigación se realizó en el Servicio «Lugar de Escucha» de la institución CEDRO de Lima. Teniendo como objetivo por una parte describir y analizar las características psico-sociales y familiares de consumo de drogas de los adolescentes que acuden al Servicio «Lugar de Escucha» de CEDRO, y por otra, Identificar los estadios de

cambio en que se ubican los adolescentes atendidos. La muestra estuvo constituida por adolescentes (N=502) consumidores de drogas (406 varones y 96 mujeres) con edades de 12 a 20 años, que demandaron asistencia en el Servicio de Consejería en casos de consumo de drogas «Lugar de Escucha» de CEDRO, Lima, Perú, entre Julio del 2001 y Diciembre del 2002.

La recolección de los datos se realizó mediante una encuesta simple denominada *Ficha de Atención (FA)* que comprende una serie de preguntas cerradas, abiertas y de alternativa múltiple. La *Ficha de Atención* considera variables demográficas (sexo, edad, estado civil y procedencia), tipo de atención, motivo de consulta, persona que pide ayuda, observaciones generales, antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, resumen de la historia natural del consumo de drogas psicoactivas, antecedentes de tratamiento por adicción, tipo de familia y antecedentes familiares.

Durante la primera entrevista se procede a aplicar la Ficha de Atención (FA). Para el análisis de los datos recolectados se utilizó el paquete estadístico EPIINFO.

Los resultados indican que las edades de la muestra estudiada van desde los 12 hasta los 20 años, destacándose el grupo de 18 a 20 años donde se concentra el 51,1% de la población de adolescentes.

En segunda instancia, el grupo de 15 a 17 años comprende al 42,8% y en tercera instancia, al grupo integrado por los adolescentes de 12 a 14 con el 5,9%.

Se observa que proporcionalmente, los varones son quienes acudieron mayoritariamente a recibir ayuda. El porcentaje llegó al 80,9% de los casos, mientras que los casos de mujeres alcanzaron un porcentaje del 19,1%.

Respecto a la modalidad de ingreso del adolescente al Servicio «Lugar de Escucha» de CEDRO, se observa que el 42,8% de la muestra fue presionado por la familia para que asista al servicio; mientras que el 37,6% lo hizo voluntariamente, incluyéndose a quienes fueron solos, acompañados o con un proceso previo de sensibilización. El rubro de acogida a través de derivaciones que implica igualmente una actitud de presión, representa el 17,7%. Estas derivaciones se dieron desde: colegios, Demunas, Juez de Menores, Universidad y Poder Judicial.

De los 502 adolescentes estudiados, el 34% justifica el inicio del consumo de alcohol por la presión de los amigos y compañeros que frecuenta; mientras que el 20,5% explica el inicio del consumo debido a la influencia del consumo de alcohol en sus familias, quienes tienen un uso frecuente del alcohol. La curiosidad, la imitación y el hecho de buscar ser aceptado en el grupo, presentan frecuencias del 14,1, 12 y 9,8%

respectivamente; el sentirse adulto y el brindar en eventos sociales con el 4,2% en cada uno de los casos.

Respecto de los motivos para el primer consumo de drogas ilegales, se puede apreciar que el 32,2% de los adolescentes se inició en el consumo de drogas ilegales por presión del grupo; el 19,5% buscando ser aceptado mientras que un 15,7% lo hace por curiosidad. El consumo de drogas ilegales en la familia tuvo que ver en la iniciación del consumo solo en un 10,2% de la muestra. El sentirse adulto, por imitación y la asistencia a eventos sociales fueron razones en el 7,8%; 7,4% y 6,2%, igualmente en el inicio.

En relación a la droga de entrada en los adolescentes, los resultados indican que la mitad de la población, se inició en el consumo de drogas a través de la marihuana; mientras que el 26,3% lo hizo con el alcohol y el 13,5% con el tabaco. El inicio utilizando drogas cocaínicas fue marginal (<5%), y el inicio con el consumo de éxtasis fue menor del 1%.

En cuanto a la edad promedio de inicio del consumo de drogas ilegales, el tabaco y el alcohol se iniciaron alrededor de los 10 años o menos, los inhalantes a los 10,9 años, la marihuana a los 11,6 años, la cocaína entre los 13,6 y 14,9 años y el éxtasis a los 14,3 años. Además se observa que la marihuana es la droga más consumida por los adolescentes al llegar a la consulta; la prevalencia de vida alcanzó el 45,6. En tanto que los derivados de la hoja de coca, ocupan el segundo y tercer lugar (cocaína 12,4 y pasta base 10,4%).

En este mismo contexto, los casos de abuso de alcohol tuvieron un porcentaje de 9,7%; éxtasis 7,4%, psicofármacos 6,6%, y alcohol asociado con otra conducta adictiva (ludopatía o juego) con el 5,4%. Los casos de consumo de inhalantes como droga problema, alcanzaron el 2,4%, registrándose un solo caso de chachado de hoja de coca.

#### **4.2.13 Perfiles de personalidad Millon, comparación de pacientes crónicos adictos a sustancias en programa residencial y una población general de pacientes ambulatorios**

Se ha buscado definir los rasgos que caracterizan a los alcohólicos y adictos a sustancias. Existe la hipótesis de que los adictos a sustancias se diferencian de los pacientes normales por la tipografía específica de consumo, la cognición, estilo perceptual, patrones de búsqueda de sensaciones y el medio familiar.

Las investigaciones entregan pruebas que permiten considerar la depresión y las adicciones como una enfermedad. Por ejemplo: la depresión es característica en grupos (hombres principalmente) de alcohólicos en programas de tratamiento. Drogadictos y alcohólicos tienen más incidencia de depresión que los no adictos.

Blashfield (1985) realizó un estudio identificando dos grupos de alcohólicos: uno con alto nivel en la escala 4 (desviación psicopática) del MMPI, y otro en general con un perfil más alto en la escala 2 (depresión), 7 (psicastenia) y 8 (EQZ). Este estudio sugiere la depresión como enfermedad en alcohólicos por lo que se puede sospechar que los adictos a drogas pueden estar en una situación similar.

En otra investigación, se indagó sobre las diferencias de personalidad entre grupos de adictos y no adictos para buscar un perfil de personalidad para el adicto a sustancias. Se han utilizado instrumentos como el MMPI y el 16PF. Zucker y Gomberg (1986) señalan que existe evidencia importante para relacionar a trastornos de personalidad con la adicción. Treece en 1985, observa en su estudio que el 65% de personas adictas a narcóticos presentaban algún trastorno de personalidad del DSM- III, Axis II.

El Millon Multiaxial Personality Inventory (1983, 1987) ha sido poco utilizado pero se han realizado algunos estudios como el de Craig, Vernis y Mexler (1985) que compararon perfiles del Millon en sujetos con diferentes tipos de drogas consumidas. Los alcohólicos, a diferencia de los adictos a opiáceos, puntuaron más alto en las escalas de trastornos de personalidad: Evitador, Esquizotípico y Borderline. Los adictos a opiáceos poseían personalidad de tipo Narcicistas, Histriónicos y Antisociales.

Otros estudios han examinado las diferencias de perfiles de personalidad entre alcohólicos basándose en los niveles de depresión. El resultado fue que los alcohólicos deprimidos, a diferencia de los no deprimidos, puntuaban más alto en el Millon en el trastorno de personalidad evitador. (MacMahon & Davidson, 1985, 1986)

Por lo tanto, los datos parecen indicar que los abusadores de sustancias forman un grupo bastante heterogéneo con elementos variantes dentro del mismo grupo. No obstante, el patrón inconsistente de resultados, puede deberse a la falta de control producto de la severidad del abuso de alcohol y drogas, pudiendo presentar diversos patrones de personalidad o enfermedad. Estos datos podrían ayudar a modificar el tratamiento según las características de personalidad, intrínsecas o asociadas, al consumo de cada sujeto.

El objetivo principal de este estudio, es examinar las diferencias en los perfiles del Millon entre una muestra de adictos a sustancias severas y una muestra de individuos en busca de tratamiento psicoterapéutico ambulatorio.

En relación al método se trabajó con una muestra de 144 sujetos adictos a drogas ingresados en un centro de tratamiento residencial de larga duración libre de drogas, que sirvió para el grupo de adictos a drogas. La mayoría consumía varias drogas. La edad media de esta población es de 29.3 años, fluctuando entre los 18 y 49 años. El 54% son hombres. El grupo de pacientes ambulatorios se formó por 1000 pacientes de una clínica privada de salud mental asociada a un instituto de tratamiento de postdoctorado en psicoterapia. La edad media de esta población es de 34.5 años, fluctuando entre los 18 y 67 años. El 62% son hombres.

Todos los participantes completaron un instrumento de diagnóstico: el Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon, 1983). El promedio base de puntuación para todas las escalas en todos los tipos de pacientes es igual a 60.

Los análisis t- tests fueron realizados entre los grupos para identificar la extensión en que las escalas de los síndromes clínicos Axis I y trastornos de personalidad Axis II diferencian a los grupos de consumo de sustancias y a la población general. Se utilizó un nivel conservador alfa de .001 con el fin de controlar los posibles errores familiares.

En cuanto a los resultados, se observaron diferencias significativas en 8 de las 9 escalas Axis I y 6 de las 11 escalas Axis II. Se produjeron diferencias entre los grupos respecto a las puntuaciones de las escalas de abuso de alcohol ( $t= 12.27, p<.001$ ) y de abuso de drogas ( $t= 13.84, p<.001$ ) con una puntuación del grupo de abuso de sustancias de 10 a 20 puntos sobre el promedio en ambas escalas y con una puntuación en el grupo de la clínica general ambulatoria de 10 puntos por debajo de la media en ambas.

En lo que respecta al grupo de la clínica general, el grupo de abuso de sustancias, también presentaba puntuaciones altas en hipomanía ( $t= 5.20, p<.001$ ), pensamiento psicótico ( $t= 3.61, p<.001$ ) y trastorno delirante ( $t= 5.52, p<.001$ ). No obstante, en cada caso, las puntuaciones medias del grupo de abuso de sustancias estaban cercanas a la media mientras el grupo de la clínica general se encontraba entre 6 y 14 por debajo de la media. En cuanto a los resultados promedio del grupo de abuso de sustancias, el grupo de la clínica general tenía puntuaciones elevadas en las 3 escalas restantes Axis I: Ansiedad ( $t = 6.14, p<.001$ ), trastorno somatoforme ( $t = 5.58, p<.001$ ) y distimia ( $t = 7.05, p<.001$ ).

Los que abusan de sustancias, en lo que respecta al grupo de clínica general, puntuaban más alto en 4 de las escalas de personalidad: esquizoide ( $t = 4.10$ ,  $p < .001$ ), narcisismo ( $t = 4.87$ ,  $p < .001$ ), antisocial ( $t = 5.94$ ,  $p < .001$ ) y paranoide ( $t = 6.52$ ,  $p < .001$ ). Las puntuaciones del grupo de la clínica general se hallaron por debajo de la media, mientras que la puntuación de los adictos a sustancias se encontraban en los niveles de la media. Se encontraron diferencias mayores en las escalas narcicista y antisocial y parecen ser clínicamente importantes.

Los pacientes ambulatorios de la clínica general respecto a los adictos a sustancias, tenían puntuaciones más altas en las escalas compulsiva ( $t = 8.12$ ,  $p < .001$ ) y borderline ( $t = 3.33$ ,  $p < .001$ ). Estas diferencias se producían por la depresión de las puntuaciones de los adictos a sustancias.

Un mayor porcentaje de pacientes adictos a sustancias (a diferencia del ambulatorio) puntuaron por encima de la línea base de 75 en las subescalas de trastornos de personalidad esquizoide, narcicista, antisocial y paranoide.

En términos de discusión, se podría decir que las puntuaciones de los drogadictos polivalentes más elevadas en las escalas de alcohol y adicción a sustancias, apoyan la validez de la composición de las escalas del Millon. El hecho de que la población de la clínica general mostrara puntuaciones más altas en las escalas ansiedad, trastorno somatoforme y distimia, indica que los adictos a sustancias experimentan una afectividad menor (a diferencia de los pacientes generales). Cierta población de alcohólicos puede presentar enfermedad por depresión., lo que parece menos probable en los adictos a drogas. Esto sugiere que en los adictos a sustancias el uso de drogas no es motivado por una reducción en la afectividad como lo sería en los alcohólicos.

Los adictos a sustancias mostraban elevaciones en la escala de hipomanía, elevaciones que reflejarían un excesivo deseo de búsqueda de sensaciones y una baja tolerancia al aburrimiento.

Los adictos a las drogas, en relación a los pacientes ambulatorios, evidencian elevaciones de las escalas Axis I al medir el pensamiento psicótico y el trastorno delirante. Lo que puede explicarse por los efectos farmacológicos de los adictos que mientras ingresaban, presentaban síntomas de abstinencia.

Las diferencias en la escala del trastorno de personalidad, resaltan clínica y estadísticamente. Los adictos a las drogas mostraron puntuaciones elevadas en las escalas de trastorno de personalidad narcicista y antisocial. Hallazgos que confirman la

enfermedad del trastorno de personalidad antisocial y psicopatía entre los adictos a sustancias.

Elevadas puntuaciones de los adictos a las drogas en el trastorno de personalidad esquizoide pueden explicarse por el aislamiento social y el síndrome de abstinencia que caracteriza a los adictos. Los adictos a las drogas tenderían a una mayor paranoia, lo que se explicaría por el efecto farmacológico directo de la sustancia de abuso o por como resultado de los comportamientos que los adictos manifiestan para evitar sanciones (legales o sociales).

La baja puntuación mostrada por los adictos en el factor compulsivo era evocador. En general, no hay una explicación dada por Millon para interpretar los puntajes bajos. Sin embargo, estos puntajes podrían indicar cierta falta de conformidad o control de impulso.

De lo anteriormente expuesto, se puede señalar que es fácil predecir que los adictos a drogas (a diferencia de los alcohólicos) tendrán puntuaciones elevadas en las escalas de distimia, ansiedad, evitación, dependiente y pasiva- agresiva. Puesto que los pacientes que presentan elevaciones en las escalas narcicista, antisocial e hipomanía, normalmente presentan puntuaciones más bajas en las otras escalas.

## **5. CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON QUE SE REALIZÓ EL ESTUDIO.**

### **5.1 Centro de tratamiento ambulatorio del hospital Gustavo Fricke.**

El Centro de Tratamiento Ambulatorio intensivo (C.T.A.) del Hospital Dr. Gustavo Fricke para adolescentes con problemas de abuso y/o dependencia de sustancias inicia sus actividades de atención clínica en Enero del 2007, siendo su ubicación la ciudad de Viña del Mar, pasaje La Paz, ubicado entre las calles 6 y 7 norte. La edificación corresponde a una casa adaptada para los propósitos del centro, en el cual se trabaja actualmente con 18 jóvenes de ambos sexos cuyas edades oscilan entre los 13 y los 17 años, para lo que cuenta con profesionales como psiquiatras, psicólogos, asistente social, terapeuta familiar, técnico en rehabilitación, técnico paramédico, auxiliar de servicio y secretaria, además de contar con 4 boxes para el desarrollo de las actividades:

Las salas de equipo se componen de una sala de atención individual, una sala de terapia familiar y una sala de atención grupal.

La modalidad de trabajo obedece a un modelo de atención integrativo y biopsicosocial cuya forma de tratamiento para sus pacientes es bajo los parámetros del programa intensivo ambulatorio.

Aunque el C.T.A. dependa en forma técnica de la unidad de alcohol y drogas del Hospital Gustavo Frietze, en la parte administrativa depende de una O.N.G. llamada Centro Vivo.

El tratamiento ambulatorio intensivo se encuentra indicado para adolescentes que presentan un consumo de riesgo moderado junto con una enfermedad mental severa, o un consumo de alto riesgo, con un compromiso biopsicosocial moderado y una familia que pueda apoyar el tratamiento, con o sin enfermedad mental severa concomitante. Este plan de tratamiento debe incluir las siguientes intervenciones: Entrevista motivacional, Psicoterapia cognitivo - conductual individual y grupal, Terapia familiar, Psicoeducación, Desintoxicación ambulatoria, Consejería individual y grupal, Terapia ocupacional, Intervenciones recreacionales , Tratamiento de enfermedad mental Terapia Farmacológica cuando corresponda, Intervenciones psicosociales (visitas domiciliarias, talleres, intervenciones ocupacionales) en la comunidad, Coordinación con equipo psicosocial externo para el tratamiento e inserción social cuando corresponda Derivación asistida a grupos de Autoayuda

La duración del plan y la frecuencia de las intervenciones entregadas deben responder a las necesidades particulares de cada adolescente y deben estructurarse en un plan individual. La duración óptima para la mayoría de los adolescentes es de 10 meses, con una frecuencia de asistencia de 5 días por semana y con 6 horas de permanencia cada vez. Parte del tiempo de permanencia puede ser efectuado en centros educacionales con adecuada supervisión

*Los objetivos principales del centro son:*

- 1.- Proporcionar un tratamiento ambulatorio intensivo a adolescentes, entre 14 y 18 años, que presentan abuso y/o dependencia moderada a severa a alcohol y otras drogas, inserto en la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.
- 2.- Se considera un abordaje individual y familiar, en base a un modelo vincular y trans-generacional.

*Por otro lado los objetivos específicos son:*

Realizar diagnóstico clínico y evaluación del grado de compromiso biopsicosocial, Definir un plan de intervención de acuerdo al diagnóstico y realizar intervenciones terapéuticas, educativas, dirigidas a la persona afectada como a sus familiares, Enfocar y realizar las actividades de tratamiento, según el modelo Biomédico, hacia el logro de la abstinencia total e indefinida del consumo de alcohol y drogas en nuestros usuarios, Intervenir y acompañar en proceso de motivación al cambio, Intervenir en los factores que facilitan y mantienen el consumo, Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio, Intervenir en estrategias de prevención de recaídas, Reeducar a los sujetos de atención en habilidades y destrezas sociales, Orientar y Fomentar la reinserción social, Realizar intervenciones orientadas a la reestructuración del estilo de vida, Tratamiento de la co-morbilidad en general, Derivar a otros establecimientos que provean planes de tratamientos más complejos, según corresponda, Facilitar la reorganización de estilos de vida familiares que estimulen el consumo de alcohol y/o drogas, Prevenir la transmisión transgeneracional de estilos de vida con consumo de alcohol y/o drogas, Mantener conexiones con la red de Salud y demás instancias de la red Social de apoyo.

En cuanto al perfil de usuario hay que mencionar que el perfil de los pacientes atendidos está en relación tanto a las necesidades de su tratamiento como a las de la red local de salud mental, las cuáles deben ser monitoreadas y redefinidas constantemente, de forma cuantitativa y cualitativa. Se define el perfil de usuarios según lo anterior, como el siguiente:

- Jóvenes de 14 a 18 años de edad, de ambos sexos
- Con consumo perjudicial y/o dependencia a drogas ilícitas.
- Con consumo de alcohol asociado al uso de drogas ilícitas.
- Con situación legal regularizada.
- Sean derivados de Unidades Ambulatorias de Alcohol y Drogas de la Red de Salud.
- Jóvenes que posean motivación para empezar y puedan beneficiarse de un tratamiento ambulatorio en un Centro de Tratamiento.
- Jóvenes que recién egresan de tratamientos de tipo residencial o de hospitalización completa y que requieran continuidad en el tratamiento en una unidad ambulatoria
- intensiva.

- Jóvenes que cuenten con una red social básica, como el apoyo de un familiar u otro
- adulto responsable, que ayude en el proceso de rehabilitación.
- Jóvenes que estén en condiciones aptas de salud física para ingresar a tratamiento.
- -Beneficiarios de FONASA.

Criterios de exclusión.

- Pacientes que presentan Patología Dual, es decir, consumo perjudicial o dependencia asociado a un trastorno psiquiátrico severo o trastorno disocial severo o moderado
- Personas que presentan procesamiento o condena por delitos contra las personas.

Respecto del proceso de tratamiento, en términos generales, el Programa se organiza en 3 etapas: Acogida y Evaluación, Desintoxicación, Tratamiento y Reinserción. La duración e intensidad dependerá de la necesidad de cada paciente y del modo como haya ingresado al CTA. El tiempo promedio de permanencia en esta unidad de tratamiento será de 10 meses.

***La Etapa de Acogida y Evaluación*** es la puerta de entrada de pacientes y familiares, realizando un proceso de evaluación diagnóstica. Se realiza la evaluación integral del paciente y su familia, incorporándose a un período de adaptación en función de identificar las reales posibilidades de tratamiento; en esta fase cobra relevancia la evaluación diagnóstica, motivación y compromiso por parte del paciente y al menos un familiar con su tratamiento. Asistencia de pacientes y familiares a actividades de acogida y evaluación.

Sus objetivos principales son:

Realizar una anamnesis del usuario a través de diferentes fuentes de información, Comprometer a cada uno de los participantes del tratamiento en forma separada, sin que se diluyan sus responsabilidades., Identificar las necesidades y expectativas de los pacientes y familiares, para definir el encuadre del tratamiento (responsabilidades, compromisos, motivación). Por último que el paciente, sus familiares y/o adulto responsable, conozcan las condiciones del tratamiento y a través de un consentimiento informado se comprometan con éste.

**La Fase de Desintoxicación** se inscribe dentro de la etapa de acogida y tiene una duración aproximada de 2 semanas. Es una fase del tratamiento primordialmente biomédica, que consiste en la compensación de signos y síntomas del síndrome de abstinencia. Puede ser necesario en algún momento hospitalizar y aislar al paciente si así ameritara su caso y de brindarle medidas de seguridad que disminuyan al máximo el riesgo vital. Para ello se puede realizar una desintoxicación hospitalaria, o bien domiciliaria, con el constante monitoreo del equipo tratante y las indicaciones a familiares.

Las Prestaciones (con desintoxicación) son: Consulta de salud mental a pacientes y familiares por separado, Realizar una desintoxicación domiciliaria u hospitalaria, Monitoreo de signos y síntomas del síndrome de abstinencia, Evaluación y diagnóstico psiquiátrico., Evaluación y diagnóstico psicosocial, Exámenes generales, Evaluación de deterioro orgánico, Sesiones de educación de fase de tratamiento.

En el caso de prestaciones (sin desintoxicación)son , las actividades ya habrán sido realizadas por la unidad o el dispositivo que derivó (atención secundaria o terciaria) y el paciente se incorporará de inmediato a la etapa de evaluación.

**La Etapa de Tratamiento** es la etapa de mayor trabajo terapéutico con el paciente. Corresponde al equipo de trabajo definir la intensidad del tratamiento para cada caso o bien, derivar a otro dispositivo de la red de salud mental.

Sus objetivos son: Comprometer al usuario con su proceso de rehabilitación a través de la firma de un contrato terapéutico, Entregar tratamiento farmacológico, psicológico y social individualizado, Lograr adherencia al tratamiento, para desarrollar las condiciones para un proceso de rehabilitación, Desarrollar habilidades para la mantención de la abstinencia y prevención de recaídas, Desarrollar habilidades sociales y de relaciones interpersonales, Fortalecer los factores protectores y disminuir los factores de riesgo, Potenciar las habilidades de las familias para el logro de estilos de vida y relaciones saludables.

En la **Etapa de reinserción** cobra relevancia reforzar los factores protectores de las recaídas, la familia, las redes de apoyo de la comunidad y otros vínculos importantes.

Los objetivos de esta última son: Intencionar y apoyar el proceso de rehabilitación y reinserción social, Coordinar la vinculación con el dispositivo de salud mental que acogerá al paciente, en caso de requerir continuidad del tratamiento, Promover la integración a grupos de autoayuda en forma permanente, en aquellos casos que no

ameriten una continuación de tratamiento en otro dispositivo de salud mental, Promover la reinserción educacional y socio-ocupacional de los niños, niñas y jóvenes.

En tanto las horas de las prestaciones en el centro se distribuyen, según la siguiente tabla

**TABLA Nº1. Distribución de horas de prestaciones en CTA de hospital Gustavo Fricke.**

<b>Profesional o Técnico</b>	<b>Nº Hrs.</b>
Médico Psiquiatra	8
Psicólogo	30
Asistente Social	22
Terapeuta Familiar	8
Técnico en Rehabilitación	44
Técnico Paramédico	22
Auxiliar de Servicio	44
Secretaria	44

## **5.2 Comunidad terapéutica los morros.**

La Comunidad terapéutica Los Morros, pertenece al grupo de Comunidades Terapéuticas Ambulatorias de la obra del padre Hurtado, el Hogar de Cristo, su dirección física es Avenida Los Morros 13402, San Bernardo, Santiago.

CT Los Morros es un programa de acompañamiento Ambulatorio dirigido a hombres y mujeres (niños/as y adolescentes) de 12 a 18 años en situación de riesgo social, estos últimos están bajo el programa de tratamiento ambulatorio intensivo.

Con relación al modo de trabajo, los niños/as asisten de lunes a viernes de 9.00 a 18.00 horas, durante 8 meses a 1 año. Cuenta con espacios terapéuticos individuales, grupales, diferenciados, familiares, talleres y apoyo escolar. Este programa ha implementado una Escuela de Ciudadanía e Informática (E.C.I.) donde a través de cursos de Informática se promueve el fortalecimiento de proyectos comunitarios.

Los voluntarios se han encargado de la implementación, difusión y mantención de la Biblioteca, hermosteamiento de jardines, refuerzo escolar, y participan de la vida diaria de la comunidad, además de los voluntarios, la comunidad cuenta con psicólogos, asistentes sociales, educadores y un psiquiatra infantil.

## IV. MARCO TEÓRICO.

### 1. MODELOS ETIOLÓGICOS CLÁSICOS DE DROGODEPENDENCIAS.

#### 1.1 Modelo de bases neurobiológicas de las drogodependencias.

En la actualidad se están conociendo cada vez más, como se vinculan los mecanismos neurales y los del refuerzo en el cerebro. Los efectos reforzantes de las drogas y la especificidad biológica de los psicofármacos actúan sobre un conjunto de áreas cerebrales interconectadas que constituyen el sistema de recompensa cerebral. (Graña, 1994.)

Una parte esencial de los mecanismos de recompensa está constituida por neuronas dopaminérgicas cuyos cuerpos celulares se localizan en el mesencéfalo; estas células envían sus axones hacia adelante a lugares del sistema límbico y del córtex frontal. Las drogas adictivas estimulan intensamente los circuitos de recompensa de la misma manera que las conductas requeridas para la supervivencia, tales como ingerir alimentos, beber agua o actividad sexual.

El sistema de recompensa cerebral consta de 4 regiones diferentes del sistema nervioso central: el haz prosencefálico medial, el área tegmental ventral, el hipotálamo lateral y algunas áreas de la corteza prefrontal. (Ramos, 1993).

El núcleo accumbens, ocupa un lugar central ya que esta considerado como un transformador de información entre regiones cerebrales. Al proyectarse hacia el hipotálamo lateral, influye en las secreciones neuroendocrinológicas, y también está relacionado con la actividad autónoma ya que interacciona con los núcleos simpáticos y parasimpáticos del tronco cerebral y de la médula espinal.

Las conductas requeridas para la supervivencia de nuestra especie ha traído reforzadores que entenderemos como naturales, dentro de los cuales destacan dos aspectos: a) Uno, de incentivo que viene dado por las propiedades distintivas y de identificación sensorial del refuerzo, por ejemplo, sabor, color, tamaño, temperatura, etc. b) Otro consumatorio, que implica las consecuencias fisiológicas y metabólicas del contacto, interacción y consumo del estímulo reforzante en sí mismo. Cada uno de estos dos aspectos es placentero para el individuo si elicitó un estado afectivo positivo y ambos son necesarios para que los refuerzos naturales sean plenamente reforzantes. Las propiedades de incentivo son esenciales en el aprendizaje de una respuesta conductual

que está dirigida a lograr el estímulo reforzante en si mismo. El neurotransmisor implicado en el reforzamiento sería la dopamina y las características esenciales sensoriales distintivas de los refuerzos naturales estimulan su transmisión en el circuito cerebral mesolímbico, implicado en la conversión de emociones en acciones motivadas que dan lugar a conductas motoras. Lo anterior entonces, podría ser una explicación sobre la relación existente entre el deseo y la conducta compulsiva característica del adicto.

El sistema de refuerzo de la dopamina genera tres efectos: 1) Induce un estado de activación y da lugar a una conducta motora para obtener el estímulo reforzante; 2) Los estímulos neutros adquieren propiedades reforzantes condicionadas, y 3) La activación de propiedades de incentivo de otros estímulos ambientales relacionadas con la misma o con otras recompensas, es decir los estímulos relacionados con la recompensa, vuelven a adquirir sus propiedades de incentivo una vez que hayan disminuido después de la extinción.

Si bien la activación de la transmisión de dopamina en los circuitos cerebrales mesolímbicos explicaría el aspecto reforzador de los estímulos naturales, el aspecto consumatorio implicaría la activación de neuropéptidos opiáceos endógenos (endorfinas). La activación de este segundo sistema se vincula a aspectos sedativos, anabólicos y de reducción de la ansiedad típica de los aspectos consumatorios de los refuerzos naturales y explicaría las distintas propiedades de los opiáceos. Las drogas químicas sin propiedades sensoriales salientes, como los refuerzos naturales, resaltarían más los aspectos consumatorios. La dopamina estaría implicada en los aspectos de incentivo del refuerzo que tiene lugar en los procesos de adquisición y recaída de los adictos.

## **1.2 Modelo de condicionamiento clásico.**

Wikler (1965) fue el primero en establecer las bases para una teoría del condicionamiento en las drogas, observando que sujetos adictos a opiáceos mostraban señales de un síndrome de abstinencia meses mas tarde de la última dosis administrada. Estos síntomas ocurrían en sesiones grupales en que se hablaba de experiencias anteriores de drogas. Ocurría también cuando los pacientes iban camino a casa y pasaban por lugares relacionados con consumo de drogas. Todo esto, llevo a este autor a plantear un proceso de condicionamiento, y llamó a este síndrome, abstinencia condicionada. Varios episodios de abstinencia (respuesta incondicionada) podrían haberse apareado con estímulos ambientales (estímulos condicionados), y eventualmente

la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos podrían provocar una respuesta condicionada de abstinencia.

### Tolerancia condicionada.

Las investigaciones han demostrado que el desarrollo de la tolerancia a las drogas, los estímulos ambientales influyen en la aparición de la misma. Esta tolerancia condicionada se desarrolla a través del siguiente mecanismo: cuando una droga- estímulo incondicionado (EI) se administra, su efecto, respuesta incondicionada (RI)- va precedido de la estimulación ambiental en que se realiza la administración- estímulo condicionado (EC).- Si la respuesta condicionada que elicitada la estimulación ambiental es de signo opuesto al efecto de la droga (EI) entonces se produce, una respuesta condicionada compensatoria. Si estas respuestas condicionadas compensatorias interactúan con los efectos incondicionados, de la droga, el resultado será una debilitación progresiva de dichos efectos a medida que las respuestas condicionadas vayan creciendo. Esta atenuación de los efectos de una droga a lo largo de la repetición de sus administraciones define el fenómeno de tolerancia condicionada.

### Síndrome de abstinencia condicionada y Respuestas condicionadas similares.

Wikler (1965) señala que los signos y síntomas del síndrome de abstinencia se pueden condicionar clásicamente. El síndrome de abstinencia (SA) se empareja repetidas veces con estímulos ambientales específicos, que sirven como EC para elicitadas respuestas de abstinencia condicionada- (RC compensatorias).

Las respuestas condicionadas similares también pueden producirse apareando estímulos distintivos con la administración de la droga. Como han señalado O'Brien y otros (1993), es más probable que los mecanismos de condicionamiento generen, respuestas condicionadas similares a los efectos de la droga en los estimulantes y respuestas compensatorias en los opiáceos.

### Deseo y/o querencia de la droga.

Tiffany (1990) plantea que casi todas las teorías que han surgido para explicar el deseo y/o querencia de drogas asumen que éste se caracteriza por un estado subjetivo-

emocional- motivacional, y clasifica los distintos modelos según atribuyan su génesis a 1) Búsqueda reducir síndrome de abstinencia 2) Búsqueda de efectos reforzantes de las drogas.

### **1.3 Modelo de condicionamiento operante.**

#### **1.3.1 Reforzamiento positivo, Reforzamiento negativo y reforzamiento condicionado.**

El concepto de análisis funcional de la conducta formulado por Skinner( 1975, 1977) ha tenido gran relevancia en los estudios experimentales que se han realizado para estudiar el abuso de drogas. La premisa básica del condicionamiento operante se basa en el hecho de que la probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias. Una droga funciona como reforzador positivo si es capaz de incrementar o mantener la probabilidad de ocurrencia a la conducta que le sigue. Un evento estimular que precede y establece la ocasión para la emisión de una respuesta que va seguida de reforzamiento se denomina estímulo discriminativo.

Las drogas al funcionar como reforzadores negativos, mantienen la conducta de búsqueda y auto administración de droga no por el estado que generan en el organismo, sino más bien por el estado de aversidad que llegan a aliviar. (Por Ej., eliminación del SA). En el caso de las drogas que no se produce un síndrome de abstinencia característico como la cocaína y las anfetaminas, se cree que actúan como reforzadores negativos al aliviar el “síndrome de distress psicológico”.

Skinner observó que aquellos eventos ambientales que seguían a una respuesta operante parecían incrementar la probabilidad de ocurrencia de la conducta, y al mismo tiempo, estos estímulos servían como reforzadores condicionados para la conducta operante (Kelleher, 1966; Skinner, 1977). En general un estímulo que está asociado con una conducta determinada, en una cadena de respuestas puede llegar a funcionar como un reforzador condicionado para aquellas conductas que le precede, al mismo tiempo que sirve como un estímulo discriminativo para la siguiente conducta en la secuencia. Por lo tanto, hablamos de control ambiental, en la medida que una conducta covaría con un determinado estímulo.

#### **1.3.2 Teoría del proceso oponente de la motivación adquirida.**

Una de las teorías de las que más se ha hablado para explicar las drogodependencias, es esta teoría propuesta por Solomón y colaboradores. (Solomón, 1980; Solomón, 1977; Solomó. y Corbit, 1974). Solomón planteó que todos los procesos afectivos primarios ( Ej., placer, ira) se elicitán por el inicio de un determinado estímulo incondicionado correlacionando estrechamente con la intensidad, cualidad y duración de dichos estímulos. Estos estímulos inducen un estado emocional que es fásico y sensible a pequeños cambios que de producen en el estímulo y raras veces muestran habituación o sensibilización. Este sentimiento se denomina el proceso "A", que puede ser tanto positivo como negativo. Con el paso del tiempo el efecto de un estímulo como lo es una droga, desaparece y produce en el individuo el proceso "B", que esta asociado con la terminación del estímulo, que opone y suprime el fortalecimiento del estado afectivo generado por el proceso "A". El proceso "B" (síndrome de abstinencia, por ejemplo), se caracteriza por un tiempo de reacción y por una latencia relativamente larga, se desarrolla paulatinamente hasta alcanzar la máxima amplitud y es lento en su decadencia una vez que el estímulo incondicionado o refuerzo natural no está presente y el proceso "A" ha finalizado. Aparte de que vemos que el proceso "B" y sus cualidades son opuestos a las cualidades del proceso "A", lo interesante de estos procesos es que "B" se fortalece con el apareamiento repetido, como por ejemplo con las conductas consumatoria de las distintas drogas, mientras que en el "A", apenas ocurren cambios. Por lo tanto ante una adicción, se ven cada vez más disminuidos los estados de procesos placenteros "A" dando paso a un aumento del proceso "B" que se fortalece tanto a nivel físico como psicológico.

Los cambios emocionales observados cuando se consume una droga y después se retira, reflejan el resultado neto del proceso primario y del proceso oponente. La intensidad del proceso oponente se resta de la del proceso primario, dando lugar a las emociones que de hecho aparecen. Las características del proceso "B" se harán mas evidentes por primera vez cuando no tengan a que oponerse y serán contrarias a los efectos buscados y conseguidos con el proceso "A". Por lo tanto, la teoría del proceso oponente predice que cuando el consumo de la droga es frecuente, la respuesta emocional primaria se debilita y la posreacción oponente se debilita. Esto explicaría por ejemplo el fenómeno de tolerancia, la tolerancia cruzada, las recaídas o el porque muchos adictos siguen consumiendo a pesar de no conseguir los efectos primarios buscados. Mucho de dicha explicación esta relacionada con los condicionamientos clásico y operante, ya que en algunos casos en los que una vez que el ciclo adictivo se inicia, este

es muy difícil romperlo, ya que tanto el síndrome de abstinencia como la exposición a los estímulos condicionados asociados con los procesos “A” y “B” incrementan el deseo.

## **2. MODELOS CONGNITIVOS CONDUCTUALES EN DROGODEPENDENCIAS.**

Desde el enfoque cognitivo-conductual se desprenden la mayor cantidad de estudios y publicaciones referidas a modelos de tratamientos psicológicos en el campo de las drogodependencias y es precisamente basándose en esta perspectiva que se elaboran las normativas técnicas de terapia en las instituciones encargadas de hacer frente a la problemática la dependencia de sustancias, en el caso de Chile, CONACE (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes) y MINSAL (ministerio de salud). A continuación haremos una revisión de los principales modelos clásicos derivados del paradigma cognitivo-conductual, haciendo hincapié en el análisis comparativo de estos y el modelo integrativo supraparadigmático, dejando de manifiesto las ventajas de este último por sobre un enfoque reduccionista.

### **2.1 Intervención conductual individual en drogodependencias planteada por Graña.**

Dentro de los modelos clásicos en el tratamiento de dependencia de sustancias, se encuentra la propuesta de tratamiento para “conductas adictivas” de José Luis Graña, 1994. La intervención conductual en drogodependencias planteada por este autor, considera tratamientos a nivel grupal, familiar e individual, sin embargo, esta intervención está influida por los planes sanitarios de España y toma ejemplos de sustancias muy poco consumidas en nuestro país como es el caso de la heroína, aunque el modelo plantea que se busca la abstinencia de cualquier tipo de drogas, por lo que debiese ser efectivo en drogas consumidas en la realidad chilena, como es el caso de la pasta base.

En la intervención conductual individual en drogodependientes, el proyecto de dejar las drogas consta de varias etapas, entre ellas: i) admitir que uno tiene problemas; ii) dejar de consumir drogas; iii) cambiar el estilo de vida y adaptarse a la familia, la sociedad, el trabajo y la comunidad, adquiriendo nuevas habilidades y recursos; iv) afrontar problemas de la vida diaria, crisis y recaídas. (Mother y Weitz, 1986; citado en Graña, 1998).

Algunas consideraciones que se deben tomar al emprender el tratamiento, es negociar un contrato conductual que especifica objetivos terapéuticos y que permite confrontar posibles incongruencias que surjan del comportamiento del paciente, además se puede anticipar el planteamiento inicial del paciente al tratamiento, viendo en la forma en que este negocia las cláusulas, su motivación al cambio. Las condiciones del contrato que paciente y terapeuta deben firmar se refieren a: i) la frecuencia de asistencia semanal a terapia individual, familiar y grupal; ii) duración del programa; iii) lista de personas dispuestas a cooperar; iv) frecuencia en que tomaran los análisis de orina; v) respetar confidencialidad; vi) alcanzar abstinencia de drogas, incluyendo alcohol y marihuana; vii) nombrar situaciones de “alto riesgo” en el consumo, viii) compromiso de familiares y personas que van a colaborar en el programa. Deben incluirse además condiciones atinentes a cada persona y que logren la abstinencia total de todo tipo de sustancias. Se debe controlar también los estímulos con el fin de lograr la abstinencia, para ello se le pide al paciente que se deshaga de las drogas de su casa, que rompa sus relaciones con consumidores y traficantes y que elimine de su casa cualquier cosa que le recuerde el consumo (Graña, 1998).

Desde el punto de vista de Graña, el proceso de cambio varía en cada individuo y es esta disponibilidad lo que marcará la eficacia de los procedimientos y técnicas utilizadas en el tratamiento. Considera además que el trabajo con drogodependientes es un proceso biopsicosocial, que sigue una dinámica muy variable y que se debe diferenciar entre el proceso de cambio terapéutico y entre las técnicas y procedimientos cognitivo - conductuales, siendo las primeras etapas por las que pasa el adicto hasta llegar al objetivo terapéutico final y las segundas como aplicaciones para lograr esto de manera gradual, por lo que el paciente lleva un proceso de aprendizaje activo para alcanzar los objetivos en su cambio personal, algo que muchas veces depende de la motivación del drogodependiente, es en este sentido que Prochaska y DiClemente (citado en Graña, 1998) han elaborado un modelo transteórico, que ya revisamos más arriba, el cual, desde el punto de vista de Graña, puede utilizarse como punto de referencia para organizar el trabajo terapéutico, según el estadio y proceso de cambio en que se encuentre el paciente al iniciar el programa de intervención terapéutico, pues este responde a diferentes procesos, dependiendo en la etapa en la que se encuentre. Desde este enfoque la motivación se entiende como el estado actual en que se encuentra el individuo, como etapa de disponibilidad al cambio, según los autores, este modelo se caracteriza por una rueda sobre “procesos de cambio” que contempla seis etapas (precontemplación,

contemplación, preparación, actuación, mantenimiento y recaída) y diez procesos de cambio, el autor menciona que se puede recorrer esta rueda varias veces antes de alcanzar un cambio terapéutico estable (Graña, 1998).

Generalmente el tratamiento en drogodependencias se inicia con la superación del síndrome de abstinencia, este en algunos casos puede ser mortal (alcohol y benzodiazepinas) y se debe actuar con cuidado, en otros casos el síndrome de abstinencia es sobre valorado (heroína) o infravalorado (cocaína), estas percepciones erróneas pueden perjudicar el tratamiento. Según Chiauzzi (1991) (citado en Graña, 1998), para afrontar con éxito el síndrome de abstinencia se debe considerar a) el tipo de droga, b) el contexto, c) la duración, d) el estilo de afrontamiento. Desde un enfoque psicológico es importante superar la dependencia física sin utilizar fármacos sustitutos, porque de esa manera se refuerza el consumo de sustancias y se alarga el proceso de cambio.

El tratamiento del síndrome desde un punto de vista psicosocial conductual implica al paciente y a su familia de modo activo, se le plantea la reducción del número de dosis de droga que consuma a uno o dos en máximo 5 días, y luego puede dejar de consumir cuando lo considere apropiado, de esta manera el síndrome es más suave y los síntomas menos graves, pues la dependencia física va disminuyendo, así como la tolerancia condicionada. El paso del síndrome de abstinencia se realiza de manera ambulatoria en el propio hogar del paciente bajo un programa de prevención de la respuesta del consumo de drogas que ejerce la familia, para esto se entrena a la familia y se les explica las reacciones psicológicas y físicas que se deben afrontar en esta etapa. Este programa se inicia con entrenamiento en control de estímulos, eliminando todo lo que se pueda relacionar al consumo de drogas, como son medicamentos, posters, música, se debe educar y explicar además sobre las respuestas fisiológicas características del específico síndrome de abstinencia y que estas disminuyen a través del tiempo. Para prevenir el consumo un miembro de la familia debe acompañar al paciente a lo largo del día y que garantice el no consumo, es conveniente que el paciente disponga de una semana para llevar el tratamiento. El autor menciona además que es más fácil superar el síndrome de abstinencia si el drogodependiente este activo durante todo el día, para ello se deben programar un sinnúmero de actividades, no se debe consumir ningún otro tipo de drogas como alcohol, medicamentos, café o marihuana, solo se podrá fumar tabaco, en el caso de las parejas drogodependientes se sugiere una separación temporal.

Las directrices que se presentan como más importantes para llevar a cabo un programa de intervención conductual en la superación del síndrome de abstinencia sin fármacos sustitutivos (Graña y Garcia, 1987; citado en Graña, 1998) son las siguientes: 1) Un Régimen de actividades diarias Por la mañana, Mediodía, Por la tarde y Por la noche; 2) Que no conviene hacer, ejemplo de esto es ver televisión, dormir en el día, leer mucho, etc.; 3) Que hacer cuando el deseo es intenso; 4) Que hacer cuando este nervioso o existan dolores; 5) Que hacer si hay insomnio.

Este programa no se adapta a todas las tipologías posibles de drogodependientes. En casos extremos se recomienda ingresar al paciente a una comunidad terapéutica, un hospital o iniciar un programa de mantenimiento con metadona, al tiempo que se trabaja con el adicto para incrementar el nivel de motivación al cambio y alcanzar el estadio de preparación. Si se debe aplicar algún fármaco para la desintoxicación, este debe ser prescrito y supervisado por un medico especialista en drogodependencias.

#### Deshabitación psicológica.

El objetivo de todo programa de intervención psicosocial conductual es ayudar al paciente a superar las conductas de búsqueda y autoadministración de drogas y modificar su estilo de vida a nivel individual, familiar, interpersonal, laboral, comunitario, etc. Por lo tanto el problema clínico más importante a solucionar no es la desintoxicación física, sino la abstinencia a corto, mediano y largo plazo, es decir se busca la deshabitación psicológica del consumo.

Según el autor las técnicas y procedimientos que, en la actualidad, un programa de intervención conductual psicosocial en drogodependencias característicamente utiliza en la intervención individual, familiar, grupal y en recaídas, serían las siguientes:

1. Procedimientos de exposición: Teóricamente justificado en los planteamientos de la teoría del aprendizaje, donde destacan los estudios de Pavlov (1960) y Wikler (1947).

2. Conductas de búsqueda de drogas: Algunos procedimientos para abordar aspectos relacionados a la modificación del estilo de vida son: 1) En relación a las conductas de búsqueda de drogas, el procedimiento a seguir es: a) identificar las rutas de búsqueda de drogas en el barrio y la ciudad; b) generar rutas alternativas en que el consumo sea menor, generando nuevos mapas cognitivos del barrio y la ciudad, asociando nuevas señales con la abstinencia y la modificación del estilo de vida; c) exposición *in vivo* con las

rutas relacionadas con el consumo de droga, acompañado con terapeuta o familiar para prevenir recaídas, se puede acompañar con técnicas de reestructuración y de sensibilización encubierta o verbalizaciones. 2) Con relación a las conductas antisociales del adicto, como por ejemplo, las mentiras, engaños y chantaje emocional, la intervención puede realizarse del siguiente modo: a) elaborar una lista de las mentiras más frecuentes y hacer que el paciente se afronte a ellas, y luego estimar como se afrontaría a ellas en la actualidad; y b) si existen deudas pendientes relacionadas al consumo o tráfico de drogas se le entrena para que afronte esto de manera gradual y en el caso de robos que restituya lo robado aunque se de manera simbólica, se debe además utilizar técnicas de reestructuración cognitiva para abordar de manera exitosa estos aspectos.

3. Otras drogas de abuso: Como se indicó anteriormente, el objetivo terapéutico principal consiste en alcanzar la abstinencia de todo tipo de drogas y modificar el estilo de vida del drogodependiente, por lo que se pide al adicto que elabore una jerarquía de drogas que consume en la actualidad, desde la consumida con más frecuencia a la de menor consumo, se intenta que deje de consumir todas las sustancias, de no ser posible, se inicia el programa con la abstinencia de las drogas con las que más se abusa y, a medida que la logra dejarlas, generalizar a las sustancias de menor consumo, para esto se utilizan los procedimientos ya descritos.

4. Consecuencias del consumo: El análisis de las consecuencias del consumo de drogas, permite a los adictos revisar la función de la drogodependencia en su estado físico, familiar, psicológico, interpersonal, laboral, etc. Es importante que el paciente realice este análisis, para ello, se le pide al paciente que anote los efectos positivos y negativos que han generado el consumo de drogas, que estime el porcentaje de veces que él cree experimentó esos efectos, además una persona relevante para el paciente debe describir como afectaron al adicto esos efectos, todo esto en una tabla de tres columnas, las discrepancias se utilizan profundizar en el cambio de estilo de vida, se puede hacer un análisis de estas consecuencias a corto y largo plazo. Resumiendo lo anterior, la deshabitación psicológica atañe a tres frentes: 1) considera a la familia como red de apoyo social; 2) utiliza procedimientos de extinción conductuales y cognitivos para extinguir el deseo, la conducta de búsqueda y auto administración de drogas; y 3) actúa sobre los valores subculturales que ha generado la drogadicción.

### Modificación del estilo de vida.

La modificación del estilo de vida del drogodependiente comienza simultáneamente con el tratamiento del síndrome de abstinencia, si el programa solo se circunscribiera a este último problema, habrían buenos resultados en el corto plazo, pero el adicto recaería con seguridad en un breve lapso de tiempo. Los procedimientos de intervención que se aplican para promover un estilo de vida más saludable y libre de drogas, se basan en la colaboración activa del paciente y se basan en la potenciación de los recursos personales y en el aprendizaje de nuevas formas en la resolución de problemas.

Para modificar el estilo de vida de los pacientes se pueden utilizar, tanto procedimientos conductuales, como cognitivos. Entre los procedimientos conductuales utilizados para modificar la conducta de un drogodependiente, encontramos la programación de actividades. Las técnicas de reestructuración cognitiva, buscan modificar las creencias irracionales y distorsiones cognitivas que presentan los drogodependientes. Otras áreas importantes a tratar, según el modelo de intervención psicosocial conductual a nivel individual propuesto por el autor son: 1) la salud física y el cambio de imagen, es fundamental mejorar los hábitos de salud del paciente, enseñándole hábitos alimenticios, ejercicio físico, revisiones medicas y el control médico de la ingesta de fármacos, estas actividades deben ser parte de la planificación de actividades que el paciente realiza a diario. 2) reacciones de ira, los drogodependientes pueden manifestar expresiones de ira, impaciencia e impulsividad, el manejo de estas reacciones se lleva a cabo en tres fases (Novaco, 1979; citado en Graña, 1998): a) preparación, educando al paciente sobre la ira, sus determinantes, situaciones que la desencadenan, etc. También introduciendo técnicas en el manejo de la misma como estrategias de afrontamiento de situaciones conflictivas y nivel del estrés; b) adquisición de habilidades, enseñando al paciente a tomarse las cosas de manera personal y realizando entrenamiento cognitivo para manejar la ira en varias etapas: i) prepararse para la provocación, ii) impacto y confrontación, iii) reflexión posterior; y c) aplicación del entrenamiento, exposición simulada de situaciones jerarquizadas. 3) déficit en discriminación situacional, se utiliza la discriminación situacional para que el paciente aprenda a discriminar situaciones que tiene que afrontar en la vida diaria, con el fin de que adquiera mayor control interno conductual, se utiliza también que el paciente revise en sus actividades programadas o registradas, los logros que ha obtenido, los valore positivamente y acepte como cotidiano el éxito y el fracaso. 4)

búsqueda de sensaciones, esta es una característica habitual en un drogodependiente, por haber desarrollado un estilo de vida que acentúa gran actividad y alta estimulación, por ello no disfrutan de la serenidad, la relajación y las actividades sedentarias, además tienen bajo umbral de aburrimiento, esto puede desembocar en deseo y recaídas posteriores. La intervención puede hacerse: a) evaluando que entienden por aburrido y como se relaciona con el consumo, b) generar lista de actividades alternativas a desarrollar, y c) desarrollar estrategias cognitivo conductuales para afrontar el aburrimiento.

## **2.2 Terapia racional emotiva en alcohólicos y toxicómanos de A. Ellis**

La terapia y teoría racional emotiva ha mantenido durante mucho tiempo que el pensamiento de todo o nada, es el núcleo sobre el que se fundamentan muchas perturbaciones humanas, defendiendo un pensamiento científico correcto como medio para obtener un ajuste psicológico (Ellis, 1962 cit. Ellis, 1992)

La teoría racional emotiva defiende que principalmente son, los pensamientos auto-derrotantes de los clientes, y los sentimientos y acciones que resultan de éstos, los que sabotean su vida (ellis, 1992). Este enfoque considera como exitoso el cambio de hábito inadaptable con las sustancias, pero además reconoce que en el tratamiento podrían interferir otras variables, de modo que el cambio eficaz, no sólo se va dar en torno a la discusión de ideas irracionales del cliente, el empleo de técnicas conductuales y emotivas. La primera dinámica cognitiva que crea y mantiene la adicción, es el denominado patrón BTF de la abstinencia. Este patrón dinámico suele empezar cuando la persona se encuentra primero las claves del estímulo que eliciten un deseo de comportamiento adictivo autodestructivo. La decisión de no consumir la sustancia adictiva deseada, es el acontecimiento activador en el modelo ABC. La privación temporal que resulta de esta decisión de abstinencia, viene seguida por una baja tolerancia a la frustración arraigada en creencias irracionales. Estas creencias irracionales llevan a la alteración emocional de baja tolerancia a la frustración (BTF). Independientemente de cómo comenzara la adicción, este patrón es suficiente para su mantenimiento (Ellis, 1992). Otro patrón común de dinámica cognitiva, es beber alcohol para evitar o escapar de los problemas. Esto lleva a la intoxicación como método de afrontamiento. Es en este punto en el que la teoría racional emotiva considera que la mayoría de las personas con

trastornos adictivos presenta los mayores problemas. La terapia racional emotiva denomina a este proceso de malestar, que desemboca en creencias irracionales y en mayor malestar como estrés del síntoma o alteración emocional secundaria, incrementando, por tanto, la posibilidad de que la conducta vuelva a repetirse (Ellis, 1992).

Otro aspecto de la dinámica cognitiva, se refiere a la situación en la que una vez que drogodependientes y alcohólicos se aceptan así mismos como sujetos que utilizan, abusan o son adictos a una sustancia, es probable que también se evalúen fácilmente así mismos como seres humanos indignos, es entonces cuando aparecerían las creencias irracionales siguientes: la primera, es la demanda absoluta de que el abuso de drogas no debía haber ocurrido en el pasado bajo ninguna circunstancia, y no debe volver a ocurrir nunca en el presente y o en el futuro. Debido a que los clientes no han podido mantener esta demanda dogmática, deducen que son personas indignas. El segundo tipo de irracionalidad, implica un razonamiento dicotómico e inflexible, clasificándose así mismas, en personas consumidoras o personas no consumidoras (Ellis, 1992).

Desde la terapia racional emotiva, se plantea un modelo de tratamiento que consiste en cuatro etapas o fases, tomando en cuenta como consideraciones generales. Primero, la iniciación el tratamiento, implica el establecimiento de una relación, donde el paciente es estimulado y reforzado, asimismo se pretende el establecimiento de una relación de colaboración. (Ellis 1992). También se debe tener en cuenta, evitar las generalizaciones sobre los problemas del cliente con respecto a las sustancias.

Otro aspecto importante a tener en cuenta, es la identificación de problemas claves, dirigiendo el énfasis a establecer un locus de control para definir los problemas, respecto al cliente, como primer paso para su resolución, corrigiendo malos entendidos y las ideas erróneas del cliente acerca del propósito en la terapia. Por otra parte la TRE plantea la necesidad de enseñar al cliente la necesidad de autoayuda de la terapia, asimismo se deben crear expectativas positiva y establecer límites.

En la Iniciación del tratamiento, se requiere desarrollar una alianza terapéutica, evaluar y definir la naturaleza del problema y establecer, conjuntamente, metas iniciales de tratamiento. La evaluación es un proceso clínico que busca comprender los círculos viciosos de sentimientos, pensamientos y acciones auto-derrotantes del cliente. Se generan hipótesis sobre ideas disfuncionales concretas y sus consiguientes emociones y comportamientos (Ellis, 1992)

La segunda etapa implica la implementación de estrategias cognitivas y conductuales que ayudan al cliente a alterar específicamente su confianza inadaptiva en el alcohol. La tercera etapa, hace referencia al registro o vigilancia del progreso y la reevaluación de las metas. Esta etapa incluye adoptar una perspectiva más madurativa sobre el proceso de recuperación del cliente y aborda una gran variedad de problemas emocionales y conductuales, mientras proporciona apoyo para que continúe manteniendo su progreso de evitar la bebida. Una vez que se ha conseguido cierta estabilidad respecto de la bebida, se dirigirán mayores esfuerzos a discutir las creencias situacionales desencadenantes de consecuencias autoderrrotantes, emocionales y conductuales más generales (Ellis, 1992).

A medida que la terapia progrese hacia la etapa final, la mayor parte de la atención girará entorno a los problemas del individuo para aceptarse a sí mismo, orientando los esfuerzos hacia la promoción de una filosofía de vida más racional y “reacia a adicciones”.

### **2.3. El modelo transteórico de Prochaska y Diclemente**

Este modelo intenta delimitar y describir los elementos esenciales que subyacen al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva, con o sin ayuda profesional. Presenta una estructura tridimensional que proporciona una concepción global y diferenciada del cambio en el campo de las conductas adictiva, integrando los estadios, procesos y niveles de cambio.

Los estadios de cambio, responden a cinco etapas que representan la estructura o dimensión temporal evolutiva del modelo transteórico; estas son:

**i) Precontemplación:** etapa en que los adictos no perciben como un problema sus conductas de consumo; **ii) Contemplación:** etapa en que el sujeto es consciente del problema y considera dejar la conducta adictiva, pero aun no existe un compromiso serio de cambio; **iii) Preparación:** estadio en el que confluyen criterios intencionales y conductuales; y si bien individuo ha tomado la decisión y se compromete a abandonar su adicción, las medidas tomadas y los avances logrados aun son insuficientes para pasar al siguiente estadio, (por ejemplo bajar las dosis) ; **iv) Acción,** es la etapa en que el individuo cambia su conducta manifiesta y encubierta así como las condiciones ambientales que le afectan; este estadio requiere un compromiso importante, además de

una gran cantidad de tiempo y energía; **v) Mantenimiento**: etapa en la que el individuo intenta conservar y consolidar los logros alcanzados en el estadio anterior, además de prevenir recaídas; **vi) Recaída**, etapa que acontece cuando las estrategias de estabilización, mantenimiento y abstinencia fallan; puede producirse en el estadio de acción o mantenimiento y el individuo puede experimentar sentimientos de fracaso, culpa y frustración; **vii) Finalización**: estadio que implica la total extinción de la conducta adictiva y que el mantenimiento del nuevo patrón conductual no supusiera ningún esfuerzo significativo extra de tiempo o energía en relación a cualquier otra conducta.

Los procesos de cambio, son actividades encubiertas o manifiestas experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo. A continuación, se presentan brevemente los diez procesos básicos de cambio identificados por Prochaska y DiClemente a partir de análisis teóricos y empíricos de las principales escuelas psicoterapéuticas: **i) Aumento de la concienciación**: es una intensificación por parte del adicto, del procesamiento de información respecto a la problemática de la conducta adictiva y los beneficios de modificarla. **ii) Autorreevaluación**: consiste tanto en una valoración afectiva y cognitiva, por parte del adicto, del impacto de la conducta adictiva sobre sus valores y modo de ser, como en un reconocimiento de la mejoría que significaría abandonarla. **iii) Reevaluación ambiental**: consiste tanto en una valoración por parte del adicto del estado actual de sus relaciones interpersonales considerando el impacto de la conducta adictiva, así como un reconocimiento de las consecuencias positivas respecto de dichas relaciones interpersonales, derivadas de la modificación del hábito adictivo. **iv) Relieve dramático**: es la experimentación y expresión de reacciones emocionales elicítadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos asociados a la conducta adictiva. **v) Autoliberación**: representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad del adicto para decidir y elegir. **vi) Liberación social**: la que también representa un aumento de la capacidad del adicto para decidir y escoger, propiciado por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla. **vii) Manejo de contingencias**: es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta relativa al cambio conductual ocurra. Consiste en el auto y/o heteroreforzo de dicha conducta. **viii) Relaciones de ayuda**: representa la existencia y utilización del apoyo social que pueda facilitar el proceso de cambio. **ix) Contracondicionamiento**: consiste esencialmente en modificar la respuesta elicítada por los estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo,

generando y desarrollando conductas alternativas y **x) Control de estímulos:** relacionado básicamente en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir.

*Integración de los estadios y procesos de cambio:*

Uno de los resultados mas importantes que se desprenden de los trabajos de Prochaska y DiClemente es que determinados procesos de cambio son enfatizados durante determinados estadios de cambio.

Durante el estadio de precontemplación, los adictos utilizan significativamente menos los procesos de cambio que aquellos que se hallan en cualquier otro estadio.

Los procesos de cambio: *aumento de la concienciación, relieve dramático y reevaluación ambiental*, son los procesos de cambio enfatizados por la mayoría de adictos situados en el estadio de contemplación.

La autorreevaluación se muestra como el puente entre la contemplación y la preparación. En este último estadio, y como enlace con el de acción, es donde se utiliza más el proceso de *autoliberación*.

Los *procesos relaciones de ayuda, manejo de contingencias, control de estímulos y contracondicionamiento*, forman el vínculo entre los estadios de acción y de mantenimiento al ser enfatizados en ambos, lo cual es consistente con la concepción de que el estadio de mantenimiento, es un estadio de cambio activo, mas que de ausencia de cambio.

Mediante un diseño transecuencial, Prochaska, Velicer, DiClemente, Guadagnoli y Rossi (1991) han identificado que tres de los cinco procesos cognitivo – experienciales (aumento de la concienciación, relieve dramático y reevaluación ambiental) presentan un patrón curvilíneo común. Estos tres procesos de cambio, son utilizados a unos niveles relativamente bajos durante el estadio de precontemplación, para aumentar significativamente en aquellos adictos que progresan desde la contemplación a la acción.

Después de alcanzar su punto máximo en esta transición, los procesos citados disminuyen su frecuencia de utilización durante los estadios de acción y mantenimiento hasta niveles casi precontemplativos. El proceso de cambio *autorreevaluación* también aumenta de forma significativa en la progresión del estadio de contemplación al de acción, pero este aumento prosigue hasta que los adictos empiezan a progresar hacia el estadio de mantenimiento. A medida que los sujetos progresan hacia un mantenimiento a largo plazo, la utilización del proceso de *autorreevaluación* disminuye gradualmente hasta

niveles precontemplativos. El proceso de *liberación social* es el único proceso de cambio que no sigue un perfil curvilíneo. Su punto más elevado de utilización se halla en el estadio de precontemplación y disminuye progresivamente entre este estadio y el de mantenimiento. Respecto a los cinco procesos de cambio conductuales, todos siguen un patrón curvilíneo común de baja utilización en el estadio de precontemplación, un aumento durante el estadio de contemplación y una consecución del punto más elevado de utilización, durante el estado de acción. El proceso de *relaciones de ayuda* no obstante, alcanza su nivel más elevado durante el estadio de contemplación. En lugar de disminuir hasta niveles precontemplativos, tanto el proceso de *autoliberación* como el de *control de estímulos* se mantienen relativamente elevados durante todo el estadio de mantenimiento. El proceso de *manejo de contingencias* alcanza su punto más elevado de utilización en la fase inicial del estadio de acción, para disminuir gradualmente durante el de mantenimiento, mientras que el proceso de *contracondicionamiento* permanece elevado incluso durante la fase inicial del estadio de mantenimiento, para disminuir ligeramente más adelante, no llegando este ni ninguno de los otros procesos hasta niveles del estadio precontemplativo.

La tercera dimensión del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, es conocida como **Los Niveles de Cambio** y se refiere a cuales son los cambios necesarios para abandonar una conducta adictiva.

La dimensión de los niveles de cambio, representa una organización jerarquizada de los cinco niveles en que se focalizan las diferentes evaluaciones e intervenciones terapéuticas. Estos niveles son los siguientes:

- a) 1.- Síntoma/ situacional
- b) 2.- Cogniciones desadaptadas
- c) 3.- Conflictos interpersonales actuales
- d) 4.- Conflictos sistémicos/ familiares
- e) 5.- Conflictos intrapersonales

El modelo considera el tratamiento de las conductas adictivas como la aplicación diferencial de los procesos de cambio durante los cinco estadios de cambio, de acuerdo con el nivel del problema que se está enfatizando y todo ello en una Integración de las diferentes dimensiones.

Según los autores; existen tres estrategias de intervención a través de los diferentes niveles. La primera es la **Estrategia del Cambio de Niveles**: la intervención se focaliza en la conducta manifiesta del adicto y en las situaciones que eliciten y/o

mantienen dicha conducta. Si mediante la intervención en este primer nivel el adicto progresa a través de los estadios de cambio, la intervención puede completarse sin pasar a un nivel más complejo de análisis. En caso contrario, habrá que centrarse progresivamente en otros niveles.

La segunda aproximación, **Estrategia del Nivel Clave**, es la más tradicional. Si se demuestra la existencia de un nivel clave de causalidad en la adquisición y/o mantenimiento de la conducta adictiva, el proceso terapéutico puede focalizarse casi exclusivamente en este nivel clave.

La tercera alternativa es la **Estrategia del Máximo Impacto**: En este caso, las intervenciones terapéuticas deben diseñarse con el objetivo de incidir en el adicto a diferentes niveles de cambio para intentar maximizar el impacto terapéutico, y así alcanzar el cambio de manera sinérgica.

Al hablar de variables cognitivo conductuales susceptibles de integración, en un primer momento tenemos que decir que la mayoría de las variables (sociodemográficas, de personalidad, psicopatológicas, etc.) relativas al propio adicto que han demostrado ser predictoras de la abstinencia o indicadores de buen pronóstico en diferentes estudios, son, en su mayoría, variables tipo rasgo, esencialmente estáticas, y las que son susceptibles de modificación no están bajo el potencial control directo de los programas de intervención que intentan facilitar el proceso de cambio de las conductas adictivas.

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente no sólo permite una aproximación a factores dinámicos que sí están bajo el control potencial de los programas de tratamiento, sino también la integración de otras variables, igualmente dinámicas y potencialmente modificables mediante intervenciones terapéuticas, no originarias del mismo modelo. Este es el caso de las dos variables siguientes: a) la **Motivación para el Cambio o Toma de Decisiones** y b) Las **expectativas de Autoeficacia**.

La primera hace alusión a que la ausencia de motivación para el cambio no tiene que ser concebida como un rasgo de personalidad inherente a todo adicto, sino como una característica de estado susceptible de ser modificada mediante la utilización de cierto tipo de intervenciones.

El modelo transteórico ha operativizado esta variable a partir de la delimitación, igualmente operativa, realizada por Janis y Mann (Janis, 1987; cit Graña, 1994) de los componentes motivacional y cognitivo implicados en todo proceso de toma de decisiones relacionado con un posible cambio conductual, concretados esencialmente en los beneficios y costes (pros y contras) para uno mismo y para los demás de la

diferentes alternativas conductuales; en este caso abandonar o mantener una conducta adictiva.

En cuanto a la variable de expectativas de autoeficacia, es necesario hacer mención al concepto de autoeficacia al que Bandura (1982, 1986) define como el juicio que un individuo emite respecto a su propia capacidad de realizar una determinada conducta necesaria para alcanzar unos resultados determinados.

Las expectativas de autoeficacia contribuyen a la calidad del funcionamiento psicosocial determinando por:

- a) Las decisiones que se toman.
- b) La cantidad de esfuerzo y tiempo empleado persistiendo en llevarlas a cabo, a pesar de los obstáculos o experiencias adversas.
- c) Los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales durante las interacciones reales o anticipadas con el ambiente.

Las expectativas de autoeficacia son una medida de estado, es decir una medida específica para cada interacción persona – conducta en particular, y no una medida de rasgo, generalizable a diferentes situaciones.

#### Utilidad terapéutica del modelo: utilidad en el proceso de *matching*

Uno de los retos más importantes actualmente en el ámbito de las conductas adictivas es el de la delimitación de las variables más adecuadas para determinar la elección del recurso terapéutico más apropiado para cada adicto (*matching*), es decir la asignación adicto – intervención más adecuada para facilitar el proceso de cambio.

El modelo transteórico proporciona un marco incomparable para facilitar el proceso de *matching*. La variable estadios de cambio debe ser uno de los ejes principales de este proceso. Como afirman Prochaska y DiClemente, si los adictos no son un grupo homogéneo en relación a su actitud, disposición o preparación para abandonar su conducta adictiva, entonces las intervenciones terapéuticas deben diferenciarse y variar en términos del grado de acción requerido a sus clientes y, por consiguiente, los procesos de cambio que el cliente debe adquirir o desarrollar deben delimitarse en función del estadio de cambio en que se encuentre.

Recientemente y utilizando como pilar principal para facilitar el proceso de *matching* el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, se están desarrollando e

implementando programas terapéuticos con intervenciones diferenciadas en función del estadio de cambio en que se halla un determinado adicto, intervenciones que propiciarán la adquisición o desarrollo de los procesos de cambio, que permitirán al adicto progresar hacia el siguiente estadio, y en definitiva al estadio de mantenimiento.

Finalmente se puede afirmar que resalta también la tercera dimensión del modelo transteórico, ya que posee una relevancia en el proceso de *matching*, aunque sea a través de su integración con la variable estadio de cambio. Si se intenta intervenir a un nivel respecto al cual el adicto no está preparado para su abordaje, puede crearse una falta de entendimiento y resistencia, con consecuencias disfuncionales posibles, tales como el abandono del programa de intervención por parte del adicto; consecuencia similar a la producida si se intenta intervenir en un estadio diferente de aquel en el que este se halla.

### **3. EL MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO.**

El desarrollo histórico de la psicología ha llevado a que hoy en día nos encontremos con que en ésta, convivan diferentes corrientes, que discrepan entre sí, tales diferencias se manifiestan en los territorios epistemológicos, metodológicos, en la práctica y en la teoría misma. A partir de este panorama contemporáneo, surge el Modelo Integrativo Supraparadigmático, propuesto por Roberto Opazo. Este modelo, se desarrolla como una propuesta teórica y también práctica, que incorpora principios epistemológicos, metodológicos y paradigmáticos, de distintos enfoques, desde donde se pueda ejercer una práctica psicoterapéutica menos sesgada y reduccionista

#### **3.1 Planteamientos epistemológicos del modelo.**

En cuanto a los planteamientos epistemológicos centrales del Modelo Integrativo, éste se perfila desde la idea del constructivismo moderado.

En líneas generales las ideas que sostienen el constructivismo moderado serían:

1.- Existe una realidad más allá del pensamiento o del lenguaje del sujeto cognoscente.

2.- La realidad no es plenamente accesible al conocimiento (contra el realismo ingenuo) ni es una mera construcción de nuestra mente (contra el constructivismo radical)

3.- El sujeto cognoscente es activo en la percepción y parcialmente construye lo percibido.

4.- El conocimiento de la realidad no es posible vía “inmaculada percepción”. Siempre está “contaminado” por nuestras modalidades biológicas para percibir y por nuestras modalidades del lenguaje para concebir.

5.- Biología y lenguaje restringen pero a la vez posibilitan el conocimiento. Si bien no podemos conocer desde la no biología o desde el no lenguaje, modalidades perceptivas y conceptos lingüísticos nos permiten acceder indirectamente al conocimiento de la realidad.

6.- La epistemología evolutiva contribuye a validar nuestro acceso a la realidad; caso contrario no tendría valor alguno ni importancia alguna el que sistemas nerviosos más complejos posibiliten cogniciones más complejas.

7.- Nuestro acceso a la realidad se valida también por el progreso científico, tecnológico y de la medicina. El prolongar la esperanza de vida es, por ejemplo, un resultado de un progreso en el conocimiento “indirecto” de la realidad.

8.- En términos generales el valor del conocimiento se valida por el aporte predictivo de nuestras teorías y por el aporte al cambio de nuestras estrategias clínicas.

9.- Nuestra forma de acceder al conocimiento de la realidad es a través de “unidades cognitivas biológico-ambientales” que nunca nos permiten acceder a una objetividad plena.

### **3.2 Fundamentos Paradigmáticos Del Modelo Integrativo.**

El principio de causalidad que sustenta el modelo integrativo, es tratado con el concepto de principio de influencia, este concepto es propuesto como una adaptación del principio de causalidad a las complejidades de la dinámica psicológica humana.

Al ser el sistema psicológico humano un sistema complejo, tiende a romper con el principio mecánico de causalidad simple, necesaria y suficiente, abriendo opción a las probabilidades más que a las leyes deterministas. El ser humano al integrar la comprensión activa, la cognición compleja y la significación, abre la posibilidad de que aparezcan también principios regulatorios complejos (opazo, 2001).

La dinámica psicológica, pasa a integrar principios regulatorios, tanto simples como complejos; siendo los mas simples mas cercanos a las leyes y al principio de

causalidad “tradicional”. Así, ya desde el análisis general de la relación causalidad/psicología, surge con fuerza también la necesidad de ir integrando diversos paradigmas regulatorios del devenir psicológico (Opazo, 1991)

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

### **3.3 Los Paradigmas del Supraparadigma.**

El Modelo Integrativo Supraparadigmático reúne aquellos paradigmas investigados y definidos con exactitud, seleccionado aquello que ofrezca evidencias en términos etiológicos y predictivos, así como aportes en términos de estrategias para el cambio (al menos en algunos desajustes psicológicos). De esta manera, el modelo incluye a los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, integrados en función del sistema Self del sujeto (Opazo, citado en Varas 2005).

Por una parte el **Paradigma Biológico**, propone que ciertas características específicas genéticas, endocrinas, neuroanatómicas o bien neurofisiológicas, pueden influir en la génesis de específicas cogniciones, emociones o conductas (las cuales a su vez pueden ser más o menos “desajustadas”). (Opazo, 2001).

El **Paradigma Ambiental/Conductual** postula que ciertas características ambientales específicas, pueden influir en las génesis de específicas cogniciones, afectas y conductas (los cuales a su vez pueden ser más o menos “desajustadas”).

El **Paradigma Cognitivo** asigna un rol central a la información y al procesamiento de la información: sesgos, distorsiones o defectos en la percepción e interpretación de las experiencias, pueden resultar en respuestas desadaptativas y ese error sistemático y persistente en el procesamiento de la información, juegan un rol importante en muchas formas de psicopatología (Pretzer y Beck, 1996, cit. en Opazo, 2001).

El **Paradigma Afectivo** postula que los eventos y estructuras afectivos pueden ejercer una influencia causal generando cogniciones, conductas e incluso cambios anátomo-fisiológicos en el organismo. Así mismo, un paradigma afectivo “bien

desarrollado” postula la presencia de un repertorio afectivo variado y completo, ausencia de “hipersensibilidad emocional”, tolerancia a la frustración y capacidad de empatía (Opazo, 2004).

El **Paradigma Inconsciente** involucra la influencia sobre cogniciones, afectos y conductas desde aquellas actividades mentales de las cuales el individuo no está conciente (Marx y Hillix, 1969, cit. en Opazo, 2001).

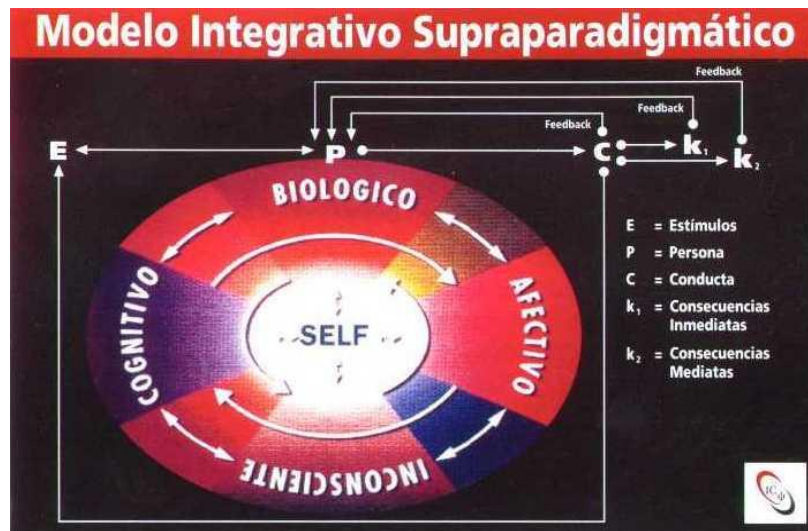
El **Paradigma Sistémico** se asume que un sistema es un todo, un número de elementos que se mantiene en interacción, en el cual el todo es más que la suma de sus partes, un sistema se comporta de acuerdo a patrones de causalidad circular en un proceso que no tiene comienzo ni fin. La búsqueda de conservar su punto de equilibrio homeostático o de conservar su coherencia sistémica, lleva a los sistemas a la resistencia al cambio, y cuando el cambio de la totalidad se produce, las partes pasan a ser afectadas, sean estas “partes” cogniciones, afectivas o conductuales. (Opazo, 2001)

El **Sistema Self**, es considerado en el Modelo Integrativo Supraparadigmático, como el punto central de la experiencia y constituye el eje de integración de los subsistemas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo e inconsciente, los cuales operan en un sistema total. Como eje integrador, realiza funciones de identidad, de auto-organización, de significación de la experiencia, de control conductual y búsqueda de sentido. La *Función de Identidad*, involucra autoimagen y autoestima y una respuesta a la pregunta “quién soy yo”, pudiendo verse afectada, por ejemplo, por interferencias emocionales sobre el sistema cognitivo. La *Función de Auto-organización* del self involucra un reconstituirse tras cada experiencia. Esta función puede estar interferida desde la biología misma. La *Función de Significación* involucra la traducción de la experiencia, la cual puede estar interferida por expectativas irrealistas, por esquemas rígidos, por sesgos atribucionales o por errores cognitivos de diversa índole. La *Función de Control Conductual* involucra, entre otros, el despliegue conductual asertivo, esto es, abrirle espacios a la satisfacción de las propias necesidades pero respetando los derechos de los otros (Opazo, 2001). La *Función de Búsqueda de Sentido*, se refiere a la configuración de sentido de la propia vida, enriqueciendo, de esta forma, el mecanismo de toma de decisiones. De este modo, un sentido de la vida bien planteado abre mejores opciones de decisión, de sabiduría y, por ende, de desarrollo personal (Opazo, 2004).

#### **3.4. Delimitación estructural y funcional del modelo integrativo.**

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

**Figura 1. Modelo integrativo supraparadigmático**



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

El modelo cumple cuatro funciones generales. Cumple una función ordenadora,, en la medida que permite contextualizar los datos y comprender la función de las partes en el todo una función predictiva, a partir del conocimiento de que todos los elementos tienen una influencia causal en le resultado y del conocimiento de la función que cumplen esos elementos en la construcción de la experiencia. El modelo cumple una función de potenciar las fuerzas de cambio, en la medida que incorpora principios de influencia provenientes de diferentes paradigmas y en la medida que permite comprender como se puede “potenciar la influencia de cada influencia “. Cumple una función guiadora, en la medida que facilita la selección de temáticas relevantes para la investigación y la génesis de preguntas relevantes para el conocimiento clínico.

#### **4. EL MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO COMO MODELO DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES.**

El modelo integrativo propuesto por el instituto chileno de psicoterapia integrativa, posee la ventaja de poder contar con todos los aportes propuestos por las distintas escuelas psicoterapéuticas en relación a las adicciones. Así mismo abordar integralmente a la persona adicta, involucra hacerse cargo y asumir la idea ya cada vez más aceptada de que el paciente adicto sufre los efectos adversos de adicción en todas las áreas o subsistemas que conforman su self y sus 5 funciones básicas: identidad, autoorganización, significación, control y búsqueda de sentido; conllevando a que se vean alteraciones en la mayor parte de estas funciones. Por otra parte existen varios factores que ayudan a explicar el por qué una persona se inicia en el consumo de alguna droga, porque persistiría el consumo pese a los efectos a largo plazo nocivos y como una persona puede pasar de ser un consumidor a un abusador y dependiente (Feuchtmann, 2004). Al situarnos desde la integración también es posible contar con varias "vías de entrada" a la intervención terapéutica, fortaleciendo las opciones de comprensión, y de intervención, respecto de los enfoques tradicionales.

A continuación se explicitan los distintos aportes entregados por cada paradigma a la intervención clínica en adicciones:

#### **4.1 Los aportes de cada paradigma dentro del supraparadigma en intervención en adicciones.**

##### **4.1 1 Paradigma Biológico.**

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

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

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

**b) Influencias Neurobiológicas:** En gran medida, el consumo de determinadas drogas tiene que ver con el efecto que éstas tienen en el organismo, lo que explicaría en parte por qué una persona continúa consumiéndola. Los estudios de neuroanatomía han postulado la existencia de un circuito neurológico del placer o la gratificación, que explicaría el intenso refuerzo positivo del consumo de una droga. Este circuito correspondería al sistema dopaminérgico y sus neuronas liberadoras de opiáceos, que comienzan en el área ventral tegmental del mesencéfalo y que abarcan también el núcleo auditivo, proyecciones al sistema límbico y a la corteza orbitofrontal (Barlow et al., 2001; Graña et al., 1996; Muñoz, 1999; Santander, 1999; cit. en Feuchtmann, 2004). En este sentido, la mayoría de las drogas provocan alteraciones en el sistema de neurotransmisores, en especial en el sistema dopaminérgico, aumentando su disponibilidad. No obstante, existen muchas drogas que no necesariamente tienen que ver con el placer, sino más bien con la reducción del dolor. En otras palabras, algunas drogas producen un efecto ansiolítico, como por ejemplo, el alcohol, que también tendrían incidencia en el sistema septal/hipocampal (Feuchtmann, 2004).

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

**d) Desarrollo de Tolerancia y Síndrome de Abstinencia:** Las alteraciones provocadas por la mayoría de las drogas en las funciones y estructura cerebral, llevan a que el organismo se adapte fisiológicamente hablando a determinada sustancia, lo que llevará a que los efectos percibidos por determinado consumo vayan mermando en el

tiempo. Esto ocasionará que el patrón de ingesta del adicto se vaya incrementando, pues cada vez necesitará mayor cantidad de una determinada droga para experimentar los mismos efectos que al inicio del consumo. Esto es lo que se conoce como desarrollo de la tolerancia, proceso biológico que explicaría el por qué se incrementaría sostenidamente el uso de la droga en el tiempo.

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

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

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

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

#### **4.1.2 Paradigma Ambiental/Conductual:**

El paradigma Ambiental/Conductual plantea que cambios en el medio ambiente y/o en el repertorio conductual de la persona pueden influir en la génesis y/o en la mantención de ciertos pensamientos, emociones y conductas (Opazo, 2001, cit. en Feuchtmann, 2004). Con respecto a las adicciones, han sido conceptualizadas desde este paradigma como un hábito desadaptativo o aprendido, a través de diferentes mecanismos de aprendizaje que explicarían tanto su etiología o mantención.

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

- Debido al condicionamiento operante o aprendizaje hecho por la asociación de las consecuencias o efectos de la conducta, se producirá la búsqueda de refuerzo de la droga, es decir, se buscarán los efectos placenteros del consumo de drogas o refuerzo positivo y también, se buscará evitar los efectos negativos por el no consumo de drogas (Feuchtmann, 2004).

- Asociación clásica entre estímulos ambientales que se transforman en gatillantes o generadores de deseo de consumo, al estar asociados temporalmente al

patrón de consumo. Es así como la persona adicta no solamente consume ante la presencia de drogas (estimulación directa), sino que también es incentivada y gatillada por estímulos ambientales, tales como determinadas situaciones, lugares, personas o estados internos que han sido asociados anteriormente con el consumo (Feuchtmann, 2004).

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

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

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

**c) Factores ambientales de riesgo:** Una serie de influencias ambientales consideradas históricamente como factores de riesgo para desarrollar una adicción son las siguientes: situación económica precaria o “cultura de la pobreza”; personas que han

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

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

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

#### **4.1.3 Paradigma Afectivo:**

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

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

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

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

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

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

#### **4.1.4 Paradigma Cognitivo:**

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

Entre los factores más asociados al consumo de drogas se encuentran las creencias pro consumo o aquellas creencias que, ya sea por influencia cultural o del

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

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

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

Finalmente, es común observar cómo la persona adicta no presenta conciencia acerca de su enfermedad, ni del efecto y costos de sus actos con respecto a sí mismo y su vida y menos aún con respecto al efecto de su consumo en otros. Los efectos de su consumo suelen ser minimizados o negados, reforzando una falsa sensación de control y una serie de pensamientos trampas o mantenedores del consumo, como por ejemplo, “yo lo controlo” (Feuchtmann, 2004).

#### **4.1.5 Paradigma Inconsciente:**

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

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

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

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

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

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

#### **4.1.6 Paradigma Sistémico:**

En el *sistema familiar* del adicto es característico encontrar la presencia de uno o más sujetos coadictos, que con sus altos niveles de sobreprotección y afecto tienden a facilitar las situaciones de consumo. El coadicto frecuentemente es manipulado y

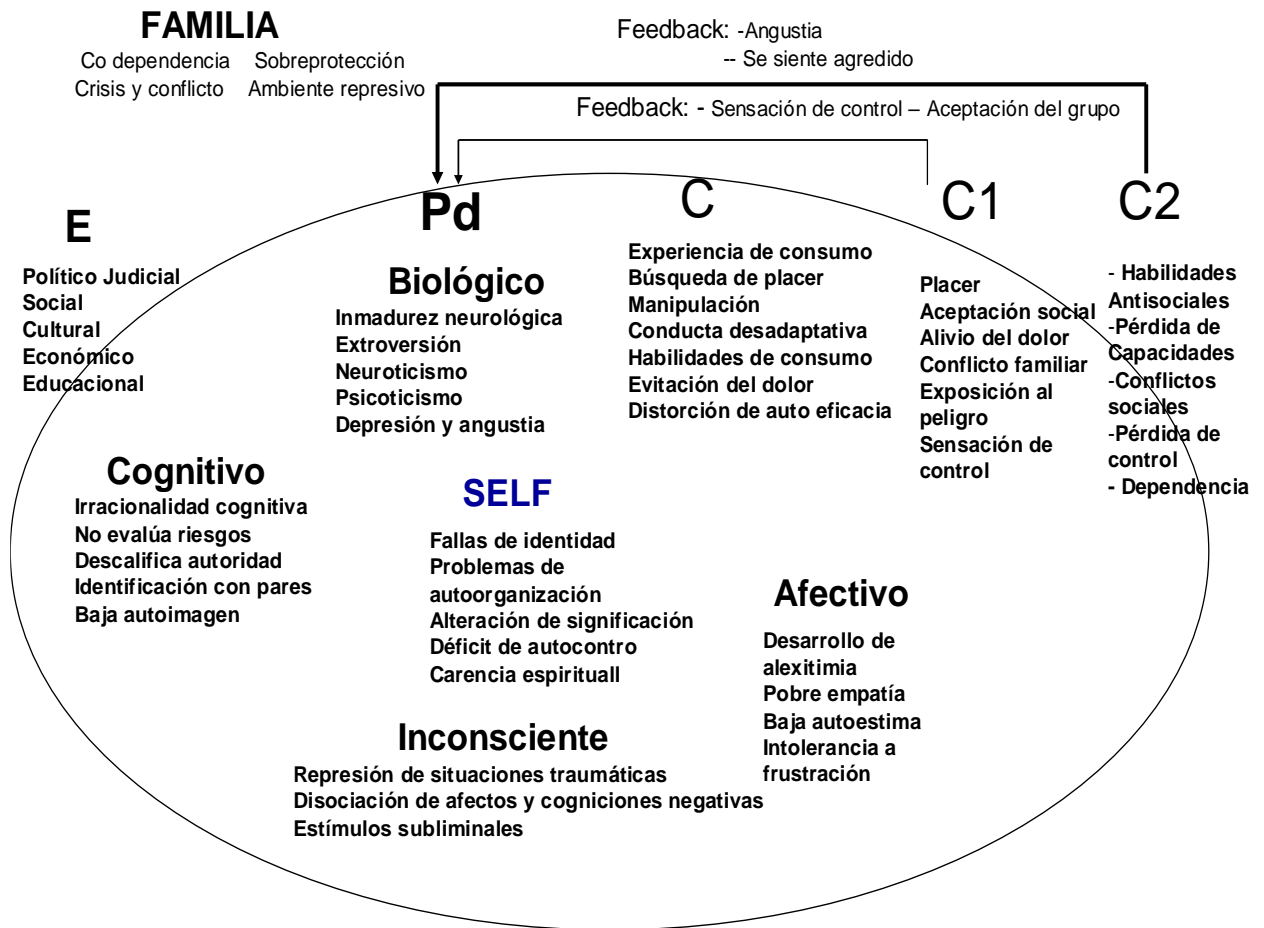
engañado por el adicto, generando una permanente relación disfuncional. Es frecuente que se generen alianzas o subsistemas disfuncionales en la relación familiar (Fernández y Opazo, 2004).

#### **4.1.7 Sistema *Self*:**

El *sistema self* del adicto está altamente desestructurado. La función de identidad se caracteriza por una pésima autoimagen y una importante falta de autoconocimiento. La función de autoorganización de la experiencia se ve alterada continuamente por situaciones estímulo que generan algún conflicto o problema; la persona adicta no consigue diferenciar lo prioritario frente a lo accesorio, o bien lo fundamental, con el fin de enfocar adecuadamente una situación. La función de significación es quizás una de las más dañadas en la adicción, y en ella se halla una constante fuente de explicación al consumo. La función de control de los impulsos, al no estar desarrollada, determina que el adicto sea incapaz de controlar sus deseos de consumo o el *craving* que produce la droga. Finalmente, la función de sentido del *self* se encuentra ampliamente deteriorada, lo que se manifiesta en el regreso a etapas primitivas del desarrollo con anulación de la espiritualidad del individuo (Fernández y Opazo, 2004).

Al ser el problema de las adicciones considerado como un fenómeno multicausal, el tratamiento de los trastornos adictivos desde el Modelo Integrativo se plantea como un abordaje desde sus distintas fuentes etiológicas. Se propone un tratamiento por paradigma, considerando los principales aportes que cada uno de ellos ha hecho en cuanto a la temática de las drogodependencias. Por ello, se describe a continuación como proceso terapéutico integrativo en adicciones y técnicas a implementar, considerando el hecho de que la psicoterapia integrativa amplíe la opciones de comprensión y ponga en acción múltiples fuerzas de cambio, conlleve una ventaja comparativa en términos de intervención ( Guajardo, Kushner, 2001)

**Figura Nº 2. ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO**



## **4.2 Proceso y dinamica funcional de la intervención desde el modelo en adicciones.**

### **4.2.1 Ingreso al tratamiento.**

No es poco frecuente encontrarse con personas adictas que carezcan de conciencia de enfermedad; factor que muchas veces termina haciéndolos abandonar la intervención, sufran recaídas o los lleva a auto justificar el consumo y un supuesto control el.

Esta conducta se mantiene con mayor intensidad si la familia esta dispuesta a mantener y a financiar al adicto a gastos, entre los cuales se incluye el consumo. Es solo cuando la familia decide establecer ciertas normas, indicándole por ejemplo a un familiar adicto que no está dispuesto a tenerlo en casa o financiar su consumo, la persona opta por ingresar al tratamiento. Cuando la familia adopta esta actitud, se termina cerrando el círculo y se inicia el tratamiento (Miller, 1999, en Guajardo y Kushner, 2001) Es fundamental en esta parte desvirtuar los temores de los familiares y aclararles que solo ante esta falta de apoyo es cuando muchos veces el adicto pide ayuda, por otra parte para ellos estar en la calle no encierra grandes problemas, por los periodos de consumo en que ya han tenido esa experiencia.

### **4.2.2 Modalidades de tratamiento.**

En líneas generales existen dos modalidades tratamientos ambulatorios, y de internación. En ambos casos, y por las características del trastorno adictivo, resulta mucho más efectivo el trabajo con terapias de grupo que con terapias individuales (Moreau 1999, en Guajardo y Kushner, 2001)

Los grupos de autoayudas y en especial las comunidades terapéuticas, se han mostrado muy eficaces en el proceso terapéutico (De León, 1995; cit. en Guajardo y Kushner, 2001)

Las comunidades terapéuticas al contar con ex adictos que colaboran en la rehabilitación logran afrontar eficientemente las manipulaciones ante el terapeuta y los abandonos de la terapia registrados en psicoterapias individuales.

El que un paciente siga un tratamiento ambulatorio o de internación esta definido en base al grado de funcionalidad laboral o educacional, que la persona registre, por la

red de apoyo de familiares o amigos, que no hayan desarrollado conductas delictivas importantes y que no tengan una gran cantidad de fracasos terapéuticos previos. Este perfil no es determinante y constituye solo una orientación. La intoxicación también puede constituir un criterio. Para ambas modalidades se mantienen medidas de contención. Por último, las fases y etapas tienen duraciones variables, dependiendo de los logros obtenidos así como también de la institución tratante.

#### **4.2.3 Etapas de tratamiento.**

##### **4.2.3.1 Formación del grupo terapéutico.**

Los grupos suelen ser abiertos, y en ellos los pacientes más antiguos se desempeñan acogiendo a los más nuevos. Los grupos suelen ser de diez a quince personas como máximo.

##### **4.2.3.2 Dinámica del grupo terapéutico.**

En su desarrollo los grupos realizan diferentes actividades.

a. Relatos de Pase: En ellos los pacientes cuentan los hechos o situaciones vividas durante el periodo interterapia, o en el caso de los tratamientos de internación, lo sucedido durante la salida. Los asistentes les hacen preguntas sobre lo ocurrido y se evalúan las situaciones o conflictos producidos.

b. Introversaciones o introspecciones: En ellas el paciente da cuenta de tareas entregadas por sus terapeutas, en las cuales se les solicita que evalúen una etapa de su vida. Generalmente se trata de que hablen sobre periodos entre cinco y diez años de vida, o piden introversaciones dirigidas a algún problema o situación conflictiva. Al comenzar el relato, el grupo adopta una actitud especial de escucha y se hace un ejercicio breve de relajación, expresando el terapeuta el deseo de éxito en la tarea.

c. Terapias de estudio: los pacientes son guiados por un monitor que les enseña la metodología, los conceptos centrales, el desarrollo y evolución del individuo y las características de las diferentes drogas y se estudian asimismo algunas técnicas utilizadas en el proceso terapéutico. Se entiende que la adquisición de conocimientos es parte fundamental del proceso de cambio.

d. Terapias recreativas: cumplen una función de descanso o distracción y que además buscan que los pacientes aprendan a interactuar adecuadamente en estas situaciones.

#### **4.2.3.3 Evaluación y diagnóstico.**

Uno de los elementos centrales y esenciales desde este modelo, es la elaboración de un diagnóstico integral, en el cuál se evalúan los distintos subsistemas de la personalidad en el paciente. Para lo anterior se utiliza la Ficha de Evaluación Clínica Integral de Adicciones: FECIAD, que es una adaptación de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) desarrollada por el ICPSI. El FECIAD, es administrada al comienzo del tratamiento (quince días después del ingreso), para evitar que los consumos recientes interfieran en las respuestas entregadas. Después, en el promedio del proceso, lo que permite determinar los aspectos que requieren revisión durante la etapa de seguimiento.

#### **4.2.4 Técnicas terapéuticas**

En el proceso terapéutico se utilizan diferentes técnicas, que se han adaptado a las características del mismo. Describimos a continuación las más importantes:

a. Generación de Vínculo (Kleinke, 1998). Al parecer es uno de los aspectos más relevantes del tratamiento. Es una etapa en la que participan todos los miembros del equipo clínico y en los distintos tipos de tratamiento esta etapa recibe distintos nombres, como acogida o compromiso. Se han identificado como características del paciente adicto la manipulación y el engaño, por lo que se ha desarrollado el concepto de *distancia operativa*, que implica establecer un vínculo con una fuerte connotación afectiva, pero restringiendo los componentes de empatía.

Este manejo adecuado de la empatía conlleva diferencias esenciales respecto de conceptos tradicionales planteados por la mayoría de los terapeutas y tradición psicoterapéutica. Este control de la empatía debe ir haciéndose cada vez más flexibles en etapas mas avanzadas del tratamiento hasta el punto en que el terapeuta ya trate de ponerse en el lugar del paciente, sea sensible a los sentimientos del paciente sin una previa evaluación o análisis mas objetivo de ellos.

b. Uso de técnicas: No existe una secuencia determinada para la utilización de las técnicas dentro del proceso; estas se utilizan según lo considere el terapeuta durante los relatos de pase o en las introvisaciones de los pacientes.

Desde cada subsistema del self, es posible realizar el uso de diferentes técnicas ; algunas de ellas son:

#### 1. Confrontación

Esta técnica tiene bases teóricas desde la teoría cognitiva y existencial. Desde los modelos psicoterapéuticos cognitivos, esta técnica busca confrontar al paciente desde sus ideas irracionales entrenándolo para modificar los procesos cognitivos que lo llevan a generar actitudes globalizantes y distorsionadoras de la realidad. Desde los modelos psicoterapéuticos existenciales la confrontación se usa para lograr que el paciente identifique lo que está sintiendo o pensando en ese momento y al considerar que las acciones presentes están determinadas por experiencias del pasado, la confrontación se orienta hacia los hechos de la vida presente.

Esta técnica permite actuar sobre varios subsistemas de la personalidad de forma que se pueden contener y debilitar conductas, afectos, y cogniciones disfuncionales, generando el procesamiento y búsqueda de una conducta adecuada. Entre sus ventajas se cuentan: Genera tolerancia a la frustración, Moviliza afectivamente, Enfrenta ideas irracionales, Permite al individuo enfrentar la realidad de su estado, Inhibe conductas perturbadoras, Genera discriminación entre cognición y afectos.

La intensidad de la confrontación se determina en base a diferentes criterios tales como el perfil de las experiencias vividas, la actitud del terapeuta y manejo de la voz, el género de quien confronta, entre otros.

Un aspecto importante que resulta de gran ayuda para el paciente en momentos de riesgo es el entrenamiento en autoconfrontación en forma de auto diálogos.

La confrontación se usa cuando el terapeuta detecta en los relatos de pase o intervenciones del paciente minimizaciones, maximizaciones, negaciones, justificaciones, victimizaciones, o manipulaciones. Queda claro que no se confronta a la persona, sino sus mecanismos disfuncionales. El éxito del uso de esta técnica es evaluado a través de los siguientes indicadores: Compromiso terapéutico, capacidad de intromisión, Capacidad de empatía, Respuesta vincular, Desarrollo de autobiografía.

Si bien la confrontación es iniciada por el terapeuta esta es continuada por miembros antiguos del grupo que han sido designados por el terapeuta y que tengan vínculo con el confrontado y un perfil empático. El terapeuta también puede elegir a personas con rasgos de inseguridad o timidez, que tengan poco compromiso con el tratamiento o estén en riesgo, que sean pasivas o evitadoras, para las cuales esta técnica tendrá un importante efecto terapéutico.

## 2. Manejo de umbrales preceptúales.

Uno de los problemas que presentan los pacientes con dependencias con dependencias son las alteraciones de los umbrales preceptúales frente a los diferentes estímulos que llegan a los órganos sensoriales. En otras palabras, el paciente adicto requiere estímulos más intensos que una persona normal para sentir. Ha resultado de mucha utilidad aplicar en el tratamiento de pacientes adictos algunos conceptos de integración sensorial. El objetivo es que los pacientes mejoren su capacidad sensitiva, bajando sus umbrales y superando sus características alexitímicas. La intoxicación por drogas al producir un aumento en la intensidad de las percepciones y una competencia entre los diferentes órganos sensoriales terminaría produciendo diferentes alteraciones en el sistema senso-perceptivo y conllevando a una serie de distorsiones en el organismo, tales como alteraciones en la motivación, torpeza en la organización, respuestas desadaptativas a ciertos estímulos, intolerancia ante la carencia de estímulos placenteros, entre otros.

Las intervenciones usadas para trabajar las modificaciones de umbrales se orientan a educar a los pacientes en el reconocimiento de sus umbrales, Entrenar en la lectura de claves sensitivas, Entrenar en el control de estímulos relacionados con el consumo que permitan identificar y controlar el *crash* (impulso inmediato de consumo), el *craving* (ansiedad de consumo con molestias fisiológicas) y los *flashbacks* (senso-percepciones en ausencia de droga).

Las técnicas más importantes son, a saber: Autoconocimiento y autocontrol del cuerpo; Técnicas respiratorias para el autocontrol de estados angustiosos; Incentivar el aprendizaje del disfrute y placer de las cosas simples; Trabajar con técnicas de reconocimiento de sonidos ambientales; Incentivar estímulos de contacto afectivo; Trabajar la tolerancia al silencio; Estimular un sentido aislando los otros; Entrenar en la discriminación de olores, sabores, sonidos y texturas; Caminar con los pies descalzos sobre diferentes superficies e identificar características de los estímulos recibidos;

Friccionar el cuerpo con diferentes texturas; identificando las características del estímulo;  
Cambios de temperatura del agua durante el baño.

### 3. Historia de mi vida.

Este instrumento es un cuestionario que sirve para generar *awareness* en el paciente, ya que busca acceder en los pacientes a situaciones traumáticas o de significación del self. Consta de 11 preguntas que el terapeuta va leyendo al paciente, quien contesta como si se tratara de un cuento (que posteriormente será elaborado en la terapia). El cuestionario evalúa afectos, cogniciones, proyecciones, significados, etc.

### 4. Introversación a través de la autobiografía.

La introvisación se entiende como una acción mediante la cuál la persona penetra en su mundo interno, en sus raíces, abstrayéndose del mundo exterior. La técnica del análisis de vida cada cinco años permite entrar en la memoria donde se almacena y registra nuestra exigencia, para, a partir de estos hechos, aprender cómo nos relacionamos con el mundo. El paciente recibe la instrucción de traer este relato en forma escrita y presentarlo ante el grupo terapéutico.

Se pretende hacer uso de la autoobservación y el “darse cuenta” para realizar predicciones, focalizar ciertos eventos, observar modos de actuar preestablecidos y reorganizar formas de sentir, pensar y actuar.

Los aportes terapéuticos del proceso de autobiografía son: Establecer la significación personal, Descontaminar afectivamente hechos históricos, Identificar componentes irracionales, Identificar situaciones postraumáticas, “Darse cuenta”, Asumir responsabilidades en los procesos, Comprensión global de los acontecimientos, Identificación de creencias y mandatos, Formas en que operan las atribuciones desde la experiencia, Identificación de pensamientos catastróficos, Sustentabilidad de la espiritualidad.

## 5. Espiritualidad.

Este aspecto se trabaja desde una dimensión que considera componentes de emociones superiores en el ser humano, como serían la paz y la felicidad, el éxtasis y el amor a través de vías de superación, trascendencia, y autorrealización. (Goleman)

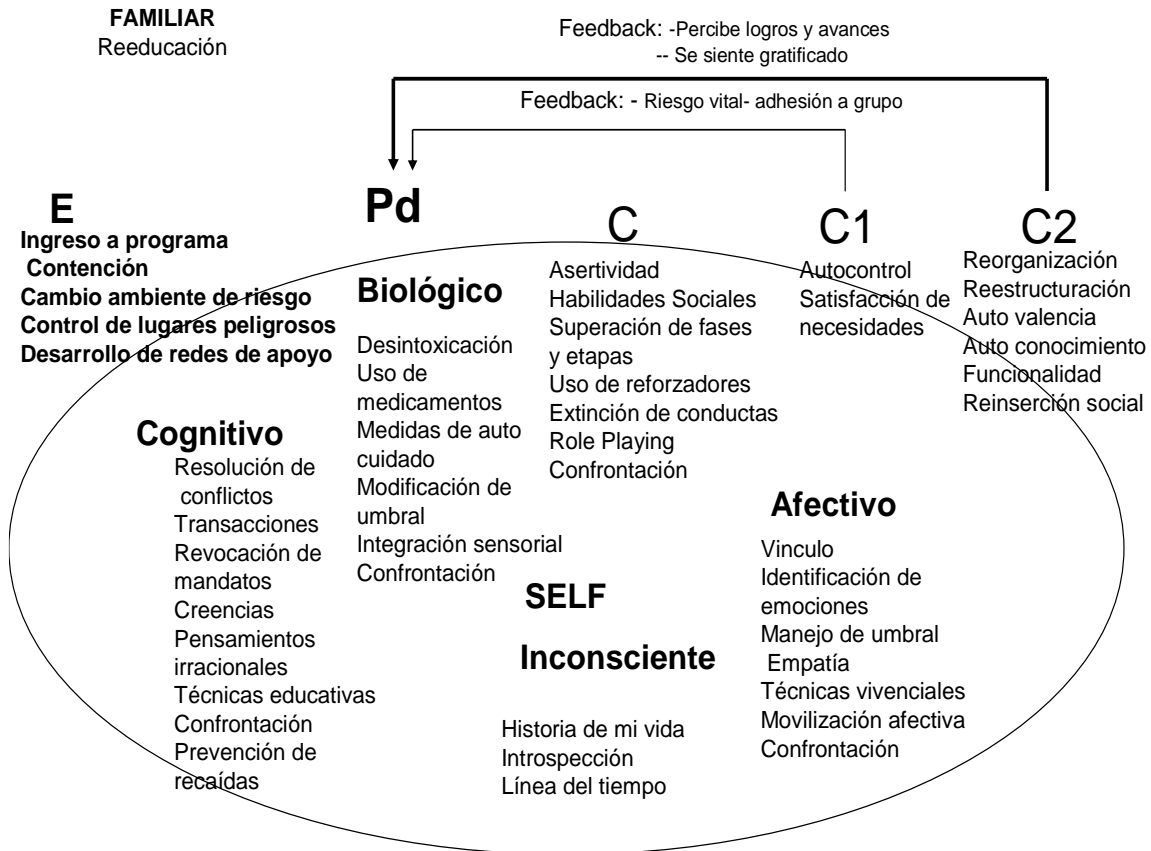
Según Maslow en el ser humano interactúan dos sistemas de fuerzas internas: el primero, que se aferra a la seguridad y posiciones defensivas, temeroso de la novedad y el riesgo, que se inclina por el retroceso y la fijación en el pasado, maximizando los peligros y minimizando los atractivos ( sería lo que caracteriza a las personas que consumen drogas; y el segundo, que impulsa al sujeto hacia el desarrollo y hacia el futuro, viviendo con plenitud el presente y orientado al funcionamiento pleno de las capacidades y a la autonomía y confianza en sus propias capacidades.

La autorrealización esta íntimamente ligada al segundo sistema de fuerzas de superación, el cuál activa los procesos que conducen a la persona a la autorrealización definitiva y que esta no es un estado perfecto y acabado que suponga trascender a los problemas que nos afectan a todos los mortales, sino que es entendida como un proceso dinámico que hace posible el desarrollo de la personalidad de manera gradual y constante hasta adquirir un mínimo de madurez que nos permita tener cierta habilidad y autoafirmación a la hora de enfrentarnos a los problemas reales.

La persona que se guía por necesidades básicas de seguridad sólo disfruta en circunstancias muy especiales de triunfos, aciertos, éxitos, y experiencias únicas. La persona autorrealizada, motivada por necesidades del desarrollo, tiene una habilidad para “transformar las actividades medio en experiencias finales; el caminar se convierte en un disfrute no menos intenso que la consecución de la meta deseada”.

Al trabajar la autorrealización en la persona dependiente de drogas, se busca el logro de los siguientes objetivos: i) Que sea autosuficiente, ii) Que no tema a lo desconocido, iii) Que encuentre un sentido, un “porqué” a la existencia, iv) Que no pierda el tiempo en lamentaciones inútiles, v) Que aprenda a pensar en positivo, vi) Que logre serenidad y calma tanto exterior como interior, vii) Que utilice el pasado solo en la medida en que le pueda servir para vivir con más plenitud y felicidad el presente, viii) Que cuide su cuerpo, ix) Que crea en el ser humano, x) Que este motivada y alentada por los valores humanos más altos y de rango superior.

**Figura Nº 3. MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO EN TRATAMIENTO DE ADICCIONES**



## V. METODOLOGÍA

### 1. TIPO DE DISEÑO.

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

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

También corresponde a un **estudio de tipo descriptivo** ya que se pretende medir tres variables generales en los adolescentes en tratamiento intensivo ambulatorio: variables sociodemográficas, variables de la historia de consumo y variables psicológicas medidas a partir del FECIAD.

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

Finalmente, es un **estudio transversal** ya que se realiza una sola medición en un momento determinado, en un grupo de adolescentes en tratamiento intensivo ambulatorio por trastornos por dependencia a sustancias.

### 2. VARIABLES EN ESTUDIO.

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

**2.1 Variables caracterológicas: definición de las variables sociodemográficas y de las variables de la historia de consumo.**

**TABLA N°1: “DEFINICIÓN DE VARIABLES CARACTEROLÓGICAS”.**

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual:</b>	<b>Definición Operacional</b>
<b>Sexo</b>	se refiere a las características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer	Respuestas F o M del ítem sexo en el cuestionario FECIAD
<b>Edad</b>	Años de vida cronológicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Años cumplidos desde la fecha de nacimiento a la fecha de la evaluación.</li> </ul>
<b>Estado Civil</b>	Existencia o no de algún tipo de relación de pareja, legalizada o acordada mutuamente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría presente en el cuestionario de antecedentes personales:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soltero(a)</li> <li>2. pololeando/con pareja</li> <li>3. Conviviente</li> <li>4. casado(a)</li> <li>5. Otro</li> </ol> </li> </ul>
<b>Ocupación</b>	Última actividad realizada por el evaluado antes del ingreso a la Comunidad Terapéutica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría presente en el cuestionario de antecedentes personales:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudiante</li> <li>2. Cesante</li> <li>3. Trabajo remunerado</li> <li>4. fuera del colegio</li> <li>5. Otro</li> </ol> </li> </ul>

<b>Nivel educacional</b>	Último año cursado en un establecimiento educacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría presente en el cuestionario de antecedentes personales:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1° básico</li> <li>2. 2° básico</li> <li>3. 3°básico</li> <li>4. 4°básico</li> <li>5. 5°básico</li> <li>6. 6°básico</li> <li>7. 7°básico</li> <li>8. 8°básico</li> <li>9. 1°medio</li> <li>10. 2°medio</li> <li>11. 3°medio</li> <li>12. 4°medio</li> <li>13. educación superior</li> </ol> </li> </ul>
<b>Repitencia de curso</b>	Repetir el curso, por no haber aprobado nivel de exigencia requerido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador presente en el cuestionario de antecedentes</li> </ul> <p>Si indica haber repetido uno o más de los cursos mencionados anteriormente.</p>
<b>Tipo de drogas</b>	Sustancias que pueden modificar una o más funciones en las personas que las consumen	drogas consumidas, reportadas en el cuestionario de antecedentes: alcohol, marihuana, cocaína, pasta base, codeína, éxtasis, solventes volátiles, gas, marciano, nevado, pegamento, fármacos, psicofármacos y otros

<b>Otro Diagnóstico clínico del eje I</b>	Diagnóstico clínico de algún trastorno que no este relacionado al uso de sustancias, según DSM IV-TR	Indicador obtenido mediante entrevista a los profesionales tratantes de los sujetos de a muestra
<b>Centro de Atención</b>	Lugar donde los sujetos realizan o realizaron el tratamiento ambulatorio intensivo por abuso o dependencia a sustancias.	Indicador obtenido mediante entrevista a los profesionales tratantes de los sujetos de a muestra
<b>Edad de inicio del consumo de drogas y/o alcohol.</b>	Edad en la que consumió alguna droga ilícita o alcohol por primera vez.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Años cumplidos cuando consumió alguna droga o alcohol por primera vez, de acuerdo al reporte en el cuestionario de antecedentes personales.</li> </ul>
<b>Primera sustancia consumida</b>	Primera sustancia (drogas o alcohol) consumida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera sustancia consumida, de acuerdo al reporte en el cuestionario de antecedentes personales.</li> </ul>
<b>Frecuencia de consumo de Drogas.</b>	Frecuencia con que era consumida la droga durante el último año, previo al ingreso al CTA (para el alcohol, marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis, fármacos, solventes volátiles, anfetaminas, otra).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de frecuencia de consumo de la droga, reportada en el cuestionario de antecedentes personales: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Una o menos veces al mes.</li> <li>3. De 2 a 4 veces al mes.</li> <li>4. De 2 a 3 veces a la semana.</li> <li>5. 4 o más veces a la semana.</li> </ol> </li> </ul>

<b>Número de drogas consumidas</b>	Cantidad de drogas consumidas por la persona.	Número de drogas consumidas por la persona, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes personales.
<b>Tratamientos anteriores</b>	Existencia de tratamientos previos en relación con problemas derivados del consumo de drogas.	• Respuesta “sí” o “no” ante el ítem referido a la existencia de tratamientos previos, en el cuestionario de antecedentes personales.
<b>Tiempo de permanencia en la comunidad</b>	Tiempo de permanencia en tratamiento ambulatorio intensivo para rehabilitación por Trastornos por dependencia a sustancias, en la Comunidad Terapéutica.	- Días transcurridos desde la fecha de ingreso a la Comunidad Terapéutica hasta la fecha de la evaluación. - Indicador obtenido mediante entrevista a los profesionales tratantes de los sujetos de muestra o mediante el cuestionario de antecedentes personales
<b>Diagnóstico clínico</b>	Diagnóstico clínico de abuso, dependencia o ambos para distintas sustancias, según DSM IV-TR	Indicador obtenido mediante entrevista a los profesionales tratantes de los sujetos de muestra

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

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

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
----------	-----------------------	------------------------

<b>Neuroticismo</b>	<p>Dimensión de la personalidad referida, dentro de un continuo, al nivel de emotividad o ansiedad del sujeto versus su nivel de estabilidad emocional. Las características predominantes en esta dimensión son: sugestionabilidad, falta de persistencia, lentitud en pensamiento y acción, poca sociabilidad y tendencia a reprimir hechos desagradables. Un alto Neuroticismo indica que el individuo es inestable emocionalmente y tiende a reaccionar exageradamente haciéndosele difícil después volver a la normalidad, según Eysenck y Rachman (1965).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Neuroticismo del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), incluido en el FECIAD</li> <li>• Nivel de Neuroticismo: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Extroversión</b>	<p>Dimensión de la personalidad referida a la disposición biológica a presentar conductas gregarias, la búsqueda de sensaciones y el estar orientado hacia el medio externo (Feuchtmann, 2004).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Extroversión del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), incluido en el FECIAD</li> <li>• Nivel de Extroversión: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Escala L</b>	<p>Escala perteneciente al E.P.Q., orientada a medir la tendencia del sujeto que responde al disimulo o simulación de respuestas para dar una buena impresión, por lo tanto,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la escala L el E.P.Q., incluido en el FECIAD</li> <li>• Nivel de Escla L: Bajo-Medio-Alto</li> </ul>

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

	compañía, proyección, y desarrollo de pareja son satisfechas, además en donde los conflictos son resueltos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de Satisfacción Mtrimonial: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Satisfacción de Necesidades</b>	Grado en que algunas necesidades de los seres humanos (necesidades básicas, necesidades sexuales, necesidad de ser querido, necesidad de logro, necesidad de prestigio, necesidad de compañía y contacto social, necesidad de esparcimiento, necesidad de saber, necesidad de amor, y necesidad de trascendencia) se encuentran satisfechas en ese momento de la vida del sujeto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Satisfacción de Necesidades, incluida en el FECIAD</li> <li>• Nivel de Satisfacción de Necesidades: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Ansiedad</b>	Presencia de síntomas asociados a la ansiedad, tales como: problemas de atención y concentración, problemas de memoria, mareos, diarreas, transpiración de las manos, onicofagia, temblor de manos, bruxismo, come en exceso, sequedad bucal, ideas obsesivas, se fatiga fácilmente, miedos fóbicos, angustia, insomnio, pesadillas, cefaleas, taquicardia, hipocondría, impotencia, frigidez, eyaculación precoz. (DSM IV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Síntomas, incluida en el FECIAD</li> <li>• Nivel de Ansiedad: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
	Presencia de síntomas asociados a la depresión, tales como:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de</li> </ul>

<b>Depresión</b>	problemas de atención y concentración, irritabilidad, inapetencia, poco deseo sexual, se fatiga fácilmente, insomnio, exceso de sueño, llanto, pena, aburrimiento, sentimientos de culpa, desánimo, ideas de suicidio, baja en la capacidad para disfrutar, reacción a la frustración con tristeza, evaluación de poco feliz en el momento actual. (DSMIV)	Síntomas, incluida en el FECIAD • Nivel de Depresión: Bajo-Medio-Alto.
<b>Alexitimia</b>	Interferencia en los puentes que conectan la toma de conciencia con los afectos, ya sea debido a razones biológicas (alexitimia primaria) o a razones psicológicas (alexitimia secundaria) (Opazo, 2004).	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Sub-escala Toronto Alexitimia, incluida en el FECIAD. • Nivel de Alexitimia: Bajo-Medio-Alto.
<b>Intolerancia a la Frustración</b>	Baja capacidad que tiene el sujeto para tolerar adecuadamente fracasos o frustraciones, ante los cuales reacciona con excesiva tensión, rabia o tristeza, es decir, no tolera ni acepta la molestia o demora en la realización de sus deseos (Opazo, Alliende, Bagladi, Marchetti y Suarez, cit. en Bejer 2004, cit. en Flores, Fuentes, y Martí, 2004).	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Tolerancia a la Frustración, Incluida en el FECIAD • Nivel de Intolerancia a la Frustración: Bajo-Medio-Alto.
<b>Irracionalidad Cognitiva</b>	Aquellas ideas, cogniciones, filosofías, que sabotean y bloquean el logro de metas básicas o más importantes para el	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Irracionalidad Cognitiva, incluida en el FECIAD

	individuo (Ellis, 1980. cit. en Bejer, 2004. cit. en Flores, Fuentes, y Martí, 2004).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de Irracionalidad Cognitiva: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Perfeccionismo</b>	Tendencia a establecer altos estándares de desempeño en combinación con una evaluación excesivamente crítica de los mismos y una creciente preocupación por cometer errores. (Fros, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990. cit. en Arana, 2002 cit. en Flores, Fuentes, y Martí, 2004).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Perfeccionismo, incluida en el FECIAD</li> <li>• Nivel de Perfeccionismo: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Discomfort Emocional</b>	Nivel de ansiedad ante situaciones sociales. / Nivel de ansiedad social y discomfort emocional. / Grado de perturbación emocional frente a diferentes situaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Sub-Escala Gambrell y Ritchie, incluida en el FECIAD.</li> <li>• Nivel de Discomfort emocional: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Conducta social</b>	Indicadores de conductas sociales relacionadas con el comportamiento con otras personas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Conductas Sociales, incluida en el FECIAD</li> <li>• Nivel de Repertorio Conductual: Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>
<b>Inmadurez neurológica</b>	Presencia de indicadores de inmadurez neurológica, por ejemplo: tipo de parto, problemas del desarrollo, enfermedades o desajustes, pensamiento ruminativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación obtenida por el sujeto en las Escala de síntomas y sistema bio-clinico incluidas en el FECIAD</li> <li>• nivel de inmadurez neurológica Bajo-Medio-Alto.</li> </ul>

<b>Sobreprotección padre</b>	Presencia de indicadores de control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma, por parte del padre en los primeros 16 años de vida del sujeto.	- Puntuación obtenida por el sujeto en las Escala de síntomas y sistema bio-clinico incluidas en el FECIAD - nivel de sobreproteccion paterna Bajo-Medio-Alto.
<b>Cuidado padre</b>	Presencia de indicadores de afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, o por otro lado, frialdad emotiva, indiferencia y negligencia (apuntando de esta manera la presencia o ausencia de esta variable), por parte del padre en los primeros 16 años de vida del sujeto.	- Puntuación obtenida por el sujeto en las Escala de síntomas y sistema bio-clinico incluidas en el FECIAD - nivel de cuidado paterno Bajo-Medio-Alto.
<b>Cuidado madre</b>	Presencia de indicadores de afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, o por otro lado, frialdad emotiva, indiferencia y negligencia (apuntando de esta manera la presencia o ausencia de esta variable), por parte de la madre en los primeros 16 años de vida del sujeto.	- Puntuación obtenida por el sujeto en las Escala de síntomas y sistema bio-clinico incluidas en el FECIAD - nivel de cuidado materno Bajo-Medio-Alto.
<b>Sobreprotección madre</b>	Presencia de indicadores de control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma, por parte de la madre en los primeros 16 años de vida	- Puntuación obtenida por el sujeto en las Escala de síntomas y sistema bio-clinico incluidas en el FECIAD - nivel de sobreproteccion materna

	del sujeto.	Bajo-Medio-Alto.
--	-------------	------------------

### **3. SUJETOS DE ESTUDIO.**

Los sujetos de estudio seleccionados para la muestra comprenden a un grupo de 16 jóvenes de ambos sexos cuyas edades oscilan entre los 15 y los 18 años, que se encuentran en tratamiento ambulatorio intensivo por trastornos por dependencia a sustancias, en el Centro de Tratamiento Ambulatorio (C.T.A) del Hospital Dr. Gustavo Fricke y en la Comunidad terapéutica los Morros de Santiago.

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

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

### **4. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.**

En la presente investigación se utilizarán un cuestionario de antecedentes personales y la Ficha de Evaluación Clínica Integral de Adicciones (FECIAD).

#### **4.1 Cuestionario de antecedentes personales.**

Corresponde a un cuestionario de autorreporte, que en esta investigación fue aplicado en forma de entrevista y de manera individual. Está compuesto por tres categorías: la primera apunta a la obtención de los datos sociodemográficos, la segunda

está referida a la historia de consumo, y la tercera, a la historia del tratamiento, tanto dentro, como fuera de la comunidad terapéutica (ver Anexo 1).

La aplicación piloto de este instrumento fue realizada con los jóvenes del programa de tratamiento comunitario ambulatorio de CONACE, cuya localización física esta en el Centro de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria en Valparaíso. En este sentido parece adecuado este grupo, pues comparte las características etáreas y patológicas de nuestra muestra de investigación, no así las características de tratamiento.

La validación de este instrumento fue realizada por juicio de expertos, tanto por el profesor supervisor Ps. Carlos Varas y por los profesionales de los Centros donde realizamos la investigación, del CTA del Hospital Gustavo Frick validaron el Ps. Mario Bruna y la asistente social Marisol Jeldes, en el CT Los Morros no hubo participación de los profesionales.

## **4.2 Ficha de evaluación clínica integral en adicciones.**

La Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECIAD), desarrollada a partir del Modelo Integrativo Supraparadigmático, corresponde a una ficha de auto-reporte que permite evaluar en cada sujeto los seis subsistemas considerados por el modelo, a saber: Biológico, Ambiental-Conductual, Cognitivo, Afectivo, Inconsciente y Sistémico. La información que este instrumento permite obtener corresponde a datos generales de identificación, anamnesis, historia de consultas, expectativas y motivación ante el tratamiento.

Es importante señalar que el FECIAD posee las ventajas y desventajas de un auto-reporte. Dentro de las desventajas, no tiene una validez excesiva y complementa los datos obtenidos desde la observación clínica, por lo que se utilizó el método de entrevista para completar, tanto el FECIAD, como el Cuestionario de Antecedentes Personales.

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

### **4.2.1 Escalas incluidas en el FECIAD**

#### **4.2.1.1 Escala de síntomas depresivos: indepre.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Consta de diversos ítems que evalúan los síntomas asociados a la depresión, para lo cual se utilizó el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y posteriormente fue modificada de acuerdo al DSM – IV por Opazo, Alliende, Bagladi y Guajardo (Bejer, 2003). Entre los síntomas encontramos: problemas de atención y concentración, irritabilidad, inapetencia, poco deseo sexual, se fatiga fácilmente, insomnio, exceso de sueño, llanto, pena, aburrimiento, sentimientos de culpa, desánimo, ideas de suicidio, baja en la capacidad para disfrutar, reacción a la frustración con tristeza, evaluación de poco feliz en el momento actual. El puntaje en esta escala es directo, es decir, a mayor puntaje mayor nivel de depresión (Bejer, 2003). Esta escala es Original de la Ficha Clínica Integral (FECI) del año 2003.

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

#### **4.2.1.2 Escala de síntomas ansiosos: indans.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Consta de diversos ítems que evalúan los síntomas asociados a la ansiedad, para lo cual se utilizó el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y posteriormente fue modificada de acuerdo al DSM – IV por Opazo, Alliende, Bagladi y Guajardo (Bejer, 2003). Entre los síntomas encontramos: problemas de atención y concentración, problemas de memoria, mareos, diarreas, transpiración de las manos, onicofagia, temblor de manos, bruxismo, come en exceso, sequedad bucal, ideas obsesivas, se fatiga fácilmente, miedos fóbicos, angustia, insomnio, pesadillas, cefaleas, taquicardia, hipocondría, impotencia, frigidez, eyaculación precoz. El puntaje en esta escala es directo, es decir, a mayor puntaje mayor nivel de ansiedad (Bejer, 2003). Esta escala es Original de la Ficha Clínica Integral (FECI) del año 2003.

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

#### **4.2.1.3 Escala de autoimagen.**

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

La puntuación va de 2-1-0-1-2, donde 2 es marcada acentuación hacia el rasgo, 1 es tendencia a ese rasgo y 0 que el sujeto se ubica entre ambos polos. El sujeto debe decidir en qué rango se encuentra con respecto a los rasgos. El puntaje en esta escala es directo, a mayor puntaje mayor autoimagen. Esta escala es Original de la Ficha Clínica Integral (FECI) del año 2003.

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

#### **4.2.1.4 Cuestionario de personalidad de Eysenck (E.P.Q).**

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

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

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

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

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

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

#### **4.2.1.5 Escala de irracionalidad cognitiva.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Consta de 12 ítems que plantean un conjunto de afirmaciones o creencias frente a las cuales el sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado en que cada afirmación es aplicable a él. La evaluación va desde 1 (“poco”) a 5 (“mucho”). En esta escala el puntaje es directo, es decir, a mayor puntaje mayor irracionalidad cognitiva. Esta escala es Original de la Ficha Clínica Integral (FECI) del año 2003.

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

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

#### **4.2.1.6. Escala de autoeficacia.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Consta de 5 ítems que abarcan las siguientes áreas: área social, área sexual, área de relaciones de pareja, área intelectual y área laboral. Frente a cada ítem el sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado en que considera capaz de desempeñarse bien. El puntaje es directo, es decir, a mayor puntaje mayor autoeficacia. Esta escala es Original de la Ficha Clínica Integral (FECI) del año 2003.

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

No se han realizado estudios de confiabilidad.

#### **4.2.1.7 Escala de autoestima.**

Escala construida por Rosenberg el año 1973. Fue estandarizada en Estados Unidos ese mismo año y por el mismo autor. Es una escala de auto-reporte cuyo objetivo es medir el nivel de autoestima del sujeto. Consta de 10 ítems frente a los cuales el sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado en que está de acuerdo con cada afirmación.

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

#### **4.2.1.8. Escala de satisfacción de necesidades.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Consta de 10 ítems que explicitan algunas necesidades de los seres humanos humanos (necesidades básicas, necesidades sexuales, necesidad de ser querido, necesidad de logro, necesidad de prestigio, necesidad de compañía y contacto social, necesidad de esparcimiento, necesidad de saber, necesidad de amor, y necesidad de trascendencia), en los cuales el sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado en que dicha necesidad se encuentra satisfecha en ese momento de la vida. La evaluación va de 1("muy insatisfecho") a 5 ("muy satisfecho"). El puntaje es directo, es decir, a mayor puntaje mayor satisfacción de necesidades. Esta escala es Original de la Ficha Clínica Integral (FECI) del año 2003.

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

#### **4.2.1.9. Sub escala toronto – alexitimia.**

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

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

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

#### **4.2.1.10 Sub escala gambrill y richie.**

Corresponde a una sub-escala del Inventario de Asertividad confeccionado por Gambrill y Ritchie en 1975, el cual consiste en un inventario de autoinforme sobre ansiedad ante situaciones sociales. Esta sub-escala evalúa ansiedad social y discomfort emocional. Consta de 18 ítems en donde el sujeto evalúa su grado de perturbación emocional frente a diferentes situaciones. Las puntuaciones van entre 1 (“poca perturbación”) y 5 (“mucho perturbación”) (Bejer, 2003).

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

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

#### **4.2.1.11. Escala de conductas sociales.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Consta de 14 ítems que enumeran diversas conductas relacionadas con el comportamiento con otras personas. El sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado en que cada afirmación es aplicable a él. La evaluación va desde 1 (“poco”) a 5 (“mucho”). El puntaje en esta escala es directo, es decir, a mayor puntaje

mayor repertorio y manejo conductual frente a las distintas situaciones de interacción social. Esta escala es Original de la Ficha Clínica Integral (FECI) del año 2003.

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

No se han realizado estudios de Confiabilidad.

#### **4.2.1.12. Cuestionario de asertividad de spencer rathus.**

Cuestionario elaborado por Rathus (1973). Comprende 30 ítems que presentan situaciones de la vida diaria que requieren de la realización de una conducta asertiva. Frente a cada uno de los ítems se le pide a la persona que responda con una puntuación que va desde +3 (“muy característico”) a -3, (“definitivamente no característico”). Los sujetos que obtienen puntajes negativos son considerados no asertivos, a diferencia de los sujetos que obtienen puntajes positivos (Bejer, 2003).

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

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

#### **4.2.1.13 Escala de satisfacción matrimonial.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Consta de 12 ítems en que se evalúan diferentes aspectos de la vida en pareja (comunicación, amor mutuo, vida sexual, relación con las respectivas familias de origen, intereses comunes, capacidad para manejar dificultades y conflictos, procedimiento de toma de decisiones, manejo de dinero, capacidad para entretenerse juntos, vida social

conjunta, valores comunes, fidelidad). El sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado de satisfacción de estos ítems en la vida de pareja. La evaluación va desde 1 (“muy insatisfecho”) a 5 (“muy satisfecho”). El puntaje es directo, es decir, a mayor puntaje mayor satisfacción matrimonial. Entendiendo que nuestra muestra es de adolescentes y todos ellos resultaron ser solteros, esta escala evalúa el grado de satisfacción con la pareja actual. Esta escala es Original de la Ficha Clínica Integral (FECI) del año 2003.

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

#### **4.2.1.14 Escala de perfeccionismo.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Consiste en diversos ítems del FECI que abarcan los diferentes subsistemas (algunos rasgos de personalidad, sistema cognitivo y sistema afectivo). Los puntajes son directos, es decir, a mayor puntaje mayor perfeccionismo. Esta escala es Original de la Ficha Clínica Integral (FECI) del año 2003.

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

#### **4.2.1.15. Escala de inmadurez neurológica.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Consiste en diversos ítems del FECI que evalúan los diferentes indicadores de alteraciones orgánicas, por ejemplo: tipo de parto, problemas del desarrollo, TEC, etc. En esta escala los puntajes son directos, es decir, a mayor puntaje mayor grado de organicidad (Bejer, 2003). Esta escala es Original de la Ficha Clínica Integral (FECI) del año 2003.

En el contexto de nuestra investigación esta escala ha cobrado relevancia, por los estudios que han sugerido que variables de inmadurez neurológica, pueden constituirse como factores de vulnerabilidad ante las drogodependencias. (CREA CHILE, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile y el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, 2001).

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

#### **4.2.1.16 Escala de tolerancia a la frustración.**

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Consta de 4 ítems que apuntan a la reacción del sujeto frente a las frustraciones (reacciona con tensión, con rabia, con tristeza, o con desánimo y pena). El sujeto debe marcar el número que mejor representa sus reacciones frente a la frustración. La evaluación va desde 1 (“poco”) a 5 (“mucho”). En esta escala el puntaje es inverso, es decir, alto puntaje indica baja tolerancia a la frustración y bajo puntaje indica alta tolerancia a la frustración. Esta escala es Original de la Ficha Clínica Integral (FECI) del año 2003.

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

#### **4.2.1.17 Parental bonding instrument (pbi).**

Cuestionario de autorreporte preferentemente para personas mayores de 16 años de ambos sexos, puede ser aplicado de forma individual o colectiva. No tiene límite de aplicación y su promedio es de 15 minutos. Se aplica un cuestionario separado para cada uno de los padres. El test consta de 25 afirmaciones que componen 2 escalas. Siendo la primera **Cuidado**, que comprende 15 ítems y esta definido como: afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, y por otro, frialdad emotiva, indiferencia y negligencia (apuntando de esta manera la presencia o ausencia de esta variable. La segunda escala es **Sobreprotección**, de finida como control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma.

Al combinar ambas escalas se elaboran 5 tipos de vínculos parentales: vínculo óptimo, ausente o débil, constricción cariñosa, control sin afecto y promedio, para nuestra investigación solo revisaremos cuantitativamente los continuos y los rangos en percentiles de las dos escalas mencionadas anteriormente.

Este instrumento mide estilos vinculares tempranos, fundamentalmente la percepción de la conducta y actitudes de los padres en relación con la persona en su infancia y adolescencia

## 5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.

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

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

- g. **Análisis correlacional no paramétrico**, mediante chi-cuadrado entre las variables psicológicas medidas por el FECl, para determinar la existencia de relación entre estas variables.

## VI PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de la muestra de jóvenes y adolescentes de ambos sexos, que participaron de forma voluntaria o autorizados por sus padres, según el caso, en la presente investigación. Esta información corresponde a la descripción de las variables de estudio, las cuales han sido agrupadas de la siguiente manera: Características sociodemográficas, Historia de consumo y las Variables psicológicas medias por el FECIAD. También se presentan aquellas correlaciones significativas encontradas entre las variables ya mencionadas.

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

### 1. OBJETIVO ESPECÍFICO N°1: DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

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

**Tabla N° 3: Frecuencia Relativa de la Variable Edad**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válidos 15 a 16 Años	5	35,7	35,7	35,7
17 a 18 Años	9	64,3	64,3	100,0
Total	14	100,0	100,0	

**Tabla N° 4: Descripción Estadística de la Distribución de la Variable “Edad”.**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		16,64
Mediana		17,00
Moda		17
Desv. típ.		,929
Mínimo		15
Máximo		18

De acuerdo a la tabla N° 3, se observa que el 35.7% de los sujetos se encuentran en un rango de edad de 15 a 16 años, mientras que el 64.3% de los sujetos tienen edades comprendidas entre 17 y 18 años. En la tabla N° 4, se puede ver que la Media de la muestra es de un 16.64, la mediana 17, la moda 17, con una desviación estándar de 0.929, donde la edad mínima fue de 15 años y la máxima de 18 años.

## 1.2 Frecuencia relativa a la variable “Sexo”

**Tabla N° 5: Frecuencia Relativa de la Variable “Sexo”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mujer	6	42,9	42,9	42,9
	Hombre	8	57,1	57,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 5, se observa que el 42.9% de la muestra eran mujeres, mientras que el 57.1% restante son hombres.

## 1.3 Frecuencia Relativa Variable “Estado Civil”.

**Tabla N° 6: Frecuencia Relativa de la Variable “Estado Civil”.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin Pareja	8	57,1	57,1	57,1
	Con Pareja	4	28,6	28,6	85,7
	Convivencia	2	14,3	14,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 6, se observa que el 57.1% de los sujetos no tienen pareja actualmente, por su parte el 28,6% tienen polola o pareja, mientras que el 14.3% de los sujetos están conviviendo en pareja.

## 1.4 Frecuencia Relativa de la Variable “Centro de Atención”

**Tabla N° 7: Frecuencia Relativa de la Variable “Centro de Atención”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CTA H.G.F.	9	64,3	64,3	64,3
	CT Los Morros	5	35,7	35,7	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 7, se observa que el 64.3 % de la muestra eran usuarios del Centro de tratamiento Ambulatorio del Hospital Gustavo Fricke, mientras que el 35.7 % restante pertenecían a la Comunidad terapéutica Los Morros.

### 1.5 Frecuencia Relativa de la Variable “Escolaridad”

**Tabla N° 8: Frecuencia Relativa de la Variable “Escolaridad”**

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Educación Básica Incompleta		2	14,3	14,3	14,3
	Educación Media Incompleta		12	85,7	85,7	100,0
	Total		14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 8, se observa que el 14.3 % de la muestra, presentan, una educación básica incompleta, mientras que el 85.7 % restante tiene una educación media incompleta.

### 1.6 Frecuencia Relativa de la Variable “Actividad Actual”

**Tabla N° 9: Frecuencia Relativa de la Variable “Actividad Actual”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Fuera del Colegio	7	50,0	50,0	50,0
	Estudiando	7	50,0	50,0	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 9, se observa que la mitad de la muestra se encuentra dentro de la educación formal, mientras la otra mitad está fuera de ella.

### 1.7 Frecuencia Relativa de la Variable “Repitencia de Curso”

**Tabla N° 10: Frecuencia Relativa de la Variable “Repitencia de Curso”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	4	28,6	28,6	28,6
	Si	10	71,4	71,4	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 10, se observa que la mayoría de los sujetos de la muestra han repetido alguna vez uno o más cursos en el colegio, alcanzando a un 71,4%, en tanto solo un 28,6 % nunca ha repetido el año escolar.

### 1.8 Frecuencia Relativa de la Variable “Estrato socioeconómico familiar”

**Tabla N° 11: Frecuencia Relativa de la Variable “Estrato socioeconómico familiar”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Clase Baja	8	57,1	57,1	57,1
	Clase Media	6	42,9	42,9	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 11, se observa que el 57,1 % de los sujetos de la muestra dice pertenecer al Estrato socioeconómico, denominado clase baja, mientras el restante 42,9 % dicen que su familia pertenece al estrato de clase media.

### 1.9 Frecuencia Relativa de la Variable “Cantidad de Personas Con las que Vive”

**Tabla N° 12: Frecuencia Relativa de la Variable “Cantidad de Personas Con las que Vive”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 Persona	1	7,1	7,1	7,1
	De 2 a 5 Personas	11	78,6	78,6	85,7
	De 6 a 8 Personas	2	14,3	14,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla N° 13: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Cantidad de Personas Con las que Vive”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		3,50
Mediana		3,00
Moda		3
Desv. tít.		1,871
Mínimo		1
Máximo		8

De acuerdo a la tabla N° 12, se observa que el porcentaje de personas que viven con una persona más en su casa es de 7.1%, los sujetos que viven con 2 a 5 personas, representan el 78.6%, mientras el resto de los sujetos, un 14.3%, viven con 6 a 8 personas. A su vez en la tabla N° 13, se puede ver que en esta variable la Media de la muestra es de un 3.5, la mediana es de 3, la moda de 3, con una desviación estándar de 1.871, donde la mínima cantidad de personas que vivían con los sujetos fue de 1 y la máxima de 8 personas.

#### 1.10 Frecuencia Relativa de la Variable “Diagnóstico del Eje I”

**Tabla N°14: Frecuencia Relativa de la Variable “Diagnóstico del Eje I”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	12	85,7	85,7	85,7
	Si	2	14,3	14,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 14, se observa que el porcentaje de sujetos que presenta un diagnóstico clínico en el eje I, alcanza un 14.3 %, mientras que el 85.7% restante, no cumple los criterios diagnósticos para un trastorno.

## 2. OBJETIVO ESPECÍFICO N°2: DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE HISTORIA DE CONSUMO

### 2.1 Frecuencia Relativa de la Variable “Edad Inicio Consumo de Drogas”

**Tabla N° 15: Frecuencia Relativa de la Variable “Edad Inicio Consumo de Drogas”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	12 o menos años	7	50,0	50,0	50,0
	13 o más años	7	50,0	50,0	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla N° 16: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Edad Inicio Consumo de Drogas”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		12,50
Mediana		12,50
Moda		11(a)
Desv. típ.		1,698
Mínimo		9
Máximo		15

De acuerdo a la tabla N° 15, se observa que el porcentaje de sujetos que inicio su consumo a los 12 o menos años es del 50%, mientras la otra mitad comenzó su consumo desde los 13 hasta los 15 años. A su vez en la tabla N° 16, se puede ver que en esta variable la Media de la muestra es de un 12.5, la mediana también es de 12.5, existen 3 modas distintas 11, 12 y 13; La desviación estándar es de 1.698, donde la edad mínima de primer consumo que se presentó fue a los 9 años y la máxima edad de primer consumo a los 15 años.

### 2.2 Frecuencia Relativa de la Variable “Droga de Inicio”

**Tabla N° 17: Frecuencia Relativa de la Variable “Droga de Inicio”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alcohol	9	64,3	64,3	64,3
	Marihuana	4	28,6	28,6	92,9
	Cocaína	1	7,1	7,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 17, se observa que el 64.3 % de los sujetos de la muestra comenzó su consumo de sustancias con el alcohol, el 28.6% con marihuana y solo un 7.1% con cocaína.

### 2.3 Frecuencia Relativa de la Variable “Numero de Drogas que ha Consumido Alguna Vez”

**Tabla N° 18: Frecuencia Relativa de la Variable “Numero de Drogas que ha Consumido Alguna Vez”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4 o menos drogas	2	14,3	14,3	14,3
	5 a 10 drogas	4	28,6	28,6	42,9
	11 o más drogas	8	57,1	57,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla N° 19: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Número de Drogas que ha consumido Alguna Vez”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		7,50
Mediana		9,00
Moda		5(a)
Desv. típ.		3,716
Mínimo		1
Máximo		12

De acuerdo a la tabla N° 18, se observa que el porcentaje de sujetos que ha consumido 4 o menos drogas en su vida es del 14,3%, el 28,6% consumió de 8 a 10 drogas, mientras el 57,1 consumió 11 o más drogas diferentes en su vida . A su vez en la tabla N° 19, se puede ver que en esta variable la Media de la muestra es de un 7.5, la mediana es de 9, existiendo 3 modas distintas 5, 10 y 11; La desviación estándar es de

3.716, donde la cantidad mínima de drogas consumidas por alguien fue solamente una y la máxima cantidad de drogas consumidas alcanza a 12.

## 2.4 Frecuencia Relativa de la Variable “Última Sustancia Consumida”

**Tabla Nº 20: Frecuencia Relativa de la Variable “Última Sustancia Consumida”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alcohol	6	42,9	42,9	42,9
	Marihuana	2	14,3	14,3	57,1
	Pasta base	5	35,7	35,7	92,9
	Otro	1	7,1	7,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla Nº 20, se observa que el porcentaje de sujetos cuya última sustancia consumida fue alcohol, llega a 42.9 %, para el 14.3% la última sustancia consumida fue alguna clase de marihuana, el 35.7% consumió por última vez pasta base, mientras que solo un 7,1 consumió alguna otra sustancia por última vez.

## 2.5 Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Alcohol”

**Tabla Nº 21: Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Alcohol”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Una o menos veces al mes o nunca	4	28,6	28,6	28,6
	Entre una y cuatro veces al mes	2	14,3	14,3	42,9
	Dos o más veces a la semana	8	57,1	57,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla Nº 21, se observa que el porcentaje de sujetos de la muestra que en el año previo al tratamiento consumió alcohol menos de una vez al mes o nunca, alcanza al 28.6 %, el consumo entre una y cuatro veces al mes alcanzó un 14.7%, mientras que el 57.1% consumió alcohol dos o más veces a la semana.

## 2.6 Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Marihuana Natural”

**Tabla N° 22: Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Marihuana Natural”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Una o menos veces al mes o nunca	7	50,0	50,0	50,0
	Entre una y cuatro veces al mes	2	14,3	14,3	64,3
	Dos o más veces a la semana	5	35,7	35,7	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 22, se observa que el porcentaje de sujetos de la muestra que en el año previo al tratamiento consumió Marihuana natural menos de una vez al mes o nunca, alcanza al 50 %, el consumo entre una y cuatro veces al mes alcanzó un 14.3%, mientras que el 35.7 % consumió Marihuana natural dos o más veces a la semana.

## 2.7 Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Marihuana Prensada”

**Tabla N° 23: Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Marihuana Prensada”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Una o menos veces al mes o nunca	5	35,7	35,7	35,7
	Entre una y cuatro veces al mes	1	7,1	7,1	42,9
	Dos o más veces a la semana	8	57,1	57,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 23, se observa que el porcentaje de sujetos de la muestra que en el año previo al tratamiento consumió Marihuana prensada menos de una vez al mes o nunca, alcanza al 35.7%, el consumo entre una y cuatro veces al mes alcanzó un 7.1%, mientras que el 57.1 % consumió Marihuana prensada dos o más veces a la semana.

## 2.8 Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Cocaína”

**Tabla N° 24: Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Cocaína”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Una o menos veces al mes o nunca	7	50,0	50,0	50,0
	Entre una y cuatro veces al mes	5	35,7	35,7	85,7
	Dos o más veces a la semana	2	14,3	14,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 24, se observa que el porcentaje de sujetos de la muestra que en el año previo al tratamiento consumió Cocaína menos de una vez al mes o nunca, alcanza al 50 %, el consumo entre una y cuatro veces al mes alcanzó un 35.7%, mientras que el 14.3 % consumió Cocaína dos o más veces a la semana.

## 2.9 Frecuencia Relativa Variable “Frecuencia de Consumo de Pasta Base”

**Tabla N° 25: Frecuencia Relativa Variable “Frecuencia de Consumo de Pasta Base”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Una o menos veces al mes o nunca	8	57,1	57,1	57,1
	Entre una y cuatro veces al mes	1	7,1	7,1	64,3
	Dos o más veces a la semana	5	35,7	35,7	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 25, se observa que el porcentaje de sujetos de la muestra que en el año previo al tratamiento consumió Pasta base menos de una vez al mes o nunca, alcanza al 57.1 %, el consumo entre una y cuatro veces al mes alcanzó un 7.1 %, mientras que el 35.7 % consumió Pasta Base dos o más veces a la semana.

## 2.10 Frecuencia Relativa Variable “Frecuencia de Consumo de Codeína”

Tabla N° 26: Frecuencia Relativa Variable “Frecuencia de Consumo de Codeína”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Una o menos veces al mes o nunca	14	100,0	100,0	100,0

De acuerdo a la tabla N° 26, se observa que la totalidad de los sujetos de la muestra en el año previo al tratamiento consumió codeína menos de una vez al mes o nunca.

## 2.11 Frecuencia Relativa Variable “Frecuencia de Consumo de Éxtasis”

Tabla N° 27: Frecuencia Relativa Variable “Frecuencia de Consumo de Éxtasis”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Una o menos veces al mes o nunca	13	92,9	92,9	92,9
Entre una y cuatro veces al mes	1	7,1	7,1	100,0
Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 27, se observa que el porcentaje de sujetos de la muestra que en el año previo al tratamiento consumió Éxtasis menos de una vez al mes o nunca, alcanza al 92.9 %, mientras que el consumo entre una y cuatro veces al mes alcanzó un 7.1 %.

## 2.12 Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Fármacos y Psicofármacos”

**Tabla Nº 28: Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Fármacos y Psicofármacos”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Una o menos veces al mes o nunca	10	71,4	71,4	71,4
	Entre una y cuatro veces al mes	1	7,1	7,1	78,6
	Dos o más veces a la semana	3	21,4	21,4	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla Nº 28, se observa que el porcentaje de sujetos de la muestra que en el año previo al tratamiento consumió alguna clase de Fármacos o psicofármacos, salvo anfetaminas, menos de una vez al mes o nunca, alcanza al 71.4 %, el consumo entre una y cuatro veces al mes alcanzó un 7.1 %, mientras que el 21.4 % consumió Fármacos o psicofármacos dos o más veces a la semana.

## 2.13 Frecuencia Relativa Variable “Frecuencia de Consumo de Solventes”

**Tabla Nº 29: Frecuencia Relativa Variable “Frecuencia de Consumo de Solventes”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Una o menos veces al mes o nunca	13	92,9	92,9	92,9
	Dos o más veces a la semana	1	7,1	7,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla Nº 29, se observa que el porcentaje de sujetos de la muestra, que en el año previo al tratamiento consumió alguna clase de solventes químicos, menos de una vez al mes o nunca, alcanza al 92.9 %, mientras que el 7.1 % consumió solventes dos o más veces a la semana.

## 2.14 Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Anfetaminas”

**Tabla N° 30: Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Anfetaminas”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Una o menos veces al mes o nunca	10	71,4	71,4	71,4
	Entre una y cuatro veces al mes	3	21,4	21,4	92,9
	Dos o más veces a la semana	1	7,1	7,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 30, se observa que el porcentaje de sujetos de la muestra que en el año previo al tratamiento consumió Anfetaminas, menos de una vez al mes o nunca, alcanza al 71.4 %, el consumo entre una y cuatro veces al mes alcanzó un 21.4 %, mientras que el 7.1 % consumió Anfetaminas dos o más veces a la semana.

## 2.15 Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Gas”

**Tabla N° 31: Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Gas”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Una o menos veces al mes o nunca	12	85,7	85,7	85,7
	Entre una y cuatro veces al mes	1	7,1	7,1	92,9
	Dos o más veces a la semana	1	7,1	7,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 31, se observa que el porcentaje de sujetos de la muestra que en el año previo al tratamiento consumió Gas, menos de una vez al mes o nunca, alcanza al 85.7 %, el consumo entre una y cuatro veces al mes alcanzó un 7.1 %, mientras que el mismo 7.1 % consumió Gas dos o más veces a la semana.

## 2.16 Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Marciano”

**Tabla N° 32: Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Marciano”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Una o menos veces al mes o nunca	8	57,1	57,1	57,1
	Entre una y cuatro veces al mes	1	7,1	7,1	64,3
	2 o más veces a la semana	5	35,7	35,7	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 32, se observa que el porcentaje de sujetos de la muestra que en el año previo al tratamiento consumió Marciano, menos de una vez al mes o nunca, alcanza al 57.1 %, el consumo entre una y cuatro veces al mes alcanzó un 7.1 %, mientras que el 35.7 % consumió marciano dos o más veces a la semana.

## 2.17 Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Nevado”

**Tabla N° 33: Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Nevado”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Una o menos veces al mes o nunca	10	71,4	71,4	71,4
	Entre una y cuatro veces al mes	3	21,4	21,4	92,9
	Dos o más veces a la semana	1	7,1	7,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 33, se observa que el porcentaje de sujetos de la muestra, que en el año previo al tratamiento consumió Nevado, menos de una vez al mes o nunca, alcanza al 71.4 %, el consumo entre una y cuatro veces al mes alcanzó un 21.4 %, mientras que el 7.1 % consumió Nevado dos o más veces a la semana.

## 2.18 Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Otros”

**Tabla N° 34: Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de Consumo de Otros”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Una o menos veces al mes o nunca	13	92,9	92,9	92,9
	Entre una y cuatro veces al mes	1	7,1	7,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 34, se observa que el porcentaje de sujetos de la muestra que en el año previo al tratamiento consumió alguna otra sustancia no mencionada anteriormente, menos de una vez al mes o nunca, alcanza al 92.9 %, el consumo entre una y cuatro veces al mes alcanzó un 7.1 %.

## 2.19 Frecuencia Relativa Variable “Tratamientos Anteriores”

**Tabla N° 35: Frecuencia Relativa Variable “Tratamientos Anteriores”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	11	78,6	78,6	78,6
	Si	3	21,4	21,4	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 35, se observa que el 78.6 % de los sujetos de la muestra, No presenta tratamientos anteriores previos, mientras el restante 21.4 % Sí presenta tratamientos anteriores por drogodependencias y/o alcoholismo.

## 2.20 Frecuencia Relativa Variable “Días de Tratamiento”

**Tabla N° 36: Frecuencia Relativa Variable “Días de tratamiento”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	188 o menos días	8	57,1	57,1	57,1
	252 o más días	6	42,9	42,9	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla N° 37: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Días de Tratamiento”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		185,79
Mediana		173,00
Moda		25(a)
Desv. típ.		108,479
Mínimo		25
Máximo		333

De acuerdo a la tabla N° 36, se observa que el porcentaje de sujetos que lleva 188 o menos días de tratamiento alcanzan un 57.1 %, mientras que el porcentaje que lleva 252 o más días de tratamiento representan el 42.9%. A su vez en la tabla N° 37, se puede ver que en esta variable la Media de días de tratamiento de la muestra es de 185.79, la mediana es de 173, no existe una moda y la desviación estándar es de 108.479, donde el mínimo de días de tratamiento es de 25 y el máximo alcanza los 333 días.

## 2.21 Frecuencia Relativa Variable “Consumo Problemático de Alcohol o de Alguna Otra Droga en el Entorno Familiar”

**Tabla N° 38: Frecuencia Relativa Variable “Consumo Problemático de Alcohol o de Alguna Otra Droga en el Entorno Familiar”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	6	42,9	42,9	42,9
	Si	8	57,1	57,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 38, en el 42.9 % de los sujetos de la muestra, su familia No presenta consumo problemático de alcohol o de alguna otra droga en el entorno familiar, mientras que en el 57.1 % de los sujetos, dentro de su familia Sí presenta este consumo.

## 2.22 Frecuencia Relativa de la Variable “Vía de Ingreso”

**Tabla N° 39: Frecuencia Relativa de la Variable “Vía de Ingreso”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Derivación	8	57,1	57,1	57,1
	Por un familiar o amigo	4	28,6	28,6	85,7
	Por voluntad propia	2	14,3	14,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 39, se observa que el porcentaje de sujetos que llegó al centro de atención por derivación alcanza un 57.1 %, el 28.6 % llegó por un amigo o un familiar, mientras que el porcentaje de sujetos que llegó por voluntad propia llega a 14.3%.

## 2.23 Frecuencia Relativa de la Variable “Diagnóstico Clínico DSM-IV-TR”

**Tabla N° 40: Frecuencia Relativa de la Variable “Diagnóstico Clínico DSM-IV-TR”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Dependencia	9	64,3	64,3	64,3
	Abuso	5	35,7	35,7	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 40, se observa que el porcentaje de sujetos que presenta un diagnóstico clínico por dependencia a sustancias, alcanza un 64.3 %, mientras que el 35.7% restante solo cumple los criterios diagnósticos por abuso de sustancias.

## 2.24 Frecuencia Relativa de la Variable “Tratamiento Farmacológico”

**Tabla N° 41: Frecuencia Relativa de la Variable “Tratamiento Farmacológico”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	6	42,9	42,9	42,9
	Si	8	57,1	57,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla N° 41, se observa que el porcentaje de sujetos que se encuentra en tratamiento farmacológico, alcanza un 57.1 %, mientras que el 42.9% restante, No lleva tal tratamiento.

### 3 OBJETIVO ESPECÍFICO N°3 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

#### 3.1 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Depresión”

**Tabla N° 42: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Depresión”**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Bajo	2	14,3	14,3	14,3
Medio	1	7,1	7,1	21,4
Alto	11	78,6	78,6	100,0
Total	14	100,0	100,0	

**Tabla N° 43: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala Depresión”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		11,93
Mediana		13,50
Moda		10(a)
Desv. típ.		5,327
Mínimo		0
Máximo		19

De acuerdo a la tabla N° 42, se observa que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la escala de síntomas Depresión, alcanzan solo un 14.3 %, un 7.1% obtiene puntajes medios, mientras que la mayoría alcanza puntajes altos, llegando a un 78.6%. A su vez en la tabla N° 43, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de depresión en la muestra es de 11.93 la mediana es de 13.5, la moda se repite en 10, 14

y 17 puntos, dos veces; y la desviación estándar es de 5.327, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 0 y el máximo alcanza a 19 puntos.

### 3.2 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Ansiedad”

**Tabla Nº 44: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Ansiedad”**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Bajo	2	14,3	14,3	14,3
Medio	1	7,1	7,1	21,4
Alto	11	78,6	78,6	100,0
Total	14	100,0	100,0	

**Tabla Nº 45: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala Ansiedad”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		13,00
Mediana		14,50
Moda		14(a)
Desv. típ.		6,714
Mínimo		0
Máximo		22

De acuerdo a la tabla Nº 44, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la escala de síntomas de Ansiedad, alcanzan solo un 14.3 %, un 7.1% obtiene puntajes medios, mientras que la mayoría alcanza puntajes altos, llegando a un 78.6%. A su vez en la tabla Nº 45, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de ansiedad en la muestra es de 13; la mediana es de 14.5; la moda se repite en 14 y 17 puntos, 2 veces; y la desviación estándar es de 6.714, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 0 y el máximo alcanza a 22 puntos.

### 3.3 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Autoimagen”

**Tabla N° 46: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Autoimagen”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	9	64,3	64,3	64,3
	Medio	2	14,3	14,3	78,6
	Alto	3	21,4	21,4	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla N° 47: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala Autoimagen”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		28,43
Mediana		28,50
Moda		25
Desv. típ.		8,437
Mínimo		14
Máximo		41

De acuerdo a la tabla N° 46, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la escala de Autoimagen, alcanzan un 64.3 %, un 14.3% obtiene puntajes medios, mientras que el resto alcanza puntajes altos, llegando a un 21.4%. A su vez en la tabla N° 47, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de autoimagen en la muestra es de 28.43, la mediana es de 28.5, la moda es de 25; y la desviación estándar es de 8.437, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 14 y el máximo alcanza los 41 puntos.

### 3.4 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Neuroticismo”

**Tabla N° 48: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Neuroticismo”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	4	28,6	28,6	28,6
	Medio	2	14,3	14,3	42,9
	Alto	8	57,1	57,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla Nº 49: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala Neuroticismo”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		13,93
Mediana		16,00
Moda		9(a)
Desv. típ.		5,663
Mínimo		1
Máximo		21

De acuerdo a la tabla Nº 48, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la escala de Neuroticismo del IPQ, alcanzan un 28.6 %, un 14.3% obtiene puntajes medios, mientras que el resto alcanza puntajes altos, llegando a un 57.1%. A su vez en la tabla Nº 49, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de neuroticismo en la muestra es de 13.93, la mediana es de 16, la moda se repite en 9, 17 y 18 puntos, dos veces; y la desviación estándar es de 5.663, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 1 y el máximo alcanza los 21 puntos.

### 3.5 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Extroversión”

**Tabla Nº 50: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Extroversión”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	2	14,3	14,3	14,3
	Medio	3	21,4	21,4	35,7
	Alto	9	64,3	64,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla Nº 51: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala Extroversión”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		14,50
Mediana		15,50
Moda		17
Desv. típ.		4,165
Mínimo		6
Máximo		22

De acuerdo a la tabla N° 50, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la escala de Extroversión del IPQ, alcanzan un 14.3 %, un 21.4% obtiene puntajes medios, mientras que el resto, la mayoría, alcanza puntajes altos, llegando a un 64.3%. A su vez en la tabla N° 51, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de extroversión en la muestra es de 14.5, la mediana es de 15.5, la moda es de 17 y la desviación estándar de 4.165, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 6 y el máximo alcanza los 22 puntos.

### 3.6 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Psicoticismo”

**Tabla N° 52: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Psicoticismo”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Medio	3	21,4	21,4	21,4
	Alto	11	78,6	78,6	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla N° 53: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala de Psicoticismo”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		9,29
Mediana		9,00
Moda		4(a)
Desv. típ.		4,714
Mínimo		4
Máximo		22

De acuerdo a la tabla N° 52, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan medio en la escala de Psicoticismo del IPQ, alcanzan un 21.4%, mientras que el resto, la mayoría, alcanza puntajes altos, llegando a un 78.6%. A su vez en la tabla N° 53, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de psicoticismo en la muestra es de 9.29, la mediana es de 9, la moda se repite en 4 y 10 puntos, tres veces; la desviación estándar de 4.714, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 4 y el máximo alcanza los 22 puntos.

### 3.7 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala L”

**Tabla Nº 54: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala L”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	7	50,0	50,0	50,0
	Medio	4	28,6	28,6	78,6
	Alto	3	21,4	21,4	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla Nº 55: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala L”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		7,79
Mediana		7,50
Moda		5(a)
Desv. típ.		3,423
Mínimo		2
Máximo		14

De acuerdo a la tabla Nº 54, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la escala L del IPQ, alcanzan un 50%, el 28.6% obtiene puntajes medios, mientras que el resto, alcanza puntajes altos, llegando a un 21.4%. A su vez en la tabla Nº 55, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de la escala L en la muestra es de 7.79, la mediana es de 7.5, la moda se repite en 5, 6 y 12 puntos, dos veces; la desviación estándar de 3.423, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 2 y el máximo alcanza los 14 puntos.

### 3.8 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Irracionalidad Cognitiva”

**Tabla Nº 56: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Irracionalidad Cognitiva”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	8	57,1	57,1	57,1
	Medio	4	28,6	28,6	85,7
	Alto	2	14,3	14,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla Nº 57: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala Irrracionalidad Cognitiva”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		37,21
Mediana		37,50
Moda		20(a)
Desv. típ.		7,934
Mínimo		20
Máximo		52

De acuerdo a la tabla Nº 56, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la escala de Irrracionalidad Cognitiva, alcanzan un 57.1%, el 28.6% obtiene puntajes medios, mientras que el resto, alcanza puntajes altos, llegando a un 14.3%. A su vez en la tabla Nº 57, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de la escala de irracionalidad cognitiva en la muestra es de 37.21, la mediana es de 37.5, no hay moda, pues los puntajes son todos diferentes y la desviación estándar es de 7.934, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 20 y el máximo alcanza los 52 puntos.

### 3.9 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Autoeficacia”

**Tabla Nº 58: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Autoeficacia”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	9	64,3	64,3	64,3
	Medio	4	28,6	28,6	92,9
	Alto	1	7,1	7,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla Nº 59: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala Autoeficacia”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		16,21
Mediana		16,50
Moda		13(a)
Desv. típ.		3,725
Mínimo		9
Máximo		22

De acuerdo a la tabla N° 58, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la escala de Autoeficacia, alcanzan un 64.3%, el 28.6% obtiene puntajes medios, mientras que el resto, alcanza puntajes altos, llegando a un 7.1%. A su vez en la tabla N° 59, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de la escala de autoeficacia en la muestra es de 16.21, la mediana es de 3.725, la moda se repite en 13, 17 y 20 puntos, dos veces. La desviación estándar es de 3.725, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 9 y el máximo alcanza los 22 puntos.

### 3.10 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Autoestima”

**Tabla N° 60: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Autoestima”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	8	57,1	57,1	57,1
	Medio	2	14,3	14,3	71,4
	Alto	4	28,6	28,6	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla N° 61: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala Autoestima”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		34,36
Mediana		31,50
Moda		50
Desv. típ.		8,992
Mínimo		21
Máximo		50

De acuerdo a la tabla N° 60, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la escala de Autoestima, alcanzan un 57.1%, el 14.3% obtiene puntajes medios, mientras que el resto, alcanza puntajes altos, llegando a un 28.6 %. A su vez en la tabla N° 61, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de la escala de autoestima en la muestra es de 34.36, la mediana es de 31.5, la moda es de 50 y La desviación estándar es de 8.992, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 21 y el máximo alcanza los 50 puntos.

### 3.11 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Satisfacción de Necesidades”

**Tabla Nº 62: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Satisfacción de Necesidades”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	2	14,3	14,3	14,3
	Medio	4	28,6	28,6	42,9
	Alto	8	57,1	57,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla Nº 63: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala Satisfacción de Necesidades”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		34,36
Mediana		36,00
Moda		36
Desv. típ.		5,719
Mínimo		21
Máximo		43

De acuerdo a la tabla Nº 62, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la escala de Satisfacción de necesidades, alcanzan un 14.3%, el 28.6% obtiene puntajes medios, mientras que el resto, alcanza puntajes altos, llegando a un 57.1 %. A su vez en la tabla Nº 63, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de la escala de satisfacción de necesidades en la muestra es de 34.36, la mediana es de 36, la moda es de 36 y La desviación estándar es de 5.719, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 21 y el máximo alcanza los 43 puntos.

### 3.12 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Toronto-Alexitimia”

**Tabla Nº 64: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Toronto-Alexitimia”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	3	21,4	21,4	21,4
	Medio	3	21,4	21,4	42,9
	Alto	8	57,1	57,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla Nº 65: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala Alexitimia”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		40,07
Mediana		43,50
Moda		23(a)
Desv. típ.		10,103
Mínimo		23
Máximo		54

De acuerdo a la tabla Nº 64, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la escala de Toronto-Alexitimia, alcanzan un 21.4%, el mismo 21.4% obtiene puntajes medios, mientras que el resto, alcanza puntajes altos, llegando a un 57.1 %. A su vez en la tabla Nº 65, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de la escala de alexitimia en la muestra es de 40.07, la mediana es de 43.5, no hay moda, pues todos los puntajes difieren y La desviación estándar es de 10.103, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 23 y el máximo alcanza los 54 puntos.

### **3.13 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Grambrill – Ritchie” (Discomfort Emocional)**

**Tabla Nº 66: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Grambrill – Ritchie” (Discomfort Emocional)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	9	64,3	64,3	64,3
	Medio	1	7,1	7,1	71,4
	Alto	4	28,6	28,6	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla N° 67: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala Gambrill-Ritchie”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		41,07
Mediana		41,00
Moda		28(a)
Desv. típ.		14,101
Mínimo		18
Máximo		69

De acuerdo a la tabla N° 66, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la escala de Gambrill-Ritchie, que son la mayoría, alcanzan un 64.3%, un 7.1% obtiene puntajes medios, mientras que el resto, alcanza puntajes altos, llegando a un 28.6 %. A su vez en la tabla N° 67, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de la escala Gambrill-Ritchie en la muestra es de 41.07, la mediana es de 41, la moda se repite en 28 y 55 puntos, dos veces. La desviación estándar es de 14.101, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 18 y el máximo alcanza los 69 puntos.

### 3.14 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Conducta Social”

**Tabla N° 68: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Conducta Social”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	7	50,0	50,0	50,0
	Medio	2	14,3	14,3	64,3
	Alto	5	35,7	35,7	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla N° 69: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala Conducta Social”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		45,79
Mediana		45,50
Moda		19(a)
Desv. típ.		12,292
Mínimo		19
Máximo		62

De acuerdo a la tabla N° 68, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la escala de Conductas Sociales, alcanzan el 50%, un 14.3% obtiene puntajes medios, mientras que el resto, alcanza puntajes altos, llegando a un 35.7 %. A su vez en la tabla N° 69, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de la escala de Conducta social en la muestra es de 45.79, la mediana es de 45.5, no hay moda, pues todos los puntajes difieren y la desviación estándar es de 12.292, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 19 y el máximo alcanza los 62 puntos.

### 3.15 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Asertividad (Rathus)”

**Tabla N° 70: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Asertividad (Rathus)”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	2	14,3	14,3	14,3
	Medio	7	50,0	50,0	64,3
	Alto	5	35,7	35,7	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla N° 71: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala Asertividad”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		16,79
Mediana		15,00
Moda		-15(a)
Desv. típ.		19,691
Mínimo		-15
Máximo		58

De acuerdo a la tabla N° 70, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la escala de Asertividad de Rathus, alcanzan el 14.3%, un 50% obtiene puntajes medios, mientras que el resto, alcanza puntajes altos, llegando a un 35.7 %. A su vez en la tabla N° 71, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de la escala de asertividad en la muestra es de 16.79, la mediana es de 15, no hay moda, pues todos los puntajes difieren y la desviación estándar es de 19.691, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de -15 y el máximo alcanza los 58 puntos.

### 3.16 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Satisfacción Matrimonial”

**Tabla Nº 72: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Satisfacción Matrimonial”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Medio	4	28,6	66,7	66,7
	Alto	2	14,3	33,3	100,0
	Total	6	42,9	100,0	
Perdidos	Sistema	8	57,1		
Total		14	100,0		

**Tabla Nº 73: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala de Satisfacción Matrimonial”**

N	Válidos	6
	Perdidos	8
Media		45,17
Mediana		44,50
Moda		39(a)
Desv. típ.		4,708
Mínimo		39
Máximo		52

De acuerdo a la tabla Nº 72, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan medio en la escala de Satisfacción Matrimonial, alcanzan el 66.7%, mientras que el resto, alcanza puntajes altos, llegando a un 33.3 %. A su vez en la tabla Nº 73, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de la escala de satisfacción matrimonial en la muestra es de 45.17, la mediana es de 44.5, no hay moda, pues todos los puntajes difieren y la desviación estándar es de 4.708, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 39 y el máximo alcanza los 52 puntos.

### 3.17 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Perfeccionismo”

**Tabla N° 74: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala Perfeccionismo”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	11	78,6	78,6	78,6
	Medio	2	14,3	14,3	92,9
	Alto	1	7,1	7,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla N° 75: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala Perfeccionismo”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		44,57
Mediana		45,00
Moda		43
Desv. típ.		8,689
Mínimo		25
Máximo		62

De acuerdo a la tabla N° 74, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la escala de Perfeccionismo, la mayoría, alcanzan el 78.6%, un 14.3% obtiene puntajes medios, mientras que el resto, alcanza puntajes altos, llegando solo a un 7.1 %. A su vez en la tabla N° 75, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de la escala de perfeccionismo en la muestra es de 44.57, la mediana es de 45, la moda es de 43 y la desviación estándar es de 8.689, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 25 y el máximo alcanza los 62 puntos.

### 3.18 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Tolerancia a la Frustración”

**Tabla N° 76: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Tolerancia a la Frustración”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	3	21,4	21,4	21,4
	Medio	2	14,3	14,3	35,7
	Alto	9	64,3	64,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla N° 77: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Tolerancia a la Frustración”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		16,00
Mediana		16,00
Moda		19
Desv. típ.		4,261
Mínimo		9
Máximo		25

De acuerdo a la tabla N° 76, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la Escala de Tolerancia a la Frustración, alcanzan el 21.4%, un 14.3% obtiene puntajes medios, mientras que el resto, alcanza puntajes altos, llegando a un 64.3 %. A su vez en la tabla N° 77, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de la Escala de Tolerancia a la Frustración en la muestra es de 16, la mediana es de 16, la moda es de 19 y la desviación estándar es de 4.261, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 9 y el máximo alcanza los 25 puntos.

### 3.19 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Inmadurez neurológica”

**Tabla N° 78: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Inmadurez neurológica”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	2	14,3	14,3	14,3
	Medio	5	35,7	35,7	50,0
	Alto	7	50,0	50,0	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla N° 79: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala de Inmadurez neurológica”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		23,07
Mediana		16,50
Moda		14
Desv. típ.		14,830
Mínimo		3
Máximo		49

De acuerdo a la tabla N° 78, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la Escala de Inmadurez neurológica, alcanzan el 14.3%, un 35.7% obtiene puntajes medios, mientras que el resto, alcanza puntajes altos, llegando a un 50%. A su vez en la tabla N° 79, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de la Escala de Inmadurez neurológica en la muestra es de 23.07, la mediana es de 16.5, la moda es de 14 y la desviación estándar es de 14.830, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 3 y el máximo alcanza los 49 puntos.

### 3.20 Frecuencia Relativa Variable “Escala de Cuidado del Padre”

**Tabla N° 80: Frecuencia Relativa Variable “Escala de Cuidado del Padre”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	4	28,6	28,6	28,6
	Medio	6	42,9	42,9	71,4
	Alto	4	28,6	28,6	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla N° 81: Descripción Estadística de Distribución de la Variable de “Cuidado del Padre”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		24,93
Mediana		24,50
Moda		23(a)
Desv. típ.		8,642
Mínimo		10
Máximo		36

De acuerdo a la tabla N° 80, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la Escala de Cuidado del Padre, alcanzan el 28.6%, un 42.9% obtiene puntajes medios, mientras que el resto, alcanza puntajes altos, llegando a un 28.6%. A su vez en la tabla N° 81, se puede ver que en esta variable la Media de los puntajes de la Escala de Cuidado del Padre en la muestra es de 24.93, la mediana es de 24.5, la moda se repite con 23 y 35 puntos, dos veces y la desviación estándar es de 8.642, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 10 y el máximo alcanza los 36 puntos.

### 3.21 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Sobreprotección del Padre”

**Tabla N° 82: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Sobreprotección del Padre”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	1	7,1	7,1	7,1
	Medio	11	78,6	78,6	85,7
	Alto	2	14,3	14,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla Nº 83: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala de Sobreprotección del Padre”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		14,07
Mediana		14,00
Moda		9(a)
Desv. típ.		5,967
Mínimo		6
Máximo		30

De acuerdo a la tabla Nº 82, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la Escala de Sobreprotección del Padre, alcanzan el 7.1%, un 78.6%, la mayoría, obtiene puntajes medios, mientras que el resto, alcanza puntajes altos, llegando a un 14.3%. A su vez en la tabla Nº 83, se puede ver que en esta variable la Media, de los puntajes de la Escala de Sobreprotección del Padre, en la muestra es de 14.07, la mediana es de 14, la moda se repite con 9 y 16 puntos, dos veces y la desviación estándar es de 5.967, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 6 y el máximo alcanza los 30 puntos.

### 3.22 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Cuidado de la Madre”

**Tabla Nº 84: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Cuidado de la Madre”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	35,7	35,7	35,7
	Medio	5	35,7	35,7	71,4
	Alto	4	28,6	28,6	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla Nº 85: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala de Cuidado de la Madre”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		25,64
Mediana		26,00
Moda		20(a)
Desv. típ.		9,597
Mínimo		5
Máximo		38

De acuerdo a la tabla Nº 84, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan bajo en la Escala de Cuidado de la Madre, alcanzan el 35.7%, un 35.7%, obtiene puntajes medios, mientras que el resto, alcanza puntajes altos, llegando a un 28.6%. A su vez en la tabla Nº 85, se puede ver que en esta variable la Media, de los puntajes de la Escala de Cuidado de la Madre, en la muestra es de 25.64, la mediana es de 26, la moda se repite con 20 y 37 puntos, dos veces y la desviación estándar es de 9.597, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 5 y el máximo alcanza los 38 puntos.

### 3.23 Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Sobreprotección de la Madre”

**Tabla Nº 86: Frecuencia Relativa de la Variable “Escala de Sobreprotección de la Madre”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Medio	7	50,0	50,0	50,0
	Alto	7	50,0	50,0	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

**Tabla N° 87: Descripción Estadística de Distribución de la Variable “Escala de Sobreprotección de la madre”**

N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		19,43
Mediana		17,50
Moda		15
Desv. típ.		6,980
Mínimo		9
Máximo		30

De acuerdo a la tabla N° 86, se desprende que el porcentaje de sujetos que puntúan medio en la Escala de Sobreprotección de la Madre, alcanzan el 50%, la otra mitad alcanza puntajes altos. A su vez en la tabla N° 87, se puede ver que en esta variable la Media, de los puntajes de la Escala de Sobreprotección de la Madre, en la muestra es de 19.43, la mediana es de 17.5, la moda es 15 puntos y la desviación estándar es de 6.980, donde el mínimo puntaje obtenido por alguien es de 9 y el máximo alcanza los 30 puntos.

#### 4. OBJETIVO ESPECÍFICO N° 4: RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA DE CONSUMO

##### 4.1 Relaciones entre la Variable “Edad” y las Variables de Historia de Consumo.

Tabla N° 88: Cruce de frecuencias entre la Variable “Edad” y las Variables de Historia de Consumo.

	Edad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Edad de inicio de Consumo	0.073	0.804	0,311	0,577	-0.149	0.611
Droga de inicio			2,022	0,364	-	-
N° de drogas	0.117	0.568	<b>5,833</b>	<b>0,054</b>	0.125	0.671
Última sustancia consumida			<b>8,773</b>	<b>0,032</b>	-	-
F. De consumo alcohol			4,744	0,093	<b>0.582*</b>	<b>0.029</b>
F. De consumo de marihuana			0,871	0,647	0.203	0.487
F. De consumo de marihuana prensada			0,607	0,738	0.000	1.000
F. De consumo de cocaína			1,307	0,520	0.223	0.443
F. De consumo de pasta base			2,240	0,326	-0.189	0.517
F. De consumo de codeína			-	-	-	-
F. De consumo de éxtasis			0,598	0,439	0.207	0.478
F. De consumo de fármacos y psicofármacos			0,643	0,725	0.117	0.691
F. De consumo de solventes			1,938	0,164	-0.372	0.190
F. De consumo de anfetaminas			3,547	0,170	0.070	0.812
F. De consumo de gas			1,296	0,523	0.303	0.292
F. De consumo de marciano			0,607	0,738	0.000	1.000
F. De consumo de nevado			1,950	0,377	0.233	0.422
F. De consumo otros			0,598	0,439	0.207	0.478
Tratamientos anteriores			2,121	0,145	0.389	0.169
Días de tratamiento			0,026	0,872	0.043	0.884
Consumo de droga o alcohol en la familia			0,933	0,334	0.258	0.373
Via de ingreso			<b>10,189</b>	<b>0,006</b>	-0.374	0.188
Diagnostico clinico			<b>6,644</b>	<b>0,010</b>	-0.689	0.006
Tratamiento farmacologico			1,659	0,198	-0.344	0.228

#### 4.1.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Edad” y la variable “Nº de Drogas”

**Tabla Nº 89: Tabla de contingencia de las Variables “Edad” y la variable “Nº de Drogas”**

		Número de Drogas que ha consumido Alguna Vez Rango			Total
		4 o menos drogas	5 a 10 drogas	11 o más drogas	
Edad Rango	15 a 16 Años	2	0	3	5
	17 a 18 Años	0	4	5	9
Total		2	4	8	14

En la variable “Edad” el rango 17 a 18 años (donde se encuentra la mayor parte de los casos), tiende a presentar un “Número de Drogas que ha consumido Alguna Vez” de “5 a 10 drogas” u “11 o más drogas”, nadie ha consumido “4 menos drogas”. Mientras que en el Rango de 15 a 16 años las frecuencias se presentan en “5 a 10 drogas” o “11 o más drogas” Por lo tanto, cuando la edad aumenta, tiende EN GENERAL a aumentar el número de drogas consumidas alguna vez.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 5,833 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,05. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Edad” y “Número de Drogas que ha consumido Alguna Vez Rango” están relacionadas.

#### 4.1.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Edad” y la variable “Última Sustancia Consumida”

**Tabla Nº 90: Tabla de contingencia de las Variables “Edad” y la variable “Última Sustancia Consumida”**

		Última Sustancia Consumida				Total
		Alcohol	Marihuana	Pasta base	Otro	
Edad Rango	15 a 16 Años	0	2	3	0	5
	17 a 18 Años	6	0	2	1	9
Total		6	2	5	1	14

En la variable “edad”, el rango 17 a 18 años, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), la “última sustancia consumida” más frecuente es alcohol. Mientras que entre los 15 a 16 años, nadie ha consumido como última sustancia alcohol y las frecuencias se distribuyen entre “marihuana” y “pasta base”. por lo tanto, cuando la edad aumenta, tiende en general a aumentar el consumo de alcohol como ultima sustancia.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 8,773 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 3 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,032. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Edad” y “Última Sustancia Consumida” están relacionadas.

#### 4.1.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Edad” y la variable “Vía de Ingreso”

**Tabla Nº 91: Tabla de contingencia de las Variables “Edad” y la variable “Vía de Ingreso”**

		Vía de Ingreso			Total
		Derivación	Por un familiar o amigo	Por voluntad propia	
Edad Rango	15 a 16 Años	1	4	0	5
	17 a 18 Años	7	0	2	9
Total		8	4	2	14

En la variable “Edad”, el rango 17 a 18 años, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), la “Vía de Ingreso” se presenta mayoritariamente como derivación y no hay casos de derivación por familiar o amigo. Mientras que entre los “15 a 16 años”, la derivación se presenta mayoritariamente por “familiares o amigos”. Por lo tanto, cuando la edad aumenta, tiende, en general, a aumentar el ingreso por derivación, en desmedro del ingreso por familia o amigos.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 10,189 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,006. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Edad” y “Vía de Ingreso” están relacionadas.

#### 4.1.4 Cruce de Frecuencias de las Variables “Edad” y la variable “Diagnóstico Clínico del DSM-IV”

**Tabla Nº 92: Tabla de contingencia de las Variables “Edad” y la variable “Diagnóstico Clínico del DSM-IV”**

		Diagnóstico Clínico DSM-IV-TR		Total
		Dependencia	Abuso	
Edad Rango	15 a 16 Años	1	4	5
	17 a 18 Años	8	1	9
Total		9	5	14

En la variable “Edad” el rango “17 a 18 años”, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), el “Diagnóstico Clínico del DSM-IV” se presenta mayoritariamente como dependencia. Mientras que entre los 15 a 16 años, el diagnostico se presenta mayoritariamente como abuso. Por lo tanto, cuando la edad aumenta, tiende, en general, a aumentar el diagnóstico de “dependencia a sustancias”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,644 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 1 grado de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,01. Puesto que esta

probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Edad” y “Diagnóstico Clínico del DSM-IV” están relacionadas.

#### **4.1.5 Cruce de Frecuencias de las Variables “Edad” y “Frecuencia de Consumo Alcohol”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Edad” y “Frecuencia de Consumo Alcohol”, indica que éstas presentan una correlación directa, moderada a alta de 0.582 y una significancia de 0,029 con un 95% de confianza, bilateral. (A medida que la Edad aumenta, aumenta la frecuencia de consumo de alcohol).

#### 4.2 Relaciones entre la Variable “Sexo” y las Variables de Historia de Consumo.

Tabla Nº 93: Cruce de frecuencias entre la Variable “Sexo” y las Variables de Historia de Consumo.

	Sexo					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Edad de inicio de Consumo	.	.	0,000	1,000		
Droga de inicio	.	.	0,843	0,656		
Nº de drogas	.	.	2,771	0,250		
Ultima sustancia consumida	.	.	5,289	0,152		
F. De consumo alcohol	.	.	0,729	0,694		
F. De consumo de marihuana	.	.	<b>6,125</b>	<b>0,047</b>		
F. De consumo de marihuana prensada	.	.	<b>7,160</b>	<b>0,028</b>		
F. De consumo de cocaína	.	.	1,692	0,429		
F. De consumo de pasta base	.	.	3,077	0,215		
F. De consumo de codeína	.	.	.	.		
F. De consumo de éxtasis	.	.	0,808	0,369		
F. De consumo de fármacos y psicofármacos	.	.	3,792	0,150		
F. De consumo de solventes	.	.	0,808	0,369		
F. De consumo de anfetaminas	.	.	1,069	0,586		
F. De consumo de gas	.	.	3,111	0,211		
F. De consumo de marciano	.	.	2,567	0,277		
F. De consumo de nevado	.	.	1,069	0,586		
F. De consumo otros	.	.	0,808	0,369		
Tratamientos anteriores	.	.	0,141	0,707		
Días de tratamiento	.	.	0,219	0,640		
Consumo de droga o alcohol en la familia	.	.	0,389	0,533		
Vía de ingreso	.	.	0,729	0,694		
Diagnostico clínico	.	.	1,659	0,198		
Tratamiento farmacologico	.	.	0,219	0,640		

#### 4.2.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Sexo” y la variable “Frecuencia de Consumo de Marihuana Natural”

**Tabla N° 94: Tabla de contingencia de las Variables “Sexo” y la variable “Frecuencia de Consumo de Marihuana Natural”**

		Frecuencia de Consumo de Marihuana Natural Rango			Total
		Una o menos veces al mes o nunca	Entre una y cuatro veces al mes	Dos o más veces a la semana	
Sexo	Mujer	5	1	0	6
	Hombre	2	1	5	8
Total		7	2	5	14

En la variable “sexo” la categoría hombres (donde se encuentra la mayor parte de los casos), se presenta mayoritariamente un consumo con una frecuencia de “2 o más veces por semana”. Mientras que la categoría Mujeres presentan mayoritariamente una frecuencia de consumo de “una o menos veces al mes o nunca”. Por lo tanto, los hombres tienden, en general, una mayor frecuencia de consumo de marihuana natural.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,125 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,047. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Sexo” y “Frecuencia de Consumo de Marihuana Natural” están relacionadas.

#### 4.2.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Sexo” y la variable “Frecuencia de Consumo de Marihuana Prensada”

**Tabla N° 95: Tabla de contingencia de las Variables “Sexo” y la variable “Frecuencia de Consumo de Marihuana Prensada”**

		Frecuencia de Consumo Marihuana Prensada			Total
		Rango			
		Una o menos veces al mes o nunca	Entre una y cuatro veces al mes	Dos o más veces a la semana	
Sexo	Mujer	4	1	1	6
	Hombre	1	0	7	8
Total		5	1	8	14

En la variable “sexo” la categoría hombres (donde se encuentra la mayor parte de los casos), se presenta mayoritariamente un consumo con una frecuencia de “2 o más veces por semana”. Mientras que la categoría mujeres presentan mayoritariamente una frecuencia de consumo de “una o menos veces al mes o nunca”. Por lo tanto, los hombres tienden, en general, una mayor frecuencia de consumo de marihuana Prensada.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 7,160 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,028. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Sexo” y “Frecuencia de Consumo de Marihuana Prensada” están relacionadas.

### 4.3 Relaciones entre la Variable “Estado Civil” y las Variables de Historia de Consumo.

Tabla N° 96: Cruce de frecuencias entre la Variable “Estado Civil” y las Variables de Historia de Consumo.

	Estado Civil					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Edad de inicio de Consumo	-	-	0,000	1,000	0,000	1,000
Droga de inicio	-	-	1,264	0,867	-0,044	0,882
N° de drogas	-	-	1,094	0,895	-0,100	0,734
Ultima sustancia consumida	-	-	8,575	0,199	0,087	0,767
F. De consumo alcohol	-	-	2,625	0,622	0,133	0,650
F. De consumo de marihuana	-	-	3,175	0,529	-0,390	0,168
F. De consumo de marihuana prensada	-	-	6,125	0,190	<b>-0,557*</b>	<b>0,039</b>
F. De consumo de cocaína	-	-	<b>10,000</b>	<b>0,040</b>	-0,179	0,541
F. De consumo de pasta base	-	-	2,450	0,654	-0,203	0,487
F. De consumo de codeína	-	-			-	.
F. De consumo de éxtasis	-	-	0,808	0,668	-0,232	0,425
F. De consumo de fármacos y psicofármacos	-	-	5,075	0,280	-0,318	0,268
F. De consumo de solventes	-	-	0,808	0,668	-0,232	0,425
F. De consumo de anfetaminas	-	-	1,575	0,813	-0,280	0,331
F. De consumo de gas	-	-	5,833	0,212	0,341	0,233
F. De consumo de marciano	-	-	7,044	0,134	0,025	0,932
F. De consumo de nevado	-	-	1,575	0,813	-0,280	0,331
F. De consumo otros	-	-	0,808	0,668	-0,232	0,425
Tratamientos Anteriores	-	-	0,636	0,727	-0,146	0,619
Días de Tratamiento	-	-	0,219	0,896	0,121	0,681
Consumo problemático de alcohol y/o drogas en la familia	-	-	0,219	0,896	-0,121	0,681
Vía de ingreso			2,188	0,701	-0,200	0,493
Diagnóstico clínico			3,111	0,211	-0,249	0,390
Tratamiento farmacológico	-	-	0,729	0,694	0,121	0,681

#### 4.3.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Estado Civil” y la variable “Frecuencia de Consumo de Cocaína”

**Tabla Nº 97: Tabla de contingencia de las Variables “Estado Civil” y la variable “Frecuencia de Consumo de Cocaína”**

		Frecuencia de Consumo de Cocaína en Rango			Total
		Una o menos veces al mes o nunca	Entre una y cuatro veces al mes	Dos o más veces a la semana	
Estado Civil	Sin Pareja	3	5	0	8
	Con Pareja	2	0	2	4
	Convivencia	2	0	0	2
Total		7	5	2	14

En la variable “estado civil” la categoría sin pareja, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), la “frecuencia de consumo de cocaína” se presenta tanto “entre 1 a 4 veces al mes”, como en “una o menos veces al mes o nunca”. los casos de la categoría “con pareja” consumen en el rango “menos de una vez al mes o nunca” o “más de dos veces a la semana”. Por su parte la categoría “convivencia” tienden a presentar mayoritariamente una frecuencia de “menos de una vez al mes o nunca”. por lo tanto, los solteros tienden en general a estabilizar la frecuencia de cocaína en el rango “1 a 4 veces al mes”, mientras los con pareja no consumen o lo hacen varias veces a la semana, los convivientes presentan una menor frecuencia de consumo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 5,833 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,05. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Cocaína en Rango” están relacionadas.

#### 4.3.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo Marihuana Prensada”.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Estado Civil” y “Frecuencia de Marihuana Prensada”, indica que éstas, presentan una correlación indirecta, moderada a alta de 0.557 y una significancia de 0,040 con un 95% de

confianza, bilateral. (A medida que aumenta el compromiso de la relación y se llega a la convivencia, disminuye la frecuencia de consumo de Marihuana prensa

#### 4.4 Relaciones entre la Variable “Centro de Atención” y las Variables de Historia de Consumo.

Tabla Nº 98: Cruce de frecuencias entre la Variable “Centro de Atención” y las Variables de Historia de Consumo.

	Centro de atención.					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Edad de inicio de Consumo	-	-	7,778	0,005		
Droga de inicio	-	-	6,862	0,032		
Nº de drogas	-	-	5,833	0,054		
Ultima sustancia consumida	-	-	2,966	0,397		
F. De consumo alcohol	-	-	4,744	0,093		
F. De consumo de marihuana	-	-	0,373	0,830		
F. De consumo de marihuana prensada	-	-	1,804	0,406		
F. De consumo de cocaína	-	-	2,862	0,239		
F. De consumo de pasta base	-	-	6,704	0,035		
F. De consumo de codeína	-	-				
F. De consumo de éxtasis	-	-	1,938	0,164		
F. De consumo de fármacos y psicofármacos	-	-	4,127	0,127		
F. De consumo de solventes	-	-	1,938	0,164		
F. De consumo de anfetaminas	-	-	4,127	0,127		
F. De consumo de gas	-	-	2,385	0,303		
F. De consumo de marciano	-	-	10,516	0,005		
F. De consumo de nevado	-	-	4,127	0,127		
F. De consumo otros	-	-	1,938	0,164		
Tratamientos Anteriores	-	-	0,009	0,923		
Días de Tratamiento	-	-	0,933	0,334		
Consumo problemático de alcohol y/o drogas en la familia	-	-	1,659	0,198		
Vía de ingreso			0,389	0,823		
Diagnóstico clínico			1,998	0,158		
Tratamiento farmacológico	-	-	0,933	0,334		

#### 4.4.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Centro de Atención” y la variable “Edad Inicio de Consumo”

**Tabla Nº 99: Tabla de contingencia de las Variables “Centro de Atención” y la variable “Edad Inicio de Consumo”.**

	Edad Inicio Consumo de Drogas Rango 2		Total
	12 o menos años	13 o más años	
Centro de Atención de CTA H.G.F.	2	7	9
CT Los Morros	5	0	5
Total	7	7	14

En la variable “Centro de Atención” se observa que la categoría CTA del Hospital Gustavo Fricke, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), se presenta mayoritariamente una “edad de inicio de consumo” de “13 o más años”. Mientras que en el CT Los morros, la “edad de inicio de consumo” se presenta en el rango de los “12 o menos años”. por lo tanto, en el CTA H.G.F tienden, en general, a un consumo desde los “13 años o más”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 7,778 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 1 grado de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,005. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Centro de Atención” y “Edad Inicio de Consumo” están relacionadas.

#### 4.4.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Centro de Atención” y la variable “Droga de Inicio”

**Tabla Nº 100: Tabla de contingencia de las Variables “Centro de Atención” y la variable “Droga de Inicio”**

	Droga de Inicio			Total
	Alcohol	Marihuana	Cocaína	
Centro de Atención CTA H.G.F.	8	1	0	9
CT Los Morros	1	3	1	5
Total	9	4	1	14

En la variable “Centro de Atención” el CTA del Hospital Gustavo Fricke, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), se presenta mayoritariamente como “droga de inicio” de consumo el alcohol. Mientras que en el CT Los morros, la “droga de inicio” no presentan una tendencia clara, siendo la que tiene más casos la “marihuana”. Por lo tanto, en el CTA H.G.F tienden, en general, a consumir como primera sustancia “Alcohol”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,862 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,032. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Centro de Atención” y “droga de Inicio” están relacionadas.

#### 4.4.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Centro de Atención” y la variable “Números de Drogas Consumidas Alguna Vez”

**Tabla Nº 101: Tabla de contingencia de las Variables “Centro de Atención” y la variable “Números de Drogas Consumidas Alguna Vez”**

	Número de Drogas que ha consumido Alguna Vez Rango			Total
	4 o menos drogas	5 a 10 drogas	11 o más drogas	
Centro de Atención CTA H.G.F.	2	4	3	9
CT Los Morros	0	0	5	5
Total	2	4	8	14

En la variable “Centro de Atención” la categoría CTA del Hospital Gustavo Fricke, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), no se presentan tendencias claras con respecto al “número de sustancias alguna vez consumidas”. Mientras que en el CT Los morros, se observa que el “número de drogas algunas vez consumidas” se eleva a “11 o más drogas” en todos los casos. Por lo tanto, en el CTA Los Morros tienden, en general, a consumir alguna vez un numero más alto de drogas, 11 o más.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 5,833 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,05. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Centro de Atención” y “Números de Drogas Consumidas Alguna Vez” están relacionadas.

#### 4.4.4 Cruce de Frecuencias de las Variables “Centro de Atención” y la variable “Frecuencia de Consumo Pasta Base”

Tabla Nº 102: Tabla de contingencia de las Variables “Centro de Atención” y la variable “Frecuencia de Consumo Pasta Base”

	Frecuencia de Consumo de Pasta Base Rango			Total
	Una o menos veces al mes o nunca	Entre una y cuatro veces al mes	Dos o más veces a la semana	
Centro de Atención CTA H.G.F.	7	1	1	9
CT Los Morros	1	0	4	5
Total	8	1	5	14

En la variable “Centro de Atención” la categoría CTA H.G.F, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), se presenta mayoritariamente una frecuencia de consumo de “menos de una vez al mes o nunca”. Mientras que en el CT Los morros se presenta mayoritariamente una frecuencia de “dos o más veces a la semana”. Por lo tanto, en el CTA Los Morros tienden, en general, a una mayor frecuencia de consumo de Pasta Base.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,704 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,035. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Centro de Atención” y “Frecuencia de Consumo de Pasta Base” están relacionadas.

#### 4.4.5 Cruce de Frecuencias de las Variables “Centro de Atención” y la variable “Frecuencia de Consumo Marciano”

Tabla Nº 103: Tabla de contingencia de las Variables “Centro de Atención” y la variable “Frecuencia de Consumo Marciano”

	Frecuencia de Consumo de Marciano Rango			Total
	Una o menos veces al mes o nunca	Entre una y cuatro veces al mes	2 o más veces a la semana	
Centro de Atención CTA H.G.F.	8	0	1	9
CT Los Morros	0	1	4	5
Total	8	1	5	14

En la variable “Centro de Atención” la categoría CTA H.G.F, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), se presenta mayoritariamente un consumo con una frecuencia de consumo de “menos de una vez al mes o nunca”. Mientras que en el CT Los morros se presenta mayoritariamente una frecuencia de consumo de “dos o más veces a la semana”. Por lo tanto, en el CTA Los Morros tienden, en general, a una mayor frecuencia de consumo de Marciano.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 10,516 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,005. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Centro de Atención” y “Frecuencia de Consumo de Marciano” están relacionadas.

#### 4.5 Relaciones entre la Variable “Escolaridad” y las Variables de Historia de Consumo.

Tabla N° 104: Cruce de frecuencias entre la Variable “Escolaridad” y las Variables de Historia de Consumo.

	Escolaridad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Edad de inicio de Consumo	-	-	0,000	1,000	0,000	1,000
Droga de inicio	-	-	1,296	0,523	0,300	0,298
N° de drogas	-	-	1,750	0,417	-0,342	0,232
Ultima sustancia consumida	-	-	3,111	0,375	0,216	0,458
F. De consumo alcohol	-	-	0,729	0,694	0,114	0,698
F. De consumo de marihuana	-	-	4,200	0,122	-0,500	0,069
F. De consumo de marihuana prensada	-	-	1,750	0,417	-0,346	0,226
F. De consumo de cocaína	-	-	4,200	0,122	-0,278	0,336
F. De consumo de pasta base	-	-	0,321	0,852	-0,086	0,769
F. De consumo de codeína	-	-	.	.	.	.
F. De consumo de éxtasis	-	-	0,179	0,672	0,113	0,700
F. De consumo de fármacos y psicofármacos	-	-	<b>8,556</b>	<b>0,014</b>	<b>-0,703**</b>	<b>0,005</b>
F. De consumo de solventes	-	-	<b>6,462</b>	<b>0,011</b>	<b>-0,679**</b>	<b>0,008</b>
F. De consumo de anfetaminas	-	-	<b>8,556</b>	<b>0,014</b>	<b>-0,703**</b>	<b>0,005</b>
F. De consumo de gas	-	-	0,389	0,823	0,166	0,570
F. De consumo de marciano	-	-	0,321	0,852	-0,086	0,769
F. De consumo de nevado	-	-	<b>8,556</b>	<b>0,014</b>	<b>-0,703**</b>	<b>0,005</b>
F. De consumo otros	-	-	0,179	0,672	0,113	0,700
Tratamientos Anteriores	-	-	0,636	0,425	0,213	0,464
Días de Tratamiento	-	-	3,111	0,078	-0,471	0,089
Consumo problemático de alcohol y/o drogas en la familia	-	-	1,750	0,186	-0,354	0,215
Vía de ingreso			2,771	0,250	-0,171	0,559
Diagnóstico clínico			0,207	0,649	-0,122	0,679
Tratamiento farmacológico	-	-	1,750	0,186	-0,354	0,215

#### 4.5.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Escolaridad” y la variable “Frecuencia de Consumo Fármacos y Psicofármacos”

Tabla Nº 105: Tabla de contingencia de las Variables “Escolaridad” y la variable “Frecuencia de Consumo Fármacos y Psicofármacos”

		Frecuencia de Consumo de Fármacos y Psicofármacos Rango			Total
		Una o menos veces al mes o nunca	Entre una y cuatro veces al mes	Dos o más veces a la semana	
Escolaridad Rango	Educación Básica Incompleta	0	0	2	2
	Educación Media Incompleta	10	1	1	12
Total		10	1	3	14

En la variable “Escolaridad” la categoría de Educación Media Incompleta, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), se presenta mayoritariamente un consumo con una frecuencia de consumo de “menos de una vez al mes o nunca”. Mientras que quienes tienen incompleta la educación básica, presentan mayoritariamente una frecuencia de consumo de “dos o más veces por semana”. Por lo tanto, quienes tienen educación media incompleta tienden, en general, a una menor frecuencia de consumo de Fármacos y Psicofármacos.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 8,556 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,005. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Centro de Atención” y “Frecuencia de Consumo de Fármacos y Psicofármacos” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Escolaridad” y “Frecuencia de Consumo Fármacos y Psicofármacos”, indica que éstas presentan una correlación indirecta, moderada a alta de -0.703 y una significancia de 0,005 con un 99% de confianza, bilateral. (A medida que la Escolaridad aumenta, disminuye la frecuencia de consumo de Fármacos y Psicofármacos)

#### 4.5.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Escolaridad” y la variable “Frecuencia de Consumo Solventes”

**Tabla Nº 106: Tabla de contingencia de las Variables “Escolaridad” y la variable “Frecuencia de Consumo Solventes”**

		Frecuencia de Consumo de Solventes Rango		Total
		Una o menos veces al mes o nunca	Dos o más veces a la semana	
Escolaridad Rango	Educación Básica Incompleta	1	1	2
	Educación Media Incompleta	12	0	12
Total		13	1	14

En la variable “Escolaridad” la categoría de Educación Media Incompleta, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), se presenta mayoritariamente un consumo con una frecuencia de consumo de “menos de una vez al mes o nunca”. mientras que quienes tienen incompleta la educación básica, no presentan una frecuencia de consumo de con alguna tendencia. Por lo tanto, quienes tienen educación media incompleta tienden, en general, a una menor frecuencia de consumo de Solventes.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,462 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 1 grado de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,011. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Escolaridad” y “Frecuencia de Consumo de Solventes” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Escolaridad” y “Frecuencia de Consumo de Solventes”, indica que éstas presentan una correlación indirecta, moderada a alta de -0,679 y una significancia de 0,008 con un 99% de confianza, bilateral. (A medida que la Escolaridad aumenta, disminuye la frecuencia de consumo de Solventes)

#### 4.5.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Escolaridad” y la variable “Frecuencia de Consumo Anfetaminas”

Tabla Nº 107: Tabla de contingencia de las Variables “Escolaridad” y la variable “Frecuencia de Consumo Anfetaminas”

		Frecuencia de Consumo de Anfetaminas			Total
		Rango			
Escolaridad Rango		Una o menos veces al mes o nunca	Entre una y cuatro veces al mes	Dos o más veces a la semana	
	Educación Básica Incompleta	0	1	1	2
	Educación Media Incompleta	10	2	0	12
Total		10	3	1	14

En la variable “Escolaridad” la categoría de Educación Media Incompleta, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), se presenta mayoritariamente un consumo con una frecuencia de consumo de “menos de una vez al mes o nunca”. Mientras que quienes tienen incompleta la educación básica, no presentan una frecuencia de consumo de con alguna tendencia. Por lo tanto, quienes tienen educación media incompleta tienden, en general, a una menor frecuencia de consumo de Anfetaminas.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 8,556 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,014. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Escolaridad” y “Frecuencia de Consumo de Anfetaminas” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Escolaridad” y “Frecuencia de Consumo de Anfetaminas”, indica que éstas presentan una correlación indirecta, moderada a alta de -0,703 y una significancia de 0,005 con un 99% de confianza, bilateral. (A medida que la Escolaridad aumenta, disminuye la frecuencia de consumo de Anfetaminas)

#### 4.5.4 Cruce de Frecuencias de las Variables “Escolaridad” y la variable “Frecuencia de Consumo Nevado”

Tabla Nº 108: Tabla de contingencia de las Variables “Escolaridad” y la variable “Frecuencia de Consumo Nevado”

		Frecuencia de Consumo de Nevado Rango			Total
		Una o menos veces al mes o nunca	Entre una y cuatro veces al mes	Dos o más veces a la semana	
Escolaridad Rango	Educación Básica Incompleta	0	1	1	2
	Educación Media Incompleta	10	2	0	12
Total		10	3	1	14

En la variable “Escolaridad” la categoría de Educación Media Incompleta, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), se presenta mayoritariamente un consumo con una frecuencia de consumo de “menos de una vez al mes o nunca”. Mientras que quienes tienen incompleta la educación básica, no presentan una frecuencia de consumo de con alguna tendencia. Por lo tanto, quienes tienen educación media incompleta tienden, en general, a una menor frecuencia de consumo de Nevado.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 8,556 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,014. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Escolaridad” y “Frecuencia de Consumo de Nevado” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Escolaridad” y “Frecuencia de Consumo de Nevado”, indica que éstas presentan una correlación indirecta, moderada a alta de -0,703 (a medida que la Escolaridad aumenta, disminuye la frecuencia de consumo de Nevado) y una significancia de 0,005 con un 99% de confianza, bilateral.

#### 4.6 Relaciones entre la Variable “Actividad Actual” y las Variables de Historia de Consumo.

Tabla Nº 109: Cruce de frecuencias entre la Variable “Actividad Actual” y las Variables de Historia de Consumo.

	Actividad actual					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Edad de inicio de Consumo			2,571	0,109		
Droga de inicio			1,111	0,574		
Nº de drogas			2,500	0,287		
Ultima sustancia consumida			3,467	0,325		
F. De consumo alcohol			0	1		
F. De consumo de marihuana			0,343	0,842		
F. De consumo de marihuana prensada			1,200	0,549		
F. De consumo de cocaína			3,486	0,175		
F. De consumo de pasta base			1,200	0,549		
F. De consumo de codeína			-	-		
F. De consumo de éxtasis			1,077	0,299		
F. De consumo de fármacos y psicofármacos			1,733	0,420		
F. De consumo de solventes			1,077	0,299		
F. De consumo de anfetaminas			1,733	0,420		
F. De consumo de gas			2,333	0,311		
F. De consumo de marciano			1,700	0,427		
F. De consumo de nevado			1,733	0,420		
F. De consumo otros			1,077	0,299		
Tratamientos anteriores			0,424	0,515		
Días de tratamiento			<b>4,667</b>	<b>0,031</b>		
Consumo de droga o alcohol en la familia			<b>4,667</b>	<b>0,031</b>		
Vía de ingreso			<b>6,500</b>	<b>0,039</b>		
Diagnostico clínico			0,311	0,577		
Tratamiento farmacológico			0	1		

#### 4.6.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Actividad Actual” y la variable “Días de Tratamiento”

**Tabla N° 110: Tabla de contingencia de las Variables “Actividad Actual” y la variable “Días de Tratamiento”**

		Días de Tratamiento		Total
		Rango 188 o menos días	252 o más días	
Actividad Actual	Fuera del Colegio	2	5	7
	Estudiando	6	1	7
Total		8	6	14

En la variable “Actividad Actual” en la categoría Estudiando, se presenta mayoritariamente en el rango 188 o menos días de tratamiento. Mientras que quienes están en la categoría no estudiando actualmente, presentan 252 o más días de tratamiento. Por lo tanto, quienes están actualmente estudiando tienden, en general, a llevar más tiempo de tratamiento.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 4,667 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 1 grado de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,031. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Actividad Actual” y “Días de Tratamiento” están relacionadas.

#### 4.6.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Actividad Actual” y la variable “Consumo Problemático de Alcohol o de Alguna Otra Droga en la Familia”

Tabla Nº 111: Tabla de contingencia de las Variables “Actividad Actual” y la variable.

#### “Consumo Problemático de Alcohol o de Alguna Otra Droga en la Familia”

		Consumo Problemático de Alcohol o de Alguna Otra Droga en la Familia		Total
		No	Si	
Actividad Actual	Fuera del Colegio	1	6	7
	Estudiando	5	2	7
Total		6	8	14

En la variable “Actividad Actual” la categoría Estudiando, mayoritariamente no presenta “Consumo Problemático de Alcohol o de Alguna Otra Droga en la Familia”. mientras que quienes no están estudiando actualmente, si se presentan mayoritariamente “consumo problemático de alcohol o de alguna otra droga en la familia”. Por lo tanto, quienes No están actualmente estudiando tienden, en general, a tener familiares con consumo problemático de sustancias.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 4,667 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 1 grado de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,031. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independenciam y concluir que las variables “Actividad Actual” y “Días de Tratamiento” están relacionadas.

#### 4.6.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Actividad Actual” y la variable “Vía de Ingreso”

**Tabla N° 112: Tabla de contingencia de las Variables “Actividad Actual” y la variable “Vía de Ingreso”**

		Vía de Ingreso			Total
		Derivación	Por un familiar o amigo	Por voluntad propia	
Actividad Actual	Fuera del Colegio Estudiando	5	0	2	7
		3	4	0	7
Total		8	4	2	14

En la variable “Actividad Actual” la categoría Fuera del colegio, se presenta mayoritariamente como “Vía de Ingreso” por medio de Derivación. Mientras que quienes no están estudiando actualmente, no presentan una tendencia clara. Por lo tanto, quienes están actualmente no están estudiando tienden, en general, a entrar al centro de atención por derivación.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,500 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 1 grado de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,039. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Actividad Actual” y “Vía de Ingreso” están relacionadas.

**4.7 Relaciones entre la Variable “Repitencia de curso” y las Variables de Historia de Consumo.**

**Tabla Nº 113: Cruce de frecuencias entre la Variable “Repitencia de curso” y las Variables de Historia de Consumo.**

	Repitencia de curso.					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Edad de inicio de Consumo	-	-	1,400	0,237		
Droga de inicio	-	-	1,478	0,478		
Nº de drogas	-	-	,372	,254		
Ultima sustancia consumida	-	-	5,017	0,171		
F. De consumo alcohol	-	-	1,750	0,417		
F. De consumo de marihuana	-	-	0,630	0,730		
F. De consumo de marihuana prensada	-	-	3,833	0,147		
F. De consumo de cocaína	-	-	5,600	0,061		
F. De consumo de pasta base	-	-	4,200	0,122		
F. De consumo de codeína	-	-	-	-		
F. De consumo de éxtasis	-	-	0,431	0,512		
F. De consumo de fármacos y psicofármacos	-	-	2,240	0,326		
F. De consumo de solventes	-	-	0,431	0,512		
F. De consumo de anfetaminas	-	-	2,240	0,326		
F. De consumo de gas	-	-	2,975	0,226		
F. De consumo de marciano	-	-	4,813	0,090		
F. De consumo de nevado	-	-	2,240	0,326		
F. De consumo otros	-	-	0,431	0,512		
Tratamientos Anteriores	-	-	1,527	0,217		
Días de Tratamiento	-	-	0,117	0,733		
Consumo problemático de alcohol y/o drogas en la familia	-	-	0,729	0,393		
Vía de ingreso			1,138	0,566		
Diagnóstico clínico			0,498	0,480		
Tratamiento farmacológico	-	-	2,363	0,124		

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable “Repitencia de curso” y las Variables de Historia de Consumo, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

#### 4.8 Relaciones entre la Variable “Estrato Socio-económico familiar” y las Variables de Historia de Consumo.

Tabla Nº 114: Cruce de frecuencias entre la Variable “Estrato Socio-económico familiar” y las Variables de Historia de Consumo.

	Estrato Socio-Económico familiar					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Edad de inicio de Consumo			4,667	,031	0.577*	0.031
Droga de inicio			5,833	,054		
Nº de drogas			8,385	,015	-0.604*	0.022
Ultima sustancia consumida			3,656	0,301		
F. De consumo alcohol			4,302	0,116	0.523	0.055
F. De consumo de marihuana			4,900	0,086	-0.511	0.062
F. De consumo de marihuana prensada			2,975	0,226	-0.367	0.197
F. De consumo de cocaína			4,900	0,086	-0.589*	0.027
F. De consumo de pasta base			6,344	0,042	-0.550*	0.041
F. De consumo de codeína			-	-	-	-
F. De consumo de éxtasis			0,808	0,369	-0.240	0.408
F. De consumo de fármacos y psicofármacos			4,200	0,122	-0.542*	0.045
F. De consumo de solventes			0,808	0,369	-0.240	0.408
F. De consumo de anfetaminas			4,200	0,122	-0.542*	0.045
F. De consumo de gas			2,090	0,352	0.088	0.764
F. De consumo de marciano			7,875	0,019	-0.734**	0.003
F. De consumo de nevado			4,200	0,122	-0.542*	0.045
F. De consumo otros			0,808	0,369	-0.240	0.408
Tratamientos anteriores			0,141	0,707		
Días de tratamiento			0,389	0,533	-0.167	0.569
Consumo de droga o alcohol en la familia			0,219	0,640		
Vía de ingreso			1,750	0,417		
Diagnostico clínico			1,659	0,198		
Tratamiento farmacológico			0,389	0,533		

#### 4.8.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Estrato Socio-económico familiar” y la variable “Edad Inicio de Consumo”

Tabla Nº 115: Tabla de contingencia de las Variables “Estrato Socio-económico familiar” y la variable “Edad Inicio de Consumo”.

		Edad Inicio Consumo de Drogas Rango 2		Total
		12 o menos años	13 o más años	
Estrato Socioeconómico Familiar Rango	Clase Baja	6	2	8
	Clase Media	1	5	6
Total		7	7	14

En la variable “Estrato Socio-económico familiar”, la categoría clase baja, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), presenta mayoritariamente una edad de inicio de consumo en el rango de “12 años o menos”. Mientras que quienes están en el estrato de clase media; se presenta la edad de inicio de consumo en el rango de “13 o más años”. Por lo tanto, quienes están en el estrato social de clase baja tienden, en general, a consumir por primera vez a menor edad, desde 12 o menos años.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 4,667 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 1 grado de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,031. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Estrato Socio-económico familiar” y “Edad Inicio Consumo de Drogas” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Estrato Socio-económico Familiar” y “Edad Inicio de Consumo”, indica que éstas presentan una correlación indirecta, moderada a alta de 0.577 y una significancia de 0,031 con un 95% de confianza, bilateral. (A medida que aumenta el estrato socio-económico, según esta escala, disminuye la Edad de Inicio de Consumo)

**4.8.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Estrato Socio-económico familiar” y la variable “Droga de Inicio”.**

**Tabla Nº 116: Tabla de contingencia de las Variables “Estrato Socio-económico familiar” y la variable “Droga de Inicio”.**

		Droga de Inicio			Total
		Alcohol	Marihuana	Cocaína	
Estrato Socioeconómico Familiar Rango	Clase Baja	3	4	1	8
	Clase Media	6	0	0	6
	Total	9	4	1	14

En la variable “Estrato Socio-económico familiar”, la categoría clase baja, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), no se presenta una tendencia respecto a la droga de inicio. Mientras que quienes están en el estrato de clase media; se presenta mayoritariamente “Alcohol” como la sustancia de inicio de consumo. Por lo tanto, quienes están en el estrato social de clase media tienden, EN GENERAL, a consumir por primera vez Alcohol.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 5,833 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,05. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Estrato Socio-económico familiar” y “Droga de Inicio” están relacionadas.

**4.8.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Estrato Socio-económico familiar” y la variable “Número de Drogas que ha consumido Alguna Vez”.**

**Tabla Nº 117: Tabla de contingencia de las Variables “Estrato Socio-económico familiar” y la variable “Número de Drogas que ha consumido Alguna Vez”.**

		Número de Drogas que ha consumido Alguna Vez Rango			Total
		4 o menos drogas	5 a 10 drogas	11 o más drogas	
Estrato Socioeconómico Familiar Rango	Clase Baja	1	0	7	8
	Clase Media	1	4	1	6
	Total	2	4	8	14

En la variable “Estrato Socio-económico familiar”, la categoría clase baja, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), se presenta mayoritariamente un rango de “número de drogas consumidas alguna vez”, de “11 o más drogas”. Mientras que quienes están en el estrato de clase media; no se presenta una tendencia clara. Por lo tanto, quienes están en el estrato social de clase baja tienden, en general, a consumir alguna vez un número de drogas de 11 o superior.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 8,385 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,015. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Estrato Socio-económico familiar” y “Número de Drogas que ha consumido Alguna Vez” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Estrato Socio-económico Familiar” y “número de drogas consumidas alguna vez”, indica que éstas presentan una correlación indirecta, moderada a alta de -0.604 y una significancia de 0,022 con un 95% de confianza, bilateral. (A medida que aumenta el estrato socio-económico, disminuye el número de drogas consumidas alguna vez)

#### 4.8.4 Cruce de Frecuencias de las Variables “Estrato Socio-económico familiar” y la variable “Frecuencia Consumo de Cocaína”

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Estrato Socio-económico Familiar” y “Frecuencia de Consumo Cocaína”, indica que éstas presentan una correlación indirecta, moderada a alta de 0.589 y una significancia de 0,027 con un 95% de confianza, bilateral. (A medida que aumenta el estrato socio-económico, según esta escala, disminuye la frecuencia de consumo de Cocaína)

#### 4.8.5 Cruce de Frecuencias de las Variables “Estrato Socio-económico familiar” y la variable “Frecuencia de Consumo Pasta Base”

**Tabla Nº 118: Tabla de contingencia de las Variables “Estrato Socio-económico familiar” y la variable “Frecuencia de Consumo Pasta Base”**

		Frecuencia de Consumo de Pasta Base			Total
		Rango Una o menos veces al mes o nunca	Entre una y cuatro veces al mes	Dos o más veces a la semana	
Estrato Socioeconómico Familiar Rango	Clase Baja	3	0	5	8
	Clase Media	5	1	0	6
Total		8	1	5	14

En la variable “Estrato Socio-económico familiar”, la categoría clase baja, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), se presenta, tanto una frecuencia de consumo de “una o menos veces al mes”, como de “dos o más veces por semana”. mientras que quienes están en el estrato de clase media; no se presenta un consumo que llegue a las “dos o más veces por semana”. Por lo tanto, quienes están en el estrato social de clase baja tienden, en general, a consumir más frecuentemente Pasta Base.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,344 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,042. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables

“Estrato Socio-económico familiar” y “Frecuencia de Consumo Pasta Base” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Estrato Socio-económico familiar” y “Frecuencia de Consumo Pasta Base”, indica que éstas presentan una correlación indirecta, moderada a alta de -0.550 y una significancia de 0,041 con un 95% de confianza, bilateral. (A medida que aumenta el estrato socio-económico, según esta escala, disminuye la frecuencia de consumo de Pasta Base)

#### **4.8.6 Cruce de Frecuencias de las Variables “Estrato Socio-económico familiar” y la variable “Frecuencia de Consumo de fármacos y Psicofármacos”**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Estrato Socio-económico familiar” y “Frecuencia de Consumo de fármacos y Psicofármacos”, indica que éstas presentan una correlación indirecta, moderada a alta de - 0.542 y una significancia de 0,045 con un 95% de confianza, bilateral. (A medida que aumenta el estrato socio-económico, según esta escala, disminuye la frecuencia de consumo de fármacos y Psicofármacos)

#### **4.8.7 Cruce de Frecuencias de las Variables “Estrato Socio-económico familiar” y la variable “Frecuencia de Consumo de Anfetaminas”**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Estrato Socio-económico familiar” y “Frecuencia de Consumo de Anfetaminas”, indica que éstas presentan una correlación indirecta, moderada a alta de - 0.542 (a medida que aumenta el estrato socio-económico, según esta escala, disminuye la frecuencia de consumo de Nevado) y una significancia de 0,045 con un 95% de confianza, bilateral.

#### **4.8.8 Cruce de Frecuencias de las Variables “Estrato Socio-económico familiar” y la variable “Frecuencia de Consumo Marciano”**

**Tabla Nº 119: Tabla de contingencia de las Variables “Estrato Socio-económico familiar” y la variable “Frecuencia de Consumo Marciano”**

	Frecuencia de Consumo de Marciano Rango	Total
--	---	-------

		Una o menos veces al mes o nunca	Entre una y cuatro veces al mes	2 o más veces a la semana	
Estrato Socioeconómico Familiar Rango	Clase Baja	2	1	5	8
	Clase Media	6	0	0	6
	Total	8	1	5	14

En la variable “Estrato Socio-económico familiar”, la categoría clase baja, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), no presenta tendencias respecto al a la frecuencia de consumo de Marciano. Mientras que quienes están en el estrato de clase media, presentan mayoritariamente una frecuencia de consumo de “una o menos veces al mes o nunca”. Por lo tanto, quienes están en el estrato social de clase media tienden, en general, a consumir menos frecuentemente Marciano.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 7,875 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,019. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Estrato Socio-económico familiar” y “Frecuencia de Consumo Marciano” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Estrato Socio-económico familiar” y “Frecuencia de Consumo de Marciano”, indica que éstas presentan una correlación indirecta, moderada a alta de - 0.734 y una significancia de 0,003 con un 99% de confianza, bilateral. (A medida que aumenta el estrato socio-económico, según esta escala, disminuye la frecuencia de consumo de Marciano)

#### **4.8.9 Cruce de Frecuencias de las Variables “Estrato Socio-económico familiar” y la variable “Frecuencia de Consumo de Nevado”**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Estrato Socio-económico familiar” y “Frecuencia de Consumo de Nevado”, indica que éstas presentan una correlación indirecta, moderada a alta de - 0.542 (a medida que aumenta el estrato socio-económico, según esta escala, disminuye la frecuencia de consumo de Nevado) y una significancia de 0,045 con un 95% de confianza, bilateral.

	Cantidad de personas con las que vive					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Edad de inicio de Consumo	-0.399	0.157	3,091	0,213	-0.469	0.090
Droga de inicio	.	.	2,121	0,713	-0.127	0.665
Nº de drogas	0.282	0.328	4,136	0,388	0.393	0.165
Ultima sustancia consumida	.	.	4,518	0,607	0.306	0.287
F. De consumo alcohol	.	.	1,511	0,825	-0.214	0.463
F. De consumo de marihuana	.	.	4,982	0,289	0.535	0.049
F. De consumo de marihuana prensada	.	.	3,373	0,497	0.461	0.097
F. De consumo de cocaína	.	.	4,155	0,385	0.513	0.061
F. De consumo de pasta base	.	.	4,709	0,318	<b>0.534*</b>	<b>0.049</b>
F. De consumo de codeína	.	.	.	.	-	-
F. De consumo de éxtasis	.	.	0,294	0,863	-0.048	0.871
F. De consumo de fármacos y psicofármacos	.	.	1,548	0,818	0.269	0.353
F. De consumo de solventes	.	.	<b>6,462</b>	<b>0,040</b>	<b>0.576*</b>	<b>0.031</b>
F. De consumo de anfetaminas	.	.	7,064	0,133	0.319	0.266
F. De consumo de gas	.	.	0,636	0,959	-0.070	0.811
F. De consumo de marciano	.	.	4,709	0,318	<b>0.534*</b>	<b>0.049</b>
F. De consumo de nevado	.	.	7,064	0,133	0.319	0.266
F. De consumo otros	.	.	0,294	0,863	-0.048	0.871
Tratamientos anteriores	.	.	1,311	0,519	0.301	0.296
Días de tratamiento	.	.	0,822	0,663	0.175	0.550
Consumo de droga o alcohol en la familia	.	.	1,564	0,457	0.125	0.671
Vía de ingreso	.	.	2,864	0,581	0.206	0.479
Diagnostico clínico	.	.	0,735	0,692	-0.145	0.622
Tratamiento farmacológico	.	.	2,864	0,239	0.150	0.609

4.9 Relaciones entre la Variable “Cantidad de personas con las que vive” y las Variables de Historia de Consumo.  
Tabla Nº 120: Cruce de frecuencias entre la Variable “Cantidad de

personas con las que vive” y las Variables de Historia de Consumo.

#### **4.9.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Cantidad de Personas con las que Vive” y la variable “Frecuencia de Consumo de Pasta Base.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Cantidad de Personas con las que Vive” y “Frecuencia de Consumo Pasta Base”, indica que éstas presentan una correlación directa, moderada a alta de 0.534 y una significancia de 0,049 con un 95% de confianza, bilateral. (A medida que disminuye la cantidad de personas con las que vive, disminuye la frecuencia de consumo de pasta base)

#### 4.9.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Cantidad de Personas con las que Vive” y la variable “Frecuencia de Consumo de Solventes”

**Tabla Nº 121: Tabla de contingencia de las Variables “Cantidad de Personas con las que Vive” y la variable “Frecuencia de Consumo de Solventes”**

		Frecuencia de Consumo de Solventes Rango		Total
		Una o menos veces al mes o nunca	Dos o más veces a la semana	
Cantidad de Personas Con las que Vive Rango 1	1 Persona	1	0	1
	De 2 a 5 Personas	11	0	11
	De 6 a 8 Personas	1	1	2
Total		13	1	14

En la variable “Cantidad de Personas con las que Vive” el Rango de 2 a 5 personas, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), se presenta una frecuencia de consumo de menos de “una vez al mes o nunca”. Mientras que quienes viven con 6 o 8 personas o con alguien más, no presentan una tendencia clara. Por lo tanto, quienes viven con “2 a 5 personas” tienden, en general, a consumir menos de una vez al mes o nunca solventes.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,462 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 1 grado de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,040. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Cantidad de Personas con las que Vive” y “Frecuencia de Consumo de Solventes” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Cantidad de Personas con las que Vive” y “Frecuencia de Consumo de Solventes”, indica que éstas presentan una correlación directa, moderada a alta de 0.576 y una significancia de 0,031 con un 95% de confianza, bilateral. (A medida que disminuye la cantidad de personas con las que vive, disminuye la frecuencia de consumo de solventes)

**4.9.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Cantidad de Personas con las que Vive” y la variable “Frecuencia de Consumo de Marciano”.**

**Tabla Nº 122: Tabla de contingencia de las Variables “Cantidad de Personas con las que Vive” y la variable “Frecuencia de Consumo de Marciano”.**

		Frecuencia de Consumo de Marciano Rango			Total
		Una o menos veces al mes o nunca	Entre una y cuatro veces al mes	2 o más veces a la semana	
Cantidad de Personas Con las que Vive Rango 1	1 Persona	1	0	0	1
	De 2 a 5 Personas	7	1	3	11
	De 6 a 8 Personas	0	0	2	2
Total		8	1	5	14

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Cantidad de Personas con las que Vive” y “Frecuencia de Consumo Pasta Base”, indica que éstas presentan una correlación directa, moderada a alta de 0.534 y una significancia de 0,049 con un 95% de confianza, bilateral. (A medida que disminuye la cantidad de personas con las que vive, disminuye la frecuencia de consumo de pasta base)

**4.10 Relaciones entre la Variable “Diagnóstico del eje I” y las Variables de Historia de Consumo.**

**Tabla Nº 123: Cruce de frecuencias entre la Variable “Diagnóstico del eje I” y las Variables de Historia de Consumo.**

	Diagnóstico de Eje I					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Edad de inicio de Consumo	-	-	0	1		
Droga de inicio	-	-	1,296	0,523		
Nº de drogas	-	-	0,729	0,694		
Ultima sustancia consumida	-	-	3,111	0,375		
F. De consumo alcohol	-	-	0,729	0,694		
F. De consumo de marihuana	-	-	0,467	0,792		
F. De consumo de marihuana prensada	-	-	0,321	0,852		
F. De consumo de cocaína	-	-	0,467	0,792		
F. De consumo de pasta base	-	-	0,321	0,852		
F. De consumo de codeína	-	-	-	-		
F. De consumo de éxtasis	-	-	0,179	0,672		
F. De consumo de fármacos y psicofármacos	-	-	1,206	0,547		
F. De consumo de solventes	-	-	<b>6,462</b>	<b>0,011</b>		
F. De consumo de anfetaminas	-	-	<b>6,650</b>	<b>0,036</b>		
F. De consumo de gas	-	-	0,389	0,823		
F. De consumo de marciano	-	-	0,321	0,852		
F. De consumo de nevado	-	-	<b>6,650</b>	<b>0,036</b>		
F. De consumo otros	-	-	0,179	0,672		
Tratamientos Anteriores	-	-	0,636	0,425		
Días de Tratamiento	-	-	0,049	0,825		
Consumo problemático de alcohol y/o drogas en la familia	-	-	0,049	0,825		
Vía de Ingreso	-	-	1,750	0,417		
Diagnóstico clínico.	-	-	0,207	0,649		
Tratamiento Farmacológico	-	-	1,750	0,186		

4.10.1  
Cruce de

Frecuencias de las Variables “Diagnóstico del eje I” y la variable “Frecuencia de Consumo de Solventes”.

**Tabla N° 124: Tabla de contingencia de las Variables “Cantidad de Personas con las que Vive” y la variable “Frecuencia de Consumo de Solventes”.**

		Frecuencia de Consumo de Solventes Rango		Total
		Una o menos veces al mes o nunca	Dos o más veces a la semana	
Diagnóstico del Eje I	No	12	0	12
	Si	1	1	2
Total		13	1	14

En la variable “Diagnóstico de eje I” la categoría de quienes NO lo tienen,( donde se encuentra la mayor parte de los casos), se presenta una frecuencia de consumo de “menos de una vez al mes o nunca”. Mientras que quienes si presentan este diagnóstico, no presentan una tendencia clara. Por lo tanto, quienes no presentan un diagnóstico del eje I tienden, en general, a consumir menos de una vez al mes o nunca solventes.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,462 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 1 grado de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,011. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Diagnóstico de eje I” y “Frecuencia de Consumo de Solventes” están relacionadas.

#### **4.10.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Diagnóstico del eje I” y la variable “Frecuencia de Consumo de Anfetaminas”.**

**Tabla N° 125: Tabla de contingencia de las Variables “Cantidad de Personas con las que Vive” y la variable “Frecuencia de Consumo de Anfetaminas”.**

	Frecuencia de Consumo de Anfetaminas			Total	
	Rango Una o menos veces al mes o nunca	Entre una y cuatro veces al mes	Dos o más veces a la semana		
Diagnóstico del Eje I	No	9	3	0	12
	Si	1	0	1	2
Total		10	3	1	14

En la variable “Diagnóstico de eje I” la categoría de quienes NO lo tienen, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), se presenta una frecuencia de consumo que se distribuye de mayormente de “menos de una vez al mes o nunca”. Mientras que quienes si presentan este diagnóstico, no presentan una tendencia clara. Por lo tanto, quienes no presentan un diagnóstico del eje I tienden, en general, a consumir “menos de una vez al mes o nunca” hasta “una o cuatro veces al mes” solventes.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,650 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,036. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Diagnóstico de eje I” y “Frecuencia de Consumo de Solventes” están relacionadas.

#### **4.10.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Diagnóstico del eje I” y la variable “Frecuencia de Consumo de Nevado”.**

**Tabla N° 126: Tabla de contingencia de las Variables “Diagnóstico del eje I” y la variable “Frecuencia de Consumo de Nevado”.**

		Frecuencia de Consumo de Nevado Rango			Total
		Una o menos veces al mes o nunca	Entre una y cuatro veces al mes	Dos o más veces a la semana	
Diagnóstico del Eje I	No	9	3	0	12
	Si	1	0	1	2
Total		10	3	1	14

En la variable “Diagnóstico de eje I” la categoría de quienes no lo tienen, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), se presenta una frecuencia de consumo que se distribuye de mayormente de “menos de una vez al mes o nunca”. Mientras que quienes si presentan este diagnóstico, no presentan una tendencia clara. Por lo tanto, quienes no presentan un diagnóstico del eje I tienden, en general, a consumir “menos de una vez al mes” o “nunca hasta una o cuatro veces al mes nevado”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,650 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,036. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Diagnóstico de eje I” y “Frecuencia de Consumo de nevado” están relacionadas.

## **5. OBJETIVO ESPECÍFICO N°5: CORRELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS**

## 5.1 Relaciones entre la Variable “Edad” y las Escalas Clínicas FECIAD.

Tabla Nº 127: Cruce de frecuencias entre la Variable “Edad” y las Escalas Clínicas.

	Edad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.383	0.176	0,735	0,692	0.000	1.000
Escala Ansiedad	0.123	0.674	2,319	0,314	00309	0.282
Escala Autoimagen	0.060	0.838	0,207	0,901	-0.043	0.883
Escala Neuroticismo	0.331	0.247	4,200	0,122	0.374	0.188
Escala Extroversión	-0.348	0.223	2,385	0,303	-0.022	0.941
Escala Psicoticismo	-0.115	0.694	0,009	0,923	-0.026	0.930
Escala Mentira	-0.413	0.142	<b>7,778</b>	<b>0,020</b>	-0.382	0.178
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.001	0.998	1,478	0,478	0.125	0.671
Escala Autoeficacia	0.291	0.313	0,933	0,627	-0.022	0.941
Escala Autoestima	-0.177	0.545	0,389	0,823	0.083	0.777
Escala Satisfacción de Necesidades	0.359	0.208	4,200	0,122	0.374	0.188
Escala Alexitimia	-0.415	0.140	2,385	0,303	-0.393	0.164
Escala Disconfort Emocional	-0.292	0.312	0,933	0,627	-0.109	0.710
Escala Conductas Sociales	0.128	0.664	0,871	0,647	0.203	0.487
Escala Asertividad	-0.017	0.954	0,373	0,830	0.000	1.000
Escala Satisfacción Matrimonial	0.047	0.930	0,600	0,439	0.316	0.541
Escala Perfeccionismo	0.456	0.101	2,121	0,346	0.387	0.172
Escala Tolerancia a la Frustración	-0.194	0.505	0,207	0,901	0.043	0.883
Escala Inmadurez Neurológica	-0.205	0.483	1,307	0,520	-0.223	0.443
Cuidado padre	<b>-0.559*</b>	<b>0.038</b>	3,111	0,211	-0.394	0.163
Sobreprotección padre	0.366	0.198	2,319	0,314	0.103	0.726
Cuidado madre	-0.110	0.707	2,022	0,364	-0.078	0.790
Sobreprotección madre	0.156	0.594	0,311	0,577	-0.149	0.611

### 5.1.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Edad” y “Escala mentira”.

Tabla Nº 128: Tabla de contingencia de las Variables “Edad” y “Escala mentira”.

		Escala L Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Edad Rango	15 a 16 Años	2	0	3	5
	17 a 18 Años	5	4	0	9
Total		7	4	3	14

En la variable “Edad”, encontramos que los sujetos que se ubican en el rango entre 15 a 16 años, tienden a presentar puntajes polarizados en la escala L, puntuando solo en los rangos bajos y altos y no registrándose ningún caso en el rango medio. Por otra parte, en el caso de los adolescentes que se ubican en el rango de edad de entre 17 a 18 años, estos registran puntajes solo en los rangos bajos y medios de la escala L, y no se registra ningún caso que puntúe en el rango alto.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 7,778 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,020. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Edad” y “escala L” están relacionadas.

### 5.1.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Edad” y “Cuidado del Padre”.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada a buena de -0.559 (las personas que tienden a puntuar bajo en el rango de cuidado del padre tienden a ser parte del rango de edad más alto) y una significancia de 0.038 con un 95% de confianza, bilateral.

### 5.2 Relaciones entre la Variable “Sexo” y Variables Psicológicas.

**Tabla Nº 129: Tabla de contingencia de la Variable “Sexo” y Variables Psicológicas.**

	Sexo					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	.	.	2,864	0,239		
Escala Ansiedad	.	.	2,864	0,239		
Escala Autoimagen	.	.	2,884	0,236		
Escala Neuroticismo	.	.	4,302	0,116		
Escala Extroversión	.	.	4,926	0,085		
Escala Psicoticismo	.	.	0,141	0,707		
Escala Mentira	.	.	0,194	0,907		
Escala Irracionalidad Cognitiva	.	.	0,729	0,694		
Escala Autoeficacia	.	.	1,863	0,394		
Escala Autoestima	.	.	0,729	0,694		
Escala Satisfacción de Necesidades	.	.	3,281	0,194		
Escala Alexitimia	.	.	0,899	0,638		
Escala Disconfort Emocional	.	.	1,863	0,394		
Escala Conductas Sociales	.	.	<b>7,000</b>	<b>0,030</b>		
Escala Asertividad	.	.	0,058	0,971		
Escala Satisfacción Matrimonial	.	.	2,400	0,121		
Escala Perfeccionismo	.	.	3,606	0,165		
Escala Tolerancia a la Frustración	.	.	0,162	0,922		
Escala Inmadurez Neurológica	.	.	<b>6,125</b>	<b>0,047</b>		
Cuidado padre	.	.	0,729	0,694		
Sobreprotección padre	.	.	0,822	0,663		
Cuidado madre	.	.	1,750	0,417		
Sobreprotección madre	.	.	1,167	0,280		

### 5.2.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Sexo” y “Conductas Sociales”.

**Tabla Nº 130: Tabla de contingencia de las Variables “Sexo” y “Conductas Sociales”.**

		Escala Conducta Social Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Sexo	Mujer	4	2	0	6
	Hombre	3	0	5	8
Total		7	2	5	14

En la variable “Sexo”, encontramos que los adolescentes hombres obtienen puntajes en los rangos bajos y medios de la escala de “Conductas Sociales”, no puntuando en ninguna ocasión en el rango bajo de dicha escala. Por otra parte las adolescentes de la muestra obtienen puntajes polarizados entre los rangos bajo y medio de la “Conductas Sociales, no obteniendo ninguna puntuación en el rango medio de la escala.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 7,000 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,030. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Sexo” y “Conductas Sociales”, están relacionadas.

### **5.2.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Sexo” e “Inmadurez Neurológica”.**

**Tabla Nº 131: Tabla de contingencia de las Variables “Sexo” e “Inmadurez Neurológica”.**

		Escala de Inmadurez Neurológica			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Sexo	Mujer	1	0	5	6
	Hombre	1	5	2	8
Total		2	5	7	14

En la variable “Sexo”, encontramos que los adolescentes hombres obtienen puntajes en el rango alto de la escala “Inmadurez Neurológica”. Por otra parte las adolescentes de la muestra obtienen puntajes predominantemente en el rango medio de la escala de “Inmadurez Neurológica”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,125 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,047. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Sexo” e “Inmadurez Neurológica” están relacionadas.

### **5.3 Relaciones entre la Variable “Estado Civil” y las Escalas Clínicas.**

Tabla Nº 132: Tabla de contingencia de la Variable “Estado Civil” y Variables Psicológicas.

	Estado Civil					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	.	.	2,864	0,581	0,434	0,121
Escala Ansiedad	.	.	2,864	0,581	0,434	0,121
Escala Autoimagen	.	.	3,597	0,463	-0,418	0,137
Escala Neuroticismo	.	.	6,563	0,161	0,283	0,326
Escala Extroversión	.	.	<b>16,333</b>	<b>0,003</b>	-0,279	0,335
Escala Psicoticismo	.	.	2,121	0,346	0,000	1,000
Escala Mentira	.	.	0,875	0,928	-0,056	0,848
Escala Irracionalidad Cognitiva	.	.	2,625	0,622	-0,100	0,734
Escala Autoeficacia	.	.	2,528	0,640	-0,158	0,590
Escala Autoestima	.	.	2,188	0,701	-0,267	0,357
Escala Satisfacción de Necesidades	.	.	8,750	0,068	0,100	0,734
Escala Alexitimia	.	.	4,156	0,385	-0,282	0,328
Escala Disconfort Emocional	.	.	6,951	0,138	-0,088	0,766
Escala Conductas Sociales	.	.	4,550	0,337	-0,171	0,559
Escala Asertividad	.	.	3,075	0,545	-0,098	0,740
Escala Satisfacción Matrimonial	.	.	1,500	0,221	-0,500	0,312
Escala Perfeccionismo	.	.	4,295	0,367	0,238	0,413
Escala Tolerancia a la Frustración	.	.	4,958	0,292	-0,235	0,419
Escala Inmadurez Neurológica	.	.	4,425	0,352	0,138	0,637
Cuidado padre	.	.	6,125	0,190	-0,474	0,087
Sobreprotección padre	.	.	3,580	0,466	0,258	0,372
Cuidado madre	.	.	5,863	0,210	<b>-0,534*</b>	<b>0,049</b>
Sobreprotección madre	.	.	2,500	0,287	0,359	0,208

### 5.3.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Estado Civil” y “Extroversión”.

**Tabla Nº 133: Tabla de contingencia de las Variables “Estado Civil” y “Escala Extroversión”.**

		Escala Extroversión Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Estado Civil	Sin Pareja	0	3	5	8
	Con Pareja	0	0	4	4
	Convivencia	2	0	0	2
Total		2	3	9	14

En la variable “Estado Civil”, encontramos que los sujetos que actualmente no mantienen una relación de pareja tienden a puntuar en los rangos medios y altos de la escala extroversión, sin obtener ningún puntaje en el rango bajo. Por otra parte los sujetos que mantienen actualmente una relación de pareja solo obtiene puntajes altos en la escala de extroversión.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 16,333 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,003. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Estado Civil” y “extroversión” están relacionadas.

### **5.3.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Estado Civil” y “Cuidado madre”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Estado Civil” y “Cuidado madre”, indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada a alta de -0,534 (a medida que las puntuaciones en estado civil en el rango “con pareja” aumentan, tienden a disminuir las puntuaciones respecto al cuidado de la madre ) y una significancia de 0,049 con un 95% de confianza, bilateral.

### **5.4 Relaciones entre la Variable “Centro de Atención” y las Escalas Clínicas.**

**Tabla N° 134: Tabla de contingencia de la Variable “Centro de Atención” y Variables Psicológicas.**

	Centro de Atención					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	.	.	2,121	0,346	0,387	0,172
Escala Ansiedad	.	.	2,121	0,346	0,387	0,172
Escala Autoimagen	.	.	0,207	0,901	0,043	0,883
Escala Neuroticismo	.	.	2,022	0,364	0,291	0,313
Escala Extroversión	.	.	2,143	0,342	-0,347	0,224
Escala Psicoticismo	.	.	1,593	0,207	-0,337	0,238
Escala Mentira	.	.	4,511	0,105	-0,040	0,891
Escala Irracionalidad Cognitiva	.	.	4,744	0,093	0,499	0,069
Escala Autoeficacia	.	.	0,933	0,627	0,022	0,941
Escala Autoestima	.	.	0,933	0,627	0,249	0,390
Escala Satisfacción de Necesidades	.	.	0,389	0,823	0,000	1,000
Escala Alexitimia	.	.	2,385	0,303	0,269	0,352
Escala Disconfort Emocional	.	.	0,933	0,627	0,109	0,710
Escala Conductas Sociales	.	.	0,871	0,647	-0,203	0,487
Escala Asertividad	.	.	0,373	0,830	0,000	1,000
Escala Satisfacción Matrimonial	.	.	0,375	0,540	0,250	0,633
Escala Perfeccionismo	.	.	2,319	0,314	0,361	0,205
Escala Tolerancia a la Frustración	.	.	2,143	0,342	0,304	0,291
Escala Inmadurez Neurológica	.	.	0,871	0,647	0,081	0,783
Cuidado padre	.	.	0,570	0,752	-0,197	0,499
Sobrepotección padre	.	.	2,319	0,314	-0,103	0,726
Cuidado madre	.	.	<b>7,031</b>	<b>0,030</b>	-0,098	0,739
Sobrepotección madre	.	.	0,311	0,577	-0,149	0,611

**5.4.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Centro de Atención” y “Cuidado madre”.**

**Tabla Nº 135: Tabla de contingencia de las Variables “Centro de Atención” y “Cuidado madre”.**

	Escala de Cuidado de la Madre			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Centro de Atención CTA H.G.F.	4	1	4	9
CT Los Morros	1	4	0	5
Total	5	5	4	14

En la variable “Centro de Atención”, encontramos que las personas que asisten al CTA H.G.F. tienden a puntuar en la escala de cuidado de la madre en forma polarizada, pues obtienen puntajes altos o puntajes bajos, puntuando solo una persona en el rango medio. En relación a los adolescentes que asisten al CT Los Morros, casi la totalidad de la muestra, puntúa en el rango medio en la variable cuidado de la madre.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 7,031 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,030. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Centro de Atención” y “Cuidado madre” están relacionadas.

## **5.5 Relaciones entre la Variable “Escolaridad” y las Variables psicológicas.**

**Tabla N° 136: Tabla de contingencia de la Variable “Escolaridad” y Variables Psicológicas.**

	Escolaridad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	.	.	0,636	0,727	-0,212	0,467
Escala Ansiedad	.	.	0,636	0,727	-0,212	0,467
Escala Autoimagen	.	.	1,296	0,523	0,297	0,302
Escala Neuroticismo	.	.	0,729	0,694	0,114	0,698
Escala Extroversión	.	.	1,296	0,523	-0,297	0,302
Escala Psicoticismo	.	.	0,636	0,425	-0,213	0,464
Escala Mentira	.	.	0,875	0,646	0,083	0,779
Escala Irracionalidad Cognitiva	.	.	3,792	0,150	-0,512	0,061
Escala Autoeficacia	.	.	0,616	0,735	-0,090	0,760
Escala Autoestima	.	.	2,771	0,250	0,057	0,847
Escala Satisfacción de Necesidades	.	.	1,750	0,417	-0,342	0,232
Escala Alexitimia	.	.	1,750	0,417	-0,340	0,234
Escala Disconfort Emocional	.	.	5,833	0,054	<b>-0,599*</b>	<b>0,024</b>
Escala Conductas Sociales	.	.	0,467	0,792	-0,056	0,850
Escala Asertividad	.	.	0,467	0,792	-0,167	0,569
Escala Satisfacción Matrimonial	.	.	.	.	.	.
Escala Perfeccionismo	.	.	0,636	0,727	0,212	0,467
Escala Tolerancia a la Frustración	.	.	2,657	0,265	0,030	0,920
Escala Inmadurez Neurológica	.	.	0,467	0,792	-0,056	0,850
Cuidado padre	.	.	5,833	0,054	<b>-0,540*</b>	<b>0,046</b>
Sobreprotección padre	.	.	6,576	0,037	0,494	0,072
Cuidado madre	.	.	1,342	0,511	-0,295	0,306
Sobreprotección madre	.	.	0	1	0,000	1,000

### 5.5.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Escolaridad” y “Disconfort Emocional”.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Escolaridad” y “Disconfort Emocional”, indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada a alta -0,599 (a medida que aumenta la edad en que se abandonan los estudios, disminuye el disconfort emocional) y una significancia de 0,024 con un 95% de confianza, bilateral.

### 5.5.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Escolaridad” y “Cuidado del Padre”.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Escolaridad” y “Cuidado del Padre”, indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada a alta de  $-0,599$  (a medida que aumenta la edad en que se abandonan los estudios, tiende a disminuir el disconfort emocional) y una significancia de  $0,046$  un 95% de confianza, bilateral.

### 5.6 Relaciones entre la Variable “Actividad Actual” y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 137: Cruce de frecuencias entre la Variable “Actividad Actual” y las Escalas Clínicas.

	Actividad actual					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	.	.	3,091	0,213	-0.222	0.445
Escala Ansiedad	.	.	3,818	0,148	-0.519	0.057
Escala Autoimagen	.	.	4,000	0,135	0.499	0.069
Escala Neuroticismo	.	.	1,500	0,472	-0.319	0.267
Escala Extroversión	.	.	4,000	0,135	-0.375	0.187
Escala Psicoticismo	.	.	0,424	0,515	-0.174	0.552
Escala Mentira	.	.	4,143	0,126	0.308	0.284
Escala Irracionalidad Cognitiva	.	.	3,000	0,223	-0.120	0.684
Escala Autoeficacia	.	.	1,111	0,574	0.189	0.518
Escala Autoestima	.	.	3,000	0,223	0.120	0.684
Escala Satisfacción de Necesidades	.	.	2,500	0,287	-0.359	0.208
Escala Alexitimia	.	.	0,667	0,717	0.060	0.840
Escala Disconfort Emocional	.	.	2,111	0,348	-0.210	0.472
Escala Conductas Sociales	.	.	0,343	0,842	0.156	0.595
Escala Asertividad	.	.	0,343	0,842	0.117	0.691
Escala Satisfacción Matrimonial	.	.	1,500	0,221	-0.500	0.312
Escala Perfeccionismo	.	.	1,091	0,580	0.198	0.498
Escala Tolerancia a la Frustración	.	.	0,444	0,801	-0.166	0.570
Escala Inmadurez Neurológica	.	.	0,343	0,842	-0.117	0.691
Cuidado padre	.	.	0,000	1,000	0.000	1.000
Sobreprotección padre	.	.	3,091	0,213	0.469	0.090
Cuidado madre	.	.	0,400	0,819	0.094	0.749
Sobreprotección madre	.	.	0,286	0,593	0.143	0.626

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable “Actividad Actual” y las Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

### 5.7 Relaciones entre la Variable “Repitencia de Curso” y “Variables Psicológicas”.

Tabla Nº 138: Tabla de contingencia de las Variables “Repitencia de Curso” y “Variables Psicológicas”.

	repitencia					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	.	.	5,982	0,050		
Escala Ansiedad	.	.	5,982	0,050		
Escala Autoimagen	.	.	3,111	0,211		
Escala Neuroticismo	.	.	1,750	0,417		
Escala Extroversión	.	.	1,750	0,417		
Escala Psicoticismo	.	.	2,715	0,099		
Escala Mentira	.	.	0,058	0,971		
Escala Irracionalidad Cognitiva	.	.	4,200	0,122		
Escala Autoeficacia	.	.	4,200	0,122		
Escala Autoestima	.	.	2,363	0,307		
Escala Satisfacción de Necesidades	.	.	1,750	0,417		
Escala Alexitimia	.	.	3,179	0,204		
Escala Disconfort Emocional	.	.	0,525	0,769		
Escala Conductas Sociales	.	.	1,470	0,480		
Escala Asertividad	.	.	1,120	0,571		
Escala Satisfacción Matrimonial	.	.	1,500	0,221		
Escala Perfeccionismo	.	.	1,527	0,466		
Escala Tolerancia a la Frustración	.	.	0,933	0,627		
Escala Inmadurez Neurológica	.	.	5,880	0,053		
Cuidado padre	.	.	0,117	0,943		
Sobreprotección padre	.	.	1,527	0,466		
Cuidado madre	.	.	0,525	0,769		
Sobreprotección madre	.	.	0	1		

### 5.7.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Repitencia de Curso” y “Depresión”.

**Tabla Nº 139: Tabla de contingencia de las Variables “Repitencia de Curso” y “Depresión”.**

		Escala Depresión Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Repitencia de Curso	No	2	0	2	4
	Si	0	1	9	10
Total		2	1	11	14

En la variable “Repitencia de Curso”, encontramos que los sujetos que se ubican en el rango que indica que han repetido alguna vez un curso, los cuales representan casi a la totalidad de la muestra, puntúan alto en la escala de “Depresión”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 5,982 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,050. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Repitencia de Curso” y “Depresión” están relacionadas.

### 5.7.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Repitencia de Curso” y “Ansiedad”.

**Tabla Nº 140: Tabla de contingencia de las Variables “Repitencia de Curso” y “Ansiedad”.**

		Escala Ansiedad Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Repitencia de Curso	No	2	0	2	4
	Si	0	1	9	10
Total		2	1	11	14

En la variable “Repitencia de Curso”, encontramos que los sujetos que se ubican en el rango que indica que han repetido alguna vez un curso, los cuales representan casi a la totalidad de la muestra, puntúan alto en la escala de “Ansiedad”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 5,982 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,050. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Repitencia de Curso” y ““Ansiedad”.” están relacionadas.

## **5.8 Relaciones entre la variable “Estrato Socioeconómico Familiar” y “Variables Psicológicas”.**

Tabla N° 141: Tabla de contingencia de las Variables “Estrato Socioeconómico Familiar” y “Variables Psicológicas”.

	Estrato Socioeconómico					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión			1,564	0,457	-0,225	0,440
Escala Ansiedad			1,564	0,457	-0,225	0,440
Escala Autoimagen			0,162	0,922	-0,063	0,830
Escala Neuroticismo			0,219	0,896	-0,121	0,681
Escala Extroversión			0,162	0,922	0,021	0,943
Escala Psicoticismo			2,864	0,091	0,452	0,104
Escala Mentira			4,278	0,118	-0,117	0,691
Escala Irracionalidad Cognitiva			3,281	0,194	-0,483	0,080
Escala Autoeficacia			1,863	0,394	0,021	0,943
Escala Autoestima			0,729	0,694	-0,201	0,490
Escala Satisfacción de Necesidades			0,219	0,896	-0,121	0,681
Escala Alexitimia			0,899	0,638	-0,060	0,838
Escala Disconfort Emocional			4,926	0,085	-0,424	0,131
Escala Conductas Sociales			1,692	0,429	-0,334	0,243
Escala Asertividad			1,225	0,542	0,177	0,545
Escala Satisfacción Matrimonial			3,000	0,083	-0,707	0,116
Escala Perfeccionismo			,822	0,663	-0,125	0,671
Escala Tolerancia a la Frustración			1,069	0,586	-0,273	0,344
Escala Inmadurez Neurológica			1,692	0,429	0,216	0,458
Cuidado padre			0,729	0,694	0,191	0,513
Sobreprotección padre			0,822	0,663	0,175	0,550
Cuidado madre			<b>6,038</b>	<b>0,049</b>	0,057	0,847
Sobreprotección madre			1,167	0,280	0,289	0,317

5.8.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Estrato Socioeconómico Familiar” y “Cuidado de la Madre”.

**Tabla Nº 142: Tabla de contingencia de las Variables “Estrato Socioeconómico Familiar” y “Cuidado de la Madre”.**

		Escala de Cuidado de la Madre			Total
		Rango			
		Bajo	Medio	Alto	
Estrato Socioeconómico Familiar Rango	Clase Baja	2	5	1	8
	Clase Media	3	0	3	6
Total		5	5	4	14

En la variable “Estrato Socioeconómico Familiar”, encontramos que los sujetos que se ubican en el rango de clase baja, tienden a presentar un puntaje en el rango medio en la escala de “Cuidado de la Madre”. Por otra parte los adolescentes que pertenecen al rango de “Estrato Socioeconómico Familiar” medio, tienden a presentar puntuaciones polarizadas en los rangos bajos y altos de la variable “Cuidado de la Madre”, no presentando ningún puntaje en el rango medio de dicha escala.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,038 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,049. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Estrato Socioeconómico Familiar,” y “Cuidado de la Madre” están relacionadas.

### **5.9 Relaciones entre la Variable “Cantidad de Personas” y las Escalas Clínicas.**

Tabla N° 143: Tabla de contingencia de las Variables “Cantidad de Personas” y “Variables Psicológicas”.

	Cantidad de Personas					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0,193	0,508	1,041	0,903	0,090	0,760
Escala Ansiedad	0,193	0,508	1,041	0,903	0,090	0,760
Escala Autoimagen	- 0,241	0,406	2,121	0,713	-0,126	0,668
Escala Neuroticismo	- 0,180	0,538	<b>11,295</b>	<b>0,023</b>	-0,231	0,427
Escala Extroversión	0,460	0,098	7,495	0,112	0,493	0,073
Escala Psicoticismo	0,241	0,406	1,041	0,594	0,090	0,759
Escala Mentira	- 0,199	0,495	3,818	0,431	-0,163	0,577
Escala Irracionalidad Cognitiva	0,054	0,853	3,739	0,443	-0,124	0,673
Escala Autoeficacia	0,445	0,110	6,152	0,188	0,486	0,078
Escala Autoestima	0,000	1,000	3,580	0,466	0,079	0,788
Escala Satisfacción de Necesidades	0,326	0,255	4,136	0,388	0,393	0,165
Escala Alexitimia	0,171	0,559	5,064	0,281	-0,009	0,977
Escala Discomfort Emocional	0,155	0,597	<b>14,442</b>	<b>0,006</b>	0,009	0,975
Escala Conductas Sociales	0,043	0,883	1,564	0,815	0,185	0,527
Escala Asertividad	0,382	0,177	1,564	0,815	0,192	0,512
Escala Satisfacción Matrimonial	0,485	0,329	2,625	0,269	0,612	0,196
Escala Perfeccionismo	- 0,269	0,352	6,826	0,145	-0,423	0,132
Escala Tolerancia a la Frustración	- 0,435	0,121	<b>11,985</b>	<b>0,017</b>	-0,268	0,354
Escala Inmadurez Neurológica	0,248	0,392	1,564	0,815	-0,098	0,740
Cuidado padre	0,367	0,197	4,773	0,311	0,196	0,502
Sobreprotección padre	- 0,476	0,085	<b>12,843</b>	<b>0,012</b>	<b>-0,697**</b>	<b>0,006</b>
Cuidado madre	0,124	0,673	3,055	0,549	0,006	0,982
Sobreprotección madre	- 0,277	0,337	3,091	0,213	-0,469	0,090

### 5.9.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Cantidad de Personas con quien vive” y “Neuroticismo”.

**Tabla N° 144: Tabla de contingencia de las Variables “Cantidad de Personas con quien vive” y “Neuroticismo”.**

		Escala Neuroticismo Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Cantidad de Personas Con las que Vive Rango 1	1 Persona	0	1	0	1
	De 2 a 5 Personas	3	0	8	11
	De 6 a 8 Personas	1	1	0	2
Total		4	2	8	14

En la variable “Cantidad de Personas con quien vive”, encontramos que los sujetos que viven con 2 a 5 personas, quienes conforman la mayor parte de la muestra, tienden a obtener un puntaje alto en la escala de neuroticismo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 11,295 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,023. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Cantidad de Personas con quien vive” y “Neuroticismo” están relacionadas.

### **5.9.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Cantidad de Personas con quien vive” y “discomfort emocional”.**

**Tabla N° 145: Tabla de contingencia de las Variables “Cantidad de Personas con quien vive” y “discomfort emocional”.**

		Escala Gambrill-Ritchie Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Cantidad de Personas Con las que Vive Rango 1	1 Persona	0	1	0	1
	De 2 a 5 Personas	8	0	3	11
	De 6 a 8 Personas	1	0	1	2
Total		9	1	4	14

En la variable “Cantidad de Personas con quien vive”, encontramos que los sujetos que viven con 2 a 5 personas, quienes conforman la mayor parte de la muestra, tienden a obtener un puntaje bajo en la escala de discomfort emocional.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14,442 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,006. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Cantidad de Personas con quien vive” y “discomfort emocional” están relacionadas.

### **5.9.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Cantidad de Personas con quien vive” y “Tolerancia a la Frustración”.**

**Tabla N° 146: Tabla de contingencia de las Variables “Cantidad de Personas con quien vive” y “Tolerancia a la Frustración”.**

		Escala Tolerancia a la Frustración			Total
		Rango			
		Bajo	Medio	Alto	
Cantidad de Personas Con las que Vive Rango 1	1 Persona	0	1	0	1
	De 2 a 5 Personas	2	0	9	11
	De 6 a 8 Personas	1	1	0	2
Total		3	2	9	14

En la variable “Cantidad de Personas con quien vive”, encontramos que los sujetos que viven con 2 a 5 personas, quienes conforman la mayor parte de la muestra, tienden a obtener un puntaje alto en la escala de Tolerancia a la Frustración.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 11,985 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,017. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Cantidad de Personas con quien vive” y “Tolerancia a la Frustración” están relacionadas.

#### **5.9.4 Cruce de Frecuencias de las Variables “Cantidad de Personas con quien vive” y “Sobreprotección padre”.**

**Tabla N° 147: Tabla de contingencia de las Variables “Cantidad de Personas con quien vive” y “Sobreprotección padre”.**

		Escala de Sobreprotección del Padre			Total
		Rango			
		Bajo	Medio	Alto	
Cantidad de Personas Con las que Vive Rango 1	1 Persona	0	0	1	1
	De 2 a 5 Personas	0	10	1	11
	De 6 a 8 Personas	1	1	0	2
Total		1	11	2	14

En la variable “Cantidad de Personas con quien vive”, encontramos que los sujetos que viven con 2 a 5 personas, quienes conforman la mayor parte de la muestra, tienden a obtener un puntaje medio en la escala de Sobreprotección padre.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 12,843 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,012. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Cantidad de Personas con quien vive” y “Sobreprotección padre” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Cantidad de Personas con quien vive” y “Sobreprotección padre”, indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada a alta de -0,697 (las personas que viven con menos personas tienden a puntuar mas alto en sobreprotección del padre) y una significancia de 0,006 con un 99% de confianza, bilateral.

#### **5.10 Relaciones entre la Variable “Diagnóstico del Eje I” y las Escalas Clínicas.**

Tabla Nº 148: Tabla de contingencia de las Variables “Diagnóstico del Eje I” y las Escalas Clínicas.

	Diagnóstico del Eje I					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	.	.	0,636	0,727	0,212	0,467
Escala Ansiedad	.	.	0,636	0,727	0,212	0,467
Escala Autoimagen	.	.	1,296	0,523	-0,297	0,302
Escala Neuroticismo	.	.	3,792	0,150	-0,398	0,158
Escala Extroversión	.	.	2,657	0,265	-0,208	0,475
Escala Psicoticismo	.	.	0,636	0,425	0,213	0,464
Escala Mentira	.	.	2,333	0,311	-0,385	0,174
Escala Irracionalidad Cognitiva	.	.	5,833	0,054	0,342	0,232
Escala Autoeficacia	.	.	0,616	0,735	0,090	0,760
Escala Autoestima	.	.	2,771	0,250	-0,057	0,847
Escala Satisfacción de Necesidades	.	.	0,729	0,694	0	1
Escala Alexitimia	.	.	1,410	0,494	0,028	0,923
Escala Disconfort Emocional	.	.	<b>7,875</b>	<b>0,019</b>	0,449	0,107
Escala Conductas Sociales	.	.	2,333	0,311	-0,389	0,169
Escala Asertividad	.	.	0,467	0,792	0,167	0,569
Escala Satisfacción Matrimonial	.	.	0,600	0,439	-0,316	0,541
Escala Perfeccionismo	.	.	2,492	0,288	0,247	0,394
Escala Tolerancia a la Frustración	.	.	<b>14,000</b>	<b>0,001</b>	-0,357	0,211
Escala Inmadurez Neurológica	.	.	2,333	0,311	0,389	0,169
Cuidado padre	.	.	1,750	0,417	0	1
Sobreprotección padre	.	.	<b>9,917</b>	<b>0,007</b>	-0,035	0,905
Cuidado madre	.	.	0,933	0,627	-0,215	0,461
Sobreprotección madre	.	.	0,000	1,000	0	1

5.10.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Diagnóstico del Eje I” y “Disconfort Emocional”.

**Tabla Nº 149: Tabla de contingencia de las Variables “Diagnóstico del Eje I” y “Discomfort Emocional”.**

		Escala Gambrill-Ritchie Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Diagnóstico del Eje I	No	9	0	3	12
	Si	0	1	1	2
Total		9	1	4	14

En la variable “Diagnóstico del Eje I”, encontramos que los sujetos que no presentan diagnóstico DSM IV en el eje I, los cuales representan casi la totalidad de la muestra, puntúan predominantemente en el rango bajo de la escala de “Discomfort Emocional”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 7,875 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,019. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Diagnóstico del Eje I” y “Discomfort Emocional” están relacionadas.

#### **5.10.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Diagnóstico del Eje I” y “Tolerancia a la Frustración”.**

**Tabla Nº 150: Tabla de contingencia de las Variables “Diagnóstico del Eje I” y “Tolerancia a la Frustración”.**

	Escala Tolerancia a la Frustración			Total
	Rango			
	Bajo	Medio	Alto	
Diagnóstico del Eje I				
No	3	0	9	12
Si	0	2	0	2
Total	3	2	9	14

En la variable “Diagnóstico del Eje I”, encontramos que los sujetos que no presentan diagnóstico DSM IV en el eje I, los cuales representan casi la totalidad de la muestra, puntúan de forma predominante, sobre el puntaje de rango alto en la escala de tolerancia a la frustración.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14,000 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,001. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Diagnóstico del Eje I” y “tolerancia a la frustración” están relacionadas.

### **5.10.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Diagnóstico del Eje I” y “Sobreprotección del Padre”.**

**Tabla Nº 151: Tabla de contingencia de las Variables “Diagnóstico del Eje I” y “Sobreprotección padre”.**

		Escala de Sobreprotección del Padre			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Diagnóstico del Eje I	No	0	11	1	12
	Si	1	0	1	2
Total		1	11	2	14

En la variable “Diagnóstico del Eje I”, encontramos que los sujetos que no presentan diagnóstico DSM IV en el eje I, los cuales representan casi la totalidad de la muestra, puntúan de forma predominante, sobre el puntaje de rango medio en la escala de “Sobreprotección del Padre”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,917 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,007. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Diagnóstico del Eje I” y “Sobreprotección del Padre” están relacionadas.

## 6. OBJETIVO ESPECÍFICO N°6: RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA DE CONSUMO Y LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS

### 6.1 Relaciones entre la Variable “Edad de Inicio de Consumo” y las variables psicológicas

Tabla N° 152: Cruce de frecuencias entre la Variable “Edad de Inicio de Consumo” y las variables psicológicas.

	Edad de inicio del consumo					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	-0.310	0.280	3.091	0.213	-0.222	0.445
Escala Ansiedad	-0.519	0.057	3.818	0.148	-0.519	0.057
Escala Autoimagen	0.156	0.595	0.444	0.801	0.166	0.570
Escala Neuroticismo	-0.228	0.433	1.500	0.472	-0.319	0.267
Escala Extroversión	0.212	0.467	0.444	0.801	0.125	0.671
Escala Psicoticismo	0.029	0.922	0.424	0.515	0.174	0.552
Escala Mentira	0.311	0.279	4.143	0.126	0.308	0.284
Escala Irracionalidad Cognitiva	-0.231	0.426	1.500	0.472	-0.239	0.410
Escala Autoeficacia	-0.225	0.439	2.111	0.348	-0.084	0.776
Escala Autoestima	0.285	0.324	0.000	1.000	0.000	1.000
Escala Satisfacción de Necesidades	0.091	0.757	0.000	1.000	0.000	1.000
Escala Alexitimia	-0.069	0.813	0.667	0.717	0.060	0.840
Escala Discomfort Emocional	0.358	0.209	1.111	0.574	0.105	0.721
Escala Conductas Sociales	0.028	0.925	0.343	0.842	0.156	0.595
Escala Asertividad	0.164	0.574	0.343	0.842	0.117	0.691
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.165	0.755	3.000	0.083	-0.707	0.116
Escala Perfeccionismo	-0.021	0.944	1.091	0.580	-0.198	0.498
Escala Tolerancia a la Frustración	-0.074	0.800	0.444	0.801	-0.166	0.570
Escala Inmadurez Neurológica	-0.414	0.141	0.343	0.842	-0.117	0.691
Cuidado padre	-0.123	0.675	2.000	0.368	0.378	0.183
Sobrepotección padre	0.277	0.338	1.091	0.580	0.148	0.613
Cuidado madre	0.087	0.767	3.000	0.223	0.075	0.799
Sobrepotección madre	0.071	0.808	2.571	0.109	0.429	0.126

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable “edad de inicio del consumo” y las Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

## 6.2 Relaciones entre la Variable “Droga de Inicio” y las variables psicológicas

Tabla Nº 153: Cruce de frecuencias entre la Variable “Droga de Inicio” y las variables psicológicas

	Droga de Inicio					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión			1.149	0.886		
Escala Ansiedad			1.149	0.886		
Escala Autoimagen			4.127	0.389		
Escala Neuroticismo			2.285	0.684		
Escala Extroversión			4.904	0.297		
Escala Psicoticismo			9.545	0.008		
Escala Mentira			7.505	0.112		
Escala Irracionalidad Cognitiva			3.208	0.524		
Escala Autoeficacia			1.307	0.860		
Escala Autoestima			6.563	0.161		
Escala Satisfacción de Necesidades			7.583	0.108		
Escala Alexitimia			.843	0.933		
Escala Disconfort Emocional			1.944	0.746		
Escala Conductas Sociales			2.183	0.702		
Escala Asertividad			1.761	0.780		
Escala Satisfacción Matrimonial			0.375	0.540		
Escala Perfeccionismo			3.624	0.459		
Escala Tolerancia a la Frustración			4.321	0.364		
Escala Inmadurez Neurológica			2.183	0.702		
Cuidado padre			4.278	0.370		
Sobreprotección padre			7.354	0.118		
Cuidado madre			7.311	0.120		
Sobreprotección madre			2.111	0.348		

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable “droga de inicio” y las Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

### 6.3 Relaciones entre la Variable “Número de drogas alguna vez consumidas” y las variables psicológicas

Tabla N° 154: Cruce de frecuencias entre la Variable “Número de drogas alguna vez consumidas” y las variables psicológicas

	Numero de drogas					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Escala Depresión	<b>0,625</b> *	<b>0,017</b>	6,841	0,145	<b>0,589*</b>	<b>0,027</b>
Escala Ansiedad	<b>0,542</b> *	<b>0,045</b>	4,295	0,367	0,341	0,233
Escala Autoimagen	- 0,170	0,561	2,722	0,605	-0,087	0,767
Escala Neuroticismo	0,272	0,347	1,094	0,895	0,133	0,650
Escala Extroversión	- 0,232	0,425	3,597	0,463	-0,313	0,275
Escala Psicoticismo	- 0,024	0,934	2,121	0,346	0	1
Escala Mentira	- 0,251	0,387	<b>13,167</b>	<b>0,010</b>	-0,081	0,784
Escala Irracionalidad Cognitiva	<b>0,575</b> *	<b>0,031</b>	3,719	0,445	0,500	0,069
Escala Autoeficacia	- 0,064	0,828	4,326	0,364	-0,044	0,882
Escala Autoestima	- 0,068	0,817	1,094	0,895	-0,133	0,650
Escala Satisfacción de Necesidades	0,027	0,926	3,281	0,512	0	1
Escala Alexitimia	0,209	0,473	5,687	0,224	0,224	0,441
Escala Disconfort Emocional	0,078	0,791	4,326	0,364	0,044	0,882
Escala Conductas Sociales	- 0,087	0,767	4,125	0,389	-0,073	0,804
Escala Asertividad	- 0,222	0,446	2,100	0,717	-0,342	0,232
Escala Satisfacción Matrimonial	0,706	0,117	3,000	0,223	0,671	0,145
Escala Perfeccionismo	0,339	0,236	1,511	0,825	0,165	0,572
Escala Tolerancia a la Frustración	0,292	0,312	2,042	0,728	0,279	0,335
Escala Inmadurez Neurológica	- 0,042	0,887	3,375	0,497	-0,195	0,504
Cuidado padre	- 0,264	0,362	1,313	0,859	-0,237	0,414
Sobreprotección padre	- 0,109	0,711	1,511	0,825	-0,124	0,673
Cuidado madre	- 0,237	0,414	4,638	0,327	-0,291	0,313
Sobreprotección madre	- 0,060	0,839	0,000	1,000	0	1

### 6.3.1 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Número de drogas alguna vez consumidas” y “Escala de Depresión”

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a alta de 0,625 y una significancia de 0,047 con un 95% de confianza, bilateral. (A medida que “Número de drogas alguna vez consumidas” de aumenta, Puntaje en la Escala de Depresión Aumenta)

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Número de drogas alguna vez consumidas” y “Escala de Depresión”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a alta de 0,589 y una significancia de 0,027 con un 95% de confianza, bilateral. (A medida que “Número de drogas alguna vez consumidas” de aumenta, Puntaje en la “Escala de Depresión” Aumenta)

### 6.3.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Número de drogas alguna vez consumidas” y la variable “Escala L” (Mentira)

**Tabla Nº 155: Tabla de contingencia de las Variables “Número de drogas alguna vez consumidas” y la variable “Escala L” (Mentira)**

		Escala L Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Número de Drogas que ha consumido Alguna Vez Rango	4 o menos drogas	0	0	2	2
	5 a 10 drogas	4	0	0	4
	11 o más drogas	3	4	1	8
Total		7	4	3	14

En la variable “Número de drogas alguna vez consumidas”, el rango “11 o más drogas”, (donde se encuentran la mayor parte de los casos), los puntajes en la “escala L” tienden mayoritariamente a estar en el rango “medio” y luego “bajo”. Mientras que quien están en el rango “5 a 10 drogas”, presentan puntajes en el rango “bajo” y en el rango “4 o menos drogas” se presentan puntajes en el rango “alto”. Por lo tanto, quienes están en el rango 11 o más drogas, en general, tienden a puntuar bajo o medio en la escala L.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 13,167 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,010. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Número de drogas alguna vez consumidas” y “Escala L” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Número de drogas alguna vez consumidas” y “Escala L”, indica que éstas presentan una correlación indirecta, moderada a alta de - 0.784 y una significancia de 0,081 con un 95% de confianza, bilateral. (A medida que aumenta el puntaje de la escala L, disminuye Número de drogas alguna vez consumidas)

### **6.3.3 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Número de drogas alguna vez consumidas” y “Escala de Irracionalidad Cognitiva”**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a alta de 0,575 y una significancia de 0,031 con un 95% de confianza, bilateral. (A medida que “Número de drogas alguna vez consumidas” de aumenta, Puntaje en la “Escala de Irracionalidad cognitiva” Aumenta)

#### 6.4 Relaciones entre la Variable “Última Droga Consumida” y las variables psicológicas

Tabla Nº 156: Cruce de frecuencias entre la Variable “Última Droga Consumida” y las variables psicológicas

	Última sustancia consumida					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Escala Depresión	.	.	4,667	0,587		
Escala Ansiedad	.	.	4,752	0,576		
Escala Autoimagen	.	.	1,893	0,929		
Escala Neuroticismo	.	.	6,417	0,378		
Escala Extroversión	.	.	13,404	0,037		
Escala Psicoticismo	.	.	6,279	0,099		
Escala Mentira	.	.	6,533	0,366		
Escala Irracionalidad Cognitiva	.	.	4,200	0,650		
Escala Autoeficacia	.	.	6,443	0,375		
Escala Autoestima	.	.	5,425	0,491		
Escala Satisfacción de Necesidades	.	.	7,875	0,247		
Escala Alexitimia	.	.	6,922	0,328		
Escala Discomfort Emocional	.	.	9,333	0,156		
Escala Conductas Sociales	.	.	7,840	0,250		
Escala Asertividad	.	.	1,673	0,947		
Escala Satisfacción Matrimonial	.	.	0,750	0,687		
Escala Perfeccionismo	.	.	4,752	0,576		
Escala Tolerancia a la Frustración	.	.	4,459	0,615		
Escala Inmadurez Neurológica	.	.	9,007	0,173		
Cuidado padre	.	.	4,200	0,650		
Sobreprotección padre	.	.	6,852	0,335		
Cuidado madre	.	.	7,163	0,306		
Sobreprotección madre	.	.	3,200	0,362		

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable “Última Droga Consumida” y las Variables de Escalas Clínicas., no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

## 6.5 Relaciones entre la Variable “Frecuencia de Consumo de Alcohol” y las variables psicológicas

Tabla Nº 157: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de Consumo de Alcohol” y las variables psicológicas

	Frecuencia de Consumo de Alcohol					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión			1.511	0.825	-0,021	0,944
Escala Ansiedad			6.920	0.140	0,186	0,524
Escala Autoimagen			<b>14.000</b>	<b>0.007</b>	-0,081	0,782
Escala Neuroticismo			3.281	0.512	0,233	0,422
Escala Extroversión			2.042	0.728	0,238	0,413
Escala Psicoticismo			2.864	0.239	0,340	0,235
Escala Mentira			2.708	0.608	-0,223	0,444
Escala Irracionalidad Cognitiva			3.719	0.445	-0,083	0,777
Escala Autoeficacia			2.285	0.684	0,310	0,281
Escala Autoestima			1.094	0.895	-0,100	0,734
Escala Satisfacción de Necesidades			5.688	0.224	0,483	0,080
Escala Alexitimia			1.750	0.782	-0,077	0,792
Escala Disconfort Emocional			2.771	0.597	-0,307	0,286
Escala Conductas Sociales			3.175	0.529	0,255	0,379
Escala Asertividad			<b>14.800</b>	<b>0.005</b>	0,325	0,256
Escala Satisfacción Matrimonial			2.625	0.269	-0,122	0,817
Escala Perfeccionismo			3.580	0.466	0,210	0,471
Escala Tolerancia a la Frustración			3.597	0.463	-0,354	0,214
Escala Inmadurez Neurológica			0.875	0.928	0,038	0,898
Cuidado padre			3.792	0.435	0	1
Sobreprotección padre			3.739	0.443	0,117	0,690
Cuidado madre			6.300	0.178	0,230	0,428
Sobreprotección madre			0.000	1.000	0	1

**6.5.1 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de alcohol” y “Autoimagen”.**

**Tabla Nº 158: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de alcohol” y la variable “Autoimagen”**

		Escala Autoimagen Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Alcohol Rango	Una o menos veces al mes o nunca	3	0	1	4
	Entre una y cuatro veces al mes	0	2	0	2
	Dos o más veces a la semana	6	0	2	8
Total		9	2	3	14

En la variable “Frecuencia de consumo de alcohol” se observa que el rango dos o más veces a la semana es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto la variable autoimagen agrupa la mayoría de los datos en el nivel “bajo”. De modo que, el rango de los sujetos que consumían alcohol antes de ingresar al centro de tratamiento dos o más veces a la semana, tiende al nivel bajo de Autoimagen, conformando la mayoría de los casos. Asimismo, en el rango entre una o menos veces al mes, la tendencia fue ubicarse en el nivel bajo de la escala de autoimagen. Mientras que quienes entre una y cuatro veces al mes están en el nivel medio de la escala de autoimagen

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14,000 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,007. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de consumo de alcohol” y “autoimagen” están relacionadas.

**6.5.2 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de alcohol” y “Asertividad”.**

**Tabla Nº 159: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de alcohol” y la variable “Autoimagen”**

		Escala Asertividad Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Alcohol Rango	Una o menos veces al mes o nunca	0	3	1	4
	Entre una y cuatro veces al mes	2	0	0	2
	Dos o más veces a la semana	0	4	4	8
Total		2	7	5	14

En la variable “Frecuencia de consumo de alcohol” se observa que el rango dos o más veces a la semana es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto la variable agrupa la mayoría de los datos en el nivel “medio”. De modo que, en el rango de los sujetos que consumían alcohol antes de ingresar al centro de tratamiento dos o más veces a la semana, se tiende al nivel medio de la escala de asertividad, conformando la mayoría de los casos.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14,800 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,007. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de consumo de alcohol en” y “asertividad” están relacionadas.

## 6.6 Relaciones entre la Variable “Frecuencia de Consumo de Marihuana natural” y las variables psicológicas

Tabla Nº 160: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de Consumo de Marihuana natural” y las variables psicológicas

	Frecuencia de consumo de Marihuana natural					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión			4.155	0.385	-0.136	0.643
Escala Ansiedad			4.155	0.385	-0.136	0.643
Escala Autoimagen			7.367	0.118	0.375	0.186
Escala Neuroticismo			1.975	0.740	-0.309	0.282
Escala Extroversión			3.689	0.450	0.422	0.133
Escala Psicoticismo			1.188	0.552	-0.095	0.747
Escala Mentira			4.221	0.377	-0.096	0.745
Escala Irracionalidad Cognitiva			4.225	0.376	0.333	0.244
Escala Autoeficacia			7.022	0.135	<b>0.602</b>	<b>0.023</b>
Escala Autoestima			8.600	0.072	0.504	0.066
Escala Satisfacción de Necesidades			6.875	0.143	0.651*	0.012
Escala Alexitimia			3.425	0.489	-0.074	0.801
Escala Discomfort Emocional			8.600	0.072	0.371	0.192
Escala Conductas Sociales			<b>8.903</b>	<b>0.064</b>	<b>0.638</b>	<b>0.014</b>
Escala Asertividad			4.311	0.365	0.266	0.358
Escala Satisfacción Matrimonial			<b>6.000</b>	<b>0.050</b>	<b>0.980</b>	<b>0.001</b>
Escala Perfeccionismo			4.555	0.336	0.133	0.651
Escala Tolerancia a la Frustración			2.711	0.607	-0.280	0.332
Escala Inmadurez Neurológica			3.783	0.436	-0.399	0.157
Cuidado padre			7.600	0.107	0.206	0.480
Sobrepotección padre			3.964	0.411	-0.488	0.077
Cuidado madre			6.000	0.199	0.289	0.317
Sobrepotección madre			<b>7.371</b>	<b>0.025</b>	<b>-0.642</b>	<b>0.013</b>

### 6.6.1 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de marihuana natural” y “autoeficacia”.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Frecuencia de consumo de marihuana natural” y “autoeficacia”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada de 0,602 y una significancia de 0,023 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente

significativa a que los sujetos que tenían un mayor consumo de marihuana natural tienden a presentar mayor autoeficacia

### 6.6.2 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de marihuana natural” y “Conducta Social”.

**Tabla Nº 161: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de marihuana natural” y la variable “Conducta Social”**

		Escala Conducta Social Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Marihuana Natural Rango	Una o menos veces al mes o nunca	5	2	0	7
	Entre una y cuatro veces al mes	1	0	1	2
	Dos o más veces a la semana	1	0	4	5
Total		7	2	5	14

En la variable “Frecuencia de consumo de marihuana natural” se observa que el rango una o menos veces al mes es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto, la escala “conducta social” agrupa la mayoría de los datos en el rango “bajo”. De modo que, en el rango de los sujetos que consumían marihuana natural antes de ingresar al centro de tratamiento una o menos veces al mes se tiende a niveles bajos de conducta social, conformando la mayoría de los casos, sin embargo, en el rango de quienes consumían dos veces o más a la semana, la tendencia es al nivel alto de conducta social

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 8.903 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,064. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de consumo de marihuana natural” y “conducta social” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Frecuencia de consumo de marihuana natural” y “conducta social”, indica que éstas

presentan una correlación directa moderada de 0,638 y una significancia de 0,014 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor consumo de marihuana natural tienden a presentar mayor conducta social.

### 6.6.3 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de marihuana natural” y “Satisfacción Matrimonial”.

**Tabla Nº 162: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de marihuana natural” y la variable “Satisfacción Matrimonial”**

		Escala Satisfacción Matrimonial Rango		Total
		Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Marihuana Natural Rango	Una o menos veces al mes o nunca	4	0	4
	Entre una y cuatro veces al mes	0	1	1
	Dos o más veces a la semana	0	1	1
Total		4	2	6

En la variable “Frecuencia de consumo de marihuana natural” se observa que el rango una o menos veces al mes es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto, la escala “satisfacción matrimonial” agrupa la mayoría de los datos en el rango “medio”. De modo que, el rango de los sujetos que consumían marihuana natural antes de ingresar al centro de tratamiento una o menos veces al mes, presenta un nivel medio de satisfacción matrimonial, conformando la mayoría de los casos. Mientras que para las frecuencias de entre una y cuatro veces al mes, así como, dos o más veces a la semana, presentan un caso en el nivel alto de satisfacción matrimonial

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6.000 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,050. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja

( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de marihuana natural” y “satisfacción matrimonial” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Frecuencia de consumo de marihuana natural” y “satisfacción matrimonial”, indica que éstas presentan una correlación directa alta de 0,980 y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor consumo de marihuana natural tienden a presentar mayor satisfacción matrimonial.

#### 6.6.4 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de marihuana natural” y “Sobreprotección Madre”.

**Tabla Nº 163: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de marihuana natural” y la variable “Sobreprotección Madre”**

		Escala de Sobreprotección de la madre Rango		Total
		Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Marihuana Natural Rango	Una o menos veces al mes o nunca	1	6	7
	Entre una y cuatro veces al mes	2	0	2
	Dos o más veces a la semana	4	1	5
Total		7	7	14

En la variable “Frecuencia de consumo de marihuana natural” se observa que el rango una o menos veces al mes es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto, la escala “sobreprotección madre” agrupa la mayoría de estos casos en el rango “alto”. De modo que, el rango de los sujetos que consumían marihuana natural antes de ingresar al centro de tratamiento una o menos veces al mes, tiende al nivel alto de sobreprotección de la madre. Los rangos de aquellos que consumían marihuana natural entre una y cuatro veces al mes, y aquellos que consumían dos o más veces a la semana, tienden a presentar niveles medios en la escala de sobreprotección madre

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 7.371 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,025. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de marihuana natural” y “Sobreprotección Madre” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Frecuencia de consumo de marihuana natural” y “sobreprotección madre”, indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada de -0.642 y una significancia de 0,013 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor consumo de marihuana natural tienden a presentar menor sobreprotección de la madre.

**6.7 Relaciones entre la Variable “Frecuencia de Consumo de Marihuana prensada” y las Escalas Clínicas.**

**Tabla Nº 164: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de Consumo de Marihuana prensada” y las Escalas Clínicas.**

	Frecuencia de Consumo Marihuana (Prensada)					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
<b>Escala Depresión</b>			<b>14.143</b>	<b>0.007</b>	0,141	0,630
<b>Escala Ansiedad</b>			1.098	0.895	-0,047	0,873
<b>Escala Autoimagen</b>			2.411	0.661	0,264	0,361
<b>Escala Neuroticismo</b>			1.313	0.859	-0,160	0,584
<b>Escala Extroversión</b>			6.067	0.194	0,132	0,652
<b>Escala Psicoticismo</b>			1.676	0.433	0,295	0,306
<b>Escala Mentira</b>			2.554	0.635	-0,159	0,587
<b>Escala Irracionalidad Cognitiva</b>			3.456	0.485	0,456	0,101
<b>Escala Autoeficacia</b>			2.032	0.730	0,333	0,245
<b>Escala Autoestima</b>			1.313	0.859	0,160	0,584
<b>Escala Satisfacción de Necesidades</b>			<b>8.575</b>	<b>0.073</b>	0,203	0,487
<b>Escala Alexitimia</b>			6.942	0.139	0,252	0,385
<b>Escala Disconfort Emocional</b>			2.654	0.617	0,067	0,821
<b>Escala Conductas Sociales</b>			5.360	0.252	0,107	0,716
<b>Escala Asertividad</b>			2.740	0.602	-0,148	0,613
<b>Escala Satisfacción Matrimonial</b>			<b>6.000</b>	<b>0.014</b>	<b>1,000</b>	<b>0.000</b>
<b>Escala Perfeccionismo</b>			1.098	0.895	0,099	0,735
<b>Escala Tolerancia a la Frustración</b>			0.758	0.944	-0,022	0,940
<b>Escala Inmadurez Neurológica</b>			2.285	0.684	-0,169	0,564
<b>Cuidado padre</b>			2.013	0.733	0,200	0,493
<b>Sobreprotección padre</b>			1.098	0.895	-0,194	0,507
<b>Cuidado madre</b>			4.550	0.337	0,199	0,495
<b>Sobreprotección madre</b>			3.300	0.192	-0,363	0,202

**6.7.1 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de marihuana prensada” y “Depresión”.**

**Tabla Nº 165: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de marihuana prensada” y la variable “Depresión”**

		Escala Depresión Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo Marihuan Prensada Rango	Una o menos veces al mes o nunca	1	0	4	5
	Entre una y cuatro veces al mes	0	1	0	1
	Dos o más veces a la semana	1	0	7	8
Total		2	1	11	14

En la variable “Frecuencia de consumo de marihuana prensada” se observa que el rango dos o mas veces a la semana, es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto, la escala “depresión” agrupa la mayoría de los datos en el nivel “alto”. De modo que, el Rango de los sujetos que consumían marihuana prensada antes de ingresar al centro de tratamiento dos o más veces a la semana tiende al nivel alto de depresión, conformando la mayoría de los casos. Así como también, se ubica en este nivel, el rango una o más veces al mes.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14.143 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,007. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independenciam y concluir que las variables “Frecuencia de marihuana prensada” y “Depresión” están relacionadas.

**6.7.2 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de marihuana prensada” y “Satisfacción de necesidades”.**

**Tabla Nº 166: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de marihuana prensada” y la variable “Satisfacción de necesidades”**

		Escala Satisfacción de Necesidades Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo Marihuana Prensada Rango	Una o menos veces al mes o nunca	0	3	2	5
	Entre una y cuatro veces al mes	0	1	0	1
	Dos o más veces a la semana	2	0	6	8
Total		2	4	8	14

En la variable “Frecuencia de consumo de marihuana prensada” se observa que el rango dos o mas veces a la semana, es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto, la escala “satisfacción de necesidades” agrupa la mayoría de los datos en el nivel “alto”. De modo que, el rango de los sujetos que consumían marihuana prensada antes de ingresar al centro de tratamiento dos o más veces a la semana tiende a presentarse en el nivel alto en la escala de satisfacción de necesidades, conformando la mayoría de los casos. Mientras que los rangos una o menos veces al mes y entre una y cuatro veces al mes tienden a presentarse en el nivel medio de la escala de satisfacción de necesidades

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 8.575 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,073. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independenciam y concluir que las variables “Frecuencia de marihuana prensada” y “satisfacción de necesidades” están relacionadas.

**6.7.3 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de marihuana prensada” y “Satisfacción matrimonial”.**

**Tabla Nº 167: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de marihuana prensada” y la variable “Satisfacción matrimonial”**

	Escala Satisfacción Matrimonial Rango		Total
	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Marihuana Prensada Rango			
Una o menos veces al mes o nunca	4	0	4
Dos o más veces a la semana	0	2	2
Total	4	2	6

En la variable “Frecuencia de consumo de marihuana prensada” se observa que el rango una o más veces al mes, es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto, la escala “Satisfacción matrimonial” agrupa la mayoría de los datos en el rango “medio”. Mientras que el rango de aquellos que consumían dos o más veces a la semana se ubican en el rango alto de la escala.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6.000 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,014. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de marihuana prensada” y “Satisfacción matrimonial” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Frecuencia de consumo de marihuana prensada” y “asertividad”, indica que éstas presentan una correlación directa alta de 1.000 y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor consumo de marihuana natural tienden a presentar mayor Satisfacción matrimonial.

## 6.8 Relaciones entre la Variable “Frecuencia de Consumo de Cocaína y las variables psicológicas

Tabla Nº 168: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de Consumo de Cocaína en Libertad” y las variables psicológicas

	Frecuencia de Consumo de Cocaína					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	.	.	3,964	,411	0,252	0,384
Escala Ansiedad	.	.	3,818	,431	0,494	0,072
Escala Autoimagen	.	.	3,411	,492	-0,126	0,668
Escala Neuroticismo	.	.	4,425	,352	0,279	0,334
Escala Extroversión	.	.	3,867	,424	0,286	0,322
Escala Psicoticismo	.	.	,764	,683	0,213	0,464
Escala Mentira	.	.	4,221	,377	-0,279	0,334
Escala Irracionalidad Cognitiva	.	.	7,925	,094	<b>0,545</b>	<b>0,044</b>
Escala Autoeficacia	.	.	2,183	,702	0,098	0,738
Escala Autoestima	.	.	,875	,928	0,038	0,898
Escala Satisfacción de Necesidades	.	.	2,500	,645	0,309	0,282
Escala Alexitimia	.	.	3,325	,505	0,180	0,539
Escala Disconfort Emocional	.	.	2,183	,702	0,221	0,447
Escala Conductas Sociales	.	.	2,411	,661	0,003	0,993
Escala Asertividad	.	.	3,511	,476	-0,234	0,420
Escala Satisfacción Matrimonial	.	.	6,000	,014	<b>1,000</b>	<b>0,000</b>
Escala Perfeccionismo	.	.	4,555	,336	0,244	0,401
Escala Tolerancia a la Frustración	.	.	2,711	,607	0,076	0,795
Escala Inmadurez Neurológica	.	.	2,411	,661	0,225	0,440
Cuidado padre	.	.	1,283	,864	-0,090	0,760
Sobreprotección padre	.	.	2,582	,630	-0,145	0,622
Cuidado madre	.	.	5,440	,245	0,158	0,588
Sobreprotección madre	.	.	3,486	,175	-0,486	0,078

### 6.8.1 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de cocaína” y “irracionalidad cognitiva”.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Frecuencia de consumo de cocaína” e “irracionalidad cognitiva”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada de 0.545 y una significancia de 0,044 con un 95% de confianza, bilateral. Lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente

significativa a que los sujetos tenían un mayor consumo de cocaína tienden a presentar mayor irracionalidad cognitiva.

### **6.8.2 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de cocaína” y “satisfacción matrimonial”**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Frecuencia de consumo de cocaína” y “satisfacción matrimonial”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada de 1 y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral. Lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos tenían un mayor consumo de cocaína tienden a presentar mayor satisfacción matrimonial.

## 6.9 Relaciones entre la Variable “Frecuencia Consumo de Pasta Base” y las variables psicológicas

Tabla N° 169: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia Consumo de Pasta Base” y las variables psicológicas

	Frecuencia de Consumo de Pasta Base					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Escala Depresión			2,864	0,581	0,440	0,116
Escala Ansiedad			<b>15,591</b>	<b>0,004</b>	0,251	0,386
Escala Autoimagen			7,467	0,113	0,123	0,674
Escala Neuroticismo			2,844	0,584	-0,042	0,886
Escala Extroversión			7,700	0,103	-0,071	0,811
Escala Psicoticismo			0,339	0,844	0,074	0,802
Escala Mentira			5,150	0,272	-0,131	0,656
Escala Irracionalidad Cognitiva			4,988	0,289	0,430	0,124
Escala Autoeficacia			4,288	0,368	0,244	0,400
Escala Autoestima			1,444	0,837	0,177	0,544
Escala Satisfacción de Necesidades			<b>10,500</b>	<b>0,033</b>	0,101	0,730
Escala Alexitimia			3,835	0,429	0,349	0,222
Escala Disconfort Emocional			1,517	0,824	0,044	0,880
Escala Conductas Sociales			2,740	0,602	-0,148	0,613
Escala Asertividad			7,640	0,106	-0,148	0,613
Escala Satisfacción Matrimonial			<b>6,000</b>	<b>0,014</b>	<b>1**</b>	
Escala Perfeccionismo			2,434	0,656	0,319	0,266
Escala Tolerancia a la Frustración			0,758	0,944	0,022	0,940
Escala Inmadurez Neurológica			3,540	0,472	0,165	0,574
Cuidado padre			2,012	0,733	-0,200	0,493
Sobreprotección padre			2,434	0,656	-0,120	0,682
Cuidado madre			8,820	0,066	-0,207	0,478
Sobreprotección madre			3,300	0,192	-0,363	0,202

### 6.9.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de consumo de Pasta Base” y la variable “Escala de Ansiedad”

**Tabla Nº 170: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de Pasta Base” y la variable “Escala de Ansiedad”**

	Escala Ansiedad Rango			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Pasta Base Rango				
Una o menos veces al mes o nunca	2	0	6	8
Entre una y cuatro veces al mes	0	1	0	1
Dos o más veces a la semana	0	0	5	5
Total	2	1	11	14

En la variable “Frecuencia de Consumo Pasta Base”, el rango “una o menos veces al mes o nunca” y “dos o más veces a la semana”, (donde se encuentran la mayor parte de los casos) presentan puntajes en la escala de “Ansiedad” que mayoritariamente están en el rango “alto”. Mientras que quien están en el rango “entre una y cuatro veces al mes”, tiene puntajes en el rango “medio”. Por lo tanto, quienes están en el rango de consumo de una o menos veces al mes o nunca y dos o más veces a la semana, en general, tienden a puntuar alto en la escala de Ansiedad.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 15,591 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,004. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independenciam y concluir que las variables “Frecuencia de Consumo Pasta Base” y la variable “escala de Ansiedad” están relacionadas.

### 6.9.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de consumo de Pasta Base” y la variable “Escala de Satisfacción de Necesidades”

**Tabla Nº 171: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de Pasta Base” y la variable “Escala de Satisfacción de Necesidades”**

	Escala Satisfacción de Necesidades Rango			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Pasta Base Rango				
Una o menos veces al mes o nunca	0	4	4	8
Entre una y cuatro veces al mes	1	0	0	1
Dos o más veces a la semana	1	0	4	5
Total	2	4	8	14

En la variable “Frecuencia de Consumo Pasta Base”, el rango “una o menos veces al mes o nunca” y “dos o más veces a la semana”, donde se encuentran la mayor parte de los casos, los puntajes en la “escala de Satisfacción de Necesidades” tienden mayoritariamente a estar en los rangos “medio” y “alto”. Mientras que quien están en el rango “entre una y cuatro veces al mes”, tiene puntajes en el rango “bajo”. Por lo tanto, quienes están en el rango de consumo de una o menos veces al mes o nunca y dos o más veces a la semana, en general, tienden a puntuar alto en la escala de satisfacción de Necesidades.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 10,500 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,033. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de Consumo Pasta Base” y la variable “escala de satisfacción de necesidades” están relacionadas.

### 6.9.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de consumo de Pasta Base” y la variable “Escala de Satisfacción matrimonial”

**Tabla Nº 172: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de Pasta Base” y la variable “Escala de Satisfacción matrimonial”**

	Escala Satisfacción Matrimonial Rango		Total
	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Pasta Base Rango			
Una o menos veces al mes o nunca	4	0	4
Dos o más veces a la semana	0	2	2
Total	4	2	6

En la variable “Frecuencia de Consumo Pasta Base”, el rango “una o menos veces al mes o nunca”, (donde se encuentran la mayor parte de los casos), los puntajes en la “escala de Satisfacción de Matrimonial” tienden mayoritariamente a estar en el rango “medio”. Mientras que quienes están en el rango “dos o más veces por semana”, tiene puntajes en el rango “alto”. Por lo tanto, quienes están en el rango dos o más veces por semana, en general, tienden a puntuar alto en la escala de satisfacción matrimonial.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,000 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 1 grado de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,014. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de Consumo Pasta Base” y la variable “escala de satisfacción matrimonial” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables Frecuencia de consumo de Pasta Base” y “Escala de Satisfacción matrimonial Están relacionadas, indica que éstas presentan una correlación directa, moderada a alta de 0.549 y una significancia de 0,042 con un 95% de confianza, bilateral. (A medida que

aumenta el puntaje de la escala de Satisfacción Matrimonial aumenta la frecuencia del consumo de Pasta Base)

### 6.10 Relaciones entre la Variable “Frecuencia Consumo de Codeína” y Las Variables de Escalas Cínicas

Tabla Nº 173: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia Consumo de Codeína” y Las Variables de Escalas Cínicas

	Frecuencia Consumo Codeína					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Escala Depresión			.	.	.	.
Escala Ansiedad			.	.	.	.
Escala Autoimagen			.	.	.	.
Escala Neuroticismo			.	.	.	.
Escala Extroversión			.	.	.	.
Escala Psicoticismo			.	.	.	.
Escala Mentira			.	.	.	.
Escala Irracionalidad Cognitiva			.	.	.	.
Escala Autoeficacia			.	.	.	.
Escala Autoestima			.	.	.	.
Escala Satisfacción de Necesidades			.	.	.	.
Escala Alexitimia			.	.	.	.
Escala Disconfort Emocional			.	.	.	.
Escala Conductas Sociales			.	.	.	.
Escala Asertividad			.	.	.	.
Escala Satisfacción Matrimonial			.	.	.	.
Escala Perfeccionismo			.	.	.	.
Escala Tolerancia a la Frustración			.	.	.	.
Escala Inmadurez Neurológica			.	.	.	.
Cuidado padre			.	.	.	.
Sobreprotección padre			.	.	.	.
Cuidado madre			.	.	.	.
Sobreprotección madre			.	.	.	.

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable “Frecuencia Consumo de Codeína” y las Variables de Escalas clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

### 6.11 Relaciones entre la Variable “Frecuencia de consumo de Éxtasis” y las variables psicológicas

Tabla Nº 174: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de consumo de Éxtasis” y las variables psicológicas

	Frecuencia Consumo de Éxtasis					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión			0.294	0.863	0.144	0.624
Escala Ansiedad			0.294	0.863	0.144	0.624
Escala Autoimagen			3.949	0.139	0.444	0.111
Escala Neuroticismo			0.808	0.668	0.232	0.425
Escala Extroversión			3.949	0.139	-0.283	0.327
Escala Psicoticismo			3.949	0.047	-0.531	0.051
Escala Mentira			2.692	0.260	0.150	0.610
Escala Irracionalidad Cognitiva			2.692	0.260	0.232	0.425
Escala Autoeficacia			2.692	0.260	0.326	0.256
Escala Autoestima			2.692	0.260	0.387	0.172
Escala Satisfacción de Necesidades			0.808	0.668	0.232	0.425
Escala Alexitimia			0.808	0.668	0.231	0.427
Escala Disconfort Emocional			0.598	0.741	-0.204	0.485
Escala Conductas Sociales			1.938	0.379	0.340	0.235
Escala Asertividad			1.938	0.379	0.340	0.235
Escala Satisfacción Matrimonial			-	-	.	.
Escala Perfeccionismo			<b>14.000</b>	<b>0.001</b>	<b>0.624</b>	<b>0.017</b>
Escala Tolerancia a la Frustración			0.598	0.741	0.202	0.489
Escala Inmadurez Neurológica			1.938	0.379	-0.189	0.518
Cuidado padre			2.692	0.260	-0.367	0.197
Sobreprotección padre			0.294	0.863	-0.048	0.871
Cuidado madre			1.938	0.379	0.036	0.902
Sobreprotección madre			1.077	0.299	-0.277	0.337

**6.11.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de consumo de Éxtasis” y “Perfeccionismo”.**

**Tabla Nº 175: Tabla de contingencia de la variable “Frecuencia de consumo de Éxtasis” y la variable “Perfeccionismo”.**

		Escala Perfeccionismo Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Éxtasis Rango	Una o menos veces al mes o nunca	11	2	0	13
	Entre una y cuatro veces al mes	0	0	1	1
Total		11	2	1	14

En la variable “Frecuencia de consumo de éxtasis” se observa que el rango una o menos veces al mes es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto, la escala “perfeccionismo” agrupa la mayoría de los datos en el nivel “bajo”. De modo que, el rango de los sujetos que consumían éxtasis antes de ingresar al centro de tratamiento una o menos veces al mes tiende al nivel bajo de la escala de perfeccionismo, conformando la mayoría de los casos, mientras que sólo un sujeto perteneciente al rango una y cuatro veces al mes, se presenta en el nivel alto de perfeccionismo

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14.000 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,001. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de éxtasis” y “perfeccionismo” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Frecuencia de consumo de marihuana natural” y “perfeccionismo”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada de 0,624 y una significancia de 0,017 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que poseen un mayor consumo de éxtasis tienden a presentar mayor perfeccionismo

## 6.12 Relaciones entre la Variable “Frecuencia de consumo de Fármacos y Psicofármacos” y las variables psicológicas

Tabla Nº 176: Cruce de frecuencias entre la variable “Frecuencia de consumo de Fármacos y Psicofármacos” y las variables psicológicas

	Frecuencia de Consumo de Fármacos y Psicofármacos					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Escala Depresión			1,527	0,822	0,325	0,257
Escala Ansiedad			1,527	0,822	0,325	0,257
Escala Autoimagen			6,819	0,146	0,132	0,653
Escala Neuroticismo			1,575	0,813	0,150	0,610
Escala Extroversión			1,452	0,835	0,163	0,578
Escala Psicoticismo			0,537	0,764	-0,082	0,781
Escala Mentira			6,583	0,160	0,089	0,762
Escala Irracionalidad Cognitiva			<b>12,600</b>	<b>0,013</b>	<b>0,767</b>	0,001
Escala Autoeficacia			3,163	0,531	0,180	0,537
Escala Autoestima			4,258	0,372	0,358	0,208
Escala Satisfacción de Necesidades			4,200	0,380	0,524	0,055
Escala Alexitimia			4,200	0,380	0,521	0,056
Escala Disconfort Emocional			6,391	0,172	<b>0,549</b>	0,042
Escala Conductas Sociales			2,720	0,606	0,134	0,648
Escala Asertividad			7,820	0,098	0,141	0,630
Escala Satisfacción Matrimonial			2,400	0,121	0,632	0,178
Escala Perfeccionismo			<b>10,373</b>	<b>0,035</b>	0,416	0,139
Escala Tolerancia a la Frustración			2,463	0,651	0,187	0,522
Escala Inmadurez Neurológica			2,720	0,606	0,049	0,869
Cuidado padre			4,550	0,337	0,222	0,446
Sobreprotección padre			4,582	0,333	-0,456	0,101
Cuidado madre			4,970	0,290	0,281	0,331
Sobreprotección madre			1,733	0,420	-0,291	0,314

### 6.12.1 Cruce de Frecuencias de la Variable “Frecuencia de consumo de Fármacos y Psicofármacos” y la variable “Escala de Irracionalidad Cognitiva”

Tabla Nº 177: Tabla de contingencia de la variable “Frecuencia de consumo de Fármacos y Psicofármacos” y la variable “Escala de Irracionalidad Cognitiva”

			Escala Irracionalidad Cognitiva Rango			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Fármacos y Psicofármacos Rango	Una o menos veces al mes o nunca	8	2	0	10	
	Entre una y cuatro veces al mes	0	0	1	1	
	Dos o más veces a la semana	0	2	1	3	
Total		8	4	2	14	

En la variable “Frecuencia de consumo Fármacos y Psicofármacos”, el Rango “una o menos veces al mes o nunca”, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), los puntajes en la escala de “perfeccionismo” se presentan mayoritariamente en el rango “bajo”. Mientras que quienes están en el rango entre “una y cuatro veces al mes o dos” o “dos más veces a la semana”, puntúan mayoritariamente “medio” o “alto”. Por lo tanto, quienes están en el rango de consumo de una o menos veces al mes o nunca, en general, tienden a puntuar bajo en la escala de Irracionalidad Cognitiva.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 12,600 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,013. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de Consumo Fármacos y Psicofármacos” y la variable “escala de Irracionalidad Cognitiva” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Frecuencia de Fármacos y Psicofármacos” y la variable “escala de Irracionalidad Cognitiva” están relacionadas, indica que éstas presentan una correlación directa, moderada a alta de 0.767 y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral;

lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que poseen un mayor consumo de fármacos y psicofármacos tienden a presentar mayor irracionalidad cognitiva

### 6.12.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de consumo de Fármacos y Psicofármacos” y la variable “Escala de Perfeccionismo”.

**Tabla Nº 178: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de Fármacos y Psicofármacos” y la variable “Escala de Perfeccionismo”.**

	Escala Perfeccionismo Rango			Total	
	Bajo	Medio	Alto		
Frecuencia de Consumo de Fármacos y Psicofármacos Rango	Una o menos veces al mes o nunca	9	1	0	10
	Entre una y cuatro veces al mes	0	1	0	1
	Dos o más veces a la semana	2	0	1	3
Total		11	2	1	14

En la variable “Frecuencia de Consumo de Fármacos y Psicofármacos”, el rango “una o menos veces al mes o nunca”, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), los puntajes en la escala de “perfeccionismo” mayoritariamente a los rangos “bajo” o “medio”. Mientras que quienes están en el rango “entre una y cuatro veces al mes” o “dos o más veces por semana”, no presentan una tendencia clara. Por lo tanto, quienes están en el rango de consumo de una o menos veces al mes o nunca, en general, tienden a puntuar bajo en perfeccionismo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 10,373 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,013. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de Consumo de Fármacos y Psicofármacos” y la variable “Escala de Perfeccionismo” están relacionadas.

### **6.12.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de consumo de Fármacos y Psicofármacos” y la variable “escala de Grambrill – Ritchie (discomfort Emocional)”**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Frecuencia de Consumo de Fármacos y Psicofármacos” y la variable “escala de Grambrill – Ritchie (discomfort Emocional)”, indica que éstas presentan una correlación directa, moderada a alta de 0.549 y una significancia de 0,042 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que poseen un mayor consumo de fármacos y psicofármacos tienden a presentar mayor discomfort emocional

### 6.13 Relaciones entre la Variable “Frecuencia Consumo de Solventes” y las Variables variables psicológicas

Tabla Nº 179: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia Consumo de Solventes” y las Variables variables psicológicas

	Frecuencia de consumo solventes					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Escala Depresión			0,294	0,863	0.144	0.624
Escala Ansiedad			0,294	0,863	0.144	0.624
Escala Autoimagen			0,598	0,741	-0.202	0.489
Escala Neuroticismo			2,692	0,260	-0.387	0.172
Escala Extroversión			0,598	0,741	0.202	0.489
Escala Psicoticismo			0,294	0,588	0.145	0.621
Escala Mentira			1,077	0,584	-0.262	0.366
Escala Irracionalidad Cognitiva			2,692	0,260	0.232	0.425
Escala Autoeficacia			2,692	0,260	0.326	0.256
Escala Autoestima			<b>6,462</b>	<b>0,040</b>	0.155	0.597
Escala Satisfacción de Necesidades			0,808	0,668	0.232	0.425
Escala Alexitimia			0,808	0,668	0.231	0.427
Escala Disconfort Emocional			2,692	0,260	0.407	0.149
Escala Conductas Sociales			1,077	0,584	-0.264	0.361
Escala Asertividad			1,938	0,379	0.340	0.235
Escala Satisfacción Matrimonial			-	-	-	-
Escala Perfeccionismo			0,294	0,863	-0.144	0.624
Escala Tolerancia a la Frustración			<b>6,462</b>	<b>0,040</b>	-0.242	0.404
Escala Inmadurez Neurológica			1,077	0,584	0.264	0.361
Cuidado padre			2,692	0,260	0.367	0.197
Sobreprotección padre			<b>14,000</b>	<b>0,001</b>	<b>-0.624</b>	<b>0.017</b>
Cuidado madre			1,938	0,379	0.036	0.902
Sobreprotección madre			1,077	0,299	-0.277	0.337

### 6.13.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de consumo de Solventes” y la variable “Escala de Autoestima”

**Tabla Nº 180: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de Solventes” y la variable “Escala de Autoestima”**

	Escala Autoestima Rango			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Solventes Rango				
Una o menos veces al mes o nunca	8	1	4	13
Dos o más veces a la semana	0	1	0	1
Total	8	2	4	14

En la variable “Frecuencia de Consumo Solventes”, el rango “una o menos veces al mes o nunca”, (donde se encuentran la mayor parte de los casos), los puntajes en la “escala de Autoestima” tienden mayoritariamente a estar en el rango “Bajo” y en menor medida en el rango “alto”. Mientras que quien están en el rango “dos o más veces por semana”, tiene puntajes en el rango “medio”. Por lo tanto, quienes están en el rango una o menos veces al mes o nunca, en general, tienden a puntuar bajo en la escala de Autoestima

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,462 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,040. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de consumo de Solventes” y “Escala de Autoestima” están relacionadas.

### 6.13.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de consumo de Solventes” y la variable “Escala de Tolerancia a la Frustración”

**Tabla Nº 181: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de Solventes” y la variable “Escala de Tolerancia a la Frustración”**

	Escala Tolerancia a la Frustración			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Solventes Rango				
Una o menos veces al mes o nunca	3	1	9	13
Dos o más veces a la semana	0	1	0	1
Total	3	2	9	14

En la variable “Frecuencia de Consumo Solventes”, el rango “una o menos veces al mes o nunca”, (donde se encuentran la mayor parte de los casos), los puntajes en la “escala de Tolerancia a la Frustración” tienden mayoritariamente a estar en el rango “Alto” y en menor medida en el rango “bajo”. Mientras que quien están en el rango “dos o más veces por semana”, tiene puntajes en el rango “medio”. Por lo tanto, quienes están en el rango una o menos veces al mes o nunca, en general, tienden a puntuar alto en la escala de Tolerancia a la Frustración.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,462 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,040. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de Consumo Solventes” y “escala de Tolerancia a la Frustración” están relacionadas.

### 6.13.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de consumo de Solventes” y la variable “Escala de Sobreprotección Padre”

**Tabla Nº 182: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de Solventes” y la variable “Escala de Sobreprotección Padre”**

	Escala de Sobreprotección del Padre			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Solventes Rango				
Una o menos veces al mes o nunca	0	11	2	13
Dos o más veces a la semana	1	0	0	1
Total	1	11	2	14

En la variable “Frecuencia de Consumo Solventes”, el rango “una o menos veces al mes o nunca”, (donde se encuentran la mayor parte de los casos), los puntajes en la “escala de Sobreprotección Padre” tienden mayoritariamente a estar en el rango “medio”. Mientras que quien están en el rango “dos o más veces por semana”, tiene puntajes en el rango “bajo”. Por lo tanto, quienes están en el rango una o menos veces al mes o nunca, en general, tienden a puntuar medio en la escala de Sobreprotección padre.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14,000 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,001. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de consumo de Solventes” y “Escala de Sobreprotección Padre” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Frecuencia de consumo de Solventes” y “Escala de Sobreprotección Padre”, indica que éstas presentan una correlación indirecta, moderada a alta de 0.624 y una significancia de 0,017 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia

estadísticamente significativa a que los sujetos que poseen un mayor puntaje de la escala de Sobreprotección padre, disminuye la frecuencia del consumo de Solventes

#### 6.14 Relaciones entre la Variable “Anfetaminas” y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 183: Cruce de frecuencias entre la Variable “Anfetaminas” y las variables psicológicas

	Frecuencia de Consumo de Cocaína					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	.	.	1.527	0.822	0.325	0.257
Escala Ansiedad	.	.	1.527	0.822	0.325	0.257
Escala Autoimagen	.	.	2.152	0.708	0.116	0.694
Escala Neuroticismo	.	.	5.075	0.280	0.100	0.734
Escala Extroversión	.	.	1.452	0.835	0.202	0.489
Escala Psicoticismo	.	.	0.537	0.764	-0.027	0.926
Escala Mentira	.	.	1.,250	0.036	0.056	0.850
Escala Irracionalidad Cognitiva	.	.	12.600	0.013	<b>0.767</b>	<b>0.001</b>
Escala Autoeficacia	.	.	3.163	0.531	0.180	0.537
Escala Autoestima	.	.	8.925	0.063	0.390	0.169
Escala Satisfacción de Necesidades	.	.	4.200	0.380	0.524	0.055
Escala Alexitimia	.	.	4.200	0.380	0.521	0.056
Escala Disconfort Emocional	.	.	6.391	0.172	<b>0.599</b>	<b>0.024</b>
Escala Conductas Sociales	.	.	2.720	0.606	0.036	0.901
Escala Asertividad	.	.	3.153	0.533	0.114	0.698
Escala Satisfacción Matrimonial	.	.	2.400	0.121	0.632	0.178
Escala Perfeccionismo	.	.	5.706	0.222	0.404	0.152
Escala Tolerancia a la Frustración	.	.	8.167	0.086	0.151	0.605
Escala Inmadurez Neurológica	.	.	2.720	0.606	0.122	0.679
Cuidado padre	.	.	2.994	0.559	0.251	0.386
Sobreprotección padre	.	.	<b>14.764</b>	<b>0.005</b>	-0.503	0.067
Cuidado madre	.	.	4.970	0.290	0.254	0.381
Sobreprotección madre	.	.	1.733	0.420	-0.335	0.241

#### **6.14.1 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de Anfetaminas” e “irracionalidad cognitiva”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Frecuencia de consumo de Anfetaminas” e “Irracionalidad cognitiva”, indica que éstas presentan una correlación directa alta de 0,767 y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral. Lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor consumo de anfetaminas, tienden a presentar mayor irracionalidad cognitiva

#### **6.14.2 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de Anfetaminas” y “disconfort emocional”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Frecuencia de consumo de Anfetaminas” e “Irracionalidad cognitiva”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada de 0,599 y una significancia de 0,024 con un 95% de confianza, bilateral. Lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor consumo de anfetaminas, tienden a presentar mayor disconfort emocional

### 6.14.3 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de Anfetaminas” y “sobreprotección padre”.

**Tabla Nº 184: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de Anfetaminas” y la variable “Escala de Sobreprotección Padre”**

			Escala de Sobreprotección del Padre			Total
			Rango			
			Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Anfetaminas Rango	Una o menos veces al mes o nunca		0	8	2	10
	Entre una y cuatro veces al mes		0	3	0	3
	Dos o más veces a la semana		1	0	0	1
Total			1	11	2	14

En la variable “Frecuencia de consumo de anfetaminas” se observa que el rango una o menos veces al mes es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto, la escala “sobreprotección padre” agrupa la mayoría de estos casos en el nivel “medio”. De modo que, el rango una o menos veces al mes de la frecuencia de consumo de anfetamina, tiende al nivel medio en la escala de sobreprotección del padre. El rango de aquellos que consumían Anfetaminas entre una y cuatro veces al mes, tiene niveles medios en la escala y sólo un caso presente en el rango dos o más veces a la semana, posee nivel bajo en la escala de sobreprotección padre

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14.764 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,005. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia reconsumo de anfetaminas” y “sobreprotección del padre” están relacionadas.

## 6.15 Relaciones entre la Variable “Frecuencia de Consumo de Gas” y las variables psicológicas variables psicologicas

Tabla Nº 185: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de Consumo de Gas” y las variables psicológicas

	Frecuencia Consumo de Gas					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión			0.636	0.959	0.211	0.469
Escala Ansiedad			0.636	0.959	0.211	0.469
Escala Autoimagen			6.935	0.139	0.006	0.983
Escala Neuroticismo			1.750	0.782	0.341	0.233
Escala Extroversión			10.296	0.862	0.296	0.303
Escala Psicoticismo			0.636	0.727	0.213	0.466
Escala Mentira			30.625	0.459	-0.104	0.724
Escala Irracionalidad Cognitiva			70.146	0.128	0.134	0.648
Escala Autoeficacia			10.296	0.862	-0.299	0.300
Escala Autoestima			9.042	0.060	0.385	0.174
Escala Satisfacción de Necesidades			1.750	0.782	0.341	0.233
Escala Alexitimia			1.750	0.782	0.339	0.236
Escala Disconfort Emocional			3.144	0.534	0.117	0.690
Escala Conductas Sociales			2.333	0.675	-0.388	0.171
Escala Asertividad			8.283	0.082	-0.042	0.888
Escala Satisfacción Matrimonial			2.625	0.269	0.122	0.817
Escala Perfeccionismo			6.629	0.157	0.214	0.463
Escala Tolerancia a la Frustración			1.296	0.862	0.296	0.303
Escala Inmadurez Neurológica			2.333	0.675	0.388	0.171
Cuidado padre			3.111	0.539	0.000	1.000
Sobreprotección padre			0.636	0.959	-0.070	0.811
Cuidado madre			3.733	0.443	-0.233	0.422
Sobreprotección madre			2.000	0.368	0.029	0.921

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable “frecuencia de consumo de gas” y las Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

## 6.16 Relaciones entre la Variable “Frecuencia de Consumo de Marciano” y las variables psicológicas

Tabla Nº 186: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de Consumo de Marciano” y las variables psicológicas

	Frecuencia de Consumo de Marciano					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión			2.864	0.581	0,440	0,116
Escala Ansiedad			2.864	0.581	0,440	0,116
Escala Autoimagen			0.758	0.944	-0,022	0,940
Escala Neuroticismo			1.313	0.859	0,160	0,584
Escala Extroversión			7.992	0.092	-0,137	0,641
Escala Psicoticismo			4.052	0.132	-0,147	0,615
Escala Mentira			5.588	0.232	-0,216	0,458
Escala Irracionalidad Cognitiva			4.988	0.289	0,430	0,124
Escala Autoeficacia			4.288	0.368	0,244	0,400
Escala Autoestima			1.444	0.837	0,177	0,544
Escala Satisfacción de Necesidades			4.813	0.307	0,177	0,544
Escala Alexitimia			6.533	0.163	0,134	0,647
Escala Disconfort Emocional			1.517	0.824	0,044	0,880
Escala Conductas Sociales			6.865	0.143	-0,037	0,900
Escala Asertividad			1.265	0.867	-0,037	0,900
Escala Satisfacción Matrimonial			<b>6.000</b>	<b>0.050</b>	0,894	0,016
Escala Perfeccionismo			2.434	0.656	0,319	0,266
Escala Tolerancia a la Frustración			0.758	0.944	0,022	0,940
Escala Inmadurez Neurológica			6.865	0.143	0,078	0,790
Cuidado padre			3.908	0.419	-0,320	0,264
Sobrepotección padre			2.434	0.656	-0,120	0,682
Cuidado madre			8.820	0.066	-0,207	0,478
Sobrepotección madre			3.300	0.192	-0,363	0,202

**6.16.1 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de marciano” y “Satisfacción Matrimonial”.**

**Tabla Nº 187: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de marciano” y la variable “Satisfacción Matrimonial”**

		Escala Satisfacción Matrimonial Rango		Total
		Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Marciano Rango	Una o menos veces al mes o nunca	3	0	3
	Entre una y cuatro veces al mes	1	0	1
	2 o más veces a la semana	0	2	2
Total		4	2	6

En la variable “Frecuencia de consumo de marciano” se observa que el rango una o menos veces al mes es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto, la escala “satisfacción matrimonial” agrupa la mayoría de los datos en el nivel “bajo”. De modo que, el rango de los sujetos que consumían marciano antes de ingresar al centro de tratamiento una o menos veces al mes, tiende al nivel bajo de la escala satisfacción matrimonial, conformando la mayoría de los casos, sin embargo, el rango de quienes consumían dos veces o más a la semana, se presenta en el nivel alto de la escala satisfacción matrimonial

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6.000(con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,05. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de marciano” y “satisfacción matrimonial” están relacionadas

## 6.17 Relaciones entre la Variable “Frecuencia de Consumo de Nevado” y las variables psicológicas

Tabla Nº 188: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de Consumo de Nevado” y las variables psicológicas.

	Frecuencia Consumo “Nevado”					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión			1.527	0.822	0.325	0.257
Escala Ansiedad			1.527	0.822	0.325	0.257
Escala Autoimagen			2.463	0.651	-0.223	0.444
Escala Neuroticismo			5.075	0.280	0.100	0.734
Escala Extroversión			1.452	0.835	0.202	0.489
Escala Psicoticismo			1.527	0.466	0.327	0.254
Escala Mentira			3.933	0.415	-0.160	0.585
Escala Irracionalidad Cognitiva			<b>12.600</b>	<b>0.013</b>	<b>0.767</b>	<b>0.001</b>
Escala Autoeficacia			4.317	0.365	-0.097	0.742
Escala Autoestima			6.650	0.156	0.065	0.824
Escala Satisfacción de Necesidades			3.092	0.543	0.159	0.587
Escala Alexitimia			4.200	0.380	0.521	0.056
Escala Discomfort Emocional			6.391	0.172	<b>0.599</b>	<b>0.024</b>
Escala Conductas Sociales			2.080	0.721	-0.280	0.333
Escala Asertividad			3.980	0.409	-0.123	0.675
Escala Satisfacción Matrimonial			2.400	0.121	0.632	0.178
Escala Perfeccionismo			1.548	0.818	0.002	0.995
Escala Tolerancia a la Frustración			8.167	0.086	0.151	0.605
Escala Inmadurez Neurológica			2.080	0.721	0.359	0.208
Cuidado padre			4.511	0.341	0.443	0.112
Sobreprotección padre			15.039	0.005	-0.176	0.548
Cuidado madre			4.970	0.290	0.254	0.381
Sobreprotección madre			1.333	0.513	-0.045	0.879

**6.17.1 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de nevado” e “irracionalidad cognitiva”.**

**Tabla Nº 189: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de nevado” y la variable “irracionalidad cognitiva”**

		Escala Irracionalidad Cognitiva Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Nevado Rango	Una o menos veces al mes o nunca	8	2	0	10
	Entre una y cuatro veces al mes	0	1	2	3
	Dos o más veces a la semana	0	1	0	1
Total		8	4	2	14

En la variable “Frecuencia de consumo de nevado” se observa que el rango una o menos veces al mes es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto, la escala “irracionalidad cognitiva” agrupa la mayoría de los datos en el nivel “bajo”. De modo que, el rango de los sujetos que consumían “nevado” antes de ingresar al centro de tratamiento una o menos veces al mes tiende a presentarse en el nivel bajo de la escala de irracionalidad cognitiva, conformando la mayoría de los casos. Mientras que en el rango de quienes consumían entre una y cuatro veces al mes la mayoría se ubica en el nivel alto de la escala. En la frecuencia dos o mas veces a la semana, una caso se ubica en el nivel medio de la escala de irracionalidad cognitiva.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 12.600 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,013. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de consumo de nevado” e “irracionalidad cognitiva” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Frecuencia de consumo de nevado” e “irracionalidad cognitiva”, indica que éstas presentan una correlación directa alta de 0.767 y una significancia de 0,001 con un 99%

de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor consumo de nevado tienden a presentar mayor irracionalidad cognitiva.

#### **6.17.2 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Frecuencia de consumo de nevado” y “disconfort emocional”**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Frecuencia de consumo de nevado” y “disconfort emocional”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada de 0.599 y una significancia de 0,024 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor consumo de nevado tienden a presentar mayor disconfort emocional

## 6.18 Relaciones entre la Variable “Frecuencia de Consumo de Otros” y las variables psicológicas

Tabla Nº 190: Cruce de frecuencias entre la Variable “Frecuencia de Consumo de Otros” y las variables psicológicas

	Frecuencia de consumo de otros					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Escala Depresión			2,864	0,581	0.144	0.624
Escala Ansiedad			3,373	0,497	0.144	0.624
Escala Autoimagen			5,114	0,276	0.444	0.111
Escala Neuroticismo			1,313	0,859	0.232	0.425
Escala Extroversión			7,447	0,114	-0.283	0.327
Escala Psicoticismo			4,052	0,132	-0.531	0.051
Escala Mentira			3,854	0,426	,0.50	0.610
Escala Irracionalidad Cognitiva			2,844	0,584	0.232	0.425
Escala Autoeficacia			3,539	0,472	0.326	0.256
Escala Autoestima			7,656	0,105	0.387	0.172
Escala Satisfacción de Necesidades			4,856	0,302	0.232	0.425
Escala Alexitimia			3,967	0,411	0.231	0.427
Escala Disconfort Emocional			2,032	0,730	-0.204	0.485
Escala Conductas Sociales			2,565	0,633	0.340	0.235
Escala Asertividad			5,325	0,256	0.340	0.235
Escala Satisfacción Matrimonial			,375	0,540	-	-
Escala Perfeccionismo			<b>15,591</b>	<b>0,004</b>	<b>0.624*</b>	<b>0.017</b>
Escala Tolerancia a la Frustración			2,411	0,661	0.202	0.489
Escala Inmadurez Neurológica			5,865	0,209	-0.189	0.518
Cuidado padre			3,908	0,419	-0.367	0.197
Sobreprotección padre			1,098	0,895	-0.048	0.871
Cuidado madre			3,588	0,465	0.036	0.902
Sobreprotección madre			3,300	0,192	-0.277	0.337

### 6.18.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de Consumo de Otros” y la variable “Escala de Perfeccionismo”

**Tabla Nº 191: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia Consumo Otros” y la variable “Escala de Perfeccionismo”**

	Escala Perfeccionismo Rango			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Otros Rango				
Una o menos veces al mes o nunca	11	2	0	13
Entre una y cuatro veces al mes	0	0	1	1
Total	11	2	1	14

En la variable “Frecuencia de Consumo de Otros”, el rango “una o menos veces al mes o nunca”, (donde se encuentra la mayor parte de los casos), los puntajes en la “escala de perfeccionismo” tienden a lo bajo. Mientras que quien están en el rango “entre una y cuatro veces al mes”, esta en el puntaje alto. Por lo tanto, quienes están en el rango de consumo de una o menos veces al mes o nunca, en general, tienden a puntuar bajo en perfeccionismo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 15,591 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,004. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de Consumo de Otros” y la variable “Escala de Perfeccionismo” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Frecuencia de Consumo de Otros” y la variable “Escala de Perfeccionismo” están relacionadas, indica que éstas presentan una correlación directa, moderada a alta de 0.624 y una significancia de 0,004 con un 99% de confianza, bilateral. (A medida que aumenta el puntaje de la escala de perfeccionismo, aumenta la frecuencia del consumo de otros)

## 6.19 Relaciones entre la Variable “Tratamientos Anteriores” y las Variables variables psicológicas

Tabla N° 192: Cruce de frecuencias entre la Variable “Tratamientos Anteriores” y las variables psicológicas

	Tratamientos Anteriores					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Escala Depresión			4,281	0,118		
Escala Ansiedad			1,041	0,594		
Escala Autoimagen			0,801	0,670		
Escala Neuroticismo			2,121	0,346		
Escala Extroversión			0,801	0,670		
Escala Psicoticismo			0,321	0,571		
Escala Mentira			1,061	0,588		
Escala Irracionalidad Cognitiva			0,636	0,727		
Escala Autoeficacia			2,781	0,249		
Escala Autoestima			0,636	0,727		
Escala Satisfacción de Necesidades			0,636	0,727		
Escala Alexitimia			0,884	0,643		
Escala Disconfort Emocional			2,121	0,346		
Escala Conductas Sociales			1,782	0,410		
Escala Asertividad			,764	0,683		
Escala Satisfacción Matrimonial			2,400	0,121		
Escala Perfeccionismo			4,281	0,118		
Escala Tolerancia a la Frustración			0,801	0,670		
Escala Inmadurez Neurológica			1,782	0,410		
Cuidado padre			3,111	0,211		
Sobreprotección padre			1,041	0,594		
Cuidado madre			0,042	0,979		
Sobreprotección madre			3,818	0,051		

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable “Tratamientos Anteriores” y las Variables de Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

## 6.20 Relaciones entre la Variable “Días de Tratamientos” y las Escalas Clínicas.

Tabla Nº 193: Cruce de frecuencias entre la Variable “Días de Tratamiento” y las variables psicologicas

	Días de tratamiento					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
<b>Escala Depresión</b>	0.480	0.083	2.864	0.239	0.449	0.107
<b>Escala Ansiedad</b>	0.325	0.257	2.864	0.239	0.150	0.609
<b>Escala Autoimagen</b>	-0.312	0.277	4,926	0.085	-0.168	0.565
<b>Escala Neuroticismo</b>	0.181	0.535	1.750	0.417	0.081	0.784
<b>Escala Extroversión</b>	-0.317	0.270	0.162	0.922	0.021	0.943
<b>Escala Psicoticismo</b>	0.270	0.351	0.141	0.707	0.101	0.732
<b>Escala Mentira</b>	-0.155	0.597	2.382	0.304	0.175	0.549
<b>Escala Irracionalidad Cognitiva</b>	0.295	0.307	3.281	0.194	0.242	0.405
<b>Escala Autoeficacia</b>	-0.190	0.516	1.863	0.394	-0.360	0.206
<b>Escala Autoestima</b>	-0.030	0.919	3.281	0.194	0.000	1.000
<b>Escala Satisfacción de Necesidades</b>	0.108	0.715	0.729	0.694	0.121	0.681
<b>Escala Alexitimia</b>	0.319	0.266	3.622	0.164	0.381	0.179
<b>Escala Disconfort Emocional</b>	0.051	0.863	2.771	0.250	0.318	0.268
<b>Escala Conductas Sociales</b>	-0.172	0.556	1.692	0.429	-0.334	0.243
<b>Escala Asertividad</b>	-0.155	0.596	3.267	0.195	-0.236	0.417
<b>Escala Satisfacción Matrimonial</b>	-0.008	0.987	0.000	1.000	0.000	1.000
<b>Escala Perfeccionismo</b>	-0.063	0.830	0.822	0.663	-0.125	0.671
<b>Escala Tolerancia a la Frustración</b>	0.263	0.364	2.884	0.236	0.399	0.157
<b>Escala Inmadurez Neurológica</b>	0.177	0.546	0.058	0.971	-0.020	0.947
<b>Cuidado padre</b>	-0.023	0.937	0.729	0.694	0.191	0.513
<b>Sobreprotección padre</b>	-0.076	0.796	2.864	0.239	-0.449	0.107
<b>Cuidado madre</b>	-0.471	0.089	1.138	0.566	-0.285	0.324
<b>Sobreprotección madre</b>	0.262	0.366	1.167	0.280	0.289	0.317

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable “Días de tratamiento” y las Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

**6.21 Relaciones entre la Variable “Consumo problemático de alcohol o alguna otra droga en la familia” y las variables psicológicas**

**Tabla Nº 194: Cruce de frecuencias entre la Variable “Consumo problemático de alcohol o alguna otra droga” y las variables psicológicas**

	<b>Consumo Problemático de Alcohol o Alguna otra Droga en la Familia.</b>					
	<b>Pearson</b>		<b>Chi-cuadrado</b>		<b>Spearman</b>	
	<b>Valor</b>	<b>Nivel de sig.</b>	<b>Valor</b>	<b>Nivel de sig.</b>	<b>Valor</b>	<b>Nivel de sig.</b>
<b>Escala Depresión</b>	.	.	0.822	0.663	-	-
<b>Escala Ansiedad</b>	.	.	1.564	0.457	-	-
<b>Escala Autoimagen</b>	.	.	1.069	0.586	-	-
<b>Escala Neuroticismo</b>	.	.	3.792	0.150	-	-
<b>Escala Extroversión</b>	.	.	1.069	0.586	-	-
<b>Escala Psicoticismo</b>	.	.	0.884	0.347	-	-
<b>Escala Mentira</b>	.	.	5.104	0.078	-	-
<b>Escala Irracionalidad Cognitiva</b>	.	.	1.750	0.417	-	-
<b>Escala Autoeficacia</b>	.	.	2.771	0.250	-	-
<b>Escala Autoestima</b>	.	.	1.750	0.417	-	-
<b>Escala Satisfacción de Necesidades</b>	.	.	0.219	0.896	-	-
<b>Escala Alexitimia</b>	.	.	0.899	0.638	-	-
<b>Escala Disconfort Emocional</b>	.	.	1.863	0.394	-	-
<b>Escala Conductas Sociales</b>	.	.	1.225	0.542	-	-
<b>Escala Asertividad</b>	.	.	0.058	0.971	-	-
<b>Escala Satisfacción Matrimonial</b>	.	.	0.000	1.000	-	-
<b>Escala Perfeccionismo</b>	.	.	1.564	0.457	-	-
<b>Escala Tolerancia a la Frustración</b>	.	.	1.069	0.586	-	-
<b>Escala Inmadurez Neurológica</b>	.	.	4.900	0.086	-	-
<b>Cuidado padre</b>	.	.	2.431	0.297	-	-
<b>Sobreprotección padre</b>	.	.	.822	0.663	-	-
<b>Cuidado madre</b>	.	.	1.138	0.566	-	-
<b>Sobreprotección madre</b>	.	.	0.000	1.000	-	-

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable “consumo problemático de alcohol o alguna otra droga en la familia” y las Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

## 6.22 Relaciones entre la variable “Vía de ingreso” y las variables psicológicas.

Tabla Nº 195: Cruce de frecuencias entre la variable “Vía de ingreso” y las variables psicológicas

	Via de ingreso					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Escala Depresión			1,511	,825		
Escala Ansiedad			3,739	,443		
Escala Autoimagen			4,083	,395		
Escala Neuroticismo			3,500	,478		
Escala Extroversión			4,278	,370		
Escala Psicoticismo			,636	,727		
Escala Mentira			<b>14,750</b>	<b>,005</b>		
Escala Irracionalidad Cognitiva			<b>14,219</b>	<b>,007</b>		
Escala Autoeficacia			2,285	,684		
Escala Autoestima			2,188	,701		
Escala Satisfacción de Necesidades			7,219	,125		
Escala Alexitimia			4,156	,385		
Escala Disconfort Emocional			6,563	,161		
Escala Conductas Sociales			,875	,928		
Escala Asertividad			4,550	,337		
Escala Satisfacción Matrimonial			2,625	,269		
Escala Perfeccionismo			3,580	,466		
Escala Tolerancia a la Frustración			2,722	,605		
Escala Inmadurez Neurológica			2,100	,717		
Cuidado padre			4,958	,292		
Sobreprotección padre			1,511	,825		
Cuidado madre			2,275	,685		
Sobreprotección madre			1,500	,472		

### 6.22.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Vía de Ingreso” y la variable “Escala L (Mentira)”

**Tabla N° 196: Tabla de contingencia de las Variables “Vía de Ingreso” y la variable “Escala L (Mentira)”**

		Escala L Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Vía de Ingreso	Derivación	6	2	0	8
	Por un familiar o amigo	1	0	3	4
	Por voluntad propia	0	2	0	2
Total		7	4	3	14

En la variable “Vía de Ingreso”, la categoría Derivación, (donde se encuentran la mayor parte de los casos), los puntajes en la “escala L” tienden mayoritariamente a estar en el rango “bajo”. Mientras que en la categoría por familiar o amigo los puntajes están en el rango “alto” y en la categoría por voluntad propia los puntajes están en el rango “medio”. Por lo tanto, quienes están en la categoría Derivación, en general, tienden a puntuar bajo en la escala L.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14,750 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,005. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Vía de Ingreso” y “Escala L” están relacionadas.

### 6.22.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Vía de Ingreso” y la variable “Escala Irracionalidad Cognitiva”

**Tabla Nº 197: Tabla de contingencia de las Variables “Vía de Ingreso” y la variable “Escala Irracionalidad Cognitiva”**

		Escala Irracionalidad Cognitiva Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Vía de Ingreso	Derivación	5	3	0	8
	Por un familiar o amigo	3	1	0	4
	Por voluntad propia	0	0	2	2
Total		8	4	2	14

En la variable “Vía de Ingreso”, la categoría Derivación, (donde se encuentran la mayor parte de los casos), los puntajes en la “escala de Irracionalidad Cognitiva” tienden mayoritariamente a estar en el rango “bajo” y luego “medio”. Mientras que en la categoría por familiar o amigo los puntajes están en el rango “bajo” y en la categoría por voluntad propia los puntajes están en el rango “alto”. Por lo tanto, quienes están en la categoría Derivación, en general, tienden a puntuar bajo en la escala L.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14,219 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,007. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Vía de Ingreso” y “Escala Irracionalidad cognitiva” están relacionadas.

### 6.23 Relaciones entre la Variable “Diagnóstico clínico DSM IV” y las variables psicológicas

Tabla N° 198: Cruce de frecuencias entre la Variable “Diagnostico clínico DSM IV” y las variables psicológicas

	Diagnóstico Clínico DSM – IV					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión			0.735	0.647		
Escala Ansiedad			2.319	0.314		
Escala Autoimagen			0.207	0.901		
Escala Neuroticismo			4.200	0.122		
Escala Extroversión			2.143	0.342		
Escala Psicoticismo			1.593	0.207		
Escala Mentira			1.607	0.448		
Escala Irracionalidad Cognitiva			1.478	0.478		
Escala Autoeficacia			1.054	0.590		
Escala Autoestima			0.389	0.823		
Escala Satisfacción de Necesidades			5.833	0.054		
Escala Alexitimia			0.026	0.987		
Escala Disconfort Emocional			0.933	0.627		
Escala Conductas Sociales			0.871	0.647		
Escala Asertividad			0.871	0.647		
Escala Satisfacción Matrimonial			0.600	0.439		
Escala Perfeccionismo			2.121	0.346		
Escala Tolerancia a la Frustración			2.143	0.342		
Escala Inmadurez Neurológica			0.373	0.830		
Cuidado padre			0.933	0.627		
Sobreprotección padre			2,319	0.314		
Cuidado madre			3,547	0.170		
Sobreprotección madre			0.311	0.577		

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable “Diagnostico clínico DSM- IV” y las Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

#### 6.24 Relaciones entre la Variable “Tratamientos Anteriores” y las variables psicológicas

**Tabla N° 199: Cruce de frecuencias entre la Variable “Tratamientos Anteriores” y las Variables de variables psicológicas**

	Tratamientos Anteriores					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel De sig.
Escala Depresión			4,281	0,118		
Escala Ansiedad			1,041	0,594		
Escala Autoimagen			0,801	0,670		
Escala Neuroticismo			2,121	0,346		
Escala Extroversión			0,801	0,670		
Escala Psicoticismo			0,321	0,571		
Escala Mentira			1,061	0,588		
Escala Irracionalidad Cognitiva			0,636	0,727		
Escala Autoeficacia			2,781	0,249		
Escala Autoestima			0,636	0,727		
Escala Satisfacción de Necesidades			0,636	0,727		
Escala Alexitimia			0,884	0,643		
Escala Disconfort Emocional			2,121	0,346		
Escala Conductas Sociales			1,782	0,410		
Escala Asertividad			,764	0,683		
Escala Satisfacción Matrimonial			2,400	0,121		
Escala Perfeccionismo			4,281	0,118		
Escala Tolerancia a la Frustración			0,801	0,670		
Escala Inmadurez Neurológica			1,782	0,410		
Cuidado padre			3,111	0,211		
Sobreprotección padre			1,041	0,594		
Cuidado madre			0,042	0,979		
Sobreprotección madre			3,818	0,051		

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable “Tratamientos Anteriores” y las Variables de Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

**7. OBJETIVO ESPECÍFICO N°7: RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS MEDIDAS POR EL FECIAD.**

**7.1 Relaciones entre la Variable “Depresión” y otras Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.**

**Tabla N°: 200 Cruce de frecuencias entre la Variable “Depresión” y las otras Variables Psicológicas**

	Depresión					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
<b>Escala Ansiedad</b>	<b>0.832</b>	<b>0.000</b>	<b>14.116</b>	<b>0.007</b>	<b>0.692</b>	<b>0.006</b>
<b>Escala Autoimagen</b>	<b>-0.607</b>	<b>0.021</b>	8.909	0.063	-0.486	0.078
<b>Escala Neuroticismo</b>	<b>0.836</b>	<b>0.000</b>	6.364	0.174	0.393	0.165
<b>Escala Extroversión</b>	-0.362	0.203	2.121	0.713	-0.378	0.183
<b>Escala Psicoticismo</b>	0.421	0.134	1.311	0.519	0.181	0.537
<b>Escala Mentira</b>	-0.330	0.249	2.667	0.615	0.040	0.892
<b>Escala Irracionalidad Cognitiva</b>	<b>0.555</b>	<b>0.039</b>	2.864	0.581	0.434	0.121
<b>Escala Autoeficacia</b>	-0.011	0.971	7.354	0.118	-0.109	0.711
<b>Escala Autoestima</b>	<b>-0.664</b>	<b>0.010</b>	6.364	0.174	-0.393	0.165
<b>Escala Satisfacción de Necesidades</b>	0.132	0.652	3.739	0.443	0.124	0.673
<b>Escala Alexitimia</b>	0.326	0.255	7.636	0.106	0.515	0.060
<b>Escala Discomfort Emocional</b>	0.028	0.925	1.149	0.886	-0.027	0.926
<b>Escala Conductas Sociales</b>	-0.357	0.210	4.982	0.289	-0.313	0.276
<b>Escala Asertividad</b>	-0.384	0.175	1.564	0.815	-0.091	0.758
<b>Escala Satisfacción Matrimonial</b>	0.390	0.445	.	.	.	.
<b>Escala Perfeccionismo</b>	0.242	0.405	1.041	0.903	0.269	0.352
<b>Escala Tolerancia a la Frustración</b>	0.258	0.374	1.838	0.765	0.054	0.855
<b>Escala Inmadurez Neurológica</b>	0.495	0.072	4.155	0.385	0.287	0.319
<b>Cuidado padre</b>	-0.114	0.699	2.598	0.627	-0.245	0.398
<b>Sobreprotección padre</b>	0.235	0.419	1.041	0.903	0.090	0.760
<b>Cuidado madre</b>	-0.282	0.329	4.359	0.360	-0.463	0.096
<b>Sobreprotección madre</b>	<b>0.547</b>	<b>0.043</b>	3.818	0.148	0.519	0.057

### 7.1.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Depresión” y la variable “Ansiedad”

Tabla N°:201 Tabla de contingencia de las Variables “Depresión” y “Ansiedad”.

		Escala Ansiedad Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Depresión Rango	Bajo	2			2
	Medio			1	1
	Alto		1	10	11
Total		2	1	11	14

En la variable “Depresión”, se aprecia que los sujetos que presentan altos niveles de “depresión”, tienden a presentar altos niveles de “Ansiedad”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14,116 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,007. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Depresión” y “Ansiedad”, están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa alta de 0,832 y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral; lo que significa que hay una tendencia a que a medida que la depresión aumenta, la Ansiedad aumenta

El coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a las variables “Depresión” y “Ansiedad”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a alta de 0,692 y una significancia de 0,006 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel en la escala de depresión tienden a presentar mayores niveles en la escala de ansiedad

### **7.1.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Depresión” y la variable “Autoimagen”**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa moderada a alta de  $-0,207$ , y una significancia de  $0,021$  con un 95% de confianza, bilateral; lo que significa que a medida que la depresión aumenta, la Autoimagen tiende a disminuir

### **7.1.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Depresión” y la variable “Neuroticismo”**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa alta de  $0,836$  y una significancia de  $0,000$  con un 99% de confianza, bilateral. Lo que significa que hay una tendencia significativa de que a medida que la escala de depresión aumenta, el neuroticismo, también aumenta

### **7.1.4 Cruce de Frecuencias de las Variables “Depresión” y la variable “Irracionalidad Cognitiva”**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa moderada de  $0,555$  y una significancia de  $0,039$  con un 95% de confianza, bilateral. Lo que estadísticamente significa que a medida en que sube la depresión, la irracionalidad cognitiva también aumenta

### **7.1.5 Cruce de Frecuencias de las Variables “Depresión” y la variable “Autoestima”**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación indirecta moderada a alta de  $-0,664$  (y una significancia de  $0,010$  con un 95% de confianza, bilateral. Lo que significa que a medida que la depresión aumenta, la Autoestima tiende a disminuir

### **7.1.6 Cruce de Frecuencias de las Variables “Depresión” y la variable “Sobreprotección de la Madre”**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa moderada a alta de  $0,547$  y una significancia de  $0,043$

con un 95% de confianza, bilateral. Lo que estadísticamente significa que a medida que la depresión aumenta, la Sobreprotección de la Madre tiende a aumentar

## 7.2 Relaciones entre la Variable “Ansiedad” y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N°: 202 Cruce de frecuencias entre la Variable “Ansiedad” y las otras Variables Psicológicas.

	Ansiedad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
<b>Escala Depresión</b>	<b>0.832</b>	<b>0.000</b>	<b>14,116</b>	<b>0,007</b>	<b>0.692</b>	<b>0.006</b>
<b>Escala Autoimagen</b>	<b>-0.627</b>	<b>0.016</b>	<b>14,848</b>	<b>0,005</b>	<b>-0.723</b>	<b>0.003</b>
<b>Escala Neuroticismo</b>	<b>0.840</b>	<b>0.000</b>	<b>9,545</b>	<b>0,049</b>	<b>0.724</b>	<b>0.003</b>
<b>Escala Extroversión</b>	-0.028	0.926	4,949	0,293	-0.119	0.686
<b>Escala Psicoticismo</b>	0.476	0.085	1,311	0,519	0.181	0.537
<b>Escala Mentira</b>	-0.408	0.147	6,061	0,195	-0.320	0.265
<b>Escala Irracionalidad Cognitiva</b>	<b>0.585</b>	<b>0.028</b>	2,864	0,581	0.434	0.121
<b>Escala Autoeficacia</b>	0.175	0.549	7,354	0,118	-0.109	0.711
<b>Escala Autoestima</b>	-0.464	0.095	6,364	0,174	-0.393	0.165
<b>Escala Satisfacción de Necesidades</b>	0.363	0.203	6,920	0,140	0.248	0.392
<b>Escala Alexitimia</b>	0.418	0.136	3,606	0,462	0.288	0.318
<b>Escala Disconfort Emocional</b>	0.031	0.917	1,149	0,886	-0.027	0.926
<b>Escala Conductas Sociales</b>	-0.138	0.638	4,982	0,289	-0.313	0.276
<b>Escala Asertividad</b>	-0.197	0.500	6,655	0,155	0.091	0.758
<b>Escala Satisfacción Matrimonial</b>	0.553	0.255	.	.	.	.
<b>Escala Perfeccionismo</b>	0.127	0.666	1,041	0,903	0.269	0.352
<b>Escala Tolerancia a la Frustración</b>	0.148	0.614	1,838	0,765	0.054	0.855
<b>Escala Inmadurez Neurológica</b>	<b>0.668</b>	<b>0.009</b>	5,536	0,237	0.530	0.051
<b>Cuidado padre</b>	0.081	0.783	2,598	0,627	-0.245	0.398
<b>Sobreprotección padre</b>	-0.100	0.734	1,041	0,903	0.090	0.760
<b>Cuidado madre</b>	-0.020	0.945	2,959	0,565	-0.093	0.753
<b>Sobreprotección madre</b>	0.166	0.571	3,091	0,213	0.222	0.445

### 7.2.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Ansiedad” y la variable “Depresión”

Tabla N°: 203 Tabla de contingencia de las Variables “Ansiedad” y “Depresión”.

		Escala Depresión Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Ansiedad Rango	Bajo	2			2
	Medio			1	1
	Alto		1	10	11
Total		2	1	11	14

En la variable “Ansiedad”, se aprecia que los sujetos que presentan altos niveles de “Ansiedad”, tienden a presentar altos niveles de “Depresión”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14,116 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,007. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Ansiedad” y “Depresión”, están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa alta de 0,832 y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral. Lo que significa que hay una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la Ansiedad aumenta, la Depresión aumenta

El coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a las variables “Ansiedad” y “Depresión”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a alta de 0,692 y una significancia de 0,006 con un 99% de confianza, bilateral.; Lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel en la escala de ansiedad tienden a presentar mayores niveles en la escala de depresión

### 7.2.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Ansiedad” y la variable “Autoimagen”

**Tabla N°: 204** Tabla de contingencia de las Variables “Ansiedad” y “Autoimagen”.

		Escala Autoimagen Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Ansiedad Rango	Bajo			2	2
	Medio		1		1
	Alto	9	1	1	11
Total		9	2	3	14

En la variable “Ansiedad”, se aprecia que los sujetos que presentan altos niveles de “Ansiedad”, tienden a presentar bajos niveles de “Autoimagen”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14,848 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,005. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Ansiedad” y “Autoimagen” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación indirecta moderada a alta de -0.627 y una significancia de 0.016 con un 95% de confianza, bilateral. Lo que significa que hay una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la Ansiedad aumenta, la Autoimagen disminuye

El coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a las variables “Ansiedad” y “Autoimagen”, indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada a alta de -0.723 y una significancia de 0.003 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel en la escala de ansiedad tienden a presentar menores niveles en la escala de autoimagen

### **7.2.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Ansiedad” y la variable “Neuroticismo”**

**Tabla N°: 205 Tabla de contingencia de las Variables “Ansiedad” y “Neuroticismo”.**

		Escala Neuroticismo Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Ansiedad Rango	Bajo	2			2
	Medio	1			1
	Alto	1	2	8	11
Total		4	2	8	14

En la variable “Ansiedad”, se aprecia que los sujetos que presentan altos niveles de “Ansiedad”, tienden a presentar altos niveles de “Neuroticismo”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,545 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,049. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Ansiedad” y “Neuroticismo”, están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa alta de 0.840 y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral. Entonces, hay una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la Ansiedad aumenta, el Neuroticismo aumenta

El coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a las variables “Ansiedad” y “Neuroticismo”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a alta de 0.724 y una significancia de 0.003 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel en la escala de ansiedad tienden a presentar mayores niveles en la escala de neuroticismo

#### **7.2.4 Cruce de Frecuencias de las Variables “Ansiedad” y la variable “Irracionalidad Cognitiva”**

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa moderada de 0.585 y una significancia de 0.028 con

un 95% de confianza, bilateral. Entonces, hay una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la Ansiedad aumenta, la irracionalidad cognitiva aumenta

### **7.2.5 Cruce de Frecuencias de las Variables “Ansiedad” y la variable “Inmadurez Neurológica”**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa mediana a alta de 0.668 y una significancia de 0.009 con un 99% de confianza, bilateral; lo que significa que hay una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la Ansiedad aumenta, la Inmadurez Neurológica aumenta

### 7.3 Relaciones entre la Variable “Autoimagen” y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N°: 206 Cruce de frecuencias entre la Variable “Autoimagen” y las Escalas Clínicas.

	Autoimagen					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	<b>-0.607</b>	<b>0.021</b>	8.909	0.063	-0.486	0.078
Escala Ansiedad	<b>-0.627</b>	<b>0.016</b>	<b>14.848</b>	<b>0.005</b>	<b>-0.723</b>	<b>0.003</b>
Escala Neuroticismo	-0.402	0.154	4.375	0.358	-0.389	0.170
Escala Extroversión	0.210	0.471	2.593	0.628	0.039	0.894
Escala Psicoticismo	<b>-0.783</b>	<b>0.001</b>	4.761	0.093	-0.431	0.124
Escala Mentira	<b>0.573</b>	<b>0.032</b>	3.546	0.471	0.411	0.144
Escala Irracionalidad Cognitiva	-0.267	0.356	3.014	0.556	-0.044	0.883
Escala Autoeficacia	-0.140	0.633	5.185	0.269	0.223	0.444
Escala Autoestima	<b>0.597</b>	<b>0.024</b>	<b>11.764</b>	<b>0.019</b>	<b>0.760</b>	<b>0.002</b>
Escala Satisfacción de Necesidades	-0.158	0.589	3.014	0.556	0.044	0.883
Escala Alexitimia	-0.320	0.265	2.204	0.698	-0.040	0.891
Escala Disconfort Emocional	-0.204	0.484	1.102	0.894	0.084	0.775
Escala Conductas Sociales	0.365	0.199	8.311	0.081	0.394	0.164
Escala Asertividad	0.012	0.968	<b>15.200</b>	<b>0.004</b>	-0.034	0.908
Escala Satisfacción Matrimonial	0.424	0.402	2.400	0.121	0.632	0.178
Escala Perfeccionismo	0.466	0.093	6.328	0.176	0.340	0.234
Escala Tolerancia a la Frustración	-0.043	0.885	2.247	0.690	0.142	0.627
Escala Inmadurez Neurológica	-0.530	0.051	4.489	0.344	-0.467	0.092
Cuidado padre	-0.149	0.610	3.111	0.539	0.000	1.000
Sobreprotección padre	0.010	0.973	2.121	0.713	-0.126	0.668
Cuidado madre	0.222	0.445	3.422	0.490	0.142	0.628
Sobreprotección madre	-0.450	0.106	4.000	0.135	-0.499	0.069

#### 7.3.1 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoimagen” y “depresión”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de -0.607 y una significancia de 0,021 con un 95% de confianza, bilateral; lo que estadísticamente significa que a medida que la autoimagen aumenta, la depresión disminuye

### 7.3.2 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoimagen” y “Ansiedad”.

Tabla N°: 207 Tabla de contingencia de las Variables “Autoimagen” y “Ansiedad”.

			Escala Ansiedad Rango			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Escala Rango	Autoimagen	Bajo			9	9
		Medio		1	1	2
		Alto	2		1	3
Total			2	1	11	14

En la variable “autoimagen” se observa que el nivel “bajo” es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto, la escala “ansiedad” agrupa la mayoría de los datos en el nivel “alto”. De modo que, la categoría “nivel bajo” en la escala de autoimagen tiende a presentar un nivel alto de ansiedad, conformando la mayoría de los casos, sin embargo, en las categorías “medio” y “alto”, la tendencia es al nivel bajo en la escala de ansiedad

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14.848 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,005. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las escalas “autoimagen” y “ansiedad” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de -0.627 y una significancia de 0,016 con un 95% de confianza, bilateral. Entonces hay una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la autoimagen aumenta, la ansiedad disminuye

El coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a las escalas “autoimagen” y “ansiedad”, indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada a alta de -0.723 y una significancia de 0,003 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de autoimagen tienden a presentar menores nivel de ansiedad

### 7.3.3 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoimagen” y “psicoticismo”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta alta de -0.783y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral. De modo que existe una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la autoimagen aumenta, el psicoticismo disminuye

### 7.3.4 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoimagen” y “mentira”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0.573 y una significancia de 0,032con un 95% de confianza, bilateral. De modo que existe una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la autoimagen aumenta, la escala de mentira aumenta

### 7.3.5 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoimagen” y “Autoestima”.

**Tabla N°: 208 Tabla de contingencia de las Variables “Autoimagen” y “Autoestima”.**

			Escala Autoestima Rango			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Escala Autoimagen Rango	Bajo	7	2		9	
	Medio	1		1	2	
	Alto			3	3	
Total			8	2	4	14

En la variable “autoimagen” se observa que el nivel “bajo” es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto, la escala “autoestima” agrupa la mayoría de los datos en el nivel “bajo”. De modo que, la categoría “nivel bajo” en la escala de autoimagen tiende a presentar un nivel bajo de autoestima, conformando la mayoría de los casos, sin embargo, en las categorías “medio” y “alto”, la tendencia es al nivel alto en la escala de autoestima

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 11.764 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,019. Puesto

que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las escalas “autoimagen” y “autoestima” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0.597y una significancia de 0,024 con un 95% de confianza, bilateral. De modo que, hay una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la autoimagen aumenta, la autoestima aumenta

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las escalas “autoimagen” y “autoestima”, indica que éstas presentan una correlación directa alta de 0.760 y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de autoimagen tienden a presentar mayores niveles de autoestima

### 7.3.6 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoimagen” y “Asertividad”.

**Tabla N°: 209** Tabla de contingencia de las Variables “Autoimagen” y “Asertividad”.

			Escala Asertividad Rango			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Escala Autoimagen Rango	Bajo		6	3	9	
	Medio	2			2	
	Alto		1	2	3	
Total			2	7	5	14

En la variable “autoimagen” se observa que el nivel “bajo” es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto, la escala “asertividad” agrupa la mayoría de los datos en el nivel “medio”. De modo que, la categoría “nivel bajo” en la escala de autoimagen tiende a presentar un “nivel medio” de asertividad, conformando la mayoría de los casos. En la categoría “medio” tiende a presentarse en el nivel bajo de la escala de asertividad, mientras que en el nivel “alto”, la tendencia es al nivel alto en la escala de autoestima

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 15.200 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,004. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las escalas “autoimagen” y “asertividad” están relacionadas.

#### 7.4 Relaciones entre la Variable “Neuroticismo” y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N°: 210 Cruce de frecuencias entre la Variable “Neuroticismo” y las otras Variables Psicológicas.

	Neuroticismo					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	<b>0.836</b>	<b>0.000</b>	6.364	0.174	0.393	0.165
Escala Ansiedad	<b>0.840</b>	<b>0.000</b>	<b>9.545</b>	<b>0.049</b>	<b>0.724</b>	<b>0.003</b>
Escala Autoimagen	-0.402	0.154	4.375	0.358	-0.389	0.170
Escala Extroversión	-0.090	0.760	3.014	0.556	-0.084	0.775
Escala Psicoticismo	0.220	0.450	0.636	0.727	-0.049	0.869
Escala Mentira	-0.104	0.723	6.500	0.165	0.016	0.956
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.519	0.057	2.188	0.701	0.267	0.357
Escala Autoeficacia	-0.069	0.816	3.208	0.524	-0.301	0.295
Escala Autoestima	<b>-0.549</b>	<b>0.042</b>	3.281	0.512	-0.233	0.422
Escala Satisfacción de Necesidades	0.257	0.374	1.094	0.895	0.133	0.650
Escala Alexitimia	0.327	0.254	3.792	0.435	0.310	0.281
Escala Disconfort Emocional	-0.002	0.995	7.583	0.108	-0.234	0.421
Escala Conductas Sociales	-0.120	0.684	2.100	0.717	-0.114	0.698
Escala Asertividad	-0.326	0.255	3.075	0.545	0.016	0.956
Escala Satisfacción Matrimonial	0.158	0.766	0.375	0.540	-0.250	0.633
Escala Perfeccionismo	0.500	0.069	3.580	0.466	0.210	0.471
Escala Tolerancia a la Frustración	0.255	0.379	6.417	0.170	0.409	0.146
Escala Inmadurez Neurológica	0.413	0.142	1.975	0.740	0.298	0.300
Cuidado padre	-0.201	0.490	7.000	0.136	-0.158	0.589
Sobreprotección padre	0.205	0.482	5.170	0.270	0.252	0.386
Cuidado madre	-0.131	0.656	4.462	0.347	0.173	0.555
Sobreprotección madre	0.332	0.247	1.500	0.472	0.319	0.267

##### 7.4.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Neuroticismo” y la variable “Depresión”

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa alta de 0,836 y una significancia de 0,000 con un

99% de confianza, bilateral. De modo que hay una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que el Neuroticismo aumenta, la Depresión aumenta

#### 7.4.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Neuroticismo” y la variable “Ansiedad”

Tabla N°: 211 Tabla de contingencia de las Variables “Neuroticismo” y “Ansiedad”.

		Escala Ansiedad Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Neuroticismo Rango	Bajo	2	1	1	4
	Medio			2	2
	Alto			8	8
Total		2	1	11	14

En la variable “Neuroticismo”, se aprecia que los sujetos que presentan altos niveles de “Neuroticismo”, tienden a presentar altos niveles de “Ansiedad”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,545 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,049. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Neuroticismo” y “Ansiedad”, están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa alta de 0,840 y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral. De modo que existe una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que el Neuroticismo aumenta, la Ansiedad aumenta

El coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a las variables “Neuroticismo” y “Ansiedad” indica que éstas presentan una correlación directa moderada

a alta de 0,724 y una significancia de 0,003 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de neuroticismo tienden a presentar mayores niveles de ansiedad

#### **7.4.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Neuroticismo” y la variable “Autoestima”**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación indirecta moderada a alta de -0,549 y una significancia de 0,042 con un 95% de confianza, bilateral. De modo que hay una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que el Neuroticismo aumenta, la Ansiedad disminuye

**7.5 Relaciones entre la Variable “extroversión” y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.**

**Tabla N°: 212 Cruce de frecuencias entre la Variable “extroversión” y las Escalas Clínicas.**

	Escala Extroversión					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	-0.362	0.203	2.121	0.713	-0.378	0.183
Escala Ansiedad	-0.028	0.926	4.949	0.293	-0.119	0.686
Escala Autoimagen	0.210	0.471	2.593	0.628	0.039	0.894
Escala Neuroticismo	-0.090	0.760	3.014	0.556	-0.084	0.775
Escala Psicoticismo	0.094	0.749	1.791	0.408	0.355	0.213
Escala Mentira	0.111	0.707	1.324	0.857	-0.063	0.830
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.045	0.878	4.375	0.358	-0.104	0.722
Escala Autoeficacia	-0.022	0.940	1.728	0.786	0.296	0.304
Escala Autoestima	0.521	0.056	2.722	0.605	0.331	0.248
Escala Satisfacción de Necesidades	0.295	0.305	<b>14.000</b>	<b>0.007</b>	<b>0.609</b>	<b>0.021</b>
Escala Alexitimia	0.240	0.408	4.926	0.295	0.081	0.783
Escala Disconfort Emocional	0.335	0.242	8.988	0.061	0.275	0.342
Escala Conductas Sociales	<b>0.560</b>	<b>0.037</b>	3.411	0.492	0.205	0.481
Escala Asertividad	0.231	0.426	3.244	0.518	0.246	0.396
Escala Satisfacción Matrimonial	0.681	0.136	1.500	0.221	0.500	0.313
Escala Perfeccionismo	-0.077	0.795	6.328	0.176	-0.365	0.199
Escala Tolerancia a la Frustración	0.017	0.953	4.710	0.318	-0.247	0.395
Escala Inmadurez Neurológica	-0.145	0.621	4.033	0.402	0.171	0.558
Cuidado padre	0.392	0.165	8.037	0.090	<b>0.633</b>	<b>0.015</b>
Sobreprotección padre	-0.500	0.069	4.773	0.311	<b>-0.552</b>	<b>0.041</b>
Cuidado madre	0.532	0.050	6.533	0.163	<b>0.533</b>	<b>0.049</b>
Sobreprotección madre	<b>-0.590</b>	<b>0.026</b>	3.333	0.189	-0.479	0.083

**7.5.1 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Extroversión” y “Satisfacción de necesidades”.**

**Tabla N°: 213 Tabla de contingencia de las Variables “Extroversión” y “Satisfacción de Necesidades”.**

			Escala Satisfacción de Necesidades			Total
			Rango			
			Bajo	Medio	Alto	
Escala Rango	Extroversión	Bajo		2		2
		Medio	2		1	3
		Alto		2	7	9
Total			2	4	8	14

En la variable “extroversión” se observa que el nivel “alto” es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto, la escala “satisfacción de necesidades” agrupa la mayoría de los datos en el nivel “alto”. De modo que, la categoría “nivel alto” en la escala de extroversión tiende a presentar un nivel alto de satisfacción de necesidades, conformando la mayoría de los casos. En la categoría “bajo” de la escala de extroversión la tendencia es al “nivel medio” de la escala de satisfacción de necesidades. Mientras que en el nivel “medio” de la escala de extroversión, la tendencia es al nivel bajo en la escala de satisfacción de necesidades

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14.000 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,007. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las escalas “extroversión” y “satisfacción de necesidades” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las escalas “autoimagen” y “ansiedad”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada de 0.609 y una significancia de 0,021 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de extroversión tienden a presentar menores mayores niveles de satisfacción de necesidades

### **7.5.2 Cruce de Frecuencias entre las Variables “extroversión” y “conducta social”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0.560 y una significancia de 0,037 con un 95% de confianza, bilateral. De modo que existe una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la extroversión aumenta, la conducta social aumenta

### **7.5.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “extroversión” y “cuidado padre”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “extroversión” y “cuidado padre”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a buena de 0,633 y una significancia de 0,015 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos mayores niveles de extroversión, tienden a presentar mayor el nivel en la escala de cuidado del padre

### **7.5.4 Cruce de Frecuencias de las Variables “Extroversión” y “sobrepotección padre”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “extroversión” y “sobrepotección padre”, indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada a buena de -0.552 y una significancia de 0,041 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de extroversión tienden a presentar menores niveles de sobrepotección del padre

### **7.5.5 Cruce de Frecuencias de las Variables “extroversión” y “cuidado madre”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “extroversión” y “cuidado madre” indica que éstas presentan una correlación directa moderada a buena de 0,533 y una significancia de 0,049 con un 95% de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de extroversión tienden a presentar mayores niveles de cuidado de la madre

### **7.5.6 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Extroversión” y “sobreprotección madre”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de  $-0.590$  y una significancia de  $0,026$  con un  $95\%$  de confianza, bilateral; lo que significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que la extroversión, la escala de de sobreprotección madre disminuye

## 7.6 Relaciones entre la Variable “Psicoticismo” y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N°: 214 Cruce de frecuencias entre la Variable “Psicoticismo” y las otras Variables Psicológicas.

	Escala psicoticismo					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.421	0.134	1.311	0.519	0.181	0.537
Escala Ansiedad	0.476	0.085	1.311	0.519	0.181	0.537
Escala Autoimagen	<b>-0.783</b>	<b>0.001</b>	4.761	0.093	-0.431	0.124
Escala Neuroticismo	0.220	0.450	0.636	0.727	-0.049	0.869
Escala Extroversión	0.094	0.749	1.791	0.408	0.355	0.213
Escala Mentira	-0.606	0.022	4.101	0.129	-0.446	0.110
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.122	0.679	0.636	0.727	0.146	0.619
Escala Autoeficacia	0.058	0.845	0.306	0.858	0.051	0.862
Escala Autoestima	-0.258	0.372	2.864	0.239	-0.340	0.235
Escala Satisfacción de Necesidades	0.167	0.568	2.864	0.239	0.146	0.619
Escala Alexitimia	0.381	0.179	0.884	0.643	0.242	0.405
Escala Disconfort Emocional	0.242	0.405	0.306	0.858	0.000	1.000
Escala Conductas Sociales	-0.397	0.160	3.903	0.142	-0.474	0.087
Escala Asertividad	0.053	0.857	0.764	0.683	-0.071	0.809
Escala Satisfacción Matrimonial	0.075	0.888	0.600	0.439	0.316	0.541
Escala Perfeccionismo	-0.476	0.086	4.281	0.118	-0.211	0.470
Escala Tolerancia a la Frustración	0.272	0.347	2.121	0.346	-0.380	0.180
Escala Inmadurez Neurológica	0.422	0.133	3.903	0.142	0.521	0.056
Cuidado padre	0.252	0.385	3.111	0.211	0.461	0.097
Sobreprotección padre	-0.064	0.829	1.041	0.594	0.090	0.759
Cuidado madre	-0.035	0.905	2.121	0.346	0.160	0.584
Sobreprotección madre	0.328	0.252	0.424	0.515	0.174	0.552

### 7.6.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Psicoticismo” y la variable “Autoimagen”

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación indirecta alta de -0.783 y una significancia de 0.001 con un

99% de confianza, bilateral. De modo que hay una tendencia estadísticamente significativa que a medida que el Psicoticismo aumenta, la Autoimagen disminuye

### 7.7 Relaciones entre la Variable “Escala L” y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N°: 215 Cruce de frecuencias entre la Variable “Escala L” y las otras Variables Psicológicas

	Escala L					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	-0.330	0.249	2.667	0.615	0.040	0.892
Escala Ansiedad	-0.408	0.147	6.061	0.195	-0.320	0.265
Escala Autoimagen	<b>0.573</b>	<b>0.032</b>	3.546	0.471	0.411	0.144
Escala Neuroticismo	-0.104	0.723	6.500	0.165	0.016	0.956
Escala Extroversión	0.111	0.707	1.324	0.857	-0.063	0.830
Escala Psicoticismo	<b>-0.606</b>	<b>0.022</b>	4.101	0.129	-0.446	0.110
Escala Irracionalidad Cognitiva	-0.004	0.990	8.063	0.089	-0.081	0.784
Escala Autoeficacia	-0.479	0.083	1.171	0.883	-0.160	0.585
Escala Autoestima	0.178	0.544	3.250	0.517	0.070	0.812
Escala Satisfacción de Necesidades	-0.412	0.143	1.896	0.755	-0.113	0.0701
Escala Alexitimia	0.174	0.552	2.576	0.631	0.272	0.348
Escala Disconfort Emocional	0.115	0.695	2.352	0.671	0.155	0.596
Escala Conductas Sociales	0.010	0.973	3.726	0.444	0.282	0.329
Escala Asertividad	-0.196	0.502	2.555	0.635	-0.271	0.348
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.127	0.810	0.750	0.687	-0.112	0.833
Escala Perfeccionismo	0.354	0.215	3.886	0.422	0.042	0.888
Escala Tolerancia a la Frustración	0.179	0.540	4.519	0.340	0.283	0.326
Escala Inmadurez Neurológica	-0.325	0.256	3.993	0.407	-0.287	0.320
Cuidado padre	0.028	0.924	2.236	0.692	0.089	0.762
Sobreprotección padre	0.016	0.957	3.818	0.431	-0.163	0.577
Cuidado madre	0.016	0.956	0.608	0.962	0.087	0.766
Sobreprotección madre	-0.086	0.770	0.476	0.788	0.173	0.553

### **7.7.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Escala L” y la variable “Autoimagen”**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa moderada a alta de 0,573 y una significancia de 0,032 con un 95% de confianza, bilateral. De modo que hay una tendencia estadísticamente significativa que a medida que la Escala L disminuye, la Autoimagen disminuye

### **7.7.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Escala L” y la variable “Psicoticismo”**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación indirecta mediana a alta de -0,606 y una significancia de 0,022 con un 95% de confianza, bilateral. De modo que hay una tendencia estadísticamente significativa que a medida que la Escala L disminuye, el Psicoticismo aumenta

## 7.8 Relaciones entre la Variable “Irracionalidad cognitiva” y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N°: 216 Cruce de frecuencias entre la Variable “Irracionalidad cognitiva” y las otras Variables Psicológicas.

	Irracionalidad cognitiva					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	<b>0.555</b>	<b>0.039</b>	2.864	0.581	0.434	0.121
Escala Ansiedad	<b>0.585</b>	<b>0.028</b>	2.864	0.581	0.434	0.121
Escala Autoimagen	-0.267	0.356	3.014	0.556	-0.044	0.883
Escala Neuroticismo	0.519	0.057	2.188	0.701	0.267	0.357
Escala Extroversión	0.045	0.878	4.375	0.358	-0.104	0.722
Escala Psicoticismo	0.122	0.679	0.636	0.727	0.146	0.619
Escala Mentira	-0.004	0.990	8.063	0.089	-0.081	0.784
Escala Autoeficacia	-0.153	0.602	2.528	0.644	-0.158	0.590
Escala Autoestima	-0.215	0.461	1.094	0.895	0.133	0.650
Escala Satisfacción de Necesidades	0.166	0.571	2.188	0.701	0.200	0.493
Escala Alexitimia	<b>0.626</b>	<b>0.017</b>	4.156	0.385	0.515	0.060
Escala Disconfort Emocional	<b>0.609</b>	<b>0.021</b>	8.896	0.064	<b>0.614</b>	<b>0.020</b>
Escala Conductas Sociales	-0.156	0.595	2.500	0.645	-0.146	0.618
Escala Asertividad	<b>-0.638</b>	<b>0.014</b>	3.325	0.505	-0.171	0.559
Escala Satisfacción Matrimonial	0.803	0.054	2.625	0.269	0.367	0.474
Escala Perfeccionismo	0.363	0.202	6.841	0.145	<b>0.568</b>	<b>0.034</b>
Escala Tolerancia a la Frustración	0.405	0.151	7.778	0.100	0.226	0.437
Escala Inmadurez Neurológica	<b>0.582</b>	<b>0.029</b>	2.500	0.645	0.309	0.282
Cuidado padre	-0.024	0.934	2.042	0.728	0.079	0.788
Sobreprotección padre	0.070	0.813	<b>9.545</b>	<b>0.049</b>	0.145	0.622
Cuidado madre	0.127	0.664	6.038	0.196	0.165	0.573
Sobreprotección madre	0.043	0.885	0.000	1.000	0.000	1.000

### 7.8.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Irracionalidad cognitiva” y la variable “Depresión”

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa moderada a alta de 0,555 y una significancia de 0,039 con un 95% de confianza, bilateral. De modo que hay una tendencia

estadísticamente significativa que a medida de que la irracionalidad cognitiva aumenta, la depresión aumenta

### **7.8.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Irracionalidad cognitiva” y la variable “Ansiedad”**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa moderada a alta de 0,585 y una significancia de 0,028 con un 95% de confianza, bilateral. De modo que hay una tendencia estadísticamente significativa que a medida de que la irracionalidad cognitiva aumenta, la depresión aumenta

### **7.8.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Irracionalidad cognitiva” y la variable “Alexitimia”**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa moderada a alta de 0,626 y una significancia de 0,017 con un 95% de confianza, bilateral. De modo que hay una tendencia estadísticamente significativa que a medida de que la irracionalidad cognitiva aumenta, la alexitimia aumenta

### **7.8.4 Cruce de Frecuencias de las Variables “Irracionalidad cognitiva” y la variable “Disconfort Emocional”**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa moderada a alta de 0,609 y una significancia de 0,021 con un 95% de confianza, bilateral. De modo que hay una tendencia estadísticamente significativa que a medida que la Irracionalidad cognitiva disminuye, el Disconfort Emocional disminuye

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Irracionalidad cognitiva” y “Disconfort Emocional”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a alta de 0,614 y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente

significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de irracionalidad cognitiva, tienden a presentar mayores niveles de disconfort emocional

#### **7.8.5 Cruce de Frecuencias de las Variables “Irracionalidad cognitiva” y la variable “Asertividad”**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación indirecta mediana a alta de  $-0,638$  y una significancia de  $0,014$  con un  $95\%$  de confianza, bilateral. Lo que significa que existe una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la Irracionalidad Cognitiva disminuye, la Asertividad disminuye

#### **7.8.6 Cruce de Frecuencias de las Variables “Irracionalidad cognitiva” y la variable “Perfeccionismo”**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Irracionalidad cognitiva” y “Perfeccionismo”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada de  $0,568$  y una significancia de  $0,034$  con un  $95\%$  de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de irracionalidad cognitiva, tienden a presentar mayores niveles de perfeccionismo

#### **7.8.7 Cruce de Frecuencias de las Variables “Irracionalidad cognitiva” y la variable “Inmadurez Neurológica”**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa moderada a alta de  $0,582$  y una significancia de  $0,029$  con un  $95\%$  de confianza, bilateral. De modo que, existe una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la Irracionalidad Cognitiva aumenta, también la inmadurez neurológica aumenta

### 7.8.8 Cruce de Frecuencias de las Variables “Irracionalidad cognitiva” y la variable “Sobreprotección del Padre”

Tabla N°: 217 Tabla de contingencia de las Variables “Irracionalidad Cognitiva” y “Sobreprotección del Padre”.

		Escala de Sobreprotección del Padre			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Irracionalidad Cognitiva Rango	Bajo		8		8
	Medio	1	1	2	4
	Alto		2		2
Total		1	11	2	14

En la variable “Irracionalidad cognitiva”, se aprecia que los sujetos que presentan niveles bajos de “Irracionalidad cognitiva”, tienden a presentar niveles medios de “Sobreprotección del Padre”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,545 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,049. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Irracionalidad cognitiva” y “Sobreprotección del Padre” están relacionadas.

## 7.9 Relaciones entre las Variables “Autoeficacia” y el resto de las variables psicológicas.

Tabla N°: 218 Tablas de contingencia de las Variables “Autoeficacia” y el resto de las variables psicológicas

	Autoeficacia					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.770	0.971	7.354	0.118	-0.109	0.711
Escala Ansiedad	0.175	0.549	7.354	0.118	-0.109	0.711
Escala Autoimagen	-0.140	0.633	5.185	0.269	0.223	0.444
Escala Neuroticismo	-0.069	0.816	3.208	0.524	-0.301	0.295
Escala Extroversión	-0.022	0.940	1.728	0.786	0.296	0.304
Escala Psicoticismo	0.058	0.845	0.306	0.858	0.051	0.862
Escala Mentira	-0.479	0.083	1.171	0.883	-0.160	0.585
Escala Irracionalidad Cognitiva	-0.153	0.602	2.528	0.640	-0.158	0.590
Escala Autoestima	0.037	0.901	3.208	0.524	0.301	0.295
Escala Satisfacción de Necesidades	<b>0.574</b>	<b>0.032</b>	5.833	0.212	<b>0.614</b>	<b>0.020</b>
Escala Alexitimia	-0.137	0.640	5.817	0.213	-0.156	0.595
Escala Disconfort Emocional	-0.284	0.324	1.307	0.860	-0.238	0.412
Escala Conductas Sociales	0.364	0.201	3.872	0.424	0.472	0.088
Escala Asertividad	<b>0.652</b>	<b>0.012</b>	7.022	0.135	<b>0.676</b>	<b>0.008</b>
Escala Satisfacción Matrimonial	0.143	0.787	0.375	0.540	0.250	0.633
Escala Perfeccionismo	-0.185	0.527	3.677	0.452	-0.004	0.990
Escala Tolerancia a la Frustración	<b>-0.708</b>	<b>0.005</b>	9.312	0.054	<b>-0.759</b>	<b>0.002</b>
Escala Inmadurez Neurológica	-0.105	0.722	6.933	0.139	-0.234	0.421
Cuidado padre	0.239	0.410	7.778	0.100	0.250	0.389
Sobreprotección padre	-0.496	0.071	3.677	0.452	-0.410	0.146
Cuidado madre	0.514	0.060	3.208	0.524	0.302	0.294
Sobreprotección madre	-0.332	0.246	3.000	0.223	-0.461	0.097

### 7.9.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Autoeficacia” y “satisfacción de necesidades”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a alta de 0,574 y una significancia 0,032 con un 95% de confianza, bilateral. De modo que existe una tendencia

estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de asertividad disminuyen, los niveles de repertorio de conductas sociales disminuyen.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Autoeficacia” y satisfacción de necesidades”.indica que éstas presentan una correlación directa moderada a alta de 0,614 y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de autoeficacia, tienden a presentar mayores niveles satisfacción de necesidades

### **7.9.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Autoeficacia” y “Asertividad”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a alta de 0,652 y una significancia 0,012 con un 95% de confianza, bilateral. Existe una tendencia estadísticamente significativa de que A medida que los niveles de asertividad disminuyen, los niveles de repertorio de conductas sociales disminuyen

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Autoeficacia” y “Asertividad” indica que éstas presentan una correlación directa moderada a alta de 0,676 y una significancia de 0,008 con un 99% de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de autoeficacia, tienden a presentar mayores niveles de asertividad

### **7.9.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Autoeficacia” y “Tolerancia a la Frustración”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada a alta de -0,708 y una significancia 0,005 con un 99% de confianza, bilateral. De modo que existe una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de tolerancia a la frustración aumentan, los niveles de autoeficacia disminuyen.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Autoeficacia” y “Tolerancia a la Frustración”, indica que éstas presentan una correlación

indirecta alta de -0,759 y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de autoeficacia, tienden a presentar menores niveles de intolerancia a la frustración

### 7.10 Relaciones entre las Variables “Autoestima” y el resto de las variables psicológicas”.

Tabla N°: 219 Tabla de contingencia de las Variables “Autoestima” y el resto de las variables psicológicas.

	Escala Autoestima					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	<b>-0.664</b>	<b>0.010</b>	6.364	0.174	-0.393	0.165
Escala Ansiedad	-0.464	0.095	6.364	0.174	-0.393	0.165
Escala Autoimagen	<b>0.597</b>	<b>0.024</b>	<b>11.764</b>	<b>0.019</b>	<b>0.760</b>	<b>0.002</b>
Escala Neuroticismo	<b>-0.549</b>	<b>0.042</b>	3.281	0.512	-0.233	0.422
Escala Extroversión	0.521	0.056	2.722	0.605	0.331	0.248
Escala Psicoticismo	-0.258	0.372	2.864	0.239	-0.340	0.235
Escala Mentira	0.178	0.544	3.250	0.517	0.070	0.812
Escala Irracionalidad Cognitiva	-0.215	0.461	1.094	0.895	0.133	0.650
Escala Autoeficacia	0.037	0.901	3.208	0.524	0.301	0.295
Escala Satisfacción de Necesidades	0.380	0.180	3.719	0.445	0.433	0.122
Escala Alexitimia	-0.096	0.744	1.750	0.782	0.077	0.792
Escala Disconfort Emocional	0.082	0.781	2.771	0.597	0.307	0.286
Escala Conductas Sociales	<b>0.544</b>	<b>0.044</b>	5.700	0.223	0.244	0.401
Escala Asertividad	0.407	0.149	6.875	0.143	0.309	0.282
Escala Satisfacción Matrimonial	<b>0.826</b>	<b>0.043</b>	2.625	0.269	0.367	0.474
Escala Perfeccionismo	-0.052	0.860	3.739	0.443	0.365	0.199
Escala Tolerancia a la Frustración	-0.249	0.391	3.014	0.556	0.078	0.790
Escala Inmadurez Neurológica	-0.255	0.380	3.075	0.545	-0.136	0.644
Cuidado padre	0.138	0.638	1.313	0.859	0.132	0.653
Sobreprotección padre	-0.249	0.392	7.955	0.093	-0,351	0.218
Cuidado madre	0.313	0.276	5.863	0.210	0,168	0.567
Sobreprotección madre	<b>-0.604</b>	<b>0.022</b>	<b>6.000</b>	<b>0.050</b>	<b>-0.637</b>	<b>0.014</b>

### 7.10.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Autoestima” y “Depresión”

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada a buena de -0,664 y una significancia de 0,010 con un 95% de confianza, bilateral. Existe una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de Autoestima disminuyen, los niveles de depresión aumentan.

### 7.10.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Autoestima y Autoimagen”.

**Tabla N°: 220** Tabla de contingencia de las Variables “Autoestima” y “Autoimagen”.

		Escala Autoimagen Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Autoestima Rango	Bajo	7	1		8
	Medio	2			2
	Alto		1	3	4
Total		9	2	3	14

En este cruce encontramos que la variable “Autoestima”, los sujetos que presentan niveles bajos y medios de “Autoestima” tienden a manifestar un nivel medio y alto de autoimagen.. Por otra parte, las personas que muestran un nivel de “Autoestima” media, tienden a presentar un nivel de “Autoimagen” medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 0,597 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,024. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Autoestima” y “Autoimagen” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a alta de 0,597 y una significancia de 0,024 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces, una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de Autoestima disminuyen, los niveles de autoimagen también disminuyen.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Autoestima” y “Autoimagen” indica que éstas presentan una correlación directa alta de 0,760 y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un menor nivel de autoestima, tienden a presentar menores niveles de autoimagen

#### **7.10.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Autoestima” y “Neurotiscismo”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada a alta de -0,549 y una significancia de 0,042 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces, una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de Autoestima disminuyen, los niveles de neurotiscismo aumentan

#### **7.10.4 Cruce de Frecuencias de las Variables “Autoestima” y “Conductas Sociales”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a alta de 0,544 y una significancia de 0,044 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces, una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de Autoestima disminuyen, los niveles de Conducta Social también disminuyen

#### **7.10.5 Cruce de Frecuencias de las Variables “Autoestima y Satisfacción Matrimonial”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa alta de 0,826 y una significancia de 0,043 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces, una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de Autoestima disminuyen, la escala de satisfacción Matrimonial, también se ve disminuida

### 7.10.6 Cruce de Frecuencias de las Variables “Autoestima y Sobreprotección de la Madre”.

Tabla N°: 221 Tabla de contingencia de las Variables “Autoestima” y Sobreprotección de la Madre”.

		Escala de Sobreprotección de la madre Rango		Total
		Medio	Alto	
Escala Autoestima Rango	Bajo	2	6	8
	Medio	1	1	2
	Alto	4		4
Total		7	7	14

En este cruce encontramos que en la variable “Autoestima”, cuando los sujetos presentan niveles bajos tienden a manifestar un nivel alto de “Sobreprotección de la madre”. Por otra parte, las personas que muestran un nivel de “Autoestima” alta , tienden a presentar un nivel de “Sobreprotección de la madre” en el rango medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,000 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de ,050. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Autoestima” y “Sobreprotección de la madre” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada a alta de -0,604 y una significancia 0,022 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces, una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de Autoestima disminuyen, los niveles de sobreprotección aumentan

El coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) aplicado a las variables “Autoestima” y “Autoimagen” indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada a alta de -0,637 y una significancia de 0,014 con un 99% de confianza, bilateral;

lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un menor nivel de autoestima, tienden a presentar mayores niveles de sobreprotección de la madre

### 7.11 Relaciones entre la Variable “satisfacción de necesidades” y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N°: 222 Cruce de frecuencias entre la Variable “satisfacción de necesidades” y las variables psicológicas

	Escala satisfacción de necesidades					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.132	0.652	3.739	0.443	0.124	0.673
Escala Ansiedad	0.363	0.203	6.920	0.140	0.248	0.392
Escala Autoimagen	-0.158	0.589	3.014	0.556	0.044	0.883
Escala Neuroticismo	0.257	0.374	1.094	0.895	0.133	0.650
Escala Extroversión	0.295	0.305	<b>14.000</b>	<b>0.007</b>	<b>0.609</b>	<b>0.021</b>
Escala Psicoticismo	0.167	0.568	2.864	0.239	0.146	0.619
Escala Mentira	-0.412	0.143	1.896	0.755	-0.113	0.701
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.166	0.571	2.188	0.701	0.200	0.493
Escala Autoeficacia	<b>0.574</b>	<b>0.032</b>	5.833	0.212	<b>0.614</b>	<b>0.020</b>
Escala Autoestima	0.380	0.180	3.719	0.445	0.433	0.122
Escala Alexitimia	0.118	0.688	11.375	0.023	0.133	0.651
Escala Disconfort Emocional	0.051	0.862	3.840	0.428	0.175	0.549
Escala Conductas Sociales	<b>0.587</b>	<b>0.027</b>	3.175	0.529	0.390	0.168
Escala Asertividad	0.527	0.053	9.125	0.058	<b>0.561</b>	<b>0.037</b>
Escala Satisfacción Matrimonial	0.561	0.247	1.500	0.221	0.500	0.312
Escala Perfeccionismo	0.087	0.768	1.511	0.825	0.165	0.572
Escala Tolerancia a la Frustración	-0.483	0.080	3.597	0.463	-0.418	0.137
Escala Inmadurez Neurológica	0.063	0.830	0.875	0.928	0.000	1,000
Cuidado padre	0.004	0.990	6.417	0.170	0.316	0.271
Sobreprotección padre	-0.246	0.396	4.295	0.367	-0.527	0.053
Cuidado madre	0.337	0.238	1.662	0.798	0.299	0.300
Sobreprotección madre	-0.303	0.293	2.500	0.287	-0.359	0.208

### 7.11.1 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Satisfacción de necesidades” y “Extroversión”.

**Tabla N°: 223** Tabla de contingencia de las Variables “Satisfacción de Necesidades” y “Extroversión”.

			Escala Extroversión Rango			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Escala de Necesidades Rango	Bajo		2		2	
	Medio	2		2	4	
	Alto		1	7	8	
Total			2	3	9	14

En la variable “satisfacción de necesidades” se observa que el nivel “alto” es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto, la escala “extroversión” agrupa la mayoría de los datos en el nivel “alto”. De modo que, la categoría “nivel alto” en la escala de satisfacción de necesidades tiende a presentar un nivel alto de extroversión, conformando la mayoría de los casos. En la categoría “medio” en la escala de satisfacción de necesidades se distribuye de igual manera en los niveles bajo y alto de la escala de extroversión. Mientras que en la categoría nivel “bajo”, la tendencia es al nivel medio en la escala de extroversión

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14.000 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,007. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las escalas “satisfacción de necesidades” y “extroversión” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las escalas “satisfacción de necesidades” y “extroversión”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada de 0.609 y una significancia de 0,021 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de satisfacción de necesidades tienden a presentar mayores niveles en la escala de extroversión

### **7.11.2 Cruce de Frecuencias entre las Variables “satisfacción de necesidades” y “autoeficacia”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0.574 y una significancia de 0,032 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces, una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de satisfacción de necesidades aumentan, los niveles de autoeficacia disminuyen

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las escalas “satisfacción de necesidades” y “autoestima”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada de 0.614 y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de satisfacción de necesidades tienden a presentar mayores niveles de autoeficacia

### **7.11.3 Cruce de Frecuencias entre las Variables “satisfacción de necesidades” y “conducta social”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0.587 y una significancia de 0,027 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces, una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de satisfacción de necesidades aumentan, los niveles de conducta social aumentan

### **7.11.4 Cruce de Frecuencias entre las Variables “satisfacción de necesidades” y “asertividad”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las escalas “satisfacción de necesidades” y “autoestima”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada de 0.561 y una significancia de 0,037 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de satisfacción de necesidades tienden a presentar mayores niveles de asertividad

7.12 Relaciones entre la Variable “Alexitimia” y otras Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N°: 224 Cruce de frecuencias entre la Variable “Alexitimia” y las otras Variables Psicológicas

	Alexitimia					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.326	0.255	7.636	0.106	0.515	0.060
Escala Ansiedad	0.418	0.136	3.606	0.462	0.288	0.318
Escala Autoimagen	-0.320	0.265	2.204	0.698	-0.040	0.891
Escala Neuroticismo	0.327	0.254	3.792	0.435	0.310	0.281
Escala Extroversión	0.240	0.408	4.926	0.295	0.081	0.783
Escala Psicoticismo	0.381	0.179	0.884	0.643	0.242	0.405
Escala Mentira	0.174	0.552	2.576	0.631	0.272	0.348
Escala Irracionalidad Cognitiva	<b>0.626</b>	<b>0.017</b>	4.156	0.385	0.515	0.060
Escala Autoeficacia	-0.137	0.640	5.817	0.213	-0.156	0.595
Escala Autoestima	-0.096	0.744	1.750	0.782	0.077	0.792
Escala Satisfacción de Necesidades	0.118	0.688	<b>11.375</b>	<b>0.023</b>	0.133	0.651
Escala Disconfort Emocional	0,478	0.084	5.817	0.213	0.211	0.469
Escala Conductas Sociales	-0.109	0.709	4.192	0.381	-0.385	0.174
Escala Asertividad	-0.201	0.490	5.700	0.223	0.065	0.826
Escala Satisfacción Matrimonial	0.261	0.617	0.750	0.687	-0.112	0.833
Escala Perfeccionismo	0.167	0.569	2.201	0.699	0.187	0.522
Escala Tolerancia a la Frustración	0.508	0.064	5.606	0.231	0.354	0.214
Escala Inmadurez Neurológica	0.223	0.443	<b>9.267</b>	<b>0.055</b>	0.532	0.050
Cuidado padre	0.267	0,356	5.153	0.272	0.367	0.196
Sobreprotección padre	-0.259	0.371	2.201	0.699	-0.101	0.731
Cuidado madre	0.140	0.633	2.683	0.612	0.149	0.612
Sobreprotección madre	0.201	0.490	1.167	0.558	0.278	0.336

### 7.12.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Alexitimia” y la variable “Irracionalidad Cognitiva”

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa moderada a alta de 0,626 (revisar la tabla) y una significancia de 0,017 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces, una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de alexitimia aumentan, los niveles de irracionalidad cognitiva aumentan

### 7.12.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Alexitimia” y la variable “Satisfacción de Necesidades”

**Tabla N°: 225** Tabla de contingencia de las Variables “Alexitimia” y “Satisfacción de Necesidades”.

		Escala Satisfacción de Necesidades			Total
		Rango			
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Alexitimia Rango	Bajo		1	2	3
	Medio		3		3
	Alto	2		6	8
Total		2	4	8	14

En la variable “Alexitimia”, se aprecia que los sujetos que presentan altos niveles de “Satisfacción de Necesidades”, tienden a presentar altos niveles de “Alexitimia”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 11,375 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,023. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Alexitimia” y “Satisfacción de Necesidades”, están relacionadas.

### 7.12.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Alexitimia” y la variable “Inmadurez Neurológica”

Tabla N°: 226 Tabla de contingencia de las Variables “Alexitimia” y “Inmadurez Neurológica”.

		Escala de Inmadurez Neurológica			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Alexitimia Rango	Bajo	2	1		3
	Medio		1	2	3
	Alto		3	5	8
Total		2	5	7	14

En la variable “Alexitimia”, se aprecia que los sujetos que presentan altos niveles de “Inmadurez Neurológica”, tienden a presentar altos niveles de “Alexitimia”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,267 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,055. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Alexitimia” e “Inmadurez Neurológica”, están relacionadas.

### 7.13 Relaciones entre la Variable “Discomfort Emocional” y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N°: 227 Cruce de frecuencias entre la Variable “Discomfort Emocional” y las otras Variables Psicológicas

	Escala de Gambrill – Ritchie (Discomfort Emocional)					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.028	0.925	1.149	0.886	-0.027	0.926
Escala Ansiedad	0.031	0.917	1.149	0.886	-0.027	0.926
Escala Autoimagen	-0.204	0.484	1.102	0.894	0.084	0.775
Escala Neuroticismo	-0.002	0.995	7.583	0.108	-0.234	0.421
Escala Extroversión	0.335	0.242	8.988	0.061	0.275	0.342
Escala Psicoticismo	0.242	0.405	0.306	0.858	0.000	1.000
Escala Mentira	0.115	0.695	2.352	0.671	0.155	0.596
<b>Escala Irracionalidad Cognitiva</b>	<b>0.609</b>	<b>0.021</b>	8.896	0.064	<b>0.614</b>	<b>0.020</b>
Escala Autoeficacia	-0.284	0.324	1.307	0.860	-0.238	0.412
Escala Autoestima	0.082	0.781	2.771	0.597	0.307	0.286
Escala Satisfacción de Necesidades	0.051	0.862	3.840	0.428	0.175	0.549
Escala Alexitimia	0.478	0.084	5.817	0.213	0.211	0.469
Escala Conductas Sociales	-0.069	0.814	2.267	0.687	-0.014	0.961
Escala Asertividad	-0.352	0.217	1.761	0.780	-0.235	0.418
Escala Satisfacción Matrimonial	0.532	0.278	2.625	0.269	0.367	0.474
Escala Perfeccionismo	-0.113	0.701	8.220	0.084	0.209	0.474
Escala Tolerancia a la Frustración	0.330	0.249	9.139	0.058	0.115	0.697
Escala Inmadurez Neurológica	0.309	0.283	2.267	0.687	0.185	0.526
Cuidado padre	0.345	0.227	4.537	0.338	0.277	0.337
Sobrepotección padre	0.013	0.966	9.192	0.056	-0.218	0.455
Cuidado madre	0.388	0.171	5.697	0.223	0.145	0.622
Sobrepotección madre	-0.093	0.753	2111	0.348	-0.210	0.472

#### 7.13.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Discomfort Emocional” y la variable “Irracionalidad Cognitiva”

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa moderada a alta de 0,609 y una significancia de 0,021 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces, una tendencia estadísticamente

significativa de que a medida que los niveles de disconfort emocional aumentan, los niveles de irracionalidad cognitiva aumentan

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Disconfort Emocional” e “Irracionalidad Cognitiva” indica que éstas presentan una correlación directa moderada a alta de 0,614 y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral. lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de irracionalidad cognitiva, tienden a presentar mayores niveles disconfort emocional

7.14 Relaciones entre las Variables “Conductas Sociales” y el resto de las variables psicológicas.

Tabla N°: 228 Tabla de contingencia de las Variables “Conductas Sociales” y el resto de las variables psicológicas.

	Conducta Social					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	-0.357	0.210	4.982	0.289	-0.313	0.276
Escala Ansiedad	-0.138	0.638	4.982	0.289	-0.313	0.276
Escala Autoimagen	0.365	0.199	8.311	0.081	0.394	0.164
Escala Neuroticismo	-0.120	0.684	2.100	0.717	-0.114	0.698
Escala Extroversión	<b>0.560</b>	<b>0.037</b>	3.411	0.492	0.205	0.481
Escala Psicoticismo	-0.397	0.160	3.903	0.142	-0.474	0.087
Escala Mentira	0.010	0.973	3.726	0.444	0.282	0.329
Escala Irracionalidad Cognitiva	-0,156	0.595	2.500	0.645	-0.146	0.618
Escala Autoeficacia	0.364	0.201	3.872	0.424	0.472	0.088
Escala Autoestima	<b>0.544</b>	<b>0.044</b>	5.700	0.223	0.244	0.401
Escala Satisfacción de Necesidades	<b>0.587</b>	<b>0.027</b>	3.175	0.529	0.390	0.168
Escala Alexitimia	-0.109	0.709	4.192	0.381	-0.385	0.174
Escala Discomfort Emocional	-0.069	0.814	2.267	0.687	-0.014	0.961
Escala Asertividad	<b>0.579</b>	<b>0.030</b>	2.411	0,661	0.262	0.366
Escala Satisfacción Matrimonial	0.281	0.589	3.000	0.223	0.224	0.670
Escala Perfeccionismo	0.116	0.692	3.964	0.411	-0.064	0.828
Escala Tolerancia a la Frustración	-0.513	0.061	5.200	0.267	-0.235	0.419
Escala Inmadurez Neurológica	-0.449	0.107	<b>11.546</b>	<b>0.021</b>	<b>-0.737</b>	<b>0.003</b>
Cuidado padre	0.179	0.541	4.900	0.298	0.000	1.000
Sobrepotección padre	-0.449	0.108	3.818	0.431	-0.165	0.574
Cuidado madre	0.381	0.178	2.450	0.654	0.277	0.337
Sobrepotección madre	-0.530	0.051	3.943	0.139	-0.292	0.312

#### **7.14.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Conductas sociales” ” y “Extroversión”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a alta de 0,560 y una significancia 0,037 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces, una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de extroversión aumentan, los niveles de conductas sociales también aumentan

#### **7.14.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Conductas sociales” ” y “Autoestima”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a alta de 0,544 y una significancia 0,044 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de conducta social disminuyen, los niveles de autoestima también disminuyen

#### **7.14.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Conductas sociales” ” y “Satisfacción de Necesidades”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a alta de 0,587 y una significancia 0,027 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de conductas sociales aumentan, los niveles de satisfacción de necesidades también tienden a aumentar.

#### **7.14.4 Cruce de Frecuencias de las Variables “Conductas sociales” ” y “Asertividad”.**

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0,579 y una significancia 0,030 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de conductas sociales aumentan, los niveles de satisfacción de necesidades también tienden a aumentar.

**7.14.5 Cruce de Frecuencias de las Variables “Conductas sociales” e “Inmadurez Neurológica”.**

**Tabla N°: 229 Tabla de contingencia de las Variables Variables “Conductas sociales” e “Inmadurez Neurológica”.**

		Escala de Inmadurez Neurológica			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Conducta Social Rango	Bajo		1	6	7
	Medio	1		1	2
	Alto	1	4		5
Total		2	5	7	14

En este cruce encontramos que en la variable “Conductas Sociales”, cuando los sujetos presentan niveles bajos tienden a manifestar un nivel alto de “Inmadurez Neurológica”. Por otra parte, las personas que muestran un nivel de “Conductas Sociales” puntuando en el rango alto, tienden a presentar un puntaje en el rango medio de la “Escala de Inmadurez Neurológica”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 11,546 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,021. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Conductas sociales” e “Inmadurez Neurológica” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Conductas sociales” e “Inmadurez Neurológica” indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada a alta de -0,737 y una significancia de 0,003 con un 99% de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de inmadurez neurológica, tienden a presentar menores niveles en el repertorio de conductas sociales

## 7.15 Relación entre las Variables “Asertividad” y otras “Variables psicológicas”.

Tabla N°: 230 Tabla de contingencia de las Variables “Asertividad” y “Variables psicológicas”.

	Escala de Asertividad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	-0.384	0.175	1.564	0.815	-0.091	0.758
Escala Ansiedad	-0.197	0.500	6.655	0.155	0.091	0.758
Escala Autoimagen	0.012	0.968	<b>15.200</b>	<b>0.004</b>	-0.034	0.908
Escala Neuroticismo	-0.326	0.255	3.075	0.545	0.016	0.956
Escala Extroversión	0.231	0.426	3.244	0.518	0.246	0.396
Escala Psicoticismo	0.053	0.857	0.764	0.683	-0.071	0.809
Escala Mentira	-0.196	0.502	2.555	0.635	-0.271	0.348
Escala Irracionalidad Cognitiva	<b>-0.638</b>	<b>0.014</b>	3.325	0.505	-0.171	0.559
Escala Autoeficacia	<b>0.652</b>	<b>0.012</b>	7.022	0.135	<b>0.676</b>	<b>0.008</b>
Escala Autoestima	0.407	0.149	6.875	0.143	0.309	0.282
Escala Satisfacción de Necesidades	0.527	0.053	9.125	0.058	<b>0.561</b>	<b>0.037</b>
Escala Alexitimia	-0.201	0.490	5.700	0.223	0.065	0.826
Escala Discomfort Emocional	-0.352	0.217	1.761	0.780	-0.235	0.418
Escala Conductas Sociales	<b>0.579</b>	<b>0.030</b>	2.411	0.661	0.262	0.366
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.431	0.393	3.000	0.223	-0.671	0.145
Escala Perfeccionismo	-0.399	0.158	4.555	0.336	-0.086	0.771
Escala Tolerancia a la Frustración	<b>-0.732</b>	<b>0.003</b>	2.711	0.607	-0.433	0.122
Escala Inmadurez Neurológica	-0.430	0.125	1.131	0.889	0.040	0.893
Cuidado padre	0.348	0.223	6.133	0.189	0.309	0.283
Sobreprotección padre	-0.493	0.073	3.964	0.411	-0.313	0.276
Cuidado madre	0.291	0.313	1.600	0.809	0.291	0.312
Sobreprotección madre	-0.270	0.351	0.343	0.842	-0.117	0.691

### 7.15.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Asertividad” y “Autoimagen”.

Tabla N°: 231 Tabla de contingencia de las Variables “Asertividad” y “Autoimagen”.

		Escala Autoimagen Rango			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Asertividad Rango	Bajo		2		2
	Medio	6		1	7
	Alto	3		2	5
Total		9	2	3	14

En este cruce encontramos que en la variable “Autoimagen”. cuando los sujetos presentan niveles bajos tienden a manifestar un nivel medio de “Asertividad”. Por otra parte, las personas que muestran un nivel de “Asertividad” alta, tienden a presentar un puntaje polarizado en los rangos de la variable “autoimagen”, ubicándose en los niveles bajos y medios. Por último, los puntajes medios de “autoimagen”, coinciden con los puntajes medios de “asertividad”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 0.652 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,004. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,01$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Asertividad” y “autoimagen”, están relacionadas.

### 7.15.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Asertividad” e “Irracionalidad Cognitiva”.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada a alta de -0.638 y una significancia 0.014 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de irracionalidad cognitiva aumentan , los niveles de asertividad disminuyen.

### **7.15.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Asertividad” y “Autoeficacia”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a alta de 0.652 y una significancia 0.012 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de asertividad disminuyen, los niveles de autoeficacia disminuyen.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Asertividad” y “Autoeficacia” indica que éstas presentan una correlación directa moderada a alta de 0.676 y una significancia de 0.008 con un 99% de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de asertividad, tienden a presentar mayores niveles de autoeficacia

### **7.15.4 Cruce de Frecuencias de las Variables “Asertividad” y “satisfacción de necesidades”.**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Asertividad” y “satisfacción de necesidades”.indica que éstas presentan una correlación directa moderada a alta de 0.561 y una significancia de 0.037 con un 95% de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de asertividad, tienden a presentar mayores niveles de satisfacción de necesidades

### **7.15.5 Cruce de Frecuencias de las Variables “Asertividad” y "Escala Conductas Sociales”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a alta de 0.579 y una significancia 0.030 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de asertividad disminuyen, los niveles de repertorio de conductas sociales disminuyen

### **7.15.6 Cruce de Frecuencias de las Variables “Asertividad” y "Escala de Tolerancia a la Frustración”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada a alta de  $-0.732$  y una significancia  $0.003$  con un  $99\%$  de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que los niveles de tolerancia a la frustración aumentan, los niveles de repertorio de conductas sociales disminuyen

**7.16 Relaciones entre la Variable “Satisfacción Matrimonial” y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.**

**Tabla N°: 232 Cruce de frecuencias entre la Variable “Satisfacción Matrimonial” y las otras Variables Psicológicas.**

	Escala Satisfacción Matrimonial					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.390	0.445	.	.	.	.
Escala Ansiedad	0.553	0.255	.	.	.	.
Escala Autoimagen	0.424	0.402	2.400	0.121	0.632	0.178
Escala Neuroticismo	0.158	0.766	0.375	0.540	-0.250	0.633
Escala Extroversión	0.681	0.136	1.500	0.221	0.500	0.313
Escala Psicoticismo	0.075	0.888	0.600	0.439	0.316	0.541
Escala Mentira	-0.127	0.810	0.750	0.687	-0.112	0.833
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.803	0.054	2.625	0.269	0.367	0.474
Escala Autoeficacia	0.143	0.787	0.375	0.540	0.250	0.633
Escala Autoestima	<b>0.826</b>	<b>0.043</b>	2.625	0.269	0.367	0.474
Escala Satisfacción de Necesidades	0.561	0.247	1.500	0.221	0.500	0.313
Escala Alexitimia	0.261	0.617	0.750	0.687	-0.112	0.833
Escala Disconfort Emocional	0.532	0.278	2.625	0.269	0.367	0.474
Escala Conductas Sociales	0.281	0.589	3.000	0.223	0.224	0.670
Escala Asertividad	-0.431	0.393	3.000	0.223	-0.671	0.145
Escala Perfeccionismo	0.298	0.566	0.375	0.540	0.250	0.633
Escala Tolerancia a la Frustración	0.132	0.804	0.750	0.687	-0.112	0.833
Escala Inmadurez Neurológica	0.525	0.284	2.625	0.269	-0.122	0.817
Cuidado padre	0.266	0.610	0.750	0.687	-0.112	0.833
Sobreprotección padre	-0.277	0.595	0.600	0.439	-0.316	0.541
Cuidado madre	0.620	0.190	2.625	0.269	0.122	0.817
Sobreprotección madre	-0.792	0.060	<b>6.000</b>	<b>0.014</b>	<b>-1.000</b>	<b>0.000</b>

### 7.16.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Satisfacción Matrimonial” y la variable “Autoestima”

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa alta de 0,826 y una significancia de 0,043 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la Satisfacción Matrimonial disminuye, la Autoestima disminuye

### 7.16.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Satisfacción Matrimonial” y la variable “Sobreprotección de la Madre”

Tabla N°: 233 Tabla de contingencia de las Variables “Satisfacción Matrimonial” y “Sobreprotección de la Madre”.

		Escala de Sobreprotección de la madre Rango		Total
		Medio	Alto	
Escala Satisfacción Matrimonial Rango	Medio		4	4
	Alto	2		2
Total		2	4	6

En la variable “Satisfacción Matrimonial”, se aprecia que los sujetos que presentan altos niveles de “Sobreprotección de la Madre”, tienden a presentar niveles medios de “Satisfacción Matrimonial”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,000 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 1 grado de libertad ( $gl$ ), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,014. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Satisfacción Matrimonial” y “Sobreprotección de la Madre”, están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Satisfacción Matrimonial” y “Sobreprotección de la Madre”, indica que éstas presentan una correlación indirecta alta de  $-1,00$  y una significancia de  $0,099$  con un  $95\%$  de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un menor nivel de satisfacción matrimonial, tienden a presentar mayores niveles de la escala sobreprotección de la madre

### 7.17 Relaciones entre la Variable “Perfeccionismo” y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N°: 234 Cruce de frecuencias entre la Variable “Perfeccionismo” y las otras Variables Psicológicas.

	Perfeccionismo					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.242	0.405	1.041	0.903	0.269	0.352
Escala Ansiedad	0.127	0.666	1.041	0.903	0.269	0.352
Escala Autoimagen	0.466	0.093	6.328	0.176	0.340	0.234
Escala Neuroticismo	0.500	0.069	3.580	0.466	0.210	0.471
Escala Extroversión	-0.077	0.795	6.328	0.176	-0.365	0.199
Escala Psicoticismo	-0.476	0.086	4.281	0.118	-0.211	0.470
Escala Mentira	0.354	0.215	3.886	0.422	0.042	0.888
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.363	0.202	6.841	0.145	<b>0.568</b>	<b>0.034</b>
Escala Autoeficacia	-0.185	0.527	3.677	0.452	-0.004	0.990
Escala Autoestima	-0.052	0.860	3.739	0.443	0.365	0.199
Escala Satisfacción de Necesidades	0.087	0.768	1.511	0.825	0.165	0.572
Escala Alexitimia	0.167	0.569	2.201	0.699	0.187	0.522
Escala Disconfort Emocional	-0.113	0.701	8.220	0.084	0.209	0.474
Escala Conductas Sociales	0.116	0.692	3.964	0.411	-0.064	0.828
Escala Asertividad	-0.399	0.158	4.555	0.336	-0.086	0.771
Escala Satisfacción Matrimonial	0.298	0.566	0.375	0.540	0.250	0.633
Escala Tolerancia a la Frustración	0.316	0.271	3.217	0.522	0.121	0.681
Escala Inmadurez Neurológica	-0.157	0.593	3.964	0.411	0.171	0.558
Cuidado padre	<b>-0.546</b>	<b>0.043</b>	4.083	0.395	-0.474	0.087
Sobreprotección padre	0.351	0.219	2.690	0.611	0.271	0.348
Cuidado madre	-0.021	0.942	3.055	0.549	-0.143	0.626
Sobreprotección madre	0.107	0.715	1.091	0.580	-0.198	0.498

### **7.17.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Perfeccionismo” y la variable “Irracionalidad Cognitiva”**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Perfeccionismo” e “Irracionalidad Cognitiva”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a alta de 0,568 y una significancia de 0,034 con un 95% de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de perfeccionismo, tienden a presentar mayores niveles de irracionalidad cognitiva

### **7.17.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Perfeccionismo” y la variable “Cuidado del padre”**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación indirecta moderada a alta de -0,546 y una significancia de 0,043 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que el Perfeccionismo disminuye, el Cuidado del padre aumenta

7.18 Relaciones entre la Variable “tolerancia a la frustración” y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N°: 235 Cruce de frecuencias entre la Variable “tolerancia a la frustración” y las otras Variables Psicológicas.

	Escala de Tolerancia a la Frustración					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.258	0.374	1.838	0.765	0.054	0.855
Escala Ansiedad	0.148	0.614	1.838	0.765	0.054	0.855
Escala Autoimagen	-0.043	0.885	2.247	0.690	0.142	0.627
Escala Neuroticismo	0.255	0.379	6.417	0.170	0.409	0.146
Escala Extroversión	0.017	0.953	4.710	0.318	-0.247	0.395
Escala Psicoticismo	0.272	0.347	2.121	0.346	-0.380	0.180
Escala Mentira	0.179	0.540	4.519	0.340	0.283	0.326
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.405	0.151	7.778	0.100	0.226	0.437
Escala Autoeficacia	<b>-0.708</b>	<b>0.005</b>	9.312	0.054	<b>-0.759</b>	<b>0.002</b>
Escala Autoestima	-0.249	0.391	3.014	0.556	0.078	0.790
Escala Satisfacción de Necesidades	-0.483	0.080	3.597	0.463	-0.418	0.137
Escala Alexitimia	0.508	0.064	5.606	0.231	0.354	0.214
Escala Disconfort Emocional	0.330	0.249	9.139	0.058	0.115	0.697
Escala Conductas Sociales	-0.513	0.061	5.200	0.267	-0.235	0.419
Escala Asertividad	<b>-0.732</b>	<b>0.003</b>	2.711	0.607	-0.433	0.122
Escala Satisfacción Matrimonial	0.132	0.804	0.750	0.687	-0.112	0.833
Escala Perfeccionismo	0.316	0.271	3.217	0.522	0.121	0.681
Escala Inmadurez Neurológica	0.205	0.483	3.244	0.518	0.008	0.977
Cuidado padre	-0.130	0.659	6.611	0.158	-0.220	0.449
Sobreprotección padre	0.260	0.369	<b>10.146</b>	<b>0.038</b>	0.106	0.718
Cuidado madre	-0.226	0.438	3.733	0.443	-0.120	0.682
Sobreprotección madre	0.341	0.232	0.444	0.801	0.166	0.570

### **7.18.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Tolerancia a la Frustración” y la variable “Autoeficacia”**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación indirecta moderada a alta de  $-0,708$  y una significancia de  $0,005$  con un  $99\%$  de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la Tolerancia a la Frustración aumenta, la Autoeficacia Disminuye

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Tolerancia a la Frustración” y “Autoeficacia”, indica que éstas presentan una correlación indirecta alta de  $-0,759$  y una significancia de  $0,002$  con un  $99\%$  de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de intolerancia a la frustración, tienden a presentar menores niveles de autoeficacia

### **7.18.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Tolerancia a la Frustración” y la variable “Asertividad”**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación indirecta moderada a alta de  $-0,732$  y una significancia de  $0,003$  con un  $99\%$  de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la Tolerancia a la Frustración aumenta, la Asertividad disminuye

### 7.18.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Tolerancia a la Frustración” y la variable “Sobreprotección del Padre”

Tabla N°: 236 Tabla de contingencia de las Variables “Tolerancia a la Frustración” y “Sobreprotección del Padre”.

		Escala de Sobreprotección del Padre			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Tolerancia a la Frustración Rango	Bajo		3		3
	Medio	1		1	2
	Alto		8	1	9
Total		1	11	2	14

En la variable “Tolerancia a la Frustración”, se aprecia que los sujetos que presentan niveles medios de “Sobreprotección del Padre”, tienden a presentar altos niveles de “Tolerancia a la Frustración”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 10,146 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,038. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Tolerancia a la Frustración” y “Sobreprotección del Padre”, están relacionadas.

### 7.19 Relaciones entre la Variable “Inmadurez Neurológica” y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N°: 237 Cruce de frecuencias entre la Variable “Inmadurez Neurológica” y las otras Variables Psicológicas.

	Inmadurez Neurológica					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.495	0.072	4.155	0.385	0.287	0.319
Escala Ansiedad	<b>0.668</b>	<b>0.009</b>	5.536	0.237	0.530	0.051
Escala Autoimagen	-0.530	0.051	4.489	0.344	-0.467	0.092
Escala Neuroticismo	0.413	0.142	1.975	0.740	0.298	0.300
Escala Extroversión	-0.145	0.621	4.033	0.402	0.171	0.558
Escala Psicoticismo	0.422	0.133	3.903	0.142	0.521	0.056
Escala Mentira	-0.325	0.256	3.993	0.407	-0.287	0.320
Escala Irracionalidad Cognitiva	<b>0.582</b>	<b>0.029</b>	2.500	0.645	0.309	0.282
Escala Autoeficacia	-0.105	0.722	6.933	0.139	-0.234	0.421
Escala Autoestima	-0.255	0.380	3075	0.545	-0.136	0.644
Escala Satisfacción de Necesidades	0.063	0.830	0.875	0.928	0.000	1.000
Escala Alexitimia	0.223	0.443	9.267	0.055	0.532	0.050
Escala Disconfort Emocional	0.309	0.283	2.267	0.687	0.185	0.526
Escala Conductas Sociales	-0.449	0.107	<b>11.546</b>	<b>0.021</b>	<b>-0.737</b>	<b>0.003</b>
Escala Asertividad	-0.430	0.125	1.131	0.889	0.040	0.893
Escala Satisfacción Matrimonial	0.525	0.284	2.625	0.269	-0.122	0.817
Escala Perfeccionismo	-0.157	0.593	3.964	0.411	0.171	0.558
Escala Tolerancia a la Frustración	0.205	0.483	3.244	0.518	0.008	0.977
Cuidado padre	0.115	0.695	2.700	0.609	0.154	0.598
Sobreprotección padre	0.220	0.450	3.818	0.431	0.165	0.574
Cuidado madre	-0.047	0.874	1.530	0.821	0.068	0.818
Sobreprotección madre	0.116	0.694	0.343	0.842	0.117	0.691

#### 7.19.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Inmadurez Neurológica” y la variable “Ansiedad”

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa moderada a alta de 0,668 y una significancia de 0,009 con un 99% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la Inmadurez Neurológica aumenta, la Ansiedad aumenta

### 7.19.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Inmadurez Neurológica” y la variable “Irracionalidad Cognitiva”

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa moderada a alta de 0,582 y una significancia de 0,029 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la escala de inmadurez neurológica aumenta, la irracionalidad cognitiva, también aumenta

### 7.19.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Inmadurez Neurológica” y la variable “Conductas Sociales”

Tabla N°: 238 Tabla de contingencia de las Variables “Inmadurez Neurológica” y “Conductas sociales”.

	Escala Conducta Social Rango			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Escala de Inmadurez Neurológica Rango				
Bajo		1	1	2
Medio	1		4	5
Alto	6	1		7
Total	7	2	5	14

En la variable “Inmadurez Neurológica”, se aprecia que los sujetos que presentan altos niveles de “Inmadurez Neurológica”, tienden a presentar bajos niveles de “Conductas Sociales”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 11,546 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,021. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Inmadurez Neurológica” y “Conductas Sociales”, están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Inmadurez Neurológica” y “Conductas Sociales”, indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada a alta de -0,737 y una significancia de 0,003 con un 99% de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente

significativa a que los sujetos que tienen un mayor nivel de inmadurez neurologica, tienden a presentar menores niveles de conductas sociales

## 7.20 Relaciones entre la Variable “Cuidado del Padre” y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N°: 239 Cruce de frecuencias entre la Variable “Cuidado del Padre” y las otras Variables Psicológicas.

	Cuidado del Padre					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	-0.114	0.699	2.598	0.627	-0.245	0.398
Escala Ansiedad	0.081	0.783	2.598	0.627	-0.245	0.398
Escala Autoimagen	-0.149	0.610	3.111	0.539	0.000	1.000
Escala Neuroticismo	-0.201	0.490	7.000	0.136	-0.158	0.589
Escala Extroversión	0.392	0.165	8.037	0.090	<b>0.633</b>	<b>0.015</b>
Escala Psicoticismo	0.252	0.385	3.111	0.211	0.461	0.097
Escala Mentira	0.028	0.924	2.236	0.692	0.089	0.762
Escala Irracionalidad Cognitiva	-0.024	0.934	2.042	0.728	0.079	0.788
Escala Autoeficacia	0.239	0.410	7.778	0.100	0.250	0.389
Escala Autoestima	0.138	0.638	1.313	0.859	0.132	0.653
Escala Satisfacción de Necesidades	0.004	0.990	6.417	0.170	0.316	0.271
Escala Alexitimia	0.267	0.356	5.153	0.272	0.367	0.196
Escala Disconfort Emocional	0.345	0.227	4.537	0.338	0.277	0.337
Escala Conductas Sociales	0.179	0.541	4.900	0.298	0.000	1.000
Escala Asertividad	0.348	0.223	6.133	0.189	0.309	0.283
Escala Satisfacción Matrimonial	0.266	0.610	0.750	0.687	-0.112	0.833
Escala Perfeccionismo	<b>-0.546</b>	<b>0.043</b>	4.083	0.395	-0.474	0.087
Escala Tolerancia a la Frustración	-0.130	0.659	6.611	0.158	-0.220	0.449
Escala Inmadurez Neurológica	0.115	0.695	2.700	0.609	0.154	0.598
Sobreprotección padre	<b>-0.620</b>	<b>0.018</b>	3.447	0.486	-0.409	0.147
Cuidado madre	<b>0.588</b>	<b>0.027</b>	8.225	0.084	<b>0.708</b>	<b>0.005</b>
Sobreprotección madre	-0.280	0.332	0.000	1.000	0.000	1.000

### **7.20.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Cuidado del Padre” y la variable “Extroversión”**

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Cuidado del Padre” y “Extroversión”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a alta de 0,633 y una significancia de 0,015 con un 95% de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tienen un mayor nivel en la escala de cuidado del padre, tienden a presentar menores niveles de extroversión

### **7.20.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Cuidado del Padre” y la variable “Perfeccionismo”**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación indirecta moderada a alta de -0,546 una significancia de 0,043 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la escala de cuidado del padre aumenta, la escala de perfeccionismo disminuye

### **7.20.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Cuidado del Padre” y la variable “Sobreprotección Padre”**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación indirecta moderada a alta de -0,620 y una significancia de 0,018 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que el Cuidado del Padre aumenta, la sobreprotección del padre disminuye

### **7.20.4 Cruce de Frecuencias de las Variables “Cuidado del Padre” y la variable “Cuidado Madre”**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa moderada a alta de 0,588 y una significancia de 0,027 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que el cuidado del padre aumenta, la escala de cuidado de la madre, también aumenta

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Cuidado del Padre” y “Cuidado Madre”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a alta de 0,708 y una significancia de 0,005 con un 99% de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tienen un mayor nivel en la escala de cuidado del padre, tienden a presentar mayores niveles en la escala cuidado de la madre

7.21 Relaciones entre la Variable “Sobreprotección del Padre” y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N°: 240 Cruce de frecuencias entre la Variable “Sobreprotección del Padre” y las otras Variables Psicológicas

	Escala de Sobreprotección del Padre					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.235	0.419	1.041	0.903	0.090	0.760
Escala Ansiedad	-0.100	0.734	1.041	0.903	0.090	0.760
Escala Autoimagen	0.010	0.973	2.121	0.713	-0.126	0.668
Escala Neuroticismo	0.205	0.482	5.170	0.270	0.252	0.386
Escala Extroversión	-0.500	0.069	4.773	0.311	<b>-0.552</b>	<b>0.041</b>
Escala Psicoticismo	-0.064	0.829	1.041	0.594	0.090	0.759
Escala Mentira	0.016	0.957	3.818	0.431	-0.163	0.577
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.070	0.813	<b>9.545</b>	<b>0.049</b>	0.145	0.622
Escala Autoeficacia	-0.496	0.071	3.677	0.452	-0.410	0.146
Escala Autoestima	-0.249	0.392	7.955	0.093	-0.351	0.218
Escala Satisfacción de Necesidades	-0.246	0.396	4.295	0.367	-0.527	0.053
Escala Alexitimia	-0.259	0.371	2.201	0.699	-0.101	0.731
Escala Disconfort Emocional	0.013	0.966	9.192	0.056	-0.218	0.455
Escala Conductas Sociales	-0.449	0.108	3.818	0.431	-0.165	0.574
Escala Asertividad	-0.493	0.073	3.964	0.411	-0.313	0.276
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.277	0.595	0.600	0.439	-0.316	0.541
Escala Perfeccionismo	0.351	0.219	2.690	0.611	0.271	0.348
Escala Tolerancia a la Frustración	0.260	0.369	<b>10.146</b>	<b>0.038</b>	0.106	0.718
Escala Inmadurez Neurológica	0.220	0.450	3.818	0.431	0.165	0.574
Cuidado padre	<b>-0.620</b>	<b>0.018</b>	3.447	0.486	-0.409	0.147
Cuidado madre	-0.498	0.070	3.055	0.549	-0.188	0.519
Sobreprotección madre	<b>0.629</b>	<b>0.016</b>	3.091	0.213	0.469	0.090

### 7.21.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Sobreprotección del Padre” y la variable “Extroversión”

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Sobreprotección del Padre” y “Extroversión”, indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada a alta de -0,552 y una significancia de 0,041 con un 95% de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tienen un mayor nivel en la escala de sobreprotección del padre, tienden a presentar menores niveles en la escala de extroversión

### 7.21.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Sobreprotección del Padre” y la variable “Irracionalidad Cognitiva”

**Tabla N°: 241** Tabla de contingencia de las Variables “Sobreprotección del Padre” y “Irracionalidad Cognitiva”.

	Escala Irracionalidad Cognitiva Rango			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Escala de Bajo		1		1
Sobreprotección del Padre	8	1	2	11
Rango		2		2
Total	8	4	2	14

En la variable “Sobreprotección del Padre”, se aprecia que los sujetos que presentan niveles medios de “Sobreprotección del Padre”, tienden a presentar bajos niveles de “Irracionalidad Cognitiva”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,545 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,049. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Sobreprotección del Padre” e “Irracionalidad Cognitiva” están relacionadas.

### 7.21.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Sobreprotección del Padre” y la variable “Tolerancia a la Frustración”

Tabla N°:242 Tabla de contingencia de las Variables “Sobreprotección del Padre” y “Tolerancia a la Frustración”.

	Escala Tolerancia a la Frustración Rango			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Escala de Sobreprotección del Padre Rango	Bajo	Medio	Alto	
	3	1	8	11
		1	1	2
Total	3	2	9	14

En la variable “Sobreprotección del Padre”, se aprecia que los sujetos que presentan niveles medios de “Sobreprotección del Padre”, tienden a presentar altos niveles de “Tolerancia a la Frustración”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 10,146 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,038. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Sobreprotección del Padre” e “Tolerancia a la Frustración” están relacionadas.

### 7.21.4 Cruce de Frecuencias de las Variables “Sobreprotección del Padre” y la variable “Cuidado del Padre”

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación indirecta moderada a alta de -0,620 (a medida que la Sobreprotección del Padre aumenta, el Cuidado del Padre disminuye) y una significancia de 0,018 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la sobreprotección de la padre aumenta, la escala de cuidado del padre, también aumenta

### **7.21.5 Cruce de Frecuencias de las Variables “Sobreprotección del Padre” y la variable “Sobreprotección de la Madre”**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que éstas tienen una correlación directa moderada a alta de 0,629 y una significancia de 0,016 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la sobreprotección del padre aumenta, la escala de sobreprotección de la madre, también aumenta

7.22 Relaciones entre las Variables “Cuidado Madre” y el resto de las variables psicológicas”.

Tabla N°: 243 Tabla de contingencia de las Variables “Conductas Sociales” y el resto de las variables psicológicas.

	Escala de Cuidado Madre					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	-0.282	0.329	4.359	0.360	-0.463	0.096
Escala Ansiedad	-0.020	0.945	2.959	0.565	-0.093	0.753
Escala Autoimagen	0.222	0.445	3.422	0.490	0.142	0.628
Escala Neuroticismo	-0.131	0.656	4.462	0.347	0.173	0.555
Escala Extroversión	0.532	0.050	6.533	0.163	<b>0.533</b>	<b>0.049</b>
Escala Psicoticismo	-0.035	0.905	2.121	0.346	0.160	0.584
Escala Mentira	0.016	0.956	0.608	0.962	0.087	0.766
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.127	0.664	6.038	0.196	0.165	0.573
Escala Autoeficacia	0.514	0.060	3.208	0.524	0.302	0.294
Escala Autoestima	0.313	0.276	5.863	0.210	0.168	0.567
Escala Satisfacción de Necesidades	0.337	0.238	1.662	0.798	0.299	0.300
Escala Alexitimia	0.140	0.633	2.683	0.612	0.149	0.612
Escala Discomfort Emocional	0.388	0.171	5.697	0.223	0.145	0.622
Escala Conductas Sociales	0.381	0.178	2.450	0.654	0.277	0.337
Escala Asertividad	0.291	0.313	1.600	0.809	0.291	0.312
Escala Satisfacción Matrimonial	0.620	0.190	2.625	0.269	0.122	0.817
Escala Perfeccionismo	-0.021	0.942	3.055	0.549	-0.143	0.626
Escala Tolerancia a la Frustración	-0.226	0.438	3.733	0.443	-0.120	0.682
Escala Inmadurez Neurológica	-0.047	0.874	1.530	0.821	0.068	0.818
Cuidado padre	<b>0.588</b>	<b>0.027</b>	8.225	0.084	<b>0.708</b>	<b>0.005</b>
Sobreprotección padre	-0.498	0.070	3.055	0.549	-0.188	0.519
Sobreprotección madre	<b>-0.627</b>	<b>0.016</b>	3.600	0.165	-0.282	0.329

7.22.1 Cruce de Frecuencias de las Variables “Cuidado de la madre” y “Extroversión”.

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Cuidado de la madre” y “Extroversión”, indica que éstas presentan una correlación directa

moderada a alta de 0,533 y una significancia de 0,049 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que aumentan los niveles de cuidado de la madre, aumentan también los niveles de extroversión

### **7.22.2 Cruce de Frecuencias de las Variables “Cuidado de la madre” y “Cuidado del Padre”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a alta de 0,588 y una significancia 0,027 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que disminuyen los niveles de cuidado de la madre, disminuyen también los niveles de cuidado del padre y de la misma manera, a medida que aumentan los niveles de cuidado de la madre, tienden a aumentar los niveles de cuidado del padre

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las variables “Cuidado de la madre” y “Cuidado del Padre”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a alta de 0,708 y una significancia de 0,005 con un 95% de confianza, bilateral; lo que quiere decir, que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tienen un mayor nivel en la escala de cuidado del padre, tienden a presentar mayores niveles en la escala de la escala de cuidado de la madre

### **7.22.3 Cruce de Frecuencias de las Variables “Cuidado de la madre” y “Sobreprotección de la Madre”.**

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada a alta de -0,627 y una significancia de 0,016 con un 95% de confianza, bilateral. Existe, entonces una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que disminuyen los niveles de cuidado de la madre, disminuyen también los niveles de cuidado del padre y de la misma manera, a medida que disminuyen los niveles de cuidado de la madre, tienden a aumentar los niveles de sobreprotección de la madre.

**7.23 Relaciones entre la Variable “Sobreprotección madre” y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.**

**Tabla N°: 244 Cruce de frecuencias entre la Variable “Sobreprotección madre” y las variables psicológicas.**

	Sobreprotección madre					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	<b>0.547</b>	<b>0.043</b>	3.818	0.148	0.519	0.057
Escala Ansiedad	0.166	0.571	3.091	0.213	0.222	0.445
Escala Autoimagen	-0.450	0.106	4.000	0.135	-0.499	0.069
Escala Neuroticismo	0.332	0.247	1.500	0.472	0.319	0.267
Escala Extroversión	<b>-0.590</b>	<b>0.026</b>	3.333	0.189	-0.479	0.083
Escala Psicoticismo	0.328	0.252	0.424	0.515	0.174	0.552
Escala Mentira	-0.086	0.770	0.476	0.788	0.173	0.553
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.043	0.885	0.000	1.000	0.000	1.000
Escala Autoeficacia	-0.332	0.246	3.000	0.223	-0.461	0.097
Escala Autoestima	<b>-0.604</b>	<b>0.022</b>	<b>6.000</b>	<b>0.050</b>	<b>-0.637</b>	<b>0.014</b>
Escala Satisfacción de Necesidades	-0.303	0.293	2.500	0.287	-0.359	0.208
Escala Alexitimia	0.201	0.490	1.167	0.558	0.278	0.336
Escala Disconfort Emocional	-0.093	0.753	2.111	0.348	-0.210	0.472
Escala Conductas Sociales	-0.530	0.051	3.943	0.139	-0.292	0.312
Escala Asertividad	-0.270	0.351	0.343	0.842	-0.117	0.691
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.792	0.060	<b>6.000</b>	<b>0.014</b>	-1.000	0.000
Escala Perfeccionismo	0.107	0.715	1.091	0.580	-0.198	0.498
Escala Tolerancia a la Frustración	0.341	0.232	0.444	0.801	0.166	0.570
Escala Inmadurez Neurológica	0.116	0.694	0.343	0.842	0.117	0.691
Cuidado padre	-0.280	0.332	0.000	1.000	0.000	1.000
Sobreprotección padre	<b>0.629</b>	<b>0.016</b>	3.091	0.213	0.469	0.090
Cuidado madre	<b>-0.627</b>	<b>0.016</b>	3.600	0.165	-0.282	0.329

### 7.23.1 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Sobreprotección de la madre” y “Depresión”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0.547y una significancia de 0,043 con un 95% de confianza, bilateral; lo que significa que hay una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la escala sobreprotección aumenta, la depresión también aumenta

### 7.23.2 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Sobreprotección de la madre” y “Extroversión”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de -0.590 y una significancia de 0,026 con un 95% de confianza, bilateral; lo que significa que hay una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la sobreprotección aumenta, la extroversión disminuye

### 7.23.3 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Sobreprotección de la madre” y “Autoeficacia”.

**Tabla N°: 245 Tabla de contingencia de las Variables “Sobreprotección de la Madre” y “Autoeficacia”.**

	Escala Autoeficacia Rango			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Escala de Medio	3	3	1	7
Sobreprotección de Alto	6	1		7
Total	9	4	1	14

En la variable “sobreprotección de la madre” se observa que tanto el “nivel medio”, como el “nivel alto” agrupan la misma cantidad de casos, en tanto, la escala “autoeficacia” agrupa la mayoría de los datos en el nivel “bajo”. Mientras que en la escala de autoeficacia los casos tienden a agruparse mayoritariamente en el “nivel bajo”. De modo

que, la categoría “nivel alto” en la escala de sobreprotección madre, tiende a presentarse en la categoría “nivel bajo” en la escala de autoeficacia. En cambio, la categoría “nivel medio” de la escala de sobreprotección madre se distribuye de igual manera en las categorías nivel bajo y nivel medio de la escala de autoeficacia

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6.000 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 2 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,05. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las escalas “sobreprotección madre” y “autoeficacia” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada de -0.604 y una significancia de 0,022 con un 95% de confianza, bilateral. Lo que significa que hay una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la escala de sobreprotección madre aumenta, la escala de autoeficacia disminuye

El coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ) aplicado a las escalas “autoimagen” y “ansiedad”, indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada de -0.637 y una significancia de 0,014 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tenían un mayor nivel de sobreprotección de la madre, tienden a presentar menores nivel de autoeficacia

#### 7.23.4 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Sobreprotección de la madre” y “Satisfacción matrimonial”.

Tabla N°: 246 Tabla de contingencia de las Variables “Sobreprotección de la Madre” y “Satisfacción Matrimonial”.

	Escala Satisfacción Matrimonial Rango		Total
	Medio	Alto	
Escala de Medio de de Alto	4	2	6
Total	4	2	6

En la variable “sobreprotección madre” se observa que el nivel “medio” es donde se encuentra la mayoría de los casos, en tanto, la escala “satisfacción matrimonial” agrupa los datos en el nivel “alto”. De modo que, la categoría “nivel alto” en la escala de sobreprotección madre, tiende a presentar un nivel medio en la escala de satisfacción matrimonial, conformando la mayoría de los casos.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6.000 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 1 grados de libertad (*g*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,014. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel crítico o nivel de significación asociado*) es baja ( $p < 0,05$ ), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las escalas “sobreprotección madre” y “satisfacción matrimonial” están relacionadas.

#### 7.23.5 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Sobreprotección de la madre” y “Sobreprotección padre”.

El coeficiente de correlación de Pearson (*r*) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0.629 y una significancia de 0,016 con un 95% de confianza, bilateral; lo que significa que hay una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la escala sobreprotección de la madre aumenta, la escala sobreprotección padre también aumenta

### 7.23.6 Cruce de Frecuencias entre las Variables “Sobreprotección de la madre” y “Cuidado madre”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada de 0.629 y una significancia de 0,016 con un 95% de confianza, bilateral; lo que significa que hay una tendencia estadísticamente significativa de que a medida que la escala sobreprotección de la madre aumenta, la escala cuidado madre también aumenta.

### 8. Comparación entre ambos centros de tratamiento, al relacionar la variable “días de tratamiento” y las variables psicológicas

**Tabla Nº 246: Tabla de Comparación entre ambos centros, al relacionar la variables “días de tratamiento” y las variables psicológicas**

Días de tratamiento	Variables Psicológicas	Variables Psicológicas
CTA HGF	R= - 0.732; p< 0.05	Alexitimia
CT Los Morros	R= -1; p< 0.05	Satisfacción matrimonial

Se observa una relación significativa indirecta entre los días de tratamiento en el CTA del HGF y la variable "Alexitimia", reflejando que a medida que aumenta la cantidad de días de tratamiento, disminuyen los niveles de esta variable psicológica. En el caso del CT De los Morros, se observa una relación exacta indirecta entre la cantidad de días de tratamiento y satisfacción matrimonial, resaltando que a medida que pasan los días en tratamiento tiende a disminuir la satisfacción en la relación de pareja.

## VII. ANÁLISIS Y DISCUSIONES

A partir de la información obtenida de la muestra en estudio, compuesta por adolescentes de ambos sexos del Centro de Tratamiento Ambulatorio del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar y de la Comunidad Terapéutica Los Morros de Santiago y luego de haber aplicado el Cuestionario de Antecedentes Personales y la Ficha de Evaluación Clínica Integral en Adicciones (FECIAD), se procedió al análisis estadístico de la distribución y las relaciones significativas entre las variables, para concluir lo siguiente:

Se puede observar que la mayoría de los sujetos de la muestra, están en el rango de edad de 17 a 18 años, mientras que el resto están en el rango de 15 a 16, con un promedio de 17 años, ambos grupos representan a la población adolescente media y tardía. Lo anterior tiene sentido al analizar los estudios en población escolar de CONACE, donde en tercero y cuarto medio, se elevan las tasas de consumo.

Con relación al sexo, las distribuciones de hombres y mujeres son prácticamente equivalentes, con una leve superioridad numérica de los varones.

Más de la mitad de los adolescentes evaluados se encuentra actualmente solteros y sin pareja, un porcentaje menor reconoce tener una relación de pololeo o noviazgo y el resto mantiene una relación de pareja con convivencia.

Con relación a la ocupación actual, la mitad de los adolescentes están dentro de la educación formal, mientras la otra mitad no se encuentra actualmente estudiando. Es importante mencionar que estos resultados de deserción escolar<sup>1</sup>, son muy altos en relación con la población adolescente no clínica, y que estas distribuciones concuerdan con los planteamientos del modelo, pues desde el paradigma ambiental, la deserción escolar es uno de los factores de riesgo frente al inicio y mantención del consumo.

En este sentido y respecto a la escolaridad, la mayoría de la muestra presenta una escolaridad media incompleta, mientras el resto no ha completado la escolaridad básica. Gran parte de los resultados de educación formal incompleta son explicados por la edad de la muestra, no obstante, también influye el alto porcentaje de deserción escolar mencionado anteriormente y el alto porcentaje de repitencia que se analiza a continuación.

---

<sup>1</sup> El estudio realizado por MINEDUC el año 2000, arrojó una tasa de deserción escolar de 8,2% en población general, y una tasa de repitencia de 2,9% en escolaridad básica.

Es importante mencionar que respecto a la repitencia, la gran mayoría de los sujetos ha reprobado uno o más cursos en la educación formal, resultado diametralmente opuesto a la población adolescente no clínica y que podría tener relación con la deserción.

El estrato socio-económico familiar de los jóvenes evaluados, tiende a distribuirse entre el estrato bajo y la clase media, con una ligera diferencia en favor de la clase baja.

Con relación a la cantidad de personas con las que viven los adolescentes evaluados, gran parte de ellos vive con 2 a 5 personas, siendo el promedio 3.5, con una desviación estándar de 1.87. La Encuesta Casen del año 2006, informa que el promedio de personas en el hogar es de 3.3 en la familia nuclear, y de 5.5 en la familia extendida, lo que se corresponde con la muestra de este estudio.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de los adolescentes evaluados no cumplen los criterios para tener otros diagnósticos clínicos en el eje I, lo cual indica que el trastorno psicopatológico principal, es el relacionado con el consumo de sustancias.

Es posible realizar una descripción de las variables psicológicas de los adolescentes del estudio y con ese objeto, se agrupará la distribución de los resultados de estas variables en base a los aspectos de personalidad que representan.

De acuerdo al aspecto cognoscitivo, se observa que más de la mitad de la muestra presenta puntajes bajos en irracionalidad cognitiva, perfeccionismo, autoeficacia y autoimagen. Estos resultados pueden estar reflejando, que los adolescentes con problemas de drogodependencias se ven a si mismos con menos capacidad y recursos en relación al resto, además de auto-evaluarse negativamente. Esto último es coherente con lo propuesto por el modelo supraparadigmático en el ámbito de las adicciones, lo que no ocurre de la misma manera al observar que en este grupo etéreo aun no se ve una marcada tendencia a presentar alteraciones importantes, en relación a sesgos y distorsiones en el procesamiento de la información. Por último, no se observa un nivel elevado de autoexigencia en la realización de tareas y actividades.

Respecto al plano afectivo, se observan altos índices en las escalas de depresión, ansiedad, neuroticismo, alexitimia e intolerancia a la frustración, mientras se observa una mayor tendencia a presentar índices bajos en las escalas de disconfort emocional y autoestima. Los resultados anteriores denotan en los adolescentes con problemas de consumo, importante sintomatología asociada a emociones displacenteras, además de labilidad y aplanamiento afectivo, y baja tolerancia ante situaciones de fracaso; lo que es

coherente a la etiología de las adicciones propuestas por el modelo integrativo supraparadigmático. A los resultados, se agrega un alto grado en la satisfacción de necesidades provenientes de diferentes ámbitos; hecho que cobra sentido al considerar que los centros de atención exigen como requisito, el contar con familia para el ingreso al tratamiento, la cual puede estar cubriendo estas necesidades, y por otra parte, el que dentro de estos mismos centros, a través de las distintas actividades que son realizadas, se estén cubriendo las necesidades básicas, de pertenencia, de afecto e incluso de espiritualidad que se hacen atingente a estos adolescentes. Esto último podría reflejar que en dicho aspecto de satisfacción de necesidades, son funcionales los talleres llevados a cabo así como el proporcionar instancias de esparcimiento y convivencia.

En relación a las escalas que miden rasgos de personalidad asociados a factores biológicos estructurales, se observa en la mayoría de la muestra, índices elevados de neuroticismo, extroversión y psicoticismo, resultado coherente con la etiología propuesta por el modelo integrativo. Esto podría denotar en estos adolescentes, la presencia de características personalógicas que los predisponen a tener una escasa acatación de normas impuestas por el medio, a poseer disfunciones en el plano emocional y a la búsqueda de sensaciones orientadas hacia el exterior. Esta distribución podría indicar además, que estas variables pueden constituirse como fenómenos de vulnerabilidad ante las drogodependencias, lo que cobra fuerza al observar los índices elevados de inmadurez neurológica registrados en la mitad de la muestra. Desde una perspectiva opuesta, lo que indicarían las tendencias en los resultados de estas variables, es que estas más que condiciones de vulnerabilidad, se vean afectadas por los efectos nocivos de las sustancias mismas.

En relación al aspecto interpersonal, se observan bajos índices de discomfort emocional en contextos de interacción, esto puede estar denotando que en estos adolescentes, se conserva una forma funcional de relacionarse con las demás personas, manifestando un desplante positivo ante este tipo de situaciones. Por otra parte, no existe una tendencia a obtener puntajes bajos en la variable asertividad y se observa un pobre repertorio de pautas interpersonales en la mitad de la muestra. Esto último, junto con el análisis del apartado anterior, podría estar indicando, que a pesar de la escasa existencia de este tipo de conductas, estas son funcionales para el contacto social, además de permitir exigir los propios derechos, sin agredir ni ser agredido, vivenciándose en forma egosintónica, sin llegar a generar sentimientos ansiosos o de disconformidad.

Respecto a las variables medidas por las escalas del “Parental Bonding”, se observa en la variable sobreprotección materna, índices elevados en la mitad de la muestra. No obstante lo anterior, es importante destacar que los resultados de estas variables que apuntan a la historia del vínculo vivenciado durante la infancia, deben ser cuidadosamente analizadas desde un prisma más cualitativo que en esta oportunidad escapa a la metodología usada por este estudio.

Al analizar la integración de las variables anteriores dentro del subsistema self, se observa, dado la distribución de los datos, que podría haber dificultad en el control de impulsos y fallas de identidad personal. Esto es coherente al modelo de Opazo y su aplicación en drogodependencias, aunque es probable que aun no se manifiesten alteraciones en las funciones de organización de la experiencia, ya que no se observa una tendencia que refiera alteraciones en el subsistema cognitivo que podrían estar ocasionado sesgos o distorsiones en la manera de aprehender la realidad.

Las relaciones entre la historia de consumo y las demás variables en estudio, dan cuenta de la importancia que ha cobrado el consumo de drogas tanto en la historia vital de estos adolescentes, como en sus características de personalidad. Muchas variables sociodemográficas están relacionadas con variables de la historia de consumo, lo que podría indicar como se comportan los resultados de nuestra muestra y si estos se relacionan con los postulados del modelo integrativo.

Respecto de las “Variables Edad” Y “Número De Drogas” tienen una relación significativa ( $\chi^2 = 5.833$ ;  $p < 0,05$ ). Esta relación denota que mientras más tarde se intervenga en el grupo de jóvenes, estos han accedido a probar más sustancias, por lo cual tal vez sería óptimo, comenzar con los planes de prevención y tratamiento en edades más tempranas.

De acuerdo a la relación entre “Edad” y la “Última Sustancia Consumida” ( $X^2 = 8,773$ ;  $p < 0.05$ ), se constata que en el rango de edad que comprende entre los “15 a 16 años” la última sustancia consumida es predominantemente marihuana y pasta base, mientras que en el rango de edad comprendido entre los “17 y los 18 años” la última sustancia consumida es mayoritariamente alcohol. Lo anterior es coherente con lo observado entre la “Edad” y la “Frecuencia de Consumo Alcohol”, donde existe una relación lineal, directa y significativa ( $r = 0.582$ ;  $p < 0,05$ ), por lo que a medida que aumenta la edad, aumenta la frecuencia de consumo de alcohol. Estos resultados hacen sentido según lo propuesto por las estadísticas de CONACE, y pueden estar explicados por el hecho de que a mayor edad, el alcohol se hace más accesible de acuerdo a nuestro

contexto social, o bien, porque en términos de autoconcepto, los adolescentes de mayor edad tienen una identidad más consolidada y por ende pueden estar resguardando la imagen proyectada en relación al tipo de drogas consumidas, entendiendo que el consumo de alcohol, con respecto al de otras drogas, tiende a ser mejor evaluado por la sociedad, dentro del ámbito de la problemática en Chile, otra posibilidad es que el tratamiento va ejerciendo más influencia en los mayores respecto al consumo de drogas ilícitas.

Respecto a la “vía de ingreso” al centro de tratamiento, en la variable “Edad”, estas están relacionadas ( $\chi^2= 10,189$ ;  $p<0.01$ ), donde en el rango de 17 a 18 años, los adolescentes mayoritariamente ingresan por derivación de otra institución, mientras que en el rango de 15 a 16 años, han ingresado más frecuentemente por medio de un familiar o amigo. Esto tiene sentido, si entendemos que los adolescentes menores están aún bajo el cuidado de los padres, mientras que los mayores (17 a 18 años), ya están cerca de la adultez y son más autónomos en su proceso de toma de decisiones. Otra explicación posible es que estos adolescentes mayores, han tenido más tiempo para ser parte de otras instituciones judiciales y de salud, que los pudiesen haber derivado. Con relación al tratamiento, esta distribución de edades nos plantea dos grupos diferenciados, que coinciden con las tendencias de la psicoterapia familiar en Chile en el trabajo en drogodependencias, estas apuntan a que los adolescentes menores asistan a las sesiones terapéuticas junto a sus padres, ya que aún dependen de ellos y los validan como autoridad, lo que conllevaría además, a que se siguieran mejor las pautas terapéuticas supervisadas por ellos. Para el caso de los adolescentes mayores, se propone el trabajar con la familia, pero enfocándose en el individuo, que está camino a la adultez y que ya no tiene un vínculo tan estrecho, ni una validación tan constante hacia sus padres, esto hace sentido, al ver como varía la vía de ingreso en los dos grupos de edades.

En términos de diagnóstico en el Eje I del manual estadístico de psicopatología DSM IV, se observa que casi la totalidad de la muestra, no presenta otros diagnósticos en dicho eje, pero que sí presenta signos y síntomas clínicos significativos de ansiedad y depresión. Este resultado, puede estar apuntando a que en los centros de tratamiento ambulatorios en cuestión, existe la posibilidad de que se esté subdiagnosticando algún trastorno en la línea de lo ansioso-depresivo y sea necesario por esto, hacer hincapié en estas psicopatologías, con el objeto de no descuidar la compensación de sus síntomas como primer paso para cumplir los objetivos finales del tratamiento. Por otra parte, existe

la posibilidad que la ausencia de diagnósticos de ansiedad y depresión en el eje I, se deba a que la aparición de los síntomas tenga origen en los síndromes de abstinencia del consumo de alcohol y/o drogas y por ende no cumplan los criterios para el diagnóstico propiamente tal.

Al estudiar la correlación entre las variables “Frecuencia de Consumo de Marihuana natural” ( $X^2= 6,125$ ;  $p<0.05$ ) y “Frecuencia de Consumo de Marihuana prensada” ( $X^2= 7,160$ ;  $p<0.01$ ) y “Sexo”, se observa que son los adolescentes hombres lo que notoriamente presentan un mayor consumo, tanto de marihuana natural como prensada. Esto concuerda con los resultados de los estudios de CONACE, que sostienen que la diferencia en el uso de marihuana entre hombres y mujeres en la población general es de 1:3.

Existe una relación indirecta significativa ( $r= -0,557$ ;  $p < 0,039$ ) entre el “estado civil” y “la frecuencia de consumo de marihuana prensada”, pudiendo entender que a medida que aumenta el compromiso de la relación y se llega a la convivencia, disminuye la frecuencia de consumo de Marihuana Prensada. En la relación entre “Estado Civil” y “Frecuencia de Consumo de Cocaína”, se observa que en la categoría de “Sin Pareja” la frecuencia del consumo tiende a disminuir en relación a la categoría “Con Pareja”. No obstante lo último, cuando la relación de pareja llega a una etapa de convivencia, el consumo disminuye hasta la categoría, de “Una o menos veces al mes o nunca”.

Las relaciones encontradas entre estado civil y consumo, se pueden explicar por el hecho que el estado civil de convivencia de pareja, trae consigo una mayor proliferación de responsabilidades y proyectos, que tienden a centrar y estabilizar la personalidad de los adolescentes. Esto último sugiere considerar en los centros de tratamiento ambulatorio intensivos, al estado civil de convivencia como una decisión que puede ser funcional al proceso terapéutico, pero también, al ser adolescentes, no adultos, y convivir siendo drogodependientes, debe considerarse una situación que debe ser supervisada.

Por otro lado, los distintos centros de atención, presentan diferencias significativas entre las relaciones de las variables de consumo. La “edad de inicio” ( $X^2= 7,778$ ;  $p<0.01$ ) en el CTA del Hospital Gustavo Fricke tiende mayoritariamente a situarse en el rango de “13 o más años”, mientras que en el CT los Morros el consumo se inicia desde los “12 años o menos”. Con relación a la “droga de inicio” ( $X^2= 6,862$ ;  $p<0.01$ ), en el CTA del HGF, el alcohol es la sustancia que presenta mayor frecuencia como la droga de inicio en el consumo, mientras que la droga de inicio más frecuente en el CT Los Morros es la marihuana. Respecto a las diferencias entre las frecuencias de consumo y el “Centro de

Atención”, la frecuencia de consumo de Pasta Base ( $X^2= 6,704$ ;  $p<0.01$ ), en el CTA del HGF la mayoría de los sujetos se encuentra en el rango de “Una o menos veces al mes o nunca”, mientras que en el CT Los Morros la frecuencia de consumo se eleva en la mayoría de los casos a “2 o más veces por semana”, de la misma forma que ocurre en la frecuencia de consumo de marciano ( $X^2= 10,516$ ;  $p<0.01$ ). Lo que arrojaron los resultados en relación a la diferencias de variables de consumo en los dos centros de tratamiento, puede estar fundamentado en lo distinta que puede llegar a ser la realidad de los contextos sociales en que están inmersos, ya que El CT los Morros, es parte del Hogar de Cristo y opera dentro de un marco de trabajo que interviene en una zona de bajos recursos y barrios marginales, mientras que el CTA del HGF, pertenece a la salud pública y a pesar de trabajar con personas de bajos recursos y de barrios marginales, opera de una manera más flexible en relación a los estratos sociales. Todo lo anterior, pensado en términos de facilidad de acceso a sustancias, calidad de riesgo social y las tasas de mayor consumo presentes en la Región Metropolitana (CONACE). Pese a ello los distintos centros no muestran diferencias significativas al relacionarse con las escalas clínicas, lo que puede indicar, que las variaciones en la droga de inicio, la edad de inicio, las frecuencias en el consumo de algunas drogas y la situación socio-económica, no influyen en el daño que producen las sustancias a las características psicológicas, o bien, que los factores clínicos predisponentes no se alteran al cambiar la historia de consumo.

Por otro lado, la variable “Escolaridad” y las variables de Frecuencia de Consumo, arrojan resultados significativos, en Fármacos y Psicofármacos, donde se evidencia una relación indirecta ( $r= -0.703$ ;  $p < 0.01$ ), que indica que a medida que la escolaridad aumenta, disminuye la frecuencia de consumo de Fármacos y Psicofármacos; lo mismo ocurre con la frecuencia de consumo de anfetaminas ( $r= -0.703$ ;  $p < 0.01$ ), nevados ( $r= -0.703$ ;  $p < 0.01$ ) y solventes ( $r= -0.679$ ;  $p < 0.01$ ). Esto puede explicarse por el proceso de educación formal, el cual entrega herramientas intelectuales y sociales, que permitirían a los jóvenes discriminar que el consumo de estas sustancias son nocivas para su salud y los instaría a alejarse de ellas, o bien podría indicar que quienes han presentado una menor frecuencia en el consumo de estas sustancias perjudiciales, poseen recursos necesarios para seguir avanzado en la formación educacional. Otra posibilidad es que por un consumo experimental que a través de los años se transforma en dependencia a una o dos sustancias, podrían llevar a la deserción escolar. De todas maneras, para el consumo de estas sustancias en particular, los resultados son coherentes con el paradigma

ambiental, que postula que el estar inserto dentro de la educación formal, es un factor protector ante la problemática del consumo de sustancias.

Al analizar la variable “Ocupación actual”, encontramos que esta se relaciona con la variable “Consumo Problemático de Alcohol o de Alguna Otra Droga en la Familia”, ( $X^2= 4,667$ ;  $p<0.05$ ) donde la mayor parte de los sujetos que se encuentran dentro de la educación formal, presentan familias con miembros que no tienen problemas de alcoholismo o drogodependencias, ocurriendo lo contrario con quienes están fuera del colegio o liceo. Esto se puede ser reflejo de que al existir familias más contenedoras y sin problemas de consumo, estas pueden apoyar la permanencia de los jóvenes en sus estudios. Respecto a la variable “vía de ingreso”, esta también se relaciona con la “Ocupación actual”, encontrándose que quienes están fuera del colegio ingresan a los centros de tratamiento preferentemente por la vía de derivación, mientras que quienes aún están dentro de la educación formal ingresan mayoritariamente por algún familiar o amigo y luego por derivación. El resultado puede ser consecuencia de las diferencias de edad mencionadas más arriba, como también por la preocupación familiar, que permite la continuidad de los estudios y la toma de conciencia de los problemas de drogodependencia de los adolescentes, llevándolos a los centros de salud pertinentes.

Al analizar la relación existente entre las variables “Estrato Socio-económico Familiar” y la “Edad de Inicio de Consumo”, observamos que existe una relación directa y significativa ( $r= 0.577$ ;  $p < 0.05$ ), indicando que la edad de inicio suele disminuir en las clase de estrato social económico más bajo. Por otra parte, la relación entre la variables “Estrato Socio-económico Familiar” y “Número de Drogas Consumidas”, es indirecta y significativa ( $r= -0.604$ ;  $p < 0.05$ ), e indica que en la clase baja existe mayor policonsumo respecto de la clase media). A medida que aumenta el estrato socio económico familiar, disminuye el consumo de las sustancias más prevalentes; disminuyendo el consumo de cocaína ( $r= -0.589$ ;  $p < 0.05$ ), de pasta base ( $r= -0.550$ ;  $p < 0.05$ ), el consumo de fármacos y psicofármacos ( $r= -0.542$ ;  $p < 0.05$ ), el consumo de anfetaminas, ( $r= -0.542$ ;  $p < 0.05$ ), el consumo de marciano. ( $r= -0.734$ ;  $p < 0.05$ ) y el consumo de nevado ( $r= -0.542$ ;  $p < 0.05$ ). Lo anterior, indica que el estrato socioeconómico familiar bajo, es un factor que puede intervenir de manera negativa, tanto en términos de cantidad de droga consumida, como en términos de policonsumo.

En este sentido y respecto a la variable “Cantidad de Personas con las que Vive” y la variable “Frecuencia de Consumo de Pasta Base”, estas tienen una relación directa significativa ( $r= 0.534$ ;  $p < 0.05$ ). A medida que disminuye la cantidad de personas con las

que vive, disminuye la frecuencia de consumo de pasta base, lo mismo ocurre con la variable frecuencia de consumo de Marciano ( $R= 0.534$ ;  $p < 0.05$ ). En este sentido, podríamos pensar que para los sujetos de nuestra muestra, la cantidad de personas que con las que se convive si alcanza números muy altos, podría ser un factor de riesgo en el consumo de sustancias, sobre todo las derivadas de la pasta base de cocaína, entendiendo que estas elevadas frecuencias podrían relacionarse a condiciones de hacinamiento. Por otro lado, respecto a la relación significativa encontrada entre la variable “diagnóstico del eje I” y las variables de Consumo de Solventes, de anfetaminas y de nevado; esta señala que los adolescentes de la muestra que no presentan diagnóstico en el Eje I, tampoco presentan una frecuencia de consumo de 2 o más veces a la semana, mientras que los adolescentes que si presentan un cuadro diagnosticado, si presentan tal frecuencia en el consumo. Lo anterior podría ser entendido, en base a que quienes cumplen los criterios diagnósticos de las psicopatologías del Eje I, tienden al consumo de sustancias psicoactivas, o bien que el mismo consumo o el proceso de abstinencia, provoca los signos y síntomas de dichas patologías.

Se han encontrado algunas relaciones significativas, entre variables sociodemográficas y variables psicológicas de los adolescentes.

Comenzando con la variable “Edad”, observamos que esta se relaciona con la escala “Mentira” ( $X^2= 7,778$ ;  $p<0.05$ ), señalando que las personas que representan al rango de entre 15 a 16 años tienden a obtener puntajes polares altos o bajos en dicha escala de validez, mientras que los que representan el rango etéreo entre los 17 y 18 años, obtienen solo puntajes bajos. La relación anterior, podría estar sugiriendo que en el grupo de adolescentes menores de la muestra, es probable que algunos tengan un alto nivel de deseabilidad social, y otros un bajo nivel de deseabilidad social al igual que el grupo de adolescentes mayores. Los niveles de deseabilidad social disminuidos en el rango de adolescentes mayores, podrían estar indicando que en esta etapa del desarrollo, hay una mayor consolidación en el proceso de búsqueda de identidad, y con ello un motivo menos presente de proyectar una imagen deseable al medio, lo que podría ser un aliciente para el aumento del consumo de sustancias. Respecto a la relación indirecta encontrada entre la variable “Edad” y “Cuidado del Padre”, ( $R= -0.559$ ;  $p < 0.05$ ), esta señala que el grupo de adolescentes de mayor edad de la muestra, han tenido un menor cuidado por parte del padre en su etapa de la infancia, aspecto que puede estar denotando que en relación al self, este tipo de significados de la historia personal, puedan ser auto percibidos una vez que el proceso de auto identidad esta cada vez mas

consolidado, y este resultado también sugiere este tipo de indagaciones en tales significados como parte de un proceso integral que no descuide al “self” de las personas en tratamiento.

La variable “sexo” esta relacionada con la escala “conductas sociales” ( $X^2= 7,000$ ;  $p<0.05$ ), donde los hombres presentan mayoritariamente puntajes altos en esta escala, mientras las mujeres tienden a los puntajes bajos. Esto nos indica que se hace necesario un trabajo especial para nutrir el repertorio conductual en las mujeres, siendo una alternativa viable, los talleres grupales, donde quienes si tienen un repertorio conductual alto pueden servir de modelo a quienes posean un escaso repertorio conductual.

La variable “sexo” también se relaciona con “Inmadurez neurológica”, ( $X^2= 6,125$ ;  $p<0.05$ ) donde los hombres muestran en su mayoría, puntajes medios, mientras que las mujeres presentan con mucha mayor frecuencia puntajes altos. Esto puede mostrarnos que para que el grupo de mujeres lleguen a la atención secundaria por consumo de sustancias, necesita tener un grado tal de organicidad que llegue a niveles altos, y que por su parte los hombres, solo con niveles medios de inmadurez neurológica, llegan a la atención intensiva ambulatoria. Según el paradigma biológico, desde el modelo integrativo aplicado a adicciones, estos niveles altos, representan en estos adolescentes un factor de riesgo, pero las mujeres pareciera que presentan mayor deterioro o vulnerabilidad orgánica previa, por lo que es prioritario trabajar en estos centros de tratamiento, con las mujeres en aspectos que compensen este déficit, como alimentación, actividad física, control de ciclos fisiológicos, entre otros.

La variable “estado civil” se relaciona con la variable “extraversión” ( $X^2= 16,333$ ;  $p<0.05$ ), donde quienes están sin pareja, muestran puntajes altos y medios, los sujetos con pareja puntajes altos, y quienes conviven con pareja, puntajes bajos. Esto puede indicar, que quienes mantienen una pareja estable con convivencia, serian menos respondientes al medio y estarían menos dispuestos a buscar nuevas sensaciones. La variable “estado civil” y la variable “cuidado de la madre” tienen una relación significativa indirecta ( $r= -0,534$ ;  $p < 0.05$ ), donde a medida que el compromiso en la relación de pareja aumenta, tienden a disminuir las puntuaciones respecto al cuidado de la madre. Esto podría estar indicando que en aquellos adolescentes que presentan malas relaciones con la madre, provenientes de un pobre vínculo con ella, exista una mayor necesidad de búsqueda de una relación de pareja e incluso una convivencia, que sea seria y estable.

Se observa una relación indirecta entre las variables “Escolaridad” y “Discomfort Emocional”, ( $r= -0,540$ ;  $p < 0.05$ ), indicando que cuando aumenta la escolaridad, se ven

disminuidos los niveles de ansiedad social. Esto puede entenderse, porque a mayor cantidad de años de estudios en la formación escolar, existe la posibilidad de desarrollar mayor cantidad de repertorio conductual, comportamientos asertivos y desplante interpersonal.

Vinculado a lo anterior, en cuanto a la variable "Repitencia", se observa, que esta tiene una relación directa ( $r= 5,982$ ;  $p < 0.05$ ), con las variables clínicas de Ansiedad y Depresión, demostrando que repetir de curso, es un hecho que provoca sentimientos displacenteros y que probablemente se hagan estables en términos de autoimagen e identidad, resultado que cobra relevancia a partir de la etapa de desarrollo en que se encuentra la muestra del estudio.

La variable "Diagnóstico del Eje I" se relaciona con la variable "Discomfort Emocional" ( $X^2= 7,875$ ;  $p < 0.05$ ), donde la mayor parte de los sujetos que no están diagnosticados con un trastorno no referido al consumo de sustancias, puntúan bajo en esta escala, mientras que quienes si están diagnosticados no presentan puntajes bajos en esta escala. Esto está relacionado con el concepto de inercia afectiva, donde la ansiedad y depresión pueden derivar en el desarrollo de otros cuadros de la misma categoría, como por ejemplo, ansiedad, fobias, pánico e incluso ansiedad social.

La variable "Diagnostico del Eje I", también se relaciona con la variable "tolerancia a la frustración" ( $X^2= 14,000$ ;  $p < 0.05$ ), donde quienes no presentan un diagnóstico comórbido presentan puntajes altos, mientras quienes si presentan obtienen puntajes medios. Lo anterior estaría denotando, que los adolescentes con problemas de consumo que presentan otro trastorno además del relacionado a la problemática, muestran un grado mayor de tolerancia a la frustración.

Al analizar la distribución de los resultados entre "Edad de Inicio del Consumo" y "Droga de Inicio" con las variables clínicas, se observa ausencia de relaciones estadísticamente significativas. El que no haya ningún tipo de relación importante entre estas variables de historia consumo y las variables psicológicas, indica que tanto la edad, como la sustancia con que se inicia el consumo, no son factores que inciden sobre las alteraciones observadas en las variables medidas por el FECIAD.

Al analizar la variable "Número de drogas alguna vez consumidas", podemos ver que se relaciona significativamente y de manera directa con las variables "Escala de Depresión" ( $r= 0.625$ ;  $p < 0.05$ ) y "Escala de Ansiedad" ( $r= 0.542$ ;  $p < 0.05$ ). Lo anterior puede estar indicando que en los adolescentes con problemas de consumo, mientras más aumenta las sustancias probadas y el policonsumo, se presenta con más fuerza

sintomatología ansioso-depresiva, lo que demuestra la presencia de dos fenómenos posibles. Por una parte, que quienes presentan tales síntomas, son proclives a la recaída, o bien, que los períodos de intoxicación reiterados y los síntomas de abstinencia derivados de distintas sustancias consumidas, podrían explicar tales niveles de depresión y ansiedad.

Las relación entre las variables “escala L” y “Número de drogas alguna vez consumidas” ( $X^2= 13,167$ ;  $p<0.05$ ), indica que quienes han probado menor número de drogas presentan puntajes altos en la escala L, mientras quienes han probado mayor cantidad de sustancias, presentan puntajes medios y bajos.

Con relación a las variables “Número de drogas alguna vez consumidas” y “Escala de Irracionalidad Cognitiva”, estas tienen una relación significativa directa ( $r= 0,575$ ;  $p < 0.05$ ), ya que a medida que el Número de drogas consumidas aumenta, el puntaje en la Escala de Irracionalidad cognitiva también aumenta. Esto puede ser interpretado desde el modelo, en base a que los sesgos y distorsiones cognitivas, pueden ser un factor de vulnerabilidad ante el consumo de sustancias, o bien que los efectos y síntomas de abstinencia, estén provocando estos errores en la cognición de los adolescentes.

Respecto al cruce de la variable “Última Droga Consumida” y las Variables de Escalas Clínicas, no se encuentra ninguna relación significativa, lo que nos puede indicar, que sin importar cual sea la última droga que se hubiese consumido, los signos y síntomas explorados por el FECIAD, siguen igual de mermados en todos los adolescentes, es decir que las características clínicas están dadas por una condición de dependencia a sustancias, mas que por el tipo específico de la última droga consumida.

En términos de la relación encontrada entre “Frecuencia de Alcohol” y la variable psicológica de “Autoimagen” ( $X^2= 14,000$ ;  $p<0.01$ ), se observa que los sujetos que consumían alcohol en altos índices antes del ingreso a los centros de tratamiento, poseían una baja autoimagen. Lo anterior, puede reflejar que el abuso de la sustancia este originado en la búsqueda de aliviar los afectos displacenteros derivados de una baja autoimagen; pensando en el efecto de anestesia emocional producido por el alcohol. Otra cosa que esto nos puede sugerir, es que el consumo excesivo de alcohol y/o los costos experimentados por el mismo en los adolescentes, puede traer consigo un déficit en la autoimagen, efecto que cobra relevancia en el grupo de etéreo del estudio en términos de su consolidación de la identidad y desarrollo personal.

Entre la “Frecuencia de Consumo de Alcohol” y la variable psicológica de “Asertividad” ( $X^2= 14,800$ ;  $p<0.01$ ), se observa que los adolescentes que consumían mayores

cantidades de alcohol antes de ingresar al tratamiento, eran los que presentan mayor nivel de "Asertividad", lo que puede estar indicando que existía una mayor capacidad de defender los propios derechos, de expresar opiniones, de entregar afecto y de decir no sin atropellar los derechos de otros (Opazo, 2004). Esto puede estar indicando que esta capacidad, podría ser un recurso a considerar y dándoles un uso funcional dentro de las actividades clínicas de los tratamientos.

Entre el consumo de "Marihuana natural" y la variable "Autoeficacia", se constata una relación directa, la cual indica que los sujetos que consumían mayor cantidad de marihuana natural, presentan índices mas altos de percepción de autoeficacia. ( $R= 0.602$ ;  $p < 0.05$ ). Se observa dentro de este mismo ámbito de variables, una relación directa entre consumo de marihuana natural y "Conductas Sociales" ( $R= 0.638$ ;  $p < 0.05$ ) indicando que los adolescentes que previo al tratamiento, consumían mayor cantidad de marihuana natural, eran personas con un mayor repertorio de conductas y habilidades interpersonales. Las relaciones anteriores se podrían entender por los efectos que produce este tipo de droga, en el sentido de la despreocupación o desinterés que provoca, con una consecuente evaluación de los problemas cotidianos como hechos poco relevantes, produciendo que en el adolescente se incremente la confianza sobre la resolución de estos, así como la propia confianza sobre éxito en situaciones de interacción social. Otro aspecto a considerar en esta relación de variables, es el hecho de valorar a la autoeficacia y a la asertividad, como recursos que pueden ser usados funcionalmente dentro de las actividades de intervención clínica de los tratamientos intensivos; no obstante lo anterior, fuera del ámbito terapéutico, éstas características psicológicas pueden también ser un factor de riesgo al considerar los patrones de esparcimiento de los adolescentes, donde una mayor autoeficacia y desempeño social en su medio los deja más expuestos al consumo.

El consumo de marihuana natural también presenta una relación directa con satisfacción matrimonial, ( $r= 0.980$ ;  $p < 0.05$ ), y existe una relación significativa perfecta, con las variables de frecuencia de consumo de marihuana prensada, cocaína y pasta base ( $r= 1$ ;  $p= 0$ ); relaciones estadísticas que indican que dentro de los adolescentes que mantienen relación de pareja, los que consumen marihuana natural, marihuana prensada, cocaína, y pasta base, son los que presentan mayor satisfacción respecto a sus relaciones. También se observa una relación significativa entre las variables "Frecuencia de consumo de marciano" y "satisfacción matrimonial" ( $X^2= 6.000$ ;  $p < 0,95$ ). Lo anterior se podría entender por el mismo efecto de desinterés explicado en el apartado anterior, en el

sentido de percibir los problemas en la relación desde un prisma menos preocupante, o bien, por el efecto de compartir la droga y el efecto buscado de distensión, como una actividad que es parte de la relación. Cabe mencionar que esta satisfacción no se da de la misma manera en parejas que están conviviendo, esto último podría explicarse, dado que es probable que el mantener una relación de convivencia de pareja, traiga a los adolescentes mayor cantidad de responsabilidades que son mas intensas y que generan una preocupación que los hace menos sensibles a la distensión provocada por las sustancias, o bien, los jóvenes que puntúan alta satisfacción matrimonial, producto de la edad o del mismo consumo de drogas, no posean las habilidades necesarias para mantener una relación de convivencia. A todo este análisis, se le agrega la relación significativa directa encontrada entre las variables “Frecuencia de consumo de maricano” y “satisfacción matrimonial.

Por otro lado, entre las variables “consumo de marihuana prensada” y “escala de depresión” ( $X^2= 14.143$ ;  $p < 0,99$ ), existe una relación significativa que arroja índices elevados en la escala de depresión, tanto en quienes consumen 2 o más veces a la semana, como quienes consumen menos de una vez al mes o nunca. Esto puede explicarse, debido a que la gran mayoría de la muestra presenta altos puntajes en depresión, o bien que la frecuencia en el consumo de marihuana prensada no influye directamente en los síntomas depresivos. La relación anterior también podría estar indicando que quienes consumen menos, presentan un contacto más claro con la realidad, mientras que quienes consumen con una frecuencia muy alta, y debido a los efectos de esta droga, tienden a distorsionar la realidad y no darse cuenta de sus necesidades, obviando las falencias y carencias de su medio. Otro tipo de interpretación de los datos podría encontrarse en que los centros de tratamiento cubren las necesidades de manera efectiva en el grupo de adolescentes que asisten a tratamiento.

Las variables “Frecuencia de consumo de cocaína” ( $R= 0.545$ ;  $p < 0.05$ ), “frecuencia de consumo de fármacos y psicofármacos” ( $R= 0.767$ ;  $p < 0.01$ ), “frecuencia de consumo de Nevado” ( $R= 0.767$ ;  $p < 0.01$ ) y la “frecuencia de consumo de anfetaminas” ( $R= 0.767$ ;  $p < 0.01$ ) tienen una relación significativa directa con la variable “irracionalidad cognitiva”, donde los sujetos que presentan una mayor frecuencia en el consumo de cocaína, fármacos, psicofármacos, anfetaminas y nevado, tienden a presentar mayor irracionalidad cognitiva. Esto se podría entender, dado que quienes presentan dentro de sus patrones de pensamientos, sesgos y distorsiones cognitivas, son más vulnerables al

consumo de esta sustancia, o bien que los efectos del consumo o la abstinencia de estas drogas, podrían desencadenar estos errores de procesamiento.

En cuanto a la relación entre la “Frecuencia de Consumo de Pasta Base” y la variable psicológica de “Ansiedad” ( $X^2= 15.591$ ;  $p< 0,99$ ), se puede observar que todos los adolescentes de la muestra que presentan un mayor consumo de pasta base, presentan síntomas clínicos de ansiedad significativos. Esto puede deberse a que los síntomas ansiosos y la búsqueda de su alivio, se materializan como un factor de vulnerabilidad ante el consumo, e igualmente posible es, que los síntomas ansiosos sean parte del intenso síndrome de abstinencia producido por esta sustancia. Se observa además que existe una relación entre el consumo de pasta base y la satisfacción de necesidades ( $X^2= 10.500$ ;  $p< 0,95$ ), que es equivalente a la relación entre consumo de marihuana prensada y esta misma variable psicológica; esto significa, que mientras existe mayor consumo, hay una mayor percepción de estar satisfecho en cuanto a las necesidades personales. Esto se puede entender por los sesgos y distorsiones provocadas por estas sustancia altamente nociva sobre el self; o bien porque los centros de tratamiento ambulatorio intensivo están cubriendo las necesidades que se hacen más imprescindibles para los adolescentes y su desarrollo.

El consumo de codeína es prácticamente nulo en el grupo de adolescentes evaluados, lo cual no hace posible un cruce de variables que arroje resultados significativos. Lo anterior podría deberse al poco conocimiento entre estos jóvenes de la codeína como sustancia psicoactiva, o bien, a la dificultad para conseguirla por requerir prescripción médica.

En cuanto a la relación entre la “Frecuencia de Consumo Éxtasis” y la variable psicológica de “Perfeccionismo” ( $r= 0.624$ ;  $p< 0,95$ ), se observa que existe una relación directa indicando que los adolescentes que tienden al mayor consumo de éxtasis previo al tratamiento, son los que tiene mayores niveles de perfeccionismo. Lo anterior podría entenderse debido a que esta escala apunta a personas que tienden a tener rasgos de control y de intelectualización; junto a esto, una tendencia a evaluar en forma excesivamente crítica el propio desempeño, y consecuentemente, un creciente temor a cometer errores, de tal forma que todos aquellos que puntúen alto en esta escala, podrían considerarse como personas “rígidas” en su forma de actuar, lo que hace sentido apuntando a los efectos deshinibidores y potenciadores de contacto afectivo y físico provocados por esta sustancia y la búsqueda de dichas sensaciones cuando es consumida.

Respecto a las variables “frecuencia en el consumo de fármacos y psicofármacos” ( $r = 0.549$ ;  $p < 0.05$ ), la “frecuencia en el consumo de Anfetaminas” ( $r = 0.599$ ;  $p < 0.05$ ) y la “frecuencia en el consumo de Nevado”, existe una relación significativa directa con la variable “escala Grambrill-Ritchie”, donde a medida que aumenta el puntaje de esta escala, con el respectivo discomfort emocional en situaciones sociales que representa, aumenta la frecuencia del consumo de Fármacos, Psicofármacos y anfetaminas. Esto puede explicarse, porque el consumo de estas sustancias pueda servir, como herramienta, para hacer frente a la ansiedad que provocan las situaciones sociales, o bien, que los efectos de estas drogas puedan generar problemas con el medio y posteriormente el discomfort emocional vivenciado.

En cuanto a la relación entre “Frecuencia de Consumo de Solvente” y “Sobreprotección del padre”, se observa una relación directa que señala que mientras existe un grado de sobreprotección es menos probable consumir este tipo de sustancia. ( $r = -0.624$ ;  $p < 0.05$ ).

Respecto a la “frecuencia de consumo de gas” esta variable no presenta relaciones significativas con las escalas clínicas. Por lo que la frecuencia en su consumo no está vinculado, de manera significativa, a los síntomas y signos medidos por el FECIAD.

Con relación a “Tratamientos Anteriores” y “Variables psicológicas”, no se encontraron relaciones estadísticas significativas, indicando la poca influencia de los tratamientos anteriores sobre las variables psicológicas estudiadas; resultado que concuerda con la investigación realizada en el año 2001, desde el modelo integrativo supraparadigmático, que fue llevada a cabo por las instituciones CREA CHILE, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile y el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.

Al observar la relación entre “Días de Tratamiento” y el Centro de tratamiento Ambulatorio Intensivo, se observa una relación significativa indirecta entre los días de tratamiento en el CTA del HGF y la variable “Alexitimia”, ( $R = -0.732$ ;  $p < 0.05$ ), denotando que a medida que aumentan la cantidad de días de tratamiento, disminuyen los niveles en la capacidad de sentir, identificar y expresar las emociones. En el caso del CTA De los Morros, se observa una relación exacta indirecta ( $R = -1$ ;  $p < 0.05$ ) entre la cantidad de días de tratamiento y satisfacción matrimonial, resaltando que a medida que pasan los días en tratamiento tiende a disminuir la satisfacción matrimonial. De modo, que podríamos aventurar que aquellos aspectos disfuncionales que se vivencian en la relación de pareja

resuena en sus vidas, generando menor sintonía al evaluar la satisfacción de la relación con sus parejas, que no acuden a estos centros de tratamiento

Entre la Variable “Consumo problemático de alcohol o alguna otra droga en la familia” y las Escalas Clínicas, no se presentan relaciones significativas, lo que puede estar indicando que el hecho de que en la familia de estos jóvenes haya o no consumo de alcohol u otra droga no es un factor determinante en la puntuación de las escalas clínicas. Probablemente tener un problema de drogodependencia, es más determinante en la obtención de los puntajes obtenidos por los jóvenes de la muestra, en las escalas clínicas.

La Variable “vía de ingreso” y la Variable “escala L” están relacionadas de manera significativa ( $\chi^2=14.750$ ;  $p < 0,01$ ), donde quienes son derivados, presentan puntajes bajos, mientras quienes son llevados por algún familiar o amigo, presentan, en su mayoría, puntajes altos. Esto podría indicar que, quienes son derivados desde otros centros, podrían tener más dificultades para adaptarse y aceptar normas sociales, de modo que deambulan de un tratamiento a otro o de un centro a otro, de modo que podría pensarse que a estos jóvenes no les interesa proyectar una imagen deseable a la sociedad, posiblemente porque ellos no buscan responder a un medio de control familiar, mientras quienes son llevados a los centros por algún familiar, si desean mostrarse como deseables para el medio, posiblemente porque la familia moviliza al adolescente a seguir el tratamiento.

La Variable “vía de ingreso”, también se relaciona con la variable “Escala Irracionalidad Cognitiva” ( $\chi^2 14,219$ ;  $p < 0,01$ ), donde quienes son derivados desde otras instituciones y quienes son llevados por familiares o amigos, presentan, mayormente puntajes bajos, mientras que quienes ingresan por voluntad propia obtienen puntajes altos. Esto posiblemente, indique que quienes ingresan solos, tienen mayores problemas con drogas, las que producirían tales sesgos y distorsiones en el procesamiento de la información en las relaciones con el medio.

Entre la Variable “Diagnostico clínico DSM IV” y las variables de “Escalas Clínicas”, no se presentan relaciones significativas, lo que puede indicar que sin importar si el diagnostico clínico es de abuso o dependencia a sustancias, el diagnóstico no es un buen predictor de la severidad de las variables psicológicas medidas por el FECIAD en los adolescentes.

Al observar las relaciones entre las escalas que miden las distintas variables psicológicas, el primer dato relevante guarda relación con la escala “Depresión”, donde la

mayor parte de los adolescentes evaluados presenta puntajes en el rango alto, lo que puede indicar por una parte, que se esté subdiagnosticando esta dimensión en el eje I, debido a que los jóvenes presentan síntomas clínicos significativos, o por otra, estos niveles en la escala depresión, se podrían deber a que dichos signos y síntomas se deban a los efectos del consumo, o de la abstinencia. Ocurre lo mismo al ver los altos índices de puntajes altos en “Ansiedad”.

Al analizar la variable “depresión” y el resto de las variables, los datos arrojan que existe una relación directa significativa con ansiedad, ( $R= 0,832$ ;  $p < 0.05$ ), neuroticismo, ( $R= 0,836$ ;  $p < 0.05$ ) e irracionalidad cognitiva ( $R= 0,555$ ;  $p < 0.05$ ), señalando que a medida que aumentan los niveles de depresión en estos adolescentes, aumenta los síntomas ansiosos, la inestabilidad emocional, y los sesgos y distorsiones cognitivas. Todo ello, concuerda con los modelos clínicos de depresión elaborados desde distintos marcos teóricos. Por otra parte, esta misma escala tiene una relación significativa indirecta con autoestima ( $R= 0,555$ ;  $p < 0.05$ ) y autoimagen. ( $R= -0,664$ ;  $p < 0.05$ ). Esto último, cobra relevancia una vez más, al considerar estas variables como fundamentales en el proceso de búsqueda de identidad por el que atraviesan los adolescentes, sugiriendo lo necesario que se hace estar atento a estas variables en términos de considerarlas como aspectos a trabajar, en las distintas intervenciones llevadas a cabo en los centros de tratamiento intensivos ambulatorios para adolescentes. Por último, la relación directa encontrada entre la variable depresión y la escala de “Sobreprotección de la Madre”, ( $R= 0,547$ ;  $p < 0.05$ ), podría entenderse, en base a que los adolescentes que en su historia personal durante su infancia fueron sobreprotegidos, han tenido algún tipo de déficit en aspectos que son funcionales para el desarrollo, tales como autonomía e independencia; lo que podría estar ocasionado, un autoconcepto deficitario, asociado a los síntomas depresivos y ansiosos constatados en este estudio.

Al analizar las Relaciones entre la Variable “Ansiedad” y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD, encontramos relaciones significativas directas entre esta y las escalas de “depresión” ( $R= 0.692$ ;  $p < 0.01$ ), “neuroticismo” ( $R= 0.724$ ;  $p < 0.01$ ), “irracionalidad cognitiva” ( $R= 0.585$ ;  $p < 0.05$ ) e “inmadurez neurológica” ( $R= 0.724$ ;  $p < 0.05$ ), lo que indica que mientras más aumenten los signos y síntomas ansiosos, también aumentan, los que corresponden a cada una de las escalas clínicas mencionadas. Vistas estas relaciones, desde el paradigma biológico, es posible que la inestabilidad emocional medida por la escala neuroticismo, entendiéndola como un rasgo de personalidad, puede ser un factor de vulnerabilidad dentro del consumo. A su vez, otra posibilidad, es que las

drogodependencias, o los síntomas provocados por la abstinencia, produzcan estos niveles de labilidad emocional y ansiedad. Desde este mismo paradigma, la organicidad medida por la inmadurez neurológica, que como ya se observó puede considerarse como un factor de vulnerabilidad para presentar consumo de sustancias también, puede serlo para presentar tales niveles de ansiedad; o desde otro punto de vista, que el consumo de drogas genere síntomas ansiosos. Desde el paradigma cognitivo, los sesgos y distorsiones, que mide la escala de irracionalidad cognitiva, pueden ser considerados como un factor de riesgo para presentar consumo de sustancias y que luego las consecuencias de este consumo o de la abstinencia, pueden generar tales niveles de ansiedad, además de amplificar los mismos errores al procesar la información.

La escala de ansiedad también se relaciona significativamente, pero de manera indirecta, con la escala autoimagen ( $R = -0.627$ ;  $p < 0.05$ ), por lo que a medida que aumentan los índices de ansiedad, disminuye la autoimagen. Esto último, puede ser entendido desde la relevancia que cobra el subsistema *self* en este grupo etéreo, (por consecuencias del consumo o por características propias del grupo), el cual en su proceso de desarrollo psicológico, está centrado y preocupado en la formación de su personalidad y su identidad psicosexual.

La escala “autoimagen” se relaciona significativamente y de manera directa con las escalas “L Mentira” ( $R = 0.573$ ;  $p < 0.05$ ) y “autoestima” ( $R = 0.597$ ;  $p < 0.05$ ), es decir que a medida que disminuye la autoimagen, disminuye también la deseabilidad social y la autoestima. En estos adolescentes, la autoimagen puede estar vinculada a la deseabilidad social, es decir que cuando buscan fortalecer su autoimagen frente a los demás, responden con afirmaciones deseables para el medio. Lo mismo ocurriría con la autoestima, pues ambas escalas clínicas, pertenecen al sistema *self* y son muy importantes para los sujetos, en la formación de su personalidad sobretodo a esta edad. La escala autoimagen se relaciona significativamente de manera indirecta con las escalas clínicas “depresión” ( $R = -0.607$ ;  $p < 0.05$ ), “ansiedad” ( $R = -0.627$ ;  $p < 0.05$ ), y “psicoticismo” ( $R = -0.783$ ;  $p < 0.05$ ). La baja autoimagen puede estar relacionada con la irritabilidad, terquedad e impulsividad que mide la escala psicoticismo, pues estas características, pueden generar problemas en las relaciones interpersonales, que finalmente afectan el subsistema *self*. La variable “extroversión”, presenta, mayoritariamente, puntajes altos indicando que estos adolescentes son más respondientes al medio y más influenciados, lo que es un factor de riesgo para el consumo, pero un factor que puede ser bien utilizado en el tratamiento. Los altos puntajes encontrados en esta escala, posiblemente se hayan

debido a las características propias de la edad de los sujetos, a los factores genéticos y/o estructurales de personalidad, o bien ser consecuencia del consumo mismo. Esta escala se relaciona directamente y de manera significativa con las variables “satisfacción de necesidades”, “conductas sociales”, “cuidado del padre” y “cuidado de la madre”, indicando que a medida que aumentan los índices de atención al medio, aumentan también el cubrimiento de las necesidades básicas, el repertorio de conductas para relacionarse y el afecto y la percepción de cercanía con los padres en la niñez. Esto puede deberse a que probablemente, estos adolescentes, al estar constantemente volcados al exterior, tienen más posibilidades de encontrar en el medio social las herramientas para satisfacer las carencias. En relación a la variable “Conductas Sociales”, se observa que mientras más extroversión, aumenta la cantidad de repertorio de conductas interpersonales, en una relación directa significativa. ( $R=-0.560$ ;  $p< 0.05$ ). Lo anterior podría explicarse en torno a que el estar orientado hacia el medio externo, hace que exista un mayor interés en relacionarse con las demás personas, desarrollando habilidades y competencias en este ámbito. Se observa además una relación indirecta significativa entre esta variable ( $R=-0.552$ ;  $p< 0.05$ ) y la sobreprotección materna y la sobreprotección paterna. ( $R=-0.590$ ;  $p< 0.05$ ).

En las escalas de neuroticismo y de psicoticismo se observan mayoritariamente puntajes altos, que indican que estos adolescentes tienen una excesiva inestabilidad emocional, originada por factores genéticos, por el proceso de desarrollo en la adolescencia, o bien por el consumo previo de drogas. Estos elevados índices son aspecto a considerar como factor de riesgo para el éxito de los tratamientos.

En la escala “mentira” observamos una relación indirecta significativa con la variable psicológica de psicoticismo ( $R=-0.606$ ;  $p< 0.05$ ). Esto denota que probablemente para los adolescentes que tienen mayores rasgos de terquedad e impulsividad, no constituya un motivo importante tener una aprobación del medio, y puede verse explicada porque al existir mayor impulsividad hay también menos razonamiento en las respuestas al cuestionario, para analizar cuál sería la respuesta más adecuada o más esperable. Lo anterior, cobra mayor sentido si le agregamos la disminución del grado de acotación de normas que impone el contexto social, asociada a este rasgo.

Se observa una relación directa de la variable psicológica de irracionalidad cognitiva y las variables depresión ( $R= 0,555$ ;  $p< 0.05$ ) y ansiedad ( $R= 0,585$ ;  $p< 0.05$ ). Esto posiblemente indique que los sesgos cognitivos que están asociados a estas

variables, sesgos como las ideas absolutistas de realizar las cosas constantemente en forma perfecta, podrían ocasionar los síntomas ansiosos o depresivos ante la frustración de que esto no suceda; esto último también concuerda con la relación con la escala perfeccionismo ( $R = -0,568$ ;  $p < 0,05$ ).

La escala de irracionalidad se relaciona directamente con la escala “alexitimia” ( $R = 0,626$ ;  $p < 0,05$ ), podríamos decir que esta relación se comporta de esta manera, porque en estos adolescentes, al aumentar los errores en el procesamiento de la información, también se alejan y distorsionan los contenidos emocionales asociados a las cogniciones. Esta variable también se relaciona directa y significativamente con la escala “Gambrill-Ritchie”, es decir al aumentar los errores en el pensamiento, aumenta también el discomfort emocional, esto se puede deber a que los sesgos y distorsiones, pueden afectar la interpretación de las situaciones sociales y generar emociones displacenteras en estos adolescentes o que esta evaluación sea acompañada de dificultades de desplegar conductas afectivas adecuadas frente a situaciones de ansiedad social. Existe una relación significativa indirecta entre “irracionalidad cognitiva” y “asertividad” ( $R = -0,638$ ;  $p < 0,05$ ), de forma que, el hecho de que estos sujetos se muestren poco asertivos puede verse relacionado con la baja habilidad para interpretar adecuadamente el medio y los demás. La variable “irracionalidad cognitiva” se relaciona de manera significativa y directa con “inmadurez neurológica” ( $R = 0,582$ ;  $p < 0,05$ ), lo que puede estar señalando una vulnerabilidad biológica dada por la organicidad y problemas de trastornos en la niñez, la cual genera más errores, sesgos y distorsiones en el pensamiento.

La variable psicológica de autoeficacia está relacionada directa y significativamente, con “Satisfacción de necesidades”, ( $R = 0,574$ ;  $p < 0,05$ ), y “Asertividad”. ( $R = 0,652$ ;  $p < 0,05$ ) es posible que esto se deba que las personas que se ven a si mismas más eficaces en buscar las maneras de satisfacer sus necesidades, tienden más a obtener resultados exitosos en este ámbito, o bien, que son más eficaces al intentar satisfacer sus necesidades. La percepción de autoeficacia, otorga además un autoconcepto positivo, que probablemente incita a estos adolescentes a exigir valer sus propios derechos sin pasar a llevar el derecho de las demás personas, en forma efectiva. Una relación indirecta encontrada en esta variable psicológica es con la escala de “Intolerancia a la Frustración” ( $R = -0,708$ ;  $p < 0,05$ ), lo que indicaría que mientras mas autoeficaces se ven los adolescentes con problemas de consumo, son mas tolerantes ante fracasos o frustraciones que puedan vivenciar. Esto podría deberse a que al verse más autoeficaces, los sujetos tiendan a confiar que si una situación fracasa, es probable

que tenga existido en las demás que aun no suceden. Podemos observar que la autoeficacia es un elemento que no se observa alterado en toda la muestra, lo que estaría indicando que los niveles de esta variable psicológica, en esta etapa del desarrollo, aún no se ven alterados por el consumo reiterado. O bien, estos niveles muestran, así como lo señala Roberto Opazo, que estos jóvenes tienen expectativas irreales de autoeficacia, es decir que sienten que son capaces de responder de forma más eficaz, de lo como realmente lo hacen

La variable “autoestima” presenta mayormente puntajes en el rango bajo, lo que indica que estos adolescentes tienen un pobre autoconcepto, el que podría ser un factor de riesgo para el proceso de formación de identidad y para el consumo de sustancias, hecho que podía ser tomado en cuenta en relación al tratamiento. Esta variable se relaciona de manera significativa y directa con las escalas, “autoimagen” ( $R= 0,597$ ;  $p < 0.05$ ), “conductas sociales” ( $R= 0,544$ ;  $p < 0.05$ ), “satisfacción matrimonial” ( $R= 0,826$ ;  $p < 0.05$ ), y de manera indirecta con las escalas “depresión” ( $R= -0,664$ ;  $p < 0.05$ ), “neuroticismo” ( $R= -0,549$ ;  $p < 0.05$ ). La relación entre autoestima y conductas sociales, puede estar dada debido a que el hecho de ampliar el repertorio conductual hace que estos jóvenes se autoconfirmen mediante el medio, de modo que cuando más son adaptados al medio en el cual socializan, su autoestima se refuerza, de modo que el adolescente se siente más capaz de volcarse al medio. Lo mismo ocurre en lo referido a la relación de pareja, pues entre mejor se perciba el trato entre ambos, mejora el autoconcepto.

La escala de satisfacción de necesidades se relaciona de manera significativa y directa con las variables “extroversión” ( $R= 0,609$ ;  $p < 0.05$ ), “autoeficacia” ( $R= 0,574$ ;  $p < 0.05$ ), “conductas sociales” ( $R= 0,587$ ;  $p < 0.05$ ) y “asertividad” ( $R= 0,561$ ;  $p < 0.05$ ). La relación con las “conductas sociales” puede explicarse debido a que mientras mayor es el repertorio conductual de los adolescentes, tienen más posibilidades de obtener las cosas para cubrir las necesidades básicas, lo mismo ocurre con “asertividad”, pues al tener más capacidad para exigir los propios derechos, pueden pedir lo que les falta y así satisfacer sus necesidades. Por tanto, puede ser protector enfocar esa extroversión hacia el desarrollo de habilidades sociales.

La escala de “alexitimia” esta relacionada con “inmadurez neurológica”, donde quienes presentan altos puntajes de alexitimia, tienden a mostrar puntajes altos y medios de inmadurez neurológica esto puede indicar que la organicidad, junto con el consumo de

sustancias, pueden ser factores de vulnerabilidad para perder la capacidad de sentir, reconocer y expresar sentimientos.

La variable “conducta social” se relaciona de manera significativa y directa con la variable “asertividad” ( $R= 0,579$ ;  $p< 0.05$ ) e indirecta con “Inmadurez neurológica” ( $R= -0,737$ ;  $p< 0.01$ ). Esto puede explicarse debido a que al aumentar el repertorio conductual en situaciones sociales, existe más posibilidad de poseer comportamientos que permitan exigir los propios derechos, sin pasar a llevar los de los demás. La relación entre repertorio de conductas sociales e inmadurez neurológica, sugiere que al aumentar los niveles de organicidad, trastornos infantiles, etc., la adquisición del repertorio conductual se ve afectado, y por tanto, disminuye

La variable “asertividad”, se relaciona además de manera significativa y directa, con la variable “tolerancia a la frustración” ( $R=-0.732$ ;  $p< 0.05$ ), lo que indica que al aumentar la capacidad de exigir los derechos, disminuye la intolerancia a la frustración, lo que puede deberse a que al tener las herramientas para pedir algo, las frustraciones no parecen provocar tanta angustia, ya que existen la autopercepción, sobre los recursos que facilitarían volver a intentar exigir las cosas o los derechos.

A modo de síntesis, y dadas las discusiones expuestas anteriormente, es posible mencionar lo siguiente:

1. Se observan índices clínicamente significativos de ansiedad y depresión, lo que puede estar indicando el efecto perjudicial de la sustancias sobre la salud mental de los adolescentes con problemas de drogodependencias, o bien, ser un motivo predisponente al consumo. Esto apunta a la relevancia de enfocar el tratamiento sobre la compensación de estos síntomas, en forma paralela al trabajo terapéutico sobre la drogodependencia.
2. Se observan alteraciones en el subsistema self, en relación a bajos índices de autoimagen y autoestima. Esto último concuerda con el modelo integrativo supraparadigmático, y cobra radical importancia dada la etapa del desarrollo del grupo de la muestra y el proceso de consolidación de identidad que en esta etapa se está vivenciando.
3. Se observan elevaciones en las escalas de “Psicoticismo”, “Neuroticismo”, “Extroversión” e “Inmadurez Neurológica”, resultados que son coherentes al modelo integrativo supraparadigmático, y señalan a estas variables biológicas estructurales, como posibles factores de vulnerabilidad ante el consumo.

4. Se observó una mayor tendencia a manifestar grados elevados de inmadurez neurológica, así como una disminución en la cantidad de repertorio de conductas sociales en el grupo femenino de la muestra. Lo anterior es concordante al modelo propuesto por Roberto Opazo en cuanto al modo en que las variables se ven afectadas, y estaría denotando que en este grupo etéreo, ambos fenómenos se hacen más evidentes en el grupo femenino.
5. Se encontraron altos índices en el consumo de alcohol y marihuana respecto a otras drogas, hecho que concuerda con los resultados que arrojó el sexto estudio en población escolar, realizado por CONACE el año 2005.
6. Se encontraron altos índices de deserción escolar y repitencia. La deserción, es coherente a lo propuesto por el modelo integrativo, que la sitúa desde el paradigma ambiental, como un factor de riesgo y/o mantención ante el consumo.
7. Se observa una disminución en la edad de inicio de consumo en el estrato social más bajo. Del mismo modo, en este sector socioeconómico es donde se observa mayor tasa de policonsumo.
8. Contrariamente al modelo integrativo supraparadigmático y su etiología propuesta para las drogodependencias, se observa una tendencia a los puntajes bajos en relación a la autoeficacia. Esto último, y considerando el contexto de disfunción producido por las sustancias sobre algunas variables psicológicas, podría sugerir que debido a la etapa de conformación de identidad que se está atravesando, existe una manera más realista de autoperibirse.
9. Se observan tendencias elevadas en los puntajes elevados sobre la variables alexitimia, lo que sumado a los puntajes elevados de las escala de neuroticismo, podría estar produciendo en estos adolescentes labilidad y aplanamiento afectivo. Esto último concuerda también con el modelo integrativo supraparadigmático y la etiología propuesta en adicciones.
10. Un último aspecto relevante es la tendencia a presentar escaso repertorio de conductas interpersonales, no obstante, estas no generan un grado de ansiedad social o disconfort emocional que sea significativo.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Las conclusiones del apartado anterior, en relación a las comparaciones efectuadas con el modelo integrativo supraparadigmático, están considerando la etiología derivada de este último, en relación a las adicciones en población adulta.

## **VIII. CONCLUSIONES**

### **1. APORTES DEL ESTUDIO.**

En términos prácticos, el presente estudio aporta información en cuanto a las características psicológicas propias de los adolescentes, afectados por trastornos de dependencia o abuso de sustancias, además de resultados que son coherentes con lo planteado desde modelo integrativo en adicciones. Esto produce finalmente un mayor conocimiento de esta población específica, de sus particulares características psicológicas, de historia de consumo y de su relación con la teoría planteada. Con ello se incrementan las posibilidades de un tratamiento efectivo en el consumo de drogas, ya que es posible derivar intervenciones en función de la relación entre características clínicas provenientes de diferentes paradigmas de la Psicología.

Esta información respecto a los adolescentes con trastornos por consumo de sustancias, es entregada a partir la mirada holística e integral, que nos permite el modelo integrativo supraparadigmático, el cual insta a considerar de una manera más amplia la problemática estudiada, y en este caso particular, a los adolescentes que consumen, tomando en cuenta no sólo el área relativa a su consumo, sino también las características propias de la etapa de desarrollo en la que se encuentran.

El considerar una gran cantidad de variables, permite obtener múltiples correlaciones significativas, que aportan información relevante en cuanto a las relaciones establecidas entre las variables sociodemográficas, de la historia de consumo y psicológicas de los adolescentes con problemas de consumo, lo cual permite describir a la población estudiada, además de inferir a partir del modelo, tanto las consecuencias propias del consumo, como la posible influencia de factores en la etiología y en el mantenimiento de las drogodependencias.

### **2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.**

Dentro de las limitaciones del presente estudio se pueden mencionar las siguientes:

En primer lugar, en relación a los instrumentos, resulta una limitante que no todas las escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral en adicciones (FECIAD) cuenten

con estudios de confiabilidad y validez estadística, lo cual limita las conclusiones que se puedan obtener a partir de esas escalas. También se consideran como limitantes del estudio, algunas características de este mismo instrumento. Es un cuestionario bastante extenso y con un lenguaje que para algunas personas puede resultar difícil de comprender, especialmente teniendo en cuenta las características de la muestra estudiada, quienes cuentan con un bajo nivel educacional, probablemente existe una baja capacidad de atención concentración, escaso conocimiento de términos técnicos, entre otros. Además el sistema de entrevista utilizado en este estudio, para obtener los datos, también puede llegar a ser bastante agotador, tanto para los sujetos, como para los evaluadores.

Otra gran limitante de nuestro estudio es la cantidad de sujetos que representan la muestra, debido a que la muestra era una población intencionada, se hizo bastante difícil encontrar adolescentes que cumplieran con el perfil estipulado, aun cuando hay adolescentes de dos regiones distintas del país. Por lo que no se pudo contar con una cantidad estadísticamente significativa de sujetos, pero a pesar de de ser una muestra escasa, se obtuvieron muchas correlaciones significativas y coherentes con el modelo.

Por otra parte, considerando el tiempo dedicado al desarrollo del estudio y las características del instrumento, no fue posible profundizar en el análisis de las escalas cualitativas del FECIAD, lo cual probablemente aportaría información relevante, sobre todo a nivel ideográfico, complementando los resultados de las escalas cuantitativas y enriqueciendo con ello la evaluación. Asociado a esto, tampoco fue posible evaluar todos los paradigmas que considera el modelo, quedando excluidos en el análisis los paradigmas inconsciente y sistémico.

### **3. PROYECCIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.**

La presente investigación otorga ciertas directrices para investigaciones futuras, en torno a la problemática de la drogodependencia, y específicamente en torno a los adolescentes que se ven afectados por dicha condición, de modo que sirvan como descripciones validas de la población adolescente, sentando las bases y lineamientos para el tratamiento de este grupo específico y se configure como un modelo etiológico específico para personas en esta etapa evolutiva. Algunas de ellas podrían ser:

- Investigaciones que puedan abarcar el grupo de adolescentes de ambos sexos a nivel nacional, de modo, que se pueda ampliar los antecedentes al grupo étareo

en general, para poder hacer guías clínicas para el tratamiento específico con personas de este grupo etáreo.

- Estudios que tengan como sujetos de estudios personas en adolescencia temprana, de modo que se pueda comparar con aquellos en que las personas están en la adolescencia media y tardía
- Investigaciones longitudinales que permitan evaluar resultados del tratamiento.
- Estudios comparativos de los resultados de los tratamientos intensivos, ambulatorios y residenciales. De modo de optimizar el proceso de tratamiento al que acceden.
- Investigaciones de tipo cualitativas en adolescentes con dependencia y abuso a sustancias que permitan abarcar aquellas variables que no pueden ser medidas por las escalas Clínicas del FECIAD y ser consistentes así con la epistemología constructivista.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bermúdez, L. Fernández, A. Riquelme, D. (2006) *“Seminario para optar al Título de Psicólogo y al Grado de Licenciado en Psicología. descripción de variables psicológicas de un grupo de mujeres en tratamiento residencial por dependencia a sustancias en comunidades terapéuticas para mujeres: un estudio desde el modelo integrativo supraparadigmático”* Universidad de Valparaíso
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2003). *“Estrategia Nacional sobre Drogas 2003-2008”*. Santiago. Chile.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2004). *“Lineamientos técnicos: tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas”* Chile.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2004). *“Tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes”* Chile.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2005). *“Consumo de Drogas en Chile Según Nivel de Educación y de Ingresos. Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile”*.
- Fernández, H. y Opazo, R. (2004) *“La Integración en Psicoterapia. Manual Práctico”*. \_Capítulo 8: “Psicoterapia Integrativa en trastornos adictivos”. Capítulo 10: “Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal”. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona. España.
- Graña, J.L. (1998). *Conductas Adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Editorial Debate, Madrid. España.
- Guajardo H. Bagladi V. Y Kushner D. (2001) *“Psicoterapia integrativa en trastornos adictivos”*. En: <http://www.trad.cl/publi/P.Integrativa.pdf>
- Ministerio De Salud Chile (2007). *“guía clínica consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años”*.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (1995). *“CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Editorial Meditor. Madrid. España.
- Opazo, R. (2001) *“Psicoterapia Integrativa. Delimitación Clínica”*. Ediciones ICPSI. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.

- Pichot, P. (2002) *“DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”*. Editorial Masson. Barcelona. España
- Tirado, J (2004) *“Tesis de Magíster en Psicología Clínica. Mención Psicoterapia Integrativa. Descripción de las diferencias entre sujetos que presentan trastornos adictivos y sujetos que presentan trastornos depresivos o trastornos de ansiedad”*. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.
- Varas, C. (2005). *“Tesis de magister en psicología clínica mención psicoterapia integrativa. Frecuencia, Razón de Uso y Potenciación de Técnicas terapéuticas: Un estudio exploratorio y una propuesta teórica desde la Psicoterapia Integrativa y el Modelo Integrativo Supraparadigmático”*. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.
- Estudio Nacional de Drogas, CONACE ([www.conace.cl](http://www.conace.cl))
- Graña J.L. (1994). *Conductas Adictivas, Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Editorial Debate S. A., Madrid
- Caballo V.E. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos. Vol 2. siglo Veintiuno de España Editores, S.A., Madrid.*
- Feuchtmann, J. (2004) *“Tesis de Magíster en Psicología Clínica. Mención Psicoterapia Integrativa. Una Comprensión Integrativa de la Drogodependencia en Jóvenes”*. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.
- Andonegui, J. y Díaz, C. (2002) *“Tesis de Magíster en Psicología Clínica. Mención Psicoterapia Integrativa. Desarrollo Personal y Modelo Integrativo Supraparadigmático. Una Mirada que Abre Horizontes”*. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.
- Bejer, T. (2003) *“Tesis de Magíster en Psicología Clínica. Mención Psicoterapia Integrativa. Confiabilidad y Validez de Constructo de las Escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECl): Autoimagen, Satisfacción Matrimonial, Satisfacción de Necesidades, Tolerancia a la Frustración y Perfeccionismo”*. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2004). *“Lineamientos técnicos: tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas”* Chile.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2005). *“Sexto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile”*

- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2005). *“Consumo de Drogas en Chile Según Nivel de Educación y de Ingresos. Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile”*.
- Convenio entre Ministerio del Interior (CONACE) Ministerio de Salud y Fondo Nacional de salud (2006). *Norma y Orientaciones Técnico- Administrativas de los Planes de Tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de drogas*. Santiago, Chile.
- Fernández, H. y Opazo, R. (2004) *“La Integración en Psicoterapia. Manual Práctico”*.\_Capítulo 8: “Psicoterapia Integrativa en trastornos adictivos”. Capítulo 10: “Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal”. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona. España.
- Feuchtmann, J. (2004) *“Tesis de Magíster en Psicología Clínica. Mención Psicoterapia Integrativa. Una Comprensión Integrativa de la Drogodependencia en Jóvenes”*. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.
- Flores, J. Fuentes, C. y Martí, M. (2004) *“Tesis para optar al título profesional de psicólogo. Caracterización de pacientes adultos con trastorno de pánico de acuerdo a la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI)*. Universidad Santo Tomás. Santiago. Chile.
- Galanter, M y Cléber, H.D (1997) *“Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias”*. American Psychiatric Press.
- Goti, E (1997). *“La comunidad Terapéutica: Un desafío a la droga”*. Buenos Aires, Argentina.
- Hernández, R. (2003) *Metodología de la investigación*. Editorial McGraw-Hill. México.
- Ministerio de Salud (2000). *“Plan de Salud Mental y Psiquiatría”*. Santiago. Chile.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Viena (2005). *“Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida”*. Naciones Unidas, Nueva York. EEUU.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (1995). *“CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico”*. Editorial Meditor. Madrid. España.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1:**  
**CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES**

## CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES

Este cuestionario tiene como objetivo conocer algunos antecedentes personales que resultan relevantes para nuestra investigación. Te solicitamos responderlo con sinceridad, teniendo en cuenta que mantendremos la confidencialidad de esta información.

De ante mano muchas gracias por tu tiempo y dedicación.

### 1. Identificación Personal.

**Nombre:** .....

**Fecha de nacimiento:**      Día..... Mes..... Año.....

**Edad** .....

**Dirección:** .....

(domicilio particular)

**Estado civil:**

(Marca con una X donde corresponda)

<b>Soltero(a)</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Pololeando/ Con pareja</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Casado(a)</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Conviviente</b>	<input type="checkbox"/>

**Otro:** .....

2. ¿Cuál es tu ocupación actual?: Marca con una X donde corresponda.

1° básico	
2° básico	
3° básico	
4° básico	
5° básico	
6° básico	
7° básico	
8° básico	
1° medio	
2° medio	
3° medio	
4° medio	
Educación superior	

3. ¿Cuál fue el último curso que aprobaste en el Liceo o Colegio? Marca con una X donde corresponda

1° básico	
2° básico	
3° básico	
4° básico	
5° básico	
6° básico	
7° básico	
8° básico	
1° medio	
2° medio	
3° medio	
4° medio	
Educación superior	

4. En caso de haber repetido algún curso en el Liceo o Colegio. Indica con un número en el casillero correspondiente la cantidad de veces que repetiste cada curso.

Estudiante	
Fuera del Liceo/Colegio	
Cesante	
Trabajo remunerado	
Otro. ¿Cuál? .....	

5. Según tú ¿Cuál es el estrato socio económico de tu familia? Marca con una X donde corresponda

- Muy pobre
- Clase media baja
- Clase media
- Clase media alta
- Rico

6. ¿Con cuántas personas vives?

Nº de personas .....

7. ¿Con quienes vives?, Por favor coloca el nombre de todas las personas con las que vives, indicando que parentesco tienes con cada persona, la edad y define cómo es, en general, tu relación con ellos. Si es buena coloca una “B”, si es mala coloca una “M” y si es regular coloca una “R”.

*Por ejemplo si vives con tu mamá, coloca: primero su nombre, luego escribe “Mamá”, después la edad de ella y finalmente cómo es la relación que tienes con ella marcando una “B”, una “R” o una “M”.*

Nombre	Parentesco	Edad	Relación Buena (B), Mala (M) ó regular (R)

**8. ¿Tienes hijos?**

No	
Si	

**9. Si respondiste “Si” a la pregunta anterior, por favor indica el nombre, fecha de nacimiento y edad de todos tus hijos.**

<b>Nombre del hijo</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Edad</b>

**9. Si eres mujer, ¿Te encuentras actualmente embarazada?**

No	
Si	

**10. Si respondiste “Sí” a la pregunta anterior: ¿Cuántos meses de embarazo tienes?**

<b>Número de meses del actual embarazo:</b>	.....
---	-------

**EN CUANTO AL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS:**

Las siguientes preguntas tienen por objetivo conocer algunos aspectos de tu historia de consumo de sustancias, entendiéndose como “sustancias” tanto el alcohol como otras drogas.

11. ¿Qué edad tenías la primera vez que consumiste alguna sustancia? ..... (años)

12. ¿Cuál fue la primera que consumiste? .....

13. ¿Que sustancias consumiste posteriormente? (en orden temporal)

1<sup>a</sup>.  
2<sup>a</sup>.  
3<sup>a</sup>.  
4<sup>a</sup>.  
Otras.....

14. ¿Qué sustancia es la que más consumías? .....

15. ¿Qué sustancia fue la última que consumiste? .....

En que fecha: .....

**17. En el último año previo al ingreso a la comunidad ¿qué consumías habitualmente? (marque con una X en cada caso según corresponda)**

	Nunca	Una o menos veces al mes.	De 2 a 4 veces al mes.	De 2 a 3 veces a la semana.	4 o más veces a la semana
Alcohol					
Marihuana (natural)					
Marihuana (prensada)					
Cocaína					
Pasta Base					
Codeína (Jarabes)					
Éxtasis					
Solventes Volátiles (bencina, neoprén)					
Anfetaminas					
Gas (licuado o de encendedores)					
Marciano					
Nevado					
Pegamentos					
Fármacos ¿Cuál? (es) .....					
Psicofármacos ¿Cuál? (es) .....					
Otra(s) ¿Cuál? (es) ..... .....					

**18. A continuación. Indica en que situaciones consumía y con quienes**

- (1) Sólo    (2) Con amigos    (3) Con la pareja    (4) Familiar (especificar).....  
 (5) Con desconocidos

En fiestas                       En el trabajo                       En tu casa  
 En la Calle                       Lugar de estudio

19. Quienes, en tu entorno, consumen o consumían alcohol o drogas, indicar cuales:  
 (Marque con una X en cada caso según corresponda)

Papá ¿Qué consumía?.....  
 Mamá ¿Qué consumía?.....  
 Hermanos ¿Qué consumía?.....  
 Otros familiares (indicar) ¿Qué consumían?.....  
 .....  
 Amigos ¿Qué consumía?.....  
 Compañeros de colegio ¿Qué consumían?.....  
 Pareja ¿Qué consumía?.....  
 Otros .....  
 .....

20. Antes del ingreso a este Centro de Tratamiento ¿Habías recibido algún tipo de tratamiento por el consumo de alcohol u otro tipo de drogas?

No	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>

21. Si respondiste “si” a la pregunta anterior: ¿Cuáles han sido los tratamientos que has recibido? Marca con una X donde corresponda.

Consultorio, Centro de Salud Familiar o Consultorio de Salud Mental y Familiar (COSAM).	<input type="checkbox"/>
Hospital (ambulatorio)	<input type="checkbox"/>
Hospital (internación / desintoxicación)	<input type="checkbox"/>
Otra Comunidad Terapéutica Residencial	<input type="checkbox"/>
Hospital de Día	<input type="checkbox"/>

<b>Otro (Indique cuál)</b> .....	
-------------------------------------	--

**22. ¿En qué fecha ingresaste al Centro de Tratamiento?:**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>

**23. ¿Cómo llegaste a la Centro de Tratamiento? Marca donde corresponda.**

Derivación de Centro de Salud	Sí	No
Derivación Judicial	Sí	No
Por un (a) familiar	Sí	No
Por un (a) amigo(a)	Sí	No
Por voluntad propia	Sí	No
Otro (especificar) .....	Sí	No

**24. ¿Cuál es son los objetivos o metas que usted espera lograr en esta Centro de tratamiento?**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**25. ¿Qué fue lo que te motivó a entrar al centro y comenzar este proceso de cambio, que es lo que te motiva para continuar?**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**ANEXO 2:**  
**FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICA INTEGRAL EN ADICCIONES (FECIAD).**

## Ficha de Evaluación Clínica Integral de Adicciones F E C I A D

Adaptado de FECI Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa

### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Nombre completo:

\_\_\_\_\_

2. Sexo:    \_\_\_ M            \_\_\_ F

3. Edad: \_\_\_\_\_

4. Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

5. Estado Civil: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Soltero                            \_\_\_ Conviviente

\_\_\_ Casado                            \_\_\_ Otro

\_\_\_ pololeando/ con pareja

9. Ocupación actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Indica cuanto tiempo llevas en tratamiento: \_\_\_\_\_ ¿Lo terminaste? \_\_\_\_\_

### 3 ANTECEDENTES INICIALES

1. ¿Cómo evalúas la severidad de tus problemas actuales?

\_\_\_ Muy poco severos    \_\_\_ Poco severos    \_\_\_ Severos    \_\_\_ Muy severos

\_\_\_ Incapacitantes

2. ¿A qué edad iniciaste el consumo de drogas? \_\_\_\_\_

3. ¿Qué droga fue la primera que consumiste? \_\_\_\_\_

4. Menciona todas las drogas que alguna vez has consumido \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Indica cual es la droga que más has consumido \_\_\_\_\_

6. Por favor subraya lo que conseguías con la droga:

a) Ser aceptado por los amigos    b) Mayor felicidad    c) Sentirse más relajado

d) Sentirse más exitoso    e) Ser más eficiente    f) Aliviar el dolor    g) Desinhibirse

h) Potenciar su sexualidad    i) Ser más fuerte    j) Superar su timidez    k) Serenarse

i) otro: \_\_\_\_\_

7. Menciona en cual de las siguientes situaciones estuviste involucrado/a como consecuencia del consumo:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Peleas en la calle             | <input type="checkbox"/> Agresiones con armas   |
| <input type="checkbox"/> Robos a extraños               | <input type="checkbox"/> Accidentes de tránsito |
| <input type="checkbox"/> Robos a extraños con violencia | <input type="checkbox"/> Riñas con amigos       |
| <input type="checkbox"/> Robos a su familia             | <input type="checkbox"/> Otra situación legal   |

8. Tu consumo era: (marca la o las que correspondan)

- |                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sólo       | <input type="checkbox"/> En fiestas    | <input type="checkbox"/> Con desconocidos |
| <input type="checkbox"/> Con amigos | <input type="checkbox"/> En el trabajo | <input type="checkbox"/> Con parientes    |
| <input type="checkbox"/> Con pareja | <input type="checkbox"/> En el colegio | <input type="checkbox"/> Otro: _____      |

9. Menciona cuales eran los efectos que más buscabas en la droga: \_\_\_\_\_

---

---

10. Menciona si durante el tiempo de consumo, viviste alguna de estas situaciones:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alteraciones físicas              | <input type="checkbox"/> Conducta violenta | <input type="checkbox"/> Se sentía perseguido |
| <input type="checkbox"/> Cambos de humor                   | <input type="checkbox"/> Auto agresiones   | <input type="checkbox"/> Atracones de comida  |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad                     | <input type="checkbox"/> Embriaguez        | <input type="checkbox"/> Inapetencia          |
| <input type="checkbox"/> Apatía                            | <input type="checkbox"/> Accidentes        | <input type="checkbox"/> Insomnio             |
| <input type="checkbox"/> Inasistencia escolar o al trabajo | <input type="checkbox"/> Angustia          | <input type="checkbox"/> Exceso de sueño      |

11. ¿Qué crees tú, que lo habría ayudado a no caer en adicción? \_\_\_\_\_

---

---

12. ¿Has consultado anteriormente a algún psicólogo, psiquiatra o neurólogo? Por favor explica cuándo y por qué: \_\_\_\_\_

---

---

---

13. De la siguiente lista marca los síntomas que presentas con frecuencia en la actualidad:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Problemas de atención y concentración              | <input type="checkbox"/> 31. Frigidez   |
| <input type="checkbox"/> 2. Angustia   | <input type="checkbox"/> 32. Eyaculación precoz   |
| <input type="checkbox"/> 3. Problemas de memoria                               | <input type="checkbox"/> 33. Dolor vaginal al tener relaciones sexuales                 |
| <input type="checkbox"/> 4. Insomnio   | <input type="checkbox"/> 34. Poco deseo sexual  |
| <input type="checkbox"/> 5. Exceso de sueño                                    | <input type="checkbox"/> 35. Tics   |
| <input type="checkbox"/> 6. Pesadillas   | <input type="checkbox"/> 36. Se fatiga fácilmente                                       |
| <input type="checkbox"/> 7. Sonambulismo                                       | <input type="checkbox"/> 37. Llanto   |
| <input type="checkbox"/> 8. Aburrimiento                                       | <input type="checkbox"/> 38. Desánimo   |
| <input type="checkbox"/> 9. Irritabilidad                                      | <input type="checkbox"/> 39. Pena   |
| <input type="checkbox"/> 10. Mareos  | <input type="checkbox"/> 40. Ingestión excesiva de alcohol                              |
| <input type="checkbox"/> 11. Cefaleas  | <input type="checkbox"/> 41. Uso habitual de drogas                                     |
| <input type="checkbox"/> 12. Vómitos   | <input type="checkbox"/> 42. Hipocondría (tendencia excesiva a atribuirse enfermedades) |
| <input type="checkbox"/> 13. Desmayos  | <input type="checkbox"/> 43. Miedos fóbicos a:  |
| <input type="checkbox"/> 14. Diarreas  | ( ) 1. Las alturas  |
| <input type="checkbox"/> 15. Constipación (dificultad de defecar)              | ( ) 2. Los espacios cerrados  |
| <input type="checkbox"/> 16. Taquicardia                                       | ( ) 3. Viajar en avión  |
| <input type="checkbox"/> 17. Arritmia  | ( ) 4. Ver sangre   |
| <input type="checkbox"/> 18. Transpiración de las manos                        | ( ) 5. Los espacios abiertos  |
| <input type="checkbox"/> 19. Onicofagia (se come las uñas)                     | ( ) 6. Otros _____  |
| <input type="checkbox"/> 20. Temblor en las manos                              | <input type="checkbox"/> 44. Otros _____  |
| <input type="checkbox"/> 21. Bruxismo (aprieta mucho las mandíbulas al dormir) |   |
| <input type="checkbox"/> 22. Come en exceso                                    |   |
| <input type="checkbox"/> 23. Inapetencia                                       |   |
| <input type="checkbox"/> 24. Sequedad bucal                                    |   |
| <input type="checkbox"/> 25. Ideas obsesivas                                   |   |
| <input type="checkbox"/> 26. Ideas de suicidio                                 |   |
| <input type="checkbox"/> 27. Sentimientos de culpa                             |   |
| <input type="checkbox"/> 28. Tartamudez  |   |
| <input type="checkbox"/> 29. Alteraciones menstruales                          |   |
| <input type="checkbox"/> 30. Impotencia sexual                                 |   |

Comentarios: \_\_\_\_\_

---

---

14. A continuación se enumeran diversas características a las que se da el nombre de "rasgos de personalidad". Cada rasgo se presenta en un continuo con los dos polos extremos. Has un círculo en el número de cada continuo en el que te ubicas. El número 2 indica que tiene acentuado el rasgo hacia ese polo y el 0 indica que se ubica entre ambos polos. Por favor responde a todas las preguntas y has un solo círculo en cada continuo.

1. Egoísta	2-	1-	0	1-	2	Poco egoísta
2. Introverso	2-	1-	0	1-	2	Extroverso
3. Dominante	2-	1-	0	1-	2	Sumiso
4. Competitivo	2-	1-	0	1-	2	Poco competitivo
5. Tolerante	2-	1-	0	1-	2	Intolerante
6. Optimista	2-	1-	0	1-	2	Pesimista
7. Pacífico	2-	1-	0	1-	2	Agresivo
8. Celoso	2-	1-	0	1-	2	No celoso
9. Confiado	2-	1-	0	1-	2	Desconfiado
10. Cariñoso	2-	1-	0	1-	2	Frío
11. Pasivo	2-	1-	0	1-	2	Activo
12. Alegre	2-	1-	0	1-	2	Triste
13. perfeccionista	2-	1-	0	1-	2	Descuidado
14. Gastador	2-	1-	0	1-	2	Ahorrativo
15. Ambicioso	2-	1-	0	1-	2	Sin ambiciones
16. Tenso	2-	1-	0	1-	2	Relajado
17. Tímido	2-	1-	0	1-	2	Poco tímido
18. Impulsivo	2-	1-	0	1-	2	Sobre controlado
19. Independiente	2-	1-	0	1-	2	Dependiente
20. Paciente	2-	1-	0	1-	2	Impaciente
21. Flexible	2-	1-	0	1-	2	Rígido
22. Físicamente atractivo	2-	1-	0	1-	2	Físicamente poco atractivo
23. Honesto	2-	1-	0	1-	2	Deshonesto
24. Seguro	2-	1-	0	1-	2	Inseguro
25. Simpático	2-	1-	0	1-	2	Antipático

26. Responsable	2-	1-	0	1-	2	Irresponsable
27. Estable	2-	1-	0	1-	2	Inestable
28. Inteligente	2-	1-	0	1-	2	Poco inteligente
29. Trabajador	2-	1-	0	1-	2	Flojo
30. Exitoso	2-	1-	0	1-	2	Fracasado

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

15. En el recuadro siguiente, relata lo que en su opinión ha sido el momento o la experiencia más difícil que hayas vivido hasta ahora:

**SISTEMA BIO – CLINICO**

1. ¿Algún miembro de tu familia sanguínea (padres, hermanos, abuelos, primos, tíos, etc.) ha tenido algún tipo de alteración psicológica o enfermedad mental? Por favor especifica el parentesco y el tipo de alteración o enfermedad mental.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. ¿Algún miembro de tu familia sanguínea (padres, hermanos, abuelos, primos, tíos, etc.) ha tenido o tiene abuso de alcohol, drogas o medicamentos (estimulantes tranquilizantes u otros)?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. Embarazo: ¿Sabes si tu madre tuvo problemas cuando te esperaba? Por favor especifique:

---

---

4. Cuando naciste el parto fue:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Normal      | <input type="checkbox"/> 5. Con principio de asfixia |
| <input type="checkbox"/> 2. Prematuro   | <input type="checkbox"/> 6. Con fórceps              |
| <input type="checkbox"/> 3. Tardío      | <input type="checkbox"/> 7. Otros _____              |
| <input type="checkbox"/> 4. Por cesárea |  |

5. Indica si cuando niño/niña tuviste alguno de los siguientes problemas:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Para aprender a andar                | <input type="checkbox"/> 6. Dislexia           |
| <input type="checkbox"/> 2. Para aprender a hablar               | <input type="checkbox"/> 7. Terrores nocturnos |
| <input type="checkbox"/> 3. Para aprender a leer y escribir      | <input type="checkbox"/> 8. Sonambulismo       |
| <input type="checkbox"/> 4. Para aprender a controlar esfínteres | <input type="checkbox"/> 9. Fobia al colegio   |
| <input type="checkbox"/> 5. Hiperactividad o hiperkinésis        | <input type="checkbox"/> 10. Otros _____       |

Si has marcado alguno/s por favor comenta \_\_\_\_\_

---

6. Marca si tienes o has tenido algunas de las siguientes enfermedades o desajustes:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Meningitis                    | <input type="checkbox"/> 10. Tumores              |
| <input type="checkbox"/> 2. Traumatismo encéfalo craneano | <input type="checkbox"/> 11. Asma bronquial       |
| <input type="checkbox"/> 3. Epilepsia                     | <input type="checkbox"/> 12. Alergias             |
| <input type="checkbox"/> 4. Diabetes                      | <input type="checkbox"/> 13. Úlceras              |
| <input type="checkbox"/> 5. Hipertiroidismo               | <input type="checkbox"/> 14. Colon irritable      |
| <input type="checkbox"/> 6. Hipotiroidismo                | <input type="checkbox"/> 15. Artritis reumatoídea |
| <input type="checkbox"/> 7. Bocio                         | <input type="checkbox"/> 16. Soriasis             |
| <input type="checkbox"/> 8. Cardiopatías                  | <input type="checkbox"/> 17. desmayo              |
| <input type="checkbox"/> 9. Hipertensión arterial         | <input type="checkbox"/> 18. otro _____           |

7. Si eres mujer, menciona la edad de tu primera menstruación: \_\_\_\_\_

8. Si eres mujer: en general tus menstruaciones son (marque las que correspondan):

- 1. Regulares en términos de fecha
- 2. No muy dolorosas
- 3. Sin cambios de ánimo en los días previos
- 4. Más bien, irregulares en fecha
- 5. Se prolongan mucho
- 6. Dolorosas
- 7. Con importantes cambios de ánimo en los días previos.

Se siente más:

- A. Sensible
- B. Irritable
- C. Triste
- D. Tensa
- E. Pasiva
- F. Angustiada
- G. Otro \_\_\_\_\_

9. En la actualidad ¿tomas medicamentos?

- 1. SI
- 2. NO

En caso de afirmativo indica cuales, dosis y con qué objeto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. tu estatura es: \_\_\_\_\_ Mts.

11. tu peso actual es: \_\_\_\_\_ Kgrs.

12. ¿Tienes tendencia a subir de peso?

- 1. SI
- 2. NO

En caso afirmativo, comenta cómo te manejas al respecto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. El cuestionario siguiente se refiere al modo en que piensas, sientes y actúas. Por favor responde a cada pregunta poniendo una X en el casillero correspondiente. No hay respuestas buenas o malas. Trabaja rápidamente y no pienses mucho sobre el significado exacto de cada pregunta. Por favor trata de responder todas las preguntas

**E.P.Q. (Hans Eysenck).**

<b>PREGUNTA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PREGUNTA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. ¿Ocupas tu tiempo libre dedicándose a muchas actividades diferentes?			11. ¿te afectaría mucho ver sufrir a un niño o a un animal?		
2. ¿te detiene a pensar las cosas antes de hacerlas?			12. ¿te preocupa frecuentemente de cosas que no debiste haber dicho o hecho?		
3. ¿tu estado de ánimo sube o baja con frecuencia?			13. Si dices que harás una cosa ¿siempre mantiene su promesa sin importarle las molestias que eso te pudiera ocasionar?		
4. ¿Has aceptado alguna vez elogios por una cosa que ha hecho otro?			14. ¿te divertiría saltar con un paracaídas?		
5. ¿Eres una persona conversadora?			15. ¿Generalmente puedes divertirte y pasarlo bien en una fiesta animada?		
6. ¿te preocupa tener deudas?			16. ¿Eres una persona irritable?		
7. ¿Algunas veces te sientes desdichado sin motivo alguno?			17. ¿Alguna vez has culpado a alguien sabiendo realmente que la culpa era tuya?		
8. En la mesa, ¿te has servido alguna vez más de lo que le correspondía o has comido más de lo que sería apropiado?			18. ¿te gusta conocer gente nueva?		
9. ¿te aseguras cuidadosamente que la puerta de su casa quede cerrada de noche?			19. ¿Encuentras que es conveniente ahorrar y estar asegurado?		
10. ¿Normalmente eres una persona animada?			20. ¿Son heridos fácilmente tus sentimientos?		

<b>PREGUNTA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PREGUNTA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
21. ¿Son todas tus costumbres buenas y deseables?			37. ¿De pequeño hacías las cosas tal y como le decían, inmediatamente y sin protestar?		
22. ¿Tiendes a mantenerte en un segundo plano en las ocasiones sociales?			38. ¿te consideras una persona despreocupada?		
23. ¿Tomarías drogas que pudieran tener efectos dañinos o peligrosos?			39. ¿La buena educación y la limpieza son muy importantes para ti?		
24. ¿te sientes frecuentemente cansado de todo?			40. ¿te inquieta por cosas terribles que pudieran suceder?		
25. ¿Alguna vez has tomado alguna cosa que sea de otro?			41. ¿Alguna vez has roto o perdido alguna cosa que fuera de otro?		
26. ¿te gusta mucho salir de casa?			42. ¿Generalmente tomas la iniciativa para hacer nuevos amigos?		
27. ¿te divierte mucho hacerle daño a la gente que estima?			43. ¿Puedes comprender fácilmente cómo se sienten las personas cuando le cuentan sus problemas?		
28. ¿Frecuentemente estás preocupado por sentimientos de culpa?			44. ¿te consideras muy excitable o tenso?		
29. ¿A veces conversas de cosas que no conoce en absoluto?			45. ¿Tiras al suelo papeles cuando no hay un basurero a mano?		
30. ¿te gustaría más pasar el tiempo leyendo que reuniéndose con gente?			46. ¿te mantienes generalmente tranquilo cuando está con otra gente?		
31. ¿Tienes enemigos que quieran dañarlo?			47. ¿Piensas que el matrimonio está pasado de moda, y que debiera ser suprimido?		
32. ¿te consideras una persona nerviosa?			48. ¿Sientes lástima por ti mismo de vez en cuando?		
33. ¿Siempre te disculpas cuando se ha portado como un mal educado?			49. ¿A veces presumes un poco de tus cualidades?		
34. ¿Tienes muchos amigos?			50. ¿Puedes dar fácilmente un poco de animación a una fiesta un poco aburrida?		
35. ¿te divierte hacer bromas que a veces pueden dañar a la gente?			51. ¿te molesta la gente que conduce con demasiada cautela?		
36. ¿Estás permanentemente preocupado por algo?			52. ¿te preocupas por su salud?		

PREGUNTA	SI	NO	PREGUNTA	SI	NO
53. ¿Alguna vez has contado cosas malas o desagradables de alguien?			70. ¿Frecuentemente te compromete en más actividades de las que puede hacer?		
54. ¿te gusta contar anécdotas o historias divertidas a sus amigos?			71. ¿Hay mucha gente que trata de evitarte?		
55. ¿te dan lo mismo la mayoría de las cosas?			72. ¿te preocupa mucho por tu aspecto físico?		
56. ¿A veces estás decaído?			73. ¿Siempre eres educado, aún con gente desagradable?		
57. ¿De pequeño alguna vez te comportaste irrespetuosamente con sus padres?			74. ¿Crees que la gente pierde mucho tiempo salvaguardando su futuro con ahorros y previsiones?		
58. ¿te gusta juntarse con gente?			75. ¿Has deseado alguna vez estar muerto?		
59. ¿te preocupa si sabes que hay fallas en ti o en tu trabajo?			76. ¿Evadiría los impuestos si estuvieses seguro de que no serás descubierto nunca?		
60. ¿Sufres de insomnio?			77. ¿Eres capaz de mantener el ambiente de una fiesta?		
61. ¿Siempre te lava las manos antes de comer?			78. ¿te preocupa de no ser brusco con la gente?		
62. ¿Casi siempre tienes una respuesta oportuna cuando le hablan?			79. ¿te preocupas por mucho tiempo luego de haber tenido una experiencia desagradable?		
63. ¿te gusta llegar a las citas con tiempo de sobra?			80. ¿Alguna vez has insistido en salirte con la tuya?		
64. ¿te has sentido frecuentemente apático y cansado sin motivo?			81. ¿Cuándo tomas el tren llegas frecuentemente a último minuto?		
65. ¿Alguna vez has hecho trampa jugando?			82. ¿Sufres de nervios?		
66. ¿te gusta hacer cosas donde haya que actuar rápidamente?			83. ¿Alguna vez has dicho cosas con la intención de herir los sentimientos de otros?		
67. ¿Es (o fue) su madre una buena mujer?			84. ¿Detestas estar en un grupo de gente que se hace bromas ofensivas entre ellos?		
68. ¿Piensas frecuentemente que la vida es muy aburrida?			85. ¿tus amistades se terminan fácilmente, aunque no sea culpa suya?		
69. ¿Alguna vez se has aprovechado de alguien?			86. ¿Frecuentemente te siente solo?		

PREGUNTA	SI	NO	PREGUNTA	SI	NO
87. ¿Hace siempre lo que predica?			95. ¿A veces dejas para mañana lo que deberías haber hecho hoy?		
88. ¿A veces te gusta molestar a los animales?			96. ¿La gente piensa que eres una persona muy animada?		
89. ¿te ofende fácilmente si encuentran defectos en ti o en tu trabajo?			97. ¿Le dices a la gente muchas mentiras?		
90. ¿La vida sin peligros sería muy aburrida para ti?			98. ¿te afectan fácilmente las cosas?		
91. ¿Alguna vez has llegado tarde a alguna cita o al trabajo?			99. ¿Cuándo te ha equivocado, siempre estás dispuesto a reconocerlo?		
92. ¿te gusta tener mucha actividad o animación a su alrededor?			100. ¿Sentirías mucha compasión por un animal cazado en una trampa?		
93. ¿te gustaría que otros te tuviesen miedo?			101. ¿te ha sido muy difícil llenar este cuestionario?		
94. ¿A veces te sobra energía y otras te sientes muy desganado?			POR FAVOR COMPRUEBE SI HA RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS		

#### IV. HISTORIA SEXUAL

1. Indica cuál de las siguientes conductas caracterizaron tu período de consumo, previo al tratamiento:

- a) Relaciones sexuales diariamente
- b) Relaciones sexuales semanalmente
- c) Relaciones sexuales una o dos veces al mes
- d) Las tenía ocasionalmente
- e) No tenía

2. Señala cuál o cuales de estas conductas te identifican en tu período de consumo:

- a) Relaciones homosexuales en alguna ocasión
- b) Fui violado/a
- c) Relaciones sexuales para obtener dinero o drogas
- d) Tenía relaciones con uso de preservativo\_\_\_ Sin uso de preservativo\_\_\_
- e) Tenía conducta sexual con personas de mi mismo sexo

3. Indica cuál(es) de estos síntomas has presentado desde que consumes drogas:

- a) Eyaculación precoz
- b) Retardo de eyaculación
- c) Impotencia
- d) Frigidez
- e) Masturbación compulsiva
- f) Dolor vaginal
- g) Relaciones sexuales excesivas
- h) Búsqueda de pornografía
- i) Exhibicionismo
- j) Sadomasoquismo
- k) Relaciones frecuentes con prostitutas
- l) Pensamientos y fantasías sexuales obsesivas

## V. HISTORIA FAMILIAR

1. Evalúa la calidad de tu relación actual con tu padre:

1. Cercana	2-	1-	0	1-	2	Lejana
2. Afectuosa	2-	1-	0	1-	2	Fría
3. Buena comunicación	2-	1-	0	1-	2	Mala comunicación
4. Estable	2-	1-	0	1-	2	Inestable
5. Poco conflictiva	2-	1-	0	1-	2	Conflictiva

Comentarios \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Evalúa la calidad de tu relación actual con tu madre:

1. Cercana	2-	1-	0	1-	2	Lejana
2. Afectuosa	2-	1-	0	1-	2	Fría
3. Buena comunicación	2-	1-	0	1-	2	Mala comunicación
4. Estable	2-	1-	0	1-	2	Inestable
5. Poco conflictiva	2-	1-	0	1-	2	Conflictiva

Comentarios \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Con quienes te criaste?

\_\_\_ Padre

\_\_\_ Madre

\_\_\_ Ambos padres

\_\_\_ Abuelos

\_\_\_ Hermanos

\_\_\_ Tíos

\_\_\_ Con otras personas (especifica con quienes) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Algunos padres aplican una política educativa común y bien sincronizada (padres consistentes entre sí). Otros difieren que políticas educativas y se contradicen en la práctica, por ejemplo en qué premian y qué castigan (padres inconsistentes entre sí). Haciendo una evaluación general acerca de cómo fueron tus padres al respecto, tú consideras que fueron:

- \_\_\_ 1. Muy consistentes entre sí
- \_\_\_ 2. Consistentes
- \_\_\_ 3. Relativamente consistentes
- \_\_\_ 4. Inconsistentes
- \_\_\_ 5. Muy inconsistentes

Por favor, explicita \_\_\_\_\_

---

---

5. Señala en un círculo, con qué persona cercana a ti, se producían las siguientes conductas durante tu proceso adictivo (desde que iniciaste el consumo de drogas):

**Conductas:**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| a) Obtención de dinero                   | b) Manipulación                       |
| c) Alianzas ocultas                      | d) Sobreprotección                    |
| e) Engaños                               | f) Lo protegía a Ud., ante la familia |
| g) Lo protegía ante el trabajo o colegio | h) Le resolvía problemas económicos   |
| i) Mentía para justificarlo              | j) Le suplicaba dejara el consumo     |
| k) Lo defendía ante los otros            |                                       |

**2 Marca con quien:**

1. Padre    2. Madre    3. Hermanos    4. Tíos    5. Abuelos    6. Pareja
- Otro \_\_\_\_\_

6. Señala en un círculo qué persona cercana tenía hacia ti, las siguientes actitudes durante tu proceso adictivo: (desde que inicia en consumo de drogas).

**Actitudes:**

- |                         |                                     |
|-------------------------|-------------------------------------|
| a) Lo criticaba         | b) Lo agredía                       |
| c) Lo trataba con rabia | d) Discutían                        |
| e) Se gritaban          | f) Lo reprochaba en forma constante |

**Marca Quien:**

1. Padre      2. Madre      3. Hermanos      4. Tíos      5. Abuelos      6. Pareja  
Otro \_\_\_\_\_

7. Te sientes atraído por, subraya:

- a) Lo prohibido      b) Lo audaz      c) Lo misterioso      d) Lo desconocido  
e) La pasividad      f) La rutina      g) Lo erótico      h) Lo trasgresor

**VI. HISTORIA ESCOLAR**

1. De los siguientes, señala cuál es el nivel de estudio más alto que has aprobado:

- \_\_\_ 1. Enseñanza básica      \_\_\_ 5. Nivel profesional Universitario  
\_\_\_ 2. Licencia secundaria      \_\_\_ 6. Magíster  
\_\_\_ 3. Nivel técnico      \_\_\_ 7. Doctorado  
\_\_\_ 4. Nivel profesional no Universitario

Especifica establecimiento y título alcanzado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Indica él o los colegios en que te educaste: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Tuviste problemas en el colegio?      1. SI \_\_\_      2. NO \_\_\_

Por favor comenta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## VII. HISTORIA LABORAL

1. Enumera brevemente los principales trabajos que has desempeñado hasta la fecha:

---

---

---

## VIII. SISTEMA COGNITIVO

A continuación se formulan algunas preguntas relacionadas con tus características cognitivas o estilos de pensamiento. Trata de ser lo más realista que puedas en tus autoevaluaciones.

1. Al observar la realidad externa, al observar tu pasado o al observarte tu mismo, tiendes a prestar atención:

- \_\_\_ 1. Casi exclusivamente a lo negativo      \_\_\_ 2. Preferentemente a lo negativo  
\_\_\_ 3. Tanto a lo negativo como a lo positivo      \_\_\_ 4. Preferentemente a lo positivo  
\_\_\_ 5. Casi exclusivamente a lo positivo

2. Al percibir la realidad tú tiendes a:

- \_\_\_ 1. Magnificar mucho lo negativo (tiende a ver las cosas peor de lo que son)  
\_\_\_ 2. Magnificar lo negativo      \_\_\_ 3. En general no magnifica  
\_\_\_ 4. Magnificar lo positivo      \_\_\_ 5. Magnificar mucho lo positivo

3. Algunas personas tienden a “quedarse pegadas” en ciertas ideas o pensamientos que se les repiten una y otra vez. Esto te ocurre:

- \_\_\_ 1. Muy frecuentemente  
\_\_\_ 2. Frecuentemente  
\_\_\_ 3. A veces  
\_\_\_ 4. Prácticamente nunca

4. En general **contigo mismo** tú eres una persona:

- \_\_\_ 1. Muy exigente
- \_\_\_ 2. Exigente
- \_\_\_ 3. Relativamente exigente
- \_\_\_ 4. Poco exigente
- \_\_\_ 5. Muy poco exigente

5. A continuación se plantea un conjunto de afirmaciones o creencias. Indica el grado en que cada una es aplicable a ti (siendo 1 = poco y 5 = mucho):

1. Constantemente me exijo perfección en las cosas que hago	1-	2-	3-	4-	5
2. Me siento demasiado mal cuando alguien me rechaza	1-	2-	3-	4-	5
3. No considero aceptable que una persona destaque sus propias cualidades	1-	2-	3-	4-	5
4. Tiendo a desvalorizarme mucho cuando los demás me desaprueban	1-	2-	3-	4-	5
5. Me cuesta soportar que las cosas no sean como yo quiero	1-	2-	3-	4-	5
6. Tengo derecho a exigir que la vida me dé todo lo que quiero	1-	2-	3-	4-	5
7. No soporto hacer algo en forma mediocre	1-	2-	3-	4-	5
8. Considero esencial ser apreciado por todos los que me conocen	1-	2-	3-	4-	5
9. Me desagrada la gente que reconoce abiertamente sus méritos	1-	2-	3-	4-	5
10. Habitualmente considero muy importante la aprobación de las demás personas	1-	2-	3-	4-	5
11. Generalmente me siento muy mal cuando las cosas en la vida no son como yo quiero que sean	1-	2-	3-	4-	5
12. Me perturba mucho que la gente sea injusta conmigo	1-	2-	3-	4-	5

6. En términos generales señala cuán capaz te consideras de desempeñarse muy bien en las siguientes áreas (1 = poco capaz y 5 = muy capaz):

1. Área Social	1-	2-	3-	4-	5
2. Área Sexual	1-	2-	3-	4-	5
3. Área Relaciones de pareja	1-	2-	3-	4-	5
4. Área Intelectual	1-	2-	3-	4-	5
5. Área Laboral	1-	2-	3-	4-	5

7. A continuación se presentan algunas afirmaciones. Marca el número que mejor lo represente, es decir el grado en que usted está de acuerdo con cada afirmación (1 = muy poco y 5 = mucho).

### ESCALA DE AUTOESTIMA

1. En general estoy satisfecho conmigo mismo	1-	2-	3-	4-	5
2. A veces pienso que no sirvo para nada	1-	2-	3-	4-	5
3. Considero que tengo varias cualidades positivas	1-	2-	3-	4-	5
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	1-	2-	3-	4-	5
5. Creo tener varias razones para estar orgulloso de mí	1-	2-	3-	4-	5
6. A veces me siento realmente inútil	1-	2-	3-	4-	5
7. Creo que soy una persona digna de estima, al menos en la misma medida que los otros	1-	2-	3-	4-	5
8. En conjunto tiendo a pensar que soy un fracaso	1-	2-	3-	4-	5
9. Desearía sentir más aprecio por mi mismo	1-	2-	3-	4-	5
10. Mi actitud frente a mi mismo es positiva	1-	2-	3-	4-	5

8. En general el tomar decisiones te resulta un proceso:

\_\_ 1. Fácil \_\_ 2. Relativamente fácil \_\_ 3. Más bien complicado \_\_ 4. Le es muy difícil

9. La toma de decisiones tiende a verse afectada por diferentes dificultades. Indica el grado en que cada una de las siguientes dificultades afecta tus decisiones.

(1 = poco y 5 = mucho):

- |   |    |    |    |    |   |
|---|----|----|----|----|---|
| 1. Se apresura en exceso (impulsivo)        | 1- | 2- | 3- | 4- | 5 |
| 2. Se pierde en detalles                    | 1- | 2- | 3- | 4- | 5 |
| 3. Es excesivamente perfeccionista          | 1- | 2- | 3- | 4- | 5 |
| 4. No mide las consecuencias de su decisión | 1- | 2- | 3- | 4- | 5 |
| 5. No se informa lo suficiente              | 1- | 2- | 3- | 4- | 5 |
| 6. Otra                                     |    |    |    |    |   |

Comente \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10. De las siguientes afirmaciones, elije aquella que refleje mejor tus creencias actuales:

1. Tengo mucha confianza en que mi vida hacia delante será satisfactoria
2. Tengo alguna confianza en que mi vida hacia delante será satisfactoria
3. Tengo bastantes dudas de que mi vida hacia delante será satisfactoria
4. No creo que mi vida hacia delante será satisfactoria

**IX. SISTEMA AFECTIVO**

1. En las líneas siguientes se explican algunas necesidades que tenemos todos los seres humanos y que se manifiestan en todas las culturas. Señala de 1 a 5 cuán satisfecho te sientes en esta etapa de tu vida, en cada una de sus necesidades siguientes (1 = muy insatisfecho y 5 = muy satisfecho):

1. Necesidades básicas (alimentación, vestuario, vivienda)	1-	2-	3-	4-	5
2. Necesidades sexuales	1-	2-	3-	4-	5
3. Necesidad de ser querido	1-	2-	3-	4-	5
4. Necesidad de logro (éxito en alcanzar sus ideales y metas personales)	1-	2-	3-	4-	5
5. Necesidad de prestigio (reconocimiento y valoración social)	1-	2-	3-	4-	5
6. Necesidad de compañía y contacto social	1-	2-	3-	4-	5
7. Necesidad de esparcimiento (vía diversiones, salidas, etc.)	1-	2-	3-	4-	5
8. Necesidad de saber (conocimiento, cultura)	1-	2-	3-	4-	5
9. Necesidad de amor (en relación de pareja)	1-	2-	3-	4-	5
10. Necesidad de trascendencia (artísticas, políticas, religiosas)	1-	2-	3-	4-	5

2. La facilidad o propensión para experimentar diversos tipos de emoción varía de una persona a otra. Así, algunas personas experimentan más fácilmente rabia que pena o alegría que entusiasmo. Indica con cuanta facilidad experimentas cada una de las emociones siguientes. (1 = poca facilidad y 5 = mucha):

1. Alegría	1-	2-	3-	4-	5
2. Pena	1-	2-	3-	4-	5
3. Rabia	1-	2-	3-	4-	5
4. Entusiasmo	1-	2-	3-	4-	5
5. Angustia	1-	2-	3-	4-	5
6. Envidia	1-	2-	3-	4-	5
7. Ternura	1-	2-	3-	4-	5
8. Miedo	1-	2-	3-	4-	5
9. Vergüenza	1-	2-	3-	4-	5

3. La facilidad o propensión para experimentar diversos tipos de sentimientos estables varía de una persona a otra. Así algunas personas experimentan más fácilmente tristeza que resentimiento, o más fácilmente admiración que sentimientos de odio. Indica con cuanta facilidad experimentas cada uno de los sentimientos siguientes (1 = poca facilidad y 5 = mucha):

1. Admiración	1-	2-	3-	4-	5
2. Culpa	1-	2-	3-	4-	5
3. Felicidad	1-	2-	3-	4-	5
4. Desprecio	1-	2-	3-	4-	5
5. Amor	1-	2-	3-	4-	5
6. Resentimiento	1-	2-	3-	4-	5
7. Gratitud	1-	2-	3-	4-	5
8. Odio	1-	2-	3-	4-	5
9. Sentimientos de inferioridad	1-	2-	3-	4-	5

4. En la siguiente escala evalúe de 1 a 5 el grado en que cada afirmación es aplicable a ti (siendo 1 = poco y 5 = mucho).

**SUB-ESCALA TORONTO-ALEXITIMIA**

1. Cuando lloro, siempre sé por qué	1-	2-	3-	4	5
2. El fantasear es una pérdida de tiempo	1-	2-	3-	4-	5
3. A menudo me confundo respecto a que emoción estoy sintiendo	1-	2-	3-	4-	5
4. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos	1-	2-	3-	4-	5
5. Tengo sensaciones físicas que incluso los médicos no comprenden	1-	2-	3-	4-	5
6. Soy capaz de describir fácilmente mis sentimientos	1-	2-	3-	4-	5
7. Cuando estoy perturbado, no sé si estoy triste, atemorizado o enojado	1-	2-	3-	4-	5
8. Invierto mucho tiempo fantaseando, cuando no tengo nada que hacer	1-	2-	3-	4-	5
9. Prefiero simplemente dejar que las cosas ocurran, en vez de pretender comprender por qué ocurrieron así	1-	2-	3-	4-	5
10. Rara vez tengo fantasías	1-	2-	3-	4-	5
11. Tengo Sentimientos que no logro identificar por completo	1-	2-	3-	4-	5
12. Considero esencial estar en contacto con mis emociones	1-	2-	3-	4-	5
13. No sé lo que está ocurriendo dentro de mí	1-	2-	3-	4-	5
14. A menudo no sé por qué estoy enojado	1-	2-	3-	4-	5

5. La empatía es concebida como la capacidad para ponerse en el lugar de la otra persona, para comprender sus sentimientos y para captar lo que ocurre en su mundo interno ante las circunstancias que esa persona enfrenta. Se trata de ser capaz de “mirar el mundo con los ojos del otro”. De acuerdo a esto, tu capacidad de empatía tiende a ser:

\_\_\_ 1. Mucha \_\_\_ 2. Relativa \_\_\_ 3. Poca \_\_\_ 4. Careces de capacidad de empatía

6. En comparación con las demás personas, tu:

\_\_\_ 1. Disfrutas mucho de las situaciones agradables \_\_\_ 2. Disfrutas bastante  
 \_\_\_ 3. Disfrutas relativamente \_\_\_ 4. Te cuesta disfrutar  
 \_\_\_ 5. Prácticamente no disfrutas

7. Marca con una X la opción (sólo una) que consideres que te identifica mejor.

**TEST DE AUTORREGISTRO DE ACTITUD DE ENFRENTAMIENTO EMOCIONAL**

	Nunca Lo hago	A veces	siempre
a) Sé cuando me estoy alterando			
b) Sé expresarles a los demás mis necesidades emocionales			
c) Sé cuando molesto a otra persona al decir algo desagradable			
d) Sé pedir ayuda cuando me siento mal			
e) Sé entender las reacciones desagradables de las otras personas			
f) Sé expresar mis emociones cuando estoy mal			
g) Sé por qué me pongo triste			
h) Sé detectar cuando otra persona se siente mal emocionalmente			
i) Se expresar mi admiración a los demás cuando hacen algo bueno			
k) Sé volver a ensayar algo a pesar de haber fallado previamente			
l) Sé oír con atención a las otras personas			
m) Pienso y evalúo mis reacciones emocionales			

8. El realizar algunas conductas puede generar algún tipo de disconfort emocional. El grado de perturbación emocional se refiere a la cantidad de emoción perturbadora que la persona experimenta en la situación, por ejemplo el grado de rabia, ansiedad, culpa o miedo. Para cada una de las situaciones que se presentan a continuación. Evalúa tu

grado de perturbación emocional al enfrentar esas situaciones, escribiendo un número de 1 a 5 en el espacio en blanco correspondiente (1 = poca perturbación y 5 = mucha):

### **SUB – ESCALA GAMBRILL Y RICHIE**

1. \_\_\_ Pedir un favor a alguien
2. \_\_\_ Resistir la insistencia de un vendedor
3. \_\_\_ Disculparse cuando ha cometido un error
4. \_\_\_ Admitir debilidad o temor y pedir ayuda
5. \_\_\_ Pedir un aumento de sueldo
6. \_\_\_ Admitir ignorancia en un área
7. \_\_\_ Rechazar una petición para prestar dinero
8. \_\_\_ Hacer callar a un amigo parlanchín
9. \_\_\_ Iniciar una conversación con un extraño
10. \_\_\_ Admitir que no entiende un punto en discusión
11. \_\_\_ Decirle a alguien que usted lo considera agradable
12. \_\_\_ Requerir la atención adecuada en una tienda o restorán
13. \_\_\_ Expresar una opinión que difiera de la de su interlocutor
14. \_\_\_ Decirle a una persona que usted siente que le ha hecho algo injusto
15. \_\_\_ Devolver las cosas defectuosas en una tienda o restorán
16. \_\_\_ Recibir elogios
17. \_\_\_ Pedir que le devuelvan las cosas que usted ha prestado
18. \_\_\_ Decirle a alguien con quién usted trabaja, que ha dicho algo que a usted le molesta

9. Por favor indica de 1 a 5 si cuando te frustras, reaccionas con alguna de estas actitudes: (Siendo 1 = muy pocas veces realiza esa conducta; y 5 = muchas veces reaccionas con esa conducta)

- \_\_\_ Explotas con otros \_\_\_ Te haces la víctima \_\_\_ Comes o bebes en exceso \_\_\_ Gritas  
\_\_\_ Insultas \_\_\_ Garabateas \_\_\_ Te mandas a cambiar \_\_\_ Culpas a otros \_\_\_ Buscas droga  
\_\_\_ Actúas sin medir consecuencias

10. Cuando algo o alguien impide que satisfagamos una necesidad o un deseo hablamos de frustración. Por favor indica de 1 a 5, si en general frente a las frustraciones tu: (Siendo 1 = muy pocas veces reaccionas así; y 5 = muchas veces reaccionas con esa conducta)

1. Las tolera y asimila bien	1-	2-	3-	4-	5
2. Reacciona con tensión	1-	2-	3-	4-	5
3. Reacciona con rabia	1-	2-	3-	4-	5
4. Reacciona con tristeza	1-	2-	3-	4-	5
5. Reacciona con desánimo y desaliento	1-	2-	3-	4-	5

11. Evalúa cuán feliz te sientes en este período de su vida:

1. Muy feliz                       2. Bastante feliz                       3. Relativamente feliz  
 4. Poco feliz                       5. Muy poco feliz

## X. SISTEMA CONDUCTUAL

1. Frente a los problemas que la vida plantea en distintas áreas, las personas reaccionan con diferentes actitudes. Hay personas que tienden a enfrentar pronto los problemas con el objetivo de resolverlos o superarlos. Otras evitan enfrentar, permitiendo así que los problemas se vayan acumulando sin ser resueltos. En general, tiendes a ser una persona:

Eminentemente enfrentadora                      2   1   0   1   2                      Eminentemente evitadora

Por favor, comenta \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. A continuación se enumeran diversas conductas sociales relacionadas con tu comportamiento con otras personas. Marca de 1 a 5 (Siendo 1 = muy poco; y 5 = mucho) El grado en que cada afirmación es aplicable en ti:

1. Fácilmente hablas de ti mismo	1-	2-	3-	4	5
2. Te es fácil contar chistes o anécdotas	1-	2-	3-	4-	5
3. Tienes gracia y eres entretenido	1-	2-	3-	4-	5
4. Habitualmente te muestras optimista	1-	2-	3-	4-	5
5. Escuchas con interés y atención a los demás	1-	2-	3-	4-	5
6. Eres tolerante frente a valores y conductas diferentes a los suyos	1-	2-	3-	4-	5
7. Te expresa en forma clara y fluida	1-	2-	3-	4-	5
8. Eres cálido y afectuoso	1-	2-	3-	4-	5
9. Te das bien cuenta de lo que sienten las personas con las que interactúas	1-	2-	3-	4-	5
10. Eres capaz de hacer sentir a la otra persona	1-	2-	3-	4-	5
11. Te maneja bien en diferentes temas	1-	2-	3-	4-	5
12. Te es fácil iniciar conversaciones	1-	2-	3-	4-	5
13. En general te resulta fácil hablar cuando estás en grupo	1-	2-	3-	4-	5
14. Tu rostro y tus gestos son muy expresivos de las emociones que estás sintiendo	1-	2-	3-	4-	5

3. Frente a cada una de las afirmaciones siguientes haz una X en la columna que te caracterice o describa mejor:

### ESCALA RATHUS

PREGUNTAS	Totalmente	Verdadero	Más verdad	Más falso	Falso	Totalmente
1. Mucha gente parece ser más agresiva y segura que yo.						
2. He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez.						
3. Cuando la comida que me han servido en el restaurante no está hecha a mi gusto, me quejo al camarero o camarera.						

4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado.						
5. Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no".						
6. Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber el por qué.						
7. Hay veces que provoco abiertamente una discusión.						
8. Lucho como la mayoría de la gente, por mantener mi posición.						
9. En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mi.						
10. Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños.						
11. Con frecuencia no se qué decir a personas atractivas del otro sexo.						
12. Rehuyo telefonar a instituciones o empresas.						
13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución, preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales.						
14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.						
15. Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.						

16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto.						
17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.						
18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi propio punto de vista.						
19. Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores.						
20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.						
21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.						
22. Si alguien ha hablado mal de mi o me ha atribuido hechos falsos, le busco cuanto antes para poner los puntos sobre las íes.						
23. Con frecuencia paso un mal rato al decir "no".						
24. Suelo reprimir mis emociones antes que hacer una escena .						
25. En el restaurante o cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio.						
26. Cuando me alaban con frecuencia, no sé que responder.						
27. Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte.						

28. Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención.						
29. Expreso mis opiniones con facilidad.						
30. Hay ocasiones en que soy incapaz de decir algo.						

4. En el recuadro siguiente relata la que a tu juicio ha sido su conducta más agresiva o violenta.

### XI. RELACIÓN DE PAREJA

1. En la actualidad tienes una relación de pareja:

\_\_\_ 1. SI                      \_\_\_ 2. NO

En caso afirmativo señala desde cuanto tiempo \_\_\_\_\_

2. Tu relación actual de pareja es:

\_\_\_ 1. Pololeo                      \_\_\_ 3. Matrimonio  
 \_\_\_ 2. Noviazgo                      \_\_\_ 4. Convivencia  
 \_\_\_ 5. Otro \_\_\_\_\_

3. Con respecto a tu pareja actual indica:

1. Edad \_\_\_\_\_ 2. Nivel Educativo \_\_\_\_\_

3. Ocupación actual \_\_\_\_\_

5. En tu actual relación de pareja evalúa de 1 a 5 (siendo 1= deficiente y 5= muy bueno) tu grado de satisfacción en cada uno de los siguientes niveles:

1. Comunicación	1-	2-	3-	4-	5
2. Amor mutuo	1-	2-	3-	4-	5
3. Vida sexual	1-	2-	3-	4-	5
4. Relación con las respectivas familias de origen	1-	2-	3-	4-	5
5. Intereses comunes	1-	2-	3-	4-	5
6. Capacidad para manejar dificultades y conflictos entre ustedes	1-	2-	3-	4-	5
7. Procedimientos de toma de decisiones	1-	2-	3-	4-	5
8. Manejo de dinero	1-	2-	3-	4-	5
9. Capacidad para entretenerse juntos	1-	2-	3-	4-	5
10. Vida social conjunta	1-	2-	3-	4-	5
11. Valores comunes (éticos, políticos, religiosos)	1-	2-	3-	4-	5
12. Fidelidad	1-	2-	3-	4-	5

## XII. SISTEMA FAMILIAR

De las siguientes preguntas, responde sólo aquellas que corresponden a tu situación.

1. Por favor identifica a las personas con las cuales vives actualmente y evalúa la calidad de tu relación actual con cada una de ellas.

NOMBRE	EDAD	ACTIVIDAD	PARENTESCO O RELACIÓN CON USTED	CALIDAD DE RELACIÓN ACTUAL CON USTED (1 = muy mala; 5 = muy buena)
				1 – 2 – 3 – 4 - 5
				1 – 2 – 3 – 4 - 5
				1 – 2 – 3 – 4 - 5

				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5

**P.B.I.  
PARENTAL BONDING INSTRUMENT**

Instrucciones: Este cuestionario consta de 25 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a como recuerdas a tu padre en tu infancia (hasta los 16 años).

Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:

Marca el puntaje que corresponda en cada afirmación, según tu experiencia.

**Muy en desacuerdo**                      1                      **Moderadamente en desacuerdo**                      2  
**Moderadamente de acuerdo**                      3                      **Muy de acuerdo**                      4

**Con relación a tu PADRE:**

1. Me habla con una voz amistosa y cálida	1	2	3	4
2. Yo necesitaba más ayuda de la que me daban	1	2	3	4
3. Me permitía hacer aquellas cosas que me gustaba hacer	1	2	3	4
4. Me parecía emocionalmente frío y/o distante	1	2	3	4
5. Parecía que me entendía mis problemas o preocupaciones	1	2	3	4
6. Era afectuoso conmigo	1	2	3	4
7. Le gustaba que tomara mis propias decisiones	1	2	3	4
8. Se oponía a que creciera	1	2	3	4
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía	1	2	3	4

10. Invadía mi privacidad	1	2	3	4
11. Se entretenía conversando conmigo	1	2	3	4
12. Me sonreía con frecuencia	1	2	3	4
13. Me regaloneaba	1	2	3	4
14. Parecía ignorar lo que yo necesitaba	1	2	3	4
15. Me permitía decidir las cosas por mi mismo	1	2	3	4
16. Me hacía sentir indeseado	1	2	3	4
17. Tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto(a) o perturbado(a)	1	2	3	4
18. Conversaba poco conmigo	1	2	3	4
19. Trataba de hacerme dependiente a él	1	2	3	4
20. Sentía que no podía cuidar de mi mismo(a) a menos que él estuviera cerca	1	2	3	4
21. Me daba toda la libertad que yo quería	1	2	3	4
2. Me dejaba salir todo lo que yo quería	1	2	3	4
23. Era sobre protector conmigo	1	2	3	4
24. Nunca me elogiaba	1	2	3	4
25. Me permitía vestir como se me antojara	1	2	3	4

**P.B.I.  
PARENTAL BONDING INSTRUMENT**

Instrucciones: Este cuestionario consta de 25 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a como recuerdas a tu Madre en tu infancia (hasta los 16 años).

Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:

Marca el puntaje que corresponda en cada afirmación, según tu experiencia.

<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>1</b>	<b>Moderadamente en desacuerdo</b>	<b>2</b>
<b>Moderadamente de acuerdo</b>	<b>3</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>4</b>

**Con relación a tu MADRE:**

1. Me habla con una voz amistosa y cálida	1	2	3	4
2. Yo necesitaba más ayuda de la que me daban	1	2	3	4
3. Me permitía hacer aquellas cosas que me gustaba hacer	1	2	3	4

4. Me parecía emocionalmente fría y/o distante	1	2	3	4
5. Parecía que me entendía mis problemas o preocupaciones	1	2	3	4
6. Era afectuosa conmigo	1	2	3	4
7. Le gustaba que tomara mis propias decisiones	1	2	3	4
8. Se oponía a que creciera	1	2	3	4
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía	1	2	3	4
10. Invadía mi privacidad	1	2	3	4
11. Se entretenía conversando conmigo	1	2	3	4
12. Me sonreía con frecuencia	1	2	3	4
13. Me regaloneaba	1	2	3	4
14. Parecía ignorar lo que yo necesitaba	1	2	3	4
15. Me permitía decidir las cosas por mi mismo	1	2	3	4
16. Me hacía sentir indeseado	1	2	3	4
17. Tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto(a) o perturbado(a)	1	2	3	4
18. Conversaba poco conmigo	1	2	3	4
19. Trataba de hacerme dependiente a ella	1	2	3	4
20. Sentía que no podía cuidar de mi mismo(a) a menos que ella estuviera cerca	1	2	3	4
21. Me daba toda la libertad que yo quería	1	2	3	4
2. Me dejaba salir todo lo que yo quería	1	2	3	4
23. Era sobre protectora conmigo	1	2	3	4
24. Nunca me elogiaba	1	2	3	4
25. Me permitía vestir como se me antojara	1	2	3	4

### XIII. SISTEMA INCONSCIENTE Y SELF

Completa cada una de las siguientes frases que encontrarás a continuación:

1. Yo fui un niño...\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Siempre me sentí...\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Las cosas mas importantes pata mí fueron...\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. En el colegio me sentí...\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Mis padres me dieron...\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Lo que me habría gustado...\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Hoy me importa mucho...\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Espero de mi vida futura...\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Lo que me gustaría tener junto a mí...\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Hoy siento que lo más difícil es...\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Estoy consciente que mis cualidades son...\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

