

**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR  
SEDE CENTRAL  
Sucre-Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN  
PSICOLOGÍA CLÍNICA,  
MENCIÓN EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA**

**FACTORES ASOCIADOS A DROGODEPENDENCIA EN INTERNOS  
ADICTOS DEL PENAL DE SAN ROQUE, DESDE EL ENFOQUE  
INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO**

**Tesis presentada para obtener el  
Grado Académico de Magíster  
en Psicología Clínica, Mención  
en Psicoterapia Integrativa.**

**MAESTRANTE:** Dra. Eva Sandra Camacho Ramírez

**SUCRE - BOLIVIA  
2011**



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR  
SEDE CENTRAL  
Sucre-Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN  
PSICOLOGÍA CLÍNICA,  
MENCIÓN EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA**

**FACTORES ASOCIADOS A DROGODEPENDENCIA EN INTERNOS  
ADICTOS DEL PENAL DE SAN ROQUE, DESDE EL ENFOQUE  
INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO**

**Tesis presentada para obtener el  
Grado Académico de Magíster  
en Psicología Clínica, Mención  
en Psicoterapia Integrativa.**

**ALUMNA:** Dra. Eva Sandra Camacho Ramírez  
**TUTORA :** Ms. Texia Bejer Tajmuchi

**SUCRE - BOLIVIA  
2011**

## **DEDICATORIA**

A mi familia por su apoyo incondicional.

## RESUMEN

El presente estudio sobre factores asociados a drogodependencia en internos adictos del Penal de San Roque, surge ante el incremento de casos en poblaciones cada vez más jóvenes, con los consiguientes costos y daños para este grupo.

El objetivo, es determinar los factores asociados a drogodependencia en internos adictos del Penal de San Roque, desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, el diseño es no experimental, de tipo descriptivo y transversal, el universo de estudio son los internos del Penal de San Roque que tienen como antecedente, adicción a sustancias psicoactivas, la muestra es de 30 internos que tienen el diagnóstico de adicción, de sexo masculino, comprendidos entre las edades de 18 a 46 años.

Las variables que se consideraron son: drogodependencia como variable dependiente, los factores asociados como variables independientes.

La presente investigación muestra como factores asociados a drogodependencia: En el **paradigma biológico** muy marcado en las características personales, además de considerar que la edad comprendida entre adolescencia y juventud se encuentra con mayor riesgo; **paradigma inconsciente** con la escala de alexitimia, muestra la poca o nula capacidad de contactarse con sus propios afectos, en muchos casos encontrándose bloqueados por las experiencias vividas; **paradigma sistémico**, los internos tienen poco o nada de apoyo familiar, con antecedente de abandono o disfunción familiar, muchos de ellos fueron víctimas de maltrato psicológico, físico, incluso sexual; **paradigma cognitivo**, sentimiento de menosprecio ante autoeficacia baja; **paradigma ambiental conductual**, la capacidad de habilidades sociales es una debilidad entre los internos, lo que les lleva a consumir las sustancias para poder sentirse con mayor seguridad en su entorno.

La droga más consumida, además de ser la droga que inicia al individuo en el consumo de sustancias es la marihuana.

## ABSTRACT

The present study about factors associated with drug dependency in addicted boarders of the San Roque's Penal, arises before the increase of cases in population with the consequent costs and hurts for this group.

The objective it is to determine the factors associated with drug dependency in addicted boarders of the San Roque's Penal, from the approach Integrative Supraparadigmático, the design is not experimental, descriptive and transversal, the universe of study they are the boarders of the San Roque's Penal who have as precedent, addiction for psychoactive substances, the sample belongs 30 boarders who have the diagnosis of addiction, they are male, between the ages of 18-46 years.

The variables that were considered are: drug dependence as dependent variable, the factors associated as independent variables.

The present investigation shows as factors associated with drug dependency: In the biological paradigm very marked in the personal characteristics, beside thinking that the age understood between adolescence and youth meets major risk; unconscious paradigm with the scale of alexitimia, shows small or void aptitude to be contacted his own affections, in many cases being blocked by the lived experiences; systemic paradigm, the boarders have little or nothing family support, with precedent of abandon or dysfunction family, many of them were victims of psychological, physical, even sexual mistreatment; cognitive paradigm, feeling contempt towards autoefficiency; environmental behavioral paradigm, the capacity of social skills is a weakness between the boarders, which leads them to consuming the substances to be able to feel with major safety in his environment.

The most consumed drug, besides being the drug that initiates the individual in the consumption of substance is the marijuana.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pag.</b>
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	2
2.1. Drogodependencias .....	2
2.1.1. Conceptos generales: .....	2
2.1.2. Clasificación de drogas.....	6
2.1.3. Clasificación de enfermedades CIE 10.....	6
2.1.3.1. Pautas para el diagnóstico .....	8
2.1.4. Factores que llevan a las personas a consumir drogas .....	17
2.1.5. Efectos y motivos del consumo de drogas.....	20
2.1.6. Enfoque Integrativo Supraparadigmático y los Trastornos Adictivos: ...	22
2.1.6.1. Paradigma Biológico en trastornos adictivos.....	24
2.1.6.2. Paradigma Ambiental- Conductual en trastornos adictivos.....	27
2.1.6.3. Paradigma Afectivo en trastornos adictivos.....	31
2.1.6.4. Paradigma Cognitivo en trastornos adictivos.....	32
2.1.6.5. Paradigma Inconsciente en trastornos adictivos.....	33
2.1.6.6. Paradigma sistémico en trastornos adictivos.....	35
2.1.6.7. Sistema Self en trastornos adictivos. ....	35
2.1.7. El Tratamiento de las Drogodependencias: .....	39
2.1.7.1. Psicoterapia Integrativa en las Adicciones:.....	40
2.1.7.1.1. Tratamiento paradigma biológico.....	40
2.1.7.1.2. Tratamiento paradigma ambiental conductual. ....	41
2.1.7.1.3. Tratamiento paradigma afectivo.....	42
2.1.7.1.4. Tratamiento paradigma cognitivo.....	43
2.1.7.1.5. Tratamiento paradigma inconsciente.....	44
2.1.7.1.6. Tratamiento paradigma sistémico.....	45
2.1.7.1.7. Tratamiento sistema SELF.....	45
III. MARCO CONTEXTUAL .....	47
3.1. Antecedente de cárceles en el mundo.....	47
3.2. Psiquiatría penitenciaria.....	47
3.3. Cárceles en Bolivia.....	49

3.4.	Establecimiento penitenciario Chuquisaca. ....	50
3.5.	Políticas penitenciarias .....	55
3.6.	Administración Penitenciaria y de Supervisión. ....	56
3.7.	Código Penal de Bolivia. ....	56
IV.	METODOLOGIA .....	59
4.1.	OBJETIVOS .....	59
4.1.1.	Objetivo General: .....	59
4.1.2.	Objetivos Específicos .....	59
4.2.	Tipo de diseño: .....	59
4.3.	Población: .....	59
4.4.	Características de la Muestra: .....	60
4.5.	Instrumentos: .....	60
4.6.	Variables a Estudiar:.....	61
V.	RESULTADOS:.....	76
5.1.	Resultados Generales.- .....	76
5.2.	Resultados en el Paradigma Biológico:.....	78
5.1.1.	Resultados en el Paradigma Afectivo.....	79
5.1.2.	Resultados en el Paradigma Cognitivo:.....	80
5.1.3.	Resultados en el Paradigma Ambiental- Conductual:.....	81
5.1.4.	Resultados en el Paradigma Inconsciente:.....	82
5.1.5.	Resultados en el Sistema Self: .....	83
5.2.	Resultados complementarios. ....	83
VI.	CONCLUSIONES.....	86
VII.	BIBLIOGRAFÍA.....	88
ANEXOS		

## **FACTORES ASOCIADOS A DROGODEPENDENCIA EN INTERNOS ADICTOS DEL PENAL DE SAN ROQUE, DESDE EL ENFOQUE INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMATICO**

### **I. INTRODUCCIÓN**

La drogodependencia en los últimos años sufre incremento en poblaciones cada vez más jóvenes, con los consiguientes y enormes costos y daños para este grupo. Es así que surge la necesidad de observar los factores asociados al consumo de drogas en los internos adictos del Penal de San Roque, así también a nivel de relaciones humanas generales y entre sus compañeros, tanto en el nivel de desempeño académico y estudiantil del joven, como también en relación a un adecuado y normal desarrollo de la identidad personal e internalización de las normas sociales, conociendo que en muchos casos llegan a delinquir ya sea por efecto de las sustancias o para conseguir luego las mismas.

El tema de la drogodependencia en pacientes del Penal de San Roque es relevante abordarlo clínicamente y desde una perspectiva integrativa en este caso, a través de la visión y aportes del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, pues en la actualidad se considera esta enfermedad desde una perspectiva multicausal, que involucra la influencia de variables tanto extrapsíquicas como la influencia del grupo de pares de los jóvenes, su ambiente escolar, familiar y social, etc., como variables intrapsíquicas, las características psicológicas mismas de la edad cronológica, sus valores, su desarrollo psicológico, los factores temperamentales y biológicos, etc., los que serían factores claves para entender la etiología y mantención de los trastornos adictivos.

Es por esto que la presente Tesis tiene como objetivo, a través de una comprensión integrativa de la enfermedad adictiva en general, explorar la presencia de factores específicos que ayuden a entenderla y a abordarla considerando las características de las personas adictas, que se encuentran detenidos en el Penal de San Roque.



## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Drogodependencias**

El uso de diferentes drogas se ha dado en todos los tiempos y culturas; a lo largo de toda su historia, el hombre ha descubierto las virtudes y defectos de las sustancias psicoactivas, en una relación amor- odio y en una eterna búsqueda de aumentar sus habilidades físicas y/o psíquicas o alterar sus estados anímicos y mundo interno. Asimismo, el aumento de la oferta de diferentes sustancias que otorguen al ser humano la posibilidad artificial de evadirse, de refugiarse de sus estados internos displacenteros o la posibilidad de experimentar estados internos más intensos o con alteraciones del estado de conciencia ha ido en incremento cada vez más en la mayoría los países del orbe, probablemente asociado a los cambios culturales, sociales, económicos, políticos y ambientales que facilitan tanto el acceso a diferentes drogas como la búsqueda de nuevas sensaciones y estados alterados.

Por lo mismo, la temática del consumo, abuso y adicción a diferentes sustancias ha sido un campo de estudio e intervención por una serie de profesionales de la salud mental, no sólo por la antigüedad del tema sino por su gran relevancia actual. Así por ejemplo, en el mundo, 185 millones de personas consumieron alguna droga ilícita en el 2002, lo que corresponde al 3,1% de la población general del planeta (4,3% mayores de 15 años) (ONU, 2002). Asimismo, el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) muestra en su último estudio nacional sobre el consumo de drogas en la población de Chile del 2002 cifras significativas (CONACE, 2002):

#### **2.1.1. Conceptos generales:**

- Droga; Es cualquiera de las múltiples sustancias que el ser humano ha usado, usa o inventará para un uso futuro, que posee la capacidad de modificar las funciones del organismo que tienen que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o su estado de ánimo. Este consumo le permite creer que resuelve lo que no tiene en las características de su personalidad.(Guajardo)

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) **define las drogas** como sustancias (naturales o químicas) que, introducidas en un organismo vivo por cualquier vía de administración (ingestión, inhalación, por vía intravenosa o intramuscular), son capaces de actuar sobre el cerebro y producir un cambio en la conducta de las personas, debido a que modifican el estado psíquico (experimentación de nuevas sensaciones) y tienen la capacidad de generar dependencia. (O.M.S. 1991)

- **Consumo**, ingesta de sustancias psicoactivas en cantidades moderadas, sin llegar a interferir de manera relevante con el funcionamiento social, educativo u ocupacional de la persona (APA, 1994; Barlow et al, 2001; Graña et al., 1996a ). Asimismo, el consumo puede ser de sustancias psicoactivas legales (alcohol, café, por ejemplo) o ilegales (marihuana, cocaína, u otras drogas). De hecho, toda persona consume a lo largo de su vida muchas sustancias psicoactivas (café, alcohol, etc.) sin llegar a intoxicarse con ellas, o buscando en ellas un “efecto deseado”, el cual sería el “enganche” inicial para el abuso posterior de esa sustancia. La principal motivación de la población para el consumo de drogas es la curiosidad o la búsqueda de diversión.
- **Abuso**; El abuso a sustancia psicoactivas, según el DSM-IV (APA, 1994) se definiría en términos de cómo el consumo de alguna sustancia comienza a interferir en la vida de la persona que la consume en diferentes áreas (laborales, personales, recreativas, etc.). Al respecto, se generaría un patrón desadaptativo de consumo que se asocia a un deterioro o malestar clínicamente significativo para la persona y/o su entorno. El DSM-IV plantea una serie de criterios que deben presentarse (uno o más) al menos una vez en un lapsus de tiempo de 12 meses para definir el abuso a alguna sustancia.
- **Dependencia**; La dependencia a sustancias es lo que se describe comúnmente como adicción o drogodependencia. Una persona puede ser adicta a una o varias sustancias psicoactivas a la vez. En el DSM- IV, la dependencia a alguna sustancia es definida por la aparición de síntomas cognitivos, conductuales y/o fisiológicos asociados al consumo, y ante los cuales el individuo continúa consumiendo a pesar de ellos. Este patrón de consumo o de autoadministración

de la droga lleva a la aparición de tolerancia a la sustancia, síntomas de abstinencia y a la ingestión compulsiva de la sustancia. Asimismo, se observa en la mayoría de las personas dependientes a alguna droga un deseo fisiológico intenso por consumirla (craving). El DSM-IV postula una serie de criterios, de los cuales al menos tres o más deben estar presentes en una persona en un lapsus de 12 meses (APA, 1994; Barlow et al., 2001):

- Desarrollo de Tolerancia: necesidad de incrementar la cantidad de ingesta de droga para conseguir el mismo efecto deseado; en otras palabras, el uso continuado de la droga va disminuyendo su efecto, por lo que se hace necesario incrementar las cantidades de ésta para experimentar el efecto esperado.
  - Abstinencia: aparece el síndrome de abstinencia característico a cada droga (síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que aparecen por la suspensión de la ingesta). La sustancia luego se ingiere para aliviar este cuadro.
  - La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades cada vez mayores o en tiempos cada vez más largos (que no estaban planificados por la persona).
  - Aparece un deseo persistente o esfuerzos infructuosos en la persona por controlar o parar el consumo.
  - Se comienza a emplear cada vez mayor cantidad de tiempo en actividades asociadas, ya sea para la obtención de la droga, para su consumo o para la recuperación de los efectos.
  - Disminución significativa de actividades sociales, laborales y/o recreativas por el consumo de la droga.
  - Uso continuo de la droga pese a tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos persistentes que aparecen asociados o exacerbados por el consumo.
- **Intoxicación**, cuando la persona que consume alguna sustancia psicoactiva muestra una reacción fisiológica a la ingestión (embriaguez por alcohol, por ejemplo), motivada ya sea por la cantidad ingerida y/o la respuesta biológica del

organismo al consumo: cambios en el juicio, cambios a nivel anímico y/o cambios a nivel motor.

- **La adicción a las drogas implica:**

- Un estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética.
- Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio.
- Una tendencia al aumento de la dosis.
- Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.
- Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.
- Deterioro significativo de todas las actividades del sujeto.

En resumen, la diferenciación de un patrón normal o patológico de consumo de alguna sustancia se hace en la actualidad en base a criterios que incluyen tanto las reacciones fisiológicas a las drogas (tolerancia) como a los aspectos conductuales y psicológicos, tales como:

- Cuánto tiempo la persona dedica al consumo de drogas en su día a día (conductas de búsqueda de drogas);
- El deseo de consumo e intentos de controlar la ingesta;
- La frecuencia de la intoxicación por consumo de sustancias y síntomas de abstinencia;
- La alteración y restricción de actividades vitales normales por el consumo (alteración a nivel laboral, de pareja o familiar, recreacional, etc.).
- El nivel de riesgo que implica el consumo para la propia seguridad y de otros;
- El desarrollo de tolerancia y síndrome de privación.

Ahora bien, en virtud de que los trastornos adictivos suelen ser muy complejos en términos de sintomatología fisiológica, conductual y psíquica, en la actualidad los criterios diagnósticos suelen ser muy detallados y deben considerar que no exista ninguna otra comorbilidad en la observación de la persona drogodependiente.

### 2.1.2. Clasificación de drogas.

Las sustancias psicoactivas son sustancias que alteran el estado de ánimo, conciencia y/o conducta de una persona y en general pueden clasificarse en cinco grandes grupos, dependiendo de sus efectos psicológicos o sobre el comportamiento (Barlow et al., 2001):

- 1) **Tranquilizantes:** sustancias que se caracterizan por producir una sedación conductual. Entre ellas se pueden mencionar el alcohol, los hipnóticos, ansiolíticos y las benzodiazepinas.
- 2) **Estimulantes:** sustancias que alteran aumentando el nivel de actividad, energía, ánimo y alerta de una persona. Incluidas en este grupo se encuentran las anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis, cocaína, nicotina y cafeína.
- 3) **Opiáceos:** su principal efecto es generar una analgesia temporal y provocar sensaciones de euforia y alteración de la conciencia. Se encuentran en este apartado la heroína, el opio, la codeína y la morfina, entre otros.
- 4) **Alucinógenos:** sustancias que alteran la sensopercepción y pueden generar delirios, paranoia y alucinaciones, como la marihuana, hachís y el LSD.
- 5) **Sustancias volátiles e inhalantes:** si bien no necesariamente pueden causar dependencia, el uso de sustancias como inhalación de pegamentos, por ejemplo, producen en el organismo efectos dañinos por la toxicidad de sus componentes químicos.

### 2.1.3. Clasificación de enfermedades CIE 10.

Con el fin de poder unificar criterios, se ha llegado a una Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, ICD en inglés), promovido por la OMS, hoy el CIE-10. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

Del mismo modo, la APA (American Psychiatric Association) ha promovido el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM, hoy DSM-IV.

En esta ocasión nos basaremos en la clasificación CIE 10, para detallar las características del diagnóstico de los internos del Penal de San Roque, en las variedades de F 19, tratándose de adicciones a múltiples sustancias, por lo que se pasa a detallar la clasificación de consumo de sustancias en general, para luego especificar el consumo de múltiples sustancias:

**F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.** (Organización Mundial de la Salud, 1992)

F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.

F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.

F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.

F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.

F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.

F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).

F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.

F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.

F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.

**F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas.** (Organización Mundial de la Salud, 1992)

Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

La sustancia referida se indica mediante el segundo o tercer carácter (los dos primeros dígitos tras la letra F) y el cuarto y quinto caracteres codifican los cuadros clínicos

concretos. No todos los códigos del cuarto carácter son aplicables a todas y cada una de las sustancias.

#### **2.1.3.1. Pautas para el diagnóstico**

La identificación de la sustancia psicotropa involucrada, que puede hacerse mediante los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros).

Muchos de los que consumen sustancias psicotropas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas más importantes. Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano.

Únicamente en los casos en los que el consumo es errático e indiscriminado o en los que se recurre a una mezcla inseparable de diferentes sustancias, debería codificarse en F19, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples sustancias psicotropas o de otras sustancias psicotropas. Si se hubiera identificado el consumo de varias sustancias concretas, todas ellas deben ser codificadas. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

El uso patológico de otras sustancias no psicotropas como laxantes, aspirinas, etc., debe codificarse de acuerdo con F55, abuso de sustancias que no crean dependencia (con un cuarto carácter para especificar el tipo de sustancia consumida).

- **F19.0 Intoxicación aguda.**

Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tomada en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicotropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad o las sustancias psicotropas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cánnabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicotropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación, incluyendo embriaguez aguda en alcoholismo, mal viaje debido a drogas alucinógenas, embriaguez sin especificación. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

Puede recurrirse al quinto carácter siguiente para indicar si la intoxicación aguda tiene alguna complicación: (Organización Mundial de la Salud, 1992)

- F1x.00 No complicada (los síntomas varían de intensidad, pero suelen estar en relación con la dosis, en especial a los niveles mas altos).
- F1x.01 Con traumatismo o lesión corporal.
- F1x.02 Con otra complicación médica (por ejemplo, hematemesis, aspiración de vómitos, etc.)
- F1x.03 Con delirium.
- F1x.04 Con distorsiones de la percepción.
- F1x.05 Con coma.
- F1x.06 Con convulsiones.



- F1x.07 Intoxicación patológica (se aplica sólo al alcohol): consiste en la aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, no característico de individuos en estado sobrio, después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las personas.

- **F19.1 Consumo perjudicial.**

Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.

- **F19.2 Síndrome de dependencia.**

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

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: (Organización Mundial de la Salud, 1992)

- 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 (ver F1x.3, F1x.4) 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.
- f) 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.

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. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

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). Incluye: Alcoholismo crónico, dipsomanía, adicción a fármacos.

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres: (Organización Mundial de la Salud, 1992)

- F1x.20 En la actualidad en abstinencia.
- F1x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).
- F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada).
- F1x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).
- F1x.24 Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).
- F1x.25 Con consumo continuo.
- F1x.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

- **F19.3 Síndrome de abstinencia.**

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

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase F1x.2), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto carácter: (Organización Mundial de la Salud, 1992)

- F1x.30 No complicado.
- F1x.31 Con convulsiones.

- **F19.4 Síndrome de abstinencia con delirium.**

Trastorno en el que un síndrome de abstinencia (ver F1x.3) se complica con un delirium (ver las pautas de F05).

Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La tríada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo. Excluye: Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium puede concretarse más con cinco caracteres: (Organización Mundial de la Salud, 1992)

- F1x.40 Sin convulsiones.
- F1x.41 Con convulsiones.

- **F19.5 Trastorno psicótico.**

Trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

Trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium (ver F1x.4) o de comienzo tardío. Los trastornos psicóticos de comienzo tardío (comienzo después de dos semanas de consumo de la sustancia) pueden aparecer, pero deben codificarse como F1x.7. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

Los síntomas son variados, ya que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia. Incluye: Alucinosis alcohólica, celotipia alcohólica, paranoia alcohólica, psicosis alcohólica sin especificación.

El diagnóstico de trastorno psicótico puede concretarse más con cinco caracteres: (Organización Mundial de la Salud, 1992)

- F1x.50 Ésquizofreniforme.
- F1x.51 Con predominio de las ideas delirantes.
- F1x.52 Con predominio de alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica).

- F1x.53 Con predominio de síntomas polimorfos.
- F1x.54 Con predominio de síntomas depresivos.
- F1x.55 Con predominio de síntomas maníacos.
- F1x.56 Trastorno psicótico mixto.

- **F19.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.**

Síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognoscitivas suele estar relativamente bien conservadas. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

**a)** Trastorno de memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo), trastorno del sentido del tiempo (alteración de la capacidad para ordenar cronológicamente los acontecimientos del pasado, aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, etc.).

**b)** Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognoscitivas.

**c)** Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias psicotropas.

Incluye: Psicosis de Korsakov inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas.

Síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

- **F19.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.**

Estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicotropas, persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia.

La presencia de este trastorno debe estar directamente relacionada con el consumo de alcohol u otra sustancia psicótropa. Los casos cuyo comienzo tiene lugar con posterioridad a un episodio de consumo de sustancias sólo deben ser diagnosticados de trastorno psicótico residual inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas, si hay una evidencia clara y sólida para atribuir al trastorno psicótico residual al efecto de la sustancia. Un trastorno psicótico residual implica un cambio o una exageración marcada de las formas de comportamiento previas y normales. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

El trastorno psicótico residual debe persistir más allá del período en el cual puede asumirse razonablemente la presencia de los efectos directos de una sustancia en particular (véase F1x.0, intoxicación aguda). La demencia secundaria al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas no es siempre irreversible, y así las funciones intelectuales y mnésicas pueden mejorar tras un período de abstinencia total.

El diagnóstico de trastorno psicótico residual inducido por sustancias psicótropas puede subdividirse utilizando cinco caracteres: (Organización Mundial de la Salud, 1992)

- F1x.70 Con reviviscencias ("flashbacks"), que pueden distinguirse de los trastornos psicóticos en parte por su naturaleza episódica, y porque frecuentemente son de muy corta duración (segundos o minutos) o por los síntomas de reduplicación (a veces exacta) de experiencias anteriores relacionadas con sustancias psicótropas.
- F1x.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento, cuando satisfagan las pautas de trastorno orgánico de la personalidad(F07.0).
- F1x.72 Trastorno afectivo residual, cuando satisfagan las pautas de trastorno del humor (afectivo) orgánico(F06.30).
- F1x.73 Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas, de acuerdo con las pautas generales para demencias descritas en la introducción de la sección F00-F09.
- F1x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente. Se trata de una categoría residual para los trastornos en los que persiste un deterioro cognitivo

pero que no satisface las pautas de síndrome amnésico (F1x.6) o demencia (F1x.73) inducidos por alcohol u otras sustancias psicotropas.

- F1x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

- **F19.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.**

Trastornos en los cuales el consumo de una sustancia puede identificarse como responsable directo del cuadro clínico que contribuye a dicha situación, pero en los que no encuentran pautas suficientes para poder ser incluido en ninguno de los trastornos precedentes. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

- **F19.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.**

Como su nombre indica en este diagnóstico se incluye los cuadros que no puedan ingresar en las anteriores clasificaciones.

#### **2.1.4. Factores que llevan a las personas a consumir drogas**

Algunos factores que favorecen el fenómeno de la drogadicción son:

- **Factores de tipo individual:** Muchos factores personales pueden influir en la decisión de consumir drogas. Éstas pueden ser vistas como una vía de escape a los problemas cotidianos; algunas personas las usan como medio para compensar frustración, soledad, baja autoestima o problemas afectivos.

Otros se inician en la droga por curiosidad, o para experimentar sensaciones nuevas ante una cierta apatía, hastío, aburrimiento o incluso sinsentido de la vida. Ante el vacío que experimentan, la droga se presenta como una posibilidad, aparentemente atractiva, de llenar ese vacío.

- **Factores Biológicos:** Entre estos pueden nombrarse lo de transmisión hereditaria. Otra explicación se basa en la presencia de características temperamentales y de personalidad que llevan al consumo, se distinguen dos tipos de consumo: uno determinado por el sexo y otro determinado por el medio.



El primero, tiene alta penetrancia genética y menores componentes ambientales. Comienza generalmente antes de los 25 años, con un patrón de consumo caracterizado por ingesta elevada persistente conductas agresivas, antisociales y delincuentes. El otro tipo es de comienzo más tardío, tiene alto y bajo en la frecuencia de consumo y un patrón de pérdida de control progresiva en la medida que transcurre el día, con mayores sentimientos de culpa después de la crisis de ingesta.

- **Factores Psicológicos:** Entre los mecanismos psicológicos, La idea de una personalidad que predisponía a la droga o al alcoholismo, como por ejemplo la así llamadas estructuras orales de los primeros psicoanalistas o los caracteres pasivo-dependientes de clasificaciones posteriores parecen no ser una antecedente, sino una consecuencia del uso crónico de sustancias. Desde un énfasis inicial en la presión del grupo de iguales, el uso de drogas como escape o como búsqueda de euforia o su vertiente autodestructivas se ha llegado a enfatizar más el severo dolor psíquico que está asociado al consumo de drogas. Así mismo, parece que el tipo de droga usada no es diferente, y que diferentes adictos, seleccionan diferentes drogas dependiendo de su organización específica de personalidad. Los adictos a la heroína parecen buscar los efectos calmantes de opiáceos mientras que los que usan anfetaminas buscan el efecto estimulante de estas, para provocar un aumento en su autoestima, muchas veces baja y también una mayor capacidad de enfrentar su medioambiente. Se ha encontrado que los adictos a los **opiáceos buscan específicamente superar ciertas defensas en contra afectos** intolerables tales como la rabia, vergüenza y soledad. La cocaína, entre sus efectos estimulantes, parece producir un mayor grado de autoestima, mayor asertividad, tolerancia a la frustración y menores sentimientos de aburrimiento y vacío. Esto lleva a que muchos sujetos busquen la cocaína para mantener un estilo de vida hiperactivo e inquieto, así como una exagerada necesidad por autosuficiencia.
- **Factores ambientales:** Entre los aspectos ambientales, la socialización temprana influyen en la tendencia a utilizar sustancias químicas. Existe también una correlación entre presencia de fármaco dependencias y un ambiente familiar inestable en el sentido amplio: los hijos de separados o de hogares donde

consumen sustancias químicas con frecuencias y el desarrollo de consumo mayor de sustancias químicas en la adolescencia.

- **Factores socioculturales:** existen culturas en que el modo de consumo promueve el alcoholismo, típicamente entre aquellas en las que se consume de forma episódica y en grandes cantidades.

Existen también profesiones de alto riesgo; aquellas en que está en mayor contacto con sustancias químicas, sea por razones de expendio, tráfico o distribución. La red social inmediata influye poderosamente en el consumo de sustancias químicas: los amigos presionan a muchos jóvenes que no hubieran consumido, siendo que esta práctica es común dentro del grupo – a veces con connotaciones simbólicas; de iniciación de pertenencia etc.

En la actualidad, existe una amplia disponibilidad de drogas, legales e ilegales, lo que hace mucho más fácil el acceso y el consumo de las mismas. Tranquilizantes, somníferos, hipnóticos, etc., se pueden conseguir en las farmacias sin receta médica. Asimismo el amplio tráfico y distribución de drogas ilegales hace que sea fácil obtenerlas. El ansia del joven de pertenecer a un grupo, de sentirse parte de un círculo social determinado, y las presiones por parte de los "amigos", pueden hacer también que el joven se vea iniciado en el consumo de drogas.

Los medios de comunicación de masas, tienen hoy día un rol central en la promoción de conductas dañinas o protectoras de la salud. Medios audiovisuales como la televisión, pueden fomentar que el uso de sustancias químicas sea en forma directa (a través de avisajes promocionales) o indirecta (al mostrar a sus héroes, cantantes o actores famosos consumiendo alcohol o tabaco, y sugerir que son modelos dignos de ser imitados).

Es indudable, finalmente, que la familia tiene un rol central en la génesis y mantención de estos problemas:

- **Factores de tipo familiar:** Los hijos de padres fumadores, bebedores o tóxico dependientes son más proclives a tomar drogas que los hijos de padres que no lo son. Un ambiente familiar demasiado permisivo, donde no exista disciplina o

control sobre los hijos; o demasiado rígido, donde los hijos se encuentren sometidos a un régimen demasiado autoritario o se encuentren sobreprotegidos, puede también fomentar el consumo de drogas.

La desatención de los hijos por parte de los padres, las familias divididas o destruidas, las continuas peleas de los cónyuges frente a los hijos, la falta de comunicación entre hijos y Padres, todos éstos son factores que contribuyen a crear un clima de riesgo, donde la droga puede convertirse fácilmente en una válvula de escape.

### **2.1.5. Efectos y motivos del consumo de drogas**

Los conocimientos acerca de la etiología del fármaco-dependencia han aumentado mucho en la última década desde múltiples y diferentes puntos de vista. Como todas las enfermedades crónicas, los desordenes por abuso de sustancia constituyen una entidad multideterminada, en la cual podemos distinguir elementos biológicos o hereditarios, psicológicos – conductuales, ambientales o del medioambiente familiar y socioculturales.

Al analizar los factores individuales, son importantes los factores neurofisiológicos de la adicción, en un modelo que se centra en la búsqueda de un estado placentero y en el hecho de que la droga es un camino para inducir ese estado.

Cada droga provoca tonos afectivos específicos y produce efectos con relación a configuraciones yoicas defectuosas que se ven consolidadas por el abuso. Desde; falta de relaciones afectuosas con los padres, falta de interés de estos en la vida de los jóvenes, inconsistencia en la disciplina, falta de establecimiento de límites y de tiempo dedicado a la familia; mayor presencia de psicopatologías, presión de grupo y grado de consumo; trastornos familiares apoyo de la familia, capacidad de tomar decisiones de compartir el tiempo libre y expresar emociones, falta de afiliación religiosa uso de drogas no limitados a situaciones sociales; bajo rendimiento escolar, otras conductas desviadas, búsqueda de emociones, uso temprano de bebidas alcohólicas, baja estima personal, percepción clara de mayor uso de drogas por los padres.

### **Influencia de las drogas durante el embarazo.**

Todo lo que la madre haga durante su embarazo afecta el bienestar del niño tanto su estado anímico como el consumo de algún tipo de drogas, puede alterar el ambiente del feto, perjudicando irreversiblemente su desarrollo.

Todo lo que consume la mujer embarazada llega al útero, los efectos del consumo de drogas no siempre se manifiestan de inmediato sino que pueden traer consecuencias posteriores.

- **Consumo de cocaína:** esta droga en las mujeres embarazadas puede producir algunas consecuencias como el aborto espontáneo, el bebé puede nacer con bajo peso lo que lo puede llevar a la muerte, con un déficit cognitivo, problemas psicomotores, irritabilidad, etc. todos estos problema pueden afectar en la interacción social y el rendimiento del niño. **Consumo de alcohol:** está totalmente prohibido consumir cualquier tipo de bebida alcohólica durante el embarazo incluso el consumo moderado de alcohol puede dañar feto y mientras más beba la madre mayor serán las consecuencias, algunas de estas son los problemas de aprendizaje, la atención del niño, trastornos psicomotor, todo esto a nivel del sistema nervioso del feto, el consumo de alcohol puede producir el denominado síndrome de alcoholismo fetal (SAF).

El consumo moderado o excesivo de alcohol durante el embarazo parece perturbar el funcionamiento neurológico y conductual del producto, y esto afecta la interacción social temprana con la madre lo que será vital para el desarrollo emocional, Las mujeres que consumen alcohol ya fuera antes e incluso en pequeñas cantidades tienden a tener niños con problemas de agresividad además suelen tener hijos delincuentes.

Algunos problemas del Síndrome del Alcoholismo Fetal desaparecen poco después del nacimiento, pero otros como el retraso los problemas conductuales y de aprendizaje y la hiperactividad tienden a persistir durante toda la vida del niño.

Para evitar todo esto es aconsejable alejarse del alcohol desde el momento en que se piensa en tener un hijo hasta que deje de amamantar.

- **Consumo de nicotina:** uno de los efectos que trae el consumo de nicotina es el aborto espontáneo y además el síndrome de la muerte súbita al primer mes de vida, también aumenta el retraso del crecimiento prenatal, muerte infantil y problemas cognoscitivos y conductuales a largo plazo. El consumo de cigarrillo produce bajo peso en el bebé estos tienden a ser más pequeños y les afecta la función respiratoria, aumenta el riesgo de cáncer lo cual le puede producir hasta la muerte.

Las mujeres que son adictas a la heroína o a la morfina y la codeína tiene mayor probabilidad de dar a luz a bebés prematuros que serán adictos a las mismas drogas.

Al revisar todas las consecuencias que trae el consumir cualquier tipo de drogas ya sean legales o ilegales hay que tener conciencia de que somos personas responsables de otra vida y que esa vida no puede defenderse por sí sola, por lo tanto tenemos que ser conscientes con lo que llevamos dentro de nuestro vientre que son nuestros hijos y que por la irresponsabilidad de cada uno de nosotros pueden nacer con algún defecto ya sea físico o mental lo que le perjudicará en su desarrollo, y por lo tanto, en sus vidas y en las nuestras.

#### **2.1.6. Enfoque Integrativo Supraparadigmático y los Trastornos Adictivos:**

Las personas que consumen drogas parecieran hacerlo buscando ya sea el efecto que éstas causan en la conducta, ánimo y/o percepción del mundo. No obstante, en la actualidad esta enfermedad médica es conceptualizada como una patología multicausada y compleja, que requiere del abordaje clínico en varios ámbitos de la persona enferma. En otras palabras, existen varios factores que ayudarían a explicar por qué una persona se inicia en el consumo de alguna droga, por qué persistiría en el consumo pese a los efectos a largo plazo nocivos y cómo una persona puede pasar de ser un consumidor a un abusador y dependiente. Así, la drogodependencia constituye un

síndrome clínico de una etiología y abordaje terapéutico complejo, no sólo a nivel médico o psicológico.

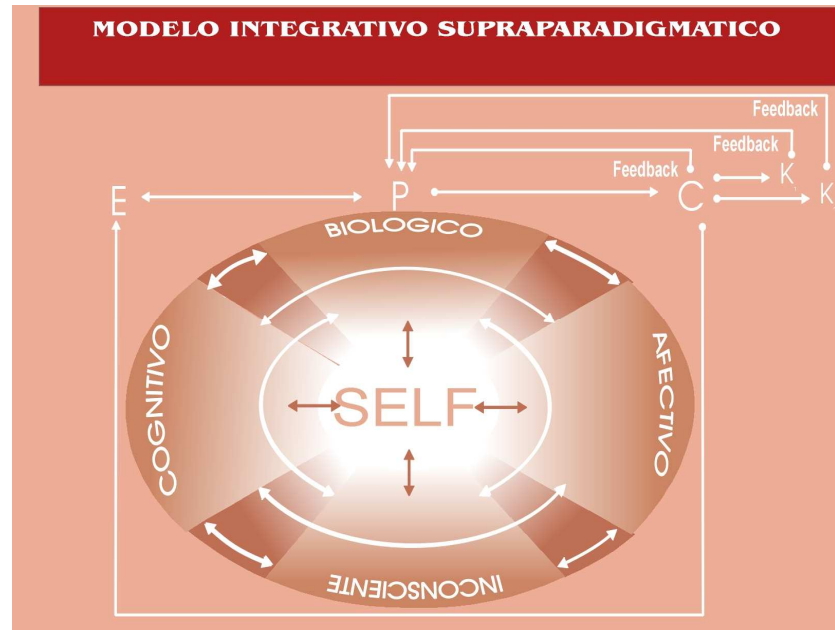
Por esta razón, a continuación se abordará esta problemática a la luz del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (Opazo, 2001) desarrollado en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI), cuyas características permiten realizar un aporte más completo, ordenador y orientador a la comprensión de esta problemática y más específicamente al tratamiento de la misma.

El Enfoque Integrativo propuesto por Opazo (2001) apunta a la integración de los distintos principios de influencia y fuerzas de cambio presentes en los subsistemas Biológico, Ambiental/conductual, Afectivo, Cognitivo, Inconsciente y Sistémico del ser humano- todos integrados y coordinados en el sistema Self- para el abordaje, comprensión e intervención clínica de diferentes problemáticas del área de la salud mental.

En otras palabras, el Enfoque Integrativo fomenta el poder obtener una visión lo más completa posible de cualquier problemática particular, lo que permitirá, a su vez, una mayor potenciación de las intervenciones clínicas del terapeuta, quien contará con diferentes "puertas de entrada" para el abordaje del caso en cuestión.

A la luz del Enfoque Integrativo, se desprende la psicoterapia Integrativa, desde esta es necesario realizar una completa evaluación y diagnóstico integral de la patología, identificando las diferentes fuerzas o principios de influencia y su aporte tanto para la génesis y/o mantención de la problemática (dadas por los paradigmas biológico, ambiental- conductual, afectivo, cognitivo e inconsciente) para así después entrar a intervenir estratégicamente en cada punto detectado. El aporte que el modelo rescata del paradigma sistémico es entender la interdependencia de los principios de influencia de cada paradigma como un todo ordenado, interrelacionado e integrado por el sistema ordenador o Self, a través de mecanismos de retroalimentación e influencia circular.

El Modelo Integrativo puede ser visualizado de la siguiente manera:



**Donde:**      **E** = Estímulo              **P** = Persona  
                   **C** = Conducta              **K1** = Consecuencias Inmediatas  
                   **K2** = Consecuencias Mediatas

#### 2.1.6.1. Paradigma Biológico en trastornos adictivos.

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).

El consumo de drogas evidentemente modifica en 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 responsabilidad de las estructuras cerebrales a determinadas drogas. Así se menciona algunos factores importantes:

- **Vulnerabilidad Genética:** en la actualidad existe una gran cantidad de investigaciones en animales y en humanos (estudios con gemelos y en adopción)

que muestran una relevante influencia genética en el abuso de algunas sustancias, en especial en el desarrollo del alcoholismo y tabaquismo. Así por ejemplo, se ha sugerido que incluso el alcoholismo tendría una relación específica con un gen particular (DRD2), en el cromosoma 11, el cual regularía la sensibilidad de los sitios receptores a la dopamina (Blum et al. 1990, en Santander, 1999).

Otro factor genético que se ha asociado con el alcoholismo tiene que ver con la capacidad del cuerpo para metabolizar el alcohol, el cual sería distinto en distintas razas, con la consiguiente respuesta fisiológica distintiva del cuerpo hacia el alcohol (Barlow et al., 2001). No obstante el sinnúmero de estudios en esta línea, no se ha encontrado de forma concluyente un determinado gen para determinada adicción; asimismo, pareciera que tal vez la genética influiría en la forma en que las personas experimentan ciertas drogas, lo que a su vez podría determinar parcialmente quien se volverá un consumidor en exceso o no (Graña et al., 1996<sup>a</sup>; Muñoz, 1999).

- **Influencias Neurobiológicas:** en su mayor parte, el consumo de determinadas drogas tiene que ver con el efecto que ésta tiene en el organismo, lo que explicaría en parte porqué una persona sigue consumiéndola. Los estudios en neuroanatomía han postulado la existencia de un circuito neurológico del placer o de la gratificación, que explicaría el intenso refuerzo positivo (placer) del consumo de una droga. Este circuito comprendería el sistema dopaminérgico y sus neuronas liberadoras de opiáceos, que comienzan en el área ventral tegmental del mesencéfalo y que abarcan también el núcleo auditivo (núcleo accumbens), proyecciones al sistema límbico y a la corteza orbitofrontal (Barlow et al., 2001; Graña et al., 1996<sup>a</sup>; Muñoz, 1999; Santander, 1999). En este sentido, la mayoría de las drogas provocan alteraciones en el sistema de neurotransmisores, en especial, en el sistema dopaminérgico (aumentando en general sus disponibilidad), de manera directa o indirecta, ya sea alterando la recaptación de este neurotransmisor o su liberación. No obstante, hay muchas drogas que no necesariamente tiene que ver con el placer, sino mas bien con la reducción del dolor (efecto ansiolítico); estas drogas como el alcohol, por ejemplo, también tendrían incidencia en el sistema septal/hipocampal.
- **Cambios estructurales y funcionales en el cerebro:** los cambios estructurales y funcionales en el cerebro producto de una adicción (efecto causado por determinada



droga en el cerebro) funcionarían como un “interruptor” cerebral que llevarían a la persona adicta a manifestar un patrón de consumo compulsivo y a una intensa búsqueda de drogas cuando este interruptor se enciende con un consumo aislado (Feuchtmann et al., 1999)

- **Desarrollo de Tolerancia y Síndrome de Abstinencia:** la mayoría de las drogas alteran, como ya se ha dicho, en forma importante las funciones e incluso la estructura cerebral. Esto lleva a que el organismo, ante reiterados consumos de determinada sustancia, se adapte o se “acostumbre” fisiológicamente hablando a determinada sustancia, lo que llevará a que los efectos percibidos y sentidos por determinado consumo vayan mermando en el tiempo. Esto ocasionará que el patrón de ingesta del adicto cada vez se vaya incrementando, pues cada vez necesitará más de determinada droga para experimentar los mismos efectos que al inicio del consumo (desarrollo de la tolerancia). Este proceso biológico es el que explicaría el por qué se incrementaría sostenidamente el uso de la droga en el tiempo (pasando de abuso a dependencia, por ejemplo). Asimismo, por esta homeostasis del organismo con el consumo de drogas, la suspensión de ésta ocasionará el conocido Síndrome de Abstinencia (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). Luego, no sólo será la búsqueda del placer la que determinará o comandará en parte el consumo de drogas (refuerzo positivo), sino también la supresión del síndrome de abstinencia (refuerzo negativo) (Barlow et al., 2001; Feuchtmann et al., 1999; Muñoz, 1999; Santander, 1999).
- **Variables Temperamentales:** en los últimos años se han generado importantes investigaciones en el campo de la biología para estudiar cómo ciertas disposiciones biológicas neuronales (consideradas por algunos autores como dimensiones de la personalidad) estarían asociadas al consumo compulsivo de drogas, en especial, el alcohol. Un representante relevante de esta corriente es R. Cloninger (Feuchtmann et al., 1999), 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; estos, luego, se asociarían a distintos patrones conductuales predominantes en el individuo (búsqueda de sensaciones, evitación del daño, dependencia a la recompensa o refuerzo). El autor ha aplicado su modelo al estudio del alcoholismo, proponiendo tipos de

alcoholismo, uno de ellos determinado fuertemente por la biología más que por la interacción ambiental.

Por otra parte, ciertos rasgos de personalidad fuertemente influidos desde lo biológico como la inestabilidad emocional (o 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).

- **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., 1996a). 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).

#### 2.1.6.2. Paradigma Ambiental- Conductual en trastornos adictivos

El paradigma Ambiental/Conductual plantea qué 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).

Con respecto a las adicciones, éstas han sido conceptualizadas bajo este paradigma como un hábito desadaptativo o aprendido, a través de diferentes mecanismos de aprendizaje, que explicarían tanto su etiología como su mantención.

- **Condicionamiento Clásico y Operante:** las leyes del aprendizaje más básicas se encuentran a la base de la drogodependencia, considerada como una conducta aprendida. En términos simples, 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<sup>a</sup>; Margolis, 1995; Millar et al., 1999; Santander, 1999).

- La búsqueda de refuerzo en la droga (condicionamiento operante o aprendizaje hecho por la asociación de las consecuencias o efectos de la conducta). Esto se relaciona con la búsqueda de efectos placenteros del consumo de drogas (placer, euforia, energía, etc.) o refuerzo positivo y con la búsqueda de evitar efectos negativos por el no consumo de drogas (evitación, por ejemplo, de los síntomas de la abstinencia) o refuerzo negativo. Como se dijo anteriormente, en sus inicios, el consumo de droga está íntimamente asociado al refuerzo positivo, pero con el desarrollo progresivo de la enfermedad (desarrollo de tolerancia), el patrón de consumo comienza asociarse más con el refuerzo negativo de la conducta. Esto además explicaría, al menos en parte, como el paciente adicto comienza a comandar su conducta por las consecuencias inmediatas de ésta en desmedro de las consecuencias mediatas (visión a corto plazo y mantenedora del ciclo adictivo); así, el adicto progresivamente comienza desinteresarse por aspectos importantes anteriores en su vida con el nivel característico de deterioro.
  - Asociación clásica entre estímulos ambientales que se transforman en gatillantes o generadores de deseos de consumo, al estar asociados temporalmente al patrón de consumo. Es así como la persona adicta no sólo consume ante la presencia de drogas (estimulación directa), sino también es incentivada y gatillada por estímulos ambientales como determinadas situaciones, lugares, personas o estados internos que han sido asociados anteriormente con el consumo.
  - Desarrollo de una tolerancia condicionada o asociada no sólo a variables biológicas sino ambientales.
- **Aprendizaje Social o Vicario:** se han encontrado 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. 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, a nivel familiar se consideran familias de alto riesgo o “favorecedoras” del consumo de drogas aquellas con alto nivel de estrés, familias con problemas de relaciones interpersonales y/o de comunicación entre sus miembros, familias con altos niveles de carencias emocionales, familias con sistemas disciplinarios inconsistentes o demasiados rígidos o permeables, familias 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). En relación al grupo de pares, la búsqueda de pertenencia y la presión social harían proclive a una persona a asimilar las características de su grupo de referencia para validarse, ser aceptado y “ser parte de”.

- **Codependencia** del grupo de referencia y/o familia del paciente adicto (Barlow et al., 2001; Santander, 1999). La codependencia hace referencia 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 con conductas erráticas o que agravan más que erradican el síntoma. En otras palabras, el remedio termina siendo peor que la enfermedad. Un ejemplo gráfico de codependencia se da en aquellas parejas que prefieren que su compañero (a) consuman en el hogar y no fuera de él para evitar los peligros a que se puede someter la persona en ambientes ajenos.
- **Factores ambientales de riesgo:** se han identificado una serie de influencias ambientales consideradas históricamente como factores de riesgo para desarrollar una adicción: (Barley, 1999; Barlow et al., 2001; Clayton, 1992; Guajardo et al., 2003)
  - 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. En este punto se hace relevante la presión social.
  - Influencia de los medios de comunicación de masas (publicidad, por ejemplo).
  - Desempleo y cesantía.
  - Aislamiento social.
- **Repertorio Conductual y Habilidades Sociales:** se ha estudiado 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. En palabras del 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). En el tema de las drogodependencias, se ha visto que los pacientes adictos presentarían un pobre repertorio conductual (pobre manejo del ambiente, en especial social), déficits en habilidades sociales y en asertividad; variables que podrían ser asociadas tanto a la génesis del consumo de drogas (como forma de compensar estos déficits) como a las consecuencias de éste (por el empobrecimiento conductual asociado al consumo crónico).
  - **Pobre percepción de las consecuencias** de la conducta a largo plazo (sólo habría una percepción cortoplacista del consumo y de los efectos buscados, no así de los costos a largo plazo o una minimización o negación de estos) (Guajardo et al., 2003).

### 2.1.6.3. Paradigma Afectivo en trastornos adictivos.

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

- **Búsqueda de placer** o del efecto esperado positivo por el consumo de determinada sustancia, por lo que los procesos hedónicos están claramente ligados como factores etiológicos al consumo de drogas. Incluso, muchas veces no sólo el consumo de drogas puede verse favorecido de alguna manera por la búsqueda de un placer momentáneo o como forma de aliviar afectos en la línea del displacer, sino también puede incluso asociarse al alivio de sentimientos de vacío asociados a la falta de sentido vital y pérdida de trascendencia.
- **Baja tolerancia a la frustración**, a los afectos displacenteros en general y una baja tolerancia para la postergación de sus impulsos y gratificaciones (asociado al paradigma anterior, explicaría la visión corto placista del adicto y la búsqueda inmediata de placer en desmedro de las consecuencias posteriores: pan para hoy día, hambre para mañana) (Feuchtmann et al., 1999; Guajardo et al., 2003; Jonson, 1999; Santander, 1999; White et al., 1998). Asimismo, las personas drogodependientes presentarían umbrales muy altos para afectos positivos (probablemente causado por su consumo crónico) lo que sería un factor mantenedor del consumo (por la necesidad de encontrar una estimulación intensa que traspase los umbrales afectivos y aumente la capacidad de disfrutar). En relación a lo mismo, también se ha observado en pacientes adictos una falla o déficits en su procesamiento emocional, ya sea en la detección, reconocimiento, etiquetamiento y/o expresión de afectos (Feuchtmann et al., 1999).
- **Motivación al cambio del paciente**, como proceso central afectivo y movilizador. En los pacientes adictos, en general la motivación al cambio es baja o no existe y éste constituye uno de los puntos centrales en cualquier tratamiento de las adicciones.
- **Autoestima**, a raíz de lo visto anteriormente, suele detectarse en poblaciones adictas bajos niveles de autoestima (Guajardo et al., 2003; Millar et al., 1999), lo que sería un factor relevante tanto a nivel co-causal como mantenedor.

#### 2.1.6.4. Paradigma Cognitivo en trastornos adictivos

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).

- **Creencias pro consumo o ceremonias**, 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. Así por ejemplo, creencias acerca del efecto inocuo de determinadas sustancias en el organismo (por ejemplo, el uso crónico de marihuana) refuerzan ya sea la búsqueda o consumo inicial de determinadas drogas (por curiosidad o por divertimento) como el uso crónico de ésta. Otro ejemplo de gran raigambre cultural es el consumo de drogas asociado a ceremonias y rituales religiosos o como símbolos de estatus y de pertenencia a determinados grupos (en los adolescentes, por ejemplo, el uso del alcohol y el tabaco marcan de alguna manera el paso de la niñez a la adultez, y se constituyen en todo un símbolo de pertenencia, aceptación del grupo y de hombría incluso) (Barlow et al., 2001).
- **Irracionalidad cognitiva**, en poblaciones de drogodependientes y en la población general también se pueden pesquisar convicciones y expectativas que las personas manejan cognitivamente (consciente e inconscientemente) acerca de la droga y su consumo y que influyen en su conducta. Estas expectativas son específicas ya sea en relación sobre los efectos de determinada droga (expectativas del efecto esperado y deseado), su funcionalidad o instrumentalización (atribución de ciertas propiedades al consumo y droga, como por ejemplo, ver el consumo como una estrategia para suplir ciertos déficits, por ejemplo, la timidez o la ansiedad social). Estos sistemas de creencias y expectativas se pueden asociar en poblaciones adictas a un alto índice de irracionalidad cognitiva, es decir, un funcionamiento cognitivo marcado por una serie de distorsiones y sesgos: pensamiento todo-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<sup>a</sup>; Guajardo et al., 2003; Santander, 1999).

Por otra parte, a partir del trabajo clínico con adictos y estudios en poblaciones de drogodependientes se observan algunas características asociadas al paradigma cognitivo, que más que factores predisponentes o influyentes a nivel etiológico, parecieran jugar un rol mantenedor de la conducta disfuncional de consumo: (Graña et al., 1996<sup>a</sup>; Guajardo et al., 2003; Millar et al., 1999)

- **Baja autoimagen y expectativas de autoeficacia y logro.** Los pacientes drogodependientes, producto de los mismos costos y problemas que comienzan a vivir a raíz de su consumo, comienzan a ver deteriorada su aproximación a la realidad y sus posibilidades de conductas exitosas y reforzantes, en diferentes planos. Esto conlleva a un círculo vicioso en donde la persona va generando una sensación negativa con respecto a si misma y a su conducta, lo que se traduce en una mala percepción de si mismo y bajas expectativas acerca de lo que se es capaz de hacer y lograr.
- **Dificultades con la autoridad** y con el cumplimiento y regulación de la conducta por normativas sociales.
- **Sistema atribucional marcado por un locus de control externo.** Comúnmente, se observa en los pacientes adictos la tendencia a atribuir todo lo que les ocurre a factores ajenos a su comportamiento y decisiones (heteroculpabilidad), con la consiguientes falta de responsabilidad con respecto a su actuar.
- **No presenta conciencia acerca de su enfermedad,** ni del efecto y costos de sus actos con respecto a si 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 pensamientos mantenedores del consumo como “yo lo controlo”.

#### **2.1.6.5. Paradigma Inconsciente en trastornos adictivos**

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).



- **Mecanismos de defensa** (en términos psicodinámicos) como la negación y minimización (Feuchtmann et al., 1999; Jonson, 1999; Santander, 1999). Estos mecanismos estarían al servicio de la mantención del consumo y generarían y reforzarían en el enfermo sentimientos de omnipotencia que compensarían de alguna manera déficit a nivel de autoimagen y autoestima. Asimismo, también se ha planteado que esta “búsqueda” de sentimientos de omnipotencia a través de la droga 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).
- **Construcción de significados internos en la infancia**, los cuales determinarían, años después y en la vida adulta, ciertos estilos de enfrentamiento e interpretación de la realidad. Al respecto, una falla o alteración en los primeros años de vida, determinarían cómo una persona se enfrentará, interactuará e internalizará sus contactos con el medio externo; las primeras experiencias de vida marcarían así una cosmovisión del mundo, de los otros, de los vínculos, todo lo cual buscará autoconfirmarse a lo largo de la vida. Luego, en el campo de las adicciones, el consumo de determinadas drogas sería una reedición de una determinada cosmovisión de la vida y de un determinado patrón de enfrentamiento ante ella. Así, aparece la **funcionalidad** de una sustancia; ésta “ayudaría” a evitar, a no sentir, a asegurar, a confortar y calmar angustias, a otorgar una confianza perdida, etc. Es por esto, que dinámicamente hablando, la adicción ha sido vista, desde el punto de vista psicoanalítico, como una regresión afectiva, especialmente asociada a una fijación en la etapa oral del desarrollo psicosexual. Otros autores psicoanalíticos también han postulado el consumo de drogas como una conducta autoerótica, de carácter narcisista (elección de satisfacción a través de un objeto investido narcisísticamente) (Jonson, 1999).
- **Estímulos subliminales** (estímulos que no se alcanzan a percibir conscientemente pero que de igual forma impactan e influyen al sistema psicológico), dados a través de los medios de información, publicidad y otros, que de alguna manera favorecen el consumo de sustancias, produciéndose

asociaciones mas bien inconscientes de determinadas drogas como “símbolos” de estatus, de poder, de figuración social, de felicidad o de éxito.

- **Alexitimia**, gracias a la influencia de variables más inconscientes (mecanismos defensivos, por ejemplo), suele observarse en personas drogodependientes altos montos de alexitimia (Guajardo et al., 2003).

#### 2.1.6.6. Paradigma sistémico en trastornos adictivos.

- **Sobreprotección, codependencia;** El sistema familiar generalmente presenta serios trastornos, desde mecanismos de sobreprotección, codependencia, inconsistencia en los sistemas de crianza y fallas en los procesos de comunicación (Guajardo, Bagladi, Kushner , 2000).
- **Disfunción familiar;** Ausencia física o funcional de uno o ambos padres, que en el proceso de formación es importante para la seguridad y autoestima.
- **Maltrato infantil;** Maltrato físico, psicológico o sexual en el seno de la familia.

#### 2.1.6.7. Sistema Self en trastornos adictivos.

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático, entiende el sistema self como el punto focal de la experiencia, el punto de confluencia de los subsistemas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo e inconsciente en el marco del sistema total. El self expresa el balance homeostático y la coherencia sistémica del sistema psicológico total (Opazo, 2001), se comporta como un eje regulador, que participa activamente en la generación de significados, manera de pensar, sentir, actuar individual y la intervención del ambiente, posee habilidades para mantener un equilibrio estable y también para reorganizarse tras los procesos de aprendizaje y maduración (Varas, 2005).

Dentro de este modelo el self realiza seis funciones fundamentales, funciones que al verse alteradas pueden influir en la génesis del de drogodependencia.

- **Función de Identidad:** esta función involucra preguntarse ¿quién soy yo? ¿Cómo me siento en relación a mí? ¿Cómo me ven los demás, cómo quiero que me vean?, ¿cómo quiero llegar a ser?. Involucra autoimagen, autoestima, autoeficacia y el ideal del self.

Es necesario el tener una apertura a la respuesta de quién soy, ser flexible frente a las diversas experiencias, pero a la vez es fundamental el tener la capacidad de

mantener una identidad a través del tiempo, la cual pueda ser usada como **trasfondo eficaz**. Llegamos a cada experiencia con una historia personal, con una identidad, la cual constituye el fondo de la experiencia puntual que vive.

- **Función de Significación:** la cual involucra la traducción idiosincrática de la experiencia. Las interrogantes en esta función son ¿cómo traduzco mi experiencia, qué magnifico, qué minimizo, tengo valentía perceptual?. El proceso de significar es un proceso integral: el self va involucrando elementos del entorno y les va otorgando un significado, donde participan los subsistemas biológicos, cognitivos, afectivos, inconscientes y el medio que nos rodea. La significación es función de los diferentes elementos que estructuran el modelo y que se relacionan significativamente con la experiencia objetiva (Opazo, 2001). El self es un co-constructor de la experiencia, la cual viene a ser un encuentro entre lo subjetivo y lo objetivo. En este proceso de significación el self transforma la estimulación sensorial en estímulos efectivos que son los que en definitiva afectan a la persona. Se puede concluir que el sistema self es parcialmente constructor de la experiencia y a la vez es parcialmente construido en cada experiencia (Opazo, 1997).

El self sirve como un filtro o lente a través del cual el mundo es vivenciado, los seres humanos tendemos a seleccionar la información que consideramos relevante y organizarla según determinadas prioridades (Robin, Noren & Cheek, 1999).

- **Función de Conducción Existencial:** involucra el despliegue conductual asertivo. Es decir, implica que la persona posea dentro de sí un variado repertorio conductual y que sepa qué conducta específica realizar en un momento determinado. La misión central es lograr que la persona pueda abrirse espacios para satisfacer sus propias necesidades respetando los derechos de los demás.

Implica preguntarse cuánto me cuesta activarme, si soy perseverante, cuán impulsivo soy, cuán sobrecontrolado soy.

Al participar en ambientes poco variados con un bajo repertorio conductual, la posibilidad de estar expuesto a agentes reforzadores se ve disminuida, lo que facilita y mantiene la pasividad conductual. Esta situación unida con la baja

capacidad de autoreforzamiento que poseen las personas que cursan con problemas adictivos, interfiere con un funcionamiento adecuado de la función de conducción existencial, lo cual a su vez mantiene y cronifica este trastorno como un círculo vicioso.

- **Función de Autoorganización:** el self ingresa información proveniente del medio externo e interno según su propia apertura y flexibilidad. Al ingresar esta información el self requiere reconstituirse, buscando el equilibrio, el mantener una coherencia interna. Implica preguntarse qué experiencias me desorganizan, en qué grado me desorganizo, logro auto organizarme plenamente.
- **Función de Búsqueda de Sentido:** se relaciona con los valores de la persona y la fuerza de éstos para motivarla, cuáles de éstos guían sus decisiones y su actuar, si logra o no actualizar sus potencialidades. Se refiere al hecho de dar sentido y propósito a la existencia.

Es un proceso de cambio progresivo de la persona en el tiempo en el que actualiza sus potencialidades, las que le facilitan la adaptación, le enriquecen sus opciones de bienestar personal y de satisfacción de sus necesidades, le potencian sus opciones de éxito afectivo, social y laboral, y le abren mejores posibilidades de autorrealización (Opazo, 2004).

La mayoría de los estudios con respecto a las drogodependencias corroboran el hecho de que la disposición al uso compulsivo de drogas y la existencia de situaciones de privación sensorio afectivas tempranas en la primera infancia están muy relacionadas con una pobre construcción del sentido de si mismo, facilitando encontrar en el uso de drogas tal significación (Santander, 1999). Es por esto que no es de extrañar como todas las funciones del Self en el paciente adicto estarán alteradas, principalmente a causa del consumo crónico de sustancias:

- El paciente adicto no lograría estructurar y/o mantener una identidad estable y con límites adecuados (identidad difusa y no integrada). Su campo de variación del Self será luego laxo y muy amplio, con la consiguiente impredecibilidad en términos de pensamientos, afectos y conductas que se observan en los pacientes adictos en distintas circunstancias.
- Pobre control de impulsos y estabilidad en la conducta.
- Tendencia a la desorganización.

- Falta de sentido vital.
- Significación de la realidad teñida por el consumo, junto a una pobre autoestima y autoimagen.

En general, se daría una interacción circular entre la problemática de las adicciones y el sistema Self, pues un funcionamiento deficiente del sistema Self y sus funciones generaría el terreno propicio para la experimentación, abuso y desarrollo de una dependencia a drogas; a su vez, el consumo crónico de alguna droga mermaría e interferiría en las funciones del sistema Self, con la consiguiente perpetuación del círculo vicioso.



En resumen, en el cuadro se muestra, utilizando el Enfoque Integrativo Supraparadigmático para la comprensión de los Trastornos Adictivos, sintéticamente los factores etiológicos más relevantes mencionados anteriormente de las drogodependencias.

#### **2.1.7. El Tratamiento de las Drogodependencias:**

En la actualidad se pueden identificar una serie de tratamientos generales para las drogodependencias, todos orientados en relación a la conceptualización que se tenga a la base acerca de esta enfermedad, sus características, variables etiológicas y/o mantenedoras. Así, dadas las complejidades etiológicas y de abordaje en este ámbito, se pueden diferenciar algunos aspectos relevantes en relación a los tratamientos actuales para esta enfermedad:

- Existencia de tratamientos orientados a la abstinencia total de drogas versus tratamientos orientados al control de la ingesta o consumo de drogas, en especial, asociados al consumo de alcohol.
  
- Tratamientos orientados bajo un enfoque médico-sanitario, donde el individuo es considerado un enfermo y su patología es abordada en general por equipos de profesionales multidisciplinarios de la salud mental versus tratamientos con un enfoque más psicosocial, donde el foco es centrarse en el individuo, en sus características y en el medio o contexto social. Estos últimos tratamientos no necesariamente participan profesionales del ámbito de la salud, sino de otras áreas o incluso personas rehabilitadas.

En general, las intervenciones utilizadas en la actualidad, indistintamente del tipo de tratamiento son: Psicoterapia Individual, Psicoterapia grupal- Grupos de Autoayuda, Psicoterapia de Familia y farmacoterapia, que debe ser trabajado en lo posible todos.

Asimismo, en la actualidad existen diversas modalidades de tratamiento, diferenciadas unas de otras en términos de duración del proceso de rehabilitación, abordaje y objetivos, y equipos de personas involucradas. Al respecto, las modalidades más comunes son los tratamientos de desintoxicación (de corta duración y en general con régimen hospitalario), tratamientos ambulatorios (de larga duración, con intervenciones

comúnmente grupales e individuales) y las comunidades terapéuticas (tratamientos de internación voluntaria donde el proceso de recuperación la mayoría de las veces es guiado por adictos rehabilitados y el énfasis se da en la convivencia) (Santander, 1999).

#### **2.1.7.1. Psicoterapia Integrativa en las Adicciones:**

Si se considera las características multidimensionales y multicausales de esta enfermedad, bajo el marco del Enfoque Integrativo Supraparadigmático se hace necesario como primer paso, como ya se mencionó con anterioridad, un completo diagnóstico integral, es decir, una evaluación de los principios de influencia de cada paradigma asociado a la etiología y mantención de las adicciones. Asimismo, este diagnóstico debe involucrar al individuo y a su entorno (acogiéndose la importancia del paradigma sistémico: familia, amigos, redes sociales en general, grupos de referencia, etc.). Sólo una completa evaluación diagnóstica permitirá orientar efectivamente intervenciones y estructurar el tratamiento más adecuado.

Por otra parte, no sólo se hace importante una completa evaluación de las fuerzas de cambio específicas asociadas a esta enfermedad (principios de influencia de cada paradigma), sino también considerar la importancia de las **variables inespecíficas** en juego para movilizar el cambio, tanto por parte del terapeuta (motivación, vocación de ayuda, entrenamiento en el ámbito de las adicciones, tolerancia a la frustración, set de habilidades terapéuticas adecuadas, etc.) como por parte del paciente (motivación y expectativas de cambio, esperanza, conciencia de enfermedad, abstinencia o limpieza de drogas, etc.) y de la misma relación que se puede llegar a establecer entre paciente y terapeuta (confianza, “enganche terapéutico”, etc.).

En resumen, a nivel de tratamiento, se puede sintetizar la aplicación del Enfoque Integrativo a la problemática de las adicciones de la siguiente forma:

##### **2.1.7.1.1. Tratamiento paradigma biológico.**

En cuanto al tratamiento e intervención biológica, de las drogodependencias se puede sugerir:

- Es fundamental realizar el diagnóstico adecuado de cualquier patología médica asociada y/o producida por el consumo de drogas para su adecuado tratamiento médico- farmacológico. Por lo que es necesario una evaluación médica previa.
- Evaluación de daño orgánico por instrumentos específicos (SPECT, TAC, pruebas psicológicas, etc).
- Farmacoterapia cuando corresponda, ya sea para el manejo de los síntomas asociados a la comorbilidad presente, para el manejo del síndrome de abstinencia (desintoxicación) y/o para el manejo de ciertos rasgos de personalidad o temperamentales que hagan peligrar la abstinencia del paciente, o en casos específicos de organicidad.
- El uso de fármacos (agonistas o antagonistas) para ayudar al control de la abstinencia, como una forma de terapia aversiva o descondicionamiento. Ej: uso de antabuz en pacientes alcohólicos, o anticonvulsivantes para disminuir los impulsos.
- La internación u hospitalización de una persona drogodependiente puede favorecer la desintoxicación y abstinencia inmediata, junto con reducir el peligro vital. Esto implica también extremar las medidas de autocuidado de la persona cuando se trata ambulatoriamente.
- Realizar un trabajo en la modificación de los umbrales de sensibilidad del paciente y en su integración sensorial.

#### **2.1.7.1.2. Tratamiento paradigma ambiental conductual.**

Desde la psicoterapia integrativa, considerando la relevancia del paradigma ambiental/conductual, tanto en la génesis como en la mantención de la problemática de las adicciones, es posible mencionar:

- Considerar diferentes estrategias de intervención y cambio ambiental para favorecer la abstinencia o disminución del consumo de drogas; esto implicará intervenir no sólo a nivel individual, sino también a nivel de intervenciones familiares y con otras redes de apoyo que favorezcan la abstinencia y prevengan



- o manejen la codependencia del sistema interpersonal del paciente (Beck et al., 1999; Graña et al., 1996b; Guajardo et al., 2003; Stanton et al., 1991).
- o Trabajar con estrategias de prevención de recaídas, especialmente aquellas orientadas al manejo, prevención y control de estímulos gatillantes y manejo de situaciones de riesgo de consumo (actividades sociales) y deseos de consumir (craving) (Beck et al., 1991; Graña et al., 1996b; Marlatt, 1985).
  - o Considerar intervenciones grupales por sobre intervenciones individuales, favoreciendo la posibilidad de generar un ambiente de aprendizaje y modelaje para el paciente adicto. Las instancias grupales fomentarán más potentemente la motivación al cambio y la posibilidad de regulación de una serie de procesos interpersonales, como por ejemplo, la capacidad de dar y recibir feedback, la capacidad de aprender de otros, de empatizar con otros, etc. Asimismo, permitirá el despliegue y aprendizaje de una serie de habilidades que fomentarán un mayor repertorio conductual en el paciente adicto, mayores habilidades sociales y mayor asertividad (Santander, 1999).
  - o Las intervenciones en el paciente adicto deberán fomentar y reforzar conductas asociadas a la extinción de aprendizajes y condicionamientos ligados al consumo de drogas. Técnicas como la discriminación y control de estímulos, el refuerzo contingente de ciertas conductas, el generar un ambiente patodistónico para el consumo (no reforzador, ni codependiente), etc. se puede aplicar en situaciones de role playing, a través de ensayos conductuales y asignación de tareas, para mejores resultados serán de alta utilidad para manejar las variables y principios de influencias del paradigma ambiental- conductual.
  - o Trabajar en la toma de conciencia de las consecuencias de la conducta, tanto a corto, mediano y largo plazo.
  - o Modificación del estilo de vida del paciente adicto: uso de su tiempo, actividades recreativas y de esparcimiento, etc.

#### **2.1.7.1.3. Tratamiento paradigma afectivo.**

Desde el Enfoque Integrativo considerando la relevancia del paradigma afectivo, se recomendaría:

- El trabajo en el procesamiento emocional en el paciente adicto es de suma relevancia, tanto para incrementar su capacidad de disfrutar naturalmente; bajar los umbrales para afectos positivos; reforzar la capacidad de tolerar afectos displacenteros y “hacerse cargo” de ellos; el poder aprender a reconocer afectos y expresarlos asertivamente, etc. Estrategias que fomenten, por ende, el contacto afectivo en el paciente serían las más recomendables, considerando desde la confrontación directa, el uso de imaginación afectiva guiada, el uso de role playing hasta la expresión y elaboración de aspectos dolorosos de la historia de vida del paciente.
- Fomentar y potenciar el repertorio conductual del paciente para una mayor satisfacción de necesidades (incremento de la conducta pulsante).
- Reforzar en el drogodependiente la capacidad de empatía y el reconocimiento de necesidades y afectos no sólo en si mismo sino en otros, lo que se traducirá en mejores relaciones humanas y, por ende, en una mayor fuente de afectos y contención emocional.
- El trabajo en la motivación al cambio del paciente (para la suspensión o disminución del consumo) es de central importancia, pues es la puerta de entrada a cualquier tipo de intervención y posibilidad de tratamiento. La motivación se puede ir trabajando gradualmente, y no sólo necesariamente con el paciente mismo, sino también con su sistema de redes, el cual de alguna manera co-ayude al cambio y a que la abstinencia y rehabilitación tengan un sentido para el enfermo. Dedicar un tiempo incluso para sólo trabajar en entrevistas motivacionales con el paciente es central (Millar et al., 1999).

#### **2.1.7.1.4. Tratamiento paradigma cognitivo.**

Desde el Enfoque Integrativo considerando los principios de influencia y factores mantenedores del consumo del paradigma cognitivo, se recomendaría:

- Trabajo inicial, a través de la psicoeducación y confrontación especialmente, en conciencia de enfermedad, es decir, trabajar en que la persona tome conciencia de su patología, la conozca y se haga cargo. Al respecto, las intervenciones psicoeducacionales, tanto para el paciente como para su red de apoyo (familia,

pareja, etc.) son de suma importancia y son el principal factor (junto con la motivación al cambio) para generar un cambio conductual que transforme o modifique el patrón de consumo del enfermo.

- Toda intervención en el paciente adicto deberá orientarse a generar un locus de control interno (cambio atribucional) con respecto a su enfermedad (“hacerse cargo”), como también a generar expectativas de cambio y de logro, a través de la consecución de metas de corto plazo y reforzantes contingentemente. Es así como el logro de tiempos limitados de abstinencia, el uso de refuerzos contingentes, el paso a diferentes etapas en un tratamiento de rehabilitación, por ejemplo, están orientados a incrementar la autoeficacia del paciente y de su red.
- Uso de técnicas de reestructuración cognitiva para manejar mitos, expectativas irreales de cambio y acerca de la droga, como también acerca de la enfermedad adictiva.
- Un trabajo de gran relevancia en todo tratamiento para la rehabilitación de pacientes adicto debe considerar la educación y entrenamiento en estrategias de prevención de recaídas: aprender a reconocer señales de alerta; lograr el control de estímulos gatillantes y el desarrollo de estrategias de enfrentamiento a situaciones de alto riesgo; el entrenamiento para pesquisar señales de alerta o cambios personales a nivel cognitivo-emocional y conductual que hablan de un proceso de recaída; etc. En general, las estrategias de prevención de recaídas apuntan a un fortalecimiento en el autocontrol del paciente y la generación de mayores expectativas de autoeficacia y logro.
- Entrenamiento en habilidades de resolución de conflictos y problemas.

#### **2.1.7.1.5. Tratamiento paradigma inconsciente.**

Desde el Enfoque Integrativo considerando los principios de influencia y factores mantenedores del consumo en el paradigma inconsciente, se recomendaría:

- Generar egodistorsión en el paciente con respecto a su funcionamiento para reforzar y fomentar conciencia de enfermedad.
- El uso de la confrontación como estrategia para romper con las barreras y mecanismos defensivos como la negación y minimización. Al respecto, la

confrontación en espacios grupales, con la posibilidad de contar con la retroalimentación de pares también adictos potenciarían aún más la efectividad de esta estrategia.

- El trabajo y elaboración de la autobiografía del paciente, junto con el uso de estrategias generales de autoexploración fomentarán la toma conciencia del paciente con su enfermedad, asimismo con respecto a su mundo interno y mundo afectivo. Esto también favorecerá la identificación y el trabajo de corrección y elaboración en los procesos de significación disfuncionales generados tempranamente.

#### **2.1.7.1.6. Tratamiento paradigma sistémico.**

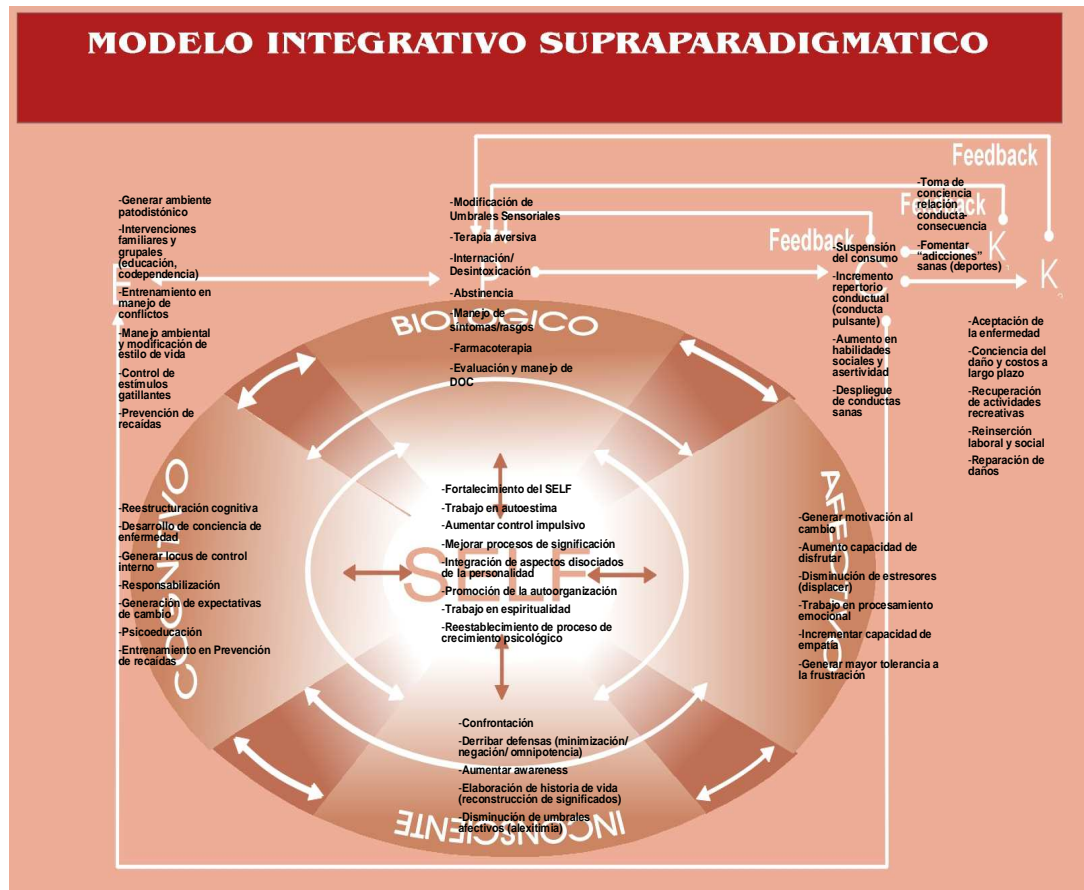
La intervención en el aspecto sistémico, debe considerar:

- Generar ambiente patodistónico.
- Terapia de familia, para fomentar el apoyo y mejorar la comunicación.
- Psicoeducación, trabajar para evitar codependencia.
- Entrenamiento en manejo de conflictos.
- Manejo ambiental y modificación de estilo de vida.
- Control de estímulos gatillantes.
- Prevención de recaídas.

#### **2.1.7.1.7. Tratamiento sistema SELF.**

La intervención para trabajar el sistema SELF, toma en cuenta:

- El fortalecimiento del SELF.
- Trabajar autoestima.
- Aumentar control de los impulsos.
- Mejorar procesos de significación.
- Integración de aspectos disociales de la personalidad.
- Promoción de autoorganización.
- Trabajo de espiritualidad.
- Restablecimiento de proceso de crecimiento psicológico.



En el cuadro se muestra las intervenciones desde las características multidimensionales de esta enfermedad, bajo el marco del Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

### **III.MARCO CONTEXTUAL**

#### **3.1. Antecedente de cárceles en el mundo.**

En 1844 el Gobierno Francés dio a conocer a sus prefectos sobre la construcción de las cárceles departamentales para que las autoridades comiencen la construcción de dichas cárceles con el fin de tener un mayor control de los delincuentes y evitar las fugas en esa época de cárceles, insalubres, desaseadas inadecuadas, sin medidas de precaución y seguridad ofrecen la mayor parte de ellos evasión a los delincuentes y todas se encuentran sujetas a un régimen que contribuye a la desmoralización y aumento de los criminales, tomando en cuenta estos aspectos tan importantes el Congreso de 19 de julio de 1843 dictaminó la creación de cárceles los cuales deben tener un muro de 3 metros de alto indicando que a pesar de la construcción de ambas cárceles se mantendrán las casas de detención para condenados, enjuiciados y aprehendidos, que perpetuarán la desmoralización conservando el régimen de esos años. (Archivos Bolivianos, 1894)

El primer Penitenciario de México fue en Guadalajara, bajo el modelo de Filadelfia, a mitad del siglo XIX, hasta la construcción física y legislativa para el establecimiento de los modernos reclusorios en el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco. (García, 2001)

La prisión ha tenido un desenvolvimiento y un aspecto ambivalentes; por un lado, fue bienhechora, en tanto sustituyó a la pena de muerte; pero por otro fue malhechora, en cuanto sirvió para recluir y olvidar a los adversarios de un régimen o de un señor, o simplemente para aliviar una molestia o corresponder a un capricho. (Archivos Bolivianos, 1894)

En la constitución se dieron los antecedentes del funcionamiento de sistema penitenciario, posteriormente se hicieron modificaciones acorde a necesidad, para respetar los derechos de las personas.

#### **3.2. Psiquiatría penitenciaria.**

La idea de construir el primer manicomio propiamente judicial surge en 1886, pues «dado el rápido avance que en Europa había alcanzado la medicina legal no es nada

extraño que hubiese personas influyentes interesadas en el proyecto de manicomio judicial» (Simarro o Esquerdo). (Espinoza 1966). El 13 de diciembre de 1886 se dispuso la creación en Madrid de un *Manicomio penal*, pero la operación no se llevaría a cabo. A partir de 1887 se irán trasladando reclusos enajenados al Manicomio de Santa Isabel de Leganés. Pero las protestas por estos traslados provocarían bien pronto su expulsión. (García, 2001)

En 1888 se hace una estadística de la situación de los locos criminales, que da como resultado: 220 locos varones y 18 mujeres, repartidos entre los hospitales de Elda (Alicante), Agudos (Córdoba), Gerona, Santa Cruz (Barcelona), y Málaga y los manicomios de San Baudilio de Llobregat, Castellón, Cádiz, Conxo de Santiago, Granada, Santa Isabel, Instituto frenopático de Las Corts (Barcelona), Murcia, Toledo, Valladolid y Zaragoza. (García, 2001)

Los proyectos de creación de este tipo de establecimientos se suceden (Alonso Martínez y Sagasta en 1888; nuevamente Alonso Martínez en 1894), pero siempre sin resultado. (García, 2001)

Se improvisó entonces una Penitenciaría Hospital en El Puerto de Santa María, que fue dotada de un Reglamento provisional por Real Orden de 20-3-1894. Este primer psiquiátrico penitenciario, contaba entonces con cinco secciones: ancianos, inútiles, enfermos crónicos, enfermos agudos y enfermos mentales. La 5.<sup>a</sup> sección se dividió en las siguientes dependencias: tranquilos, semitranquilos, agitados, sucios, epilépticos y enfermos en observación (Riera, J., «Los hospitales especializados en el siglo XIX», *Asclepio*, XXI, 1969).

La necesidad de un establecimiento penitenciario-psiquiátrico, por las consideraciones doctrinales, pero también por los inconvenientes regimentales, es puesta de manifiesto por la Exposición de motivos. Contra todos los preceptos legales y contra todas las sanas intenciones del legislador y del filántropo, hay en muchas cárceles varios individuos con la razón perturbada, que, no obstante, al haber sido declarados por los Tribunales sentenciadores exentos de responsabilidad por causa de enajenación mental, permanecen impropriadamente reclusos con agravación de sus males y hasta con

trastornos en el régimen, y en la disciplina de los establecimientos carcelarios donde moran». (García, 2001)

Desde la segunda mitad del siglo XX, se produjo la transformación de un sistema asistencial basado en el modelo asilar hacia un modelo comunitario, parecería innecesario, desde el punto de vista que existiera una psiquiatría penitenciaria. Sin embargo, la realidad es contundente en demostrarnos que los servicios de salud mental comunitarios no están siendo eficaces en el abordaje preventivo, asistencial y rehabilitador de los pacientes graves, especialmente aquellos en situación de pobreza y exclusión social, los cuales tienen mayor riesgo de incurrir en comportamientos delictivos y que están llegando en proporciones crecientes al medio penitenciario. (Pérez, 2004)

La asamblea nacional Francesa presentó un amplio informe que señalaba la alta tasa de enfermos psiquiátricos en las cárceles y la tasa preocupante de suicidio (140/100.000). En Estados Unidos también la situación es alarmante por carecer de apoyo familiar, por no recibir tratamiento la mayoría, el 75% de los enfermos consumen alcohol y/o drogas, escasos de medios terapéuticos. (Pérez, 2004)

La tasa de prevalencia de trastorno mental en penitenciarios son superiores a las habitualmente encontradas en la población en general.

En Bolivia la situación aun es peor, pues no se cuentan con ambientes para la atención especializada, sólo el Penal de San Roque cuenta con la especialidad de psiquiatría, los demás penitenciarios cuentan con psicólogos. (Camacho, 2009)

### **3.3. Cárceles en Bolivia.**

La historia de la cárcel en nuestro país como en todo el continente, corre paralela a la penalización de la pobreza. Las formas de castigo de la edad media Europea; pasaban, desde marcar los cuerpos y denigrar públicamente al supuesto infractor, hasta la facultad de cualquier conquistador de ordenar la discreción la muerte del indígena (infractor) lo que expresaba plenamente no solo la opresión existente, sino también la escasez de valor humano que se le asignaba. (Informes prefecturales, 1910)



No tuvo mucho cambio bajo la República, durante muchos años bajo la excusa de penalización de la vagancia, se reclutaba la mano de obra de la vagancia por las calles, para de esta manera poder cumplir las altas tasas de ausentismo laboral, producto de la abolición de la mita, esta medida fue desechada por el estado, pero restaurada poco tiempo después, como obligación para lograr fuerzas de trabajo gratuita. (Informes prefecturales, 1910)

Los encierros no eran muy comunes sino como tránsito para otro tipo de castigo, que iba desde la flagelación pública, el marcado del cuerpo y aún la muerte. (Informes prefecturales, 1910)

El supuesto sentido de rehabilitación que acompañaba la legislación importada, jamás pudo ser aplicado a una realidad distinta y heterogénea como la de nuestro país. (Informes prefecturales, 1910)

El primer reglamento carcelario en Bolivia fue elaborado por la asamblea constituyente de 1826 y promulgado dicho año por el Mariscal Sucre, creador de Bolivia, señalaba que: “Los presidiarios andarán siempre con una cadena de fierro en los pies. (Pastoral Penitenciaria, 2004)

Las cárceles son centros netos de castigo, antes que rehabilitación. (Pastoral Penitenciaria, 2004)

La primera cárcel de Bolivia fue creada en Potosí en 1826, la segunda penitenciaria fue la de San Pedro en La Paz en 1895. (Pastoral Penitenciaria, 2004)

Desde la recuperación de la democracia boliviana experimenta un cambio en el sistema carcelario (1982), sus primeros frutos son la construcción de cárceles modernas en Tarija, Cochabamba y Potosí. (Pastoral Penitenciaria, 2004)

#### **3.4. Establecimiento penitenciario Chuquisaca.**

Es un sistema punitivo implantado en la época de la colonia en Charcas, recopilando de las leyes indias; en cada ciudad o villa debía construirse cárceles que contarán con una capilla en la que los alcaldes y carceleros otorgarán fianzas, la cárcel de Charcas al igual

que otras cárceles de América tenían carácter tanto público como privado, estas tenían muy poca seguridad. (El Deber, 1925)

Los recintos carcelarios privados se encontraban en las haciendas, los conventos y las casas particulares, los reos no tenían obligaciones de trabajar, sin embargo en las cárceles públicas los presos tenían la obligación de trabajar, los obrajes y los recintos carcelarios estaban destinados exclusivamente a los indígenas que cumplían diversas condenas, las panaderías eran recintos carcelarios donde no solo los indígenas cumplían condena sino otros reos por deudas y otros delitos. (El Deber, 1925)

Después de la independencia y la creación del estado boliviano, el código Penal pidió encarcelamiento bajo todas sus formas y casi con todos los castigos posibles llegando incluso hasta la muerte.

Desde los primeros años de existencia se estableció un nuevo sistema carcelario en Bolivia creando cárceles en cada capital de departamento y posteriormente en las provincias. (El Deber, 1925)

Hasta el año 1894, la cárcel pública funcionaba en un Hospicio, siendo este inadecuado para las funciones que cumple. (Archivos Bolivianos, 1894)

Por orden del Ministerio de Justicia, el 10 de agosto, los presos fueron trasladados a un edificio que ofrecía mejores condiciones de seguridad e higiene, siendo trasladados a la cárcel que se encuentra situada en la calle Cortés con frente al Sud Este entre las calles San Alberto y Camargo. (Archivos Bolivianos, 1894)

Situación que permitirá activar la construcción del teatro, que actualmente se conoce como el Teatro “Gran Mariscal”, terreno obtenido por el Príncipe de la Glorieta con fines recreacionales. (Archivos Bolivianos, 1894)

Considerando la infraestructura, esta tiene una planta baja y una parte de la edificación es antigua y en regular estado de conservación y la otra parte es moderno siendo fácil distinguir por su aspecto y el menor espesor de sus paredes las cuales son de adobe, los revoques son de barro, los techos de teja, los pisos de ladrillo o piedra. El cobertizo del segundo patio es de fierro canaleta llevado por columnatas de fierro, el servicio de agua

es de cuarta baja, esta cárcel es denominada la cárcel de Zudañez por los meses pasados. (Archivos Bolivianos, 1894)

- el 26 de noviembre de 1900 fue nombrado el Señor José G. Negrillo Canónigo Penitenciario después de rendir examen.

El 21 de enero de 1901 en la casa de corrección se establecen los oficios de zapatería, sastrería y carpintería a merced de un obsequio del señor presidente de la república y el presidente de la Corte Suprema, implantando talleres a fin de dar ocupación a las personas que se encuentran detenidos. (El Deber, 1925)

En mandato prefectural del señor J. Cupertino Arteaga se tuvo adquisición de 571.5 mt<sup>2</sup> de terreno en Tarabuco, con el motivo de dar arreglo a la infraestructura y necesidades de los internos, en el mismo año se comenzó a edificar la cárcel de Azurduy dando cumplimiento a la ley del 7 de octubre de 1909, se debe doblar los ingresos económicos de los presos para una mejor alimentación debido a que con la suma de Bs. 3600 se atendía a los presos de la Capital, Camargo y Padilla. (El Deber, 1925)

En el año 1921 el Prefecto de Chuquisaca, el Señor Carlos Arce, hace una solicitud de reparaciones de urgencias, en la cárcel Pública, en especial los corredores, cuyos pisos de ladrillo están tan movidos y destruidos. (El Deber, 1925)

En el año 1924 el Sr. José Pastor Sainz quien estuvo como prefecto dio la orden de que la policía fuera la encargada de resguardar el orden público, su acción se concreta al mantenimiento de la tranquilidad del vecindario; a la represión de los hurtos, persecución de criminales y ejercicio de las demás atribuciones que le están señaladas por ley. (El Deber, 1925)

El 31 de marzo se lleva a cabo una visita trimestral a la cárcel del Ministro Dr. Abel Torrico y el Fiscal de Distrito Julio Oroza y demás funcionarios del ramo de la justicia entre tantos asuntos que se tocaron se toma en cuenta el punto de la destrucción de la cárcel ya que esta no ofrece ninguna seguridad por el mal estado en el que se encuentra siendo frecuentes las evacuaciones. (El Deber, 1925)

Tomando en cuenta el sistema penal vigente se impone la necesidad de introducir modificaciones sustanciales a la legislación de la república debido a un informe enviado por el ministro de justicia hacia el prefecto de la ciudad y por el mal estado en el que se encuentra el edificio que actualmente ocupa la cárcel y siendo más inseguro que seguro y existiendo un desnivel de 7.10 mt. Que existe en la planta baja y la quebrada de santa catalina, llama la atención de las autoridades para el arreglo de la cárcel, considerando importante la adaptación de algún inmueble para el funcionamiento de la nueva cárcel, contando con un presupuesto de Bs. 10.000. (El Deber, 1925)

Considerando que es una necesidad es importante procurar la seguridad y mejor alojamiento de aquellas personas que incumplían las leyes.

Tomando en cuenta las constantes quejas que realizaban los presos por la infraestructura, falta de seguridad, el riesgo que corren la vida de los internos, ya que se encontraban en peligro porque las celdas son húmedas, no recibían luz del sol, constantemente se presentaban fugas de los internos ya que no se contaban con custodios y por la inadecuada infraestructura no se podía hacer responsable a los encargados de la cárcel de estos sucesos.

La construcción de la nueva cárcel tuvo un costo de 10.000 Bs. El apoyo del Tesoro Nacional y el presupuesto departamental.

Se hizo la entrega de la nueva cárcel utilizando la antigua cárcel para el cuartel de San Francisco.

La construcción de la nueva cárcel se la realizó sobre 1871 mt<sup>2</sup> de superficie; el penal contaba con dos alas, una de varones y otra de mujeres, ambos separados con distintos ingresos, el ala para los internos varones con tres pabellones, ocupados sin ningún tipo de diferenciación, sin discriminación alguna de grado de peligrosidad, status jurídico, tipo de sentencia, acomodados según el tiempo de antigüedad que tengan en el recinto carcelario. (El Deber, 1925)

En 1985 se construyó el pabellón de mujeres y la cancha deportiva, en el año 1997 se realiza la construcción del muro perimetral y los 4 puestos de centinelas que es lo que brinda mayor apariencia de cárcel. (Camacho, 2009)

Gestión 2010, se derrumba el segundo pabellón, para construir nuevos ambientes, con proyección a un segundo piso. Llegando a construir la primera planta con financiamiento de Ministerio de Gobierno, dejando el segundo piso para posterior gestión. El mismo se dio uso para albergar a internos con diferentes delitos o situación jurídica, mejorando de alguna manera la calidad de vida de los internos en vista de que estos se encontraban en total hacinamiento, aunque no se logró cubrir las necesidades.

En la gestión 2011, se encuentra en construcción los talleres para terapia laboral, ambientes grandes en la parte posterior del penal, además de la construcción del segundo piso del segundo pabellón. A pesar de todos los esfuerzos no se logra brindar mejor calidad de vida a los internos pues se encuentran en estado de hacinamiento, descansando muchos de ellos en la llamada capilla, en colchones tendidos en el piso. Otros descansan en el comedor, en colchones también en el piso o en los mesones, donde en el día sirve para recibir visitas.

A la fecha se encuentra en trámite la construcción de un nuevo Penal que cumpla con las normas de Régimen Penitenciario, además de ofrecer un pabellón psiquiátrico, que sería el primero en Bolivia.

La Honorable Alcaldía Municipal de Sucre ha ofrecido terrenos para tal efecto en tres lugares, a la fecha se encuentra en proceso de estudio para elegir el terreno que cumpla con los requisitos, como son la cercanía a un centro de salud, lejanía de carretera troncal, etc.

Respecto a los antecedentes en el mes de noviembre del 2007 se produjo la fuga masiva por el abandono del personal policial en todo el departamento, a consecuencia de conflictos sociales de Chuquisaca, por reivindicaciones departamentales. De los fugados muchos retornaron voluntariamente, incluso algunos se quedaron en el penal cuidando el mismo, realizando ellos sus rondas organizándose en turnos, otros que de

inicio se hacían presentes en el día a firmar el libro de asistencia, pues sus cosas se habían quemado. Hasta el retorno del personal de seguridad.

### **3.5. Políticas penitenciarias**

Vivir en las cárceles en países en desarrollo como el de Bolivia es sufrir las mismas o peores condiciones de los que están fuera del encierro, es decir la cárcel expresa y refleja a la sociedad.

La justificación rehabilitadora construida alrededor del régimen penitenciario en general, aunque resulte falsa en los hechos, no es nada mas que eso, un discurso justificados y una fuente de trabajo para un hacinamiento insoportable, escasez, estrechez y aumento de la miseria del privado de libertad, sufrimiento intenso para la familia, conculcación de las oportunidades de mejorar sus condiciones, muchas veces contagio de enfermedades y caída en peores redes de corrupción, adicción e ilegalidad, son quizás lo único que si existe dentro de las prisiones bolivianas. De ahí el permanente reclamo de la población penal que denuncia el encierro como mayor castigo y el pretendido control como abuso y sometimiento.

Las metas de las políticas penitenciarias: ¿Cuáles deben ser los elementos que debe atender y desarrolla un penitenciarismo moderno, técnico y científico?

Ellos son, de conformidad con lo establecido por los estudiosos en la materia, los siguientes: Principio de legalidad, personal idóneo, instalaciones adecuadas, individualización del tratamiento, determinación penal, ayuda post-institucional y auxilio a la victima del delito, apoyo paralelo a la familia del agresor, reconstrucción del núcleo social que tiene como centro la familia, la víctima y la comunidad.

La esencia de la punición (ante todo la privación de libertad) debe ser un medio de reeducación de los agresores y su retorno a la sociedad como personas útiles, así mismo y si la pena persigue un fin utilitario, librar de agresores a la sociedad, aislarlos en los establecimientos penitenciarios solo si existieran las condiciones de rehabilitarlos.

Una política penal y penitenciaria debe partir de las siguientes exigencias:

- Enfoque diferencial respecto a los agresores.
- Empleo – además de la pena de privación de libertad – de todos los medios de influencia sobre agresores.
- Prevenir que se efectúen nuevas agresiones tanto por los que tienen penas, como por los otros individuos.
- Desarrollar tareas de seguridad ciudadana comprendiendo los factores sociales, económicos, políticos y culturales del surgimiento de la agresión.

### **3.6. Administración Penitenciaria y de Supervisión.**

Art. 45. (Estructura y organización). La administración de régimen penitenciario y de supervisión está conformada por: (código 2298)

- 1) La Dirección General de Régimen Penitenciario y supervisión.
- 2) La Dirección Nacional de Seguridad penitenciaria.
- 3) El Consejo Consultivo Nacional.
- 4) Las Direcciones Departamentales de Régimen penitenciario y Supervisión.
- 5) Los Consejos Consultivos Departamentales.
- 6) Las Direcciones de los establecimientos penitenciarios.

Art. 46. (Dependencia). La administración penitenciaria y de Supervisión depende del Ministerios de Justicia y Derechos Humanos, a través del Vice ministerio de Justicia. (Ley de Ejecución penal y Supervisión, 2001). Hecho que en la actualidad no se cumple, pues la dependencia es del Ministerio de Gobierno.

### **3.7. Código Penal de Bolivia.**

Entre los documentos a considerar se encuentra el Código Penal de Bolivia, que fue aprobado por DECRETO SUPREMO N° 0667 durante la presidencia de Evo Morales Ayma Presidente Constitucional Del Estado Plurinacional De Bolivia

EN CONSEJO DE MINISTROS, D E C R E T A:

ARTÍCULO ÚNICO.-Se aprueba el Texto Ordenado del Código Penal, conforme las Leyes N° 1674, de 15 de diciembre de 1995; N° 1768, de 10 de marzo de 1997; N° 1778, de 18 de marzo de 1997; Código de Procedimiento Penal, aprobado por Ley N° 1970, de 25 de marzo de 1999; N° 2033, de 29 de octubre de 1999, de Protección a las Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual; N° 2298, de 20 de diciembre de 2001, de Ejecución Penal y Supervisión.

Mismo que considera el trato de los pacientes en el CAPÍTULO II

### **Bases De La Punibilidad.**

**Art. 11.-** I. Está exento de responsabilidad:

1. (LEGÍTIMA DEFENSA).- El que en defensa de cualquier derecho, propio o ajeno, rechaza una agresión injusta y actual, siempre que hubiere necesidad racional de la defensa y no existiese evidente desproporción del medio empleado. 2. (EJERCICIO DE UN DERECHO, OFICIO O CARGO, CUMPLIMIENTO DE LA LEY O DE UN DEBER).- El que en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo, cumplimiento de la ley o de un deber, vulnera un bien jurídico ajeno.

II. El exceso en las situaciones anteriores será sancionado con la pena fijada para el delito culposo. Cuando proviniere de una excitación o turbación justificables por las circunstancias concomitantes en el momento del hecho, estará exento de pena.

**Art. 17.- inimputabilidad.** Está exento de pena el que en el momento del hecho por enfermedad mental o por grave perturbación de la conciencia o por grave insuficiencia de la inteligencia, no pueda comprender la anti juridicidad de su acción o conducirse de acuerdo a esta comprensión.

**Art. 18.- Semi imputabilidad.** Cuando las circunstancias de las causales señaladas en el artículo anterior no excluyan totalmente la capacidad de comprender la anti juridicidad de su acción o conducirse de acuerdo a esta comprensión, sino que la



disminuyan notablemente, el juez atenuará la pena conforme al art. 39 o decretará la medida de seguridad más conveniente.

**Art. 19.- Actio libera in causa.** El que voluntariamente provoque su incapacidad para cometer un delito, será sancionado con la pena prevista para el delito doloso, si debía haber previsto la realización del tipo penal, será sancionado por la pena del delito culposo. (Código Penal, 1999)

## **IV.METODOLOGIA**

### **4.1. OBJETIVOS**

#### **4.1.1. Objetivo General:**

Determinar los factores asociados a drogodependencia en internos adictos del Penal de San Roque, desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático gestión 2011.

#### **4.1.2. Objetivos Específicos**

- Describir los factores asociados a drogodependencia en internos adictos del Penal de San Roque desde el paradigma cognitivo.
- Describir los factores asociados a drogodependencia en internos adictos del Penal de San Roque desde el paradigma afectivo.
- Describir los factores asociados a drogodependencia en internos adictos del Penal de San Roque desde el paradigma inconsciente.
- Describir los factores asociados a drogodependencia en internos adictos del Penal de San Roque desde el paradigma ambiental.
- Describir los factores asociados a drogodependencia en internos adictos del Penal de San Roque desde el paradigma biológico.
- Describir los factores asociados a drogodependencia en internos adictos del Penal de San Roque desde el paradigma sistémico.

#### **4.2. Tipo de diseño:**

El diseño es no experimental, de tipo descriptivo y transversal, ya que busca describir y analizar las variables en estudio.

#### **4.3. Población:**

La población de estudio son los internos del Penal de San Roque que tienen como antecedente la adicción a sustancias psicoactivas.

#### **4.4. Características de la Muestra:**

En este estudio se trabajará con la muestra de 30 internos que tienen el diagnóstico de adicción, de sexo masculino comprendido entre las edades de 18 a 46 años.

El instrumento se administró en el consultorio de psiquiatría de Régimen Penitenciario a los internos con diagnóstico de adicción, durante los meses de enero a marzo de 2011.

#### **4.5. Instrumentos:**

**FECI.-** Se utilizó la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) es un instrumento que permite una evaluación integral del sujeto y que busca dar luces en cada uno de los paradigmas que componen el modelo y en las funciones del Sistema Self. Dicho instrumento se denomina Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI). El FECI es un cuestionario de auto-reporte que responde el paciente en las primeras sesiones. En él, la persona se auto-describe, explicita su autoimagen, su autoestima y sus expectativas de eficacia personal, describe sus formas de procesar información, sus modalidades de autocontrol y su administración conductual. El FECI integra escalas validadas a nivel internacional (E.P.Q. de Eysenk, Test de Asertividad de Rathus, Sub-Escala Gambrill y Ritchie, etc.) y otras escalas desarrolladas por el equipo de profesionales del ICPSI, a partir de la práctica clínica (Escala de Síntomas, Depresión, Ansiedad, Autoimagen, Irracionalidad Cognitiva, Satisfacción de Necesidades, Repertorio de Conductas Sociales, Satisfacción de Pareja, Vulnerabilidad Biológica, Escala de Sentido de Vida, Perfeccionismo). En total contiene 19 escalas clínicas de puntaje cuantitativo. (Bejer 2009)

El FECI posee las ventajas y desventajas de un auto-reporte; por ello se complementan los datos aportados por la ficha con la observación clínica. Una ventaja importante de este instrumento es que obliga a mirar cada uno de los sub-paradigmas contemplados en el Supraparadigma Integrativo, así como al sistema Self del paciente. Así, aporta a la facilitación de la relación diagnóstico – psicoterapia. El desglose específico de cada paradigma permite observar el funcionamiento del sujeto en esa área y establecer procedimientos terapéuticos específicos. (Opazo, 2001)

El aporte del FECI es cuantitativo en la medida que permite el acceso a puntajes de las diferentes escalas y es cualitativo en la medida que recoge descripciones y opiniones del paciente en relación con sus diferentes características. (Bejer 2009)

Dentro de los aportes cuantitativos encontramos las escalas clínicas descritas en variables.

### **Cuestionario sobre consumo de sustancias.**

#### **4.6. Variables a Estudiar:**

Para los objetivos de la presente investigación, se consideró la variable drogodependencia como variable dependiente, los factores asociados como variables independientes.

Entre ellas se encuentran las siguientes:

- **Diagnóstico de consumo de sustancias en el sistema CIE 10 (Clasificación internacional de enfermedades).**
  - 1) F19.2 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, síndrome de dependencia
  - 2) F19.3 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, estado de abstinencia
  - 3) F19.5 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, trastorno psicótico
- **Edad.-** Alude a la edad que tiene el sujeto al momento de contestar el cuestionario. Las categorías por edades se establecieron de la siguiente manera:
  - 1) 18 a 27 años
  - 2) 28 a 37 años
  - 3) 38 a 47 años

- **Nivel de estudios cursado.**- Último grado de escolaridad vencido.

- 1) Analfabeto
- 2) Primaria
- 3) Secundaria
- 4) Superior

- **Lugar de nacimiento.**- Departamento donde nació.

- 1) Sucre
- 2) La Paz
- 3) Cochabamba
- 4) Potosí
- 5) Oruro
- 6) Tarija
- 7) Pando
- 8) Beni
- 9) Santa Cruz
- 10) Extranjero

- **Estado civil:** se categorizó de la siguiente manera:

- 1) Soltero
- 2) Casado
- 3) Viudo
- 4) Convivientes
- 5) Separados

- **Ocupación.** Se refiere a la actividad principal que realizaba la persona antes del ingreso al penal. La ocupación no corresponde necesariamente al nivel de escolaridad alcanzada por la persona. Las categorías usadas son:

- 0) Ninguno
- 1) Artesano

- 2) Carpintero
- 3) Albañil
- 4) Comercio
- 5) Abogado
- 6) Estudiante

- **Severidad de sus problemas actuales.**- Grado en que la persona evalúa como graves y/o limitantes sus problemas psicológicos actuales. Las categorías son:

- 1) Poco severos
- 2) Neutro
- 3) Muy severos

- **Edad de inicio de consumo de sustancias.**- Alude a la edad en la que el interno inició el consumo de sustancias. Las categorías por edades se establecieron de la siguiente manera:

- 1) 6 a 15 años
- 2) 16 a 25 años

- **Primera droga que consumió.**- La primera droga que el interno consumió, sin que esto signifique que fue la que más consumió.

- 1) Marihuana
- 2) Cocaína
- 3) Clefa
- 4) Alcohol

- **Drogas que consumió.**- Todas las drogas que en algún momento el interno consumió.

- 1) Marihuana
- 2) Cocaína
- 3) Cristal
- 4) Pasta base
- 5) Clefa

- 6) Tabletas
- 7) Alcohol

- **Droga más consumida.-** La droga que más consumió.

- 1) Marihuana
- 2) Cocaína
- 3) Alcohol
- 4) Pasta base
- 5) Clefa
- 6) Tabletas

- **Lo que buscaba con el consumo.-** Los efectos que el interno buscaba con el consumo de sustancias.

- 1) Ser aceptado por amigos
- 2) Mayor felicidad
- 3) Desinhibirse
- 4) Sentirse exitoso
- 5) Ser más eficiente
- 6) Aliviar un dolor
- 7) Serenarse
- 8) Potenciar su sexualidad
- 9) Ser más fuerte
- 10) Superar la timidez
- 11) Sentirse más relajado

- **Involucrado en alguna de las siguientes situaciones.-** Situaciones en las que se vio implicado durante el tiempo de consumo.

- 1) Involucrado en peleas en la calle
- 2) Robos a extraños
- 3) Robos con violencia
- 4) Robos a un familiar

- 5) Agresiones con armas
- 6) Accidentes de tránsito
- 7) Riñas con amigos
- 8) Otra situación

- **Con quienes consumía.-** Con quienes o dónde consumía el interno.

- 1) Consumía solo
- 2) Consumía con amigos
- 3) Consumía con pareja
- 4) Consumía en el trabajo
- 5) Consumía en el colegio
- 6) Consumía con desconocidos
- 7) Consumía en fiestas

#### **Paradigma Biológico:**

- **Escalas de neuroticismo EPQ.-** Esta dimensión evalúa dentro de un continuo el nivel de emotividad displacentera (pena, rabia, ansiedad, etc.) del sujeto versus su nivel de estabilidad emocional. Fue medido a través del cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ), desde el FECI. Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto en el autoreporte FECI. Los rangos y sus respectivos puntajes, para cada categoría son los siguientes:

Rango	Puntaje
Bajo	0 a 10
Medio	11 a 15
Alto	16 a 22

- **Escala de extroversión EPQ.-** Esta dimensión evalúa el tipo de orientación del sujeto hacia el mundo, ya sea externa o interna, respectivamente. Fue medido a través del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), desde el FECI. Se



categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto en el autoreporte FECCI. Los rangos y sus respectivos puntajes, para cada categoría son los siguientes:

Rango	Puntaje
Bajo	0 a 9
Medio	10 a 13
Alto	14 a 20

#### **Escala de psicoticismo EPQ.-**

Esta escala evalúa el grado de psicopatía, agresividad, terquedad e impulsividad presentados por el sujeto (Bagladi, 2003). Así, dentro del ICPSI se hace utiliza como un indicador de impulsividad del sujeto.

Se categorizó de acuerdo a los puntajes obtenidos por el sujeto en el autorreporte FECCI, según:

Rango	Puntaje
Bajo	0 a 2
Medio	3 a 4
Alto	5 a 18

**Escala de Mentira/Deseabilidad social del EPQ.-** Es una escala que evalúa el grado de mentira o disimulo que el sujeto manifiesta, además de intentar ser cumplidor de todas las órdenes y promesas de constantes buenos hábitos sociales y de aseo (Aguilar, 1990). Aunque la definición anterior es aplicable a muestra no clínica, se puede entender que la población que consulta para ser ayudada por medio de la psicoterapia está dispuesta a ser honesta y responder sin ánimo de engaño o disimulo, es así que cuando esta escala aparece alta puede apuntar más bien a la manifestación sintomatológica y/o problemáticas de consulta asociadas a la necesidad del sujeto de mostrar pautas de conductas aprobadas o aceptadas socialmente. (Bagladi, 2002a)

Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto, en el autoreporte FECCI. Los rangos y sus respectivos puntajes, para cada categoría, son los siguientes:

Rango	Puntaje
Bajo	0 a 7
Medio	8 a 10
Alto	11 a 20

- **Escalas de Ansiedad.-** Es un estado emocional desagradable asociado a cambios psicofisiológicos y que no es respuesta a una situación objetiva como el miedo, sino que es manifestación de un conflicto intrapsíquico. Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto, en el autoreporte FECI, de acuerdo a los síntomas tales como: problemas de atención y concentración, problemas de memoria, mareos, diarreas, transpiración de las manos, bruxismo, como en exceso, sequedad bucal, ideas obsesivas, se fatiga fácilmente, miedos fóbicos, angustia, insomnio, pesadillas, cefaleas, taquicardia, hipocondría, impotencia, frigidez, eyaculación precoz. Los rangos y sus respectivos puntajes, para cada categoría, son los siguientes:

Rango	Puntaje
Bajo	0 a 4
Medio	5 a 7
Alto	8a 21

- **Escala de depresión.-** Estado patológico caracterizado por un decaimiento del sentimiento del valor personal, por pesimismo, y por la inhibición o disminución de las funciones psíquicas. Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto, en el autoreporte FECI, de acuerdo a los síntomas que a continuación se exponen: 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 y evaluación de su vida como poco feliz en el momento actual. Los rangos y sus respectivos puntajes, para cada categoría, son los siguientes:

Rango	Puntaje
Bajo	0 a 4
Medio	5 a 9
Alto	10 a 21

- **Escala de vulnerabilidad biológica.-** Evalúa diferentes indicadores de alteraciones orgánicas, por ejemplo, tipo de parto, problemas del desarrollo, TEC, etc. que pueden o no estar relacionadas con el proceso o estado psicológico actual (Bagladi, 2003). Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto, en el autoreporte FECL. Los rangos y sus respectivos puntajes, para cada categoría, son los siguientes:

Rango	Puntaje
Bajo	0 a 9
Medio	10 a 15
Alto	16 a 46

- **Familia sanguínea con enfermedad mental.** Familiares cercanos que cursen o hayan cursado con enfermedad mental.

- 1) Si
- 2) No.

- **Su madre tuvo problemas en su embarazo.-** Problemas que presentó durante el embarazo.

- 1) Si
- 2) No.

- **Tipo de parto cuando nació.-** Se refiere al tipo de parto que tuvo la madre cuando el paciente nació.

- 1) Normal.
- 2) Prematuro.
- 3) Tardío.
- 4) Por cesárea.

- 5) Con principio de asfixia.
  - 6) Con fórceps.
- **Problemas cuando niño.-** Se refiere a los problemas que puede haber tenido el paciente cuando era niño. De este modo, las categorías se consideran como problemas:
- 1) Para aprender a andar.
  - 2) Para aprender a hablar.
  - 3) Para aprender a leer y escribir.
  - 4) Para aprender a controlar esfínteres.
  - 5) Hiperactividad o hiperkinesis.
  - 6) Dislexia.
  - 7) Trastorno del sueño.
  - 8) Déficit atencional.
  - 9) Fobias o temores (escolar, oscuridad, animales, etc).
- **Desajustes o enfermedades.-** Hace referencia a los desajustes o enfermedades que ha tenido el paciente y que pueden incidir en cierta medida en sus características psicológicas actuales.
- 1) Meningitis.
  - 2) Traumatismo encéfalo craneano,
  - 3) Epilepsia.
  - 4) Diabetes.
  - 5) Hipertiroidismo.
  - 6) Hipotiroidismo.
  - 7) Bocio.
  - 8) Cardiopatías.
  - 9) Hipertensión arterial.
  - 10) Tumores.
  - 11) Asma bronquial.
  - 12) Alergias.
  - 13) Ulceras.

- 14) Colon irritable.
- 15) Artritis reumatoídea.
- 16) Psoriasis.

- **Perdidas de conocimiento.** Se refiere a los casos de golpes en los que se haya presentado pérdida de conocimiento.

- 1) Si
- 2) No.

- **Toma usted Medicamentos.** Hace referencia a la administración de medicamentos por parte de los pacientes que consultan.

- 1) Si
- 2) No.

### **Paradigma Cognitivo:**

- **Escala de Irracionalidad Cognitiva**

Se refiere al modo de procesar la información que realiza el sujeto sobre si mismo o los demás, y que pueden producir desajustes emocionales y/o conductuales frecuentemente no adaptativos. (Beck, A., 1995; Ellis, A., 1980; e, Díaz, C., 2004, Serra, B., 2004)

- **Escala de Autoeficacia**

Se refiere a la conceptualización de nuestra capacidad para dominar o controlar diferentes situaciones. (Bandura, A., 1986, en Serra, B., 2004).

“Grado en que la persona se percibe a si misma como capaz de desplegar conductas adecuadas en el plano social, sexual, relación de pareja, intelectual y laboral.”

- Escala de Perfeccionismo
- Tiende a “quedarse pegados” en ideas y pensamientos.
- Evaluación de los demás.

### **Paradigma Inconsciente:**

#### **- Subescala de Toronto Alexitimia**

Se refiere a la escasa capacidad para contactarse con sus propios afectos o para reconocerlos y diferenciarlos. Se denomina alexitimia primaria cuando esta mas asociada a los aspectos biológicos y alexitimia secundaria cuando esta mas asociada a las experiencias vividas. (En Meza, 2005).

#### **- Experiencias difíciles y/o traumáticas.**

Relato de las experiencias difíciles vividas.

### **Paradigma Afectivo:**

#### **- Escala de Satisfacción de Necesidades**

En este apartado, se señalan algunas necesidades que tenemos todos los seres humanos y que se manifiestan en todas las culturas. Se refiere a la percepción de la carencia o satisfacción para su conservación y desarrollo. (Dorsch, F., 1991; en Díaz, C., 2004, en Serra, B., 2004).

#### **- Escala de Tolerancia a la Frustración**

Cuando algo o alguien impiden que satisfacemos una necesidad o un deseo hablamos de frustración. Alude a como se adapta un sujeto en aquellas circunstancias en que no puede satisfacer una necesidad, o que impida que se satisfaga un objetivo. También se la define como “Aquella capacidad que presenta el sujeto para tolerar adecuadamente los fracasos o frustraciones sin reaccionar con excesiva tensión, rabia o tristeza. Tolera, acepta y asimila la molestia o demora en la realización de sus deseos”. (En Bejer, T., 2004).

La baja tolerancia a la frustración, se refiere a aquellas personas impulsivas. La alta tolerancia a la frustración, significa que son capaces de tolerar con calma un objetivo o meta futura.

- Información y formación sexual.
- Ha tenido algún tipo de experiencia homosexual.
- Grado de satisfacción con respecto a las relaciones sexuales actuales.
- Historia de relaciones de pareja.
- Grado de satisfacción de la historia de relaciones de pareja.

**Paradigma Conductual-Ambiental:**

- **Escala de Conductas Sociales (Repertorio Conductual).**- “Variedad de habilidades sociales, competencias comportamentales y respuestas de enfrentamiento que permiten a un individuo manejar las exigencias de la vida diaria” (D’Zurilla). Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto, en el autoreporte FECCI. Los rangos y sus respectivos puntajes, para cada categoría, son los siguientes:

Rango	Puntaje
Bajo	14 a 45
Medio	46 a 52
Alto	53 a 70

- **Cuestionario de Asertividad de Spencer Rathus.**- Grado en que la persona es “capaz de expresar lo que piensa y siente, es capaz de defender con decisión y firmeza sus derechos, sin atropellar los derechos de los demás” (Opazo, 1990, pág. 4). Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto, en el autoreporte FECCI, medido a través de la Escala de Rathus. Los rangos y sus respectivos puntajes, para cada categoría, son los siguientes:

Rango	Puntaje
Bajo	-72 a -1
Medio	0 a 20
Alto	21 a 79

**Escala de Ansiedad Social.**- Es una sub-escala del Inventario de Asertividad confeccionado por Gambrill y Ritchie en 1975, que 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; esto lo hace anotando un número entre 1 y 5, donde 1 es “poca perturbación” y 5 “mucho perturbación”.

La escala evaluaría el grado de malestar psicofísico de la persona, manifestado en el ámbito social; caracterizado por una sensación de intranquilidad, inseguridad o desasosiego, ante lo que el sujeto vivencia como amenazante o peligroso.

- La validez del inventario completo ha sido puesta en duda ya que el formato de respuesta múltiple de este inventario ha sido cuestionado, alegando que puede confundir al que responde y/o aumentar 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 sesgos de respuesta de deseabilidad social (García, 2003). Sin embargo la confiabilidad test-retest de la sub-escala utilizada en el FECCI es de 0.87. (García, 2003).
- Malestar psicofísico manifestado en el ámbito social, caracterizado por una sensación de intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que el paciente vivencia como amenazante” (Cía, A. 2000). Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido, por el sujeto, en la sub-escala de Gambrill/Ritchie de ansiedad social en el FECCI. Los rangos y puntajes respectivos, para cada categoría, fueron los siguientes:

Bajo	18 a 44
Medio	45 a 54
Alto	55 a 86

- **Premios- castigos.-** Los sistemas de premios y castigos, es la evaluación que hace la persona de sus sistemas de reforzadores positivos o negativos en su formación, categorizado de la siguiente manera:

- 1) Predominio de premios sobre castigos
- 2) Equivalencia de premios y castigos



### 3) Predominio de castigos

- **Problemas de conducta en el colegio.-** Es el comportamiento observable de un individuo frente a las normas y/u obligaciones en el sistema escolar, referido por ellos mismos en el autoreporte FECI, categorizadas como sigue:

1) Si

2) No

- **Actitudes enfrentadora o evitadora de conflictos.-** Es la reacción que la persona tiene frente a los problemas que la vida le plantea en diferentes áreas. Las categorías son:

1) Eminentemente enfrentadora

2) Neutro

3) Eminentemente evitadora

- **Conducta agresiva o violenta.-** De acuerdo al relato que hace el interno en el autoreporte FECI, son las manifestaciones de carácter conductual hacia sí mismo y/u otros que implican provocación, falta de respeto, ofensas, agresión, y que dificultan la adaptación de la persona a su medio habitual. Las conductas agresivas, de acuerdo al relato, se categorizaron en:

1) Agresión verbal

2) Agresión física a terceros

3) Autoagresión

4) Destrucción de objetos

5) Agresión física con objetos a terceros.

### **Paradigma sistémico:**

- Padre vive en la actualidad.
- Causas del fallecimiento del padre.
- Profesión u ocupación del padre.
- Relación con el padre.
- Madre vive en la actualidad.
- Causas y fallecimiento de la madre.
- Profesión u ocupación de la madre.

- Relación con la madre.
- Con quien se crió.
- Separación de los padres.
- Consistencia de los padres.
- Relación con los hermanos.

**Sistema SELF:**

- **Escala Guttman (Autoestima)** “Valoración y respeto que una persona tiene de sí misma en relación con sus debilidades, virtudes y rasgos de personalidad que lo distingue del resto de las personas” (Cía, A. 2000). Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto, en el autoreporte FECI. Los rangos y puntajes respectivos, para cada categoría, son los siguientes:

Bajo	13 a 32
Medio	33 a 39
Alto	40 a 50

- **Escala de Autoimagen.-** Se refiere a conocimiento, sentimiento y actitudes sobre si mismo. Responde a como el sujeto se ve a si mismo, como se evalúa en diversas áreas y que cree sobre si. (En Bejer, T., 2004; Dorsch, F., 1991; en Díaz, C., 2004).

Categorización según FECI 33

Rango	Puntaje
Bajo	11 a 31
Medio	32 a 36
Alto	37 a 45

## V. RESULTADOS:

5.1. **Resultados Generales.-** Puntajes FECI internos del Penal San Roque, se muestra en el cuadro R1.

Ss	Ne	Ex	Ps	M	AE	AEF	AS	SN	A	D	Ax	IF	IC	P	GR	RC	O
1	20	14	14	4	32	16	-17	46	9	10	48	19	44	51	54	42	18
2	12	14	13	9	34	14	1	24	0	4	45	12	41	28	60	32	6
3	14	15	4	13	40	23	8	37	1	3	47	15	43	35	80	62	8
4	18	17	7	11	34	21	21	24	11	8	34	21	55	38	62	60	10
5	17	11	5	10	41	21	-7	24	6	9	36	13	36	38	54	46	23
6	8	17	0	16	35	22	15	41	1	5	34	21	35	29	37	52	6
7	16	14	6	7	30	23	-34	32	5	5	46	20	43	42	41	66	18
8	16	12	9	5	22	13	27	34	10	13	43	15	44	44	55	46	16
9	13	12	6	4	42	22	-6	32	7	6	41	13	40	40	47	53	9
10	11	17	4	11	38	20	-17	34	8	6	29	7	32	35	52	57	10
11	15	12	9	8	35	19	14	24	9	8	37	18	38	29	38	39	7
12	4	16	7	15	46	10	-3	29	0	1	43	11	32	33	45	47	5
13	14	15	9	11	36	9	20	34	6	14	48	21	41	25	59	44	15
14	12	17	7	17	38	11	-1	26	10	6	35	13	20	14	30	36	12
15	17	11	9	4	29	16	8	25	7	10	42	8	43	29	55	41	6
16	5	18	9	15	46	17	35	42	3	4	20	11	22	26	36	50	4
17	14	16	12	3	37	23	8	47	3	3	43	16	50	35	54	41	5
18	17	8	11	6	26	7	8	26	3	9	46	13	36	31	50	42	7
19	16	16	7	6	39	21	44	43	13	9	49	16	38	34	39	53	13
20	19	12	6	9	31	12	-38	23	8	7	40	20	32	34	53	35	21
21	22	15	13	3	29	14	-11	29	15	15	50	10	33	24	65	47	13
22	14	16	3	14	41	24	8	38	2	4	48	15	43	34	80	61	6
23	17	11	5	10	41	21	-7	24	6	9	36	13	36	38	54	46	23
24	11	19	4	11	38	20	-17	34	9	6	27	7	29	30	52	58	10
25	18	11	10	4	25	13	8	25	7	12	43	7	43	26	56	39	5
26	20	12	8	9	31	11	-38	23	10	7	41	20	29	33	53	34	23
27	16	15	6	7	28	24	-34	32	5	5	47	20	43	41	39	66	19
28	7	18	1	19	35	22	15	38	2	4	34	21	33	29	38	52	6
29	5	18	9	17	46	17	35	43	3	3	20	10	22	26	36	50	4
30	14	12	12	9	35	20	14	24	13	6	35	18	36	29	37	40	6

**Cuadro R1** (fuente elaboración propia)

**Donde:** Ss = Sujeto de la Muestra

Ne = Puntaje Escala de Neuroticismo (EPQ)

Ex	= Puntaje Escala de Extroversión (EPQ)
Ps	= Puntaje Escala de Psicoticismo (EPQ)
M	= Puntaje Escala L (EPQ)
AE	= Puntaje Escala de Autoestima
AEF	= Puntaje Escala de Autoeficacia
AS	= Puntaje Escala de Asertividad de Rathus
SN	= Puntaje Escala de Satisfacción de Necesidades
A	= Puntaje Escala de Ansiedad
D	= Puntaje Escala de Depresión
Ax	= Puntaje Escala de Alexitimia
IF	= Puntaje Escala de Tolerancia a la Frustración
IC	= Puntaje Escala de Irracionalidad Cognitiva
P	= Puntaje Escala de Perfeccionismo
GR	= Puntaje Subescala de Gambrell y Ritchie
RC	= Puntaje Escala de Repertorio Conductual
O	= Puntaje Escala de Organicidad

Los puntajes obtenidos y que corresponden a puntajes por sobre el promedio (según parámetros ICPSI) se encuentran marcados de rojo.

Los puntajes obtenidos y que corresponden a puntajes medios en el promedio (según parámetros ICPSI) se encuentran marcados de azul.

Los puntajes obtenidos y que corresponden a puntajes bajo el promedio (según parámetros ICPSI) se encuentran marcados de verde.

### 5.1.1. Resultados en el Paradigma Biológico: Se muestra en el cuadro R2.

Si se consideran los resultados que se obtienen en la población, en los puntajes de la escala de **neuroticismo** (un **46,7%** obtiene puntajes **altos** y un **36,7%** obtiene puntajes medios, finalmente el **16,7%** puntajes bajos). Por otra parte, se observa altos niveles de **extroversión** (**63,3%**, puntajes medios **33,3%** y **3,3%** puntajes bajos), altos niveles de impulsividad o **psicoticismo** (**80,0%** puntaje alto, **13,3** puntaje medio, y **6,7** puntaje bajo) y altos puntajes en la **escala de ansiedad** (**40,0%** puntaje alto, **33,3%** puntaje medio y **26,7%** puntaje bajo), **escala de depresión** (**56,7%** puntaje alto, **23,3** puntaje medio, **20,0%** puntaje bajo), **organicidad** (el **50,0%** de la muestra obtiene puntajes bajos, **26,7%** puntajes altos, y **23,3** puntajes medios), lo que sería concordante con lo que la literatura e investigación en drogodependencias muestra como factores asociados a la génesis y mantención de la adicción. En resumen, el perfil obtenido para la población, desde el paradigma biológico, no difiere de lo que muestra la literatura e investigación, apareciendo personas con un funcionamiento caracterizado por altos montos de impulsividad y extroversión (como variables mas bien temperamentales) la diferencia en el componente de organicidad que en los resultados muestran en mayor porcentaje el puntaje bajo, empero en los antecedentes de traumatismos craneoencefálicos se tiene un alto porcentaje.

Ss	Ne	Ex	Ps	A	D	O
1	20	14	14	9	10	18
2	12	14	13	0	4	6
3	14	15	4	1	3	8
4	18	17	7	11	8	10
5	17	11	5	6	9	23
6	8	17	0	1	5	6
7	16	14	6	5	5	18
8	16	12	9	10	13	16
9	13	12	6	7	6	9
10	11	17	4	8	6	10
11	15	12	9	9	8	7
12	4	16	7	0	1	5
13	14	15	9	6	14	15
14	12	17	7	10	6	12
15	17	11	9	7	10	6
16	5	18	9	3	4	4
17	14	16	12	3	3	5
18	17	8	11	3	9	7
19	16	16	7	13	9	13
20	19	12	6	8	7	21
21	22	15	13	15	15	13
22	14	16	3	2	4	6
23	17	11	5	6	9	23
24	11	19	4	9	6	10
25	18	11	10	7	12	5
26	20	12	8	10	7	23
27	16	15	6	5	5	19
28	7	18	1	2	4	6
29	5	18	9	3	3	4
30	14	12	12	13	6	6

Cuadro R2, (Fuente elaboración propia)

Un análisis en conjunto de la muestra en sus tres variedades de diagnóstico, con la aplicación de la prueba estadística de  $\chi^2$ , la escala de **neuroticismo** aparece con un  $\chi^2$  de 14,616, con una significación asintótica de ,006 con un grado de libertad de 4, lo que indicaría que esta variable del paradigma tendría relevancia estadística para toda la muestra de pacientes adictos, con lo que se tendería a corroborar que, en poblaciones de pacientes drogodependientes se espera un funcionamiento donde la variables de neuroticismo serían relevantes como principio de influencia desde el ámbito biológico.

En la variable **extroversión** se tienen el  $\chi^2$  es de 8,039, grados de libertad 4, con una significación asintótica de ,090.

Con la variable **Psicoticismo**, que aparece estadísticamente significativa y representativa de la población de pacientes adictos total, con un  $\chi^2$  de 11,786 grados de libertad 4, significación asintótica ,019. (ver anexos ). En otras palabras, estadísticamente no se obtienen resultados que hagan pensar una diferencia en los niveles de extroversión y psicoticismo atribuibles al diagnóstico de adicción. Lo mismo ocurre con las otras variables del paradigma biológico (organicidad, neuroticismo y sintomatología ansiosa y depresiva).

Variable organicidad, con un  $\chi^2$  de 10,661, grados de libertad 4, significación asintótica 0,031.

**5.1.2. Resultados en el Paradigma Afectivo.** Se muestra en el cuadro R3.

El 70,0% del grupo manifiesta un nivel medio de **satisfacción de necesidades** y 30,0% puntúa alto en esta escala. Por otra parte, en la escala de **Tolerancia a la Frustración**, los resultados son concordantes con la teoría y la investigación en general en adicciones: 53,3% de la muestra puntúa alto en esta escala, 26,7% puntaje medio, mostrando

Ss	SN	IF
1	46	19
2	24	12
3	37	15
4	24	21
5	24	13
6	41	21
7	32	20
8	34	15
9	32	13
10	34	7
11	24	18
12	29	11
13	34	21
14	26	13
15	25	8
16	42	11
17	47	16
18	26	13
19	43	16
20	23	20
21	29	10
22	38	15
23	24	13
24	34	7
25	25	7
26	23	20
27	32	20
28	38	21
29	43	10
30	24	18

**Cuadro R3,** (Fuente elaboración propia)

que la variable del paradigma afectivo puede estar de forma importante asociada al consumo de drogas y a la mantención del trastorno adictivo. En este caso las respuestas muestran alta tolerancia a la frustración, que no necesariamente coincide con la literatura, que refiere que los adictos, suelen asociarse a impulsividad, visión cortoplacista y poca tolerancia a la postergación de gratificaciones e impulsos.

En la variable de Tolerancia la Frustración obtiene un  $\chi^2$  de 1,429 considerando un grado de libertad de 4 y una significación asintótica de 0,839 y la variable Satisfacción de Necesidades muestra un  $\chi^2$  de 3,205, con un grado de libertad de 4 y un error del 0,201 para la muestra total de la presente investigación. Sin embargo, no se observa una asociación estadísticamente significativa. (ver ANEXOS), lo cual permitiría diferenciar el funcionamiento en el paradigma afectivo de las muestras de, es decir, no podrían ser consideradas las variables del paradigma afectivo como especialmente vulnerables o “sensibles” a la etapa de la vida o edad.

**5.1.3. Resultados en el Paradigma Cognitivo:** Se muestra en el cuadro R4.

Los resultados obtenidos por el grupo muestran como un **46,7%** de los evaluados en este paradigma tendrían expectativas de **autoeficacia bajos**, 36,7%, que puntúan alto y 16,7 puntúan medio.

Las variables de **Irracionalidad Cognitiva**, **56,7% puntúa bajo**, 36,7% medio y 6,7% puntuación alto, lo que significaría que se trata de un grupo con poca tendencia a distorsionar la realidad.

**Variable de perfeccionismo 96,7% puntúa bajo**, y 3,3% medio, ninguno de los internos puntúa perfeccionismo alto, por todo lo cual es importante recordar como se

Ss	AEF	IC	P
1	16	44	51
2	14	41	28
3	23	43	35
4	21	55	38
5	21	36	38
6	22	35	29
7	23	43	42
8	13	44	44
9	22	40	40
10	20	32	35
11	19	38	29
12	10	32	33
13	9	41	25
14	11	20	14
15	16	43	29
16	17	22	26
17	23	50	35
18	7	36	31
19	21	38	34
20	12	32	34
21	14	33	24
22	24	43	34
23	21	36	38
24	20	29	30
25	13	43	26
26	11	29	33
27	24	43	41
28	22	33	29
29	17	22	26
30	20	36	29

**Cuadro R4,** (Fuente elaboración propia)

considera parte del funcionamiento adictivo, las conductas mas bien impulsivas, menos reflexivas y con una visión cortoplacista, por lo que no hay exigencia de perfeccionismo.

Por otra parte, al hacer un análisis con pruebas estadísticas, la escala de autoeficacia, obtiene un  $\chi^2$  de 4,095 (con un grado de libertad de 4 y una significación asintótica de 0,393), lo que indicaría que esta variable no es estadísticamente significativa con los diagnósticos.

La variable de irracionalidad cognitiva con  $\chi^2$  de 1,522, grados de libertad 4, significación asintótica de 0,823, determinando que la relación no es significativa.

La variable de perfeccionismo, con un  $\chi^2$  de 1,182, grado de libertad 4, significación de 0,554.

#### 5.1.4. Resultados en el Paradigma Ambiental-Conductual: Se muestra en el cuadro R5.

En relación al paradigma ambiental-conductual, el mayor porcentajes es de **43,3%**, que **puntúa asertividad media**, 40,0% de los internos puntúa baja asertividad, y solo 16,7% con alta asertividad. Asimismo, el **36,7% reporta medios niveles de ansiedad social**, y un 33,3% nivel bajo de ansiedad social y finalmente 30,0% puntaje bajo en la Escala de Gambrill- Ritchie de ansiedad social.

La variable de **repertorio conductual con 36,7% puntua bajo** siendo el mayor porcentaje, 33,3% puntua alto y 30,0 % puntua medio. Aparentemente en cuanto repertorio conductual no

Ss	AS	GR	RC
1	-17	54	42
2	1	60	32
3	8	80	62
4	21	62	60
5	-7	54	46
6	15	37	52
7	-34	41	66
8	27	55	46
9	-6	47	53
10	-17	52	57
11	14	38	39
12	-3	45	47
13	20	59	44
14	-1	30	36
15	8	55	41
16	35	36	50
17	8	54	41
18	8	50	42
19	44	39	53
20	-38	53	35
21	-11	65	47
22	8	80	61
23	-7	54	46
24	-17	52	58
25	8	56	39
26	-38	53	34
27	-34	39	66
28	15	38	52
29	35	36	50
30	14	37	40

**Cuadro R5,** (Fuente elaboración propia)



hay diferencias marcadas.

En el análisis estadístico, variable “Ansiedad Social” (Escala de Gambrill-Ritchie) se muestra con una asociación significativa con la muestra total, con un  $\chi^2$  de 16,736 (utilizando 4 grados de libertad y con una significación de 0,002. En otras palabras, los bajos niveles de ansiedad social encontrados pudieran tener que ver con una característica propia de los trastornos adictivos, lo cual sería coherente con la teoría, en cuanto el mismo consumo tendería a “facilitar” el contacto social e interpersonal y a inhibir represiones o temores.

En relación a la variable de repertorio conductual tenemos que el  $\chi^2$  es de 11,325, grados de libertad 4 y significación asintótica de 0,023.

#### 5.1.5. Resultados en el Paradigma

**Inconsciente:** Se muestra en el cuadro R6.

En relación al paradigma Inconsciente, la variable de **alexitimia** que se refiere a la capacidad de contactarse con sus propios afectos o para reconocerlos y diferenciarlos o expresar verbalmente las emociones. En este caso presenta un **puntaje alto con un 60,0%**, medio con 26,7% y finalmente bajo con 13,3%.

Por lo que se plantea que las características de los internos, se encuentra en la dificultad para reconocer y expresar sus sentimientos, unamarca ausencia de fantasías y pensamiento concreto, orientado al momento y a fenómenos externos y observables.

Ss	Ax
1	48
2	45
3	47
4	34
5	36
6	34
7	46
8	43
9	41
10	29
11	37
12	43
13	48
14	35
15	42
16	20
17	43
18	46
19	49
20	40
21	50
22	48
23	36
24	27
25	43
26	41
27	47
28	34
29	20
30	35

**Cuadro R6,** (Fuente elaboración propia)

En cuanto a la significación estadística, el  $\chi^2$  es de 3,185, con grados de libertad de 4 y significación asintótica de 0,527, por lo que no es significativo la relación.

**5.1.6. Resultados en el Sistema Self:** Se muestra en el cuadro R7.

El sistema self como el punto focal de la experiencia, el punto de confluencia de los subsistemas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo e inconsciente en el marco del sistema total. El self expresa el balance homeostático y la coherencia sistémica del sistema psicológico total, se comporta como un eje regulador, que participa activamente en la generación de significados y la intervención del ambiente, posee habilidades para mantener un equilibrio estable y también para reorganizarse tras los procesos de aprendizaje y maduración.

Dentro de este modelo el self realiza seis funciones fundamentales, entre las cuales se evalúa la variable Autoestima que refleja un 40,0% puntaje bajo, 33,3% medio y 26,7 puntaje alto, lo que significa que el mayor porcentaje de los internos tienen autoestima baja.

El  $\chi^2$  es 3,375, con grado de libertad 4, y significación asintótica de 0,497.

Ss	AE
1	32
2	34
3	40
4	34
5	41
6	35
7	30
8	22
9	42
10	38
11	35
12	46
13	36
14	38
15	29
16	46
17	37
18	26
19	39
20	31
21	29
22	41
23	41
24	38
25	25
26	31
27	28
28	35
29	46
30	35

**5.2. Resultados complementarios.**

**Cuadro R7,** (Fuente elaboración propia)

La variable edad muestra que el 70% se encuentra en el rango de edad de 18 a 27 años, con significación de  $\chi^2$  de 0,61.

Lugar de nacimiento, el 70% proveniente de Sucre,  $\chi^2$  0,039.

Estado civil 66,7% soltero, en contraste a 3,3% de casado,  $\chi^2$  de 0,069.

Ocupación 30,0% sin ocupación actual, 23,3% artesano, x2 de 0,026.

Severidad de los problemas 43,3% consideran severos los problemas actuales, el 26,7% muy severos, x2 0,613.

Rango de edad de inicio 56,7% entre 6 a 15 años. x2 0,229.

Primera droga consumida 80,0% inició con marihuana, 10,0% clefa. x2 0,686, cabe hacer notar que el 100% ha consumido marihuana y alcohol en algún momento de su vida, el 70% cocaína, el 73,3% tabletas (diazepam, clonazepam, flunitrazepam, etc), x2 0,002.

La del consumo el 56,7% refiere haber consumido para aliviar un dolor.

Durante el periodo de consumo el 80,0% estuvo involucrado en peleas en la calle, 60,0% con robos a extraños, robos con violencia, 66,7% agresiones con armas, riñas en las calles.

Característica de consumo, el 70,0%, consumía solo, 86,7% consumía con sus amigos, 76,7% consumo en fiestas.

El 86,7% presentaba cambios de humor, 63,3% cursa con aburrimiento, 53,3% cursa con cefaleas, el 40 % cursa con sentimiento de culpa.

70,0% no refiere alteración psicológica en familiar, 53,3% sin antecedente de consumo de sustancias en algún familiar.

El 70,0% tiene como antecedente de nacimiento por parto normal.

Respecto a la actividad sexual el 50,0% mantiene relaciones sexuales sin el uso de preservativo.

La crianza del interno en un 60,0% se dio con terceras personas, no con sus padres.

La consistencia en la crianza, refieren el 30,0% inconsistentes, 26,0% consistentes.

Lo que le atrae de la droga es lo prohibido y misterioso en un 53,3%.

Nivel estudio logrado el 53,3% llegaron a secundaria, el 36,7% primaria.

El 63,3% tuvo problemas de conducta en el colegio, con  $x^2$  de 0,006.

La actitud mas agresiva que tuvo fue con 46,7% el golpear a otro, 40,0% el de apuñalar a otro.

## VI. CONCLUSIONES.

La investigación muestra que los factores asociados a la drogodependencia de internos del Penal de San Roque son:

Respecto a los paradigmas; se tiene que en el paradigma biológico tomando en cuenta las escalas de neuroticismo, extroversión, psicoticismo, ansiedad, depresión y organicidad puntúan alto, con una significación estadística importante, por lo que se puede inferir que los poliadictos del penal de San Roque tienen un componente biológico marcado en las características personales, además de considerar que la edad comprendida entre la adolescencia y juventud es la que en mayor riesgo se encuentra, por tanto medidas que incluyan el trabajo en el paradigma biológico pueden lograr mejores resultados.

Paradigma afectivo, tomando en cuenta las escalas de satisfacción de necesidades, tolerancia a la frustración puntúan entre medio y alto, lo que muestra que el paradigma afectivo no coincide con los datos de la literatura, en cuanto a los resultados de las escalas mencionadas, pero se contradice en cuanto a los actos agresivos realizados en los que muestran altos porcentajes de agresividad e impulsividad.

Paradigma cognitivo en las escalas de autoeficacia, irracionalidad cognitiva, perfeccionismo puntúa bajo, que aparentemente muestra menor sesgo cognitivo, pero sentimiento de menosprecio ante autoeficacia baja.

Paradigma ambiental conductual, con las escalas de asertividad, ansiedad social, repertorio conductual con puntuaciones entre medio y bajo, se puede inferir que la capacidad de habilidades sociales es una debilidad entre los internos, lo que les lleva a consumir las sustancias para poder sentirse con mayor seguridad en su entorno.

Paradigma inconsciente con la escala de alexitimia alto, muestra la poca o nula capacidad de contactarse con sus propios afectos, en muchos casos encontrándose bloqueados por las experiencias vividas durante su vida.

Con situaciones traumáticas vivenciadas, sin apoyo o tratamiento para los mismos, desde la infancia a la fecha.

Paradigma sistémico, los internos tienen poco o nada de apoyo familiar, tienen antecedente de abandono familiar, o disfunción al interior de su familia, muchos de ellos fueron víctimas de maltrato psicológico, físico incluso sexual.

En resumen, la presente investigación muestra como los internos adictos como factores asociados se tiene la edad más joven serían más vulnerables a presentar fallas en su integración y constitución de una identidad estable y madura.

El paradigma biológico, inconsciente y sistémico los más importantes en la asociación a la adicción de los internos.

La droga más consumida, además de ser la droga que inicia al individuo en el consumo de sustancias es la marihuana.

## VII. BIBLIOGRAFÍA.

- 1) Guajardo H, Bagladi V, Kushner D. (2000). Modelo Integrativo de Evaluación para Trastornos Adictivos en un Sistema Terapéutico Comunitario
- 2) Guajardo H, Kushner D. Psicoterapia Integrativa En Trastornos Adictivos
- 3) American Psychiatric Association (1994) : Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM- IV). Washington, DC, USA.
- 4) Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) (2001): “Informe Nacional sobre el Consumo de Drogas en la Población Escolar de Chile de 8° año Básico a IV año Medio”. Disponible en línea en [www.conace.cl](http://www.conace.cl). Ultima revisión el 15 de Julio del 2003.
- 5) Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) (2002): “V Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Chile”. ”. Disponible en línea en [www.conace.cl](http://www.conace.cl). Ultima revisión el 15 de julio del 2003.
- 6) Dupouey, Margarita (2003): “Tratamiento de las Adicciones en la Adolescencia”. Disponible en línea en: [www.psicoadic.org/dupoueyindex.php](http://www.psicoadic.org/dupoueyindex.php). Ultima revisión el 6 de Agosto del 2003.
- 7) Feuchtmann, J.C.; Forer, Gisela et al. (1995): « Alcoholismo : Una aproximación Teórico- Práctica » . Seminario de Título para optar al Título de Licenciado en Psicología, Escuela de psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 8) Florenzano, R. (1987): “El Desarrollo Psicológico y los Problemas de Salud Mental del Adolescente”. Santiago de Chile: Centro de Estudios de Atención Primaria.
- 9) Florenzano, R. (1997): “Curso de Salud y Desarrollo del Adolescente”. Módulo 3: Consumo de Drogas. Disponible en línea en: [www.escuela.med.puc/paginas/OPS/Curso/IntroModulos/IntroModulo3.html](http://www.escuela.med.puc/paginas/OPS/Curso/IntroModulos/IntroModulo3.html). Ultima revisión el 6 de Agosto del 2003.
- 10) Gabbard, G. (2002): “Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica”. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- 11) Graña, José Luis & García, Angel (1996): “Teorías Explicativas de las Drogodependencias”. En Conductas Adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento. Graña, José Luis (Ed.). Capítulo 2. Ed. Debate, Madrid.

- 12) Graña, José Luis & García, Angel (1996): "Prevención de recaídas en Drogodependencias". En Conductas Adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento. Graña, José Luis (Ed.). Capítulo 6. Ed. Debate, Madrid.
- 13) Graña, José Luis (1996): "Intervención Conductual Familiar en Drogodependencias" En Conductas Adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento. Graña, José Luis (Ed.). Capítulo 7. Ed. Debate, Madrid.
- 14) Guajardo, Humberto; Bagladi, Verónica & Kushner, Diana (2003): "Integrative Psychotherapy in Addictive Disorders" En Journal of Psychotherapy Integration (en prensa).
- 15) Gumucio, María Elena (2001): "Desarrollo en la Adolescencia". En Fundamentos de Psiquiatría Clínica. Valdivieso, Sergio (Ed.). Capítulo XVII. Fondo de Desarrollo de la Docencia, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago
- 16) Jonson, B. (1999): "Three Perspectives on Addiction". Publicado originalmente en Journal of the American Psychoanalytic Association, Vol. 47, N°3, pp 791-815. Disponible en línea en: <http://www.aperturas.org/6johnson.html>. Última revisión el 28 de Junio del 2003.
- 17) Kalina, E. (1988): "Adolescencia y Drogadicción". Buenos Aires: Nueva Visión.
- 18) Levisky, David (1999): "Adolescencia: reflexiones psicoanalíticas" Ed. LUMEN, Bs. Aires.
- 19) Millar, W. & Rollnick, S. (1999): "La Entrevista Motivacional: Preparar Para el cambio de Conductas Adictivas". Ed. Paidós Ibérica, Barcelona.
- 20) Montero, M. (2000): "Revisión de Criterios Diagnósticos y su Formato de Evaluación para Diferenciar Uso, Abuso y Adicción al Alcohol y Marihuana en Adolescentes entre 15 y 18 años". Seminario Clínico para optar al Postítulo en Psicoterapia Sistémica para Niños y Adolescentes, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- 21) Muñoz, Paulina (1999): "La Adicción con la Mirada del Modelo Integrativo". Tesis de para optar al Título de Especialista en Psicoterapia Integrativa., Post Título "Psicoterapia Integrativa (1998-1999). Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Santiago.



- 22) Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2002): "Studies on Drugs and Crime: Global Illicit Trends 2002". Disponible en línea en [www.unodc.org](http://www.unodc.org). Última revisión el 25 de Junio del 2003.
- 23) Opazo, Roberto (2001): "Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica" Ed. ICPSI, Santiago, Chile.
- 24) Papalia, D. & Wendkos, S. (1998): "Psicología del Desarrollo". México: McGraw-Hill.
- 25) Real Academia Española (2001): "Diccionario de la Lengua Española". Vigésima segunda edición. Ed. Espasa Calpe, S.A., Madrid.
- 26) Robins, Richard; Noren, Julie & Cheek, Jonathan (1999): "Naturalizing the Self". En Handbook of Personality. Pervin, I. and Oliver, J. (Eds.). New York: The Guilford Press.
- 27) Santander, Ximena (1999): "Aplicación del Modelo Integrativo a la Problemática de Consumo de Drogas" Tesis de para optar al Título de Especialista en Psicoterapia Integrativa., Post Título "Psicoterapia Integrativa (1998-1999). Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Santiago.
- 28) Silber, T. & Munist, M. (1996): "Abuso de Sustancias". En Revista Adolescencia, 1, (6).
- 29) Stanton, Duncan & Stanton, Judith (1991): "Terapia con Familias de Adolescentes Drogadictos" . En Revista Sistemas Familiares, Año 7, N°2. Bs. Aires.
- 30) Stanton, M. & Todd, T. (1997): "Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas". Barcelona: Editorial Gedisa.
- 31) Trejero, Antoni & Trujols, Joan (1996): " El Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente: Un Modelo Dinámico del Cambio en el Ámbito de las Conductas Adictivas". En Conductas Adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento. Graña, José Luis (Ed.). Capítulo 1. Ed. Debate, Madrid.

# ANEXOS

## ANEXO N° 1.

### ESCALAS E INSTRUMENTOS

#### 1.- Ficha de Evaluación Clínica Integral FECI

Los datos de la presente investigación se obtuvieron de la aplicación de las escalas de la Ficha de Evaluación Integral FECI.

El FECI es un cuadernillo de autorreporte (de papel y lápiz), de administración individual, de conducta típica con respuestas libres y prefijadas y de construcción estándar. Parte importante de las escalas del FECI fueron diseñadas por los profesionales del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa ICPSI. Además se incluyeron escalas de amplia difusión en la investigación clínica, tales como el Cuestionario de Personalidad de Eynseck (EPQ); el Cuestionario Multimodal de Historia de Vida de A. Lazarus; el Cuestionario de asertividad de Rathus; la Escala de Rosemberg de Autoestima; la subescala de Gambrill y Ritchie y la Subescala de Toronto Alexitimia.

En general, se utilizaron las siguientes escalas:

#### **Paradigma Biológico:**

- Escalas de Neuroticismo, Extroversión, Psicoticismo y Escala L de Mentira del EPQ.
- Escalas de Ansiedad, Depresión y Organicidad

#### **Paradigma Cognitivo:**

- Escala de Irracionalidad Cognitiva
- Escala de Autoeficacia
- Escala de Perfeccionismo

#### **Paradigma Inconsciente:**

- Subescala de Toronto Alexitimia

#### **Paradigma Afectivo:**

- Escala de Satisfacción de Necesidades
- Escala de Tolerancia a la Frustración

#### **Paradigma Conductual-Ambiental:**

- Escala de Conductas Sociales (Repertorio Conductual)
- Cuestionario de Asertividad de Spencer Rathus
- Subescala de Gambrill y Ritchie (Ansiedad Social)

#### **Sistema SELF:**

- Escala Guttman (Autoestima)

No se incluyeron en el estudio la escala del FECI de Satisfacción Matrimonial.

Las escalas se describen a continuación:

**Cuestionario de Personalidad de Eynseck:** este es un cuestionario de autorreporte construido por Eynseck en 1970. Este cuestionario incluye 4 escalas que evalúan las dimensiones centrales de la personalidad (determinadas desde la biología), de acuerdo a los postulados teóricos del autor:

- Neuroticismo: evalúa dentro de un continuo el nivel de emotividad o ansiedad del sujeto versus su nivel de estabilidad emocional.
- Extroversión-Introversión: evalúa el tipo de orientación del sujeto hacia el mundo, ya sea externa o interna respectivamente.
- Psicoticismo: evalúa el grado de psicopatía, agresividad, terquedad e impulsividad presentado por el sujeto.

- Escala L: determina el nivel de veracidad de las respuestas que la persona evaluada entrega.

Este es un cuestionario con 101 ítems, los cuales tiene que ser respondidos afirmativamente (SI) o negativamente (NO), de acuerdo a lo que estime la persona que esta siendo evaluada.

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

**Escala de Autoimagen:** construida por profesionales del ICPSI. Esta escala consta de 9 ítems que representan diversos rasgos en un continuo entre dos polos extremos:

- Físicamente atractivo- físicamente poco atractivo
- Honesto- deshonesto
- Seguro- inseguro
- Simpático- antipático
- Responsable- irresponsable
- Estable- inestable
- Inteligente- poco inteligente
- Trabajador- flojo
- Exitosos- fracasado

La evaluación va en un continuo de 2-1-0-1-2, donde 2 es marcada acentuación hacia ese rasgo, 1 es una tendencia a ese rasgo y 0 implica que el sujeto se ubica entre ambos polos del rasgo. El sujeto debe decidir en qué rango se ubica con respecto a las características dadas. A mayor puntaje, mayor autoimagen.

La validez de esta escala es una validez de constructo en cuanto guarda relación con las variables o dimensiones más centrales en las cuales las personas pueden evaluarse.

**Escala de Rosenberg de Autoestima:** esta escala fue construida en 1973 y estandarizada en USA el mismo año por el autor. Tiene un grado de confiabilidad de entre el 72 al 92%. Utiliza criterios de validez externa y todos los estudios de validez y confiabilidad se encuentran en un nivel de significación de 0.0005. La escala ha sido también utilizada a nivel nacional, utilizándose para la presente Tesis las normas de corrección dadas por el ICPSI a partir del estudio nacional hecho.

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

**Escala de Autoeficacia:** construida por profesionales del ICPSI. Consta de 5 ítems que abarcan las áreas social, intelectual, laboral, relaciones de pareja y sexual. Frente a cada una de estas el sujeto debe marcar el número (de 1 a 5) que mejor representa el grado en que se considera capaz de desempeñarse en las diferentes áreas. En esta escala el puntaje es directo, a mayor puntaje, mayor autoeficacia.

La validez es de constructo en cuanto guarda relación con las variables o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse.

**Cuestionario de Asertividad de Rathus:** Elaborado en 1973. Comprende 30 ítems que presentan situaciones de la vida diaria que implican el desempeño de conductas asertivas. Algunos de los ítems fueron escogidos del Cuestionario de Asertividad de Wolpe (1969) y de Wolpe y Lazarus (1966). Otros en cambio son similares a algunos ítems de las Escalas de Allport (1923) y de Guilford y Zimmerman (1956).

Frente a cada uno de los 30 ítems, la persona debe responder con una puntuación que va desde el +3 al -3 (desde “muy característico” a “no característico”). Los puntajes negativos son considerados no asertivos. Los puntajes que se pueden obtener en esta escala van desde el -90 al +90.

La confiabilidad “test-retest” fue establecida por Rathus en 1973, obteniendo un coeficiente de correlación de Pearson entre puntajes pre y post test de 0.78, indicando una estabilidad moderada y alta, y prácticamente idéntica si se le compara con el análisis de la confiabilidad por mitades que reportó una correlación de 0,77. En cuanto a su validez, esta fue establecida por el autor en dos estudios, obteniendo coeficientes de correlación que fluctuaron entre 0.7 y 0.6. Estudios similares se han hecho obteniendo puntajes de validación entre lo 0.6 y 0.8.

**Escala de Satisfacción de Necesidades:** construida por profesionales del ICPSI. Consta de 10 ítems que explicitan algunas necesidades de los seres humanos (necs. básicas, necs. sexuales, necs. de ser querido, de compañía y de contacto social, de logro, de prestigio, necs. de esparcimiento, de saber, de amor y de trascendencia). Los sujetos deben marcar el número que mejor representa el grado en que dicha necesidad se encuentra satisfecha en se momento de la vida (desde 1 “muy insatisfecho” a 5 “Muy satisfecho”). Esta escala es de puntaje directo, es decir, a mayor puntaje, mayor satisfacción.

La validez es de constructo en cuanto guarda relación con las variables o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse.

**Escala de Ansiedad:** construida por profesionales del ICPSI. Consta de diversos ítems que evalúan síntomas asociados a la ansiedad (según criterios del DSM -IV): problemas de atención y concentración, onicofagia, sudor en las manos, bruxismo, temblor de manos, comer en exceso, problemas de memoria, mareos, diarreas, sequedad bucal, ideas obsesivas, fatiga fácil, miedos fóbicos, angustia, insomnio, pesadillas, cefalea, taquicardia, hipocondría, impotencia, frigidez, eyaculación precoz. A mayor puntaje, mayor ansiedad.

**Escala de Depresión:** construida por profesionales del ICPSI. Consta de diversos ítems que evalúan síntomas asociados a la depresión (según criterios del DSM -IV): problemas de atención y concentración, insomnio, exceso de sueño, fatigabilidad, irritabilidad, inapetencia, poco deseo sexual, llanto, pena, aburrimiento, sentimientos de culpa, ideas de muerte, desánimo, baja capacidad de disfrutar, reacción de tristeza frente a la frustración, evaluación poco feliz del momento actual. A mayor puntaje, mayor depresión.

**Escala de Alexitimia de Toronto:** es de autorreporte y fue construida por Taylor en 1985, en la Universidad de Toronto, Canadá. En Chile no existe estandarización ni adaptación del test, a diferencia de Uruguay.

**Escala de Tolerancia a la Frustración:** construida por profesionales del ICPSI. Consta de 4 ítems que apuntan a la reacción del sujeto frente a frustraciones: tensión, tristeza, desánimo, pena, rabia). El sujeto debe marcar desde 1 a 5 lo que mejor representa su reacción frente a esta situaciones (1 es “muy poco” a 5 “mucho”). Esta escala es de puntaje inverso, es decir, un alto puntaje indica baja tolerancia a la frustración.

La validez es de constructo en cuanto guarda relación con las variables o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse.

**Escala de Irracionalidad Cognitiva:** construida por profesionales del ICPSI. Consta de 12 ítems que plantean en conjunto afirmaciones o creencias que el sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado en que cada afirmación es aplicable a él (desde 1

“muy poco” a 5 “mucho”). En esta escala el puntaje es directo, es decir, a mayor puntaje, mayor irracionalidad cognitiva..

La validez es de constructo en cuanto guarda relación con las variables o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse.

**Escala de Perfeccionismo:** construida por profesionales del ICPSI. Consiste en diversos ítems del FECCI que abarcan los diferentes subsistemas (rasgos de personalidad, sistema cognitivo y afectivo). A mayor puntaje, mayor perfeccionismo.

La validez es de constructo en cuanto guarda relación con las variables o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse.

**Subescala de Gambrill y Ritchie de Ansiedad Social:** es una subescala del Inventario de Asertividad de Gambrill y Ritchie (1975). Es un autoinforme con 18 ítems, acerca del grado de ansiedad y discomfort emocional frente a diferentes situaciones, con puntajes de 1 a 5 (de menor a mayor discomfort emocional).

**Escala de Repertorio Conductual:** construida por profesionales del ICPSI. Consta de 14 ítems que enumeran diversas conductas relacionadas con el comportamiento con otras personas. El sujeto debe marcar el número que mejor represente el grado en que cada afirmación es aplicable a él (desde 1= “poco” a 5= “mucho”). A mayor puntaje, mayor repertorio conductual.

La validez es de constructo en cuanto guarda relación con las variables o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse.

**Escala de Organicidad:** construida por profesionales del ICPSI. Consiste en diversos ítems del FECCI que evalúan los diferentes indicadores de alteraciones orgánicas, como por ejemplo: tipo de parto, problemas del desarrollo, TEC, etc. A mayor puntaje, mayor organicidad.

#### **Puntuación de las Diferentes Escalas**

El FECCI ha sido aplicado a una muestra clínica de más de 3000 pacientes, obteniéndose los rangos de puntuación que se ven a continuación:

Escala	Bajo	Medio	Alto
Neuroticismo	0 a 10	11 a 15	16 a 22
Extroversión	0 a 9	10 a 13	14 a 20
Psicoticismo	0 a 2	3 a 4	5 a 18
Escala L	0 a 7	8 a 10	11 a 20
Autoimagen	11 a 31	32 a 36	37 a 45
Autoestima	13 a 32	33 a 39	40 a 50
Autoeficacia	5 a 17	18 a 20	21 a 25
Asertividad	-72 a -1	0 a 20	21 a 79
Satisfacción Matrimonial	12 a 36	37 a 45	46 a 60
Satisfacción de Necesidades	1 a 29	30 a 35	36 a 50
Ansiedad	0 a 4	5 a 7	8 a 21
Depresión	0 a 4	5 a 9	10 a 21
Alexitimia	14 a 30	31 a 39	40 a 66
Tolerancia a la Frustración	4 a 11	12 a 14	15 a 20
Irracionalidad Cognitiva	15 a 38	39 a 44	45 a 60
Perfeccionismo	28 a 49	50 a 57	58 a 79
Ansiedad Social	18 a 44	45 a 54	55 a 86
Repertorio Conductual	14 a 45	46 a 52	53 a 70
Organicidad	0 a 9	10 a 15	16 a 46

## FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICA INTEGRAL

( F. E. C. I. )

La presente Ficha de Evaluación deriva del **Enfoque Integrativo** del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI) y procura recoger diversos antecedentes esenciales para su mejor atención clínica.

Iniciar un trabajo psicoterapéutico o de desarrollo psicológico implica una decisión importante, lo cual supone una motivación para la revisión personal. Más aún, la investigación psicológica actual, demuestra que el proceso de psicoterapia se ve sustancialmente enriquecido cuando existe una participación activa y comprometida por parte de la persona que consulta.

El presente cuestionario requiere precisamente de su participación activa. Dada la extensión de éste, Ud. podrá responderlo en dos o más etapas, si así lo desea. Lo fundamental es que se concentre en las preguntas y respuestas ya que este esfuerzo redundará en su propio beneficio.

Por favor, responda con interés y veracidad, con la seguridad que estos antecedentes tendrán un carácter absolutamente **confidencial**. Trate de responder todas las preguntas.

### I. DATOS DE IDENTIFICACION

1. Nombre completo:

---

Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombres

2. Sexo:             M             F                      3. Edad: \_\_\_\_\_

4. Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

---

5. Estado Civil:             Soltero             Casado             Viudo  
    Separado             Conviviente             Otro

6. Dirección particular: Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

7. Teléfono particular: \_\_\_\_\_ 8. Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_

9. Ocupación actual: \_\_\_\_\_

### II. ANTECEDENTES INICIALES

1. Señale brevemente las **razones** que lo han llevado a consultar:

.....  
2. La decisión de consultar, en esta oportunidad, la adoptó:

- |                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Por iniciativa propia     | 2. Por sugerencias familiares |
| 3. Por sugerencias de amigos | 4. Por presión familiar       |

5. Por sugerencia de otro profesional:  
 A. Psicólogo B. Psiquiatra C. Neurólogo D. Médico de otra especialidad
6. Otros: .....
- Comentarios: .....
3. ¿Cómo evalúa Ud. la **severidad** de sus problemas psicológicos actuales?  
 1. Muy poco severos 2. Pocos severos  
 3. Severos 4. Muy severos  
 5. Incapacitantes
4. Haga un breve resumen sobre el **comienzo** de sus problemas psicológicos actuales:  
 .....
5. ¿Ha **consultado** anteriormente a algún psicólogo, psiquiatra o neurólogo?  
 Explique cuándo y por qué: .....
6. Escriba una descripción de sí mismo:  
 .....
7. De la lista siguiente marque con un círculo los **síntomas** que Ud. presenta con frecuencia en la actualidad:
- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 1.- Problemas atención y concentración                              | 2.- Angustia                       |
| 3.- Problemas de memoria  | 4.- Insomnio                       |
| 5.- Exceso de sueño   | 6.- Pesadillas                     |
| 7.- Sonambulismo  | 8.- Aburrimiento                   |
| 9.- Irritabilidad   | 10.- Mareos                        |
| 11.- Cefaleas ( dolores de cabeza – migraña )                       | 12.- Vómitos                       |
| 13.- Desmayos   | 14.- Diarreas                      |
| 15.- Constipación ( dificultad para defecar )                       | 16.- Taquicardia                   |
| 17.- Arritmia   | 18.- Transpiración de las manos    |
| 19.- Onicofagia ( comerse las uñas )                                | 20.- Temblor de las manos          |
| 21.- Bruxismo ( apretar las mandíbulas al dormir )                  | 22.- Comer en exceso               |
| 23.- Inapetencia  | 24.- Sequedad bucal                |
| 25.- Ideas obsesivas  | 26.- Ideas de suicidio             |
| 27.- Sentimiento de culpa   | 28.- Tartamudez                    |
| 29.- Alteraciones menstruales                                       | 30.- Impotencia sexual             |
| 31.- Frigidez   | 32.- Eyaculación precoz            |
| 33.- Dolor vaginal durante las relaciones sexuales                  | 34.- Poco deseo sexual             |
| 35.- Tics   | 36.- Fatigarse con facilidad       |
| 37.- Llanto   | 38.- Desánimo                      |
| 39.- Pena   | 40.- Ingestión excesiva de alcohol |
| 41.- Uso habitual de drogas<br>excesiva a atribuirse enfermedades ) | 42.- Hipocondría ( tendencia       |
- 43.- Miedos fóbicos a:
- |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| a.- Las alturas           | b.- Los espacios cerrados |
| c.- Viajar en avión       | d.- Ver sangre            |
| e.- Los espacios abiertos | f.- Otros.                |
- Comentarios: .....
8. ¿Ha tenido experiencias psicológicas **traumáticas** tales como castigos muy severos, momentos de pánico, peligros de muerte, etc.? Por favor explique:  
 .....



9. Relate lo que en su opinión ha sido el momento o la experiencia más difícil que haya vivido hasta ahora:

10. Marque si le han hecho algunos de los siguientes diagnósticos:

- |                                    |                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1.- Neurosis depresiva             | 2.- Neurosis de angustia          |
| 3.- Neurosis obsesiva – compulsiva | 4.- Trastornos sicosomáticos      |
| 5.- Problemas sexuales             | 6.- Anorexia                      |
| 7.- Alcoholismo                    | 8.- Drogadicción                  |
| 9.- Ataques de pánico              | 10.- Fobias                       |
| 11.- Sicopatía                     | 12.- Mitomanía                    |
| 13.- Bulimia                       | 14.- Esquizofrenia                |
| 15.- Intentos de suicidio          | 16.- Psicosis maníaco – depresiva |
| 17.- Otros                         |                                   |

Si ha marcado alguno (s), por favor explique:

11. A continuación se enumeran diversas características denominadas rasgos de personalidad. Cada *rasgo* se presenta en un rango entre dos polos extremos. Haga un círculo en el número de cada rango en el que Ud. se ubica. Ejemplo: en el rasgo 1 Egoísta Bondadoso, el rango 2 indica que tiene acentuado el rasgo de ese polo y el 0 indica que se ubica entre ambos polos.

Por favor, responda todas las preguntas y haga un solo círculo en cada rasgo.

- |                    |                    |               |
|--------------------|--------------------|---------------|
| 1. Egoísta         | 2 – 1 -- 0 – 1 – 2 | Bondadoso     |
| 2. Introverso      | 2 – 1 -- 0 – 1 – 2 | Extroverso    |
| 3. Dominante       | 2 – 1 -- 0 – 1 – 2 | Sumiso        |
| 4. Competitivo     | 2 – 1 -- 0 – 1 – 2 | Incompetente  |
| 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 | Confiado      |
| 9. Confiado        | 2 – 1 -- 0 – 1 – 2 | Desconfiado   |
| 10. Cariñoso       | 2 – 1 -- 0 – 1 – 2 | Huraño        |
| 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 | Generoso      |
| 16. Tenso          | 2 – 1 -- 0 – 1 – 2 | Relajado      |
| 17. Tímido         | 2 – 1 -- 0 – 1 – 2 | Osado         |
| 18. Impulsivo      | 2 – 1 -- 0 – 1 – 2 | Controlado    |
| 19. Independiente  | 2 – 1 -- 0 – 1 – 2 | Dependiente   |
| 20. Paciente       | 2 – 1 -- 0 – 1 – 2 | Impaciente    |
| 21. Flexible       | 2 – 1 -- 0 – 1 – 2 | Inflexible    |
| 22. Bello          | 2 – 1 -- 0 – 1 – 2 | Feo           |
| 23. Honesto        | 2 – 1 -- 0 – 1 – 2 | Deshonesto    |
| 24. Seguro         | 2 – 1 -- 0 – 1 – 2 | Inseguro      |
| 25. Simpático      | 2 – 1 -- 0 – 1 – 2 | Desagradable  |
| 26. Responsable    | 2 – 1 -- 0 – 1 – 2 | Irresponsable |

27. Estable	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Inestable
28. Inteligente	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Tonto
29. Trabajador	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Flojo
30. Exitoso	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Fracasado

Comentarios:

12. Indique su **grado de confianza** en la eficiencia de la psicoterapia o de los tratamientos psicológicos:

- |           |              |              |
|-----------|--------------|--------------|
| 1.- Mucha | 2.- Bastante | 3.- Relativa |
| 4.- Poca  | 5.- Mínima   |              |

### III. SISTEMA BIO - CLINICO

1.- ¿Algún miembro de su familia consanguínea (padres, hermanos, abuelos, primos, etc) ha tenido algún tipo de alteración psicológica o enfermedad mental? Por favor especifique el parentesco y el tipo de alteración o enfermedad mental:

.....

2. Embarazo: ¿Sabe Ud. si su madre tuvo problemas cuando lo esperaba? Especifique: Cuando Ud. nació el parto fue:

- |                             |                |           |                |
|-----------------------------|----------------|-----------|----------------|
| 1. Normal                   | 2. Prematura   | 3. Tardío | 4. Por cesárea |
| 5. Con principio de asfixia | 6. Con fórceps | 7. Otros  |                |

4. Indique si cuando niño tuvo alguno de los problemas siguientes:

- |                                    |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Para aprender a andar           | 2. Para aprender a hablar             |
| 3. Para aprender a leer y escribir | 4. Para aprender a controlar esfínter |
| 5. Hiperactividad ( Hiperkinesia ) | 6. Dislexia                           |
| 7. Terrores nocturnos              | 8. Sonambulismo                       |
| 9. Fobia al colegio                | 10. Otros                             |

Si ha marcado alguno (s), por favor, comente:

5. Indique si tiene o ha tenido algunas de las enfermedades o desajustes siguientes:

- |                          |                                  |                   |
|--------------------------|----------------------------------|-------------------|
| 1. Meningitis            | 2. Traumatismo encéfalo–craneano | 3. Epilepsia      |
| 4. Diabetes              | 5. Hipertiroidismo               | 6. Hipotiroidismo |
| 7. Bocio                 | 8. Hipertensión arterial         | 9. Cardiopatías   |
| 10. Tumores              | 11. Asma bronquial               | 12. Alergias      |
| 13. Ulceras              | 14. Colon irritable              | 15. Psoriasis     |
| 16. Artritis reumatoídea | 17. Otros _____                  |                   |

Si ha marcado alguno (s), por favor comente:

.....

6. A algunas personas les ocurre que a veces están en un lugar en el que saben que no han estado antes, sin embargo, les parece **que sí han estado**. ¿Le ha ocurrido esto a Ud.?

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. SI | 2. NO |
|-------|-------|

7. A algunas personas les ocurre que a veces están en un lugar en el que saben que han estado antes, sin embargo, les parece **que no han estado nunca**. ¿Le ha ocurrido esto a Ud.?

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. SI | 2. NO |
|-------|-------|

8. ¿Ha tenido pérdida del conocimiento? 1. SI 2. NO

En caso afirmativo, por favor comente

.....  
9. ¿Se le ha hecho algún tipo de exámenes neurológicos? (electroencefalograma, scanner cerebral, etc) 1. SI 2. NO

En caso afirmativo, por favor indique qué exámenes, cuándo, por qué y los resultados

.....  
10. En general, su **sueño** es:  
1. Reparador 2. Poco reparador 3. Muy poco reparador

11. En general, ¿Ud. **descansa** lo suficiente?  
1. SI 2. NO

Por favor explique:

.....  
12. En general, sus menstruaciones son ( marque lo que corresponda ):

1.Regulares en términos de fecha 2.No muy dolorosas

3.Sin cambio de ánimo en los días previos 4.Irregulares en fecha

5.Se prolongan demasiado 6. Dolorosas

7.Con importantes cambios de ánimo en los días previos, sintiéndose:

\_\_\_ A. Sensible

\_\_\_ B. Irritable

\_\_\_ C. Triste

\_\_\_ D. Tensa

\_\_\_ E. Pasiva

\_\_\_ F. Angustiada

\_\_\_ G. Otro

8. Otros \_\_\_\_\_

13. En la actualidad, ¿Toma Ud. medicamentos?  
1. SI 2. NO

En caso afirmativo, indique cuáles, dosis y con qué objetivo:

.....  
14. Su estatura es: \_\_\_\_\_ metros

15. Su peso actual es: \_\_\_\_\_ kilogramos

16. ¿Tiene Ud. tendencia a subir de peso?  
1. SI 2. NO

En caso afirmativo comente como se maneja al respecto:

.....  
17. En términos de **actividad física** su vida actual es:

1.Bastante activa 2. relativamente activa 3.Poco activa

18. En la actualidad, ¿Practica algún deporte?  
1. SI 2. NO

En caso afirmativo indique cuáles y con qué frecuencia

---

19. En su opinión, su salud física actual es:

1.Excelente    2.Buena    3.Regular    4.Mala    5.Muy mala

20. En caso que Ud. tenga problemas de salud, por favor explique:

21. El cuestionario siguiente se refiere al modo en que Ud. piensa, siente y actúa. Por favor responda a cada pregunta poniendo una X en el casillero correspondiente. No hay respuestas buenas o malas. Trabaje rápidamente sin pensar mucho sobre el significado exacto de cada pregunta y respondiendo a todas ellas:

**E.P.Q. ( Hans Eysenck )**

<b>PREGUNTA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PREGUNTA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. ¿Ocupa su tiempo libre a muchas actividades diferentes?			14 ¿Le gustaría saltar en paracaídas?		
2. ¿Se detiene a pensar las cosas antes de hacerlas?			15 ¿Generalmente se puede divertir en una fiesta animada?		
3. ¿Su estado de ánimo sube o baja con frecuencia?			16 ¿Es una persona irritable?		
4. ¿Ha aceptado alguna vez elogios por algo hecho por otro?			17 ¿Alguna vez ha culpado a alguien sabiendo que la culpa es suya ?		
5. ¿Es una persona conversadora?			18 ¿Le gusta conocer gente nueva?		
6. ¿Le preocupa tener deudas?			19. ¿Encuentra conveniente ahorrar y estar asegurado?		
7. ¿Algunas veces se siente desdichado sin motivo alguno?			20. ¿Sus sentimientos son heridos con facilidad?		
8. ¿Alguna vez se ha servido en la mesa, más de la cuenta o ha comido más de lo apropiado?			21. ¿Son todas sus costumbres y hábitos buenos y deseables?		
9. ¿Se asegura que la puerta de su casa quede bien cerrada?			22. ¿Tiende a mantenerse en un segundo plano en las reuniones sociales?		
10. ¿Normalmente es Ud. una persona animada?			23. ¿Tomaría drogas que tuvieran efectos dañinos y peligrosos?		
11. ¿Le afecta ver sufrir a un niño o a un animal?			24. ¿Se siente frecuentemente cansado de todo?		
12. ¿Se preocupa de cosas que no debió haber dicho o hecho?			25. ¿Alguna vez ha tomado alguna cosa que pertenece a otro?		
13. ¿Mantiene siempre sus promesas a pesar de las molestias que le puedan provocar ?			26. ¿Le gusta mucho salir de casa?		

<b>PREGUNTA</b>	<b>SI</b>	<b>N O</b>	<b>PREGUNTA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
27. ¿Le divierte hacerle daño a la gente que estima?			49. ¿Presume a veces de sus cualidades?		
28. ¿Frecuentemente se preocupa por sentimientos de culpa?			50. ¿Puede animar con facilidad una fiesta aburrida?		
29. ¿A veces conversa de cosas que desconoce en absoluto?			51. ¿Le molesta la gente que conduce con demasiada cautela?		
30. ¿Le gusta más leer que ir a reuniones sociales?			52. ¿Se preocupa por su salud ?		
31. ¿Tiene enemigos que quieran dañarlo?			53. ¿Algunas veces ha desacreditado a alguien?		
32. ¿Se considera una persona nerviosa?			54. ¿Le gusta contar cosas divertidas de sus amigos?		
33. ¿Se disculpa cuando se ha portado como mal educado?			55. ¿Le da lo mismo la mayoría de las cosas?		
34. ¿Tiene muchos amigos?			56. ¿A veces está decaído?		
35. ¿Le gusta hacer bromas que pueden dañar a las personas?			57. ¿De pequeño les faltó alguna vez el respeto a sus padres?		
36. ¿Está siempre preocupado por algo?			58. ¿Le gusta juntarse con gente?		
37. ¿De pequeño hacía las cosas tal cómo le decían, sin protestar e inmediatamente?			59. ¿Le preocupa si hay fallas en Ud. o en su trabajo?		
38. ¿Se considera una persona despreocupada?			60. ¿Sufre de insomnio?		
39. ¿La limpieza y la buena educación son muy importantes para Ud.?			61. ¿Siempre se lava las manos antes de comer?		
40. ¿Se inquieta por cosas terribles que puedan ocurrir?			62. ¿Siempre tiene una respuesta oportuna cuando le hablan?		
41. ¿Alguna vez ha perdido o roto algo ajeno?			63. ¿Le gusta llegar a las citas con tiempo de sobra?		
42. ¿Toma Ud. la iniciativa para hacerse de nuevos amigos?			64. ¿Se ha sentido frecuentemente apático y cansado sin motivo?		
43. ¿Comprende con facilidad el estado de las personas al contar sus problemas?			65. ¿Alguna vez ha hecho trampa jugando?		
44. ¿Se considera muy excitable o tenso?			66. ¿Le gusta hacer cosas que demandan acción inmediata?		
45. ¿Tira al suelo los papeles cuando no hay basureros a la mano?			67. ¿Es (fue) su madre una buena mujer?		
46. ¿Se mantiene tranquilo cuando está con otra gente?			68. ¿Piensa con frecuencia que la vida es aburrida?		
47. ¿Piensa que el matrimonio está pasado de moda y hay que suprimirlo?			69. ¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien?		
48. ¿Siente lástima consigo mismo de vez en cuando?			70. ¿Se compromete con frecuencia en más actividades de las que puede hacer?		

<b>PREGUNTA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PREGUNTA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
71. ¿Hay mucha gente que trata de evitarlo?			87. ¿Hace siempre lo que predica?		
72. ¿Se preocupa demasiado por su aspecto físico?			88. ¿A veces le gusta molestar a los animales?		
73. ¿Siempre es educado aún con gente desagradable?			89. ¿Se ofende con facilidad si encuentran defectos en Ud. o en su trabajo?		
74. ¿Cree que la gente desperdicia su tiempo al asegurar su futuro con ahorros y previsiones?			90. ¿La vida sin peligros sería muy aburrida para Ud?		
75. ¿Ha deseado alguna vez estar muerto?			91. ¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o al trabajo?		
76. ¿Evadiría pagar impuestos si estuviera seguro de no ser descubierto?			92. ¿Le gusta tener mucha actividad o animación a su alrededor?		
77. ¿Es capaz de mantener el ambiente en una fiesta?			93. ¿Le gustaría que otros le tuvieran miedo?		
78. ¿Se preocupa de no ser brusco con la gente?			94. ¿A veces le sobra energía y otras se siente desganado?		
79. ¿Se preocupa por largo tiempo de sus experiencias desagradables?			95. ¿A veces deja para mañana lo que podría haber hecho hoy?		
80. ¿Alguna vez ha insistido en salirse con la suya?			96. ¿La gente piensa que Ud. es una persona muy animada?		
81. ¿Al tomar el tren suele llegar frecuentemente al último minuto?			97. ¿Le dice a la gente muchas mentiras?		
82. ¿Sufre de los nervios?			98. ¿Le afectan con facilidad las cosas?		
83. ¿Alguna vez ha dicho algo con la intención de herir a otros?			99. ¿Cuándo se equivoca siempre está dispuesto a reconocerlo?		
84. ¿Detesta estar en un grupo de gente que se hace bromas ofensivas entre ellos?			100. ¿Siente compasión por un animal cazado en una trampa?		
85. ¿Sus amistades terminan con facilidad sin que sea su culpa?			101. ¿Le ha sido difícil llenar este cuestionario?		
86. ¿Se siente solo con frecuencia?			Por favor verifique si ha respondido todas las preguntas.		

#### **IV. HISTORIA FAMILIAR**

1. Su **padre** ¿Vive?

1. SI

2. NO

2. Si **falleció** indique cuál fue la causa y qué edad tenía Ud.

.....

3. Indique la **profesión u ocupación** de su padre:

.....



13. Haciendo una evaluación global del estilo y características de cada uno de sus padres, marque de 1 a 5 cómo fueron en cada una de las siguientes características: (1 = poco y 5 = mucho)

PADRE		MADRE
1 - 2 - 3 - 4 - 5	CARIÑOSO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	COMPENSIVO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	CASTIGADOR	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	INTELIGENTE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	IRRITABLE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	FLEXIBLE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	SOCIABLE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	HONESTO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	EGOISTA	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	SOBREPROTECTOR	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	PESIMISTA	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	IMPULSIVO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	ESTABLE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	AUTORITARIO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	TIMIDO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	MANEJADOR Y TEATRAL	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	JUSTO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	AGRESIVO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	EMPRENDEDOR	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	ALEGRE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	PERFECCIONISTA	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	ANGUSTIADO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	COMPETITIVO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	SIMPATICO	1 - 2 - 3 - 4 - 5

Por favor, comente:.....

14. Algunos padres aplican una política educativa común y bien controlada (padres consistentes entre sí). Otros difieren en dichas políticas y se contradicen en la práctica. Ejemplo: en qué premian y en qué castigan (padres inconsistentes entre sí). Haciendo una evaluación general acerca de cómo fueron sus padres al respecto, Ud. considera que fueron:

- |                                |                   |
|--------------------------------|-------------------|
| 1. Muy consistentes entre sí   | 2. Consistentes   |
| 3. Relativamente consistentes  | 4. Inconsistentes |
| 5. Muy inconsistentes entre sí |                   |

Explique: \_\_\_\_\_

15. Los valores que le han transmitido sus padres han sido: (Marque lo que corresponda)

- |                  |                    |              |
|------------------|--------------------|--------------|
| 1. Poco claros   | 2. Contradictorios | 3. Rígidos   |
| 4. Fanáticos     | 5. Bastante claros | 6. Flexibles |
| 7. Conservadores | 8. Liberales       | 9. Otros     |

16. En relación a los valores personales, políticos, religiosos, etc, que le inculcaron sus padres, sus **valores actuales** son:

- |                  |                       |                            |
|------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. Muy similares | 2. Bastante similares | 3. Relativamente similares |
|------------------|-----------------------|----------------------------|



4.Más bien diferentes                      5.Muy diferentes

Comentarios: .....

17. Evaluando lo que ha sido la relación de sus padres **como pareja**, Ud. considera que:

1.Ha sido buena, sin mayores conflictos                      2.Ha sido aceptable, con algunos conflictos

3.Ha sido mala, con muchos conflictos

Comentarios: .....

18. Relación con sus **hermanos**:

Nombre del hermano (a)	Edad	Ocupación actual	Relación con Ud.cuando niño Buena-regular-mala	Relación con Ud.actual Buena-regular-mala

19. En su vida con sus padres o con su familia de origen, ¿Hubo algún **hecho** o **característica** que Ud. considere especialmente importante?

.....

20. Haciendo una evaluación global de lo que ha sido su **vida familiar** con sus padres y hermanos, Ud. considera que fue:

1.Excelente    2.Buena                      3.Regular                      4.Mala                      5.Muy mala

Comentarios: .....

## V. HISTORIA ESCOLAR

1. Señale cuál es el **nivel de estudios** más alto que ha aprobado:

1.Enseñanza básica

2.Licencia secundaria

3.Nivel técnico

4.Nivel profesional no universitario

5.Nivel profesional universitario

6.Magíster

8.Doctorado

Especifique establecimiento y título alcanzado:

.....

2. Indique el (los) colegio (s) dónde se educó:

.....

3. A través de su vida de estudiante Ud. ha sido un **alumno**:

1.Excelente

2.Buena

3.Regular

4.Mala

5.Muy mala

4. En general, frente a los estudios Ud. se ha **esforzado**:

1.Mucho

2.Regular

3.Poco





6. Indique aproximadamente con qué **frecuencia** tiene Ud. relaciones sexuales en este período de su vida:

- a. \_\_\_ todos los días
- b. \_\_\_ 4 a 5 veces a la semana
- c. \_\_\_ 2 a 3 veces a la semana
- d. \_\_\_ 1 vez a la semana
- e. \_\_\_ 1 vez cada 15 días
- f. \_\_\_ 1 vez al mes
- g. \_\_\_ Menos de 1 vez al mes
- h. \_\_\_ No tiene relaciones sexuales

7. Con respecto a sus **relaciones sexuales actuales**, evalúe su grado de satisfacción en los siguientes aspectos (siendo 1 = muy poco y 5 = mucho):

- |                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| 1. Frecuencia            | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 2. Caricias preliminares | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 3. Desinhibición         | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 4. Placer                | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

Comentarios: .....

8. La satisfacción de sus **necesidades sexuales** es para Ud. algo:

- |                   |                       |                            |
|-------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1.Muy importante  | 2.Importante          | 3.Relativamente importante |
| 4.Poco importante | 5.Muy poco importante |                            |

### IX. HISTORIA DE SUS RELACIONES DE PAREJA

1. En su historia de **pololeos**, Ud. ha tenido:

- |                   |                      |         |
|-------------------|----------------------|---------|
| 1.Muchos pololeos | 2.Ni muchos ni pocos | 3.Pocos |
| 4.Ninguno         |                      |         |

2. Cuando se ha **enamorado** ha sido:

- 1. Predominantemente correspondido
- 2. Relativamente correspondido
- 3. Predominantemente rechazado

3. La mayoría de sus **anteriores relaciones** de pareja han terminado:

- 1.Porque lo han dejado
- 2.De mutuo acuerdo
- 3.Porque Ud. lo ha decidido

4. Si estuvo casado antes, indique por cuánto **tiempo** y las principales razones de la separación

.....

5. Haciendo un balance global, indique cómo evalúa Ud. su historia de relaciones de pareja:

- |                  |                    |                            |
|------------------|--------------------|----------------------------|
| 1.Muy satisfecho | 2.Satisfecho       | 3.Relativamente satisfecho |
| 4.Insatisfecho   | 5.Muy insatisfecho |                            |

Comentarios:.....

## X. EVALUACIÓN DE SU HISTORIA DE VIDA

1. Considerando en términos globales lo que ha sido hasta ahora la **historia de su vida**, Ud. se encuentra:

- |                  |                    |                            |
|------------------|--------------------|----------------------------|
| 1.Muy satisfecho | 2.Satisfecho       | 3.Relativamente satisfecho |
| 4.Insatisfecho   | 5.Muy insatisfecho |                            |

Comentarios: .....

## XI. SISTEMA COGNITIVO

A continuación se formulan algunas preguntas relacionadas con sus características cognitivas o estilos de pensamiento. Trate de ser lo más realista posible en sus auto-evaluaciones.

1. Al observar la realidad externa, al observar su pasado o al observarse a sí mismo, Ud. tiende a prestar atención:

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| 1.Casi exclusivamente a lo negativo      | 2.Preferentemente a lo negativo |
| 3.Tanto a lo negativo como a lo positivo | 3.Preferentemente a lo positivo |
| 4.casi exclusivamente a lo positivo      |                                 |

2. Hay personas que tienden a pensar en términos de **categorías polares** del tipo todonada, blanco-negro, bueno-malo, siempre-nunca. A estas personas les cuesta distinguir matices o tonalidades de la realidad. Esto lo ocurre a Ud.

- |                       |                  |                           |
|-----------------------|------------------|---------------------------|
| 1.Muy frecuentemente  | 2.Frecuentemente | 3.Con relativa frecuencia |
| 4.Con poca frecuencia | 5.No le ocurre   |                           |

3. Al percibir la **realidad** Ud. tiende a:

- 1.Magnificar mucho lo negativo (a ver las cosas peor de lo que son )
- 2.Magnificar lo negativo
- 3.En general no magnifica
- 4.Magnificar lo positivo
- 5.Magnificar mucho lo positivo

4. Algunas personas tienden a *quedarse pegadas* en ciertas **ideas o pensamientos** que se repiten reiteradamente, lo que le ocurre a Ud.:

- |                      |                  |            |
|----------------------|------------------|------------|
| 1.Muy frecuentemente | 2.Frecuentemente | 3.-A veces |
| 4. Prácticamte nunca |                  |            |

5. En general al evaluar a las **demás personas** Ud. es:

- |                 |                     |                          |
|-----------------|---------------------|--------------------------|
| 1.Muy exigente  | 2.Exigente          | 3.Relativamente exigente |
| 4.Poco exigente | 5.Muy poco exigente |                          |

6. En general, Ud. **consigo mismo**, es una persona:

1. \_\_\_ Muy exigente
2. \_\_\_ Exigente
3. \_\_\_ Relativamente poco exigente
4. \_\_\_ Poco exigente
5. \_\_\_ Muy poco exigente

7 A continuación se plantea un conjunto de **afirmaciones o creencias**. Indique con un círculo el grado en que cada una de ellas es aplicable a Ud., (1 = poco y 5 = mucho)

- |  |                   |
|--|-------------------|
| 1. Constantemente me exijo perfección en lo 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 cualidades            | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Tiendo a desvalorizarme cuando me desaprueban                             | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Me cuesta soportar las cosas que 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 mis conocidos                  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 9. Me desagrada la gente que reconoce públicamente sus méritos               | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 10. Habitualmente considero muy importante la aprobación de los demás        | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 11. Generalmente me siento muy mal cuando las cosas no se dan como yo quiero | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 12. Me molesta que la gente sea injusta conmigo                              | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

8. En términos generales señale cuán **capaz** se considera para desempeñarse eficientemente en las siguientes áreas:

- |                              |                   |
|------------------------------|-------------------|
| 1. Area social               | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Area sexual               | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Area relaciones de pareja | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Area intelectual          | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Area laboral              | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

9. Creo que mis éxitos y satisfacciones futuras **dependerán** básicamente de: (Marque el número que corresponda en el continuo)

Mis decisiones y conductas      2 – 1 – 0 – 1 – 2      Factores circunstanciales o fortuitos

10. A continuación se plantea un conjunto de afirmaciones. Indique con un círculo el grado en que está Ud. de acuerdo con ellas, siendo 1 = poco y 5 = mucho.

#### ESCALA GUTTMAN

- |  |                   |
|--|-------------------|
| 1. En general estoy satisfecho conmigo mismo   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. A veces pienso que 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                                      | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Creo tener varias razones para estar orgulloso de mi                                | 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 |

11. En general frente a las **críticas** Ud. tiende a ser:

- |                  |                            |                       |
|------------------|----------------------------|-----------------------|
| 1. Muy receptivo | 2. Relativamente receptivo | 3. Muy poco receptivo |
|------------------|----------------------------|-----------------------|

12. Habitualmente cuando recibe una **crítica**:

1. Se afecta mucho en términos emocionales  
2. Se afecta relativamente  
3. Casi no se afecta emocionalmente

13. En general el **tomar decisiones** le resulta a Ud. un proceso:

1. Fácil  
2. Relativamente fácil  
3. Más bien complicado  
4. Le es muy difícil

14. La *toma de decisiones* se ve afectada por diferentes factores. Indique el grado en que cada uno de los factores siguientes afecta sus decisiones, siendo 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 _____                               | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

15. Elija entre las siguientes afirmaciones aquella que refleje mejor sus **creencias actuales**:

- A. \_\_\_ Tengo mucha confianza en que mi vida futura será satisfactoria  
B. \_\_\_ Tengo alguna confianza en que mi vida futura será satisfactoria  
C. \_\_\_ Tengo bastantes dudas en que mi vida futura será satisfactoria  
D. \_\_\_ No creo que mi vida futura será satisfactoria

16. Ordenadas según su importancia, las 3 principales **metas de su vida** hacia delante son:

- 1<sup>a</sup> .....  
2<sup>a</sup> .....  
3<sup>a</sup> .....

## XII. SISTEMA AFECTIVO

1. En las líneas siguientes se explican algunas **necesidades** que tienen todas las personas y que se manifiestan en todas las culturas.

Señale de 1 a 5 cuán **satisfecho** se siente en esta etapa de su vida en cada una de estas necesidades siguientes ( 1 = muy insatisfecho y 5 = muy satisfecho ).

- |  |                   |
|--|-------------------|
| 1. Necesidades básicas (alimentación, vestuario, vivienda, etc)    | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 2. Necesidades sexuales  | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 3. Necesidad de ser querido, apreciado (afecto)                    | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 4. Necesidad de logro (éxito en alcanzar sus metas personales)     | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 5. Necesidad prestigio (reconocimiento y valoración social)        | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 6. Necesidad de compañía y contacto social (pertenencia)           | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 7. Necesidad de esparcimiento (recreación)                         | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 8. Necesidad de saber (conocimiento, cultura)                      | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 9. Necesidad de amor (en relación de pareja)                       | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 10. Necesidad de trascendencia (artísticas, políticas, religiosas) | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

2. La tendencia al **crecimiento personal** se manifiesta en un constante espíritu de superación, el cual se traduce en iniciativas, esfuerzos estables, desarrollo de las propias capacidades, compromiso efectivo y activo con metas personales, etc.

Sobre la base de esta conceptualización, Ud. evalúa su propia tendencia al crecimiento personal como:

- 1.Mucha                      2.Relativa                      3.Poca                      4.Ninguna

3. Las **emociones** son experiencias afectivas intensas, pasajeras, que se relacionan con una situación específica (rabia, alegría, pena, etc). Algunas personas tienden a ser más sensibles y emocionales que otras.

Al respecto, Ud. tiende a ser:

- 1.Intensamente emotivo                      2.Emotivo                      3.Relativamente emotivo  
4.Poco emotivo                      5.No es emotivo en absoluto

4. La **facilidad o propensión** para experimentar diversos tipos de emoción varía de una persona a otra. Así, algunas personas experimentan con más facilidad rabia que pena, o alegría que entusiasmo.

Indique con cuánta facilidad experimenta Ud. cada una de las emociones siguientes (1 = poca facilidad y 5 mucha facilidad):

- |               |                   |
|---------------|-------------------|
| 1. Alegría    | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Pena       | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Rabia      | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Entusiasmo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Angustia   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 6. Envidia    | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 7. Ternura    | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 8. Miedo      | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 9. Vergüenza  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

5. Los **sentimientos** – a diferencia de las emociones – son experiencias afectivas prolongadas o estables que, al menos por un tiempo, forman parte de nuestro mundo afectivo (amor, felicidad, tristeza, culpabilidad, admiración, etc). En general, Ud. experimenta sentimientos estables:

- 1.Frecuentemente                      2.Con relativa frecuencia                      3.Raras veces  
4.Nunca

6. La **facilidad o propensión** para experimentar diversos tipos de sentimientos estables varía de una persona a otra. Así, algunas personas experimentan con más facilidad tristeza que resentimiento, o sentimientos de admiración que sentimientos de odio.

Indique con cuánta facilidad experimenta Ud. cada una de los sentimientos siguientes (1 = poca facilidad y 5 mucha facilidad):

- |               |                   |
|---------------|-------------------|
| 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

7. Evalúe en una escala de 1 a 5 el grado en que cada afirmación es aplicable a Ud., siendo 1 = poco y 5 = mucho.

### SUB-ESCALA TORONTO - ALEXITIMIA

1. Cuándo 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 emoción que estoy sintiendo 1– 2 – 3 – 4 – 5  
 4. Me es difícil hallar las palabras correctas para mis sentimientos 1 – 2 – 3 – 4 – 5  
 5. Tengo sensaciones físicas que incluso los médicos no entienden 1– 2 – 3 – 4 – 5  
 6. Soy capaz de describir con facilidad 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. Gasto mucho tiempo fantaseando cuando no tengo nada que hacer 1– 2 – 3 – 4 – 5  
 9. Prefiero 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 puedo identificar por completo 1 – 2 – 3 – 4 – 5  
 12. Considero esencial estar en contacto con mis emociones 1– 2 – 3 – 4 – 5  
 13. No sé lo que está ocurriendo dentro de mí 1– 2 – 3 – 4 – 5  
 14. A menudo no sé por qué estoy enojado 1 – 2 – 3 – 4 – 5

8. La **empatía** es entendida como la capacidad para ponerse en lugar de la otra persona para comprender sus sentimientos y para captar lo que ocurre en su mundo interno ante las circunstancias que esa persona enfrenta. Se trata de ser capaz de *mirar el mundo con los ojos del otro*:

De acuerdo a esto, su capacidad de empatía tiende a ser:

1. Mucha                      2. Relativa                      3. Poca                      4. Nula

9. Hay personas que a veces se sienten muy tristes o muy nerviosas **sin que perciban una causa** para estar así. Esto le ocurre a Ud.:

1. Muy frecuentemente                      2. Frecuentemente                      3. Con relativa frecuencia  
 4. Pocas veces                      5. Nunca

10. En general, sus **estados de ánimo** son:

1. Muy estables                      2. Relativamente estables  
 3. Varían mucho en función de las experiencias que va teniendo

11. La **auto-imagen** o forma en que una persona se percibe a sí misma puede variar substancialmente según los cambios de ánimo que va experimentando la persona. Por ejemplo: en un estado de ánimo alegre puede percibirse como más capaz, atractiva, etc., que en un estado de ánimo triste.

Con los cambios en su estado de ánimo su auto-imagen tiende a cambiar:

1. Mucho                      2. Relativamente.                      3. Poco  
 4. Muy poco

12. Algunas personas son muy propensas a experimentar **emociones displacenteras** o perturbación emocional. Con facilidad y en muchas situaciones sienten angustia, pena, rabia o temor. Otras personas son muy poco propensas a experimentar este tipo de emociones. Al respecto, Ud. es:

Muy propenso a experimentar emociones displacenteras

Bastante propenso

Relativamente propenso

Poco propenso

Muy rara vez experimenta emociones displacenteras

13. Relate la que ha sido, a su juicio, su **experiencia personal más agradable** o placentera:

.....

14. Algunas conductas pueden 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 (grado de ansiedad, rabia, culpa o miedo). Para cada de las situaciones siguientes evalúe su grado de perturbación emocional al enfrentar estas emociones escribiendo un número de 1 a 5 en el espacio correspondiente (1 = poca perturbación y 5 = mucha perturbación).

**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 algún área
7. \_\_\_\_ Rechazar una petición para prestar dinero
8. \_\_\_\_ Hacer callar a un amigo parlanchín
9. \_\_\_\_ Iniciar una conversación con un extraño
10. \_\_\_\_ Admitir que no entiende un punto en discusión
11. \_\_\_\_ Decirle a alguien que Ud. lo considera agradable
12. \_\_\_\_ Requerir la atención adecuada en una tienda o restorán
13. \_\_\_\_ Expresar una opinión que difiera de la su interlocutor
14. \_\_\_\_ Decirle a una persona que Ud. siente que le ha hecho algo injusto
15. \_\_\_\_ Devolver cosas defectuosas en una tienda o restorán
16. \_\_\_\_ Recibir elogios
17. \_\_\_\_ Pedir que le devuelvan cosas que Ud. ha prestado
18. \_\_\_\_ Decirle a alguien en su trabajo que ha dicho algo que a Ud. le molesta

15. En comparación con las **demás personas**, Ud.:

- |  |                        |
|--|------------------------|
| 1. Disfruta mucho con las situaciones agradables | 2. Disfruta bastante   |
| 3. Disfruta relativamente                        | 4. Le cuesta disfrutar |
| 5. No disfruta prácticamente                     |                        |

16. Su estado de ánimo **predominante o básico** es:

- |                 |   |                           |
|-----------------|---|---------------------------|
| 1. Muy positivo | 2. Positivo                                   | 3. Relativamente negativo |
| 4. Negativo     | 5. Muy negativo (tristeza, aburrimiento, etc) |                           |

17. Cuando algo o alguien impide que satisfagamos una necesidad o un deseo se habla de **frustración**.

En general, frente a las frustraciones Ud. reacciona de una de las siguientes maneras (1 = poco y 5 = mucho).

- |                                       |                   |
|---------------------------------------|-------------------|
| 1. Las tolera y asimila bien          | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Reacciona con tensión              | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Reacciona con rabia                | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Reacciona con pena                 | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. reacciona con desgano y desaliento | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

18. Evalúa cuán **feliz** se siente Ud. en este período de su vida:

- |               |                   |                        |
|---------------|-------------------|------------------------|
| 1. Muy feliz  | 2. Bastante feliz | 3. Relativamente feliz |
| 4. Poco feliz | 5. Muy poco feliz |                        |

### XIII. SISTEMA CONDUCTUAL

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 personas **evitan** enfrentarlos, permitiendo así que los problemas se vayan acumulando sin ser resueltos.

En general Ud. tiende a ser una persona:

Eminentemente enfrentadora      2   1   0   1   2      Eminentemente evitadora

Comentarios: .....

2. A continuación se enumeran diversas **conductas sociales** relacionadas con su comportamiento con otras personas. Marque de 1 a 5 el grado en que cada afirmación es aplicable a Ud. ( 1 = muy poco y 5 = mucho ).

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1. Con facilidad habla de sí mismo  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Le es fácil contar chistes y anécdotas   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Tiene gracia y es entretenido  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Habitualmente se muestra optimista   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Escucha con interés y atención a los demás                                     | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 6. Es tolerante frente a valores y conductas diferentes a los suyos               | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 7. Se expresa en forma clara y fluida   | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 8. Es cálido y afectuoso  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 9. Se da bien cuenta de lo que sienten sus interlocutores                         | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 10. Es capaz de hacer sentir a la otra persona                                    | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 11. Se maneja bien en diferentes temas  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 12. Le es fácil iniciar conversaciones  | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 13. En general le resulta fácil hablar cuando está en grupo                       | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 14. Su rostro y sus gestos son muy expresivos de las emociones que está sufriendo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

3. De las siguientes **conductas**, marque aquellas que Ud. es capaz de realizar mejor que el promedio de las personas:

- |           |            |                      |                     |
|-----------|------------|----------------------|---------------------|
| 1. Cantar | 2. Recitar | 3. Hablar en público | 4. Contar un chiste |
| 5. Imitar | Otra _____ |                      |                     |

4. Frente a cada una de las afirmaciones siguientes haga una “X” en la casilla que lo identifique mejor:

**ESCALA RATHUS**

- A. Totalmente verdadero
- B. Verdadero
- C. Más verdadero que falso
- D. Más falso que verdadero
- E. Falso
- F. Totalmente falso

PREGUNTAS	A	B	C	D	E	F
1. Mucha gente parece 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 un restorán no es de mi gusto, me quejo al camarero						
4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aún cuando me hayan molestado						
5. Cuando un vendedor se molesta mucho al mostrarme un producto que luego rechazo, me siento mal						
6. Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué						
7. Hay veces que provoco abiertamente una discusión						
8. Como la mayoría de la gente, lucho por mantener mis puntos de vista						
9. En realidad, la gente se aprovecha de mi con frecuencia						
10. Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños						
11. Con frecuencia no sé que decir a personas atractivas del sexo opuesto						
12. Rehuyo telefonar a empresas e instituciones						
13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en un instituto, preferiría hacerlo por carta que personalmente						
14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado						
15. Si un pariente me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes de expresar mi disgusto						
16. He evitado hacer preguntar para no pasar por tonto						
17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar						
18. Si un eminente conferencista hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista						
19. Evito discutir de precios con vendedores o dependientes						

20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren						
21. Soy abierto y franco en cuanto a mis sentimientos						
22. Si alguien ha hablado mal de mi o me ha atribuido hechos falsos, lo busco cuanto antes para aclararlo						
23. Con frecuencia paso un mal rato al decir "no"						
24. Suelo reprimir mis emociones antes que hacer una escena						
25. En un restorán o similar, protesto ante un mal servicio						
26. Cuando me alaban, con frecuencia no sé qué responder						
27. Si 2 personas en el teatro o en una conferencia están hablando en voz alta, les digo que se callen o se vayan a hablar a otra parte						
28. Se 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						

5. Relate a continuación, lo que a su juicio, ha sido su actitud más **agresiva o violenta**:

6. Haga una evaluación del grado de frecuencia con que realiza Ud. cada una de las siguientes actividades ( 1 = poco y 5 = mucho ):

- |                                       |                   |
|---------------------------------------|-------------------|
| 1. Viajar fuera de la ciudad          | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 2. Escuchar música                    | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 3. Trabajar                           | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 4. Ver televisión                     | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 5. Estudiar                           | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 6. Practicar deportes                 | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 7. Conversar                          | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 8. Ir al cine                         | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 9. Asistir a un evento deportivo      | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 10. Vida social                       | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 11. Caminar o trotar                  | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 12. Leer (diarios, revistas, novelas) | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 13. Convivir con su familia           | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 14. Salir a bailar o a restoranes     | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 15. Jugar cartas o juegos de salón    | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 16. Ir al teatro, conciertos o ballet | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 17. Otra                              | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

#### XIV. SISTEMA AMBIENTAL

1. El medio ambiente de una persona le ofrece diversas posibilidades para que satisfaga sus diferentes necesidades (básicas, afectivas, sociales, etc). En relación a la posibilidad de satisfacer sus necesidades, su **medio ambiente social** le ofrece:

- |                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| 1. Excelentes posibilidades | 2. Buenas posibilidades |
|-----------------------------|-------------------------|

- 3.Regulares
- 5.Deficientes posibilidades

4.Menos que regulares

Comentarios: .....

2. Cuando una persona es activa, eficiente y simpática suele lograr una muy buena respuesta en su medio ambiente. Por el contrario, **el mismo medio ambiente**, puede responder mal si la persona es pasiva, ineficiente y antipática. En su medio ambiente actual, su conducta tiende a ser, en general:

1. Activa	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Pasiva
2. Eficiente	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Ineficiente
3. Simpática	2 – 1 – 0 – 1 – 2	Antipática

3. Los aportes y esfuerzos de una persona pueden ser reconocidos y valorados en mayor o menor medida según las características de su medio ambiente. En algunos ambientes los aportes y esfuerzos son prácticamente ignorados y no producen resultados positivos. Señale qué ocurre – en general - en su medio ambiente actual:

- 1.Sus aportes y esfuerzos son bien reconocidos y evaluados
- 2. relativamente reconocidos y evaluados
- 3. Son poco reconocidos y evaluados

Comentarios: .....

4. El medio ambiente de una persona puede, en diferentes momentos del tiempo, presentar una serie de situaciones potencialmente **perturbadoras o estresantes**. Señale cuál de las situaciones siguientes ha estado presente en su vida durante el **último año**:

- |                                 |                         |                                 |                     |
|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------|---------------------|
| 1.Cesantía                      | 2.Enfermedad            | 3. Accidente                    | Fracasos académicos |
| 4.Despido laboral               | 5.Enfermedad de un hijo | 6.Separación matrimonial        |                     |
| 7.Accidente                     | 8. Cambio de residencia | 9.Muerte de un familiar cercano |                     |
| 10.Fuertes problemas económicos |                         | 10.Otra.....                    |                     |

Comentarios: .....

### XV. RELACION DE PAREJA

1. En la actualidad tiene Ud. una **relación estable** de pareja:

- 1. SI
- 2. NO

En caso afirmativo, señale desde cuánto tiempo:.....

2. Su relación **actual** de pareja es:

- 1.Pololeo
- 2.Noviazgo
- 3.Matrimonio
- 4.Convivencia
- 5.Otra

3. Respecto a su **pareja actual**, indique:

A. Edad: \_\_\_\_\_ B. Nivel educacional: \_\_\_\_\_

C. Ocupación actual: \_\_\_\_\_



2° .....  
 3er .....

10. Señale las 3 cualidades tuyas que Ud. estima son las que más le agradan a su pareja actual:

1ª .....  
 2ª .....  
 3ª .....

11. Señale los 3 defectos tuyos que Ud. considera son los que más le molestan o irritan a su pareja actual:

1er .....  
 2° .....  
 3er .....

12. En su actual situación de pareja, evalúe de 1 a 5 su grado de satisfacción en cada uno de los siguientes niveles ( 1 = deficiente y 5 = Muy bueno ):

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1. Comunicación   | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 2. Amor mutuo   | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 3. Vida sexual  | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 4. Relación con las respectivas familias de origen            | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 5. Intereses comunes  | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 6. Capacidad para manejar dificultades y conflictos entre Uds | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 7. Procedimientos de tomas 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 (morales, religiosos, políticos )         | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 12. Fidelidad   | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

**XVI. SISTEMA FAMILIAR**

Entre las siguientes preguntas, responda sólo aquellas que correspondan a su situación personal ( 1 = mala y 5 = muy buena )

1. **Identifique** a las personas con las que vive actualmente y **evalúe** la calidad de su relación actual con cada una de ellas.

NOMBRE	Edad	ACTIVIDAD	Parentesco o Relación	Calidad Relación Actual
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5

2. En caso de ser casado y **no tener hijos**, indique las razones:

.....



3. Si algunos hijos **no viven actualmente con Ud.** indique nombres, edades y las razones por las que viven aparte:

4. En la relación con los hijos algunas de las **características de los padres** son particularmente importantes. Evalúe cómo son, tanto Ud. como su pareja – en su relación con sus hijos en las características siguientes ( siendo 1 = poco y 5 = mucho ):

Usted		Su Pareja
1- 2 –3 –4 –5	CARIÑOSO	1- 2 –3 –4 –5
1- 2 –3 –4 –5	COMPENSIVO	1- 2 –3 –4 –5
1- 2 –3 –4 –5	CERCANO	1- 2 –3 –4 –5
1- 2 –3 –4 –5	COMUNICATIVO	1- 2 –3 –4 –5
1- 2 –3 –4 –5	BUEN MODELO	1- 2 –3 –4 –5
1- 2 –3 –4 –5	ALEGRE	1- 2 –3 –4 –5
1- 2 –3 –4 –5	PACIENTE	1- 2 –3 –4 –5
1- 2 –3 –4 –5	DEMOCRATICO	1- 2 –3 –4 –5

Comentarios:.....

5. Las parejas muestran distinto **grado de sincronización** – tanto en teoría como en la práctica cotidiana – para formar y educar a sus hijos. Al respecto, Ud. y su pareja tienden a estar:

- |                               |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| 1.Muy bien sincronizados      | 2.Bien sincronizados |
| 3.Relativamente sincronizados | 3.Mal sincronizados  |
| 4.Muy mal sincronizados       |                      |

Comentarios: .....

6. Su sistema familiar actual o el grupo de personas con las cuales vive, **influye o gravita** en su vida actual:

- |         |            |                 |
|---------|------------|-----------------|
| 1.Mucho | 2.Bastante | 4.Relativamente |
| 5.Poco  | 6.Muy poco |                 |

7. Si Ud. **superara** sus actuales dificultades psicológicas, su sistema familiar o el grupo de personas con las cuales vive:

- \_\_\_ Apoyaría positivamente esos cambios
- \_\_\_ Reaccionaría con indiferencia a esos cambios
- \_\_\_ Más bien rechazaría esos cambios
- \_\_\_ Otra ( por favor indique )

8. Relate un **momento de alegría** o una **celebración** que haya tenido lugar durante el último año en su grupo familiar o personas con las cuales vive:

9. Desde **su perspectiva**, su sistema familiar actual o grupo de personas con las que vive, a Ud. le resulta:

- |                            |                       |                               |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| 1.Plenamente satisfactorio | 2.Satisfactorio       | 3.Relativamente satisfactorio |
| 4.Insatisfactorio          | 5.Muy insatisfactorio |                               |

Comentarios: .....

## XVI.- SENTIDO DE VIDA:

1.- Las personas tiene distintas **motivaciones vitales y/o existenciales**. A continuación se presenta una serie de motivaciones de los seres humanos. Marque de 1 a 5 (siendo 1= poco y 5= mucho) cuánto gravita o importa en su vida cada una de ellas:

1. Búsqueda de justicia social	1- 2 – 3 – 4 – 5
2. Búsqueda de conocimiento	1- 2 – 3 – 4 – 5
3. Afán de “servir a Dios”	1- 2 – 3 – 4 – 5
4. Compromiso con sus creencias religiosas	1- 2 – 3 – 4 – 5
5. Compromiso con la familia	1- 2 – 3 – 4 – 5
6. Compromiso con sus creencias políticas	1- 2 – 3 – 4 – 5
7. Compromiso con su país	1- 2 – 3 – 4 – 5
8. Búsqueda de éxito laboral	1- 2 – 3 – 4 – 5
9. Búsqueda de reconocimiento o prestigio social	1- 2 – 3 – 4 – 5
10. Búsqueda de éxito económico	1- 2 – 3 – 4 – 5
11. Búsqueda de fama	1- 2 – 3 – 4 – 5
12. Desarrollo de intereses estéticos o artísticos	1- 2 – 3 – 4 – 5
13. Desarrollo del amor en pareja	1- 2 – 3 – 4 – 5
14. Desarrollo personal	1- 2 – 3 – 4 – 5

2.- Obligado a optar, indique (de la lista anterior) cuáles serían las **tres principales motivaciones vitales y/o existenciales** de su vida:

- A. \_\_\_\_\_  
B. \_\_\_\_\_  
C. \_\_\_\_\_

## **XVII. INFORMACION COMPLEMENTARIA**

1. Por favor agregue cualquier **información** que considere importante y que no haya comunicado en sus respuestas anteriores:

.....  
2. Señale brevemente qué aspectos suyos y / o de sus circunstancias actuales espera cambiar a través de la atención clínica que se está iniciando en esta oportunidad.

.....  
3.- Ha tenido Ud. alguna experiencia atípica o sorprendente para Ud. que sea esta de carácter parapsicológico (telepatía, clarividencia, sueños premonitorios u otra) o de carácter mas bien religioso (experiencia mística, experiencia con presencia de espíritus u otra)?: 1. \_\_\_ SI                                    2. \_\_\_ NO

4. En la eventualidad de iniciar ahora una **psicoterapia o tratamiento psicológico**, Ud. se siente:  
1. \_\_\_ Muy motivado                                    2. \_\_\_ Motivado                                    3. \_\_\_ Relativamente motivado  
4. \_\_\_ Poco motivado                                    5. \_\_\_ Muy poco motivado

5.- Si Ud. desea agregar un comentario final, por favor, hágalo:

---

6.- Por favor, indique la fecha en la que respondió este cuestionario:

---