



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre-Bolivia

**CURSO DE MAESTRÍA EN
“PSICOLOGÍA CLÍNICA: MENCIÓN
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA”**

**“UN ABORDAJE INTEGRATIVO DE LA DEPENDENCIA AL
ALCOHOL EN HOMBRES EN PROCESO DE
REHABILITACIÓN DEL HOGAR LA COLMENA SANTA
TERESA DE LA CIUDAD DE POTOSÍ”**

**Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magister en “Psicología
Clínica: Mención Psicoterapia
Integrativa”**

ALUMNA: Nancy Loredo Zambrana

Sucre – Bolivia

2013



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre-Bolivia

**CURSO DE MAESTRÍA EN
“PSICOLOGÍA CLÍNICA: MENCIÓN
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA”**

***“UN ABORDAJE INTEGRATIVO DE LA DEPENDENCIA AL
ALCOHOL EN HOMBRES EN PROCESO DE
REHABILITACIÓN DEL HOGAR LA COLMENA SANTA
TERESA DE LA CIUDAD DE POTOSÍ”***

**Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magister en “Psicología
Clínica: Mención Psicoterapia
Integrativa”**

**ALUMNO: LIC. NANCY LOREDO ZAMBRANA
TUTOR : DRA. VERÓNICA BAGLADI LETELIER**

Sucre – Bolivia

2013

A Dios, fuente de toda sabiduría y dirección

A mis padres, quienes confiaron en mí

A mi familia, el motor de mi superación..

Agradecimientos

A todas las personas que compartieron este desafío de investigación en un campo poco explorado, quienes con su confianza me inspiraron en la formulación de la presente investigación.

Agradecer también a mis tutores quienes se tomaron el tiempo en guiarme, orientarme y abrirme la posibilidad de poder comprender la enfermedad del Alcoholismo.

Al centro de Rehabilitación Hogar la Colmena Santa Teresa de la ciudad de Potosí, donde tuve la oportunidad de compartir y entender a las personas que han decidido darse otra oportunidad de vivir, con quienes experimenté momentos que fortalecieron mi sensibilidad y vocación de servicio.

Y por último y no menos importante agradecer al Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa que junto a su equipo de profesionales me enseñaron el valor del profesional psicólogo como agente de cambio, teniendo siempre una mirada de 365°.

RESUMEN

El alcoholismo es considerado en nuestra actualidad como una enfermedad que deteriora principalmente el sistema nervioso central, por otra parte provoca una dependencia física y psicológica a la vez, teniendo en cuenta que en la actualidad éste índice de consumo se ha incrementado en nuestro días, reduciéndose también la edad de consumo, en ese entendido la presente investigación hace referencia a poder pesquisar el funcionamiento psicológico de los hombres dependientes al alcohol del centro de rehabilitación Hogar La Colmena Santa Teresa de la ciudad de Potosí gestión 2010 - 2011, donde se pudieron visibilizar características importantes en la muestra estudiada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, denotando de esta manera la fuerte influencia del Sistema Biológico, Afectivo, Cognitivo, Inconciente y Conductual / Ambiental en su funcionamiento y en pro a su recuperación, según el tratamiento llevado a cabo al interior del centro de rehabilitación.

De esta manera se pudo recabar conocimiento respecto a las características de su funcionamiento, permitiendo formular nortes orientadores de intervención psicoterapéutica.

ABSTRACT

Alcoholism is considered in our present as a disease that primarily deteriorates central nervous system, on the other hand causes a physical and psychological dependence at a time, taking into account that at present this consumption rate has increased in our days tapered also drinking age, with this understanding the present investigation refers to power pesquisar psychological functioning alcohol dependent men rehabilitation center Santa Teresa Home Hive Potosi city management 2010 - 2011, which could visualize features important in the study sample from Supraparadigmático Integrative Approach, thus denoting the strong influence of Biological System, Affective, Cognitive and Behavioral Unconscious / Environmental in operation and towards their recovery, according to the treatment carried out within the rehabilitation center.

In this way it was possible to obtain knowledge about the characteristics of its operation, allowing Norths formulate guiding psychotherapeutic intervention.

ÍNDICE

I. <u>INTRODUCCIÓN</u>	1
II. <u>MARCO TEÓRICO</u>	4
<u>1.- DEPENDENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL</u>	4
1.1 DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO.....	6
1.2 CONCEPTOS FUNDAMENTALES.....	9
1.2.1 DEPENDENCIA.....	9
1.2.2 ABSTINENCIA.....	12
1.2.3 INTOXICACIÓN.....	13
1.2.4 TOLERANCIA	15
1.3 FASES DEL ALCOHOLISMO EN UNA PERSONA.....	16
1.4 PATRONES DE CONSUMO.....	18
1.5 TIPOS DEL CONSUMIDOR.....	18
1.6 FACTORES ASOCIADOS	19
<u>2. DEPENDENCIA DEL ALCOHOL Y FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO</u>	22
2.1. EL ENFOQUE INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO Y LOS TRASTORNOS ADICTIVOS.....	22
2.1.1 Aportes del Paradigma Biológico en las Adicciones	25
2.1.2. Aportes del Paradigma Ambiental- Conductual en las Adicciones.....	29
2.1.3. Aportes del Paradigma Afectivo en las Adicciones.....	34
2.1.4 Aportes del Paradigma Cognitivo en las Adicciones.....	36
2.1.5. Aportes del Paradigma Inconsciente en las Adicciones.....	39

2.1.6. El Sistema Self en las Adicciones.....	41
2.2. PSICOTERAPIA INTEGRATIVA	
COMO TRATAMIENTO DE INTERVENCIÓN.....	45
2.2.1. Un abordaje Integrativo.....	46
3.- <u>TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN EN EL HOGAR</u>	
<u>LA COLMENA "SANTA TERESA" DE LA CIUDAD DE POTOSÍ.....</u>	49
3.1 DESCRIPCIÓN GENERAL.....	49
3.1.1. Tipo de Tratamiento.....	50
3.1.2. Componentes.....	51
III. <u>MARCO METODOLÓGICO.....</u>	52
3.1 OBJETIVOS	52
3.1.1 OBJETIVO GENERAL.....	52
3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	52
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	53
3.3 UNIVERSO.....	53
3.4 POBLACIÓN	54
3.5 MUESTRA.....	54
3.5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	54
3.6 INSTRUMENTOS.....	55
3.7 VARIABLES A ESTUDIAR.....	57
3.8 ANÁLISIS DE PRUEBAS ESTADÍSTICAS.....	70

IV.	<u>ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</u>	71
	4.1 RESULTADOS GENERALES.....	71
	4.1.1 RESULTADOS EN EL PARADIGMA BIOLÓGICO.....	74
	4.1.2 RESULTADOS EN EL PARADIGMA COGNITIVO.....	76
	4.1.3 RESULTADOS EN EL PARADIGMA INCONSCIENTE....	77
	4.1.4 RESULTADOS EN EL PARADIGMA AFECTIVO.....	78
	4.1.5 RESULTADOS EN EL PARADIGMA CONDUCTUAL/AMBIENTAL.....	80
	4.1.6 SISTEMA SELF.....	81
	4.1.7 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA DESDE EL EIS.....	83
	4.1.7.1. PARADIGMA BIOLÓGICO.....	89
	4.1.7.2. PARADIGMA AMBIENTAL/ CONDUCTUAL.....	90
	4.1.7.3. PARADIGMA AFECTIVO.....	92
	4.1.7.4. PARADIGMA COGNITIVO.....	94
	4.1.7.5. PARADIGMA INCONSCIENTE.....	96
	4.1.7.6. SISTEMA SELF.....	98
	4.1.7.1 INTERVENCIÓN ESPECÍFICA DESDE LOS PARADIGMAS COGNITIVO - CONDUCTUAL.....	99
4.2	DISCUSIÓN	103
V.	<u>CONCLUSIONES</u>	106
VI.	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	109

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Escalas del FECI GENERAL	75
Tabla 2. Paradigma Biológico	77
Tabla 3. Paradigma Cognitivo	79
Tabla 4. Paradigma Inconsciente	80
Tabla 5. Paradigma Afectivo	81
Tabla 6. Paradigma Conductual/Ambiental	83
Tabla 7. Sistema Self	84
Tabla 8. Áreas de Intervención	86
Tabla 9. Factores de Riesgo y Protección	87

I. INTRODUCCIÓN

Las Adicciones son enfermedades crónicas, progresivas y recidivantes que afectan al individuo en áreas: física, psicológica, social y espiritual. El uso, abuso y dependencia de drogas en niñas, niños, adolescentes y adultos se ha constituido en los últimos años en un foco relevante de atención para padres, educadores y profesionales de la salud.

Por lo tanto cabe mencionar que la dependencia al alcohol es un hecho que no distingue ni hace diferencia entre edad, sexo, posición socioeconómica o instrucción académica, por lo que las cifras durante los últimos años se ha ido incrementando, en 2005 el consumo de alcohol parte de hombres y de mujeres es porcentualmente similar. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Bolivia el consumo de alcohol se ha incrementado en un 300% en los últimos cuatro años, al mismo tiempo que se reduce la edad de los jóvenes que ingresan a este campo.

Es por ello que de acuerdo a los datos que se tienen, las drogas más consumidas en nuestro país son: el alcohol, el tabaco dentro de las legales y dentro de las ilegales la marihuana, seguida por los inhalantes y la cocaína en sus variantes (pasta base y clorhidrato de cocaína).

El consumo de alcohol y tabaco en Bolivia muestra que Oruro lleva el índice más alto con el 60,26 %, Montero con

57,34 %, La Paz con 29,15 % y Potosí con el 27,1, según los datos del Sistema Integral de Información sobre drogas (SIID, 2009)

En el departamento de Potosí el consumo de alcohol y droga, entre los jóvenes estudiantes, se incremento en un 175 por ciento los últimos cuatro años, según reportaje de la Unidad de Salud Mental y adolescente dependiente del SEDES (USMEA).

Por lo cual se puede considerar principalmente el abuso de alcohol y el uso de diferentes drogas psicoactivas siendo un fenómeno que aceleradamente se difunde en nuestra sociedad trayendo como consecuencia problemas: médicos, relaciones familiares, laborales, sociales, conductas violentas, lesiones autoinfligidas, accidentes de tránsito y de trabajo, etc.

Ante este panorama es que el presente Proyecto de Tesis tiene como objetivo, a través de un abordaje Integrativo explorar las características psicológicas de los hombres adictos al alcohol, que posibilitará la generación de nortes orientadores de intervención psicoterapéutica y la contribución en todo el proceso de rehabilitación de los residentes que acceden al programa; considerando que la identificación de los factores etiológicos, la descripción del perfil psicológico de los hombres adictos al alcohol, posibilitará la generación de nuevas y mejores estrategias de intervención y prevención a nivel de la población en general.

Por supuesto es importante señalar que durante los últimos años no se hizo investigaciones descriptivas respecto al fenómeno del consumo de alcohol y el funcionamiento psicológico de los consumidores; por lo cual la misma legislación boliviana en la actualidad puso la mirada para la toma de decisión y acción de control sistemático en la disminución de personas consumidoras del alcohol y dependientes en potencia.

II. MARCO TEÓRICO

1.- DEPENDENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL

En Bolivia según las descripciones de los medios masivos de comunicación han reportado un creciente incremento de consumo de alcohol durante los últimos cinco años, en la que cada vez existe la disminución en la edad de consumo, aproximadamente comprendidas entre 10 - 19 años, demostrándose que los mayores consumidores de drogas tienen entre 17 y 21 años (fuente CELIN). La exploración y comprensión de éste fenómeno a nivel clínico Integrativo, permitirá el abordaje psicoterapéutico de intervención y prevención, en los centros especializados de rehabilitación que en la actualidad trabajan con el fin de contribuir en la recuperación de hombres y mujeres dependientes del alcohol, para que vivan como personas humanas con necesidades básicas satisfechas, para poder acceder a una rehabilitación integral de reinserción social y laboral, pero la deficitaria información como también de planes de acción en el tratamiento y comprensión del fenómeno, ha generado un incremento del consumo y recaídas en el tratamiento.

En general la posibilidad de realizar un abordaje bajo el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, permite la mayor descripción y comprensión de la persona adicta al alcohol en la que se identificarán los factores etiológicos y mantenedores, de los cuales surgen nortes orientadores al tratamiento y contribución en el proceso de rehabilitación de los mismos.

El alcoholismo como enfermedad es la última fase de un proceso que inicia con el consumo ocasional o experimental, pasando por el consumo moderado (López, 2000) y que puede derivar en el consumo excesivo. Este fenómeno es casi tan antiguo como el hombre mismo y la preocupación por entenderlo y contender sus efectos también existe desde hace mucho tiempo.

Sin embargo y a pesar de ello, no fue sino hasta mediados del siglo XIX que un investigador inglés se atrevió por primera vez a considerar al alcoholismo como una enfermedad (Velasco, 1980 y 1997). Una vez aceptado esto, automáticamente los médicos decidieron que por esa razón la enfermedad del alcoholismo era uno de sus objetos de estudio. No fue sino hasta mediados del siglo XX, casi 100 años después, cuando en una reunión internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se reconoció que esta enfermedad tenía que ver con problemas de índole psicológica del individuo que consumía en exceso, por lo cual se abrió, por fin, la puerta a los *investigadores de la mente* (Barr, 1999). Sin embargo, años más tarde, también se decidió que era una enfermedad no sólo psicológica sino también social, por lo cual, casi a finales de la década de los sesenta, aparecen por primera vez los estudios sociales y culturales acerca del consumo del alcohol (Medina Mora, 1988; Berruecos, 1988).

Frente a este hecho resalta que los trastornos de la salud mental se han incrementado drásticamente en las últimas décadas en todo el mundo: el alcoholismo representa 11.3% de la carga total de enfermedades (Belsasso, s/f).

1.1 DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO

El alcohol es una droga legal, la más usada en el mundo, aunque muchos no la consideran como una tal, su abuso causa la enfermedad designada como alcoholismo. Este vicio, que progresivamente se va convirtiendo en una enfermedad crónica, está sumamente arraigado en la sociedad y es una de las principales causas de desintegración familiar, accidentes de tránsito que producen muchas muertes y es un factor predisponente para cometer crímenes y suicidios.

La enfermedad llamada alcoholismo es un proceso patológico que queda definido por el conjunto de lesiones orgánicas y trastornos psíquicos originados por el consumo repetido y continuado de bebidas alcohólicas provocando esto una dependencia de ellas.

El alcoholismo es una enfermedad caracterizada por un conjunto de síntomas psíquicos, físicos y de desajuste social que se dan por la forma repetida de ingerir bebidas alcohólicas, es decir de forma excesiva creando dependencia en el consumidor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió al alcoholismo como: "un trastorno crónico de la conducta caracterizado por la dependencia hacia el alcohol expresado a través de dos síntomas fundamentales: la incapacidad de detenerse en la ingestión del alcohol y la imposibilidad de abstenerse de alcohol (OMS, 1990:9).

El **alcohol** como tal es una sustancia depresora del sistema nervioso central (S.N.C).

"A grandes dosis, el alcohol es un veneno narcótico que produce intoxicación con incoordinación muscular, delirio y coma". (Oceano, 2002:45).

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.

Para entender el tema de las drogodependencias, es necesario manejar en general la diferencia entre el consumo, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas. Las sustancias psicoactivas- como ya se mencionó- 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 benzodiacepinas.

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, hashís 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.

Cuando se habla de consumo, se habla de la 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.

1.2 CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Fundamentalmente se sabe que el alcoholismo es una enfermedad médica, en la que la sustancia psicoactiva depresora que es el alcohol constituye una adicción, existiendo indicadores importantes de predominancia que es la **Falta de Control** en la conducta y **Dependencia Psicológica**.

1.2.1 DEPENDENCIA

El término Dependencia que fue mencionado con anterioridad es considerada conceptualmente como una Enfermedad Cerebral, crónica y recurrente, caracterizada por la búsqueda y consumo compulsivo de sustancias. Cuyos factores predisponentes, Precipitantes y Mantenedores es del tipo *BIOPSICOSOCIAL*.

Para que se dé un diagnóstico es importante mencionar: la Dependencia según el DSMIV-R, se considera como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, 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, llamada el craving o lo que para los Alcohólicos Anónimos es considerada como "lagunas mentales" (A.A, 1988).

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). Surgiendo de este modo lo siguiente:

- **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 (desarrollándose los síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que aparecen por la suspensión de la ingesta). La sustancia luego se ingiere para aliviar este cuadro. Ahora bien es importante señalar el mecanismo de la ingesta de la sustancia:

- 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).

- Posterior a ello aparece un deseo persistente o esfuerzos infructuosos en la persona por controlar o parar el consumo.
- Que conlleva 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.

En la dependencia la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía. Las reacciones que se llegan desencadenar es del deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia, por lo que se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia existe la reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

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

Por lo tanto algunos autores se refieren al hecho de mencionar que:

"La dependencia es el entrecruzamiento entre el poder potencial de la sustancia y el poder que la persona está dispuesta a atribuirle"

(Rigliano, 1998)

"La dependencia es una experiencia subjetiva...el sí mismo se reestructura de forma distinta, experiencia sentida como más funcional y positiva"

1.2.2 ABSTINENCIA

El término de Abstinencia es definida por cualquiera de los siguientes indicadores:

El síndrome de abstinencia es característico de la sustancia, por lo que su funcionamiento hace tener reacciones de ingesta de la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Los síntomas se presentan de la siguiente manera: debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades el síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad de las personas.

Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (DSM-IV R).

Es una serie de síntomas que las personas tienen cuando dejan de beber de repente y se ha estado

bebiendo por semanas o hasta meses, este síndrome se puede diferenciar en 4 estadios:

- **Estadio 1:** Aparece a las 12 - 36 horas de la supresión del alcohol y se caracteriza por un estado de nerviosismo e inquietud y gran ansiedad.
- **Estadio 2:** Aparece a las 26-36 horas con sacudidas musculares, temblores hipotensión ortostática y numerosas manifestaciones gastrointestinales (nauseas, vómitos, anorexia). Hay gran irritabilidad.
- **Estadio 3:** A partir del segundo día de abstinencia aparece el cuadro "delirium tremens".
- **Estadio 4:** Alucinosis alcohólica con desorientación e ideas paranoides.

1.2.3 INTOXICACIÓN

La intoxicación término usado para referirse a lo que es un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente, causando malestar y cambios a nivel psicológico, comportamental y físico que es desadaptativo, presentándose durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después, según las estadísticas se estima entre el 1 al 3% se dan las muertes por intoxicación a nivel mundial.

Por consiguiente, se habla de 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.

El abuso a sustancias 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 lapso de tiempo de 12 meses para definir el abuso a alguna sustancia, al respecto se señalan las características:

- Consumo recurrente de alguna sustancia que implica de alguna manera algún deterioro o malestar clínicamente significativo.
- Consumo de alguna sustancia en situaciones que impliquen un peligro físico para la persona.
- Presentar problemas legales repetidos asociados al consumo de alguna sustancia.
- El consumo es continuado y se empiezan a asociar a problemas sociales, ya sea acentuados por el consumo o causados por éste.

1.2.4 TOLERANCIA

El término de Tolerancia, es definida por cualquiera de los siguientes parámetros:

- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- Se puede definir en términos más concretos que es la mayor cantidad de sustancia para obtener igual placer y/o bienestar.

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:

- o **El Tiempo;** cuánto tiempo la persona dedica al consumo de drogas en su diario vivir (llamadas conductas de búsqueda de drogas).
- o **El deseo;** de consumo e intentos de controlar la ingesta.
- o **La frecuencia;** de la intoxicación por consumo de sustancias y síntomas de abstinencia.
- o **La alteración y restricción;** de actividades vitales normales por el consumo (alteración a nivel laboral, de pareja o familiar, recreacional, etc.).

- o **El nivel de riesgo** que implica el consumo para la propia seguridad y de otros.
- o Terminando en 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.

1.3 FASES DEL ALCOHOLISMO EN UNA PERSONA

Para que pueda existir mejor comprensión del fenómeno de la enfermedad del alcoholismo se señalaran las diferentes fases, por las que pasan las personas dependientes a la sustancia:

- a) Fase Pre-alcohólica:** En esta fase las personas tratan de lograr alivio ocasional de las tensiones por medio de la bebida.
- b) Fase Prodrómica:** Los bebedores olvidan las cosas (amnesia alcohólica), beben a escondidas, están siempre preocupados por el alcohol, beben ávidamente, experimentan sentimientos de culpa por la manera de beber, evitan hablar del alcohol en sus conversaciones y se les incrementa la

frecuencia en las lagunas mentales o el craving. Una persona con síntomas de este tipo, ya está teniendo problemas con el alcohol.

c) Fase Crucial o Crítica: Cuando ya se está en esta fase, la persona bajo la influencia de alcohol, puede hacerse agresiva. Trata de explicarse a sí misma las razones por las cuales bebe. En ocasiones, tiene comportamiento grandioso o fanfarrón (busca pleitos) y después siente remordimientos, hace promesas de parar de beber y puede lograrlo en períodos cortos de tiempo. Desarrolla un comportamiento de distanciamiento del grupo de amigos (los que no beben) y renuncia a los empleos o lo despiden de los mismos. La bebida llega a ser el centro de todas sus actividades.

d) Fase Crónica: Cuando ya se ha llegado a esta fase las *intoxicaciones* son prolongadas, se puede ver un marcado deterioro *moral*, vienen trastornos del *pensamiento*, algunas formas de *psicosis* (alcohólicas). Se llega a tomar con personas que han llegado a "tocar fondo". Empieza a disminuir la tolerancia para el alcohol, aparecen temores indefinidos, temblores persistentes, inhibición psico-motora. El beber se hace obsesivo, surgen impulsos religiosos y se hace necesaria la hospitalización, siempre y cuando si la persona aun vive.

1.4 PATRONES DE CONSUMO

Los mencionados patrones de consumo se puede visualizar con mayor claridad en las etapas de desarrollo que cursan los adolescentes y adultos jóvenes, estos patrones de consumo son:

- **Experimentales:** Comienza por la curiosidad de tener nuevas experiencias. No implican necesariamente la existencia de un problema personal o psicológico.
- **Sociales:** Es la forma de participar en una actividad grupal con pares (fiestas, bailes, etc.). Supone una implicación ocasional e infrecuente en las drogas.
- **Medicinales:** Se consume para aliviar la ansiedad o tensión o disfrutar la experiencia por sí misma. Conlleva al riesgo de convertirse en un método regular de enfrentarse a los problemas cotidianos o de escapar de ellos.
- **Adictivos:** Habitación a una o más drogas, como experiencia individual.

1.5 TIPOS DEL CONSUMIDOR

- **Moderado**

Ingestión habitual de diversas bebidas alcohólicas, inferior a los $\frac{3}{4}$ litros por día.

- **Habitual**

Toda su vida social se centra en el alcohol. No consume por su gusto sino porque le aporta una sensación aparente de seguridad, valor o placer. Al comienzo la ingesta es circunstancial, y puede dejar de beber, pero con el tiempo, se establece el hábito.

- **Excesivo**

Bebe más de un litro de vino o su equivalente, según el grado de alcohol en la bebida por día, y presenta más de una embriaguez por mes. No obstante, aún puede controlar el consumo.

- **Dependiente**

Se caracteriza por depender del alcohol, tanto física como psíquicamente, y la incapacidad de detenerse o abstenerse.

1.6 FACTORES ASOCIADOS

Los factores que comúnmente se consideran que están relativamente asociados al consumo son los: personales, familiares y sociales; a continuación se explicitan cada uno:

- **Personales**

Se sabe bien que todos en alguna medida han escuchado al menos una canción que hable acerca de olvidar un amor pasado con un vaso de licor o una copa de vino, y exactamente esta es una de las principales razones por la cual las personas se emborrachan.

Muchos creen que con beber alcohol se olvidan los problemas, pero no es así, más bien cuando pasa la borrachera se sigue sintiendo el horrible despecho pero ahora peor, se llegan a sentir terriblemente, desvalorizando el sentido de Ser Humano, esto permite hacer la señalización de algunas características:

- La elevada disposición a tener nuevas experiencias, tolerancia a conductas no normativas, búsqueda de sensaciones, impulsividad, no convencionalidad, rebeldía.
- Bajo nivel de inhibición social, de interés por el rendimiento, y de implicación en la religión o experiencias espirituales.
- Relación con logro de la identidad: jóvenes con identidad difusa presentarían mayor probabilidad de desarrollar una adicción.
- Creencias respecto de los efectos de la droga para la salud.

- **Familiares**

A nivel de la familia se considera que existen algunas características como ser:

- Los problemas familiares la disgregación, degradación y dificultades conyugales.
- Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres
- Baja supervisión familiar y poca disciplina familiar.
- Historia familiar de conducta antisocial y las actitudes parentales favorables a la conducta antisocial.
- Bajas expectativas para los niños o para el éxito.
- Abuso físico.
- Modelos paternos.
- Clima familiar: cuando los padres están poco implicados con sus hijos, preocupados de sus propios asuntos, inclinados hacia tipos de disciplina autoritaria o permisiva.

- **Sociales**

De acuerdo a los aspectos culturales y creencias se considera que en nuestro país cualquier celebración es pretexto para meterse unos "buenos tragos entre pecho y espalda", así por ejemplo: la graduación de bachillerato, el nacimiento del primer bebé, la primera comunión, una boda, cualquier evento o cualquier fiesta; dan lugar a celebrar los buenos momentos, por lo que se señalan algunas características:

- Nivel de desarrollo: mayor influencia de los amigos en la pubertad.

- Grado de cercanía afectiva
- Frecuencia e intensidad del consumo entre amigos.
- Valoración de la aprobación del amigo(a).
- Disponibilidad y facilidad de acceso a las drogas y alcohol.

2. DEPENDENCIA DEL ALCOHOL Y FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO

2.1. EL 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.

En breve, 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 permite 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, como primera aproximación a cualquier problemática, el primer paso a seguir es 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 enfoque 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.

A continuación, el Enfoque Integrativo puede ser visualizado de la siguiente manera:



Fuente: Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI)

Donde:

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

2.1.1 Aportes del Paradigma Biológico en las Adicciones

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 en este caso de alcohol 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 las respuestas de las estructuras cerebrales a determinadas drogas.

A.- 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^a; Muñoz, 1999).

B.- 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^a; 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 su 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.

C.- 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)

D.- 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).

E.- 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).

F.- Comorbilidad asociada: la presencia de cuadros de depresión, cuadros ansiosos, enfermedades médicas y/o psiquiátricas y presencia de trastornos de personalidad se relacionan fuertemente con consumo compulsivo de drogas (Barlow et al., 2001). 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).

2.1.2. Aportes del Paradigma Ambiental- Conductual en las Adicciones

El paradigma Ambiental/Conductual plantea que cambios en el medio ambiente y/o en el repertorio conductual de la persona pueden influir en la génesis y/o 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.

A.- 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 sustancia, 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).

- 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.

B.- 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, et al., 1995). En relación al grupo de pares, la búsqueda de pertenencia y la presión social harían propenso a una persona a asimilar las características de su grupo de referencia para validarse, ser aceptado y "ser parte de".

Finalmente, un factor relevante asociado, más bien a la mantención del consumo de la sustancia, es la 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.

C.- Factores ambientales de riesgo: se han identificado una serie de influencias ambientales consideradas históricamente como factores de riesgo para desarrollar una adicción: (Barley, 1999)

- 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 sustancia, alta disponibilidad y bajos precios en ambiente inmediato.
- Ser hijos de padres o progenitores 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 masiva (publicidad, por ejemplo).

- Desempleo.
- Aislamiento social.

D.- 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 Enfoque 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).

Asimismo, también se ha visto en poblaciones de adictos como uno de los factores predisponentes al consumo sería la 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).

2.1.3. Aportes del Paradigma Afectivo en las Adicciones

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

En relación a los drogodependencias, el uso de drogas muchas veces se ha considerado como una forma de "automedicación" o una estrategia de alivio para un sinnúmero de afectos, especialmente los afectos en la línea depresiva, ansiosa y agresiva. Asimismo, como se ha mencionado antes, la búsqueda de drogas está íntimamente ligada a la 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.

En relación a otros principios de influencia desde el paradigma afectivo, se ha pesquisado como los pacientes adictos presentarían una baja tolerancia a la frustración, a los afectos displacenteros en general y una baja tolerancia para la postergación de sus impulsos y gratificaciones. 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).

Por otra parte, una variable relevante en las adicciones ligada al paradigma afectivo tiene que ver con la 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.

Finalmente, 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 de esta enfermedad.

2.1.4 Aportes del Paradigma Cognitivo en las Adicciones

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).

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

de pares o a través de mitos sociales, validan de alguna manera el consumo de determinadas drogas. 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 condición 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).

Asimismo, en poblaciones de alcohólicos y en la población general también se pueden analizar convicciones y expectativas que las personas manejan cognitivamente (consciente e inconscientemente) acerca del alcohol 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, 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, que no ha podido ser integrada (Beck et al., 1999).

Por otra parte, se puede entender las personas dependientes del alcohol parecieran jugar un rol mantenedor de la conducta disfuncional de consumo: (Graña et al., 1996^a; Guajardo et al., 2003; Millar et al., 1999)

- Baja autoimagen y expectativas de autoeficacia y logro. Los pacientes dependientes del alcohol, 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 consiguiente falta de responsabilidad con respecto a su actuar.

Finalmente, como parte de la misma enfermedad adictiva, es común observar cómo la persona adicta no presenta conciencia acerca de su enfermedad, ni del efecto y costos de sus actos con respecto a 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".

2.1.5. Aportes del Paradigma Inconsciente en las Adicciones

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).

En el trabajo clínico con pacientes dependientes del alcohol, una de las primeras características distintivas de este tipo de población es el uso de mecanismos defensivos (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 el déficit a nivel de autoimagen y autoestima. Asimismo, también se ha planteado que esta "búsqueda" de sentimientos de omnipotencia a través de la sustancia 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).

Por otro lado, también debe destacarse la importancia de los primeros años de vida en la propia construcción de significados internos, los cuales determinarán, 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, determinarán 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 securizar, 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).

Dentro del paradigma inconsciente y su influencia en el ámbito de las adicciones, cabe destacar también como en la actualidad el ser humano se ha visto progresivamente sometido a un sinnúmero de 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 más bien inconscientes de determinadas drogas como "símbolos" de estatus, de poder, de figuración social, de felicidad o de éxito.

Finalmente, y 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. El Sistema Self en las Adicciones

El sistema Self, en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, es el sistema integrador y regulador de los diferentes subsistemas (biológico, afectivo, etc.) que influyen en la génesis y mantención de la manera de pensar, sentir y actuar individual. Además de su rol integrador, el sistema Self otorga la capacidad significación de la experiencia, la capacidad de controlar la conducta y es el eje que determina la identidad personal (Opazo, 2001). Bajo este prisma, cualquier problemática que se aborde apunta finalmente a una exploración, y por ende, también al cambio o modificación en el sistema Self de la persona al pensar en un tratamiento adecuado.

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, dentro del Enfoque Integrativo Supraparadigmático para la comprensión de los Trastornos Adictivos, se puede visualizar sintéticamente los factores etiológicos más relevantes mencionados anteriormente de las drogodependencias de la siguiente manera:



Fuente: Feuchtmann, Christian, "Una Comprensión Integrativa De La Drogodependencia en Jóvenes" Tesis para optar el grado de Magister en Psicología Clínica: Mención Psicoterapia Integrativa., Santiago, ICPSI, 2004

2.2. PSICOTERAPIA INTEGRATIVA COMO TRATAMIENTO DE INTERVENCIÓN

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 y Psicoterapia de Familia.

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).

2.2.1. Un abordaje Integrativo.

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:



Fuente: Feuchtmann, Christian, 2004

3.- TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN EN EL HOGAR LA COLMENA "SANTA TERESA" DE LA CIUDAD DE POTOSÍ

3.1 DESCRIPCIÓN GENERAL

La comunidad terapéutica de apoyo al alcohólico la Colmena "Santa Teresa" (EX COTAPAL) afiliada a la asociación Latino Americana de comunidades terapéuticas surge ante la necesidad de brindar una nueva esperanza y de calidad de vida para aquellos hermanos que lamentablemente se fueron deteriorando en la desintegración, personal, familiar, laboral y llegando a constituirse en una población vulnerable con factores de riesgo por el consumo del alcohol. **(CONTEXTO, Centro de Rehabilitación Integral para Personas Alcohólicas De Potosí "Hogar La Colmena - Santa Teresa", Proyecto, Potosí - La Paz, 2010.)**

Actualmente este centro terapéutico se denomina La Colmena Santa Teresa, tratando de dar a conocer a la sociedad que es un centro que acoge y brinda una vida comunitaria para su rehabilitación. La metodología que va utilizarse tiene la finalidad de dotar a la Ciudad de Potosí y su área rural del Equipo e Infraestructura necesarios, para iniciar un trabajo de **prevención, sensibilización, capacitación ocupacional y rehabilitación de personas adictas al alcohol**, puesta la misma al servicio de toda la población urbana y rural de las comunidades de Potosí.

3.1.1. Tipo de Tratamiento:

El proceso de rehabilitación al que se va incorporando es de carácter multi-disciplinario, interviniendo en las áreas: espiritual, psicológica, físico y social, siendo el pilar fundamental el área espiritual con el propósito de buscar la consolidación de los principios y valores de un ser humano que es parte fundamental en la conducción de vida. Integrando sistemáticamente las terapias psicológicas, social, ocupacionales, recreativas, A.A y complementarias.

El proceso de rehabilitación que maneja el centro está comprendido en tres fases que implica la de: Adaptación, Terapéutica y de Reinserción Laboral; por lo tanto se trabaja de manera multidisciplinaria y de larga duración (al menos un año), en el Centro de Rehabilitación Hogar la Colmena Santa Teresa se considera como parte del proceso de admisión la característica de acudir en estado de sobriedad y de manera voluntaria; para el inicio del programa terapéutico. Es así que el proyecto tiene como:

Fin: Promover y contribuir a la recuperación de hombres y mujeres dependientes del alcohol, para que vivan como personas humanas con necesidades básicas satisfechas.

Propósito:

Se incrementa la rehabilitación integral, social y laboral de hombres dependientes del alcohol en el departamento de Potosí.

3.1.2. Componentes:

Fase de Adaptación.- Esta fase implica el proceso de acompañar a los hermanos que lleguen a internarse en la comunidad para que tomen conciencia de su enfermedad y acepten un proceso de cambio que implica su rehabilitación, por niveles de adaptación.

Fase de Tratamiento.- Orientar a los hermanos internos en sus conflictos psicosociales y que tengan las herramientas necesarias para el discernimiento de su realidad.

Fase de Reinserción.- Coadyuvar en la reinserción social del hermano interno como un hombre de bien con principios y valores humanos para una mejor calidad de vida.

III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 OBJETIVO GENERAL

Explorar las características psicológicas de los hombres dependientes al alcohol para generar nortes orientadores de intervención psicoterapéutica bajo el prisma del Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar y describir los factores relevantes en la dependencia al alcohol desde el paradigma Biológico.
- Identificar y describir los factores relevantes en la dependencia al alcohol desde el paradigma Cognitivo.
- Identificar y describir los factores relevantes en la dependencia al alcohol desde el paradigma Inconsciente.
- Identificar y describir los factores relevantes en la dependencia al alcohol desde el paradigma Afectivo.
- Identificar y describir los factores relevantes en la dependencia al alcohol desde el paradigma Conductual / Ambiental.

- Identificar y describir los factores relevantes en la dependencia al alcohol desde el paradigma Sistémico y el sistema Self.
- Desarrollar un modelo de intervención según el funcionamiento psicológico de hombres dependientes del alcohol desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la presente investigación es del tipo no experimental y transversal, ya que la observación de las variables se realizó en situaciones existentes y sin manipulación de éstas.

Asimismo, la presente investigación es un estudio de tipo descriptivo y exploratorio, ya que busca describir variables (obtener el funcionamiento psicológico de una determinada muestra de hombres dependientes del alcohol).

3.3 UNIVERSO

El universo de la investigación son los hombres dependientes del alcohol de la ciudad de Potosí.

3.4 POBLACIÓN

Tomando en cuenta para los fines de la investigación se utilizarán los datos clínicos obtenidos a través de la Ficha de Evaluación Integral (FEI). Estos datos se recabaron de las fichas clínicas de los pacientes internados en el Centro de Rehabilitación Hogar la Colmena Santa Teresa, de la ciudad de Potosí entre 2009 - 2010.

3.5 MUESTRA

La muestra es no probabilística e intencionada (o de casos tipo). Quedando constituida de la siguiente manera:

- 20 personas de sexo masculino.

3.5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

- Todos de nivel socioeconómico medio-bajo (criterio 1), se consideró que todos los residentes que ingresaron al centro eran de diferentes ámbitos familiares. Además que es de carácter gratuito, las zonas de procedencia es de ciudades de capital como Potosí, La Paz, Cochabamba y Tarija, y de provincia como Villazón, Betanzos y Vitichi.
- Las 20 personas han estado en situaciones extremas de vivencia en las calles, por lo menos durante el último mes.

- Asimismo, todos los participantes de la muestra son pacientes que se encuentran en la actualidad, y por primera vez en un tratamiento de rehabilitación terapéutica.
- Los pacientes residentes en el centro han sido diagnosticados como dependientes del alcohol.
- El FECI será aplicada a todos los sujetos de la muestra total en los inicios de su tratamiento, con el fin de obtener datos cuantitativos que permitirán analizar los diferentes subsistemas de cada individuo desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático y de ese modo se conoció el funcionamiento psicológico de cada uno de ellos.
- La aplicación del FECI fue de manera individual y realizada en sesión con el terapeuta.

3.6 INSTRUMENTOS

Se utilizaron los puntajes obtenidos por los sujetos en las escalas cuantitativas de la Ficha de Evaluación Clínica 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 mayor 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 (Christian Feuchtmann, 2004)

Las escalas se describen a continuación por paradigmas: (Ver ANEXOS)

Paradigma Biológico:

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

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)
- Escala de Autoimagen

No se incluyó en el estudio la escala del FECI de **Satisfacción en pareja**, siendo considerada como una variable inestable no constante en la muestra tomada para la investigación.

3.7 VARIABLES A ESTUDIAR

Para los objetivos de la presente investigación, se consideró la variable **Dependencia del Alcohol** como variable independiente, la cual fue operacionalizada de la siguiente manera:

- Dependencia física
- Dependencia psicológica

❖ **Dependencia Física:** se entiende el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos; tales como los signos y síntomas de dolor de cabeza, vómitos, temblores, etc. Esto cuando se interrumpe la administración de la sustancia.

- ❖ **Dependencia Psicológica:** se entiende como la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción o impulso psíquico que exigen la administración regular o continúa de la sustancia para producir placer o evitar el malestar. (Sociedad Española de Toxicomanías, 2006)

Como variable dependiente se consideró el **funcionamiento psicológico** desde el prisma del Enfoque Integrativo Supraparadigmático- de los sujetos de estudio, lo cual se operacionalizó utilizando las Escalas Cuantitativas de la Ficha de Evaluación Integral (FEI). Los datos que a continuación se presentan es información generada por el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI).

PARADIGMA BIOLÓGICO:

Cuestionario de Personalidad de Eynseck: este es un cuestionario de autorreporte construido por Eynseck en 1970. De acuerdo a los postulados teóricos del autor se tiene:

-Neuroticismo: evalúa dentro de un continuo el nivel de emotividad o ansiedad del sujeto versus su nivel de estabilidad emocional y se relaciona con la intensidad y el control de reacciones y procesos emocionales (Bagladi, 2003). Se accede a esta dimensión a través del cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ), contenido en el FEI. Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto en el autoreporte FEI.

Categorización según FECI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	0 a 10
1	Medio	11 a 15
2	Alto	16 a 22

-Extroversión-Introversión: evalúa el tipo de orientación del sujeto hacia el mundo, ya sea externa o interna respectivamente.

Esta variable hace referencia también a una cualidad de la personalidad relacionada con la dimensión y/o medio ambiente, se evalúa el tipo de orientación del sujeto hacia el mundo, ya sea externa o interna respectivamente (Bagladi, 2003).

Se accede a esta dimensión a través del cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ), contenido en el FECI. Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto en el autoreporte FECI.

Categorización según FECI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	0 a 9
1	Medio	10 a 13
2	Alto	14 a 20

-Psicoticismo: es una dimensión que evalúa el grado de psicopatía, agresividad, terquedad e impulsividad presentado por el sujeto (Bagladi, 2003). Se accede a

esta dimensión a través del cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ), contenido en el FECI. Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto en el autoreporte FECI.

Categorización según FECI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	0 a 2
1	Medio	3 a 4
2	Alto	5 a 18

-Escala L: Hace referencia a una escala que determina el nivel de veracidad de las respuestas que la persona evaluada entrega. Además los ítems que la componen permiten apreciar el grado de deseabilidad social de la persona, es decir, la tendencia del sujeto a mostrar pautas de conductas aprobadas o aceptadas socialmente. (Bagladi, 2002a). Se accede a esta dimensión a través del cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ), contenido en el FECI. Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto en el autoreporte FECI.

Categorización según FECI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	0 a 7
1	Medio	8 a 10
2	Alto	11 a 20

Escala de Ansiedad: Se refiere a un estado emocional desagradable asociado a cambios psicofisiológicos y que no responde a una situación objetiva como el

miedo, sino que es manifestación de un conflicto intrapsíquico, (Bagladi, V., 2003).

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.

Categorización según FECI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	0 a 4
1	Medio	5 a 7
2	Alto	8 a 31

- **Escala de Depresión:** Se refiere a un estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo y se identifica con un conjunto de emociones y sentimientos tales como tristeza, abatimiento, llanto, entre otros. Se manifiesta también a través de una inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión según lo referido por Carvajal, 2004. 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.

Categorización según FECI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	0 a 4
1	Medio	5 a 9
2	Alto	10 a 21

- **Escala de Vulnerabilidad Biológica:** Consiste en diversos ítems del FECI que evalúan los diferentes indicadores de alteraciones orgánicas, como 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). A mayor puntaje, mayor vulnerabilidad biológica.

Categorización según FECI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	0 a 9
1	Medio	10 a 15
2	Alto	16 a 113

PARADIGMA COGNITIVO:

- **Escala de Irracionalidad Cognitiva:** Esta variable se refiere al procesamiento cognitivo que hace la persona sobre sí misma y sobre los demás, que puede producir desajustes emocionales y/o conductuales que son frecuentemente desadaptativos. Se manifiesta en

pensamientos, emociones o conductas que sabotean, interfieren y bloquean el logro de metas básicas o más importantes para el individuo. (Ellis, 1980; Beck, 1995). Se categorizó según el puntaje obtenido por el paciente en el FECI quedando de la siguiente manera.

Categorización según FECI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	15 a 38
1	Medio	39 a 44
2	Alto	45 a 60

- **Escala de Autoeficacia:** Se refiere al grado en que la persona se percibe a sí misma como capaz de desplegar conductas adecuadas en el plano social, sexual, de relación de pareja, intelectual y laboral. Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el paciente en el autoreporte FECI (Carvajal, 2004).

Categorización según FECI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	5 a 17
1	Medio	18 a 20
2	Alto	21 a 25

- **Escala de Perfeccionismo:** Se relaciona con el afán de perfección, al grado de autoexigencia personal de hacerlo todo muy bien, tendiendo a mejorar indefinidamente las cosas sin decidir a considerarlas acabadas. Un alto grado de perfeccionismo es posible que sea generador de frustración e inactividad. Esta

escala en el FECI, evalúa algunos rasgos de personalidad y preguntas específicas del sistema cognitivo y afectivo. (Bagladi, 2003a; Dorsch, 1991).

Categorización según FECI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	15 a 49
1	Medio	50 a 57
2	Alto	58 a 80

PARADIGMA INCONSCIENTE:

- **Escala de Alexitimia de Toronto:** Esta variable hace referencia al grado de dificultad que la persona tiene para contactarse con su mundo afectivo, como así mismo, percibir y describir adecuadamente los sentimientos, expresar emociones y tener fantasías. La alexitimia también se relaciona con la tendencia a presentar pensamiento práctico y concreto. (Dorsch, 1991; Heerlein, 1997 citado en Carvajal, 2004). Los rangos y puntajes obtenidos en la escala de alexitimia de Toronto contenida en el FECI, fueron categorizados según se indica:

Categorización según FECI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	14 a 30
1	Medio	31 a 39
2	Alto	40 a 70

PARADIGMA AFECTIVO:

- **Escala de Satisfacción de Necesidades:** Esta variable se refiere a una evaluación realizada por el paciente respecto de su grado de satisfacción en los siguientes tipos de necesidades: necesidades básicas, necesidades sexuales, necesidad de ser querido, necesidad de logro, necesidad de prestigio, necesidad de compañía y contacto social, necesidad de esparcimiento, necesidad de saber, necesidad de amor (en relación de pareja), necesidad de trascendencia (artísticas, políticas, religiosas).

Categorización según FECI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	1 a 29
1	Medio	30 a 35
2	Alto	36 a 50

- **Escala de Tolerancia a la Frustración:** Grado de adaptación de la persona a aquellas situaciones en las cuales no se obtiene el objeto necesario para satisfacer necesidades o no se logra un objetivo al cual se aspiraba. (Bleger, 1995 citado en Carvajal, 2004). Se categorizó de acuerdo al puntaje FECI, según se señala:

Categorización según FECI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	4 a 11
1	Medio	12 a 14
2	Alto	15 a 20

PARADIGMA CONDUCTUAL-AMBIENTAL:

- **Escala de Repertorio Conductual:** Esta variable se refiere a una "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 FECI. Los rangos y sus respectivos puntajes, para cada categoría, son los siguientes:

Categorización según FECI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	14 a 45
1	Medio	46 a 52
2	Alto	53 a 70

- **Cuestionario de Asertividad de Rathus:** Elaborado en 1973, se refiere al 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, a través de la escala de Asertividad de Spencer Rathus contenida en el FECI. Los rangos y sus respectivos puntajes, para cada categoría, son los siguientes:

Categorización según FECI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	-90 a -1
1	Medio	0 a 20
2	Alto	21 a 90

- **Subescala de Gambrill y Ritchie de Ansiedad Social:**

“Malestar psicofísico manifestado en el ámbito social, caracterizado por una sensación de intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que el paciente vivencia como amenazante o peligroso” (Cía, 2000 citado en Carvajal, 2004).

La subescala Gambrill-Ritchie contenida en el autoreporte FECI evalúa ansiedad social y discomfort emocional frente a situaciones sociales, los rangos y puntajes obtenidos fueron categorizados de la siguiente forma.

Categorización según FECI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	18 a 44
1	Medio	45 a 54
2	Alto	55 a 90

SISTEMA SELF:

- **Escala de Autoimagen:** Esta variable hace referencia a las actitudes y creencias que un sujeto tiene sobre sí mismo, originadas tanto en la autoobservación de las propias vivencias y acciones como en las diversas formas de juicio externo. La autoimagen permite responder a las preguntas ¿Cómo me veo a mí mismo? ¿Cómo evalúo quién soy, en los distintos aspectos? ¿Qué creo sobre mí mismo? (Bejer, 2003, en prensa citado en Navarrete, 2004).

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:

Categorización según FECI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	11 a 31
1	Medio	32 a 36
2	Alto	37 a 45

La escala de autoimagen del FECI, consiste en 9 ítems contenidos en una escala de rasgos de personalidad. En dichos ítems la paciente debe elegir en un continuo que va entre dos polos. Los ítems se indican a continuación:

- 1) Físicamente atractivo.....Físicamente poco atractivo
 2) Honesto..... Deshonesto
 3) Seguro..... Inseguro
 4) Simpático..... Antipático
 5) Responsable..... Irresponsable
 6) Estable..... Inestable
 7) Inteligente..... Poco inteligente
 8) Trabajador..... Flojo
 9) Exitoso..... Fracasado

Estos rasgos fueron categorizados de la siguiente manera:

0	Tendencia a lo positivo
1	Neutro
2	Tendencia a lo negativo

- **Escala de Rosenberg de 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, 2002 citado en Carvajal, 2004). La autoestima responde a las preguntas: ¿Qué sentimientos tengo acerca de mí mismo?, ¿Cuánto me quiero?, ¿Cómo me autoevalúo?, ¿Cuán satisfecho estoy conmigo mismo?, ¿Qué actitudes adopto respecto de a mí mismo? Según el FECEI, se categorizó de la siguiente forma:

Categorización según FECEI

	RANGO	PUNTAJE
0	Bajo	13 a 32
1	Medio	33 a 39
2	Alto	40 a 50

3.8 ANÁLISIS DE PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Se utilizó los estadísticos descriptivos del tipo **descripción de la distribución** que implica los indicadores de frecuencia y porcentaje, para mostrar el comportamiento de una o más variables tomadas en cuenta para el estudio.

A su vez se utilizó las **medidas de tendencia central**, como ser la **media** para que se pueda considerar un valor que sea representativo en el comportamiento de la variable.

IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS GENERALES

Puntajes FECI, hombres dependientes del Alcohol:

Ss	D	A	Ai	Ne	Ex	Ps	M	IC	Aef	Ae	SN	Ax	AS	TF	RC	ASR	P	VB
1	4	4	34	5	18	3	9	36	22	36	38	43	58	12	42	-1	41	19
2	15	6	20	20	13	6	5	51	20	33	27	46	47	15	41	-28	55	12
3	5	8	35	10	17	9	7	42	18	40	23	35	70	10	48	+12	44	14
4	10	4	36	19	15	6	13	50	23	34	49	55	85	9	60	-4	64	12
5	8	5	27	16	17	3	13	55	24	44	32	43	73	17	67	+9	55	14
6	7	9	20	19	7	10	4	40	15	29	15	43	58	11	29	-14	37	26
7	6	9	28	10	18	3	13	32	25	42	26	26	65	8	66	+14	40	21
8	9	6	37	13	15	3	14	35	20	36	36	38	53	13	48	+4	42	10
9	8	8	22	14	11	11	2	50	17	35	38	42	64	8	31	+0	62	27
10	8	3	39	12	16	2	12	35	17	35	39	40	57	14	47	+8	44	18
11	12	12	35	18	12	8	10	60	15	43	32	48	48	7	57	+0	54	36
12	4	9	29	10	13	3	8	44	17	36	35	44	44	10	39	-22	40	13
13	9	13	35	13	6	5	12	34	14	41	39	42	69	8	34	-24	50	22
14	5	3	37	13	15	6	8	40	20	38	46	43	50	13	64	+10	49	25
15	7	8	33	8	14	9	8	39	18	35	36	39	50	13	47	+11	39	13
16	10	7	29	17	12	3	17	38	15	37	37	39	51	13	45	-20	46	10
17	5	0	31	4	14	5	5	41	20	43	40	32	52	9	37	+25	41	5
18	7	0	33	5	16	7	8	28	20	30	28	29	36	12	39	-2	42	1
19	9	5	21	12	16	7	14	42	17	38	46	34	70	14	42	+8	50	19
20	7	11	33	17	19	10	6	47	17	37	34	42	72	9	79	-9	54	15

Donde:

* = Bajo

* = Medio

* = Alto

- Ss = Sujeto de la Muestra
- D = Puntaje Escala de Depresión
- A = Puntaje Escala de Ansiedad
- AI = Puntaje Escala de Autoimagen
- Ne = Puntaje Escala de Neuroticismo (EPQ)
- Ex = Puntaje Escala de Extroversión (EPQ)
- Ps = Puntaje Escala de Psicoticismo (EPQ)
- M = Puntaje Escala L (EPQ)
- IC = Puntaje Escala de Irracionalidad Cognitiva
- AEF = Puntaje Escala de Autoeficacia
- AE = Puntaje Escala de Autoestima
- SN = Puntaje Escala de Satisfacción de Necesidades
- Ax = Puntaje Escala de Alexitimia
- AS = Puntaje Ansiedad Social Subescala de Gambrill y Ritchie
- TF = Puntaje Escala de Tolerancia a la Frustración
- RC = Puntaje Escala de Repertorio Conductual
- ASR = Puntaje Escala de Asertividad de Rathus
- P = Puntaje Escala de Perfeccionismo
- VB = Puntaje Escala de Vulnerabilidad Biológica

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 bajo el promedio (según parámetros ICPSI) se encuentran marcados de azul.

De acuerdo a los datos estadísticos que se vaciaron en el programa estadístico SPSS Vs. 12, se manifiesta el funcionamiento psicológico de 20 hombres dependientes de alcohol del Hogar la Colmena "Santa Teresa" de la ciudad de Potosí, en la que se puede observar un promedio de edad de 41 años, en la que existe una mínima de 22 años y como máximo 58 años. (Ver Anexo)

TABLA N° 1

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

ESCALAS DEL FECI	Media
Escala de Depresión	7,75
Escala de Ansiedad	6,5
Autoimagen	30,7
Neuroticismo	12,75
Extroversión	14,2
Psicoticismo	5,95
Escala L	9,4
Irracionalidad Cognitiva	41,95
Autoeficacia	18,7
Autoestima	37,1
Satisfacción de necesidades	34,8
Alexitimia	40,15
Ansiedad Social Subescala de Gambrill y Ritchie	58,6
Tolerancia a la Frustración	11,25
Repertorio Conductual	48,1
Escala de Asertividad de Rathus	-1,15
Perfeccionismo	47,45
Vulnerabilidad Biológica	16,6

Según las puntuaciones obtenidas en el FECI, se manifiesta un funcionamiento psicológico global en la que las escalas de Autoimagen, Tolerancia a la frustración, Escala de Asertividad de Rathus y Perfeccionismo, puntúan un promedio **Bajo**; en cambio las escalas de Extroversión, Psicoticismo, Alexitimia, Ansiedad Social y Vulnerabilidad Biológica, puntúan un promedio de nivel **Alto**. Manteniéndose en nivel **Medio** las otras escalas.

Por lo tanto, de acuerdo al análisis cualitativo que se puede obtener de los resultados

se diría que esta muestra es caracterizada por un perfil psicológico en la que se reflejan bajos niveles de tolerancia a la frustración y asertividad con dificultades en el proceso de vinculación por los niveles altos de psicoticismo, extroversión ansiedad social, que de base manifiesta un alto nivel de vulnerabilidad biológica.

4.1.1 RESULTADOS EN EL PARADIGMA BIOLÓGICO

Ss	Ne	Ex	Ps	M	A	D	VB
1	5	18	3	9	4	4	19
2	20	13	6	5	6	15	12
3	10	17	9	7	8	5	14
4	19	15	6	13	4	10	12
5	16	17	3	13	5	8	14
6	19	7	10	4	9	7	26
7	10	18	3	13	9	6	21
8	13	15	3	14	6	9	10
9	14	11	11	2	8	8	27
10	12	16	2	12	3	8	18
11	18	12	8	10	12	12	36
12	10	13	3	8	9	4	13
13	13	6	5	12	13	9	22
14	13	15	6	8	3	5	25
15	8	14	9	8	8	7	13
16	17	12	3	17	7	10	10
17	4	14	5	5	0	5	5
18	5	16	7	8	0	7	1
19	12	16	7	14	5	9	19
20	17	19	10	6	11	7	15

TABLA N°2
Estadísticos Descriptivos

ESCALAS	Media
Neuroticismo	12,75
Extroversión	14,2
Psicoticismo	5,95
Escala L	9,4
Escala de Ansiedad	6,5
Escala de Depresión	7,75
Vulnerabilidad Biológica	16,6

De acuerdo a los resultados que se analizan en la población; según el paradigma biológico, se obtuvo un puntaje alto en la escala de extroversión con un promedio de 14,2 esto quiere decir que estos hombres dependientes del alcohol se orientan hacia el mundo externo, más que al interno.

En la escala de psicoticismo se obtuvo un puntaje alto de 5,95 que se considera como el grado de psicopatía, agresividad, terquedad e impulsividad presentado por esta población. Por último se toma en cuenta la escala de Vulnerabilidad Biológica en la cual se obtuvo un puntaje alto de 16,6 esto señala que existen

indicadores de alteraciones orgánicas, como por ejemplo: tipo de parto, problemas del desarrollo, TEC, etc. Que quizás estuvieron enmarcadas durante las diversas etapas de vida de estas personas. Por consiguiente es importante señalar que de acuerdo a la teoría, el funcionamiento psicológico de las personas dependientes al alcohol a nivel del paradigma Biológico tiende a considerarse como personas con características de extroversión, psicoticismo y vulnerabilidad biológica alta; denotando que existe la pérdida de control y consumo compulsivo por las características mencionadas.

4.1.2 RESULTADOS EN EL PARADIGMA COGNITIVO

Ss	IC	Aef	P
----	----	-----	---

1	36	22	41
2	51	20	55
3	42	18	44
4	50	23	64
5	55	24	55
6	40	15	37
7	32	25	40
8	35	20	42
9	50	17	62
10	35	17	44
11	60	15	54
12	44	17	40
13	34	14	50
14	40	20	49
15	39	18	39
16	38	15	46
17	41	20	41
18	28	20	42
19	42	17	50
20	47	17	54

TABLA N° 3
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

ESCALAS	Media
Irracionalidad Cognitiva	41,95
Autoeficacia	18,7
Perfeccionismo	47,45

En el paradigma Cognitivo se tiene los siguientes resultados; de acuerdo a la escala de Irracionalidad Cognitiva y Autoeficacia manifiestan un puntaje medio, lo que implica que el funcionamiento psicológico general en estas áreas se mantienen estables, siendo que no existen características de que esta población dependiente del alcohol tengan problemas en cuanto al nivel de procesamiento de información y niveles de interpretación de la realidad; sin embargo en la escala de perfeccionismo manifiestan un puntaje bajo con un promedio de 47,45, según los parámetros esperados, esto se relacionaría con el poco afán de perfección en el trabajo, disminución del grado

de autoexigencia personal de hacerlo todo muy bien. Por lo tanto se estaría mostrando que existe desinterés en cuanto a la superación personal de ésta población.

4.1.3 RESULTADOS EN EL PARADIGMA INCONSCIENTE

Ss	Ax
1	43
2	46
3	35
4	55
5	43
6	43
7	26
8	38
9	42
10	40
11	48
12	44
13	42
14	43
15	39
16	39
17	32
18	29
19	34
20	42

TABLA N° 4
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

ESCALAS	Media
Alexitimia	40,15

El funcionamiento psicológico de esta población dependiente al alcohol, a nivel del paradigma Inconsciente se observa que en la escala de Alexitimia se obtuvo un puntaje de 40,15 lo que es calificado como alto; esto significaría que existe el grado de dificultad para que la persona pueda contactarse con su mundo afectivo, consigo mismo, para percibir y describir adecuadamente sus sentimientos, expresar emociones y tener fantasías,

también se estaría relacionando con la tendencia a presentar pensamiento práctico y concreto. De acuerdo a las investigaciones se considera que existen cortes emocionales de situaciones concretas en este tipo de poblaciones, que hace dificultoso la significación emocional de una vivencia.

4.1.4 RESULTADOS EN EL PARADIGMA AFECTIVO

Ss	SN	TF
1	38	12
2	27	15
3	23	10
4	49	9
5	32	17
6	15	11
7	26	8
8	36	13
9	38	8
10	39	14
11	32	7
2	35	10
13	39	8
14	46	13
15	36	13
16	37	13
17	40	9
18	28	12
19	46	14
20	34	9

TABLA N° 5
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

ESCALAS	Media
Satisfacción de necesidades	34,8
Tolerancia a la Frustración	11,25

Los resultados del funcionamiento psicológico en el paradigma Afectivo manifiestan que esta población dependiente al alcohol en cuanto a la escala de satisfacción de necesidades obtuvo un puntaje de 34,8 que es considerado como medio y en

la escala de Tolerancia a la Frustración obtuvo un puntaje de 11,25 que es valorado como bajo lo que significa que existe bajo grado de adaptación a situaciones en las cuales no se obtiene el objeto necesario para satisfacer necesidades o no se logra un objetivo al cual se aspiraba. Esto es explicable porque las personas que son dependientes al alcohol por lo general buscan obtener gratificaciones de inmediato, teniendo la dificultad para esperar la satisfacción o recompensa.

4.1.5 RESULTADOS EN EL PARADIGMA CONDUCTUAL/AMBIENTAL

Ss	RC	ASR	AS
1	42	-1	58
2	41	-28	47
3	48	+12	70
4	60	-4	85
5	67	+9	73
6	29	-14	58
7	66	+14	65
8	48	+4	53
9	31	+0	64
10	47	+8	57
11	57	+0	48
12	39	-22	44
13	34	-24	69
14	64	+10	50
15	47	+11	50
16	45	-20	51
17	37	+25	52
18	39	-2	36
19	42	+8	70
20	79	-9	72

TABLA N° 6
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

ESCALAS	Media
Repertorio Conductual	48,1
Escala de Asertividad de Rathus	-1,15
Ansiedad Social Subescala de Gambrill y Ritchie	58,6

Los resultados del funcionamiento psicológico en el paradigma Ambiental/ Conductual reflejan que en la escala de Repertorio Conductual la población dependiente al alcohol obtuvo un puntaje de 48,1 que es valorado como medio; en la escala de Asertividad de Rathus se obtuvo un puntaje de -1,15 que es valorado como bajo, esto se refiere que existe un bajo nivel en esta población para que sean capaces de expresar lo que piensan y sienten, de defender con decisión y firmeza sus derechos, sin atropellar los derechos de los demás; y en la escala de Ansiedad Social (sub-escala de Gambrill y Ritchie) se obtuvo un puntaje de 58,6 que es valorado como alto, por lo tanto se refiere al grado de ansiedad y

disconfort emocional que presenta esta población frente a diferentes situaciones; este resultado daría a entender que existen rasgos ansiógenos al momento de entablar las conversaciones en diferentes ámbitos, sumado al manejo inadecuado de las habilidades conversacionales.

4.1.6 SISTEMA SELF

Ss	Ae	Ai
1	36	34
2	33	20
3	40	35
4	34	36
5	44	27
6	29	20
7	42	28
8	36	37
9	35	22
10	35	39
11	43	35
12	36	29
13	41	35
14	38	37
15	35	33
16	37	29
17	43	31
18	30	33
19	38	21
20	37	33

TABLA N° 7

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

ESCALAS	Media
Autoestima	37,1
Autoimagen	30,7

El funcionamiento psicológico en el sistema Self manifiesta un nivel medio en la escala de Autoestima con un puntaje de 37,1; esto implica que

el modo de cómo se sienten así mismos es moderado, en relación a la escala de Autoimagen que se puntuó como 30,7, que es valorado como bajo, esto significa que esta población dependiente de alcohol pareciera tener una visión pobre de sí mismos.

4.1.7 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA DESDE EL EIS

Es importante realizar un análisis concienzudo respecto a los factores etiológicos explorados en la tipología de los hombres dependientes al alcohol para un mejor abordaje, por lo tanto se deberá partir de las áreas de intervención que se trabaja al interior del Centro de Rehabilitación para Alcohólicos Hogar la Colmena "Santa Teresa" de la ciudad de Potosí, por lo que a continuación se señala lo siguiente:

TABLA N° 8

ÁREAS	RESULTADOS
<u>Físico - relacional</u>	Se logrará el reconocimiento y reducción de los síntomas de ansiedad, tensión e irritabilidad en situaciones de estrés, para permitir el relacionamiento asertivo con el entorno del residente y afrontar las crisis que conlleva las recaídas.
<u>Psicológico</u>	Se generará estabilidad y control del mundo afectivo del residente, para afrontar situaciones críticas. Previo diagnóstico Integral planteado por la Psicoterapia Integrativa. <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de los pensamientos automáticos. - Identificación, reconocimiento y expresión de las emociones. - Control y canalización de los impulsos y actos.
<u>Espiritual</u>	Se producirá la reafirmación y despertar espiritual en el residente, permitiendo que realice un camino de fe, esperanza y valor en su vida de crecimiento personal.
<u>Familia</u>	Se mejorará la calidad de

relaciones con los miembros de la familia del residente siendo que:

- Exista la capacidad de comprensión fraterno - filial.
- Identificación clara de las normas y límites.
- Acompañamiento e información sobre la comprensión de la enfermedad del alcoholismo.

Siguiendo la lógica de Intervención, lo que se pretende lograr desde el E.I.S, es el abordaje completo de la persona que se encuentra en proceso de rehabilitación, por lo tanto se tomaran en cuenta las variables implicadas en los trastornos adictivos; iniciando con la capacidad de pesquisar los factores protectores y de riesgo:

FACTORES DE RIESGO	PSICOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> - Conflictos emocionales - Personalidad - Búsqueda de novedades - Exposición al riesgo - Baja evitación del daño - Impulsividad y desinhibición - Hiperactividad y labilidad emocional - Conductas antisociales - Expectativas positivas del consumo - Trastornos de personalidad - Psicopatología, trastorno de conducta y problemas de salud mental. - Depresión - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad - Alienación y rebeldía - Agresividad - Consumo temprano de drogas y alcohol. - Consecuencias del abuso físico, sexual o emocional - Ausencia de valores ético-morales
	BIOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> - Familiar de primer grado dependiente de alcohol

		<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos Mentales - Uso precoz de alcohol o drogas - Factores genéticos - Factores de tipo biológico (sexo y edad) - Factores constitucionales (ej., dolor o enfermedad crónica)
	<p style="text-align: center;">AMBIENTALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amplia disponibilidad - Permisividad familiar en el uso de sustancias - Pares consumidores - Conflictos familiares - No practicar una religión - Bajo rendimiento académico o haber abandonado el colegio - Proviene de un hogar destruido o de un hogar con muchas discordias entre los padres, especialmente cuando los padres estaba ausente o era rechazador pero no castigador.

FACTORES PROTECTORES	PSICOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> - Personalidad normal - Desarrollo psicológico normal - Habilidades sociales - Religiosidad - Creencia en el orden social - Creencia en la propia autoeficacia - Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes - Orientación social positiva - Aspiraciones de futuro - Inteligencia - Resiliencia
	BIOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de riesgo familiar de dependencia de alcohol - Desarrollo y crecimiento normal - Ausencia de tener padres consumidores.
	AMBIENTALES	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad Limitada - Padres con normas claras respecto del uso del sustancias

		<ul style="list-style-type: none"> - Pares y amigos no consumidores - Participación en instituciones prosociales: iglesia, clubes - Apego familiar - Oportunidades para la implicación en la familia - Creencias saludables y claros estándares de conducta - Altas expectativas parentales - Un sentido de confianza positivo - Dinámica familiar positiva - Sistema de apoyo externo positivo - Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad (oportunidades y refuerzos) - Descenso de la accesibilidad a la sustancia - Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los
--	--	---

		<p>jóvenes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad - Minimizan la probabilidad de consumo: padres que apoyan y se comunican activamente con sus hijos, establecen y refuerzan límites con autoridad y dirigen la vida familiar con bajos niveles de estrés y conflictos.
--	--	---

Es en este sentido que se toma en cuenta las intervenciones correspondientes a cada paradigma:

4.1.7.1. PARADIGMA BIOLÓGICO.

Considerando luego la relevancia del paradigma biológico, tanto en la génesis como en la mantención de la problemática de las adicciones y dependencia al alcohol a nivel de tratamiento e intervención en este ámbito se puede sugerir:

1.- Un diagnóstico adecuado de cualquier patología médica asociada y/o producida por el consumo de drogas para su adecuado tratamiento médico-farmacológico.

2.- Evaluación de daño orgánico por instrumentos específicos (SPECT, TAC, pruebas psicológicas, etc).

3.- 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.

4.- El uso de fármacos (agonistas o antagonistas) para ayudar al control de la abstinencia, como una forma de terapia aversiva o descondicionamiento.

5.- Considerar el uso de la internación u hospitalización de una persona drogodependiente para favorecer su desintoxicación y abstinencia inmediata, junto con reducir el peligro vital.

6.- Realizar un trabajo en la modificación de los umbrales de sensibilidad del paciente y en su integración sensorial.

4.1.7.2. PARADIGMA AMBIENTAL/ CONDUCTUAL

Ahora bien, en términos de intervenciones clínicas y terapéuticas considerando la relevancia del paradigma ambiental/conductual, tanto en la génesis como en la mantención de la problemática de las adicciones, es posible mencionar:

1.- 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 (Guajardo et al., 2003; Stanton et al., 1991).

2.- 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 y deseos de consumir (craving) (Marlatt, 1985).

3.- Considerar intervenciones grupales por sobre intervenciones individuales, favoreciendo la posibilidad de generar un ambiente de aprendizaje y modelaje para el paciente dependiente. 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).

4.- Las intervenciones en el paciente adicto deberán fomentar y reforzar conductas asociadas a la extinción de aprendizajes y condicionamientos ligados al consumo de alcohol. 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. aplicados en situaciones de role playing, a través de ensayos conductuales y asignación de tareas serán de alta utilidad para manejar las variables y principios de influencias del paradigma ambiental- conductual.

5.- Trabajar en la función de toma de conciencia de las consecuencias de la conducta, tanto a corto, mediano y largo plazo.

6.- Modificación del estilo de vida del paciente dependiente: uso de su tiempo, actividades recreativas y de esparcimiento, sobre todo al interior de la convivencia del hogar.

4.1.7.3. PARADIGMA AFECTIVO

En términos de intervenciones clínicas y terapéuticas considerando la relevancia del paradigma afectivo, se recomendaría:

1.- El trabajo en el procesamiento emocional en el paciente dependiente 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 imaginaria afectiva guiada, el uso de role playing hasta la expresión y elaboración de aspectos dolorosos de la historia de vida del paciente, los duelos o pérdidas.

2.- Fomentar y potenciar el repertorio conductual del paciente para una mayor satisfacción de necesidades (incremento de la conducta pulsante).

3.- Reforzar en los hombres dependientes internos 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. Se iniciaría con el cuidado y protección de los animales que se cuentan para las terapias ocupacionales.

4.- El trabajo en la motivación al cambio del paciente (para la suspensión 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 coadyuve 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). Identificando de esta manera las fases por el cual están atravesando los internos que viven este proceso de rehabilitación.

4.1.7.4. PARADIGMA COGNITIVO

En términos de intervenciones clínicas y terapéuticas considerando los principios de influencia y factores mantenedores del consumo del paradigma cognitivo, se recomendaría:

1.- 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. Es así que se deberá trabajar con los niveles de la codependencia.

2.- Toda intervención en el paciente dependiente 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.

3.- Uso de técnicas de reestructuración cognitiva para manejar mitos, expectativas irreales de cambio y acerca del consumo de alcohol, como también acerca de la enfermedad adictiva.

4.- Un trabajo de gran relevancia en todo tratamiento para la rehabilitación de pacientes dependientes 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.

5.- Entrenamiento en habilidades de resolución de conflictos y problemas.

4.1.7.5. PARADIGMA INCONSCIENTE

En términos de intervenciones clínicas y terapéuticas considerando los principios de influencia y factores mantenedores del consumo del paradigma inconsciente, se recomendaría:

1.- Reforzar y fomentar la conciencia de enfermedad que lleva a generar egosdisonía en el paciente con respecto a su funcionamiento.

2.- 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.

3.- El trabajo y elaboración de la autobiografía del paciente, junto con el uso de estrategias generales de autoexploración fomentarán la toma de 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.

4.1.7.6. SISTEMA SELF

En términos de intervenciones clínicas y terapéuticas considerando los principios de influencia y factores mantenedores del consumo desde el sistema Self, el EIS principalmente intenta fomentar el desarrollo de trascendencia sea esta por lo espiritual o por otras vías, por lo que se puede recomendar lo siguiente:

1.- Se incremente los niveles de Autoestima, utilizando el egograma como herramienta para la optimización de afectos positivos acerca de sí mismo y la valía que es de suma importancia para la propiciación de proyectos de vida construidos para corto, mediano y largo plazo. No obstante es importante considerar que el mirarse a través del espejo es una técnica de poder redescubrirse e inclusive el valorarse de mejor manera.

2.- La capacidad de verse a sí mismos como personas que a pesar de haber pasado por situaciones difíciles pueden calificarse de manera mejor, es así que el trabajar con las ideas irracionales es de suma importancia, porque va provocar el cambio del esquema corporal y del sentimiento de valía.

3.- Las instancias de A.A. forman parte de lo que implica el despertar espiritual, para dar lugar a

lo que es el sentido de vida y de alguna manera generar la motivación al cambio.

4.- Permitir de manera paulatina el acercamiento espiritual, configuran las funciones de conducción de vida y búsqueda de sentido, porque independientemente de tener redes cercanos de apoyo o no, el poder encontrarse consigo mismo, para un enfermo dependiente del consumo de alcohol revitaliza la existencia de la vida, que en otra oportunidad fue crepusculada por las circunstancias de consumo.

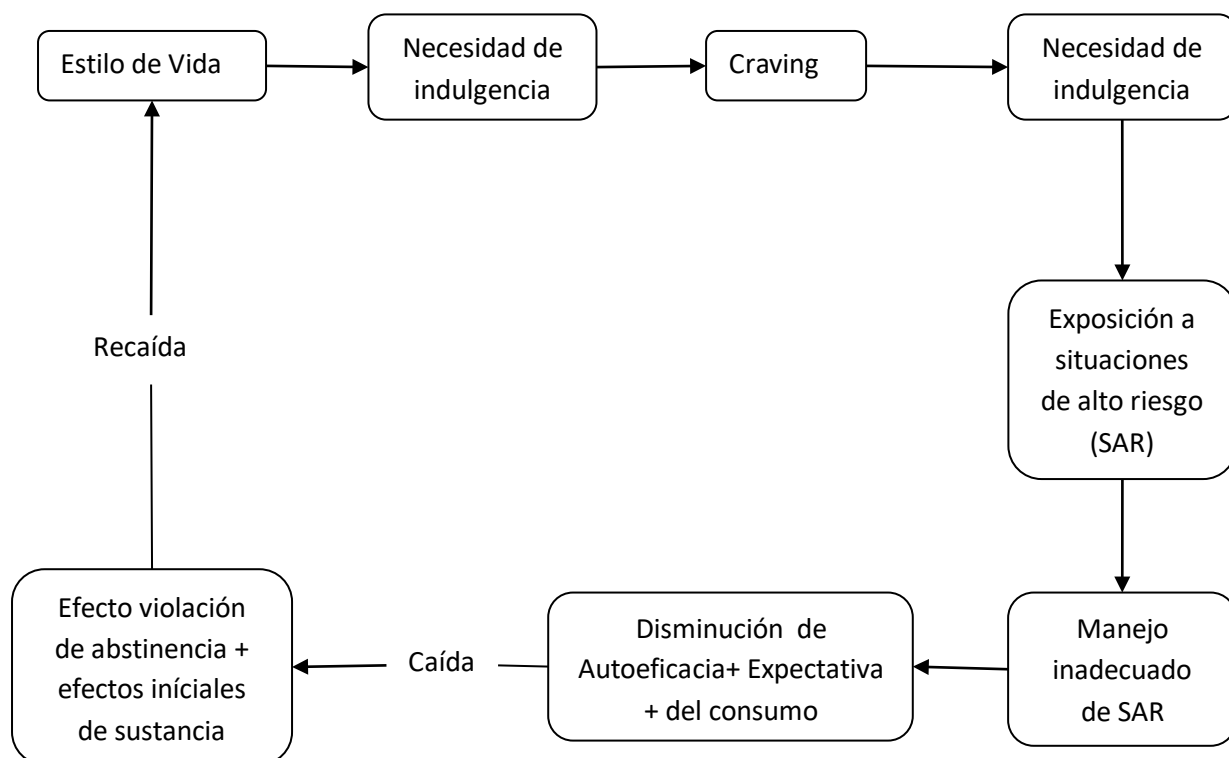
4.1.7.1 INTERVENCIÓN ESPECÍFICA DESDE LOS PARADIGMAS COGNITIVO - CONDUCTUAL

A lo largo de lo explicitado y explorado en la población dependiente al alcohol, se puede pesquisar los principios de influencia que derivan de cada paradigma considerándose desde una mirada integral y no dejando de ver los 360° de la persona, por lo que es importante ir precisando la intervención clínica terapéutica que mayor aportes y resultados han generado, es en tal motivo que se inclina la propuesta de intervención desde este paradigma, como el autor Ronald M. Kadden, autor de la terapia Cognitivo Comportamental para la dependencia a las sustancias, establece tres principales necesidades:

(1) Identificar las necesidades específicas para cuya satisfacción son usados el alcohol y las drogas

(2) Desarrollar habilidades que provean formas alternativas de saldar esas necesidades.

(3) Aplicación del modelo de prevención en recaídas (PR) trabajado por Marlatt y Gordon (1985), que a continuación se explicitará, para el abordaje correspondiente:



De acuerdo al recuadro anterior es importante realizar un diagnóstico integral desde el EIS, donde se podrá pesquisar con bastante propiedad el estilo de vida que los dependientes al alcohol manifiestan, esto con el fin de identificar los principios de influencia, estímulos efectivos y situaciones gratificantes o gatillantes que los inclinan al consumo, por otra parte este aspecto da lugar a iniciar con la necesidad de indulgencia o reforzador positivo, para darse el permiso de

aceptar la idea de consumir, llegándose a producir el craving o deseo de consumo, donde el consumidor comienza a utilizar los mecanismos de defensa de racionalizar su deseo y negarse de estar enfermo, exponiéndolo a situaciones de alto riesgo, donde al darse un mal manejo se produce una disminución de la autoeficacia y las habilidades de confrontación al deseo generándose una expectativa positiva de consumo, teniendo como resultado la caída, desencadenándose una violación de la abstinencia y efectos iniciales de la sustancia del alcohol.

Es de esta manera frente a este panorama tomando las aplicaciones de Marlatt y Gordon, se trabaja en realizar entrenamientos en el desarrollo de habilidades confrontativas, donde la estrategia principal es evitar las Situaciones de Alto Riesgo (SAR), donde a través del desarrollo de las habilidades intrapersonales se permite fortalecer la toma de decisiones, que permite a los paciente a anticipar y evitar decisiones que los lleven a estar en situaciones de riesgo.

Es de esta manera que el recuadro permite realizar una aproximación de conocer con mayor amplitud el estilo de vida de los pacientes para, identificar las situaciones que los exponen al consumo y de esta manera promover el desarrollo de actividades que sean incompatibles con el consumo.

Por otra parte es importante señalar que los otros paradigmas están presente en el abordaje específico de la Prevención en Recaídas, como es el

caso que del paradigma inconsciente donde es necesaria que los pacientes amplíen sus niveles de conciencia, para poder diferenciar las situaciones de alto riesgo y los eventos gatillantes para el consumo.

En el caso de que el afrontamiento de una situación de alto riesgo no haya sido adecuado y el paciente haya recaído, el modelo permite ampliar esta intervención clínica, llegado a especificar los factores no comunes de una intervención, donde se plasman como experiencias de aprendizaje, es de esta manera que las recaídas son una oportunidad para identificar situaciones gatillantes y las expectativas que pudo tener el paciente al consumir en esas circunstancias, donde se aclara que no necesariamente es volver a punto cero de la terapia.

Se toma en cuenta que se debe confrontar al paciente para identificar qué hizo en la situación de alto riesgo, qué fue de ayuda y qué no lo fue, a raíz de esta intervención, se debe formular un plan que fortalezca lo que funcionó y compense las debilidades, para promover un afrontamiento más efectivo en el futuro. Por otra parte es importante realizar indagaciones respecto a los posibles sentimientos de culpa que ponen en riesgo al paciente de volver a consumir.

4.2 DISCUSIÓN

Las características de consumo de alcohol que los hombres y mujeres en general están sometidos por las distintas influencias del entorno, familia, trabajo, personales y otros que permiten realizar distintos abordajes desde diferentes perspectivas. Ahora bien, no obstante las similitudes y diferencias que cualitativamente pueden encontrarse de los datos que ayudan a construir el funcionamiento psicológico de los diferentes sujetos de la investigación, al realizar los análisis de la información recopilada con pruebas estadísticas y que permiten comparar los perfiles de todos los sujetos de la muestra, se obtiene como, sin distinción de edad, las variables de "Extroversión", "Psicoticismo", "Autoimagen", "Alexitimia", "Tolerancia a la Frustración", "Asertividad baja", "Perfeccionismo", "Ansiedad Social" y "Vulnerabilidad Biológica" parecieran estar relacionadas de alguna manera con el trastorno adictivo común en todos los sujetos de la muestra; esto, debido a que en todas las variables anteriores se obtienen estadísticos descriptivos significativos, lo que muestra que se obtienen puntajes no esperados, y que por ende, pudieran estar asociados a las características distintivas del funcionamiento psicológico de todo paciente dependiente, como se explicó anteriormente en la presente investigación.

Sin embargo cabe mencionar que la investigación en cierta manera no permite realizar la generalización ni tampoco inferencias, por la constancia de responder a una muestra poblacional menor a los 30, que es lo esperable en pruebas estadísticas del tipo t de Student, por otra parte es interesante referirme al hecho de que no necesariamente se hace investigación con muestras mayores, para considerarse como relevantes; por lo tanto el objeto de estudio específico al caso dará una nueva perspectiva de intervención y acción frente a las características de dependencia al consumo de alcohol.

Por otra parte es necesario tomar en cuenta investigaciones que se han realizado a lo largo de la exploración de la enfermedad del alcoholismo en correlación con el grupo de mujeres dependientes, puesto que existiría la posibilidad de divergencia en algunas características del funcionamiento psicológico entre hombres y mujeres, en ese entendido sería interesante poder explorar los niveles de recuperación entre ambos grupos de personas, pero es interesante poder visibilizar que esta muestra estudiada refleja resultados que están muy aproximados a lo que la misma literatura refleja de acuerdo a las características del funcionamiento psicológico visto desde la mirada del Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

Asimismo en el marco de ir construyendo ciencia, es importante resaltar el hecho de que el Alcoholismo como enfermedad, va en incremento en el

grupo poblacional de mujeres, es decir que cada vez existen mujeres alcohólicas y también el hecho de que a un consumo precoz de bebidas alcohólicas cabe mayor posibilidad de volverse dependiente al alcohol, es de esta manera que tomando los aportes científicos del EIS se deberían incrementar en este grupo poblacional o de riesgo los factores protectores, para que se reduzcan los niveles de consumo.

V. CONCLUSIONES

La mayoría de las veces a raíz de diferentes abordajes de intervención para las temáticas de conductas adictivas y en este sentido de dependencia al alcohol, la presente investigación ha intentado abrir caminos de exploración del funcionamiento psicológico que los hombres en este caso manifiestan a través de un abordaje desde la mirada del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, por lo que se obtuvo datos interesantes y relevantes para plasmarlo en nortes orientadores de intervención terapéutica.

En este sentido, al parecer desde el paradigma Biológico observamos que los niveles de influencia y predisposición biológico en estos hombres está íntimamente relacionado con el deseo y consumo excesivo de alcohol, esto por las características demográficas de las que provienen la mayoría de los internos que están atravesando el proceso de rehabilitación, es así que vienen de familias consumidoras, de fuentes laborales que propicia el consumo excesivo de alcohol (es el caso de la afluencia de la minería), situación de riesgo como el de vivir en las calles hasta llegar a los "puntos" (se denomina "puntos" a los lugares específicos donde se reúnen gente a tomar y beber exclusivamente alcohol, siendo su única fuente de gratificación, en la que se pierde la conciencia de los días). Todo este panorama nos permite dar luces que el mismo sistema de gratificación requiere con mayor intensidad el

neuroquímico que le produce el placer deseado para vivir; es así que la biología de los hombres dependientes del alcohol de la muestra han sufrido ciertos cambios fisiológicos irreversibles.

Desde el paradigma cognitivo en general se puede concretizar que las funciones de tolerancia a la frustración en el nivel bajo y el perfeccionismo alto, permite identificar niveles de distorsión cognitiva del pensamiento, siendo que los hombres de la muestra, tienen la tendencia a auto-exigirse demasiado y frustrarse con mayor rapidez; esto explicaría las recaídas continuas y frecuentes que se observan a lo largo de su tratamiento.

Desde el paradigma inconsciente, la mayoría de los hombres dependientes del consumo del alcohol representados en la muestra, se encuentran en la fase pre-contemplativa de la enfermedad según lo expuesto en la terapia motivacional, siendo el atenuante para ello la negación de la enfermedad, esto manifestado por los niveles elevados de alexitimia, que en realidad tienden a racionalizar la enfermedad del consumo de alcohol más que aceptarla para su tratamiento.

Cuando hablamos del sistema Self, podemos referirnos de una manera más asertiva al punto central del sí mismo de la persona, que le ha permitido configurarse como un todo y ser existente en el mundo,

por consiguiente el valorarse a sí mismo no es fácil para la muestra de la cual nos referimos, siendo que no existe esa facilidad de verse de manera positiva, por lo contrario tienden a desvalorizarse más.

Es así que este tipo poblacional dependiente del consumo excesivo del alcohol manifiesta ser resistente a tratamientos de diferente índole; sin embargo las características de intervenciones conductuales permiten comenzar con el ciclo de intervenciones y tratamientos; claro está que con las evaluaciones y el diagnóstico integral, se permite amplificar el panorama de intervención y tratamiento adecuado que esta muestra específica requiere.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se puede concluir que la población con la que se trabaja requiere de esfuerzo y continuo trabajo, que cuente con profesionales especialistas que intervengan de manera completa, es así que el Enfoque Integrativo Supraparadigmático ha abierto el camino para una línea de intervención clara, directa y sin ambigüedades que permite realizar con profesionalismo una adecuada y mejor tratamiento.

La muestra de la investigación si bien no es concluyente, se puede inferir que en gran manera se asemeja a un funcionamiento psicológico comparado con investigaciones de otros países o bien de otras ciudades del Estado, por cuanto iniciar los caminos de exploración, descripción e intervención se constituye en un desafío primordial para quienes trabajamos con poblaciones de similitudes características.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. BBC, (2010). "El alcohol, ¿más dañino que la heroína?", *Artículo BBCmundo* (Londres), 4 (noviembre, 2010): disponible en página web: www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2010/
2. Begoña, Elisardo y Luis Alberto Oblitas G.(2011), *Adicciones y Salud*, Santiago de Compostela, Revista electrónica psicología científica / **ISSN**, disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-76-2-adicciones-y-salud.html>
3. Carballo, José Luis. (2009): "*La Recuperación Natural de la adicción al Alcohol y otras drogas*". Tesis para optar el grado de Doctor en Psicología Clínica. Oviedo: Universidad de Oviedo.
4. CONTEXTO, (2010). *Centro de Rehabilitación Integral para Personas Alcohólicas De Potosí "Hogar La Colmena - Santa Teresa"*, Proyecto, Potosí - La Paz.
5. El Diario, (2010) "Exhortan a radicalizar medidas contra abuso de alcohol y tabaco", *Reportaje* (La Paz) ,18 (noviembre, 2010): disponible en página web: www.eldiario.net/
6. Feuchtmann, Christian. (2004): ""Una Comprensión Integrativa De La Drogodependencia en Jóvenes" Tesis de para optar el grado de Magister en Psicología Clínica: Mención Psicoterapia Integrativa., (2003.-2004). Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Santiago.
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, Ramón (1997). *Consumo de drogas: Curso Salud y Desarrollo del Adolescente*, Santiago de Chile, PUC, s.f. disponible en p. web: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion14/m3114leccion.html>
9. Los Tiempos (2001), "El alcohol, lo bueno y lo malo", *Reportaje* (Cochabamba), 4 (enero, 2011): disponible en página web: <http://www.ops.org.bo/servicios>
10. Millar, W. & Rollnick, S. (1999): "La Entrevista Motivacional: Preparar Para el cambio de Conductas Adictivas". Ed. Paidós Ibérica, Barcelona.
11. Opazo, Roberto. (2001) *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica*. Ed. ICPSI, Santiago, Chile.
12. Organización de los Estados Americanos (OEA) y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (2006), *Evaluación del Progreso de Control de Drogas 2005-2006*, Washington, DC., MEM.
13. Organización Panamericana de la Salud.OPS (2005), "El consumo de alcohol se triplicó en Bolivia en los últimos cuatro años", *Boletín Informativo* (Cochabamba), (enero, 2005), disponible en página web: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=8218&SE=SN>
14. Real Academia Española (2001): "Diccionario de la Lengua Española". Vigésima segunda edición. Ed. Espasa Calpe, S.A., Madrid.
15. 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.

16. Sistema Integral de Información sobre drogas
SIID (2009), *Preguntas más frecuentes: Estadísticas
de consumo, SIEC. Bolivia. Extraído en:*
<http://www.infodrogas.org.bo/content/view/17/25/> .
12 de Noviembre 2010
17. Sociedad Española de Toxicomanías. (2006):
"Tratado SET de Trastornos Adictivos". Ed. Médica
Panamericana, Madrid.
18. Texto Básico, (1978) Alcohlicos Anónimos.

ANEXOS

ANEXO I

ESCALAS E INSTRUMENTOS

Ficha de Evaluación Clínica Integral FECl

Los datos de la presente investigación se obtuvieron de la aplicación de las escalas de la Ficha de Evaluación Integral FECl y de la Ficha de Evaluación Integral de Adicciones FEClAD (FECl modificado para los trastornos adictivos) que completan todos los pacientes del Centro Integrativo de Adicciones CIAD y los pacientes de consulta privada. Cabe destacar que las escalas utilizadas son idénticas en ambas fichas.

Tanto el FECl como el FEClAD son cuadernillos 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 FECl (e incluidas en el FEClAD) 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 Chile, el ICPSI ha realizado diversos estudios a partir de muestras clínicas de las cuales se han generado normas para dicha población (estas fueron las normas utilizadas en la presente investigación).

Las escalas se describen a continuación:

PARADIGMA BIOLÓGICO:

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 se tiene:

-**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 está 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 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 Vulnerabilidad Biológica:** construida por profesionales del ICPSI. Consiste en diversos ítems del FECl que evalúan los diferentes

indicadores de alteraciones orgánicas, como por ejemplo: tipo de parto, problemas del desarrollo, TEC, etc. A mayor puntaje, mayor vulnerabilidad

PARADIGMA COGNITIVO:

- **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 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.
- **Escala de Perfeccionismo:** construida por profesionales del ICPSI. Consiste en diversos ítems del FECl 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.

PARADIGMA INCONSCIENTE:

- **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.

PARADIGMA AFECTIVO:

- **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 ese 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 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.

PARADIGMA CONDUCTUAL-AMBIENTAL:

- **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.
- **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 “Totalmente verdadero” a “Totalmente falso”). 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 los 0.6 y 0.8.

- **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).

SISTEMA SELF:

- **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
 - Exitoso- 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 Rosemberg 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.
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.

Puntuación de las Diferentes Escalas

El FECI 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
Escala de Síntomas de Depresión	0 a 4	5 a 9	10 a 21
Escala de Síntomas de Ansiedad	0 a 4	5 a 7	8 a 31
Escala de Autoimagen	11 a 31	32 a 36	37 a 45
EPQ Neuroticismo	0 a 10	11 a 15	16 a 22
EPQ Extroversión	0 a 9	10 a 13	14 a 20
EPQ Psicoticismo	0 a 2	3 a 4	5 a 18
EPQ Mentira / Deseabilidad Social	0 a 7	8 a 10	11 a 20
Escala de Irracionalidad Cognitiva	15 a 38	39 a 44	45 a 60
Escala de Autoeficacia	5 a 17	18 a 20	21 a 25
Escala de Autoestima	13 a 32	33 a 39	40 a 50
Escala de Satisfacción de Necesidades	1 a 29	30 a 35	36 a 50
Escala de Alexitimia	14 a 30	31 a 39	40 a 70
Escala de Ansiedad Social	18 a 44	45 a 54	55 a 90
Escala de Tolerancia a la Frustración	4 a 11	12 a 14	15 a 20
Escala de Repertorio de Conductas Sociales	14 a 45	46 a 52	53 a 70
Escala de Asertividad	-90 a -1	0 a 20	21 a 90
Escala de Satisfacción de Pareja	12 a 36	37 a 45	46 a 60
Escala de Perfeccionismo	15 a 49	50 a 57	58 a 80
Escala de Vulnerabilidad Biológica	0 a 9	10 a 15	16 a 113

FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICA INTEGRAL

(F. E. C. I.)

La presente Ficha de Evaluación deriva del **Modelo 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:

<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viudo
<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Conviviente	<input type="checkbox"/> 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
- 42. Hipocondría (tendencia excesiva a atribuirse enfermedades)
- 43. Miedos fóbicos a:
 - a. Las alturas
 - b. Los espacios cerrados
 - c. Viajar en avión
 - d. Ver sangre
 - e. Los espacios abiertos
 - f. Otros.

44. 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:

3. 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 (Hiperkinesis)
- 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. Cardiopatías
- 9. Hipertensión arterial

- 10. Tumores
- 11. Asma bronquial
- 12. Alergias
- 13. Ulceras
- 14. Colon irritable
- 15. Artritis reumatoídea
- 16. Soriasis
- 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.?

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)

PREGUNTA	SI	NO	PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Ocupa su tiempo libre a muchas actividades diferentes?			14 ¿Le agradaría 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			22. ¿Tiende a mantenerse en un segundo plano en las reuniones		

quede bien cerrada?			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?		

PREGUNTA	SI	NO	PREGUNTA	SI	NO
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			60. ¿Sufre de insomnio?		

despreocupada?					
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?		

PREGUNTA	SI	NO	PREGUNTA	SI	NO
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 provisiones?			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:

.....

.....

4. Evalúe la calidad de la **relación actual** con su padre:

1. Cercana	2 – 1 -- 0 – 1 – 2	Lejana
2. Afectuosa	2 – 1 -- 0 – 1 – 2	Fría
3. Buena comunicación	2 – 1 -- 0 – 1 – 2	Mala comunicación
4. Estable	2 – 1 -- 0 – 1 – 2	Inestable
5. Poco conflictiva	2 – 1 -- 0 – 1 – 2	Conflictiva

Comentarios:

5. Su **madre** ¿Vive?

1. SI

2. NO

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

.....

7. Indique la **profesión u ocupación** de su madre:

.....

8. Evalúe la calidad de la **relación actual** con su madre:

1. Cercana	2 - 1 -- 0 -1 -2	Lejana
2. Afectuosa	2 - 1 -- 0 -1 -2	Fría
3. Buena comunicación	2 - 1 -- 0 -1 -2	Mala comunicación
4. Estable	2 - 1 -- 0 -1 -2	Inestable
5. Poco conflictiva	2 - 1 -- 0 -1 -2	Conflictiva

Comentarios:

9. ¿Con quiénes se crió Ud?

1. Con sus padres
2. Con otros (especifique):

.....

10. Sus padres ¿Se separaron?

1. SI

2. NO

En caso afirmativo, indique las causas y la edad que Ud. tenía:

.....

.....

.....

11. En el proceso de formación de un niño, los padres, profesores, etc, utilizan diversos sistemas de premios y castigos. En su formación:

1. Predominaron los premios sobre los castigos

2. Hubo equivalencia de premios y castigos

3. Predominaron los castigos

Favor de explicar en qué consistían los premios y castigos recibidos por Ud.

.....

.....

.....

12. Haciendo una **evaluación global** de su infancia, Ud. considera que fue un niño:

1. Muy regalón

2. Regalón

3. Relativamente regalón

4. Poco regalón

5. No fue regalón

13. Haciendo una evaluación global del estilo y 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
- 7. 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. Bueno
 3. Regular
 4. Malo
 5. Muy malo

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

1. Mucho
 2. Regular
 3. Poco

5. Señale para qué ramos o materias ha sido especialmente **apto** y para cuáles especialmente **deficiente**:

A. Apto:

.....

B. Deficiente:

.....

6. ¿Tuvo problemas de **conducta** en el colegio?

1. SI 2. NO

Comentarios:

.....

7. ¿Tuvo problemas de **adaptación** en el colegio?

1. SI

2. NO

Comentarios:

.....
.....
.....

8. Evaluando en términos generales lo que ha sido su historia como **estudiante**, Ud. se encuentra:

1. Muy satisfecho

2. Satisfecho

3. Relativamente satisfecho

4. Insatisfecho

5. Muy insatisfecho

VI. HISTORIA LABORAL

1. Enumere brevemente los principales trabajos que ha desempeñado a la fecha:

Cargo:

Empresa:

.....
.....
.....
.....
.....

2.- Evalúe el grado de satisfacción con su trabajo actual, en relación a las siguientes características siendo 1 = muy poca satisfacción y 5 = mucha satisfacción:

- | | |
|---|-------------------|
| 1. Remuneración | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Tipo de trabajo que realiza | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Cantidad de trabajo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Relación con sus compañeros de trabajo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Calidad de su rendimiento laboral | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 6. Relación con sus superiores | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 7. estabilidad laboral | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 8. Perspectivas de progreso | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

Comentarios:

.....

.....

3. Haciendo un balance global, ¿Cómo evalúa Ud. su **historia laboral**?

1. Muy satisfactoria
2. Satisfactoria
3. Relativamente satisfactoria
4. Insatisfactoria
5. Muy insatisfactoria

VII. VIDA SOCIAL

1 A través de su **vida** Ud. ha sido una persona:

1. Muy sociable
2. Sociable
3. Relativamente sociable
4. Poco sociable
5. Muy poco sociable

2. Al **conocer** a alguien interesante o importante para Ud., su actitud suele ser: (Marque lo que corresponda)

- 1. Cautelosa
- 2. Inhibida
- 3. Tensa
- 4. Activa
- 5. Tranquila
- 6. Hostil
- 7. Desenvuelta
- 8. Otra

3. En su historia escolar, universitaria, social, etc, ha asumido conductas de **liderazgo** como conductor coordinando o conduciendo grupos:

- 1. Frecuentemente
- 2. Ocasionalmente
- 3. Casi nunca

Comentarios:

.....

.....

4. En la actualidad Ud. **sale** con amigos o **recibe** amigos en su casa:

- 1. Con frecuencia
- 2. A veces
- 3. Casi nunca

5. Con respecto a la cantidad y calidad de amigos íntimos que tiene en la actualidad, Ud. se siente:

- 1. Muy satisfecho

2. Satisfecho
3. Relativamente satisfecho
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho

Comentarios:

.....

.....

6. Haciendo un **balance** de lo que es su vida social, incluyendo cantidad y calidad de amigos, frecuencia de actividades sociales, etc., a Ud. le resulta:

1. Plenamente satisfactoria
2. Satisfactoria
3. Relativamente satisfactoria
4. Insatisfactoria
5. Muy insatisfactoria

VIII. HISTORIA SEXUAL

1. En términos generales la **información y formación** sexual que recibió de sus padres y profesores la considera:

1. ___ Adecuada
2. ___ Relativamente adecuada
3. ___ Inadecuada

Comentarios:

.....

2. ¿Ha tenido ansiedades o sentimientos de culpa a raíz de conducta **masturbatoria**?

1. SI 2. NO

Comentarios:

3. ¿Ha tenido ansiedades o sentimientos de culpa en relación a **aproximaciones o relaciones sexuales**?

1. SI

2. NO

Comentarios:

.....
.....

4. ¿Ha tenido algún tipo de experiencia **homosexual**?

1. SI

2. NO

Comentarios:

.....
.....
.....

5. En su vida ¿Ha tenido algún tipo de **problemas sexuales**?

1. SI

2. NO

Comentarios:

.....
.....
.....

6. Indique aproximadamente con qué **frecuencia** tiene Ud. relaciones sexuales en este periodo 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 satisfactoria
- 2. Satisfactoria
- 3. Relativamente satisfactoria
- 4. Insatisfactoria
- 5. Muy insatisfactoria

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
- 4. Preferentemente a lo positivo
- 5. casi exclusivamente a lo positivo

2. Hay personas que tienden a pensar en términos de **categorías polares** del tipo 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. Prácticamente nunca

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

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

6. En general, 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 desapruaban | 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^a

.....

.....

2ª

.....

3ª

.....

.....

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 la 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:

- 1. Muy propenso a experimentar emociones displacenteras

2. Bastante propenso
3. Relativamente propenso
4. Poco propenso
5. 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:

- A. Cantar
- B. Recitar
- C. Hablar en público
- D. Contar un chiste
- E. Imitar
- F. Otra _____

4. Frente a cada una de las afirmaciones siguientes haga 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 provooco 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 restaurantes	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
- 4. Menos que regulares
- 5. Deficientes posibilidades

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. Son 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
- 4. Despido laboral
- 5. Enfermedad de un hijo
- 6. Separación matrimonial
- 7. Muerte de un familiar cercano
- 8. Fuertes problemas económicos
- 9. Fracasos académicos
- 10. Cambio de residencia
- 11. Otra.....

Comentarios:

.....

XV. RELACION DE PAREJA

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

1. SI 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:

D. Su pareja actual, ¿Tuvo un matrimonio anterior?

1. SI 2. NO

4. Marque cómo es Ud. y su pareja actual en cada una de las siguientes características (siendo 1 = muy poco y 5 = mucho):

Usted		Su Pareja
1-2-3-4-5	EGOISTA	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	DOMINANTE	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	AGRESIVO	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	CELOSO	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	POSESIVO	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	INFIEL	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	INTROVERTIDO	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	AFECTIVAMENTE FRIO	1-2-3-4-5

5. En su relación de pareja, cada persona espera, necesita y exige cosas en alguna medida diferentes, incluso a lo espera, necesita y exige su propia pareja. Así, cada persona posee un distinto **umbral de satisfacción** en la relación, el que es una especie de línea a partir de la cual persona pasa a estar satisfecha con su relación de pareja. Al respecto, en su actual relación:

1. Ud. está muy satisfecho con su pareja

2. Ambos están igualmente satisfechos

3. Su pareja está más satisfecha que Ud.

Comentarios:

.....

6. Algunas parejas funcionan bien sin requerir de un gran esfuerzo de ninguno de los dos miembros de la pareja. Estas parejas tienen un **bajo costo energético** de la relación. Por el contrario, las parejas que tienen al **alto costo energético** de la relación requieren - para funcionar bien – de grandes esfuerzos de uno o de ambos miembros de la relación.

En su opinión, su relación de pareja actual tiene:

1. Un alto costo energético

2. Un moderado costo energético

3. Un bajo costo energético

7. En algunas parejas, ambos miembros tienen características psicológicas bastante similares (**parejas simétricas**); se aproximan así al lema “Aves del mismo plumaje, vuelan juntas”. En otras parejas, ambas personas son bastante diferentes y lo que no tiene una tiende a tenerlo la otra (**parejas complementarias**); se aproximan al lema “Polos opuestos, se atraen”. Su actual situación de pareja tiende a ser:

Muy simétrica

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Muy complementaria

8. Señale las 3 cualidades que más le agradan de su pareja actual:

1ª
 2ª
 3ª

9. Señale los 3 defectos que más le molestan o irritan de su pareja actual:

1er
 2º
 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
 2º
 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

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
4. Mal sincronizados
5. 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
- 3. Relativamente
- 4. Poco
- 5. Muy poco

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

- 1. ___ Apoyaría positivamente esos cambios
- 2. ___ Reaccionaría con indiferencia a esos cambios
- 3. ___ Más bien rechazaría esos cambios
- 4. ___ Otra (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 circunstanciales 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:

ANEXO II

PRUEBAS ESTADÍSTICAS

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS:

1. ANÁLISIS GLOBAL.

Edad:

	Máximo	Mínimo	Media	Desviación Estándar
N = 20				
Edad	22	58	41,2	10,74

TABLA N° 1

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

	Máximo	Mínimo	Media	Desviación Estándar
Escala de Depresión	4	15	7,75	2,73
Escala de Ansiedad	0	13	6,5	3,59
Autoimagen	20	39	30,7	6,00
Neuroticismo	4	20	12,75	4,87
Extroversión	6	19	14,2	3,41
Psicoticismo	2	11	5,95	2,84
Escala L	2	17	9,4	3,98
Irracionalidad Cognitiva	28	60	41,95	8,14
Autoeficacia	14	25	18,7	3,11
Autoestima	29	44	37,1	4,14
Satisfacción de necesidades	15	49	34,8	8,19

Alexitimia	26	55	40,15	6,64
Ansiedad Social Subescala de Gambrill y Ritchie	36	85	58,6	12,09
Tolerancia a la Frustración	7	17	11,25	2,75
Repertorio Conductual	29	79	48,1	13,35
Escala de Asertividad de Rathus	-28	25	-1,15	14,38
Perfeccionismo	37	64	47,45	7,82
Vulnerabilidad Biológica	1	36	16,6	8,13

2. ANÁLISIS POR PARADIGMAS.

2.1 PARADIGMA BIOLÓGICO

TABLA N° 2

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

	Máximo	Mínimo	Media	Desviación Estándar
Neuroticismo	4	20	12,75	4,87
Extroversión	6	19	14,2	3,41
Psicoticismo	2	11	5,95	2,84
Escala L	2	17	9,4	3,98
Escala de Ansiedad	0	13	6,5	3,59
Escala de Depresión	4	15	7,75	2,73
Vulnerabilidad Biológica	1	36	16,6	8,13

2.2 PARADIGMA COGNITIVO

TABLA N° 3
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

	Máximo	Mínimo	Media	Desviación Estándar
Irracionalidad Cognitiva	28	60	41,95	8,14
Autoeficacia	14	25	18,7	3,11
Perfeccionismo	37	64	47,45	7,82

2.3 INCONSCIENTE

TABLA N° 4
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

	Máximo	Mínimo	Media	Desviación Estándar
Alexitimia	26	55	40,15	6,64

2.4 AFECTIVO

TABLA N° 5
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

	Máximo	Mínimo	Media	Desviación Estándar
Satisfacción de necesidades	15	49	34,8	8,19

Tolerancia a la Frustración	7	17	11,25	2,75
-----------------------------	---	----	-------	------

2.5 AMBIENTAL / CONDUCTUAL

TABLA N° 6

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

	Máximo	Mínimo	Media	Desviación Estándar
Repertorio Conductual	29	79	48,1	13,35
Escala de Asertividad de Rathus	-28	25	-1,15	14,38
Ansiedad Social Subescala de Gambrell y Ritchie	36	85	58,6	12,09

2.6 SISTEMA SELF

TABLA N° 7

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

	Máximo	Mínimo	Media	Desviación Estándar
Autoestima	29	44	37,1	4,14
Autoimagen	20	39	30,7	6,00

ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE:

t DE STUDENT:

Para el análisis cualitativo de los resultados se utilizó la prueba **t de Student**, en el que se procedió a dividir en dos grupos según la edad evolutiva de:

Grupo 1: Adultos Jóvenes

Rango: 22 – 31

Grupo 2: Adultos

Rango: 32 – 58

Siendo este análisis del tipo Estadísticamente no significativo, porque no se alcanzó el valor de $p < 0,005$.

1. ANÁLISIS POR PARADIGMAS.

1.1 PARADIGMA BIOLÓGICO

TABLA N° 8

	Edad	N	Media	Desviación Estándar
Escala de Depresión	g1	5	8	0,71
	g2	15	7,67	3,15
Escala de Ansiedad	g1	5	4,2	2,95
	g2	15	7,27	3,53
Neuroticismo	g1	5	11,8	4,15
	g2	15	13,07	5,18

Extroversión	g1	5	15,2	2,39
	g2	15	13,87	3,70
Psicoticismo	g1	5	6	3,61
	g2	15	5,93	2,69
Escala L	g1	5	9,8	4,92
	g2	15	9,27	3,81
Vulnerabilidad Biológica	g1	5	15,8	9,52
	g2	15	16,87	7,96

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		t-test para igualdad de medias	
		F	Sig.	T	Sig. (bilateral)
Escala de Depresión	Se han asumido varianzas iguales	6,94	0,02	0,23	0,82
	No se han asumido varianzas iguales			0,38	0,71

Escala de Ansiedad	Se han asumido varianzas iguales	0,37	0,55	-1,74	0,10
	No se han asumido varianzas iguales			-1,91	0,09
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	1,07	0,31	-0,49	0,63
	No se han asumido varianzas iguales			-0,55	0,59
Extroversión	Se han asumido varianzas iguales	0,76	0,40	0,75	0,46
	No se han asumido varianzas iguales			0,93	0,37
Psicoticismo	Se han asumido varianzas iguales	0,59	0,45	0,04	0,97
	No se han asumido varianzas iguales			0,04	0,97
Escala L	Se han asumido varianzas	0,44	0,52	0,25	0,80

	iguales				
	No se han asumido varianzas iguales			0,22	0,83
Vulnerabilidad Biológica	Se han asumido varianzas iguales	0,01	0,92	-0,25	0,81
	No se han asumido varianzas iguales			-0,23	0,83