UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

DESCRIPCION DE VARIABLES CARACTEROLOGICAS Y PSICOLOGICAS DE UN GRUPO DE HOMBRES EN TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO POR DEPENDENCIA A SUSTANCIAS EN LA COMUNIDAD TERAPEUTICA INTRAPENITENCIARIA 'SURICATA': UN ESTUDIO DESDE EL MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMATICO.

Seminario para optar al Título de Psicólogo(a) y al Grado de Licenciado(a) en Psicología.

Escuela de Psicología

Por:
Felipe Escobar Astudillo
M. Isabel Macaya Vera
Maureen Mena Ordóñez
Valeska Pérez Roldán

Profesor Patrocinante:
Carlos Varas Alfaro

Valparaíso, Chile
Enero de 2008

RESUMEN

La presente investigación corresponde a un diseño de tipo no experimental, específicamente un estudio Descriptivo, Correlacional, Transversal y con intencionalidad de los sujetos de estudio. Orientado a realizar una evaluación en hombres, privados de libertad, que presentan con trastornos por dependencia a sustancias que se encuentran en tratamiento de tipo ambulatorio intensivo en una Comunidades Terapéuticas Intrapenitenciaria.

La evaluación se realiza desde los planteamientos del Modelo Integrativo Supraparadigmático, planteado por Roberto Opazo. El objetivo de la investigación es describir y estudiar el tipo de relación existente entre las características psicológicas, caracterológicas y de historia de consumo de los sujetos, a partir de la Ficha de Evaluación Clínica Integral de Adicciones (FECIAD) desarrollada por el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.

Por lo tanto, los tres grupos de variables que se correlacionaron en el presente estudio son: variables sociodemográficas, variables de la historia de consumo y variables psicológicas medidas a partir del FECIAD.

Los sujetos de la investigación corresponden a hombres, privados de libertad, con trastornos por dependencia a sustancias, mayores de 18 años de edad, que se encuentran en tratamiento ambulatorio intensivo en la Comunidades Terapéuticas Intrapenitenciaria “Suricata” del Complejo Penitenciario de Valparaíso.

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

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

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, en nuestro país el consumo de sustancias ilícitas como alcohol y drogas, se ha transformado en un problema de importancia tanto a nivel individual, familiar, como para la comunidad profesional, el Estado y la sociedad en general. Existe un consenso, respecto a la necesidad de crear instancias de tratamientos adecuadas, que aborden la rehabilitación de drogodependencias, debido a que esta situación se ha generalizado, aumentado el número de personas que se ven afectados por el consumo y por el deteriorando la calidad de vida al cual conlleva.

Al estudiar a las personas que presentan drogodependencias, e intentar realizar un acercamiento a su historia de consumo, se torna relevante considerar la multiplicidad de variables que influyen en el desarrollo de esta problemática, las cuales requieren de un estudio sistematizado, que permita realizar investigaciones acuciosas que otorguen la posibilidad de efectuar sugerencias para los diversos planes de intervención y tratamiento.

Por otra parte, existen diferentes paradigmas en el desarrollo de la Psicología, que pretenden entregar una comprensión generalizada de este fenómeno, entre los que se puede mencionar: el paradigma cognitivo, el paradigma afectivo y el paradigma inconciente. No obstante, estos otorgan una comprensión limitada y rígida del fenómeno, que no permite abordar adecuadamente su complejidad.

Dada las características de esta problemática social, en relación a como se genera, mantiene y rehabilita la población que la presenta, se hace necesario abordarla desde una mirada más completa y multicausal. Es por esto, que la visión del modelo integrativo supraparadigmatico, se presenta como la alternativa más apropiada para la comprensión e intervención en las drogodependencias.

Por último, considerando la particularidad de la población escogida para este estudio, se hace coherente adoptar el modelo descrito anteriormente, con el fin de explorar y describir cabalmente a la muestra seleccionada, correspondiente a sujetos mayores de 18 años, privados de libertad y que se encuentran en proceso de rehabilitación dentro de una comunidad terapéutica intrapenitenciaria.

II. PLANTEAMIENTO

En las últimas décadas, y dado el proceso histórico de globalización, nuestro país se ha visto influenciado tanto por aspectos positivos como negativos, siendo la problemática del tráfico y consumo de drogas, uno de estos. La gravedad de este hecho, radica en que la droga no sólo produce daños a la salud de quienes la consumen, sino que genera consecuencias que exceden al ámbito de la salud pública; deteriora la familia y puede ser fuente de conflictos sociales de diversa naturaleza que se expresan en violencia, corrupción y multiplicación de delitos contra las personas y la propiedad. Todo lo anterior, genera inevitablemente una sensación de inseguridad en la población. (CONACE 2003).

Una alternativa de solución, la cual se enmarcó dentro de los primeros planes generales de intervención, fue el surgimiento de comunidades terapéuticas, como instancias de rehabilitación, basadas en experiencias anteriores dentro de los contextos sociales de España y Colombia. Por otra parte, hace una década, el Estado chileno ha desarrollado, la denominada Política y Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, en el cual un área prioritaria es el "Consumo problemático de alcohol y Drogas".

Una población que también se ve afectada por este fenómeno, corresponde a los sujetos recluidos en recintos penitenciarios. Al respecto, podemos mencionar que la Ley Orgánica de Gendarmería, en su artículos 1°, establece que: "Gendarmería de Chile, es un Servicio Público dependiente del Ministerio de Justicia, que tiene por finalidad atender, vigilar y rehabilitar a las personas que por resolución de autoridades competentes, fueron detenidas o privadas de libertad y cumplir las demás funciones que le señala la ley", a su vez en el artículo N°3 letra E, señala que: "Corresponde a Gendarmería de Chile: e) Readaptar a las personas privadas de libertad en orden a eliminar su peligrosidad y lograr su reintegración al grupo social". (CONACE 2003).

Es en el contexto anterior, donde surge la fusión entre CONACE y Gendarmería de Chile, la cual permite la creación de comunidades terapéuticas intrapenitenciarias.

Se define como Tratamiento Penitenciario al conjunto de acciones referidas a la vigilancia, atención y asistencia de las personas que se encuentran recluidas, con el propósito de contribuir a su reinserción social. Así, se entiende por tratamiento el conjunto de intervenciones que se realizan en las áreas: laboral, educativa, sociocultural, personal y social (Modelo de Intervención en Personas con Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas, Recluidas en los Establecimientos Penitenciarios Chilenos, 2005).

Hasta el momento, no existen estudios cuantitativos o cualitativos que den cuenta de las características demográficas y personológicas de poblaciones penitenciarias que participen en comunidades terapéuticas intramuros. Por lo tanto, se considera relevante realizar un estudio exploratorio descriptivo, el cual pueda aportar información referente a ésta temática, con el fin de incrementar el conocimiento que existe hasta el momento, sobre características de las personas que participan en estos centros de rehabilitación.

En la actualidad, las investigaciones referentes a la temática de la drogodependencia en nuestro país, se caracterizan por lineamientos que consideran un determinado y específico número de variables, los cuales no agotan la multiplicidad de factores que influyen en el desarrollo de las personas con consumo problemático de sustancias. En este sentido, se pueden mencionar una serie de teorías, modelos e investigaciones, basados en el enfoque cognitivo-conductual, cuyos autores como, Graña, Ellis, Beck, Marlatt, Saunders, plantean la relación entre conducta, cognición y medio ambiente, como factores que posibilitan y mantienen la dependencia a una sustancia.

Por su parte, el modelo de J. Prochaska, durante la década de los noventa, se esgrimió como la alternativa que intentó delimitar y describir los elementos esenciales que subyacen a los procesos de cambio en las conductas adictivas, como un modelo tridimensional, que proporcionaba una concepción global, que la mismo tiempo diferenciaba, los estadios, procesos y niveles de cambios de estas conductas (Graña, 1994).

Existen también, otros estudios que abordan las drogodependencias y su relación con rasgos de personalidad, entre los cuales se pueden mencionar los realizados por Craig, Vernis y Mexler (1985), (MacMahon & Davidson (1985, 1986), Rojas y Espinoza (2002), en donde se investigaron las características de personalidad de sujetos con consumo de drogas, utilizando el Millon Multiaxial Personality Inventory, (Millon, 1983, 1987). Asimismo, otro estudio a considerar es el efectuado por Emilio Sanchez y Enrique Berjano, en el cual se utilizó el Cuestionario Factorial de Personalidad 16 PF de Catell.

Como se mencionó anteriormente, a pesar del aporte de estos estudios al conocimiento en el área de las drogas, la epistemología empleada, así como también la metodología, resultan limitados, pues no abordan la variedad de factores intervinientes en esta problemática.

Actualmente en Chile, la entidad estatal responsable de la problemática de las drogas, corresponde a Consejo Nacional sobre el Control de Estupefacientes, CONACE. Esta institución se encarga de realizar estudios que delimitan la etiología, características y distribución del consumo en la población chilena. Por su parte, CONACE formula pautas de tratamiento y rehabilitación frente a esta problemática.

CONACE plantea una intervención desde un modelo bio-psico-social, y otorga los lineamientos técnicos para la explicación y el tratamiento de las adicciones; no obstante, realiza una descripción parcial de las características específicas que poseen las poblaciones residentes en las comunidades terapéuticas, existentes a nivel nacional. Esta institución no contempla un modelo teórico explicativo amplio, que facilite un diagnóstico para el cambio terapéutico. Los resultados que arrojan las investigaciones de CONACE, son generalizados lo que implica posteriormente, la aplicación en forma uniforme de herramientas psicoterapéuticas, en cada miembro de la población estudiada.

Frente a los antecedentes anteriormente expuestos, el Modelo Integrativo Supraparadigmático, propuesto por Ps. Roberto Opazo, se presenta como una alternativa teórica y metodológica que permite comprender las problemáticas en el ámbito de la psicología desde una perspectiva amplia, global y significativa, entendiéndose ésta como

una integración a nivel de paradigmas psicológicos, lo cual implica una síntesis conceptual de diversos sistemas teóricos. Este autor postula, que no existen diferencias significativas entre los múltiples enfoques psicoterapéuticos, lo cual conlleva a determinar que todos ellos son eficientes, y que a su vez, ninguno es superior a otro (Opazo, 2001).

De esta forma, el Modelo Integrativo, plantea una meta-perspectiva, a partir de la cual, integrar los diversos paradigmas psicológicos, con el objeto de no soslayar ningún aspecto constitutivo de las personas (Fernández, H. y Opazo, R. 2004 cit. en Bermúdez, Fernández, Riquelme, 2007). Surgiendo así, como una alternativa que ofrece una guía para identificar las distintas variables que componen a la población drogodependiente, en especial, a las personas que presentan este problema y que, además, se encuentran en recintos penitenciarios.

El aporte que entrega este modelo en comparación a otros, posibilita una visión imparcial acerca de los fenómenos abarcados, más allá de la limitación de un solo marco descriptivo o explicativo, lo cual nos permite realizar investigaciones más completas y amplias en términos descriptivos y metodológicamente, así como también, coherentes con la población estudiada. Por lo anterior, al desarrollar investigaciones en torno al tema de las drogodependencias, se considera beneficioso e innovador, que estos estudios no sean enfocados desde un paradigma teórico y metodológico único, que atienda sólo a determinados aspectos dentro de la variabilidad de factores influyentes, dejando de lado un número importante de elementos que deben ser considerados al momento de trabajar con esta problemática. Por lo tanto, se vuelve fundamental considerar las diferentes variables que intervienen en la generación y mantención de las drogodependencias, relacionarlas e integrarlas para llegar a un entendimiento y una descripción aún más compleja de este fenómeno, lo cual permitiría en el futuro construir y proponer nuevas formas de tratamiento.

En relación a lo anterior, el Modelo Integrativo Supraparadigmático, atiende a fenómenos multicausales y asume que cada paradigma entrega fuerzas de cambio específico y significativo, que consideradas en conjunto en las intervenciones

terapéuticas, potencian el cambio en psicoterapia. Además, considera esencial un diagnóstico integral, que permita evaluar el funcionamiento de los sistemas biológico, ambiental, cognitivo, afectivo, el awarenesess del paciente y la integración del sistema psicológico como una totalidad (Opazo, 2001).

En base a los antecedentes previamente expuestos y siguiendo los lineamientos de este modelo, la presente investigación tiene por objeto, conocer y describir a una población que posee un consumo problemático de sustancias y que al mismo tiempo presenta conductas delictivas, por las cuales se encuentran cumpliendo condena. Lo anterior, constituye la particularidad de este grupo de estudio, por sus características personológicas, sociodemográficas e historia de consumo.

Cabe mencionar, que existen múltiples estudios desde la visión Integrativa Supraparadigmática, en relación a las características clínicas de sujetos drogodependientes. Sin embargo, bajo este enfoque aun no se han realizado estudios en sujetos privados de libertad que se encuentren en tratamiento por trastornos por dependencia de sustancias.

Esta investigación pretende desarrollar una alternativa diferente e interesante, en relación a los estudios ya existentes, lo cual puede dar luz a nuevos conocimientos en la temática de drogodependencias. Por lo anterior, se abordarán las características psicológicas y caracterológicas de los residentes de la comunidad terapéutica “Suricata” perteneciente a Gendarmería de Chile y que se encuentra ubicada el Centro de Cumplimiento Penitenciario (C.C.P.) de Valparaíso.

Se considera finalmente, que a partir de los resultados obtenidos en el presente estudio, existe la posibilidad de plantear nuevas alternativas de tratamiento, que sean un aporte para el trabajo en comunidades terapéuticas intrapenitenciarias, ya que hasta el momento, las estrategias de rehabilitación, se basan únicamente en la perspectiva plateada por el CONACE.

1. Objetivos del Estudio

1.1. Objetivo General:

Describir y estudiar el tipo de relación existente entre las características psicológicas, caracterológicas y de consumo, de un grupo de hombres, privados de libertad, que presenten trastornos por dependencia a sustancias y, que se encuentran en tratamiento ambulatorio intensivo en una comunidad terapéutica intrapenitenciaria.

1.2. Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de un grupo de hombres, privados de libertad, que se encuentren en tratamiento ambulatorio intensivo por trastornos por dependencia a sustancias.
2. Describir la historia de consumo de un grupo de hombres, privados de libertad, en tratamiento ambulatorio intensivo por trastornos por dependencia a sustancias.
3. Describir las características psicológicas de un grupo de hombres, privados de libertad, en tratamiento ambulatorio intensivo por trastornos por dependencia a sustancias desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático.
4. Estudiar la relación existente entre las características sociodemográficas y las características de la historia de consumo en un grupo de hombres, privados de libertad, en tratamiento de tipo ambulatorio intensivo por trastornos por dependencia a sustancias.
5. Estudiar la relación existente entre las características psicológicas y sociodemográficas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, en un grupo de hombres, privados de libertad, en tratamiento de tipo ambulatorio intensivo por trastornos por dependencia a sustancias.

6. Estudiar la relación existente entre las características psicológicas y las características de la historia de consumo, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, de un grupo de hombres, privados de libertad, en tratamiento de tipo ambulatorio intensivo por trastornos por dependencia a sustancias.
7. Estudiar la relación existente entre las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, de un grupo de hombres, privados de libertad, en tratamiento de tipo ambulatorio intensivo por trastornos por dependencia a sustancias.

2. Preguntas de Investigación

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

tratamiento de tipo ambulatorio intensivo por trastornos por dependencia a sustancias.

6. Cuál es la relación existente entre las características de la historia de consumo y las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, de un grupo de hombres, privados de libertad, en tratamiento de tipo ambulatorio intensivo por trastornos por dependencia a sustancias.
7. Cuál es la relación existente entre las características psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo Supraparadigmático, de un grupo de hombres, privados de libertad, en tratamiento de tipo ambulatorio intensivo por trastornos por dependencia a sustancias.

3. Justificación y relevancia del estudio

3.1. Relevancia Práctica

Las nuevas políticas, tanto en el sistema penal como en los servicios de salud, se han convertido en parte importante de los programas de gobierno. Dentro de este contexto, este estudio permitirá proporcionar un mayor conocimiento acerca de las variables psicológicas y caracterológicas de hombres que participan en Comunidades Terapéuticas Intrapenitenciarias, con el cual será posible proponer orientaciones de tratamiento que complementen el trabajo que ya se realiza en la comunidad.

Por otra parte, este estudio se desarrolla desde de la visión del Modelo Integrativo, el cual otorga un aporte global, ordenador y orientador a la compresión de la problemática de las adicciones y a su tratamiento. Este modelo, permite obtener una perspectiva paradigmática neutra y amplia del funcionamiento humano, ya que integra los paradigmas biológico, ambiental-conductual, afectivo, cognitivo, sistémico e

inconsciente, así como de las características funcionales del sistema Self y los principios de causalidad lineal y circular. Lo anterior, conlleva a articular una evaluación integral de los sujetos de estudio, considerando el sistema psicológico como una totalidad.

Por todo lo anterior, este modelo permite realizar intervenciones en función de la relación entre características psicológicas provenientes de diferentes paradigmas, potenciando la implementación de intervenciones orientadas al cambio.

3.2. Relevancia Social:

Esta investigación tiene relevancia social, ya que los resultados que se obtengan otorgarán nueva información al campo de las características psicológicas y sociodemográficas de hombres que participan en Comunidades Terapéuticas Intrapenitenciarias. Lo anterior, podría aportar antecedentes para una mejor orientación en el diseño y ejecución de las estrategias de tratamiento en esta población. Esto, a posteriori, permitirá realizar sugerencias para formular orientaciones, con el fin de mejorar el tratamiento y los programas de rehabilitación.

No debemos olvidar que la población a la cual nos enfrentamos ha sido estigmatizada y relegada por nuestra sociedad. Este estudio es relevante, pues visualiza al interno desde una mirada más amplia, valorándolo como persona, más allá de sus actos y/o delitos, (conductas adictivas, rasgos de personalidad) lo cual otorga mayor comprensión respecto a la compleja dinámica psicológica del sujeto privado de libertad, así como la multifactorialidad de variables que llevan a una persona a consumir drogas y a delinquir.

3.3. Relevancia Científica

Este estudio posee relevancia científica, ya que se realizará a partir de los lineamientos del Modelo Integrativo Supraparadigmático, el cual integra distintos paradigmas que ofrecen evidencias en términos etiológicos y predictivos, así como aportes en términos de estrategias para el cambio, en relación a ciertos trastornos clínicos. Esta constituido por diversos paradigmas, cada uno de los cuales, aporta una visión parcial de la realidad y la experiencia, no obstante, al ser integrados por el modelo, ofrecen una visión más amplia, que extiende su mirada a las diversas dimensiones del ser humano, otorgándole validez científica a los resultados que se pueden obtener en una investigación basada en este modelo.

En base a todo lo anterior, se concluye que es posible acceder a un conocimiento de mayor calidad en términos de la amplitud paradigmática y reducción del sesgo teórico, el cual, dentro del ámbito terapéutico ofrece diversos aportes en término de la predicción y el cambio.

Por otra parte, este trabajo es relevante, considerando que no existen estudios previos desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático en Comunidades Terapéuticas Intrapenitenciarias. Por lo cual, se presenta como un aporte desde una visión multiparadigmática, que pretende ampliar el conocimiento en torno al comportamiento de los variados factores involucrados en las adicciones, en una población inserta en un contexto penitenciario.

Lo anterior, se considera relevante pues permitirá realizar una descripción de los factores de riesgo, factores protectores o características influyentes, para sugerir orientaciones de tratamiento y rehabilitación en poblaciones penitenciarias, además de hacer posible la realización de comparaciones con estudios previos, con el objeto de corroborar o refutar las conclusiones obtenidas.

3.4. Relevancia Metodológica

La relevancia metodológica de este estudio, recae en la información obtenida a partir de la aplicación del FECIAD (Ficha de Evaluación Clínica Integral de Alcohol y Drogas), instrumento que permite realizar exploraciones y posteriores descripciones globales e integradas acerca de las distintas áreas afectados o relacionadas al consumo problemático de sustancias en la población.

Este instrumento, es una adaptación del FECI (Ficha de Evaluación Clínica Integral) al ámbito clínico de las drogodependencias. El FECIAD, presenta en la mayoría de sus diversas escalas, índices favorables de confiabilidad y validez, los cuales sustentan y justifican su utilización en estudios como el presente, dirigidos a aumentar el conocimiento sobre poblaciones en las cuales confluye una multiplicidad de variables y que no poseen estudios previos que den cuenta de tales elementos.

Gracias a las características de este instrumento, es posible realizar estudios estadísticos, en donde los datos cuantitativos arrojados por la escalas, dan cuenta de la evaluación de los diversos paradigmas organizados en rangos (bajos, medios y altos) siendo el nivel medio, el común de la población estimada.

Mediante la utilización del FECIAD, se explorará y describirán las distintas áreas psicológicas y caracterológicas de un grupo de sujetos que presenta consumo problemático de sustancias, pertenecientes a una comunidad terapéutica intrapenitenciaria. Por su parte, se intentará establecer la existencia de correlaciones estadísticamente significativas con variables sociodemográficas y de historial de consumo.

Con la utilización de la FECIAD, como instrumento científico de recopilación de datos tanto cuantitativos como cualitativos, se intentará demostrar empíricamente su efectividad y operatividad al momento de otorgar descripciones acabadas acerca de las características y variables que inciden en la vida de los sujetos afectados por la problemática del consumo de alcohol y drogas presentes en comunidades terapéuticas intramuros.

III. ANTECEDENTES

1. Antecedentes de la problemática de estudio

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define Droga como: "Cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, de alterar la actividad psíquica y el funcionamiento del organismo, cuyo uso prolongado o frecuente, generalmente, provoca dependencia física y/o psíquica" (CONACE, 2004).

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

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

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

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

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

En el DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de la Asociación Psiquiátrica Americana), se define como característica esencial de la dependencia de sustancias a un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer (por ejemplo, no se han especificado síntomas de abstinencia para la dependencia de alucinógenos). Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la "necesidad irresistible" de consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias. En síntesis, en el DSM-IV-TR se define la dependencia a sustancias como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses (Pichot, 2002):

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

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

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

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

(a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.

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

(3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
(4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
(5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
(6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
(7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).
Además se sugiere especificar si es:
- Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2).
- Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si no se cumplen los puntos 1 y 2)

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

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su décima versión (CIE-10) establece drogodependencia a través de la siguiente definición:

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en las cuales el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de

dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome, en comparación con lo que sucede en individuos no dependientes (OMS, 1995)

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

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras, para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de una muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en los que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo de una sustancia, o deterioro cognitivo secundario al consumo de una sustancia. Debe investigarse a fondo si la

persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

2. Antecedentes Estadísticos

2.1 Antecedentes Generales de Consumo de drogas en Chile.

El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), perteneciente al Ministerio del Interior del Gobierno de Chile, es la institución encargada de realizar los estudios oficiales y de publicar los antecedentes estadísticos que describen las características del consumo de drogas en nuestro país. El último informe dado a conocer, corresponde al Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, realizado el año 2006, del cual podemos destaca las siguientes conclusiones:

Los estudios sobre prevalencia de consumo de drogas en la población general, realizados cada dos años, desde 1994, por CONACE, han permitido distinguir la magnitud de la problemática del consumo de drogas en Chile, y su evolución a lo largo del tiempo. De acuerdo con el séptimo estudio nacional de drogas 2007, cuyos principales resultados fueron publicados en Julio del presente año y en términos generales, se observa una estabilización en el consumo de la mayoría de las drogas en el país, en particular cocaína y pasta base, así como también, un aumento en el uso y aceptación social de marihuana en jóvenes y adultos jóvenes de ingresos medios altos y altos, respecto al informe anterior del año 2004.

A continuación, se entregan antecedentes y conclusiones aportados por los dos últimos estudios realizados en el país:

- La tasa de consumo reciente (de acuerdo a prevalencia de consumo último año: proporción de personas que ha probado alguna droga en los últimos 12 meses) de droga ilícitas (marihuana, pasta base, clorhidrato de cocaína, crack, heroína, éxtasis

y/o alucinógenos, LSD u otros ácidos, Fenilciclidina, PCP o polvo de ángel, Peyote o San Pedro y Mescalina), alcanzó un 5,68 %, esto es, alrededor de 476 mil personas. (CONACE, 2004).

- La droga ilícita más consumida en Chile es la marihuana (tasa de consumo:5,17%), le sigue el clorhidrato de cocaína (tasa de consumo:1,5%) y luego la pasta base (tasa de consumo:0,6%).(CONACE, 2006).
- El uso de drogas se encuentra altamente concentrado en los jóvenes (entre 19 y 25 años), le sigue el segmento de la población adulta joven entre 26 y 34 años y posteriormente los menores entre 12 y 18 años.
- Los resultados de este estudio indican que la prevalencia de último año de consumo de marihuana es de 7,0%, la que se compara con el 5,3% que se obtuvo en el estudio anterior. La variación de 1,7 puntos porcentuales registrada en el último bienio es estadísticamente significativa y debe interpretarse como un aumento.
- El uso de marihuana se incrementa en todos los grupos de edad, pero los aumentos en jóvenes y adultos jóvenes son los más altos que registra toda la serie de estudios. En jóvenes, las declaraciones para uso reciente de marihuana aumentaron en el último bienio de 15,2% a 18,8%, mientras que entre adultos jóvenes el aumento va de 6,5% a 9,7%. Por primera vez los adultos jóvenes declaran más uso de marihuana que los adolescentes. A diferencia de los otros grupos de edad, el consumo de marihuana entre adolescentes no se ha doblado a lo largo de la serie (la progresión es de 6% a 7,8%) y la cumbre sigue situada en el año 2000.
- Según CONACE, el alza en el consumo de marihuana, está directamente relacionado con el descenso en la percepción de riesgo que la población tiene de esta droga.
- La percepción de riesgo en el uso de marihuana ha descendido en los últimos cuatro años. El estudio actual registra una caída muy significativa de 10 puntos porcentuales, desde 72% a 62% en el último bienio, para quienes perciben gran riesgo en usar frecuentemente marihuana, una o dos veces por semana. Mientras, la percepción de riesgo en el uso frecuente de cocaína, se ha mantenido estable en alrededor del 81%. Esta caída, comenzó a registrarse en el año 2000. En los jóvenes

de 19 a 25 años ha descendido la percepción de riesgo de un 61% a 43% desde el año 2000, lo que implica 18 puntos porcentuales. Sólo en el bienio 2004-2006 bajó en este grupo 12 puntos porcentuales, en concordancia con un aumento también abrupto en las prevalencias.

- Los datos muestran que la tasa de consumidores de marihuana con signos de dependencia alcanza al 23% entre prevalentes de último año y es algo mayor todavía entre adolescentes y jóvenes comprometidos en el uso de marihuana. Es importante destacar que al menos 1 de cada 4 personas que han usado marihuana en el último año registran signos de dependencia, una cifra que muestra claramente los riesgos asociados al uso de ésta droga y que desmiente la presunción de que la marihuana es inocua y no produce dependencia.

Según los resultados de este estudio, más de 9 mil personas con signos de dependencia a marihuana declararon haber sentido la necesidad de participar en un programa de tratamiento. Según cifras confirmadas por la última evaluación realizada a los programas de Tratamiento en el Convenio CONACE, FONASA, MINSAL, que concluyó que la segunda droga de ingreso a programas de tratamiento, después de la pasta base, es la marihuana con un 28%.

Entre las conclusiones que se desprenden de esta última evaluación podemos destacar:

- Se ha estabilizado el consumo de la mayoría de las drogas en el país, en particular cocaína y pasta base.
- Se mantiene una alta percepción de riesgo y una actitud crítica frente al consumo de tales drogas.
- El abuso de alcohol no ha mostrado variaciones.
- Aumenta el uso de marihuana en jóvenes y adultos jóvenes de ingresos medios altos y altos.
- Aumenta la aceptación social del consumo de marihuana.

2.2 Estadísticas de la Relación entre el Problema de la Delincuencia y el Consumo de Drogas.

Respecto a los estudios existentes que vinculan el consumo de drogas y la comisión de actos delictivos en Chile, se debe mencionar la investigación realizada por CONACE el año 2001 y el estudio realizado por la Unidad Nacional de Investigación Criminológica de Gendarmería de Chile (UNICRIM-2002). La primera, consiste en una investigación centrada principalmente en el consumo de drogas ilícitas, (prevalencia de vida) antes de su reclusión, a personas entre dieciocho y treinta y cinco años de edad, condenadas por robo con intimidación y violencia. La población estudiada, correspondió a nueve establecimientos penales de todo el país (Mil doscientos diecisiete internos), y sus principales hallazgos son:

- 89% de los entrevistados declara haber consumido marihuana, el 59% pasta base, 43% cocaína, el 33 % anfetaminas y 27% chicota.
- 39.5% declara haber consumido drogas ilícitas por más de cinco años y el 45,2% declara haber consumido diariamente.
- El 44 % de la población estudiada, declara haber consumido drogas habitualmente antes de los catorce años.
- 80% declara haber usado más de una droga en su vida y el 32 % declara haber usado cinco o más drogas.
- 26% declara haber cometido el primer delito bajo la influencia de alguna droga, mientras que el 41% declara lo mismo respecto del delito por el cual están actualmente condenados.
- 40% declara haber delinquido única y exclusivamente para comprar droga.
- El 60% de los que han abusado de la droga reconoce haber cometido delitos bajo la influencia de las drogas y el 68% haber delinquido alguna vez sólo con el propósito de conseguir drogas.

- Se observa que los reincidentes en actos delictivos, consumen una mayor cantidad de droga que los primarios.
- 28% de los reclusos ha participado en algún programa de prevención y el 26% declara haber participado de algún programa de rehabilitación dentro o fuera del recinto penal.

2.3 Estadísticas de Consumo en Población Penal

CONACE el año 2002, realizó un estudio que tuvo por finalidad, investigar sobre el consumo de alcohol y drogas pre-carcelario e intracarcelario en la población penal de la Quinta Región, con una muestra total de seiscientos ochenta y un personas, estratificada según subsistema y sexo, y distribuidos según establecimiento penitenciario (UNICRIM. Universidad de Chile, 2002, en CONACE, 2005). Del presente estudio se rescatan los siguientes datos:

- Entre los reclusos de la V Región, las tasas de prevalencia del último año son de 14% en marihuana, 2% en pasta base, 5% en cocaína y 2% en consumo de anfetaminas.
- Respecto al consumo de drogas por subsistemas penitenciarios, del medio cerrado, y respecto a los varones, las mayores tasas de consumo de marihuana se observan en los subsistemas menores (94 ,1%), subsistema cerrado (77,2%) y al Centro de Educación y Trabajo penitenciario (76,3%).
- En el caso de las mujeres, aquellas que se encuentran en el subsistema Cerrado Adultos han consumido más que aquellas que se encuentran en el subsistema de Libertad Vigilada (50,6% y 25,9% respectivamente).
- Un 20,2% de los hombres y un 15% de las mujeres ingería alcohol o drogas ilícitas con la intención de delinquir.
- Un 19% de los delitos cometidos por varones y un 15% de los delitos de las mujeres se realizan con la intención de conseguir alcohol y/o drogas ilícitas.

- En el caso de los reclusos del subsistema menores, el porcentaje de delitos realizados para conseguir drogas asciende al 29 % y a casi el 25% en los reclusos del subsistema cerrado adultos. En las mujeres de este último subsistema el porcentaje es de 19%.

Son estos los antecedentes, que justifican la creación de un Modelo de Intervención en personas recluidas en los establecimientos penitenciarios con consumo problemático de sustancias psicoactivas. Esta estrategia, debe adecuarse a las características y particularidades de los internos/as antes mencionados. Los principales focos de atención de este programa son: prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social, además de áreas de intervención que permitan cumplir con las temáticas planteadas (CONACE, 2005).

3. Antecedentes de investigación en torno a la problemática.

Variadas investigaciones, han tratado de definir los rasgos que caracterizan a las personas con trastornos adictivos. Craig, Vernis y Mexler (1985) compararon los perfiles del Millon Multiaxial Personality Inventory (Millon, 1983, 1987) en individuos con diferentes preferencias de drogas. Los resultados de este estudio, apuntan a que los sujetos alcohólicos, a diferencia de los adictos a opiáceos, puntúan más altos en las escalas de trastorno de personalidad: evitador, esquizotípico y borderline. Por otra parte, los adictos a opiáceos poseían personalidades más narcicistas, histriónicas y antisociales.

Otros dos estudios (MacMahon & Davidson, 1985, 1986) examinaron las diferencias de los perfiles de personalidad entre los alcohólicos, basándose en los niveles de depresión. Estos estudios demostraron que los alcohólicos deprimidos a diferencia de los no deprimidos, puntuaban más alto en la prueba de Millon en cuanto al trastorno de personalidad evitador.

Lo anteriormente señalado, sugiere que entre los adictos a substancias existe la posibilidad de presentar trastorno de personalidad antisocial. Por otra parte, Craig, et al (1985) identificaron que los adictos a substancias en relación con los alcohólicos tenían puntuaciones más altas en diversas escalas en los trastornos de exteriorización.

Se realizó un estudio que buscaba examinar las diferencias en los perfiles del Millon entre una muestra de adictos a substancias severos y una muestra de individuos en busca de tratamiento psicoterapéutico ambulatorio.

El estudio indica diferencias significativas en varias de las subescalas Millon en los dos grupos, población de la clínica general y adictos a substancias.

Las puntuaciones de los drogadictos polivalentes más elevadas en las escalas de alcohol y adicción a substancias apoyan la validez de la composición de las escalas Millon. El hecho de que el grupo de la población de la clínica general mostrara puntuaciones más altas en las escalas Axis I de ansiedad, trastorno somatoforme y distimia indica que los adictos a substancias experimentan, a diferencia de los pacientes generales en busca de psicoterapia, una afectividad menor. Mientras que cierta población de alcohólicos puede presentar enfermedad por depresión (MacMahon&Davidson, 1985, 1986), esto parece menos probable con los adictos a drogas. Este hecho nos sugiere que en los adictos a substancias el uso de drogas no es motivado por una reducción en la afectividad como puede ser el caso de los alcohólicos. Los adictos a substancias mostraban elevaciones en la escala de hipomanía. El examen de las preguntas nos sugiere que dichas elevaciones pueden reflejar un excesivo deseo en la búsqueda de sensaciones y una baja tolerancia al aburrimiento. Esta elevada puntuación de los adictos a las drogas es coherente con el modelo de baja tolerancia al aburrimiento proporcionado por la Teoría Racional- Emotiva (DiGiuseppe&McInerney, 1990; Ellis, et al, 1988).

Las diferencias en la escala del trastorno de personalidad son remarcables clínica y estadísticamente. La muestra de adictos a las drogas ostenta puntuaciones elevadas en las escalas de trastorno de personalidad narcisista y antisocial.

Las elevadas puntuaciones de los adictos a las drogas en el trastorno de personalidad esquizoide pueden atribuirse al aislamiento social y al síndrome de abstinencia que a menudo caracteriza el tipo de vida de los adictos. El descubrimiento de que los adictos a las drogas tienden hacia una mayor paranoia puede reflejar un efecto farmacológico directo de la sustancia de abuso (particularmente en la utilización de

cocaína) o puede ser el resultado de los sospechosos comportamientos que los adictos desarrollan para evitar sanciones legales o sociales.

Los adictos a drogas mostrarán puntuaciones más elevadas que los alcohólicos en las escalas antisocial, narcisista e hipomanía y que mostrarán puntuaciones menos elevadas que los alcohólicos en las escalas de distimia, ansiedad, evitación, dependiente y pasiva-agresiva, ya que los pacientes que presentan puntuaciones elevadas en las escalas narcisista, antisocial e hipomanía normalmente presentan puntuaciones más bajas en las otras escalas (Leaf, DiGiuseppe, Ellis, Mass, Backex, Wolfe&Alington, 1990). Los resultados también sugieren la evaluación y las estrategias de intervención de los clínicos que trabajan con pacientes adictos a drogas severos. Se recomienda la sensibilidad del terapeuta por la enfermedad y la personalidad antisocial.

Cabe mencionar, finalmente que este estudio no se considera representativo, debido a que su muestra no es significativa y sus conclusiones no pueden ser generalizadas.

En el año 2001 las instituciones CREA CHILE, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile y el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, trabajando conjuntamente llevaron a cabo un estudio con el objeto de conocer más profundamente las características psicológicas de los sujetos adictos, reconocer factores de riesgo relacionados en el desarrollo de la adicción, evaluar si el trabajo desarrollado en las comunidades terapéuticas producía cambios en diferentes áreas de la personalidad y ver si el Modelo Integrativo Supraparadigmático aportaba técnicamente antes los tratamientos que se estaban llevando a cabo.

Así mismo, y en el marco del programa de magíster del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, el Psicólogo Juan Esteban Tirado, llevó a cabo una investigación con el objetivo de determinar la existencia de diferencias entre sujetos que presentan trastornos adictivos y sujetos que presentan trastornos depresivos o trastornos de ansiedad. El estudio también fue hecho a partir del Modelo Integrativo Supraparadigmático y utilizando los protocolos de la Ficha de Evaluación Clínica Integra (FECI), de pacientes que consultaron entre los años 1998 y 2002 en el

consultorio perteneciente al Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa; y pacientes que realizaron la etapa de ingreso en el Centro Integrativo de Adicciones de la Universidad de Santiago de Chile, entre los años 2000 y 2003. Los sujetos se ubicaron en un rango de edad que abarca de los 18 a los 36 años. El tamaño de la muestra total fue de 51 personas, 22 con dependencia de drogas, 16 con trastornos depresivos y 13 con trastornos de ansiedad.

Otro estudio que cabe destacar, fue el realizado en el año 2004 por J. Feuchtmann, quien se dispuso a explorar las características psicológicas diferenciales entre una población de adolescentes poliadictos y una población de adultos poliadictos, para así comprender el desarrollo de los trastornos adictivos bajo el prisma del Modelo Integrativo Supraparadigmático. El diseño de la investigación es fue experimental y transversal, así también, un estudio descriptivo y comparativo.

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

4. Antecedentes de Tratamiento para Drogodependencias.

En nuestro país, hace ya algunas décadas el consumo de alcohol y drogas, se constituye en una problemática necesaria de atender, surgiendo desde el Estado y desde las organizaciones no gubernamentales (ONGs), respuestas a las urgentes necesidades de la población.

Las primeras iniciativas surgen desde el Ministerio de Salud, en al década de los 50’ y 60’, con la creación de los primeros centros o unidades de desintoxicación (postas antialcohólicas) para personas con problemas de consumo de alcohol (CONACE 2003). Paralelamente surgen grupos de autoayuda, tales como alcohólicos anónimos (AA) y la Unión de rehabilitados y alcohólicos de Chile (URACH). Con posterioridad, en la

década de los 80', y por efecto del aumento del consumo de drogas ilícitas, surgen diversas iniciativas desde el ámbito no gubernamental y privado, para dar respuesta a la emergente demanda pro-programas de tratamiento. Tienen especial relevancia, las iniciativas de las iglesias evangélicas y católicas quienes utilizan el Modelo Comunidad Terapéutica a partir de experiencias extranjeras (España y Colombia especialmente).

Es a partir de la década de los noventa, cuando la temática del consumo de alcohol y drogas se constituye como un ámbito de suma importancia en la salud pública. Se elabora la Política y Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, donde se define como área prioritaria el "Beber Problema y el Consumo de Drogas" (CONACE, 2003), otorgando tratamiento en la Atención Primaria de Salud, servicios de psiquiatría en hospitales generales y Centros Comunitarios de Salud Mental familiar, entre otros.

En 1995, con la promulgación de la ley 19.366 que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y de sustancias psicotrópicas, el Ministerio de Salud (MINSAL) crea el "Programa de rehabilitación de personas con problemas de drogas y alcohol". Un año después, se diseña y da a conocer el Reglamento para los Establecimientos de Rehabilitación de Personas dependientes de Sustancias Psicoactivas, a través de la modalidad Comunidad terapéutica (DFL 229 8). Paralelamente, el Ministerio de Salud elabora el "Manual de Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de Personas con problemas de drogas" y publica un catastro de lugares de atención.

Por otra parte, el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), otorga apoyo financiero a organizaciones que brindan tratamiento a través de la modalidad de proyectos concursables desde 1996 hasta 1998. En 1999, se establece una alianza estratégica entre CONACE-MINSAL para la instauración del Subprograma de Tratamiento y Rehabilitación, otorgando financiamiento a centros de tratamiento, a través de la modalidad de compra de cupos ambulatorios y residenciales (CONACE, 2000).

Hacia fines del año 2000 y principios del 2001, CONACE en conjunto con el MINSAL, elaboran el "Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de sustancias estupefacientes y/o

psicotrópicos", el cual administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), viene a apoyar el programa matriz del Ministerio de Salud respecto a la problemática del uso y consumo de drogas. CONACE, apoya técnica y financieramente los siguientes planes de tratamiento: ambulatorio básico, ambulatorio intensivo y residencial, quedando a disposición del Ministerio de Salud, el plan de primera respuesta, el plan de desintoxicación, manejo del síndrome de deprivación y el de compensación de patología dual.

En términos generales, la ayuda se sitúa en el ámbito público en Hospitales generales, Hospitales Psiquiátricos, Hospitales y centros de día, Servicios de Psiquiatría, Centro de Salud Mental Familiar (COSAM) y Consultorios de Atención Primaria. Y en el ámbito privado, se sitúa principalmente en Comunidades Terapéuticas (MINSAL, 2000).

Como se puede observar, dentro del proceso de instalación de los programas de tratamiento y rehabilitación, las iniciativas tendientes a la atención de la población del sistema penitenciario, inicialmente no formaban parte del diseño técnico de los programas gubernamentales, sino sólo hasta comienzos de la presente década.

4.1 Estrategia Nacional sobre el Consumo de Drogas.

La drogodependencia puede acarrear problemas individuales y sociales de gran envergadura, relacionándose muchas veces esta conducta, con la comisión de algún acto delictivo, generando una espiral de cada vez mayor complejidad (droga – delito – violencia – seguridad). Por lo anterior, el Estado se hace cargo de esta situación.

A partir de la evolución que ha tenido el fenómeno de las drogas y del desarrollo de las diversas iniciativas impulsadas por el gobierno a través del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes – CONACE; programas de prevención comunitaria, laboral y educacional; programas de tratamiento y rehabilitación, desarticulación de bandas y organizaciones criminales, incautaciones de drogas, entre otras, es que surge en la presente década la necesidad de reformular la Política y Plan Nacional de Drogas

vigentes desde 1993, para ajustarla a las exigencias y cambios acontecidos con el problema de drogas a escala nacional e internacional (CONACE, 2003). Es así como a la luz de los resultados obtenidos, la experiencia acumulada y los nuevos conocimientos se construye la nueva Estrategia Nacional sobre Drogas 2003-2008, que se plantea como una política sostenida en el tiempo que va más allá de la contingencia inmediata y es capaz de ofrecer al país una línea consistente y proyectada en el horizonte del largo plazo y cuyo fin es reducir el consumo y tráfico de drogas hacia el año 2008.

La Estrategia Nacional sobre Drogas, se ha estructurado a partir de ciertos principios que expresan la forma de abordar el problema de las sustancias ilícitas en Chile, y que debieran estar presentes en los programas que las instituciones del Estado y la sociedad civil llevan a cabo, en la búsqueda del logro de los objetivos estratégicos. Estos principios son:

a) Integralidad de la respuesta: Implica una mirada amplia y multidimensional, capaz de comprender que los problemas asociados tienen motivaciones culturales, sociales y económicas; de entender que este fenómeno ejerce impacto sobre la salud de las personas y grupos, sobre la dinámica social y económica de la sociedad, sobre las normas que rigen el tejido social, y sobre la seguridad nacional e internacional, sus soluciones requieren considerar la conexión entre estas distintas dimensiones. Este principio implica también, la necesidad de realizar abordajes y acciones multisectoriales.

b) Corresponsabilidad: En el ámbito público se refiere a la necesidad de considerar la participación activa de todos los sectores y organismos públicos para aunar esfuerzos en el cumplimiento de la Estrategia, y también adecuando ésta a los propios fines, propósitos y políticas de cada ministerio y servicio, en una relación sinérgica.

c) Equilibrio entre las acciones destinadas a la reducción de la demanda y las dirigidas al control de la oferta: A mayores logros en reducir la demanda y el abuso de drogas, menos posibilidades tendrá el narcotráfico de expandir sus mercados y menores serán los delitos y situaciones de violencia derivados del abuso de sustancias. Por otra parte, el impacto de las acciones destinadas a perseguir y sancionar el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, en la reducción de la oferta, se traduce en una menor disponibilidad y acceso a las drogas de miles de consumidores.

d) Participación social: Un mayor impacto en la reducción de la demanda y de los costos asociados al consumo de drogas, resulta más eficaz y eficiente si la comunidad se moviliza, aprovechando y reforzando sus redes e iniciativas en el espacio local y potenciando los recursos de la propia sociedad civil para enfrentar el problema.

En relación a los planes de tratamiento y rehabilitación, éstos se encuentran diseñados en función a las características del consumo, por lo que varían en estrategia y frecuencia terapéutica. (CONACE, 2004)

Los planes de tratamiento para la población general corresponden a lo siguiente:

4.1.1 Plan ambulatorio básico

Se encuentra enfocado para personas con abuso o dependencia a drogas ilegales, sin patología psiquiátrica grave, con compromiso biopsicosocial moderado. Este plan, que ofrece atención, al menos dos veces por semana, en sesiones de dos horas, con prestaciones indispensables, individuales, grupales y familiares, realizadas por un equipo multiprofesional y técnicos en rehabilitación acreditados. Su duración estimada es de seis meses. Este plan se asigna principalmente a Centros de Salud Mental Familiar

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

4.1.2 Plan ambulatorio intensivo

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

4.1.3 Plan residencial

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

4.1.4 Plan de desintoxicación y manejo del síndrome de deprivación

Está destinado para personas dependientes de drogas ilegales, sin patología psiquiátrica grave, con compromiso biopsicosocial severo, que no lograron abstenerse ambulatoriamente o en un régimen residencial, pero que continúan motivadas por su tratamiento. Generalmente requiere una evaluación psiquiátrico-social en profundidad, y apoyo en el manejo del síndrome de deprivación inmediato. Este plan, al igual que el plan residencial, ofrece atención 24 horas diarias, con días cama, con régimen de actividades o prestaciones de alta especialidad y alta intensidad. Las prestaciones son individuales, grupales y familiares, realizadas por un equipo multiprofesional, técnicos en rehabilitación acreditados y auxiliares paramédicos entrenados en drogas. Con una duración estimada de 15 a 21 días. Este procedimiento se asigna principalmente a unidades intrahospitalarias de desintoxicación de hospitales psiquiátricos o de servicios de psiquiatría de hospital general, o extra hospitalaria, pero de alta especialidad. (CONACE, 2004)

4.1.5 Plan de compensación de patología dual

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

de hospitales psiquiátricos o de servicios de psiquiatría de hospital general, o extra hospitalaria pero de alta especialidad. (CONACE, 2004).

Dentro de los principales objetivos planteados por la Estrategia Nacional de Drogas, están el "Rehabilitar y reinsertar socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas, mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinserción" y "Disminuir el consumo de drogas en grupos vulnerables o en riesgo social" (CONACE 2003), situándose dentro de estos, el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de drogas que están privadas de libertad.

En el marco de esta misión y de estos objetivos, es que se sitúa el trabajo conjunto entre CONACE y Gendarmería de Chile.

5. Modelo de tratamiento intrapenitenciario

La misión de Gendarmería de Chile es vigilar, atender, asistir y contribuir a la reinserción social de las personas que por disposición de la ley son recluidas en los recintos penitenciarios del país. Para dar cumplimiento a esta misión se ha establecido el Modelo Básico de Tratamiento Penitenciario. Es en este marco, en el cual se instala el Programa de Intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, recluidas en los establecimientos penitenciarios, que se puede llevar a cabo gracias al desarrollo social de los sistemas penitenciarios.

Si bien, las comunidades terapéuticas intrapenitenciarias se han constituido en una iniciativa implementada desde hace muy poco tiempo (específicamente en 1999), su importancia en otorgar mejores condiciones de vida a los internos/as con problemas de drogas se ha hecho fundamental. Durante el año 2000, el Ministerio del Interior y Gendarmería de Chile suscriben un convenio de colaboración, técnico-financiero, denominado "Plan de Intervención integral en drogas dirigido a personas privadas de libertad" (decreto exento No 1365 del 6/12/2000) que tiene como objetivo estratégico el "crear condiciones institucionales para favorecer un estilo de vida saludable dentro de los recintos penitenciarios, promocionando los beneficios de una vida comunitaria

saludable, limpia y libre del consumo de drogas en aquellos internos que presentan un mayor nivel de vulnerabilidad, de tal modo de responder satisfactoriamente tanto a las políticas nacionales de prevención secundaria del delito como a las políticas de prevención y rehabilitación de personas adictas a sustancias ilícitas.....” y mediante la firma de reiterados convenios de colaboración (anuales) se traduce en la instalación, implementación y desarrollo de Centros de Tratamiento y Rehabilitación para personas privadas de libertad.

Los Centros de Tratamientos en los recintos penitenciarios a nivel nacional son:

Recuadro Nº 1: “Centros de tratamiento”

REGIÓN	NOMBRE DEL CENTRO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO	POBLACIÓN ATENDIDA	CAPACIDAD
Metropolitana	“Nueva Vida”	Centro de cumplimiento penitenciario de Colina 1	Hombres, mayores de 18 años	20 Internos
	“Trascender”	Centro penitenciario femenino de Santiago	Mujeres, mayores de 18 años	20 Internas
I Región	“Volver a nacer”	Centro de cumplimiento penitenciario de Arica	Hombres, mayores de 18 años	12 Internos
	“En buscas de un nuevo Camino”	Centro penitenciario femenino de Arica	Mujeres, mayores de 18 años	14 Internas
	“Nuevo Amanecer”	Centro de cumplimiento penitenciario de Iquique	Mujeres, mayores de 18 años	20 Internas
II Región	“Tamarugal”	Centro de cumplimiento penitenciario de Antofagasta	Hombres, mayores de 18 años	25 Internos

	“Hacia un nuevo Camino”	Centro penitenciario femenino de Antofagasta	Mujeres, mayores de 18 años	25 Internas
V Región	“Suricata”	Centro de cumplimiento penitenciario de Valparaíso	Hombres, mayores de 18 años	20 Internos
VII Región	“Amor por el cambio Presente”	Centro de cumplimiento penitenciario de Talca	Hombres, mayores de 18 años	25 Internos
VIII Región	“Alwe”	Centro de cumplimiento penitenciario de Concepción	Hombres, mayores de18 años	12 Internos
IX	“Renacer”	Centro de Detención Preventiva de Angol	Hombres, mayores de18 años	16 Internos

En esta investigación, se estudiarán las características psicológicas y caracterológicas de los participantes de la Comunidad Terapéutica Suricata, ubicada en la V región, la cual consta de 20 participantes.

5.1 Programa de tratamiento en Gendarmería de Chile y CONACE

El programa de tratamiento en Gendarmería de Chile y CONACE, implementado en todas las comunidades terapéuticas a nivel nacional, incluyendo la comunidad estudiada, "Suricata". Se concibe como un conjunto organizado de intervenciones terapéuticas, basadas en el enfoque biopsicosocial, que tiene como objetivos dos ámbitos generales: consumo problemático de drogas y conducta delictiva; con lo cual se pretende la promoción de un estilo de vida y funcionamiento personal e interpersonal saludable y funcional a la sociedad.

El diseño del programa propuesto, considera como componentes fundamentales el componente biopsicosocial de los problemas asociados al consumo de drogas, la conducta delictiva, y la situación de vulnerabilidad social en que se encuentran los internos e internas recluidos en las unidades penales.

5.1.1 Objetivo general:

Lograr que los internos/as que se encuentren privados de libertad y que presenten consumo problemático de drogas, una vez egresados del programa de tratamiento en adicciones se integren socialmente sin cometer nuevos delitos y sin consumir drogas.

5.1.2 Objetivos específicos:

a) Área formativa

- Desarrollar las competencias básicas del interno/a (aprendizajes instrumentales).
- Enriquecer sus conocimientos en relación a temas, hechos o situaciones asociados a la funcionalidad en el sistema social.
- Mejorar sus capacidades técnicas y competencias laborales.

- Mejorar la capacidad para buscar y conservar el empleo, en condiciones equiparables a los otros ciudadanos.

b) Área psicosocial

- Desarrollar las potencialidades cognitivas, conductuales, sociales y afectivas de los/as internos/as en tratamiento de adicciones.
- Mejorar las capacidades del interno/a, abordando problemáticas específicas que puedan haber influido en su comportamiento delictual y de consumo.
- Generar conciencia de delito y mal causado por la comisión del hecho delictivo.
- Desarrollar estrategias de autocuidado y herramientas relativas a prevenir lapsos y recaídas en drogas.
- Readaptación de las relaciones sociales, familiares y laborales, de tal manera que se reduzca o elimine el condicionamiento provocado por la drogodependencia.
- Mantenimiento de la abstinencia, y si no es posible, adoptar patrones de acompañamiento terapéutico con el objeto de reducir riesgos de mayores daños.
- Reajuste de los patrones y estilos de ocupación del tiempo libre y participación en la vida social.
- Preparación para el control de las respuestas emocionales cuando éstas puedan ser problemáticas.

c) Área Criminológica

- Desarrollar en el interno/a conciencia de delito, de daño y mal causado.
- Análisis del iter criminis o historia criminal.
- Identificar factores predisponentes y desencadenantes del delito.
- Ejercitar patrones o pautas conductuales que permitan afrontar las situaciones sin cometer actos ilícitos.

d) Área de integración social

- Potenciar y facilitar los contactos del interno/a con el mundo exterior, ya sea a través de los permisos de salida, relación con redes, inserción en grupos de apoyo, etc.
- Fortalecer a los grupos de familiares de los internos/as de tal forma que sean estructuras funcionales a las necesidades de apoyo del interno, transformándolos en factores protectores, coadyuvantes al no consumo de drogas y comisión de nuevos delitos.
- Facilitar la incorporación a procesos formativos previo a la inserción laboral (nivelación de estudios, cursos de formación, etc.).
- Capacitar en competencias laborales que le permitan obtener recursos económicos para su subsistencia personal y familiar.

Para alcanzar estos objetivos, CONACE propone una estrategia que involucre a todos los estamentos y niveles, con un abordaje institucional para lo cual es necesario sensibilizar, involucrar y comprometer a todo el personal del establecimiento penitenciario a través de la capacitación y fortalecimiento de sus recursos, de manera de unificar visiones, criterios y conceptos, establecer un lenguaje común, revisar los modelos y pautas interaccionales tradicionales (gendarme-interno/interna; profesional-interno/interna) y establecer roles y funciones para cada estamento.

En este sentido, cada una de las instancias de la organización como son el Consejo Técnico, el Área Técnica, el Área de Salud, el Área Laboral, el Centro de Educación y Trabajo (CET), la Oficina de Estadística, el Centro de Tratamiento y otros, juegan roles complementarios y en la medida que actúen articuladamente harán posible el desarrollo exitoso del programa de Tratamiento propuesto.

6. Proyecto de Comunidad Terapéutico del Sistema Penitenciario Chileno.

Dado que la problemática de la drogadicción en la población penal, no es sólo una preocupación a nivel nacional, sino también a nivel mundial. Existen algunas experiencias, que han servido de inspiración para el trabajo ha realizar en nuestro país.

Dentro de estas, se puede mencionar lo acontecido en el sistema penitenciario español y el modelo de intervención terapéutico llevado a cabo en Colombia. Por su parte, en el caso de España, la preocupación por personas con problemas delictuales y de consumo de drogas comienza a gestarse a partir de 1993, con la creación de un Programa de Motivación y Derivación, destinado a la población reclusa con problemas de drogas. Este proyecto fue impulsado con la intención de evitar que personas en rehabilitación por consumo de drogas, tuviesen que interrumpir su tratamiento por cumplimiento de una condena en un sistema penitenciario (CONACE, 2003).

En el caso colombiano, en 1989 se implementa el "Proyecto de Prevención Integral de la Drogadicción en el Sistema Penitenciario Colombiano", que pretende cubrir a la población de internos, los funcionarios de guardia penitenciaria y al personal administrativo del Sistema Penitenciario Colombiano y aborda tres niveles de prevención, de acuerdo al Plan para la Superación del Uso de drogas: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

En Chile, el año 1998 se crea la primera Comunidad Terapéutica al interior del Centro de Cumplimiento Penitenciario de Colina 1, como muestra de la preocupación hacia las personas con problemas delictuales y de consumo de drogas. A partir del año 2000, a través de un convenio entre el Ministerio del Interior-CONACE y Gendarmería de Chile, se inicia un programa que considera la capacitación de los equipos técnicos y profesionales, la creación de Centros de Tratamiento y la contratación de profesionales de dedicación exclusiva para abordar este tema, al interior de los establecimientos penitenciarios del país, que presentan una mayor incidencia de consumo de drogas. El objetivo estratégico de este programa es "otorgar a los reclusos la posibilidad de incorporarse a un programa que brinde tratamiento bio-psicosocial del consumo de

drogas, a fin de adquirir las destrezas necesarias que permitan un cambio de estilo de vida y contribuyan a su reinserción social" (CONACE, 2003).

El programa consiste en brindar tratamiento a través de un modelo integral a los reclusos dependientes a las drogas, abordando en forma global la problemática del consumo y la delincuencia, de tipo personalizado y multidisciplinario, estructurado en etapas o fases, con intervención de la familia y redes de apoyo externo.

Se establece que profesionales y técnicos, que forman parte de las áreas técnicas, las cuales tienen por función realizar el tratamiento al interior de los establecimientos penitenciarios, sean capacitados en contenidos y destrezas específicas para realizar intervención en drogodepencias a usuarios que, además, se encuentran asociados a conductas delictivas y con un alto nivel de internalización de conductas de la subcultura carcelaria.

Los Centros de Tratamiento están dirigidos a internos con consumo problemático de drogas, quienes viven durante dos años en un sistema residencial y/o ambulatorio. Estos centros, ofrecen a los usuarios terapias individuales, grupales y familiares, talleres ocupacionales y de crecimiento personal, además de la exigencia de abstenerse de consumir cualquier sustancia que altere el estado normal del organismo. Se promueve una vida sana, libre de drogas (CONACE, 2003).

Las principales actividades que se llevan a cabo son:

- Evaluación bio-psico-social en 5 ejes (consumo, psicopatología concomitante, criminológico, redes de apoyo e integración social).
- Elaboración de un plan de tratamiento.
- Desarrollo de la rutina diaria.
- Sesiones de psicoterapia individual.
- Sesiones de intervención psicosocial de grupo.
- Sesiones de intervención familiar grupal e individual.
- Sesiones de educación y recreación.
- Actividades para promover la integración social.
- Seguimiento.

Perfil de los individuos que participan en el programa:

- Hombres y mujeres adultos, mayores de 18 años.
- Que presentan consumo problemático de drogas.
- Compromiso biopsicosocial moderado a severo.
- Sin presencia de trastorno psiquiátrico severo (esquizofrenia, trastornos biopolares graves, estados psicóticos crónicos).
- Calidad procesal: condenados.
- Que se encuentren a un año del tiempo mínimo para postular a beneficios.
- No presentan comisión de delitos sexuales.
- Con participación en la etapa de pre-tratamiento o grupos motivacionales.
- Que accedan voluntariamente, de acuerdo a uno de los principios que inspira el tratamiento penitenciario, toda actividad que se desarrolla con los internos tiene el carácter de voluntaria.

Previo al ingreso al centro de tratamiento, el interno/a es pesquisado a través de un mecanismo de detección diseñado para ello, a cargo de la dupla psicosocial y/o el equipo de salud de la unidad penal, la confirmación de su diagnóstico queda a cargo del equipo especializado del centro de tratamiento y se es incorporado a grupos motivacionales o de conversación con el objetivo de trabajar la motivación al cambio utilizando el Modelo Transteórico del Cambio de Prosschaska y Di Clemente.

Dependiendo de los recursos y espacio físico con que se cuenta, los centros de tratamiento presentan dos modalidades:

a) Modalidad residencial

Los internos/as viven y permanecen durante todo el tratamiento en un espacio determinado, construido especialmente para ese fin, segregado del resto de la población penal. Su egreso es al medio libre en el caso que los internos cumplan su condena, sean indultados o se beneficien de la Libertad Condicional o a sistemas de semilibertad, a través de beneficios intrapenitenciarios, derivación a CET, etc.

b) Modalidad ambulatoria.

En esta Modalidad los internos/as son reunidos en un Módulo que alberga a internos que presentan ciertas características favorables a la intervención, sea por el bajo compromiso delictual, por la condición de trabajadores, o por estar beneficiados con permisos de salida.

En esta modalidad, los internos se trasladan y permanecen durante el día a un espacio determinado, acondicionado para realizar tratamiento, pero durante la noche se trasladan al módulo que alberga internos con características favorables a la intervención, segregados del resto de la población penal (CONACE, 2005).

6.1. Etapas del Programa de Intervención en Drogodependencias en Comunidades Terapéuticas Intrapenitenciarias.

CONACE plantea la importancia de tener presente que toda estrategia de integración social en una población adulta comienza por reconocer las capacidades y modos de adaptación social de los sujetos, como la base sobre la cual construir, reconstruir y reorientar sus esfuerzos y habilidades en pos de una vida socialmente aceptable.

En este programa, la intervención terapéutica a partir de todos los ejes de tratamiento, buscará fomentar la adherencia al mismo y, por lo que se espera que los usuarios permanezcan en el plan de tratamiento durante el tiempo prefijado.

Para esto:

a) Los procesos de selección de los usuarios serán lo más acuciosos posibles, de modo que ingresen al tratamiento aquellas personas que probablemente obtengan el mayor beneficio con el mismo. Es decir, que presenten un adecuado nivel de compromiso/motivación para el cese del comportamiento adictivo, y características de personalidad/perfil criminológico que auguren un buen

pronóstico en términos de la adaptación al régimen residencial/ambulatorio y construcción de un proyecto vital socialmente aceptable.

b) Es necesario que los profesionales acomoden el tratamiento a cada usuario en particular y fomenten un clima terapéutico que promueva y facilite el cambio personal más allá de la abstinencia del consumo de sustancias ilegales.

Para lo anterior, CONACE ha definido cuatro etapas de tratamiento, las cuales se cruzan trasversalmente con los ejes de diagnóstico y tratamiento, correspondientes a: Eje Consumo/Abstinencia y psicopatología concomitante; Eje Criminológico Psicopatología; Eje Apoyo Familiar y Eje Integración socio-ocupacional, conformando a la estructura lógica de un proceso de tratamiento y rehabilitación en drogas desarrollado en el sistema penitenciario.

Las etapas de tratamiento son:

a) Etapa 1: Sospecha y Confirmación Diagnóstica

En esta primera etapa, se pesquisa y detecta a los posibles consumidores problemáticos de drogas, a través de instrumentos elaborados para ello y realizado por un equipo diagnóstico del establecimiento penitenciario, constituido por la dupla psicosocial; Psicólogo/a y Asistente Social. La detección precoz de internos /as con problemas de drogas es un proceso de alta relevancia para obtener logros en la rehabilitación. Cuanto antes se distinga el problema, y se realicen intervenciones tempranas, más probabilidades existen de recuperación y disminución de la severidad del trastorno.

b) Etapa 2: Pre-tratamiento: “Grupos Motivacionales y/o de Conversación”

El Pre-Tratamiento consiste en un período de corto a mediano plazo (según el caso particular) en donde el interno/a participa de grupos terapéuticos (grupos motivacionales) cuyo objetivo es generar la motivación para cambiar. Además, se pretende informar, motivar, atender a los internos/as y acompañar a aquellos que teniendo indicación de tratamiento, no cuentan con cupo para ingresar a la etapa o grupo de tratamiento.

Los grupos motivacionales deberán ser abiertos al interno/a condenado, con diagnóstico de consumo problemático de drogas, que se encuentre en cualquiera de los estadios motivacionales y deben funcionar de manera paralela y permanente a los grupos de tratamiento.

Los internos/as que participan de estos grupos son derivados por el equipo profesional del Centro de Tratamiento, que realizó la confirmación diagnóstica de consumo problemático de drogas, evaluó la psicopatología asociada y el estado motivacional y disposicional del interno/a. También se aceptarán internos que soliciten participar de forma voluntaria en estos espacios de conversación.

En esta etapa se considerarán razones o motivos para dar el alta disciplinaria, los siguientes argumentos:

- Consumo de sustancias dentro de los espacios del grupo de pre-tratamiento;
- Tráfico de sustancias o dinero, dentro del grupo (venta, tráfico, permuta, donación, etc.);
- Presencia de violencia física. En el caso de agresión verbal, dependiendo del caso, se sugiere una suspensión;
- Mantener relaciones sexuales, dentro del módulo de pre-tratamiento.

Para el egreso de la etapa de Pre-tratamiento y transición al proceso de Tratamiento se contemplan los siguientes criterios:

- Cumplimiento de los objetivos terapéuticos de la etapa de pre-tratamiento según el equipo terapéutico.
- Examen para pesquisar presencia de drogas en orina, con resultado negativo.
- Petición, por escrito, por parte del interno para ingresar a la etapa de tratamiento.
- Una vez que el interno/a ha cumplido con estos requerimientos, el equipo del Centro de Tratamiento, le autoriza a ingresar a la etapa de tratamiento.

c) Etapa 3: Tratamiento

El programa de tratamiento se plantea y proyecta como un proceso subdividido en fases que presentan la particularidad de ser acordes a la realidad de la subcultura penitenciaria. El objetivo general de esta etapa, es facilitar la recuperación personal y social del interno/a, con consumo problemático de drogas.

Como objetivos específicos, se plantean los siguientes aspectos:

- Re-evaluar todas las áreas o aspectos de la vida del interno/a, que puedan estar afectadas como consecuencias del consumo problemático de drogas e intervenir en aquellas comprometidas.
- Realizar estabilización final del síndrome de abstinencia.
- Fomentar la adquisición de un estilo de vida saludable, que lo aparte del consumo problemático de drogas y de la comisión de nuevos delitos.
- Brindar apoyo psicoterapéutico, para la resolución de conflictos intrapsíquicos y conflictos relacionales o interpersonales.
- Trabajar conciencia de delito y del mal causado.
- Desarrollar y ejercitar estrategias para el manejo y control de los impulsos y de la agresión.
- Desarrollar competencias y habilidades sociales, que le permitan enfrentar situaciones de agresión externa.

- Desarrollar estrategias y habilidades para afrontar situaciones de estrés y ansiedad.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas.
- Facilitar la reestructuración cognitiva de las experiencias de consumo y comisión de delito.
- Favorecer la participación en grupos de apoyo.
- Incentivar la incorporación de la familia al proceso terapéutico.
- Habilitar a la familia para la integración funcional del interno/a una vez que se encuentre dentro del medio libre.
- Fomentar alternativas de apoyo para los internos/as cuya inserción dentro del sistema familiar resulte disfuncional.

Se trata de un programa libre de drogas, en modalidad residencial o ambulatorio, en un contexto grupal. El equipo de tratamiento debe construir y elaborar un plan individual de intervención criminológico y de adicciones, el cual debe complementarse con actividades comunes a todos los internos/as. Este plan constituye un conjunto de intervenciones terapéuticas y psico/socio-educativas, personales y familiares –individuales o grupales-, recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos.

Durante la etapa de tratamiento se pueden distinguir a lo menos tres fases, que estructuran el programa: Adaptación, Mantención (Tratamiento Propiamente Tal) y Programación Medio libre.

1. Fase A: Adaptación (3 Meses).

Esta fase se inicia con la derivación del interno/a desde la Etapa de Pre-Tratamiento. Hay que considerar, que pese a que el interno/a cuente con ciertas destrezas y habilidades adquiridas en la etapa anterior, se debe tener presente que la vivencia inicial en un tratamiento de modalidad residencial, puede producir una inestabilidad

adaptativa en el interno/a, producto de la presencia de normas y rutinas, aún cuando estén establecidas y señaladas antes del ingreso al programa propiamente tal.

Esta etapa requiere adaptación además, al espacio terapéutico y a las exigencias emocionales que esto conlleva; a estilos de vinculación positiva y prosocial, a la suspensión total del consumo de drogas, abstraerse de la subcultura carcelaria, en cuanto a filosofía y valores, adaptarse a nuevas formas de manejo del poder, así como también la imposibilidad de la instrumentalización del medio y de los otros.

2. Fase B: Tratamiento por Ejes de Intervención (10 Meses).

Esta fase corresponde a la intervención en los cuatro Ejes de Tratamiento, en un espacio de alta contención social y emocional y en un estado de abstinencia. La conducta de los internos/ as se ha normado y la adaptación al sistema permite una mayor intervención individual y profundizar en los Ejes.

3. Fase C: Programación del Medio Libre (4 Meses).

Corresponde al proceso de consolidación y de preparación para la Etapa de Integración Social, cuyos objetivos son: desarrollar un proyecto de vida en el medio libre y fomentar y ejercitar competencias y habilidades, para desenvolverse en el medio social en donde proyecta su reinserción psico-socio-laboral. Esta fase implica comprobar y reforzar las competencias y destrezas para desenvolverse en un medio libre, sin la contención que implica el grupo terapéutico y el sistema organizado y controlado del centro de tratamiento.

Considera dos momentos; uno en el espacio intramuros y otro en el medio libre, por lo que los objetivos específicos planteados se presentan como un continuo de menor a mayor autonomía y eficacia y dependerá del programa de beneficios y salidas de cada interno/a en particular.

4. Fase D: Post-tratamiento e Integración Social (12 meses).

Esta etapa representa la continuación de la fase final de tratamiento, que se ha implementado al interior del reciento penitenciario, por lo que los objetivos son poner en práctica los conocimientos, las habilidades y destrezas aprendidas durante todo el proceso de tratamiento, pero con todas las dificultades que implica estar inserto en un contexto social de alta vulnerabilidad y adversidad, pero sin la contención emocional aporta el grupo de pares y el equipo clínico.

Finalmente, existe un seguimiento y un proceso de integración social**,** el cual intenta dar continuidad al proceso terapéutico de integración con un seguimiento y monitoreo por parte del equipo de Centro de Tratamiento, y la coordinación con los equipos de Medio Libre cuando corresponda.

La Fase de Post-Tratamiento implica un importante apoyo frente al manejo de conflictos o situaciones de crisis, y a las dificultades experimentadas en la inserción, reinserción e integración social. El apoyo debe considerar la promoción de la autonomía y autoeficacia fundamentalmente, así como también la prevención de recaídas (CONACE, 2005).

Lo anterior, se resume en la siguiente tabla:

Recuadro Nº 2: "Tabla de ejes y etapas de tratamiento"

Etapa	EJE 1 Consumo/ Abstinencia Psicopatología concomitante	EJE 2 Criminológico Psicopatología	EJE 3 Redes de Apoyo (Familia u otra)	EJE 4 Integración Socio-ocupacional
1a Etapa (3 meses)	Diagnóstico; Manejo Síndrome de Abstinencia Sub-agudo; e Intervención en crisis	Diagnóstico y Concienciación Delito/Consumo	Diagnóstico e Incorporación de Red de apoyo	Adaptación a las normas y rutinas del Centro de Tratamiento
2a Etapa (10 meses)	Tratamiento: Mantención de la abstinencia y Prevención de recaídas; y eventual tratamiento de los daños psico-orgánicos derivados del consumo	Tratamiento: Reformulación y/o construcción de nuevos significados personales y sociales	Adherencia desde el interno a la red, y vice-versa Tratamiento de la familia o construcción de redes alternativas	Diagnóstico socio-ocupacional: Identidad, competencia y contexto Tratamiento y (re)habilitación
3a Etapa (4 meses)	Control de Abstinencia e intervención en crisis Vínculo con Grupos de Auto-ayuda y Red Extra-penitenciaria	Itinerario de Reintegración: Reafirmación de Proyecto de vida	Itinerario de Reintegración: Reafirmación de Proyecto de vida	Itinerario de Reintegración: Reafirmación de Proyecto de vida

estrategias motivacionales

Nota: La línea punteada indica un traslapo o cruce de objetivos y actividades

IV. MARCO TEÓRICO

1. Etiología de los Trastornos Adictivos.

Actualmente en Chile, el abordaje tanto teórico como terapéutico, se basa principalmente en el enfoque cognitivo conductual y sus modelos. A continuación, se expondrá una reseña de los principales autores y sus aportes, a la problemática del fenómeno adictivo.

1.1 Conductas Adictivas: Teoría y Tratamiento

A la hora de explicar las conductas adictivas, han surgido una gran variedad de modelos explicativos sobre la etiología de la adicción y sobre la modificación de estos hábitos de comportamientos aprendidos (Peele, 1985; Shaffer, 1985, cit. en Graña 1994). Factores biológicos pueden incrementar la probabilidad de desarrollar una dependencia en un contexto ambiental favorable (Connors y Tabox, 1985). Según Graña, en una conducta adictiva, están implicados factores de condicionamiento clásico y operante, aprendizaje social, procesos cognitivos tales como creencias, expectativas y atribuciones. Además, las drogodependencias se caracterizan por que los efectos del reforzamiento son bifásicos, es decir, inicialmente la respuesta adictiva tiene unas consecuencias positivas y, posteriormente, esa misma conducta tiene consecuencias negativas (Marlatt, 1987, cit. en Graña 1994).

1.1.1 Bases neurológicas de las drogodependencias.

En 1950, los autores Olds y Milner observaron que la estimulación eléctrica de algunas regiones cerebrales producían un efecto reforzarte para el organismo. Una parte esencial de los circuitos de recompensa está constituida por neuronas dopaminérgicas cuyos cuerpos celulares se localizan en el mescencéfalo; estas células envían sus axones

hacia zonas del sistema límbico y el córtex frontal. Normalmente, los circuitos de recompensa cerebrales son estimulados por las conductas que tienen un valor de supervivencia, como por ej., ingerir alimentos, beber agua, actividad sexual. Sin embargo, las drogas estimulan incesantemente estos circuitos sin requerir que estas conductas sean esenciales para la supervivencia.

Las drogas ejercerían sus efectos reforzadores, al actuar sobre diferentes regiones cerebrales que están interconexionadas entre si por diversos sistemas de neurotransmisores, denominados "vías o circuitos cerebrales de refuerzo".

1.1.2 Condicionamiento clásico.

Wilker (1965), fue el primero en establecer las bases para una teoría del condicionamiento en las drogas, pues observó que aquellos individuos que habían sido adictos a los opiáceos a veces mostraban señales de un síndrome abstinencia meses más tarde de haberse administrado la última dosis. Estas observaciones, llevaron al autor a plantear un proceso de condicionamiento, proponiendo que este síndrome se llamase abstinencia condicionada. Según este planteamiento, varios episodios de abstinencia (respuesta incondicionada) podrían haberse pareado con estímulos ambientales (estímulos condicionados), y eventualmente la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos, podría provocar una respuesta condicionada de abstinencia (Graña, 1994).

El concepto de tolerancia condicionada y respuestas condicionadas compensatorias, también son abordadas bajo esta teoría, señalando que, la aparición de la tolerancia no es consecuencia inevitable de la exposición repetitiva a una sustancia, sino que se relaciona con la presencia de ciertos estímulos ambientales al momento de utilizar la droga.

1.1.3 Condicionamiento Operante.

Una droga funcionaria como reforzador si es capaz de incrementar o mantener la probabilidad de ocurrencia de la conducta a la que sigue. Existe evidencia (Spealman y Goldberg, 1978, Hennigfield, 1986, cit. en Graña 1994) indicando que la presencia de drogas tales como opiáceos y morfina, entre otras sustancias, puede funcionar efectivamente como reforzadores de conducta, tanto positivos (adquisición de conducta, dependencia) como negativos (síndrome de abstinencia).

Estudios relacionados con el consumo de drogas psicoactivas sugieren que, de forma simultánea se produce una interacción entre el condicionamiento clásico y operante y que, en gran medida, motiva el consumo de drogas. Por su parte, la teoría del proceso oponente a la motivación adquirida, planteada por Salomón (1980) y colaboradores, en la cual se plantea que todos los proceso afectivos primarios (por ej.; placer, ira, miedo), se elicitan por el inicio de un determinado estímulo incondicionado o reforzador natural (por ej.; copa de vino, raya de cocaína, dosis de heroína), esclarece aun más, la dinámica afectiva (ambiente favorable) implicada en el proceso de adicción a las drogas psicocativas.

1.1.4 Factores de Personalidad y Ambientales.

Según Graña, los resultados de varios estudios longitudinales sugieren que existen ciertos factores de personalidad que están asociados con un riesgo mayor de realizar conductas delictivas, conductas antisociales en la madurez, alcoholismo y toxicomanía. Estos estudios longitudinales realizados en adolescentes, sugieren la importancia de los factores de personalidad como antecedentes del consumo de drogas, así como también su asociación con el consumo problemático de drogas (Kandel, 1979; Rydelius, 1883). Entre los factores más importantes encontrados en el inicio y mantención del consumo están incluidos; un bajo autoconcepto (Braucht y otros, 1973),

ansiedad y depresión (Henderson y otros, 1981), conductas antisociales (Jessor y Jessor, 1977), impulsividad e hiperactividad (Alterman y Tarter, 1981).

En este sentido, existen también determinantes sociológicos como el contexto familiar, el grupo de pares y la comunidad, en los cuales la conducta antisocial o adictiva se ve reforzada, inducida y controlada (por ej.; modelado social, reforzamiento del acto antisocial y ausencia de aprendizaje de controles cognitivos, etc.).

1.2 Terapia Racional-Emotiva (TRE)

Frente a la problemática de la adicción, la Teoría racional-emotiva en la cual se basa la terapia del mismo nombre, se enfoca, en primer lugar, en las creencias irracionales que crean y mantienen el alcoholismo o la drogodependencia, para luego abordar los problemas de conducta que generalmente se presentan en la persona adicta. (A. Ellis et al., 1992). Los patrones de comportamientos alterados que constituyen una personalidad adictiva, se manifestarán en pensamientos irracionales similares, la expectativa del terapeuta racional-emotivo, será que una vez el individuo haya abandonado una adicción y sus irracionalidades correspondientes, esto se generalice en un pensamiento racional nuevo en otras áreas de la vida de la persona. (A. Ellis et al., 1992).

En el caso de que los clientes posean problemas de personalidad como resultado de haberse pasado años como una persona adicta, el terapeuta racional-emotivo trabajará con ambos problemas; la adicción y los problemas de personalidad resultantes. Primero abordará la eliminación de la adicción para luego ayudarle en sus problemas de personalidad.

La teoría racional-emotiva defiende la hipótesis de que las creencias irracionales que llevan a la baja tolerancia a la frustración, están especialmente presentes en las adicciones (A. Ellis et al., 1992). Ellis, define un nuevo estado afectivo denominado *ansiedad por el malestar o alteración por el malestar.* Esta emoción, es la ansiedad que uno siente cuando anticipa dolor, malestar o desagrado. Esta emoción, suele aparecer

como consecuencia de la creencia irracional de que el dolor, el malestar o el desagrado, van a ser insoportables y que no se va a poder y no se "debe" tolerar. Esta teoría sostiene, que esta creencia aparece invariablemente en los sujetos que poseen problemas de adicción.

El patrón dinámico cognitivo, base de la TRE, que explica como se crea y mantiene la adicción, es el denominado patrón de baja tolerancia a la frustración (BTF) de la ansiedad, el cual está presente en la mayoría de las personas con problemas para el control del impulso, independientemente de la sustancia o acción a la que sean adictos. Este patrón es descrito de la siguiente manera:

Comienza cuando la persona se encuentra con las claves del estímulo que elicitan un deseo de comportamiento adictivo autodestructivo. Un ejemplo de clave puede ser pasar frente a una sala de juegos, o estar con la gente con la que habitualmente se bebe. Los clientes, pueden decidir si tomar parte o no en esas situaciones.

Luego, la decisión de no consumir la sustancia adictiva deseada, es el Acontecimiento Activador en el modelo ABC. La privación temporal que resulta de esta decisión de abstinencia, viene seguida por una baja tolerancia a la frustración arraigada en creencias irracionales. Estas pueden ser: "*no puedo soportar evitar un trago"; "es demasiado duro, y tengo derecho a tomar un trago"; "debo beber o no podré seguir".*

En consecuencia, estas creencias irracionales llevan a la alteración emocional de baja tolerancia a la frustración (BTF) o ansiedad por el malestar en el paradigma ABC.

Los clientes, tienden a superar esta BTF de diversas maneras, entre ellas:

a) Pueden esperar a que pase la urgencia de tomar la sustancia deseada. Pero debido a que tienen tal demanda infantil de bienestar, esto resulta poco probable.
b) Pueden disputar las ideas irracionales que causan la ansiedad por el malestar, esto último también requiere de un arduo trabajo y requerirá cierto dolor hasta lograr que el proceso de discusión cambie realmente la emoción alterada.
c) Pueden retirar rápida e inmediatamente la ansiedad por el malestar rindiéndose al impulso eliminando el acontecimiento. (A. Ellis et al., 1992).

Según lo anterior, los autores sostienen que, independientemente de cómo comienza la adicción, este patrón es suficiente como para lograr su mantenimiento. Además, agregan que el motivo por el cual las adicciones son fáciles de crear y mantener, descansa en que no existe ninguna estrategia cognitiva o conductual que pueda eliminar la ansiedad por el malestar tan rápidamente y con menos esfuerzo como las sustancias químicas. Todas las estrategias requieren cierto tiempo para funcionar, y es precisamente durante este tiempo, cuando el adicto experimenta el malestar. Por ello, es fundamental tener siempre presente este patrón al momento de llevar a cabo la terapia.

En general las técnicas empleadas por la TRE, se basan en la discusión de las ideas irracionales y en el empleo de auto-afirmaciones racionales o de afrontamiento.

Entre ellas podemos mencionar:

a) Discusión de los Debes, Tienes que, y las Demandas.
b) Discusión del catastrofismo.
c) Discusión de "no puedo soportarlo".
d) Discusión de Auto-Descalificaciones.
e) Afirmaciones de Afrontamiento Empíricas y Realistas.
f) Afirmaciones de Tratamiento Filosóficas y Anti-Exigentes.
g) Auto-Afirmaciones de Animo.
h) "Pensamiento Positivo" o Observaciones de Afrontamiento Pollyannaish.

1.3 Modelo Transteórico de cambio de las conductas adictivas

Los psicólogos estadounidenses James Prochaska y Carlo Di Clemente formularon en 1984 el primer modelo global de cambio de las conductas adictivas, el que continúa siendo el más reconocido debido a sus valiosos aportes a la comprensión de la complejidad del fenómeno y al mayor soporte empírico en que se basa la descripción, explicación y predicción de la modificación de conductas adictivas. Este

modelo posee un carácter global que radica en su pretensión de ser aplicable a las diversas conductas adictivas y de dar cuenta de los procesos de cambio que siguen tanto las personas con ayuda de un programa formal de tratamiento como las que lo hacen sin él. (CONACE, 2005)

La denominación de transteórico alude al hecho de que recoge e integra una gran variedad de principios teóricos provenientes de distintos enfoques y disciplinas. Por lo mismo se trata de un modelo muy dinámico y en constante revisión.

El modelo transteórico tiene un carácter tridimensional pues identifica tres aspectos del cambio de las conductas adictivas: los estadios del cambio, correspondientes a una división temporal del proceso en etapas, de acuerdo a un criterio basado en la motivación o disposición del sujeto a modificar su conducta, que comprende el período que va desde el momento en que la persona tiene una leve percepción del problema hasta el momento en que éste ya no existe; los procesos del cambio, referidos a las actividades iniciadas o experimentadas por la persona en proceso de cambio, que modifican el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales, y los niveles del cambio, que consisten en los problemas psicológicos de la persona susceptibles de ser tratados, organizados jerárquicamente en cinco niveles interrelacionados, basados en los principales focos de intervención de las distintas corrientes psicoterapéuticas. (CONACE, 2005)

Este modelo, además de identificar las dimensiones en que se produce el cambio de las conductas adictivas, da cuenta de sus interrelaciones. En este sentido, nos entrega una visión de la complejidad de este proceso.

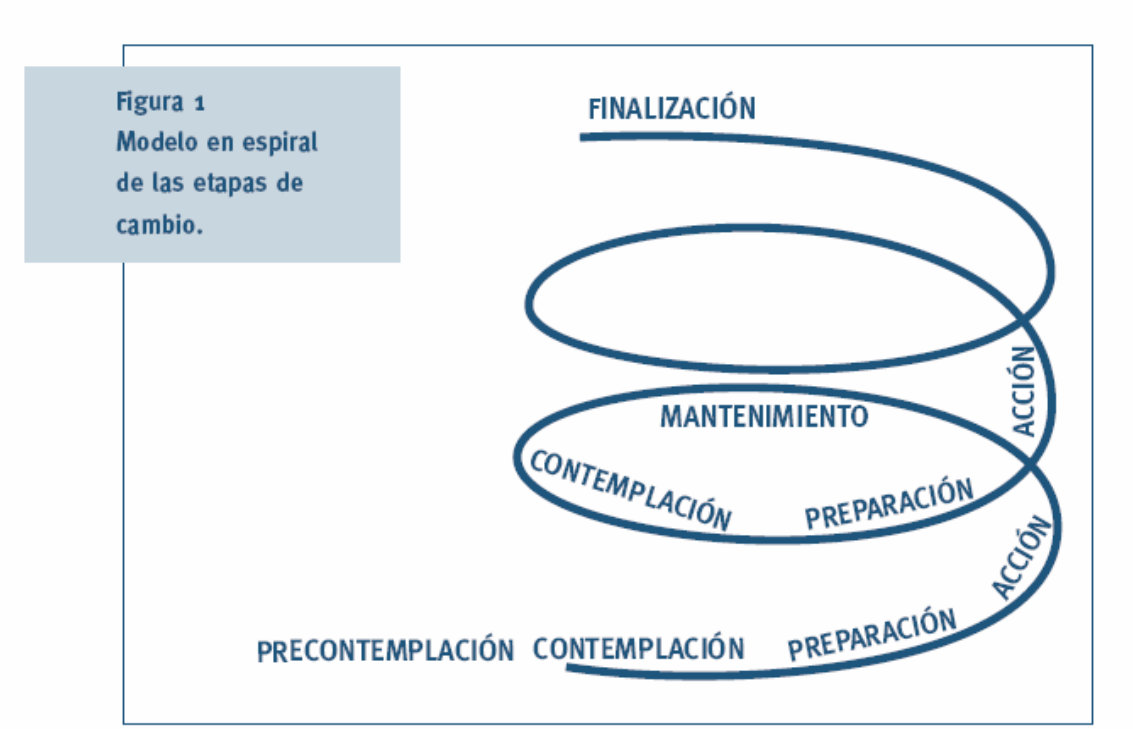
El modelo de Prochaska y Di Clemente distingue cinco estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Estos estadios, se refieren a una dimensión temporal del proceso de modificación de la conducta adictiva y responden principalmente a la pregunta relativa a ¿cuándo se producen los cambios?.

A pesar de que la distinción de los estadios se relaciona con la evolución temporal de los cambios de acuerdo a un determinado orden, su estructura no es lineal

sino espiral, es decir la mayoría de las personas no siguen un proceso unidireccional de avance, si no que avanza algunos estadios, recae y retrocede a estadios anteriores para luego avanzar a un estadio superior al logrado en el primer avance y de ahí continuar su proceso (Figura1). (CONACE, 2005)

Debido a lo anterior, la duración de este proceso varía según cada persona y según la complejidad del problema de consumo, sin embargo la mayoría demora entre dos y tres años en completar el recorrido desde el estadio de precontemplación hasta el de mantenimiento.

Figura Nº 1: "Modelo en espiral de las etapas de cambio"



En este sentido, y como se observa en la figura 1 que representa la estructura del modelo, la recaída forma parte del proceso de avance de un estadio a otro, a diferencia del modelo dicotómico tradicional en que la recaída es considerada un fracaso, un derrumbe total. Este es un elemento importante que debe considerar el terapeuta, pues su

intervención juega un papel clave en la elaboración de la misma junto al paciente, para la continuidad del proceso. Al respecto los autores del modelo afirman que:

- La mayoría, recae alguna vez en algún momento del ciclo.
- No todas las personas que contemplan la posibilidad de modificar su conducta adictiva, logran hacerlo.

A continuación se presenta una síntesis de los estadios del cambio:

La *disposición al cambio,* se refiere a la disposición de la persona a modificar su conducta y constituye el principal criterio de distinción entre un estadio y otro.

El *grado de conciencia del problema*, expresa la percepción que tiene la persona respecto de su conducta. A medida que se avanza en los estadios, la percepción de problema se hace más compleja abarcando los variados ámbitos de la conducta (personal, familiar, laboral y social).

El *balance decisional*, corresponde a la evaluación de los pro y los contra de abandonar la conducta. Este aspecto es relevante en los tres primeros estadios y es menos importante en los siguientes, al lograrse un cambio en la conducta adictiva.

Luego, se incluye el criterio *motivación al tratamiento,* referido a la disposición de la persona a recibir o solicitar ayuda. Este criterio es el menos especificado, debido a que el modelo considera el proceso que hacen las personas con ayuda de un tratamiento como las que lo hacen sin él.

Finalmente, el criterio referido a *la autoevaluación de la eficacia V/S el deseo intenso de consumir* (craving) combina dos aspectos: por una parte la autoeficacia, es decir la percepción de la propia persona respecto de su capacidad para modificar su conducta y por otra, el "craving", esto es la persistencia del deseo unida a la incapacidad de controlarlo. Estas variables evolucionan en forma inversamente proporcional a través de los estadios pues a medida que aumenta la percepción de autoeficacia disminuye el "craving". Cabe señalar, que la disminución total del deseo intenso de consumir, que plantea el modelo en el último estadio (mantenimiento) puede entenderse más como el control del deseo que como su extinción total. (CONACE, 2005)

2. Modelo Integrativo Supraparadigmático

En el campo de la psicología clínica y la psicoterapia, el último siglo significó una alta dosis de productividad en la génesis de variados enfoques y escuelas, como las anteriormente expuestas (Opazo, 1997); llegándose a estimar en más de quinientas las escuelas existentes dentro del campo de la psicoterapia (Karasu, 1986).

En este prolífero escenario, no obstante, han reinado más los desacuerdos y controversias que los acuerdos. La psicología clínica ha sido testigo de las fallas de estos enfoques o escuelas para dar las respuestas globalizantes y acabadas que prometían en sus inicios (Prochascka & Di Clemente, 1992), tal es así, que las hipótesis derivadas de muchas teorías han tendido a promulgar explicaciones sorprendentes a diversos fenómenos, han tendido a la laxitud de precisión e insuficiencia de explicación.

Al mismo tiempo, se puede observar una tendencia al reduccionismo teórico, tanto en la sobredimensión de las fuentes etiológicas de determinados paradigmas (enfatizando el rol de las variables biológicas, cognitivas, conductuales, etc.), como la tendencia a unificar las explicaciones a través de una teoría específica, así mismo, los investigadores encuentren resultados que favorecen sus teorías de preferencia, vía sesgo ideológico o "allegiance effect" (Opazo, 2001; Fernández-Álvarez & Opazo, en prensa).

En la misma línea, las hipótesis de estudio en psicología han tendido a ser tomadas como evidencias, acumulándolas como conocimiento sin haberlas demostrado o contrastado fehacientemente. (Fernández-Álvarez & Opazo, en prensa).

Por otra parte, no se ha podido demostrar una significativa eficacia general de los enfoques, mostrando una superioridad no significativa frente al efecto placebo, y tendiendo al empate entre los enfoques, de acuerdo a las implacables acusaciones de múltiples estudios publicados (Opazo, 1992).

De este modo, la falta de acuerdos y rigurosidad científica se pueden apreciar tanto a nivel epistemológico, como metodológico y paradigmático, llevando a la psicoterapia a una crisis en evolución con dirección entrópica. Es en este contexto, donde crecientemente ha venido cobrando fuerza la búsqueda de una aproximación

integrativa para alcanzar mejores respuestas y resultados en el campo psicoterapéutico. Un ejemplo de este esfuerzo y búsqueda de integración, ha sido el trabajo del psicólogo Roberto Opazo, quien ha propuesto un Modelo Integrativo Supraparadigmático, publicado en el Journal de la SEPI y que ha sido desarrollado por el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa ICPSI. (Opazo, 1992; 1997).

Este modelo se basa en la investigación científica para rescatar los seis paradigmas que han demostrado ser más relevantes y validados hasta la fecha, a saber: biológico, ambiental-conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico (Maturana 1990, Skinner 1953, Ellis 1977, Greenberg & Safran 1984, Freud 1948 and Bateson 1972); todos los cuales se organizan en torno al sistema SELF, que sería el punto integrador del sistema psicológico.

2.1 Fundamentos Epistemológicos del Modelo Integrativo Supraparadigmático

Modelo Integrativo Supraparadigmático adscribe al constructivismo moderado, el cual se sitúa entre el realismo "ingenuo" y el constructivismo radical.

Asume que existe una realidad más allá del sujeto cognoscente, pero que esta realidad no es plenamente accesible. En lugar de un conocimiento "objetivo" y de una "inmaculada percepción", la persona conoce a través de su biología y con las restricciones que le impone el lenguaje. Nuestro conocimiento de la realidad opera a través de unidades cognitivas biológico/ambientales, siendo imposible el prescindir por completo de la biología o del ambiente. Aún así es posible un conocimiento de mayor calidad, el cual se caracteriza por sus mayores aportes en términos de predicción y cambio.

Planteamientos Básicos del Constructivismo Moderado:

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

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

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

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

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

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

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

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

9.- Nuestra forma de acceder al conocimiento de la realidad es a través de "unidades cognitivas biológico-ambientales" que nunca nos permiten acceder a una objetividad plena. (Opazo, 2001, p.55).

2.2 Fundamentos Metodológicos del Modelo Integrativo Supraparadigmático

En el ámbito metodológico, se asume como desafío la necesidad de conocer aquello que aporta a la comprensión, a la predicción y al cambio. De este modo, un método será útil, si es capaz de ayudarnos a acceder a conocimientos precisos, predictivos y/o aportativos al cambio, de acuerdo a los planteamientos del constructivismo moderado. Esto incluye la metodología empírica/experimental, la fenomenología, la metodología cuantitativa, etc**.**

Se propone una mirada holista de la dinámica psicológica, desde los distintos paradigmas avalados por la psicología, evitando los reduccionismos teóricos, empero aplicando el principio de parsimonia, y favoreciendo una actitud científica de precisión y rigurosidad de método. En relación a estos dos últimos, el modelo sugiere la cautela de plantear sus estudios formulando hipótesis falseables, operacionalizando fenómenos de forma precisa e incorporando grupos de control que despejen variables intervinientes sobre las conclusiones resultantes (Opazo, 1992,2001). Al integrar todas estas precauciones, se protege al investigador de caer en la tendencia de cometer aquellos errores metodológicos típicos vistos través de la historia de la psicología, como la atención selectiva a ciertos fenómenos humanos, la sobregeneralización de conclusiones, etc. (Opazo, 2001).

2.3 Fundamentos Paradigmáticos: Causalidad y Principios de Influencia

Cada persona es compleja, presenta múltiples rupturas predictivas y traducciones alternativas desde el sistema Self (Opazo, 2001). Dado lo anterior, el Modelo Integrativo Supraparadigmático, acomoda el principios de causalidad a las características complejas de su fenómeno de estudio, trasformando las leyes y certezas, en probabilidades de ocurrencia. En este ámbito, el Modelo postula la necesidad de humanizar el principio de causalidad. Se asume que el psiquismo humano no se deja manejar por la causalidad y las leyes que rigen en la macrofísica; pero el psiquismo humano tiene principios reguladores y no se presenta un caos total. Es así que se propone el concepto de *principio de influencia*, el cual involucra que algunos hechos precedentes aumentan la probabilidad de que se presenten ciertos hechos psicológicos consecuentes. Estos principios, según observaciones sistemáticas y rigurosas, establecen que ante la presencia de un estímulo particular la mayoría de las personas estarán influenciadas hacia el mismo efecto. Así, los principios son utilizados intencionalmente para el logro de los objetivos terapéuticos concordados con el paciente; aun cuando los efectos no

sean observables en el momento, debido el carácter encubierto de muchos procesos psicológicos (Opazo, 1992).

El supuesto a la base, es que su utilización con la persona, momento y propósito adecuados, aumentan la probabilidad de cambio o movilización en el paciente. Y esto se vería aun más potenciado, si se utilizan principios de influencia provenientes de distintos paradigmas apuntando a un mismo efecto, convergiendo así distintas fuerzas de cambio específicas en una misma dirección.

2.4 Estudios en adicciones desde acerca del Modelo Integrativo Supraparadigmático.

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

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

avanzado (sujetos con una permanencia en tratamiento entre 5 a 7 meses dentro de la comunidad) y *grupo de educadores* (sujetos con una permanencia mayor de 9 meses en las instituciones y que colaboran en la rehabilitación de los dos grupos anteriores). Las escalas del FECI entregan resultados en valores bajos, medios y altos, siendo los valores medios los esperables para la población promedio. Con el objetivo de verificar estos valores se tomo un grupo de control de 90 personas de sexo masculino no consumidores de edades similares a la muestra, encontrándose valores medios en todas las escalas.

Se concluyó lo siguiente (Guajardo, Bagladi, Kushner; 2001):

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

- Los datos obtenidos apuntarían a la poca influencia de los tratamientos previos (de tipo individual y ambulatorio) en la mejoría de los trastornos adictivos aún cuando sí podrían influir en la toma de decisión de ingresar a una comunidad terapéutica por decisión propia en sujetos que presentan adicciones severas.
- Se observa en la muestra datos de interés obtenidos en los resultados de las escalas del subsistema biológico. Habría un subgrupo de personas de alto riesgo con características de Inmadurez y Extroversión. Esto estaría corroborado por antecedentes de problemas en el parto, Déficit de Atención, trastornos de conducta y cambios frecuentes de colegios en el período escolar.
- Resulta importante señalar que las alteraciones a nivel familiar no parecen ser suficientes para desencadenar el problema de adicción, pero sí serían fundamentales cuando factores como sobreprotección e inconsistencia en los métodos de crianza se dan en sujetos con las características biológicas descritas en el punto anterior.
- El subsistema conductual ambiental en el grupo de ingreso está alterado en cuanto a satisfacción de necesidades, falta de repertorio social y baja capacidad

de autoeficacia. Siendo todos estos factores adquiridos durante el proceso de desarrollo, es probable que sean más bien consecuencia y no causa del consumo.

- Las características más relevantes de las alteraciones a nivel del subsistema afectivo muestran alexitimia y falta en la capacidad de empatía, factores que serían incrementados durante el período de consumo de drogas.
- A nivel del subsistema cognitivo las características de los sujetos son de un estilo de pensamiento irracional, el que tendería a justificar y mantener el consumo, conjuntamente con desarrollar una percepción de sí mismo de tipo negativa.
- El tratamiento realizado en la comunidad terapéutica se relaciona con importantes cambios en los resultados de las escalas del área biológica (ansiedad, depresión, neuroticismo y psicoticismo), ambiental-conductual (satisfacción de necesidades, repertorio conductual y autoeficacia), cognitivo (irracionalidad cognitiva y autoimagen) y afectivo (empatía, alexitimia).
- Los cambios a través del tratamiento realizado en CREA CHILE, en los diferentes subsistemas, permiten afirmar que se produciría un fortalecimiento del SELF; lo que se traduciría en un importante cambio para evitar el futuro consumo. La utilización de un modelo integrativo permite pensar que es posible optimizar el tratamiento enriqueciendo los procedimientos utilizados.
- El detectar un subgrupo de personas con alto riesgo permite pensar a futuro en programas preventivos en jóvenes de colegio con SDA inmadurez y extroversión, focalizando en este grupo las actividades.
- Finalmente, este estudio concluye que el FECIAD es un buen instrumento, tanto para el diagnóstico como para la evaluación de las personas en tratamiento de rehabilitación por trastornos adictivos.

Por otra parte, y en el marco del programa de magíster del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, el Psicólogo Juan Esteban Tirado, lleva a cabo una investigación con el objetivo de determinar la existencia de diferencias entre sujetos que presentan trastornos adictivos y sujetos que presentan trastornos depresivos o trastornos

de ansiedad. El estudio, fue hecho a partir del Modelo Integrativo Supraparadigmático y utilizando los protocolos de la Ficha de Evaluación Clínica Integra (FECI), de pacientes que consultaron entre los años 1998 y 2002 en el consultorio perteneciente al Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa; y pacientes que realizaron la etapa de ingreso en el Centro Integrativo de Adicciones de la Universidad de Santiago de Chile, entre los años 2000 y 2003. Los sujetos se ubican en un rango de edad que abarca de los 18 a los 36 años.

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

Se extrajeron las siguientes conclusiones, por subsistema:

Subsistema biológico

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

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

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

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

Subsistema conductual ambiental

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

Subsistema cognitivo

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

Subsistema afectivo

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

Subsistema inconsciente

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

Subsistema sistémico relacional

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

Sistema self

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

Al correlacionar todas las variables con las categorías, grupo, edad y sexo, se registran algunas diferencias significativas. Los altos puntajes en extroversión, asertividad y tolerancia a la frustración tienden a correlacionar con la pertenencia al grupo adicción.-------

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

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

Finalamente, otro estudio a destacar, es el realizado en el año 2004 por Feuchtmann, J. como una investigación para optar al grado de magíster en psicología clínica. Se dispuso a explorar las características psicológicas diferenciales entre una población de adolescentes poliadictos y una población de adultos poliadictos, para así comprender el desarrollo de los trastornos adictivos bajo el prisma del Modelo

Integrativo Supraparadigmático. El diseño de la investigación es no experimental y transversal, así también, se trata de un estudio descriptivo y comparativo.

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

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

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

desarrollo psicológico (aspecto que muestra la importancia de la intervención precoz en el tratamiento de adicciones en una población joven).

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

Aunque, con la información obtenida en esta investigación, no resulta posible establecer un perfil psicológico específico del adolescente adicto, los datos nos muestran cómo los sujetos adictos más jóvenes serían los más proclives a presentar fallas en la integración y constitución de una identidad estable y madura. Por otro lado, la población adulta presentaría mayores distorsiones en su identidad por los motivos ya mencionados anteriormente. Podría entonces hablarse de un deterioro psíquico progresivo y continuo que se inicia en la adolescencia y se consolida en la adultez, con el asentamiento de la enfermedad adictiva.

2.5 Panorámica de Principios de Influencia.

El Modelo Integrativo Supraparadigmático, plantea la existencia de ciertos principios reguladores, llamados Principios de Influencia, los cuales se basan en la hipótesis de que algunos hechos precedentes aumentan la probabilidad de que se presenten ciertos hechos psicológicos consecuentes.

2.5.1 Principios de Influencia del Paradigma Biológico.

General: Cambios genéticos, endocrinos, neuroanatómicos y neurofisiológicos específicos influyen aumentando la probabilidad de ciertas cogniciones, afectos o conductas específico

Específicos: influyen aumentando la probabilidad de que se presenten rasgos de personalidad específicos.

El cansancio, influye aumentando la probabilidad de que se aumente el umbral hedónico.

La extroversión alta, influye aumentando la probabilidad de que se presenten factores positivos. (Apuntes ICPSI, 2003, cit. en Varas, 2004).

2.5.2 Principios de Influencia del Paradigma Ambiental - Conductual.

General: Cambios ambientales y conductuales específicos, influyen aumentando la probabilidad de que se presenten ciertas cogniciones, afectos o conductas específicos.

Específicos: El ambiente que responde en forma contingente a las conductas, influye aumentando la probabilidad de bienestar psicológico en la persona.

Un repertorio conductual completo y variado, influye aumentando la probabilidad de una mejor activación del ambiente (conducta pulsante) y la satisfacción de las necesidades de la persona, con el consiguiente bienestar psicológico (realización).

Un ambiente carente de estímulos estresantes, influye aumentando la probabilidad de bienestar psicológico (relax). (Apuntes ICPSI, 2003, cit. en Varas, 2004).

2.5.3 Principios de Influencia del Paradigma Afectivo.

General: Cambios afectivos específicos, influyen aumentando la probabilidad de que se presenten ciertas cogniciones, afectos o conductas específicos.

Específicos: La motivación al cambio por parte del paciente, influye aumentando la probabilidad de que alcance los objetivos que se han planteado en su psicoterapia.

La presencia de ansiedad, pena o rabia influye aumentando la probabilidad de cogniciones “negativas” (Pensamiento emocional).

La presencia de un estado de ánimo positivo, influye aumentando la probabilidad de resistencia a que surjan afectos negativos (Inercia afectiva) y que se fortalezcan expectativas de auto-eficacia. (Apuntes ICPSI, cit. en Varas, 2004).

2.5.4 Principios de Influencia del Paradigma Cognitivo.

General: Cambios Cognitivos específicos, influyen aumentando la probabilidad de que se presenten ciertos afectos o conductas específicos.

Específicos: Altas expectativas de autosuficiencia en relación a cierta conducta específica influyen aumentando la probabilidad de enfrentamiento sin ansiedad del objeto relacionado con esa conducta.

Las autoexigencias rígidas, de perfeccionismo influyen aumentando la probabilidad de que se presente ansiedad.

Las expectativas de cambio positivas, influyen aumentando la probabilidad de cambio en psicoterapia. (Apuntes ICPSI, 2003, cit. en Varas, 2004).

2.5.5 Principios de Influencia del Paradigma Sistémico.

General: Un cambio estable en el sistema psicológico total, influye aumentando la probabilidad del cambio de las partes del sistema. Un cambio estable en una parte del sistema influye aumentando la probabilidad de cambio del sistema total.

Específicos: La reactancia, influye aumentando la probabilidad de cierre del sistema psicológico y favoreciendo la morfostasia.

En el plano interaccional, la emisión de una conducta “positiva” percibida positivamente por la otra persona, influye aumentando la probabilidad de que ésta responda a su vez con una conducta “positiva”.Por su parte; la emisión de una conducta “negativa”, percibida negativamente por la otra persona, aumenta la probabilidad de que ésta responda a su vez con una conducta “negativa”.

El predominio de conductas “positivas” en una interacción influye aumentando la probabilidad de desarrollo “positivo” del Sistema Psicológico de cada uno de los miembros de la interacción (Potenciación interaccional). (Apuntes ICPSI, 2003, cit. en Varas, 2004).

2.5.6 Principio de Influencia del Paradigma Inconsciente.

General: Un contenido cognitivo/emocional específico marginado de la conciencia, influye aumentando la probabilidad de que se presenten ciertas cogniciones, afectos o conductas específicos, (Influencia inconsciente).

Específicos**:** Los valores específicos de la sociedad, del colegio y especialmente de la familia, influyen aumentando la probabilidad de que ciertas cogniciones y afectos específicos sean marginados de la conciencia.

La modificación de autoexigencias rígidas y/o despóticas influye aumentando la probabilidad de un mejor “awareness” del propio mundo cognitivo/emocional. El ampliar el darse cuenta del paciente acerca del rol de sus cogniciones, afectos y conductas en su dinámica psicológica, influye aumentando la probabilidad de que se incremente su motivación hacia el proceso de psicoterapia.

Una autoimagen y una autoestima positivas, influyen aumentando la probabilidad de un mejor “awareness” del propio mundo cognitivo/emocional. (Apuntes ICPSI, 2003, cit. en Varas, 2004).

2.6 Paradigmas del Modelo Integrativo Supraparadigmático

El Modelo Integrativo Supraparadigmático reúne aquellos paradigmas investigados y definidos con exactitud, seleccionando aquellos que ofrezcan evidencias en términos etiológicos y predictivos, así como aportes en términos de estrategias para el cambio (al menos en algunos desajustes psicológicos). Así es como, el Modelo Integrativo está “compuesto” por los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo,

inconsciente, ambiental/conductual y sistémico, organizados en torno al Sistema SELF de la persona. Se asume también que el sistema psicológico opera vía causalidad lineal y vía causalidad circular, aunque ambas modalidades complejizan su accionar en función de la dinámica psicológica. El Modelo Integrativo incorpora mecanismos de retroalimentación y procesos constructivos de la significación.

A continuación se expondrá un resumen de las evidencias etiológicas de cada de los paradigmas.

2.6.1 Paradigma Biológico

Dentro de la comunidad sanitaria, es ampliamente reconocida la etiología biológica de cuadros psiquiátricos severos como la esquizofrenia y trastornos bipolares, así como sobres otros trastornos como las epilepsias y ciertas deficiencias intelectuales.

De igual modo, diversos estudios han reconocido el rol de lesiones neuroanatómicas del cerebro (Damasio, 1996 cit. en Opazo, 1997, cit. en Varas, 2004) y la influencia de los desequilibrios endocrinos en la dinámica psicológica (Gorbman, 1983; Hadley, 1984; Leshner, 1978 cit. en Opazo 1997, 2000). Otros, destacan la etiología biológica de la impotencia sexual (Goldstein, 1988 cit. en Opazo, 1997, cit. en Varas, 2004), el autismo (Coirchesne, 1989 cit. en Opazo, 1997, cit. en Varas, 2004), entre otros.

En relación al ámbito clínico, gran relevancia merecen los estudios relacionados al neuroticismo. Al respecto, Eaves, Eysenk y Martin (1989 cit. en Opazo, 1992, cit. en Varas, 2004) destacan la superposición de los factores neuroticismo y depresivismo, considerándolo así como una disposición biológica a la depresión. Por otra parte, estudios realizados por el ICPSI sugieren que un alto neuroticismo, concepto elaborado por Eysenck en 1970, se correlaciona positivamente con la severidad de los desajustes psicológicos presentados por el paciente, así como negativamente con sus niveles de autoimagen y autoestima (Opazo, 2001, cit. en Varas, 2004).

En función de lo anterior, cabe preguntarse respecto de los alcances terapéuticos desde el paradigma, en términos de fuerzas de cambio. En ese sentido, la farmacoterapia es uno de los más grandes aportes como fuerza de cambio terapéutico proveniente de este paradigma. Basta con ver, a lo largo de la historia de los trastornos psiquiátricos severos, el cambio en remisión sintomatológica que produjeron los fármacos antipsicóticos, antiepilépticos, ansiolíticos, y otros más que no caben dentro de este análisis.

2.6.2 Paradigma Ambiental - Conductual

Este paradigma, postula que cambios ambientales y conductuales específicos influyen aumentando la probabilidad de que se presenten ciertas cogniciones, afectos o conductas específicas.

Para la formulación propiamente ambientalista, ligada a los postulados del enfoque del condicionamiento clásico de Pavlov, nuestros pensamientos, emociones y conductas son variables dependientes en relación al medio ambiente externo, al igual que los desajustes psicológicos (Opazo, 1992, cit. en Varas, 2004). Evidencias de ello, son los estudios de acentuación de ánimo depresivo en ciertas estaciones del año (Wehr y Rosenthal, 1989 cit. en Opazo, 1992), e incluso la incorporación del listado de "factores ambientales psicosociales" desde el DSM III en 1980 a la fecha, como agentes de desajuste emocional (Opazo, 1992, cit. en Varas, 2004).

Las fuerzas de cambio residen, por lo tanto, en el control y cambio novedoso del ambiente en el que la persona se encuentra. Ejemplo de ello, es la efectividad de la exposición in vivo en el tratamiento de las fobias (Emmelkamp, Kuipers y Eggerat, 1978 cit. en Opazo, 1992), citado en Varas, 2004, respaldado además por Barlow (1988 cit. en Opazo, 1992) quien ha determinado una efectividad promedio de la técnica entre el 60% – 70% de las aplicaciones.

Específicamente a nivel conductual, ligado a los postulados del enfoque del condicionamiento operante de Skinner, se postula que las "variables independientes, las

causas de la conducta, son las condiciones externas de las cuales la conducta es una función" (Skinner, 1953 cit. en Opazo, 1997, p. 60, cit. en Varas, 2004).

2.6.3 Paradigma Cognitivo

El paradigma cognitivo estipula que cambios cognitivos específicos influyen aumentando la probabilidad de que se presenten ciertas cogniciones, afectos y conductas específicas (Opazo, 2000, cit. en Varas, 2004); entendiendo por cognición toda aquella información que es utilizada para reducir incertidumbre (Whittig, 1982 cit. en Opazo, 1992), así como el procesamiento del mismo (Zajonc, 1984 cit. en Opazo, 1992). Dos grandes teorías a la base de este paradigma son, el modelo A B C de Ellis (1977) y el aprendizaje observacional de Bandura (1969).

El primero, postula que ideas irracionales estables, esquemas subyacentes y estructuras cognitivas (B), median entre los estímulos externos (A) y los desajustes emocionales y conductuales (C) (Opazo, 1992, cit. en Varas, 2004). El segundo, otorga rol etiológico a la representación cognitiva de estímulos sociales (Bandura, 1969 cit. en Opazo, 1992, cit. en Varas, 2004).

Por lo tanto, este paradigma enfatiza la necesidad del cambio de cogniciones disfuncionales para el cambio de problemas emocionales y/o comportamentales. En este sentido, se reconocen aportes estratégicos relevantes, como el entrenamiento autoinstruccional, cambio atribucional, fortalecimiento de expectativas de autoeficacia, modificación de errores cognitivos y de pensamientos automáticos, entre otros.

A nivel clínico, además, se destaca el rol de las cogniciones del paciente sobre el éxito de la psicoterapia, en términos de la creencia en ella, en el terapeuta y en sus expectativas de cambio (Franck, 1961 cit. en Opazo 2001 cit. en Varas, 2004).

2.6.4 Paradigma Afectivo

En términos generales, éste estipula que cambios afectivos específicos influyen aumentando la probabilidad de que se presente ciertas cogniciones, afectos o conductas específicas. Se entiende por respuesta afectiva, a todas aquellas emociones y sentimientos, cuyas características esenciales son su aporte energético y motivacional, que se manifiestan en vivencias subjetivas y tendencias la acción (Opazo, 1992, cit. en Varas, 2004).

El objetivo central del paradigma afectivo, es reducir afectos disfóricos como pena, rabia y ansiedad, responsables de la vivencia de sufrimiento, e incrementar la sensación de bienestar, estabilidad emocional y capacidad de disfrute. Para lograr esto, se modifica el orden del modelo A B C de Ellis, a la secuencia A C B, donde las estructuras afectivas (C), median entre los estímulos externos (A) y los desajustes cognitivos y conductuales (C) (Opazo, 1992, cit. en Varas, 2004.).

Algunos procedimientos utilizados para este propósito son, por ejemplo, el "procesamiento emocional" (Rachman, 1980 cit. en Opazo, 1992, cit, en Varas, 2004) para la integración de emociones que de otras manera perturban el funcionamiento del sistema psicológico, el incremento y mantención de la "motivación al cambio" (Marchetti y Armijo, 1995 cit. en Opazo, 1997, cit. en Varas, 2004) para aumentar la probabilidad de logros positivos en psicoterapia, y el awareness de emociones primarias (ejemplo, temor) en relación a la tendencia de expresar emociones secundarias (ejemplo, rabia) (Greenberg y Safran, 1987 cit. en Opazo, 1992, cit. en Varas, 2004) para favorecer la integración y comunicación del sistema psicológico.

2.6.5 Paradigma Inconsciente

La idea principal a la base del concepto de inconsciente, es la existencia de actividades mentales que no son conocidas por las personas (Marx y Hillix, 1969 cit. en Opazo, 1992, cit. en Varas, 2004).

El Modelo Integrativo Supraparadigmático, sintetiza los postulados de este paradigma, bajo el principio de influencia general relativo a que "un contenido cognitivo-emocional específico marginado de la conciencia influye aumentando la probabilidad de que se presenten ciertas cogniciones, afectos o conductas específicas derivadas de la influencia inconsciente" (Apuntes ICPSI, 2003 cit. en Varas, 2004), las cuales, además, pueden tener características desajustadas.

Se incorpora la noción de cogniciones, afectos y conductas no conscientes, las cuales pueden emerger fácilmente a la conciencia (Meichenbaum y Gilmore, 1984 cit. en Opazo, 1997). Al respecto, existen evidencias de la influencias no conciente de sesgos autoafirmativos (Snyder, 1977 cit. en Opazo, 1992, cit. en Varas, 2004) y de supuestos subyacentes (Kelley y Stahelsky, 1970; Frank, 1974; Markus, 1977 cit. en Opazo, 1992, cit. en Varas, 2004).

Se reconoce a su vez, la existencia del inconsciente reprimido, el cual implica la movilización de mecanismos de defensa que bloquean el paso de cogniciones y afectos a la conciencia, así como contenidos generadores de culpa, angustia o vergüenza (Freud, 1948 cit. en Opazo, 1997, 2000, cit. en Varas, 2004).

Finalmente, se concibe al supraconsciente, el cual se caracteriza por el hecho de no hacer consciente aquellos elementos que están por sobre el nivel del darse cuenta (Hayek, 1978 cit. en Opazo, 1997, 2000, cit. en Varas, 2004). A este nivel, cabe destacar el aporte de estos estudios en pro de la predicción de fenómenos psicológicos y potenciales fuerzas de cambio clínico, considerando la dificultad metodológica que subyace al concepto.

2.6.6 Paradigma Sistémico

Este paradigma asume que un cambio estable en el sistema psicológico total influye aumentando la probabilidad de cambio de las partes del sistema y viceversa (morfogénesis) (Apuntes ICPSI, 2003, cit. en Varas, 2004).

En función de ello, este paradigma nos obliga a concebir al ser humano como totalidad, entendiendo que la aproximación a su complejidad requiere de la incorporación de las reglas del funcionamiento sistémico. En ese sentido, este paradigma incorpora un principio de causalidad circular, una causalidad sin principio ni fin.

En términos etiológicos, se ha evidenciado que variables familiares-sistémicas como la cohesión, coherencia y el optimismo correlacionan fuerte y consistentemente con la salud de los miembros de la pareja (Fisher, Ramson y Ferry, 1993 cita en Opazo, 1997, cit. en Varas, 2004). Por otra parte, en 1993 Oppenheimer y Frey estipularon que "familias con un miembro diagnosticado con un desorden de pánico, tienden a ser unidad, a hacerse triangulares al enfrentar conflictos y a tener baja autoestima entre sus miembros" (en Opazo, 2001, p. 115, cit. en Varas, 2004).

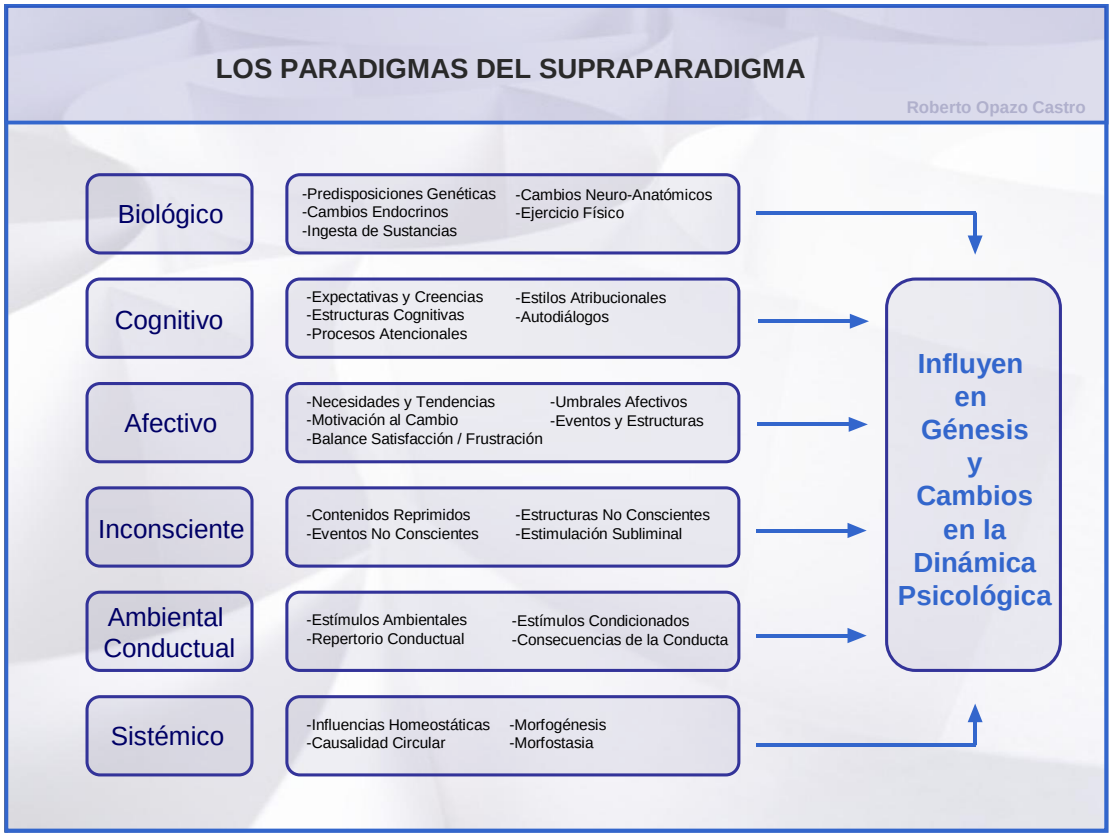
2.6.7 Sistema Self

El sistema Self representa el "punto central de la experiencia (Maslow, 1943; Rogers, 1966) y constituye el eje central de integración de los subsistemas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo e inconsciente, los cuales operan en un sistema total" (Opazo, 2001, p. 116).

Este sistema contempla cinco funciones específicas. La función de **identidad** (James, 1984; Perls, 1976 cit. en Opazo, 1992, 2001), **la auto-organización** (Guidano, 1987; Mahoney, 1991 cit. en Opazo, 1992, 2001), **la significación de la experiencia** (Rogers, 1966; Kegan, 1982 cit. en Opazo, 1992, 2001), **control conductual** (Freud, 1948; Kernberg, 1989 cit. en Opazo, 1992, 2001), y **búsqueda de sentido** (Apuntes, ICPSI, 2003, cit. en Varas, 2004).

De esta manera, se concibe al sistema Self como un eje regulador, que se comporta activamente en la generación de significados y la intervención del ambiente, que posee habilidades para mantener un equilibrio estable, así como para simultáneamente reorganizarse tras los procesos de aprendizaje y maduración. Al mismo tiempo, regula y satisface sus impulsos con cierta direccionalidad de intención.

Figura Nº 2: "Los Paradigmas del supraparadigma"



2.7 Delimitación Estructural del Modelo Integrativo Supraparadigmático

En términos descriptivos, E representa los estímulos captados del ambiente por la persona (P), quien despliega una conducta abierta (C), de la cual se producen consecuencia inmediatas (K1) y mediatas (K2). Como eje central que organiza a la persona, se observa el sistema SELF, hacia el cuál convergen los distintos paradigmas (biológico, ambiental-conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico).

Asimismo, el Modelo integra dos modalidades de causalidad lineal (A→B) y circular (feedback).

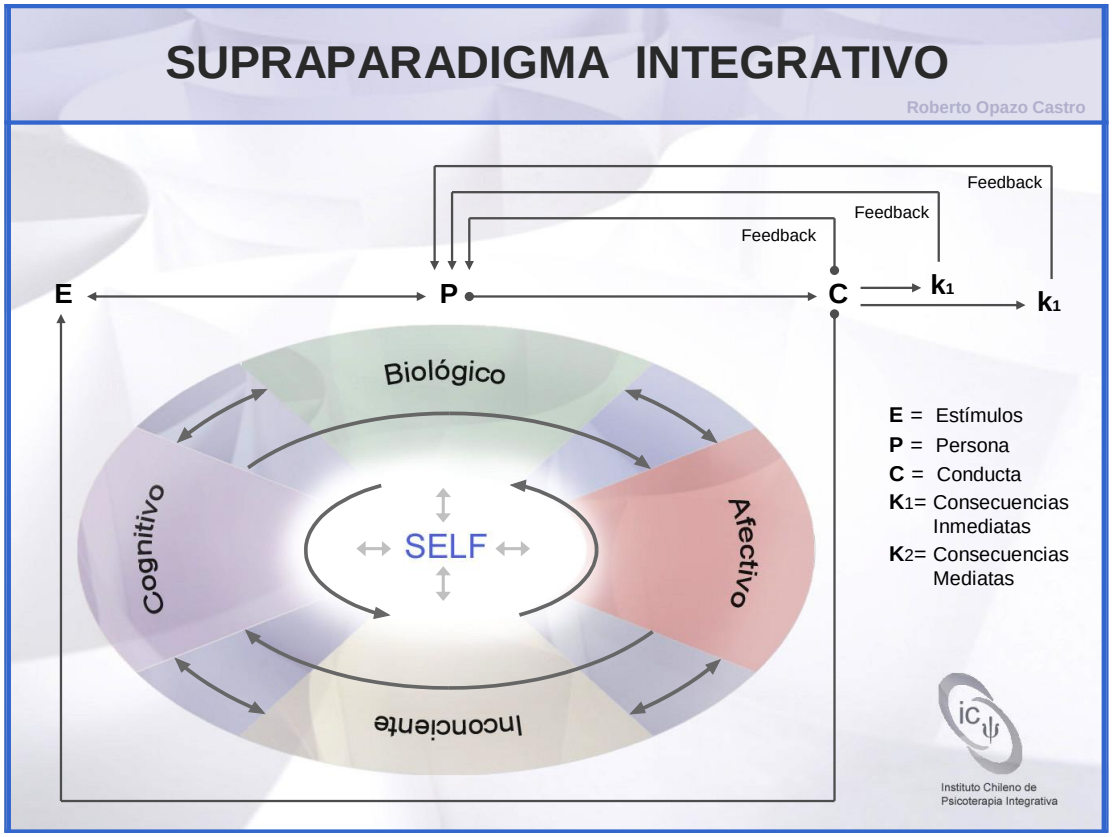
2.8 Delimitación Funcional del Modelo Integrativo Supraparadigmático

El Modelo Integrativo Supraparadigmático es dinámico y funcional. La persona (P), al momento de percibir, establece un contacto activo con el medio ambiente, desencadenándose un proceso de carácter dialéctico, en el sentido que la persona que conoce y el objeto conocido forman una unidad mutuamente influyente.

El sistema Self se ve presionado desde dos tipos de influencias, las provenientes desde el ambiente, y desde el interior del sistema. En el primer caso, el medio aportará la materia prima de estímulos, los cuales son procesados por el sistema Self de acuerdo a las restricciones propias del estímulo. Por otra parte, desde el interior, los distintos paradigmas presionan y limitan al sistema Self a procesar de determinadas formas, de acuerdo a las características de los mismos y los principios de influencia en ese momento estén operando.

Una vez establecido el estímulo efectivo, la persona interactúa con el medio a través de conductas abiertas (C) o de la generación de cogniciones, afectos o procesos inconscientes. En el caso de presentarse conductas abiertas (C), éstas podrán tener consecuencias inmediatas (K1) o mediatas (K2), las cuales, por medio de mecanismos de retroalimentación, inciden sobre la persona para desplegar nuevas conductas que modifiquen el ambiente, alterando las futuras estimulación es en función de dichas consecuencias. En otras palabras, el Modelo plantea "que lo que en un momento constituye un efecto (cognitivo, afectivo o inconsciente), puede pasar a ser una causa en momentos posteriores; se integra entonces la modalidad de causalidad circular, la que a su vez posibilita el operar de los procesos homeostáticos" (Opazo, 2001, p. 123). (Ver recuadro 2).

Figura Nº 3: "Delimitación Estructural del Modelo Integrativo"



2.9 Evaluación Clínica Integral

De esta forma, la Psicoterapia Integrativa que deriva de este modelo propone al inicio de todo proceso terapéutico la realización inicial un diagnóstico integral, que aporte al conocimiento, precisión, explicación, clasificación, predicción, pronóstico e intervención (Opazo, 2001).

Al proceder coherentemente con el Modelo Integrativo Supraparadigmático, el diagnóstico integral favorece una visión paradigmática neutra y amplia del funcionamiento humano, al integrar los paradigmas biológico, ambiental-conductual, afectivo, cognitivo, sistémico e inconsciente, así como de las características funcionales del sistema Self y los principios de causalidad lineal y circular. Bajo este marco, dirigido a conocer al paciente en su amplitud y complejidad, el diagnóstico se transforma en un

acto con propósitos clínicos, que facilita la precisión pronóstica, etiológica y de fuerzas de cambio, favoreciendo así la predicción de dónde, cuándo y cómo intervenir. Todo ello, acompañado de las destrezas clínicas del terapeuta para diferenciar las distintas etiologías posibles a un mismo problema clínico, así como para la selección de alternativas de intervención y sus variaciones posibles en función de la co-construcción ideográfica de la experiencia del sistema Self de cada persona (Opazo, 2001).

Para ello, además de utilizar los procedimientos típicos de la entrevista clínica, utiliza La Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI), creada por CECIDEP y enriquecida a través de los años con nuevos ítems y áreas de evaluación. La ficha, por medio de preguntas abiertas, de selección, oraciones de completación y escalas, aporta valiosa información cuantitativa y cualitativa del funcionamiento paradigmático y sistema Self, la cual es posteriormente procesada en la relación terapéutica en función de construir los mejores estímulos efectivos para el logro de los objetivos terapéuticos. En ese sentido, la utilización de la ficha FECI involucra un proceso interaccional, que amplifica el insight del paciente y lo motiva como agente activo en el proceso de terapia.

Paralelamente a ello, no se descarta la consideración de la incorporación de criterios diagnósticos estructurales y categoriales, como por ejemplo los establecidos por Kernberg y DSMIV- R, respectivamente; siempre y cuando sean utilizados en términos de predicción y cambio clínico.

2.10 Etiología de los Trastornos Adictivos desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático.

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

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

2.10.1 Paradigma Biológico.

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

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

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

b) Influencias Neurobiológicas: En gran medida, el consumo de determinadas drogas tiene que ver con el efecto que éstas tienen en el organismo, lo que explicaría en parte por qué una persona continúa consumiéndola. Los estudios de neuroanatomía han postulado la existencia de un circuito neurológico del placer o la gratificación, que

explicaría el intenso refuerzo positivo del consumo de una droga. Este circuito correspondería al sistema dopaminérgico y sus neuronas liberadoras de opiáceos, que comienzan en el área ventral tegmental del mesencéfalo y que abarcan también el núcleo auditivo, proyecciones al sistema límbico y a la corteza orbitofrontal (Barlow et al., 2001; Graña et al., 1996; Muñoz, 1999; Santander, 1999; cit. en Feuchtmann, 2004). En este sentido, la mayoría de las drogas provocan alteraciones en el sistema de neurotransmisores, en especial en el sistema dopaminérgico, aumentando su disponibilidad. No obstante, existen muchas drogas que no necesariamente tienen que ver con el placer, sino más bien con la reducción del dolor. En otras palabras, algunas drogas producen un efecto ansiolítico, como por ejemplo, el alcohol, que también tendrían incidencia en el sistema septal/hipocampal (Feuchtmann, 2004).

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

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

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

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

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

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

2.10.2. Paradigma Ambiental/Conductual

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

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

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

- Asociación clásica entre estímulos ambientales que se transforman en gatillantes o generadores de deseo de consumo, al estar asociados temporalmente al patrón de consumo. Es así como la persona adicta no solamente consume ante la presencia de drogas (estimulación directa), sino que también es incentivada y gatillada por estímulos ambientales, tales como determinadas situaciones, lugares, personas o estados internos que han sido asociados anteriormente con el consumo (Feuchtmann, 2004).

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

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

consideradas de más alto riesgo (Clayton, 1995; Graña, 1996; Guajardo et al., 2003; Margolis, 1995; Stanton et al., 1991 cit. en Feuchtmann, 2004).

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

c) Factores ambientales de riesgo: Una serie de influencias ambientales consideradas históricamente como factores de riesgo para desarrollar una adicción son las siguientes: situación económica precaria o "cultura de la pobreza"; personas que han sido víctimas de abuso psíquico, físico y/o sexual temprano; deserción escolar o bajo nivel de escolaridad; embarazo juvenil precoz; facilidad de acceso a la droga, alta disponibilidad y bajos precios en ambiente inmediato; ser hijos de padres consumidores; personas sin hogar o vagabundas; jóvenes con problemas psíquicos o involucrados en actos delincuenciales o violentos; antecedentes de intentos de suicidio; ausencia de creencias espirituales; grupo de referencia consumidor, aspecto en el cual se hace relevante la presión social; influencia de los medios de comunicación de masas; desempleo y cesantía; y aislamiento social (Barley, 1999; Barlow et al., 2001; Clayton, 1992; Guajardo et al., 2003 cit. en Feuchtmann, 2004).

d) Repertorio Conductual y Habilidades Sociales: El cómo la persona despliegue sus recursos conductuales en su ambiente y el cómo los potencie y active, es un factor presente en la génesis y mantención de las drogodependencias (Feuchtmann, 2004). De acuerdo al Modelo Integrativo Supraparadigmático, la conducta pulsante que la persona despliegue en su ambiente estará íntimamente asociada a su nivel de satisfacción y

aumentará las posibilidades de éxito en interacción con el mundo (Opazo, 2001 cit. en Feuchtmann, 2004). En relación a las drogodependencias, se ha visto que los pacientes adictos presentarían un pobre repertorio conductual (pobre manejo del ambiente, en especial social), déficits en habilidades sociales y en asertividad; variables que podrían ser asociadas tanto a la génesis del consumo de drogas (como forma de compensar estos déficits) como a las consecuencias de éste (por el empobrecimiento conductual asociado al consumo crónico) (Feuchtmann, 2004).

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

2.10.3. Paradigma Afectivo

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

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

En cuanto a otros principios de influencia desde el paradigma afectivo, se ha pesquisado cómo los pacientes adictos presentarían una baja tolerancia a la frustración, a los efectos displacenteros en general y una baja tolerancia para la postergación de sus

impulsos y gratificaciones (Feuchtmann et al., 1999; Guajardo et al., 2003; Jonson, 1999; Santander, 1999; White et al., 1998 cit. en Feuchtmann, 2004).

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

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

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

2.10.4. Paradigma Cognitivo:

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

Entre los factores más asociados al consumo de drogas se encuentran las creencias pro consumo o aquellas creencias que, ya sea por influencia cultural o del grupo de pares o a través de mitos sociales, validan de alguna manera el consumo de determinadas drogas. Por ejemplo, creencias acerca del efecto inocuo de determinadas

sustancias en el organismo refuerzan ya sea la búsqueda o consumo inicial de determinadas drogas, como el uso crónico de ésta. Otro ejemplo es el consumo de drogas asociado a ceremonias y rituales religiosos o como símbolos de estatus y de pertenencia a determinados grupos (Barlow et al., 2001 cit. en Feuchtmann, 2004).

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

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

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

2.10.5. Paradigma Inconsciente:

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

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

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

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

Desde este paradigma también se alude a la influencia de estímulos subliminales dados a través de los medios de información, publicidad y otros, que de alguna manera favorecen el consumo de sustancias, produciéndose asociaciones más bien inconscientes

de determinadas drogas como “símbolos” de estatus, de poder, de figuración social, de felicidad o de éxito (Feuchtmann, 2004).

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

2.10.6 Paradigma Sistémico:

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

2.10.7 Sistema *Self*:

El sistema self del adicto está altamente desestructurado. La función de identidad se caracteriza por una pésima autoimagen y una importante falta de autoconocimiento.

La función de autoorganización de la experiencia se ve alterada continuamente por situaciones estímulo que generan algún conflicto o problema; la persona adicta no consigue diferenciar lo prioritario frente a lo accesorio, o bien lo fundamental, con el fin de enfocar adecuadamente una situación.

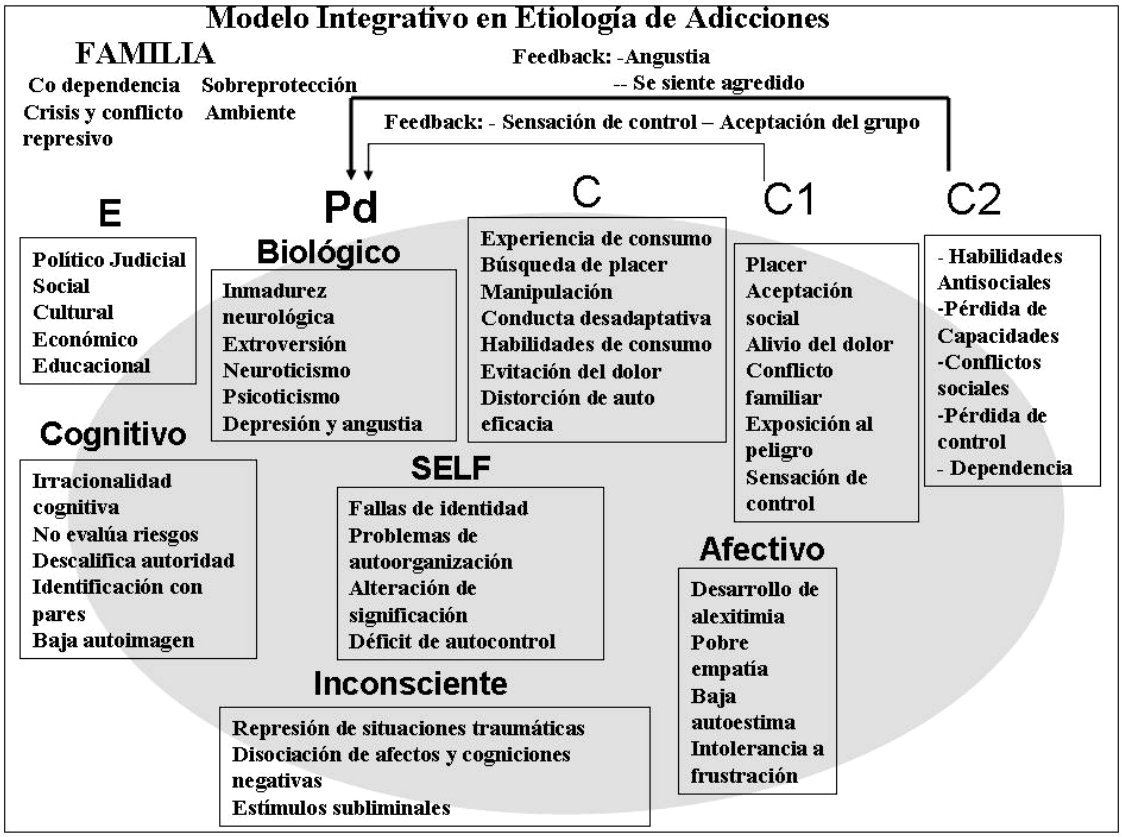
La función de significación es quizás una de las más dañadas en la adicción, y en ella se halla una constante fuente de explicación al consumo.

La función de control de los impulsos, al no estar desarrollada, determina que el adicto sea incapaz de controlar sus deseos de consumo o el *craving* que produce la droga.

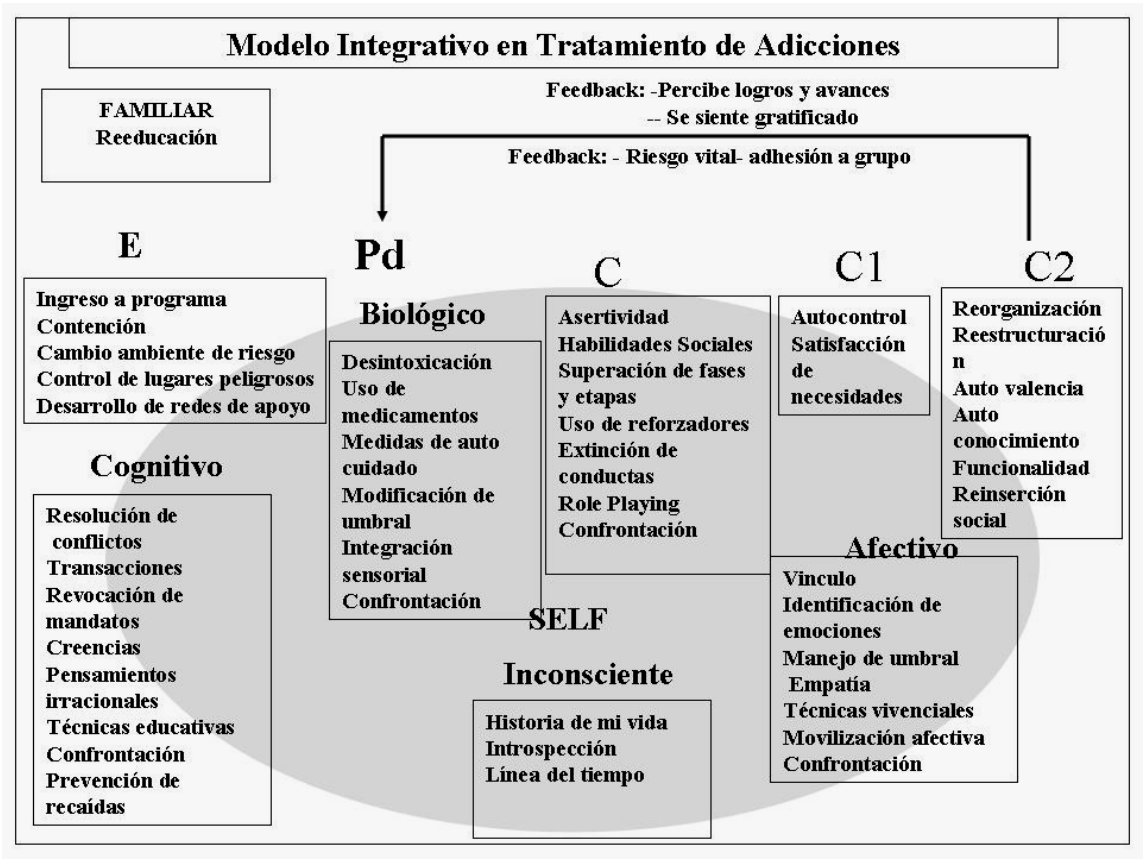
Finalmente, la función de sentido del *self* se encuentra ampliamente deteriorada, lo que se manifiesta en el regreso a etapas primitivas del desarrollo con anulación de la espiritualidad del individuo (Fernández y Opazo, 2004).

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

Los principios de Influencia presentes en la Etiología de las Adicciones, se pueden resumir en el siguiente cuadro:



Los principios de influencia presentes en el tratamiento de las adicciones son:



V. METODOLOGÍA

1. Tipo de Diseño.

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

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

También corresponde a un estudio de tipo descriptivo, pues se pretende medir dos variables generales en los hombres en tratamiento ambulatorio intensivo de la comunidad terapéutica "Suricata" del complejo penitenciario de Valparaíso: variables caracterológicas y variables psicológicas, desde la visión del Modelo Integrativo. Lo anterior, se realizará a través de la Ficha de Evaluación Clínica Integral de Adicciones (FECIAD).

Por otra parte, este estudio también es considerado como un estudio correlacional, ya que además de describir las variables mencionadas, busca establecer si existe relación estadísticamente significativa entre ellas y qué tipo de relación se presenta. De acuerdo a esto, entre las preguntas de investigación se encuentra: ¿Cuál es la relación existente entre las variables caracterológicas y las variables psicológicas, en un grupo de hombres privados de libertad, en tratamiento ambulatorio intensivo por trastornos por dependencia a sustancias?.

Finalmente, es un estudio transversal ya que se realiza una sola medición en un momento determinado, en un grupo de hombres privados de libertad, que se encuentran actualmente en tratamiento ambulatorio intensivo por trastornos por dependencia a sustancias, en una comunidad terapéutica inntrapenitenciaria.

2. Variables en Estudio

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

Definición de las Variables Sociodemográficas.

Recuadro Nº 3: "Definición de las Variables Sociodemográficas".

Variable	Definición Conceptual:	Definición Operacional
Edad	Años de vida cronológica.	• Años cumplidos desde la fecha de nacimiento a la fecha de la evaluación. • Rango de edad construido: 1. De 20 a 25 años. 2. Entre 26 y 31 años. 3. 32 o más años.
Estado Civil	Existencia o no de algún tipo de relación de pareja, legalizada o acordada mutuamente.	• Categoría presente en el cuestionario de antecedentes personales: 1. Soltero 2. Con Pareja o Casado 3. Separado
Ocupación Previa	Última actividad realizada por el evaluado antes del ingreso al Complejo Penitenciario. .	• Categoría presente en el cuestionario de antecedentes personales: 1. Estudiante 2. Trabajo remunerado 3. Otro
Delito de Ingreso	Número de delitos por cual ingresó al Complejo Penitenciario.	• Categoría presente en el cuestionario de antecedentes personales: 1. Un delito 2. Dos o más delitos
Tiempo Condena	Nº de Meses correspondiente al total de la condena.	• Categoría presente en el cuestionario de antecedentes personales: • Rango de tiempo construido: 1. De 24 a 59 meses. 2. De 60 a 96 meses. 3. 97 o más meses.
Tiempo Cumplido	Nº de meses cumplidos de la condena.	• Categoría presente en el cuestionario de antecedentes personales: • Rango de tiempo construido: 1. De 14 a 24 meses. 2. De 25 a 36 meses. 3. 37 o más meses.

Reincidencia	Existencia de condenas anteriores.	• Respuesta "sí" o "no" ante el ítem referido a la existencia de condenas anteriores en el cuestionario de antecedentes personales.
Nivel educacional en libertad	Último año cursado en un establecimiento educacional, mientras se encontraba en libertad.	• Categoría presente en el cuestionario de antecedentes personales: 1. Educación Básica 2. Educación Media Incompleta 3. Educación Media completa o Educación Superior.
Educación Superior	Realización de cursos de Educación Superior.	• Respuesta "sí" o "no" ante el ítem referido a la realización de cursos de Educación Superior en el cuestionario de antecedentes personales.
Ingresos Familiares	Total de ingresos percibidos por la familia, previo al ingreso al Complejo Penitenciario.	• Categoría presente en el cuestionario de antecedentes personales. • Rango de tiempo construido 1. De 50.000 a 140.000 pesos. 2. De 141.000 a 220.000 3. De 221.000 o más.
Nº de hijos	Nº total de hijos.	• Categoría presente en el cuestionario de antecedentes personales. 1. Ninguno 2. Un hijo 3. Dos o más hijos.

Definición de las Variables de Historia de Consumo.

Recuadro Nº 4: "Definición de las Variables de Historia de Consumo".

Edad de inicio del consumo de drogas ilícitas.	Edad en la que consumió alguna droga ilícita por primera vez.	• Años cumplidos cuando consumió alguna droga por primera vez, de acuerdo al reporte en el cuestionario de antecedentes personales. • Rango de edad de inicio del consumo de alcohol construido: 1. Entre 10 a 11 años. 2. Entre 12 y 14 años. 3. Mayor de 15 años.
Droga de Inicio del Consumo	Primera droga consumida.	• Primera droga consumida, de acuerdo al reporte en el cuestionario de antecedentes personales. 1. Alcohol. 2. Marihuana. 3. Otro.
Número de drogas ilícitas consumidas	Cantidad de drogas consumidas por la persona.	• Número de drogas consumidas por la persona, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes personales. • Rango de nº de drogas consumidas por las personas: 1. 3 drogas. 2. Entre 4 a 5 drogas. 3. 6 o más drogas.
Frecuencia de Consumo de Alcohol en Libertad	Frecuencia de Consumo de alcohol previo al ingreso al Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de alcohol durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de alcohol: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes 3. Dos o más veces a la semana.
Frecuencia de Consumo de Marihuana en Libertad	Frecuencia de Consumo de marihuana previo al ingreso al Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de marihuana durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de marihuana: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.

Frecuencia de Consumo de Cocaína en Libertad	Frecuencia de Consumo de cocaína previo al ingreso al Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de cocaína durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de cocaína: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.
Frecuencia de Consumo de Pasta Base en Libertad	Frecuencia de Consumo de Pasta Base previo al ingreso al Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de Pasta Base durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de Pasta Base: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.
Frecuencia de Consumo de Codeína en Libertad	Frecuencia de Consumo de codeína previo al ingreso al Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de codeína durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de codeína: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.
Frecuencia de Consumo de Éxtasis en Libertad	Frecuencia de Consumo de éxtasis previo al ingreso al Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de éxtasis durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de éxtasis: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.

Frecuencia de Consumo de Fármacos en Libertad	Frecuencia de Consumo de fármacos previo al ingreso al Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de fármacos durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de fármacos: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.
Frecuencia de Consumo de Solventes en Libertad	Frecuencia de Consumo de solventes previo al ingreso al Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de solventes durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de solventes: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.
Frecuencia de Consumo de Anfetaminas en Libertad	Frecuencia de Consumo de Anfetaminas previo al ingreso al Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de anfetaminas durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de anfetaminas: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.
Frecuencia de Consumo de Otros en Libertad	Frecuencia de Consumo de Otros previo al ingreso al Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de otros durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de Otros: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.

Frecuencia de Consumo de Alcohol en Módulos	Frecuencia de Consumo de Alcohol al interior del Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de alcohol durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de alcohol: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.
Frecuencia de Consumo de Marihuana en Módulos	Frecuencia de Consumo de Marihuana al interior del Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de marihuana durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de marihuana: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.
Frecuencia de Consumo de Cocaína en Módulos	Frecuencia de Consumo de Cocaína al interior del Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de cocaína durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de cocaína: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.
Frecuencia de Consumo de Pasta Base en Módulos	Frecuencia de Consumo de Pasta Base al interior del Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de Pasta Base durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de Pasta Base: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.

Frecuencia de Consumo de Codeína en Módulos	Frecuencia de Consumo de Codeína al interior del Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de codeína durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de codeína: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.
Frecuencia de Consumo de Éxtasis en Módulos	Frecuencia de Consumo de éxtasis al interior del Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de éxtasis durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de éxtasis: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.
Frecuencia de Consumo de Fármacos en Módulos	Frecuencia de Consumo de fármacos al interior del Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de fármacos durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de fármacos: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.
Frecuencia de Consumo de Solventes en Módulos	Frecuencia de Consumo de solventes al interior del Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de solventes durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de solventes: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.

Frecuencia de Consumo de Anfetaminas en Módulos	Frecuencia de Consumo de Anfetaminas al interior del Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de anfetaminas durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de anfetaminas: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.
Frecuencia de Consumo de Otros en Módulos	Frecuencia de Consumo de otros al interior del Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de otros durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de frecuencia de consumo de Otros: 1. Nunca o menos de una vez al mes. 2. Entre una y cuatro veces al mes. 3. Dos o más veces a la semana.
Tratamientos Anteriores	Existencia de tratamientos previos en relación con problemas derivados del consumo de drogas.	• Respuesta "sí" o "no" ante el ítem referido a la existencia de tratamientos previos, en el cuestionario de antecedentes personales.
Nº de Tratamientos Anteriores	Número de tratamientos de rehabilitación, recibidos por el sujeto, previo al ingreso al Complejo Penitenciario.	• Cantidad de consumo de otros durante un mes, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de número de tratamientos: 1. Ninguno. 2. Un tratamiento. 3. Dos o más veces a la semana.
Días de Tratamiento	Número total de días de permanencia en tratamiento en la Comunidad Terapéutica Suricata.	• Número total de días de permanencia en el tratamiento terapéutico, de acuerdo a lo reportado en el cuestionario de antecedentes. • Rango de número de días de tratamiento: 1. De 20 a 135 días. 2. De 136 a 362 días. 3. De 363 a 825 días.
Etapa de Tratamiento	Etapa del tratamiento en la cual se encuentran los sujetos.	• Etapa de tratamiento en la cual se encuentran los sujetos, según lo establecido por la comunidad terapéutica: 1. Pre-tratamiento. 2. Adaptación. 3. Tratamiento. 4. Reinserción.

Consumo Histórico de Drogas en la Familia	Existencia de consumo histórico de drogas en la familia de los sujetos.	• Respuesta "sí" o "no" ante el ítem referido a la existencia de tratamientos previos, en el cuestionario de antecedentes personales.
Consumo Actual de Drogas en la Familia	Existencia de consumo actual de drogas en la familia de los sujetos.	• Respuesta "sí" o "no" ante el ítem referido a la existencia de tratamientos previos, en el cuestionario de antecedentes personales.

2.3. Definición de las Variables Psicológicas medidas a partir del FECIAD.

Recuadro Nº 5: "Definición de las Variables psicológicas medidas por el FECIAD".

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Neuroticismo	Dimensión de la personalidad referida, dentro de un continuo, al nivel de emotividad o ansiedad del sujeto versus su nivel de estabilidad emocional.	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Neuroticismo del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), incluido en el FECIAD. • Nivel de Neuroticismo: Bajo-Medio-Alto.
Extroversión	Dimensión de la personalidad referida a la disposición biológica a presentar conductas gregarias, la búsqueda de sensaciones y el estar orientado hacia el medio externo (Feuchtmann, 2004).	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Extroversión del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), incluido en el FECIAD. • Nivel de Extroversión: Bajo-Medio-Alto.
Psicoticismo	Dimensión de la personalidad referida al grado de psicopatía, agresividad y terquedad presentados por el sujeto.	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Psicoticismo del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), incluido en el FECIAD. • Nivel de Psicoticismo: Bajo-Medio-Alto.
Escala L	La Escala L, de Mentira, evalúa la posibilidad de que una persona conteste el cuestionario aparentando una personalidad perfecta o un ajuste ideal, sin adecuarse a sus propias características de personalidad, con el objeto de ofrecer una imagen de sí mismo socialmente más aceptable.	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala L del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), incluido en el FECIAD. • Nivel de Mentira: Bajo-Medio-Alto.
Autoimagen	Actitudes y creencias que un sujeto tiene sobre sí mismo. La autoimagen permite responder a las preguntas: ¿Cómo me veo a mí mismo? ¿Cómo evalúo quien soy, en los distintos aspectos?¿Qué creo sobre mí mismo?(Flores, J. Fuentes, C. y Martí, M. 2004).	Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Autoimagen, Incluido al FECIAD. • Nivel de Autoimagen: Bajo-Medio-Alto.

Autoestima	Parte del autoconcepto que representa la autoevaluación del sujeto (Rosemberg cit. en Flores, Fuentes y Martí, 2004).	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Guttman (Autoestima), incluida en el FECIAD. • Nivel de Autoestima: Bajo-Medio-Alto.
Autoeficacia	Grado en que la persona se percibe a sí misma como capaz de desplegar conductas adecuadas en el plano social, sexual, de relación de pareja, intelectual y laboral (Flores, J. Fuentes, C. y Martí, M. 2004).	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Autoeficacia, incluida en el FECIAD. • Nivel de Autoeficacia: Bajo-Medio-Alto.
Asertividad	Capacidad de defender los propios derechos, de expresar opiniones, de entregar afecto, de decir no sin atropellar los derechos de otros (Opazo, 2004).	• Puntuación obtenida por el sujeto en el Cuestionario de Asertividad de Spencer Rathus, incluido en el FECIAD. • Nivel de Asertividad: Bajo-Medio-Alto.
Satisfacción Matrimonial	Estado de bienestar y de realización de ambos miembros de la apareja, en donde las necesidades de intimidad, compañía, proyección, y desarrollo de pareja son satisfechas, además en donde los conflictos son resueltos.	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Satisfacción Matrimonial, incluida en el FECIAD. • Nivel de Satisfacción Mtrimonial: Bajo-Medio-Alto.
Satisfacción de Necesidades	Grado en que algunas necesidades de los seres humanos (necesidades básicas, necesidades sexuales, necesidad de ser querido, necesidad de logro, necesidad de prestigio, necesidad de compañía y contacto social, necesidad de esparcimiento, necesidad de saber, necesidad de amor, y necesidad de trascendencia) se encuentran satisfechas en ese momento de la vida del sujeto.	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Satisfacción de Necesidades, incluida en el FECIAD. • Nivel de Satisfacción de Necesidades: Bajo-Medio-Alto.
Ansiedad	Presencia de síntomas asociados a la ansiedad, tales como: problemas de atención y concentración, pr oblemas de memoria, mareos, diarreas, transpiración de las manos, onicofagia, temblor de manos, bruxismo, come en exceso, sequedad bucal, ideas obsesivas, se fatiga fácilmente, miedos fóbicos, angustia, insomnio, pesadillas, cefaleas,	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Síntomas, incluida en el FECIAD. • Nivel de Ansiedad: Bajo-Medio-Alto.

	taquicardia, hipocondría, impotencia, frigidez, eyaculación precoz.	
Depresión	Presencia de síntomas asociados a la depresión, tales como: problemas de atención y concentración, irritabilidad, inapetencia, poco deseo sexual, se fatiga fácilmente, insomnio, exceso de sueño, llanto, pena, aburrimiento, sentimientos de culpa, desánimo, ideas de suicidio, baja en la capacidad para disfrutar, reacción a la frustración con tristeza, evaluación de poco feliz en el momento actual.	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Síntomas, incluida en el FECIAD • Nivel de Depresión: Bajo-Medio-Alto.
Alexitimia	Interferencia en los puentes que conectan la toma de conciencia con los afectos, ya sea debido a razones biológicas (alexitimia primaria) o a razones psicológicas (alexitimia secundaria) (Opazo, 2004).	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Sub-escala Toronto Alexitimia, incluida en el FECIAD. • Nivel de Alexitimia: Bajo-Medio-Alto.
Intolerancia a la Frustración	Baja capacidad que tiene el sujeto para tolerar adecuadamente fracasos o frustraciones, ante los cuales reacciona con excesiva tensión, rabia o tristeza, es decir, no tolera ni acepta la molestia o demora en la realización de sus deseos (Opazo, Alliende, Bagladi, Marchetti y Suarez, cit. en Bejer 2004, cit. en Flores, Fuentes, y Martí, 2004).	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Tolerancia a la Frustración, Incluida en el FECIAD. • Nivel de Intolerancia a la Frustración: Bajo-Medio-Alto.
Irracionalidad Cognitiva	Aquellas ideas, cogniciones, filosofías, que sabotean y bloquean el logro de metas básicas o más importantes para el individuo (Ellis, 1980. cit. en Bejer, 2004. cit. en Flores, Fuentes, y Martí, 2004).	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Irracionalidad Cognitiva, incluida en el FECIAD. • Nivel de Irracionalidad Cognitiva: Bajo-Medio-Alto.
Perfeccionismo	Tendencia a establecer altos estándares de desempeño en combinación con una evaluación excesivamente crítica de los mismos y una creciente preocupación por cometer errores. (Fros, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990. cit. en Arana, 2002 cit. en Flores, Fuentes, y Martí, 2004).	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Perfeccionismo, incluida en el FECIAD. • Nivel de Perfeccionismo: Bajo-Medio-Alto.

Disconfort Emocional	Nivel de ansiedad ante situaciones sociales. / Nivel de ansiedad social y disconfort emocional. / Grado de perturbación emocional frente a diferentes situaciones.	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Sub-Escala Gambrill y Ritchie, incluida en el FECI. • Nivel de Disconfort emocional: Bajo-Medio-Alto.
Repertorio Conductual	Variedad de habilidades sociales, competencias comportamentales y respuestas de enfrentamiento que permiten a un individuo manejar las exigencias de la vida diaria (D' Zurilla, cit. en Bejer 2004, cit. en Flores, Fuentes, y Martí, 2004).	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Conductas Sociales, incluida en el FECI. • Nivel de Repertorio Conductual: Bajo-Medio-Alto.
Organicidad	Presencia de indicadores de alteraciones orgánicas, por ejemplo: tipo de parto, problemas del desarrollo, traumatismo encéfalo craneano (TEC), etc.	• Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Organicidad incluida en el FECI. • Nivel de Organicidad: Bajo-Medio-Alto.

3. Sujetos de Estudio.

Los sujetos de estudio corresponden a un grupo de hombres mayores de 18 años, privados de libertad, que al momento de la evaluación, se encuentran en tratamiento ambulatorio intensivo por trastornos por dependencia a sustancias, en una Comunidad Terapéutica intrapenitenciaria. Todos los sujetos presentan un nivel de dependencia a una o más drogas. Esta población corresponde a una muestra intencionada, ya que no existe en la región otra comunidad terapéutica que cumpla con las características y accesibilidad necesarias para realizar el presente estudio. Es necesario mencionar, que dentro del grupo seleccionado, es posible encontrar hombres en distintas etapas del tratamiento.

4. Procedimiento.

La participación de los sujetos de estudio es totalmente voluntaria. Por lo anterior, luego de haber informado a las personas de las condiciones, objetivos y requerimientos del proceso, es relevante formalizar su consentimiento voluntario para participar en esta investigación, a través de la firma de una carta, especialmente construida para esta ocasión.

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

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

En relación a la comunidad terapéutica a la cual pertenecen los sujetos de estudio, el grupo evaluado pertenece a la Comunidad Terapéutica intrapenitenciaria “Suricata”, del complejo penitenciario de Valparaíso.

a) 1º Etapa.
   - Recopilación y elaboración de Antecedentes.
   - Definición formal de la temática de Seminario.
   - Revisión bibliográfica sobre temática de estudio.

- 1er Contacto con Comunidad Terapéutica Suricata. Inicio de conversaciones con directora del centro.
- Revisión bibliográfica.

b) Segunda Etapa:

- Visita Comunidad Terapéutica Suricata.
- Reunión de grupo de trabajo con CONACE Valparaíso..
- Recopilación de antecedentes comunidades terapéuticas del país.
- Revisión de antecedentes.
- Elaboración de planteamiento del problema, marco teórico y antecedentes.
- Entrega de carta de autorización en Gendarmería de Chile.
- Revisión de Marco Teórico y Construcción de Metodologías..
- Visita a ICPSI (Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa) en Santiago. Revisión bibliográfica referente al enfoque integrativo, en relación al consumo de sustancias y población penal.
- Entrega Cuestionario y Planificación.

c) Tercera Etapa

- Elaboración de Plan de Análisis de datos.
- Búsqueda de antecedentes Modelo Integrativo en USACH.
- 1ª Entrega de Proyecto de Seminario de Titulo.
- Sometimiento de cuestionario a prueba de expertos.

d) Cuarta etapa:

- Presentación Grupo de Seminario a los sujetos de estudio en Comunidad Terapéutica Suricata.
- Entrega y recepción cartas de consentimiento.
- Entrega y recepción Cuestionario de Antecedentes.
- Entrega y recepción de FECIAD.

d) Quinta etapa:

- Interpretación y discusiones.
- Corrección Final Seminario de Titulo.
- Entrega final de Seminario de Título.

5. Instrumentos de Medición.

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

5.1 Cuestionario de Antecedentes Personales.

5.1.1 Ficha de Evaluación Clínica Integral de Adicciones.

La Ficha de Evaluación Clínica Integral de Adicciones (FECIAD), desarrollada a partir del Modelo Integrativo Supraparadigmático, corresponde a una ficha de auto-reporte que permite evaluar en cada sujeto los seis subsistemas considerados por el modelo, a saber: Biológico, Ambiental-Conductual, Cognitivo, Afectivo, Inconsciente y Sistémico.

5.1.2 Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

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

La escala Neuroticismo es la dimensión que evalúa, dentro de un continuo, el nivel de emotividad o ansiedad del sujeto versus su nivel de estabilidad emocional. La

estandarización al español de este cuestionario arrojó una confiabilidad de 0,82 (Colom, Herrera y Rebolledo, 2002, cit. en Flores, Fuentes, y Martí, 2004).

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

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

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

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

5.1.3 Escala de Autoimagen.

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

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

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

5.1.4 Escala Rosemberg de Autoestima.

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

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

5.1.5 Escala de Autoeficacia.

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

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

No se han realizado estudios de confiabilidad.

5.1.6 Cuestionario de Asertividad de Rathus.

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

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

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

5.1.7 Escala de Satisfacción Matrimonial.

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

representa el grado de satisfacción de estos ítems en la vida de pareja. La evaluación va desde 1 (“muy insatisfecho”) a 5 (“muy satisfecho”). El puntaje es directo, es decir, a mayor puntaje mayor satisfacción matrimonial.

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

5.1.8 Escala de Satisfacción de Necesidades.

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

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

5.1.9 Escala de Ansiedad.

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Consta de diversos ítems que evalúan los síntomas asociados a la ansiedad, para lo cual se utilizó el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y

posteriormente fue modificada de acuerdo al DSM – IV por Opazo, Alliende, Bagladi y Guajardo (Bejer, 2003). Entre los síntomas encontramos: problemas de atención y concentración, problemas de memoria, mareos, diarreas, transpiración de las manos, onicofagia, temblor de manos, bruxismo, come en exceso, sequedad bucal, ideas obsesivas, se fatiga fácilmente, miedos fóbicos, angustia, insomnio, pesadillas, cefaleas, taquicardia, hipocondría, impotencia, frigidez, eyaculación precoz. El puntaje en esta escala es directo, es decir, a mayor puntaje mayor nivel de ansiedad (Bejer, 2003).

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

5.1.10 Escala de Depresión.

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

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

5.1.11 Escala de Alexitimia de Toronto.

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

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

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

5.1.12 Escala de Tolerancia a la Frustración.

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

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

5.1.13 Escala de Irracionalidad Cognitiva.

Escala construida por los profesionales del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), actual Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Consta de 12 ítems que plantean un conjunto de afirmaciones o creencias frente a las cuales el sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado en que cada

afirmación es aplicable a él. La evaluación va desde 1 (“poco”) a 5 (“mucho”). En esta escala el puntaje es directo, es decir, a mayor puntaje mayor irracionalidad cognitiva.

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

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

5.1.14 Escala de Perfeccionismo.

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

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

5.1.15 Sub-Escala de Gambrill Richie.

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

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

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

5.1.16 Escala Repertorio Conductual.

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

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

No se han realizado estudios de Confiabilidad.

5.1.17 Escala de Organicidad

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

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

6. Plan de Análisis de Datos.

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

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

VI PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

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

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

Objetivo específico Nº 1: Descripción de Frecuencias Relativas de las Variables Sociodemográficas.

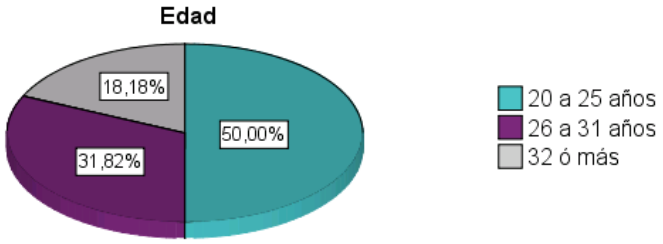
1.1. Descripción de la Variable "Edad".

1.1.1. Frecuencia Relativa Variable Edad

Tabla Nº 1: Frecuencia Relativa de la Variable Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20 a 25 años	11	50,0	50,0	50,0
	26 a 31 años	7	31,8	31,8	81,8
	32 ó más	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 1: Frecuencia Relativa de la Variable Edad



De acuerdo a la tabla Nº 1, se observa que el 50% de los sujetos se encuentran en un rango de edad de 20 a 25 años, el 31,8% de los sujetos tienen edades entre 26 y 31 años, mientras que el 18,2%, se ubican entre el rango de edad de 32 años o mayor.

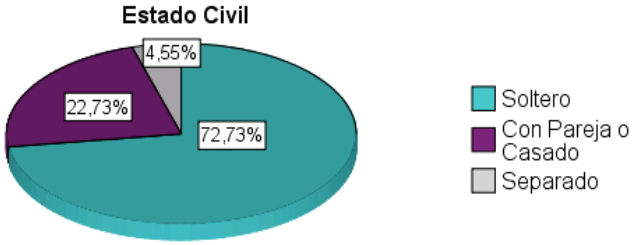
1.2. Descripción de la Variable "Estado Civil".

1.2.1. Frecuencia Relativa Variable Estado Civil

Tabla Nº 2: Frecuencia Relativa de la Variable Estado Civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	16	72,7	72,7	72,7
	Con Pareja o Casado	5	22,7	22,7	95,5
	Separado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 2: Frecuencia Relativa de la Variable Estado Civil



De acuerdo a la tabla Nº 2, se observa que la mayoría de los sujetos corresponden a personas solteras, alcanzando el 72,7%, por su parte el 22,7% de los sujetos se encuentran casados o con pareja, mientras que el 4,5% restante corresponde a sujetos separados.

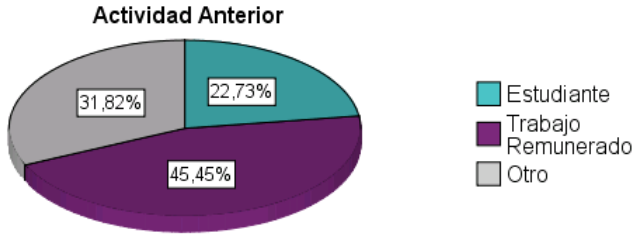
1.3. Descripción de la Variable "Actividad Anterior".

1.3.1. Frecuencia Relativa Variable Actividad Anterior

Tabla Nº 3: Frecuencia Relativa de la Variable Actividad Anterior

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Estudiante	5	22,7	22,7	22,7
	Trabajo Remunerado	10	45,5	45,5	68,2
	Otro	7	31,8	31,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 3: Frecuencia Relativa de la Variable Actividad Anterior



De acuerdo a la tabla Nº 3, se observa que, antes de ingresar al recinto penal, el 45% de los sujetos, realizaban trabajos remunerados, el 31,8% efectuaban otro tipo de actividad, mientras que el 22,7% restante se encontraban estudiando.

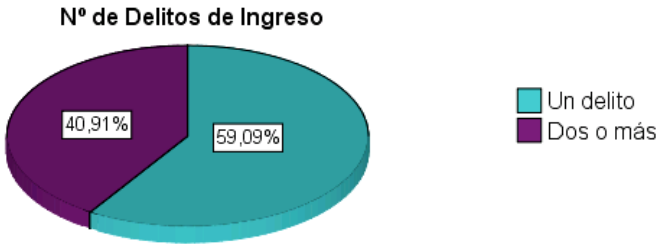
1.4. Descripción de la Variable "Nº de Delitos de Ingreso".

1.4.1. Frecuencia Relativa Variable Delito de Ingreso

Tabla Nº 4: Frecuencia Relativa de la Variable Delito de Ingreso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Un delito	13	59,1	59,1	59,1
	Dos o más	9	40,9	40,9	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 4: Frecuencia Relativa de la Variable Delito de Ingreso



De acuerdo a la tabla Nº 4, se observa que el 59% de los sujetos estudiados, al ingresar al recinto penal fueron procesados por un delito, mientras que el 40,9% de los sujetos fueron procesados por dos o más delitos.

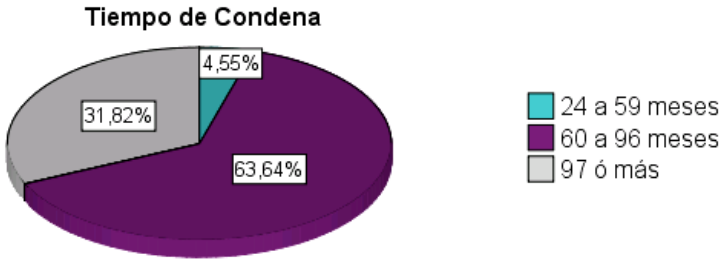
1.5. Descripción de la Variable "Tiempo de Condena".

1.5.1. Frecuencia Relativa Variable Tiempo de condena

Tabla Nº 5: Frecuencia Relativa de la Variable Tiempo de condena

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	24 a 59 meses	1	4,5	4,5	4,5
	60 a 96 meses	14	63,6	63,6	68,2
	97 ó más	7	31,8	31,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 5: Frecuencia Relativa de la Variable Tiempo de condena



De acuerdo a la tabla Nº 5, se observa que la mayoría de los sujetos cumplen condenas que van desde los 60 a 96 meses de presidio, es decir de 5 a 8 años, alcanzado el 63,6%, por su parte el 31,8% de los sujetos deben cumplir condenas de 97 o más meses, lo que corresponde a más de 8 años de reclusión, mientras que el 4,5% de ellos, se encuentra condenado por un tiempo de 24 a 59 meses, esto es, de 2 a 4 años y 11 meses.

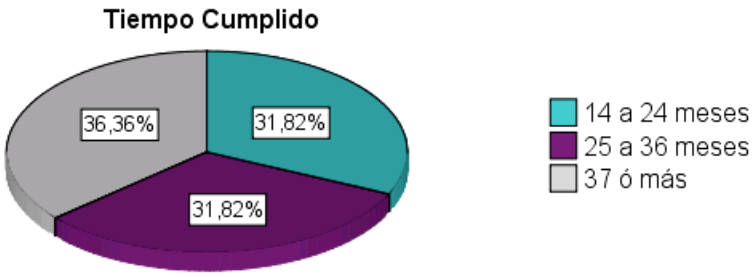
1.6. Descripción de la Variable "Tiempo Cumplido".

1.6.1. Frecuencia Relativa Variable Tiempo Cumplido

Tabla Nº 6: Frecuencia Relativa de la Variable Tiempo Cumplido

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	14 a 24 meses	7	31,8	31,8	31,8
	25 a 36 meses	7	31,8	31,8	63,6
	37 ó más	8	36,4	36,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 6: Frecuencia Relativa de la Variable Tiempo Cumplido



De acuerdo a la tabla Nº 6, se observa que el 36,4% de los sujetos han cumplido un tiempo de condena correspondiente a 37 o más meses de presidio, es decir se encuentran en el reciento penal desde hace más de 3 años. Por otra parte, un 31,8% de los sujetos han cumplido un tiempo de condena de 14 a 24 meses, esto es de 1 a 2 años, mientras que el 31,8% de los sujetos restantes, han cumplido de 25 a 36 meses de presidio.

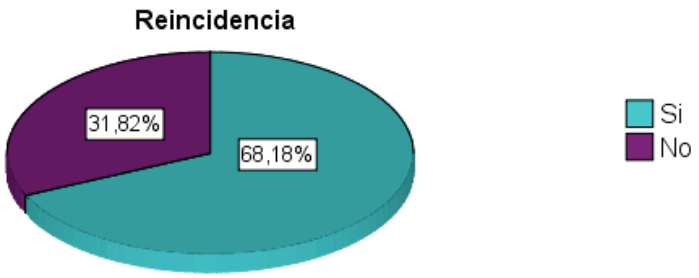
1.7. Descripción de la Variable “Reincidencia”.

1.7.1. Frecuencia Relativa Variable Reincidencia

Tabla Nº 7: Frecuencia Relativa de la Variable Reincidencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	15	68,2	68,2	68,2
	No	7	31,8	31,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 7: Frecuencia Relativa de la Variable Reincidencia



De acuerdo a la tabla Nº 7, se observa que la mayoría de los sujetos, han sido procesados con anterioridad por algún delito, alcanzando el 68,2%, mientras que para el 31,8% de los sujetos restantes es la primera oportunidad en la que han sido procesados.

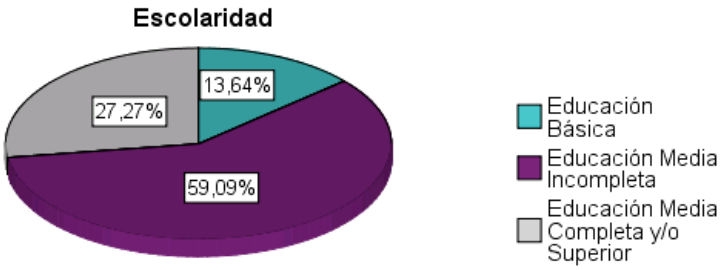
1.8. Descripción de la Variable "Escolaridad en Libertad".

1.8.1. Frecuencia Relativa Variable Escolaridad en Libertad

Tabla Nº 8: Frecuencia Relativa de la Variable Escolaridad en Libertad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Educación Básica	3	13,6	13,6	13,6
	Educación Media Incompleta	13	59,1	59,1	72,7
	Educación Media Completa y/o Superior	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 8: Frecuencia Relativa de la Variable Escolaridad en Libertad



De acuerdo a la tabla Nº 8, se observa que, antes de ingresar al recinto penal, el 59% de los sujetos alcanzaron un nivel de escolaridad correspondiente a Educación Media Incompleta, el 27,3% completaron su Educación Media y/o realizaron estudios de Educación Superior, mientras que 13,6% de los sujetos restantes, efectuaron estudios en el nivel de Educación básica,

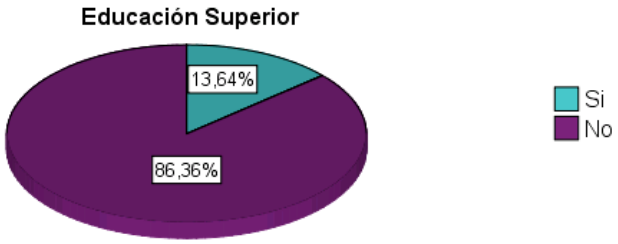
1.9. Descripción de la Variable “Educación Superior”.

1.9.1. Frecuencia Relativa Variable Educación Superior

Tabla Nº 9: Frecuencia Relativa de la Variable Educación Superior

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	3	13,6	13,6	13,6
	No	19	86,4	86,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 9: Frecuencia Relativa de la Variable Educación Superior



De acuerdo a la tabla Nº 9, se observa que la mayoría de los sujetos no realizaron estudios de educación superior, correspondiendo al 86,4% mientras que el 13,6% de los sujetos, cursaron estudios superiores.

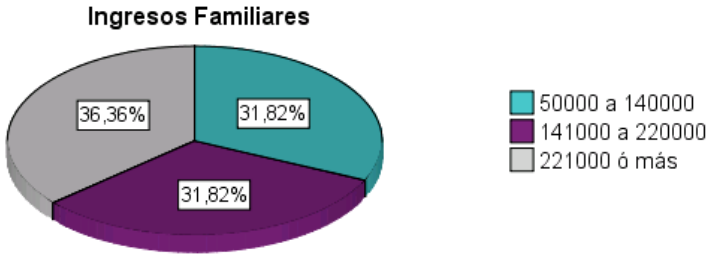
1.10. Descripción de la Variable “Ingresos Familiares”.

1.10.1. Frecuencia Relativa Variable Ingresos Familiares

Tabla Nº 10: Frecuencia Relativa de la Variable Ingresos Familiares

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	50000 a 140000	7	31,8	31,8	31,8
	141000 a 220000	7	31,8	31,8	63,6
	221000 ó más	8	36,4	36,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 10: Frecuencia Relativa de la Variable Ingresos Familiares



De acuerdo a la tabla Nº 10, se observa que, antes de ingresar al recinto penal, el 31,8% recibía un ingreso familiar entre 50.000 y 140.000, el 31,8% percibía aproximadamente entre 141.000 a 220.000 pesos, mientras que el 36,4% de los sujetos recibía un ingreso mayor a 221.000 pesos.

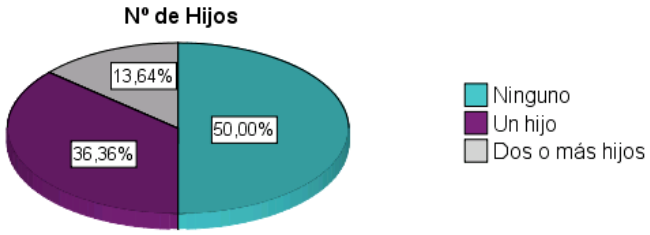
1.11. Descripción de la Variable "Número de Hijos".

1.11.1. Frecuencia Relativa Variable Número de Hijos

Tabla Nº 11: Frecuencia Relativa de la Variable Número de Hijos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	11	50,0	50,0	50,0
	Un hijo	8	36,4	36,4	86,4
	Dos o más hijos	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 11: Frecuencia Relativa de la Variable Número de Hijos



De acuerdo a la tabla Nº 11, se observa que el 50% de los sujetos no han tenido hijos durante su vida, el 36,4% de los sujetos posee un hijo, mientras que el 13,6% de los sujetos ha tenido dos o más hijos en el transcurso de su vida.

Objetivo específico Nº 2: Descripción de Frecuencias Relativas de las Variables de la Historia de Consumo.

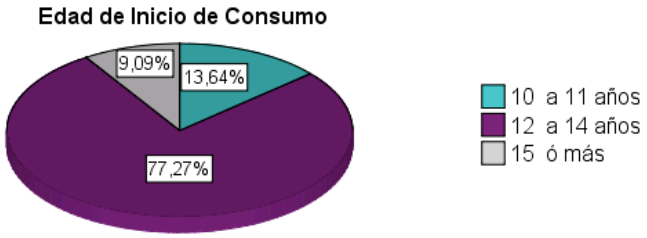
2.1. Descripción de la Variable "Edad de Inicio de Consumo de Drogas".

2.1.1. Frecuencia Relativa Variable Edad Inicio de Consumo de Drogas

Tabla Nº 12: Frecuencia Relativa de la Variable Edad Inicio de Consumo de Drogas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	10 a 11 años	3	13,6	13,6	13,6
	12 a 14 años	17	77,3	77,3	90,9
	15 ó más	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 12: Frecuencia Relativa de la Variable Edad Inicio de Consumo de Drogas



De acuerdo a la tabla Nº 12, se observa que la mayoría de los sujetos estudiados, iniciaron su consumo de drogas entre los 12 a 14 años de edad, alcanzando el 77,3%, el 13,6% consumió por primera vez entre los 10 y 11 años d edad, mientras que el 9,1% iniciaron su consumo después de los 15 años.

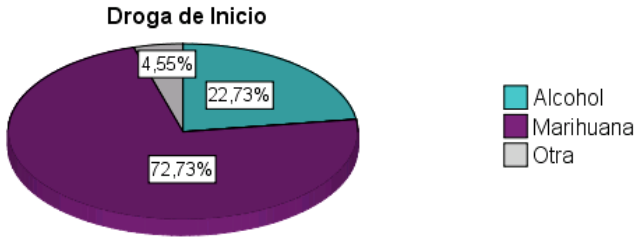
2.2. Descripción de la Variable "Droga de Inicio del Consumo".

2.2.1. Frecuencia Relativa Variable Droga de Inicio del consumo

Tabla Nº 13: Frecuencia Relativa de la Variable Droga de Inicio del consumo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alcohol	5	22,7	22,7	22,7
	Marihuana	16	72,7	72,7	95,5
	Otro	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 13: Frecuencia Relativa de la Variable Droga de Inicio del Consumo



De acuerdo a la tabla Nº 13, se observa que el 72,7% de los sujetos estudiados iniciaron su consumo de drogas, utilizando la marihuana, el 22,7% de los sujetos comenzaron consumiendo alcohol, mientras que el 4,5% de los sujetos restantes iniciaron su consumo con otro tipo de sustancia.

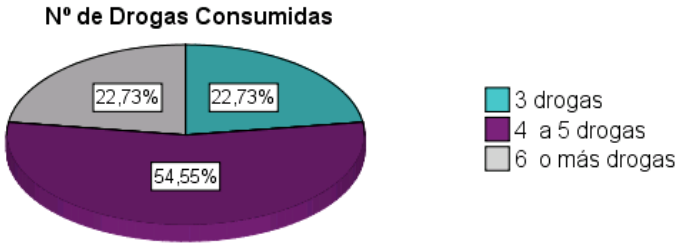
2.3. Descripción de la Variable "Número de Drogas Consumidas".

2.3.1. Frecuencia Relativa Variable Número de Drogas Consumidas

Tabla Nº 14: Frecuencia Relativa de la Variable Número de Drogas Consumidas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3 drogas	5	22,7	22,7	22,7
	4 a 5 drogas	12	54,5	54,5	77,3
	6 o más drogas	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 14: Frecuencia Relativa de la Variable Número de drogas Consumidas



De acuerdo a la tabla Nº 14, se observa que la mayoría de los sujetos consumían entre "4 a 5 tipos de drogas", alcanzando el 54,5%, por su parte el 22,7% de las personas estudiadas consumía 3 tipos de drogas y el 22,7% de sujetos restantes consumía "6 o más tipos de droga".

2.4. Descripción de la Variable "Consumo de Alcohol en Libertad".

2.4.1. Frecuencia Relativa Variable Consumo de Alcohol en Libertad

Tabla Nº 15: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Alcohol en Libertad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	2	9,1	9,1	9,1
	Entre una y cuatro veces al mes	5	22,7	22,7	31,8
	Dos o más veces a la semana	15	68,2	68,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 15: Frecuencia Relativa de la Variable Tiempo Consumo de Alcohol en Libertad



De acuerdo a la tabla Nº 15, se observa que el 68,2% de los sujetos presentaban una frecuencia de consumo de alcohol en libertad, de "dos o más veces a la semana", el 22,7% de ellos consumían alcohol "entre una y cuatro veces al mes", mientras que el 9,1% de los sujetos no presentaba consumo de esta sustancia.

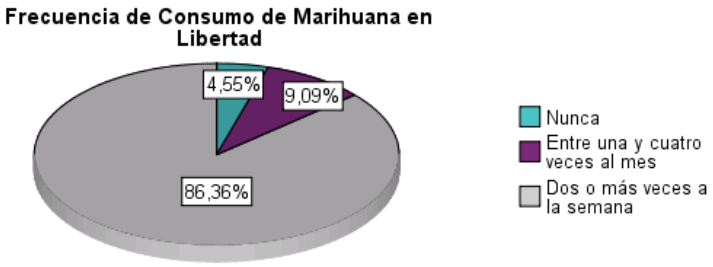
2.5. Descripción de la Variable "Consumo de Marihuana en Libertad".

2.5.1 Frecuencia Relativa Variable Consumo de Marihuana en Libertad

Tabla Nº 16: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Marihuana en Libertad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	1	4,5	4,5	4,5
	Entre una y cuatro veces al mes	2	9,1	9,1	13,6
	Dos o más veces a la semana	19	86,4	86,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 16: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Marihuana en Libertad



De acuerdo a la tabla Nº 16, se observa que, el 86,4% de los sujetos presentaban una frecuencia de consumo de marihuana en libertad, de "dos o más veces a la semana", el 9,1% de ellos consumían marihuana "entre una y cuatro veces al mes", mientras que el 4,5% de los sujetos no presentaba consumo de esta sustancia.

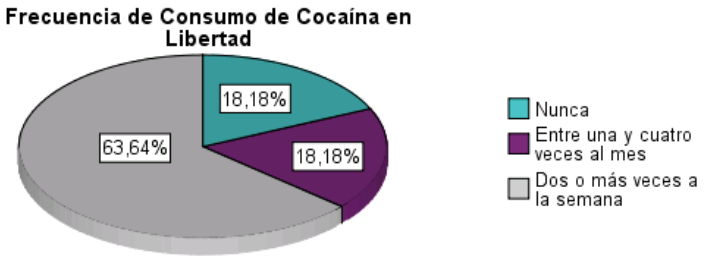
2.6. Descripción de la Variable "Consumo de Cocaína en Libertad"

2.6.1. Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Cocaína en Libertad

Tabla Nº 17: Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Cocaína en Libertad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	4	18,2	18,2	18,2
	Entre una y cuatro veces al mes	4	18,2	18,2	36,4
	Dos o más veces a la semana	14	63,6	63,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 17: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Cocaína en Libertad



De acuerdo al Tabla Nº 17, se observa que el 63,6% de los sujetos presentaban consumo de cocaína en libertad "dos o más veces a la semana", por su parte, el 18,2% de los sujetos consumía "entre una y cuatro veces al mes". El 18,2% restante, no presentaba consumo.

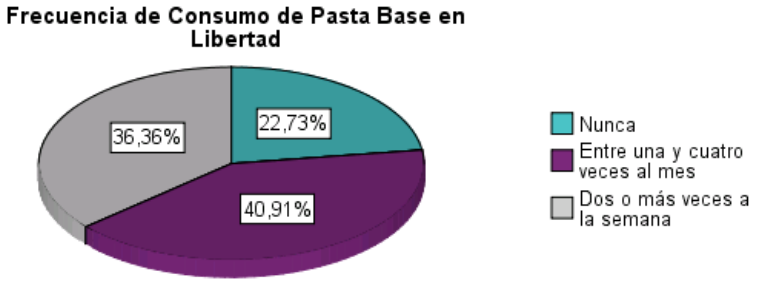
2.7. Descripción de la Variable "Consumo de Pasta Base en Libertad".

2.7.1. Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Pasta Base en Libertad

Tabla Nº 18: Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Pasta Base en Libertad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	5	22,7	22,7	22,7
	Entre una y cuatro veces al mes	9	40,9	40,9	63,6
	Dos o más veces a la semana	8	36,4	36,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 18: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Pasta Base en Libertad



De acuerdo a la tabla Nº 18, es posible apreciar que la mayoría de los sujetos consumían pasta base en libertad "entre una y cuatro veces a la semana", alcanzando el 40,9 %, el 36,4% consumía "dos o más veces a la semana". Finalmente, El 22,7% restante, no presentaba consumo.

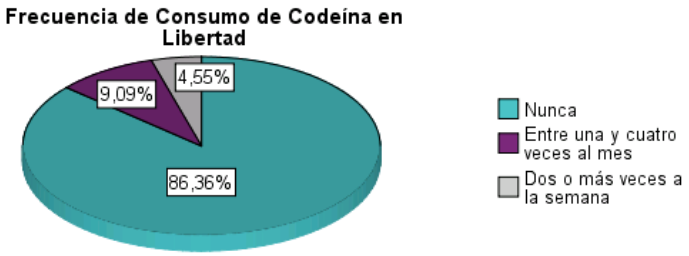
2.8. Descripción de la Variable "Consumo de Codeína en Libertad".

2.8.1 Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Codeína en Libertad

Tabla Nº 19: Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Codeína en Libertad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	19	86,4	86,4	86,4
	Entre una y cuatro veces al mes	2	9,1	9,1	95,5
	Dos o más veces a la semana	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 19: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Codeína en Libertad



De acuerdo a la tabla Nº 19, se observa que el 86,4% de los sujetos no presentaban consumo de codeína en libertad. Por su parte, el 9,1% de los sujetos consumía "cuatro veces al mes". El 4,5% restante, presentaba consumo "dos o más veces a la semana".

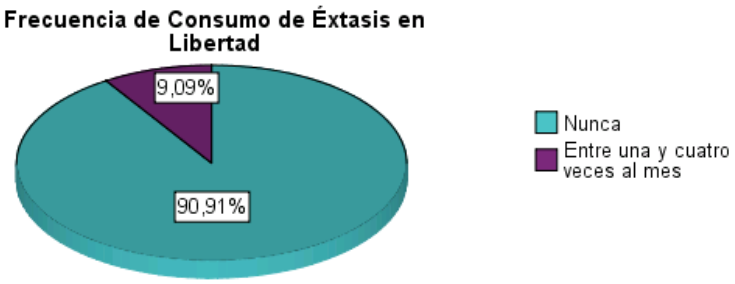
2.9. Descripción de la Variable "Consumo de Éxtasis en Libertad".

2.9.1. Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Éxtasis en Libertad

Tabla Nº 20: Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Éxtasis en Libertad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	20	90,9	90,9	90,9
	Entre una y cuatro veces al mes	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 20: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Éxtasis en Libertad



De acuerdo a la tabla Nº 20, es posible apreciar que la mayoría de los sujetos no presentaban consumo de éxtasis en libertad, alcanzando el 90,9%. Por su parte, el 9,1% restante, presentaba un consumo "entre una y cuatro veces a la semana".

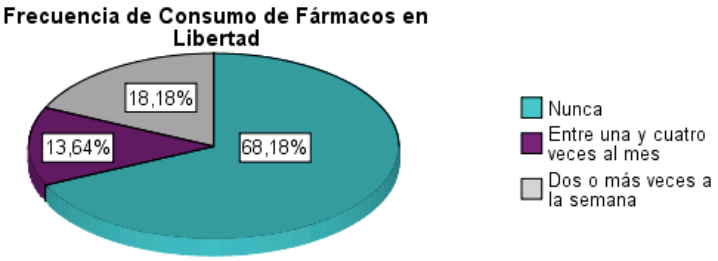
2.10. Descripción de la Variable "Consumo de Fármacos en Libertad".

2.10.1. Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Fármacos en Libertad

Tabla Nº 21: Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Fármacos en Libertad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	15	68,2	68,2	68,2
	Entre una y cuatro veces al mes	3	13,6	13,6	81,8
	Dos o más veces a la semana	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 21: Frecuencia Relativa de la Variable Fármacos en Libertad



De acuerdo a la tabla Nº 21, se observa que el 68,2% de los sujetos no presentaban consumo de fármacos en libertad. Por su parte, el 18,2% de los sujetos consumía "dos o más veces a la semana". El 13,6 % restante, presentaba consumo "entre una y cuatro veces a la semana".

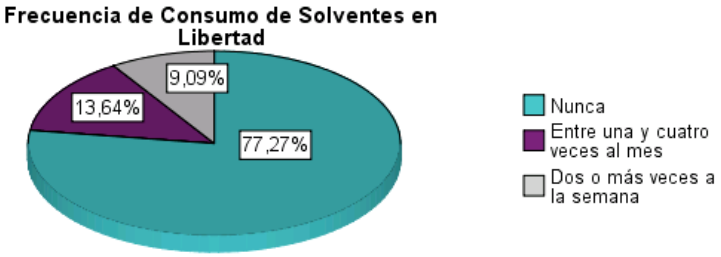
2.11. Descripción de la Variable "Consumo de Solventes en Libertad".

2.11.1. Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Solventes en Libertad

Tabla Nº 22: Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Solventes en Libertad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	17	77,3	77,3	77,3
	Entre una y cuatro veces al mes	3	13,6	13,6	90,9
	Dos o más veces a la semana	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 22: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Solventes en Libertad



De acuerdo a la tabla Nº 22, es posible apreciar que la mayoría de los sujetos no presentaban consumo de solventes en libertad, alcanzando el 77,3%. El 13,6% de los sujetos consumía "entre una y cuatro veces a la semana". Por su parte, el 9,1% restante, presentaba un consumo de "dos o más veces a la semana".

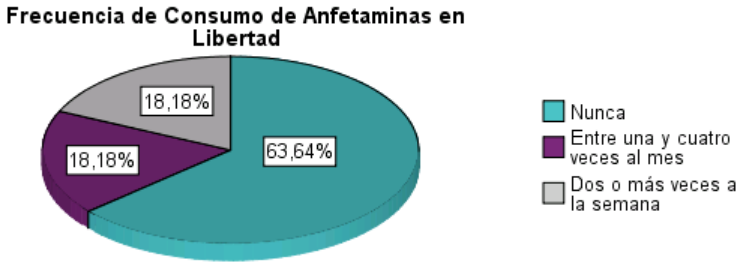
2.12. Descripción de la Variable "Consumo de Anfetaminas en Libertad".

2.12.1. Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Anfetaminas en Libertad

Tabla Nº 23: Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Anfetaminas en Libertad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	14	63,6	63,6	63,6
	Entre una y cuatro veces al mes	4	18,2	18,2	81,8
	Dos o más veces a la semana	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 23: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Anfetaminas en Libertad



De acuerdo a la tabla Nº 23, se observa que el 63,6% de los sujetos no presentaban consumo de anfetaminas en libertad. Por su parte, el 18,2% de los sujetos consumía "entre una y cuatro veces al mes". El 18,2% restante, presentaba consumo "dos o más veces a la semana".

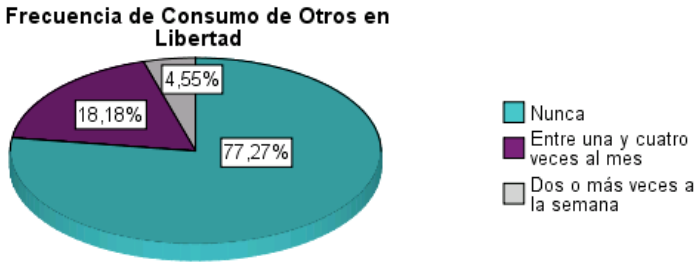
2.13. Descripción de la Variable "Consumo de Otros en Libertad".

2.13.1. Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Otros en Libertad

Tabla Nº 24: Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Otros en Libertad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	17	77,3	77,3	77,3
	Entre una y cuatro veces al mes	4	18,2	18,2	95,5
	Dos o más veces a la semana	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 24: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Otros en Libertad



De acuerdo a la tabla Nº 24, es posible apreciar que la mayoría de los sujetos no presentaban consumo de otros en libertad, alcanzando el 77,3%. El 18,2% de los sujetos consumía "entre una y cuatro veces a la semana". Por su parte, el 4,5% restante, presentaba un consumo de "dos o más veces a la semana".

2.14. Descripción de la Variable "Consumo de Alcohol en Módulos".

2.14.1. Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Alcohol en Módulos

Tabla Nº 25: Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Alcohol en Módulos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	14	63,6	63,6	63,6
	Entre una y cuatro veces al mes	8	36,4	36,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 25: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Alcohol en Módulos



De acuerdo a la tabla Nº 25, es posible apreciar que la mayoría de los sujetos no presentaban consumo de alcohol en módulos, alcanzando el 63,6%. Por su parte, el 36,4% restante, presentaba un consumo "entre una y cuatro veces a la semana".

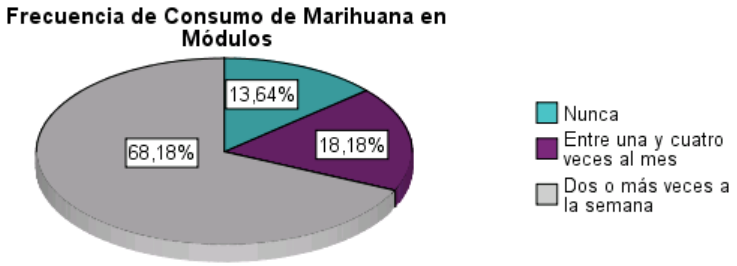
2.15. Descripción de la Variable “Consumo de Marihuana en Módulos”.

2.15.1 Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Marihuana en Módulos

Tabla Nº 26: Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Marihuana en Módulos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	3	13,6	13,6	13,6
	Entre una y cuatro veces al mes	4	18,2	18,2	31,8
	Dos o más veces a la semana	15	68,2	68,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 26: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Marihuana en Módulos



De acuerdo a la tabla Nº 26, se observa que el 68% de los sujetos, consumían marihuana en módulo de “dos o más veces en la semana”. Por su parte, el 18,2% consumía “entre una y cuatro veces al mes”, mientras que el 18,2%, no presentaba consumo.

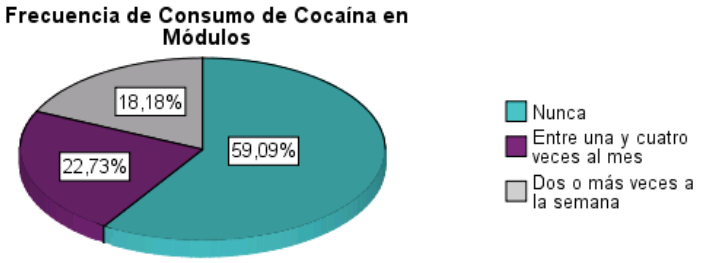
2.16. Descripción de la Variable “Consumo de Cocaína en Módulos”.

2.16.1. Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Cocaína en Módulos

Tabla Nº 27: Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Cocaína en Módulos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	13	59,1	59,1	59,1
	Entre una y cuatro veces al mes	5	22,7	22,7	81,8
	Dos o más veces a la semana	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 27: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Cocaína en Módulos



De acuerdo a la tabla Nº 27, es posible apreciar que la mayoría de los sujetos no presentaban consumo de cocaína en módulos, alcanzando el 59,1%. Por su parte, el 22,7% consumía “entre una y cuatro veces a la semana”. Finalmente, en el 18,2% se encuentran los sujetos que consumían de “dos o más veces a la semana”.

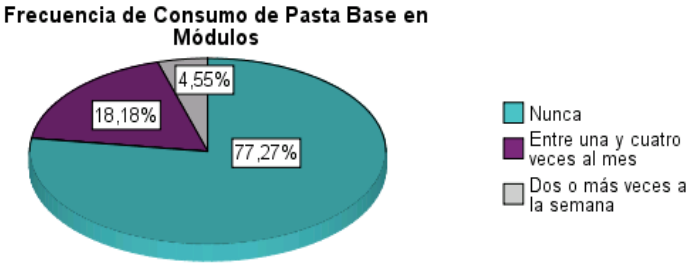
2.17. Descripción de la Variable "Consumo de Pasta Base en Módulos".

2.17.1. Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Pasta Base en Módulos

Tabla Nº 28: Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Pasta Base en Módulos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	17	77,3	77,3	77,3
	Entre una y cuatro veces al mes	4	18,2	18,2	95,5
	Dos o más veces a la semana	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 28: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Pasta Base en Módulos



De acuerdo a la tabla Nº 28, se observa que el 77,3% de los sujetos, no consumían pasta base en módulos. El 18,2% consumía "entre una y cuatro veces al mes", mientras que el 4,5% restante, presentaba consumo de "dos o más veces a la semana".

2.18. Descripción de la Variable "Consumo de Codeína en Módulos".

2.18.1. Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Codeína en Módulos

Tabla Nº 29: Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Codeína en Módulos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	22	100,0	100,0	100,0

De acuerdo a la tabla Nº 29, se observa que el 100% de los sujetos, no presentan consumo de codeína en módulos.

2.19. Descripción de la Variable "Consumo de Éxtasis en Módulos".

2.19.1 Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Éxtasis en Módulos

Tabla Nº 30: Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Éxtasis en Módulos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	22	100,0	100,0	100,0

De acuerdo a la tabla Nº 30, se observa que el 100% de los sujetos, no presentan consumo de éxtasis en módulos.

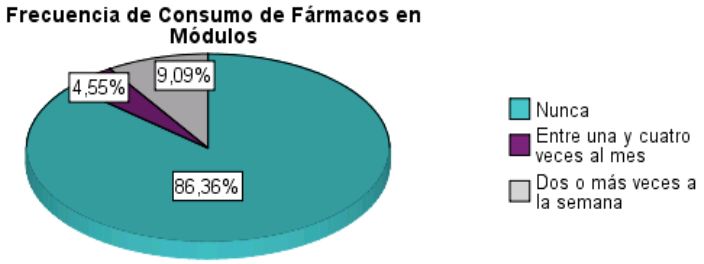
2.20. Descripción de la Variable "Consumo de Fármacos en Módulos".

2.20.1. Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Fármacos en Módulos

Tabla Nº 31: Frecuencia de Consumo de Fármacos en Módulos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	19	86,4	86,4	86,4
	Entre una y cuatro veces al mes	1	4,5	4,5	90,9
	Dos o más veces a la semana	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 29: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Fármacos en Módulos



De acuerdo a la tabla Nº 31, se observa que casi la totalidad de los sujetos nunca ha consumido fármacos en los módulos, alcanzando el 86,36%, mientras que el 9,09% de los sujetos restantes consumía Fármacos drogas "entre dos o más veces a la semana".

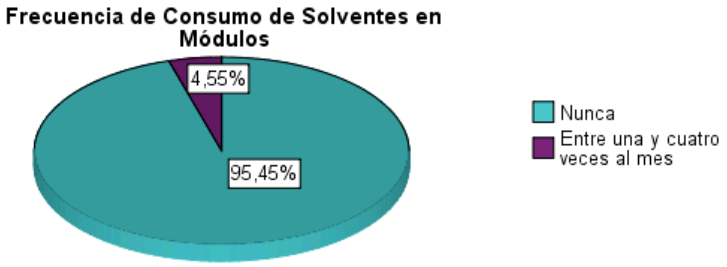
2.21. Descripción de la Variable "Consumo de Otros en Módulos".

2.21.1. Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Solventes en Módulos

Tabla Nº 32: Frecuencia de Consumo de Solventes en Módulos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	21	95,5	95,5	95,5
	Entre una y cuatro veces al mes	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 29: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Solventes en Módulos



De acuerdo a la tabla Nº 32, se observa que la mayoría de los sujetos nunca ha consumido solventes en los módulos, alcanzando el 95,45%, mientras que el 4,55% de los sujetos restantes consumía otras drogas "entre una y cuatro veces al mes".

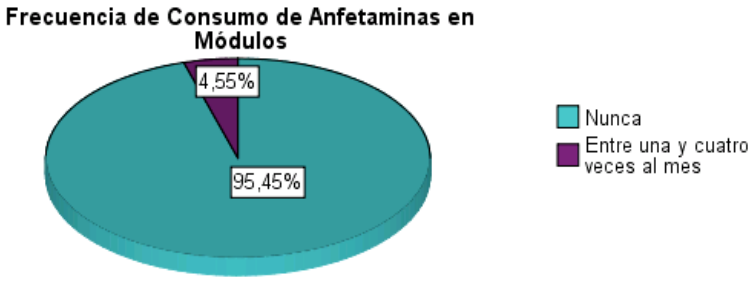
2.22. Descripción de la Variable "Consumo de Anfetaminas en Módulos".

2.22.1. Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Anfetaminas en Módulos

Tabla Nº 33: Frecuencia de Consumo de Anfetaminas en Módulos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	21	95,5	95,5	95,5
	Entre una y cuatro veces al mes	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 30: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Anfetaminas en Módulos



De acuerdo a la tabla Nº 33, se observa que la casi la totalidad de los sujetos no ha presentado consumido anfetaminas en los módulos, alcanzando el 95,5%, mientras que el 4,5% de los sujetos restantes ha consumido esta sustancia "entre una y cuatro veces al mes"

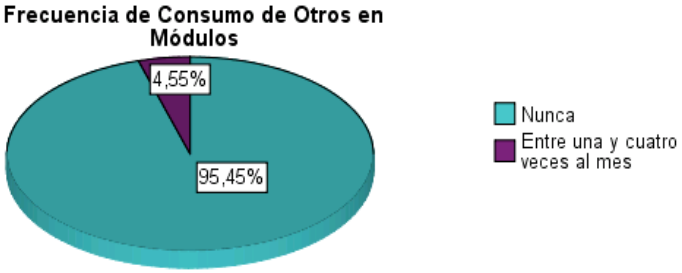
2.23. Descripción de la Variable "Consumo de Otros en Módulos".

2.23.1. Frecuencia Relativa Variable de Consumo de Otros en Módulos

Tabla Nº 34: Frecuencia de Consumo de Otros en Módulo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca o menos de una vez al mes	21	95,5	95,5	95,5
	Entre una y cuatro veces al mes	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 31: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo de Otros en Módulos



De acuerdo a la tabla Nº 34, se observa que casi la totalidad de los sujetos nunca ha consumido otras drogas en los módulos, alcanzando el 95,5%, mientras que el 4,5% de los sujetos restantes consumía otras drogas "entre una y cuatro veces al mes".

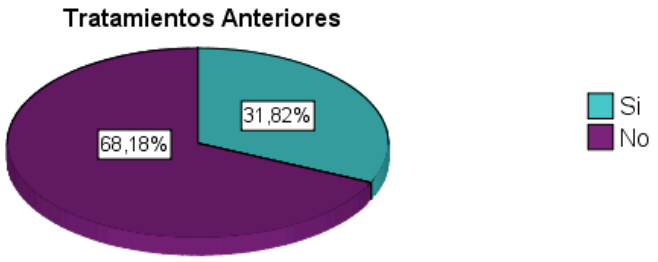
2.24. Descripción de la Variable "Tratamientos Anteriores".

2.24.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Tratamientos Anteriores

Tabla Nº 35: Frecuencia Relativa de la Variable Tratamientos Anteriores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	7	31,8	31,8	31,8
	No	15	68,2	68,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 32: Frecuencia Relativa de la Variable Tratamientos Anteriores



De acuerdo a la tabla 35, se observa que el 68,2% no ha tenido ninguna clase de tratamiento de rehabilitación previo a la Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria, mientras que el 31,8% de los sujetos restantes, presenta tratamientos anteriores.

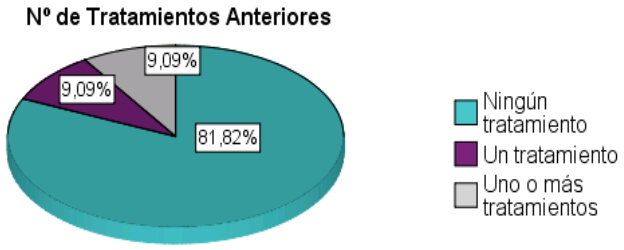
2.25. Descripción de la Variable "Nº de Tratamientos Anteriores".

2.25.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Nº de Tratamientos Anteriores

Tabla Nº 36: Frecuencia Relativa de la Variable Nº de Tratamientos Anteriores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ningún tratamiento	18	81,8	81,8	81,8
	Un tratamiento	2	9,1	9,1	90,9
	Dos o más tratamientos	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 33: Frecuencia Relativa de la Variable Nº de Tratamientos Anteriores



De acuerdo a la tabla Nº 36, se puede observar que el 81,8% de los sujetos, no ha tenido ningún tratamiento anterior, mientras que, Un Tratamiento, y Dos o Más, presentan una frecuencia de 9,1% cada uno.

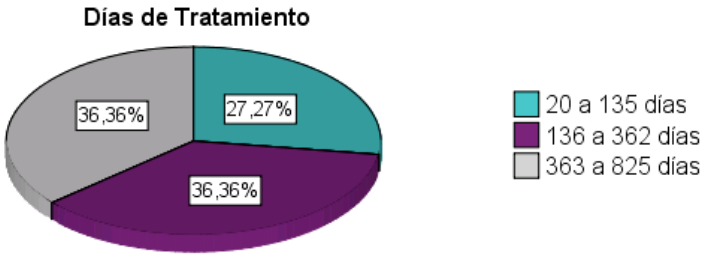
2.26. Descripción de la Variable "Días de Tratamiento".

2.26.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Días de Tratamiento

Tabla Nº 37: Frecuencia Relativa de la Variable Días de Tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20 a 135 días	6	27,3	27,3	27,3
	136 a 362 días	8	36,4	36,4	63,6
	363 a 825 días	8	36,4	36,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 33: Frecuencia Relativa de la Variable Días de Tratamiento



De acuerdo a la tabla Nº 37, se observa que el 36,4% de los sujetos han permanecido entre 363 y 825 en la comunidad terapéutica, mismo porcentaje que aquellos que han permanecido entre 136 y 362 días, mientras el 27,3% de los sujetos, han permanecido entre 20 y 135 en la comunidad terapéutica.

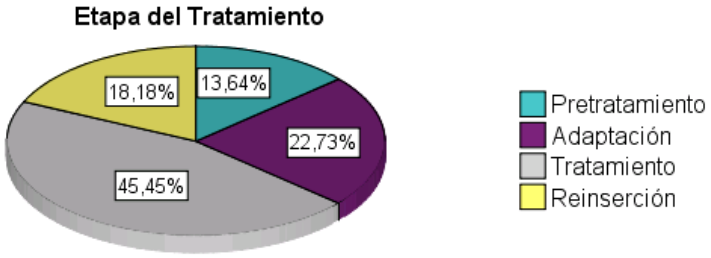
2.27. Descripción de la Variable "Etapa del Tratamiento".

2.27.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Etapa del Tratamiento

Tabla Nº 38: Frecuencia Relativa de la Variable Etapa del Tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Pretratamiento	3	13,6	13,6	13,6
	Adaptación	5	22,7	22,7	36,4
	Tratamiento	10	45,5	45,5	81,8
	Reinserción	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 34: Frecuencia Relativa de la Variable Etapa del Tratamiento



De acuerdo a la tabla Nº 38, el 45,5% de los sujetos se encuentran en la etapa Tratamiento, el 22,7% de los sujetos se encuentran en la etapa Adaptación, el 18,2% de los sujetos se encuentran en la etapa Reinserción, y el 13,6% de los sujetos se encuentran en la etapa Pretratamiento.

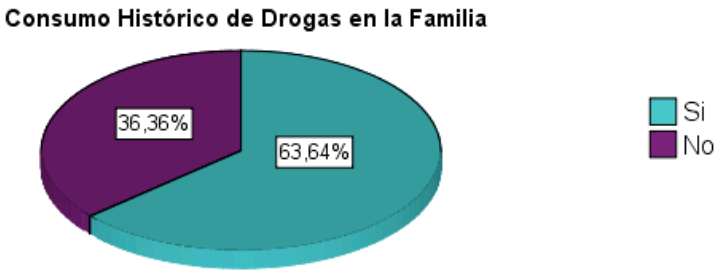
2.28. Descripción de la Variable "Consumo Histórico de Drogas en la Familia".

2.28.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Consumo Histórico de Drogas en la Familia

Tabla Nº 39: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo Histórico de Drogas en la Familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	14	63,6	63,6	63,6
	No	8	36,4	36,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 34: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo Histórico de Drogas en la Familia



De acuerdo a la tabla 39, se puede observar que la mayoría de los sujetos sí presentan consumo anterior de drogas en su familia, alcanzando el 63,6%, mientras sólo el 36,4% de los sujetos no presenta este consumo anterior.

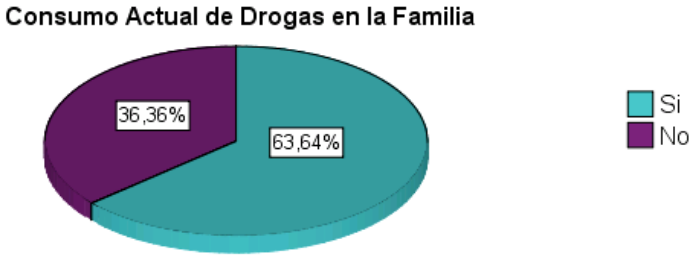
2.29. Descripción de la Variable "Consumo Actual de Drogas en la Familia".

2.29.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Consumo Actual de Drogas en la Familia

Tabla Nº 40: Frecuencia Relativa de la Variable Consumo Actual de Drogas en la Familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	14	63,6	63,6	63,6
	No	8	36,4	36,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 35: Frecuencia Relativa de la Variable Tiempo Cumplido



De acuerdo a la tabla Nº 40, se puede observar que la mayoría de los sujetos sí presentan consumo actual de drogas en su familia, alcanzando el 63,6%, mientras sólo el 36,4% de los sujetos no presenta este consumo actual.

3. Objetivo específico Nº 3: Descripción de Frecuencias Relativas de las Variables Clínicas.

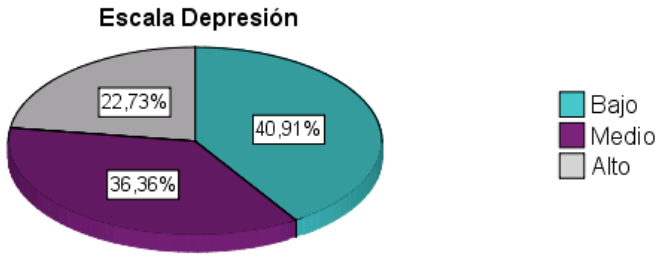
3.1. Descripción de la Variable "Depresión".

3.1.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Depresión

Tabla Nº 41: Frecuencia Relativa de la Variable Depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	9	40,9	40,9	40,9
	Medio	8	36,4	36,4	77,3
	Alto	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 36: Frecuencia Relativa de la Variable Depresión



De acuerdo a la tabla Nº 41, se observa que el 40,9% de los sujetos presentan niveles bajos en la escala depresión, el 36,4% de ellos presentan niveles medios, mientras el 22,7% obtiene puntuaciones que corresponden a niveles altos de depresión.

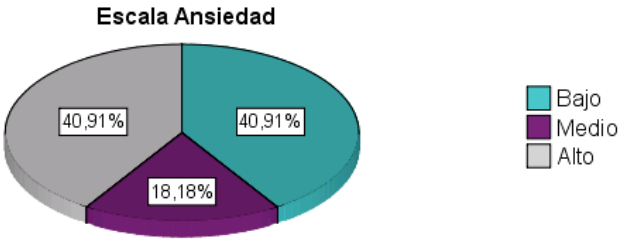
3.2. Descripción de la Variable "Ansiedad".

3.2.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Ansiedad

Tabla Nº 42: Frecuencia Relativa de la Variable Ansiedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	9	40,9	40,9	40,9
	Medio	4	18,2	18,2	59,1
	Alto	9	40,9	40,9	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 37: Frecuencia Relativa de la Variable Ansiedad



De acuerdo a la tabla Nº 42, se observa que el 40,9% de los sujetos presentan niveles bajos en la escala ansiedad, el mismo porcentaje de sujetos presentan niveles altos, mientras el 18,2% obtiene puntuaciones que corresponden a niveles medios de ansiedad.

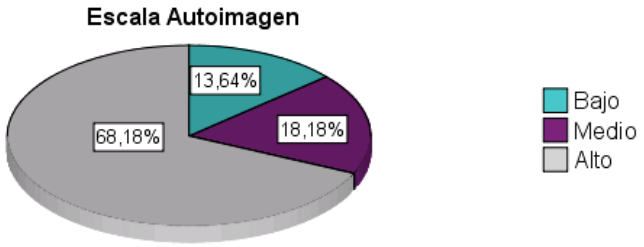
3.3. Descripción de la Variable "Autoimagen".

3.3.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Autoimagen

Tabla Nº 43: Frecuencia Relativa de la Variable Autoimagen

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	3	13,6	13,6	13,6
	Medio	4	18,2	18,2	31,8
	Alto	15	68,2	68,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 38: Frecuencia Relativa de la Variable Autoimagen



De acuerdo a la tabla Nº 43, se observa que el 68,2% de los sujetos presentan niveles altos en la escala autoimagen, el 18,2% de ellos presentan niveles medios, mientras el 13,6% obtiene puntuaciones que corresponden a niveles bajos de autoimagen.

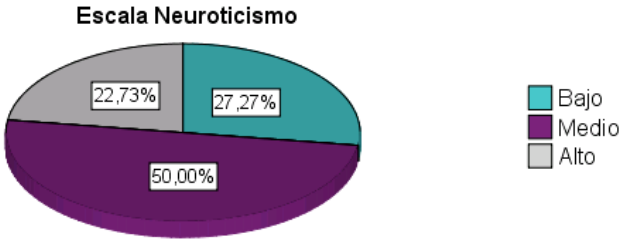
3.4. Descripción de la Variable "Neuroticismo".

3.4.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Neuroticismo

Tabla Nº 44: Frecuencia Relativa de la Variable Neuroticismo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	6	27,3	27,3	27,3
	Medio	11	50,0	50,0	77,3
	Alto	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 39: Frecuencia Relativa de la Variable Neuroticismo



De acuerdo a la tabla Nº 44, se observa que el 50% de los sujetos presentan niveles altos en la escala de neuroticismo, el 27,3% de ellos presentan niveles medios, mientras que el 22,7% obtiene puntuaciones que corresponden a niveles bajos de neuroticismo.

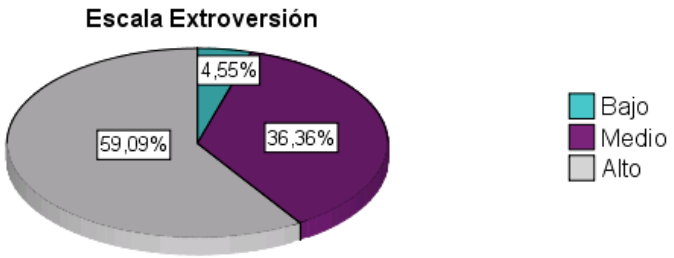
3.5. Descripción de la Variable "Extroversión".

3.5.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Extroversión

Tabla Nº 45: Frecuencia Relativa de la Variable Extroversión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	1	4,5	4,5	4,5
	Medio	8	36,4	36,4	40,9
	Alto	13	59,1	59,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 40: Frecuencia Relativa de la Variable Extroversión



De acuerdo a la tabla Nº 45, se observa que la mayoría de los sujetos presentan niveles altos en la escala de extroversión alcanzando el 59,1%, por su parte el 36,4% de los sujetos presentan niveles medios, mientras que el 4,5% restante obtienen puntuaciones que corresponden a niveles bajos de extroversión.

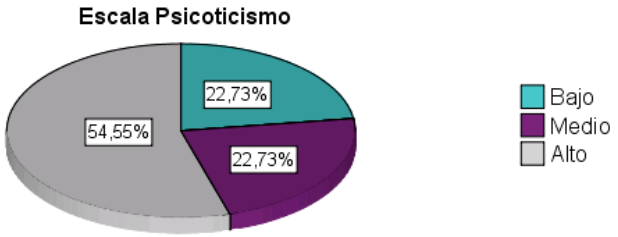
3.6. Descripción de la Variable “Psicoticismo”.

3.6.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Psicoticismo

Tabla Nº 46: Frecuencia Relativa de la Variable Psicoticismo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	22,7	22,7	22,7
	Medio	5	22,7	22,7	45,5
	Alto	12	54,5	54,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 41: Frecuencia Relativa de la Variable Psicoticismo



De acuerdo a la tabla Nº 46, se observa que el 54,5% de los sujetos presentan niveles altos en la escala de psicoticismo, el 22,7% de los sujetos obtienen puntuaciones que corresponden a niveles medios, mientras que el mismo porcentaje de los sujetos presentan niveles bajos de psicoticismo.

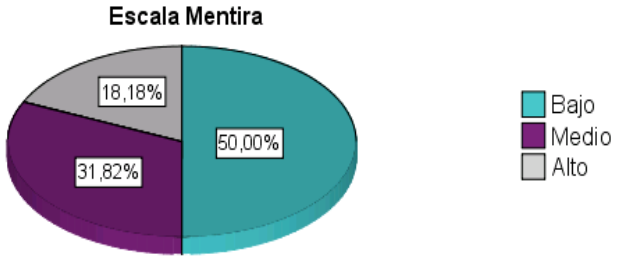
3.7. Descripción de la Variable “Mentira”.

3.7.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Mentira

Tabla Nº 47: Frecuencia Relativa de la Variable Mentira

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	11	50,0	50,0	50,0
	Medio	7	31,8	31,8	81,8
	Alto	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 42: Frecuencia Relativa de la Variable Mentira



De acuerdo a la tabla Nº 47, se observa que el 50% de los sujetos presentan niveles bajos en la escala mentira, el 31,8% de ellos presentan niveles medios, mientras que el 18,2% obtienen puntuaciones que corresponden a niveles bajos en la escala mentira.

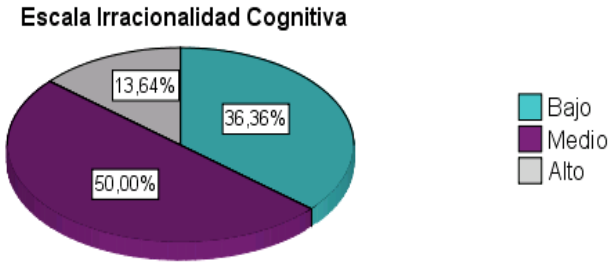
3.8. Descripción de la Variable "Irracionalidad Cognitiva".

3.8.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Irracionalidad Cognitiva

Tabla Nº 48: Frecuencia Relativa de la Variable Irracionalidad Cognitiva

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	8	36,4	36,4	36,4
	Medio	11	50,0	50,0	86,4
	Alto	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 43: Frecuencia Relativa de la Variable Irracionalidad Cognitiva



De acuerdo a la tabla Nº 48, se observa que el 50% de los sujetos presentan niveles medos en la escala de irracionalidad cognitiva, el 36,4% de los sujetos presentan niveles bajos, mientras que el 13,6% restante corresponde a niveles altos de irracional cognitiva.

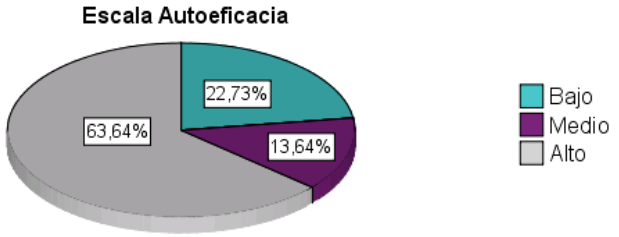
3.9. Descripción de la Variable "Autoeficacia".

3.9.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Autoficacia

Tabla Nº 49: Frecuencia Relativa de la Variable Autoeficacia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	22,7	22,7	22,7
	Medio	3	13,6	13,6	36,4
	Alto	14	63,6	63,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 44: Frecuencia Relativa de la Variable Autoeficacia



De acuerdo a la tabla Nº 49 se observa que la mayoría de los sujetos presentan niveles altos en la escala de autoeficacia alcanzando el 63,6%, por su parte el 22,7% de los sujetos presentan niveles bajos, mientras que el 13,6% obtienen puntuaciones que corresponden a niveles medios de autoeficacia.

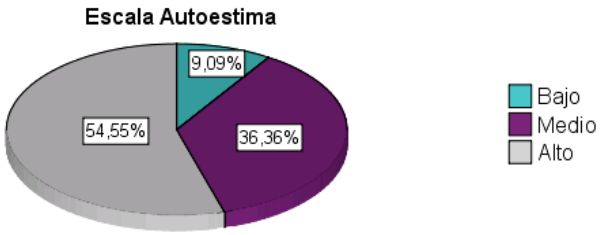
3.10. Descripción de la Variable "Autoestima".

3.10.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Autoestima

Tabla Nº 50: Frecuencia Relativa de la Variable Autoestima

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	2	9,1	9,1	9,1
	Medio	8	36,4	36,4	45,5
	Alto	12	54,5	54,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 45: Frecuencia Relativa de la Variable Autoestima



De acuerdo a la tabla Nº 50 se observa que el 54,5% de los sujetos presentan niveles altos en la escala de autoestima, el 36,4% de ellos presentan niveles medios, mientras que el 9,1% de los sujetos obtuvieron puntuaciones que corresponden a niveles bajos de autoestima.

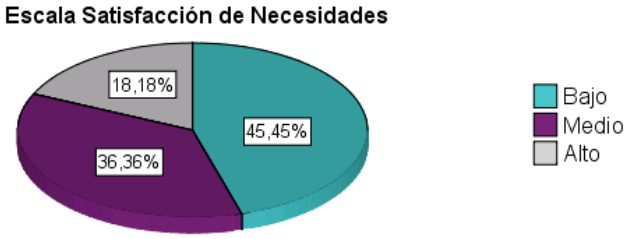
3.11. Descripción de la Variable "Satisfacción de Necesidades"

3.11.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Satisfacción de Necesidades

Tabla Nº 51: Frecuencia Relativa de la Variable Satisfacción de Necesidades

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	10	45,5	45,5	45,5
	Medio	8	36,4	36,4	81,8
	Alto	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 46: Frecuencia Relativa de la Variable Satisfacción de Necesidades



De acuerdo a la tabla Nº 51 se observa que el 45,5% de los sujetos presentan niveles bajos en la escala de satisfacción de necesidades, el 36,4% de los sujetos presentan niveles medios, mientras que el 18,2% restante corresponden a niveles altos de satisfacción de necesidades.

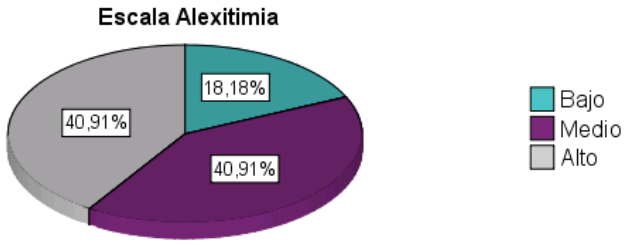
3.12. Descripción de la Variable “Alexitimia”.

3.12.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Alexitimia

Tabla Nº 52: Frecuencia Relativa de la Variable Alexitimia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	4	18,2	18,2	18,2
	Medio	9	40,9	40,9	59,1
	Alto	9	40,9	40,9	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 47: Frecuencia Relativa de la Variable Alexitimia



De acuerdo a la tabla Nº 52 se observa que el 40,9% de los sujetos presentan niveles altos en la escala de alexitimia, el mismo porcentaje de sujetos presentan niveles medios, mientras que el 18,2% obtienen puntuaciones que corresponden a niveles bajos de alexitimia.

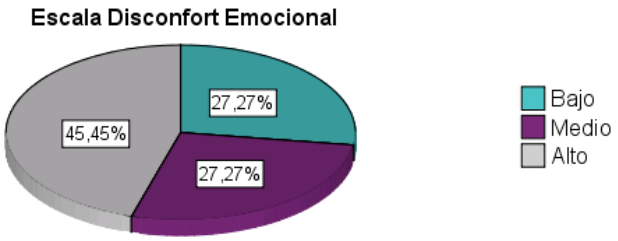
3.13. Descripción de la Variable "Disconfort Emocional".

3.13.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Disconfort Emocional

Tabla Nº 53: Frecuencia Relativa de la Variable Disconfort Emocional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	6	27,3	27,3	27,3
	Medio	6	27,3	27,3	54,5
	Alto	10	45,5	45,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 48: Frecuencia Relativa de la Variable Disconfort Emocional



De acuerdo a la tabla Nº 53 se observa que el 45,5% de los sujetos presentan niveles altos en la escala de Disconfort Emocional, el 27,3% de los sujetos presentan niveles medios, mientras que el mismo porcentaje de los sujetos presentan niveles bajos en la escala de Disconfort Emocional.

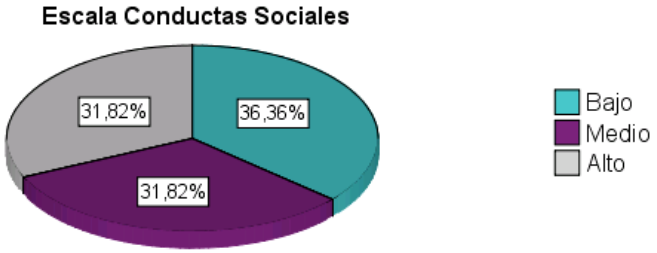
3.14. Descripción de la Variable "Conducta Social".

3.14.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Conducta Social

Tabla Nº 54: Frecuencia Relativa de la Variable Conducta Social

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	8	36,4	36,4	36,4
	Medio	7	31,8	31,8	68,2
	Alto	7	31,8	31,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 49: Frecuencia Relativa de la Variable Conducta Social



De acuerdo a la tabla Nº 54 se observa que el 36,4% de los sujetos presentan niveles bajos en la escala de conducta social, el 31,8% de los sujetos presentan niveles medios, mientras que el mismo porcentaje de sujetos presentan niveles altos en conducta social.

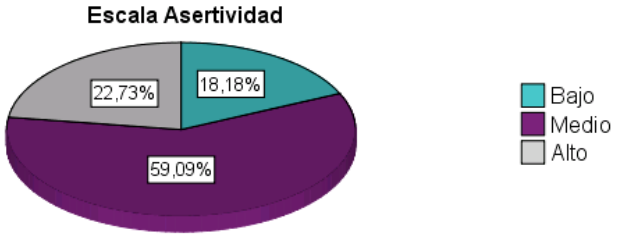
3.15. Descripción de la Variable "Asertividad".

3.15.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Asertividad

Tabla Nº 55: Frecuencia Relativa de la Variable Asertividad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	4	18,2	18,2	18,2
	Medio	13	59,1	59,1	77,3
	Alto	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 50: Frecuencia Relativa de la Variable Asertividad



De acuerdo a la tabla Nº 55 se observa que la mayoría de los sujetos presentan niveles medios en la escala de asertividad alcanzando el 59,1%, por su parte el 22,7% de los sujetos presentan niveles altos, mientras que el 18,2% obtienen puntuaciones que corresponden a niveles bajos de asertividad.

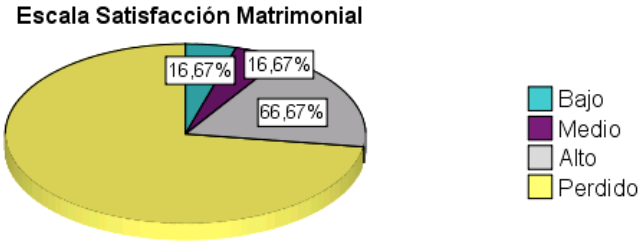
3.16. Descripción de la Variable "Satisfacción Matrimonial".

3.16.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Satisfacción Matrimonial

Tabla Nº 56: Frecuencia Relativa de la Variable Satisfacción Matrimonial

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	1	4,5	16,7	16,7
	Medio	1	4,5	16,7	33,3
	Alto	4	18,2	66,7	100,0
	Total	6	27,3	100,0	
Perdidos	Sistema	16	72,7		
Total		22	100,0		

Gráfico Nº 51: Frecuencia Relativa de la Variable Satisfacción Matrimonial



De acuerdo a la tabla Nº 56 se observa que el 18,2% de los sujetos casados o con pareja, presentan niveles altos en la escala de satisfacción matrimonial, el 4,5% de los sujetos presentan niveles medios, mientras que el mismo porcentaje de los sujetos obtienen puntuaciones que corresponden a niveles bajos en satisfacción matrimonial.

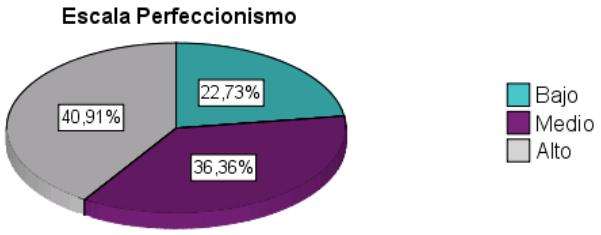
3.17. Descripción de la Variable "Perfeccionismo".

3.17.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Perfeccionismo

Tabla Nº 57: Frecuencia Relativa de la Variable Perfeccionismo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	22,7	22,7	22,7
	Medio	8	36,4	36,4	59,1
	Alto	9	40,9	40,9	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 52: Frecuencia Relativa de la Variable Perfeccionismo



De acuerdo a la tabla Nº 57 se observa que el 40,9% de los sujetos presentan niveles altos en la escala de perfeccionismo, el 36,4% de los sujetos presentan niveles medios, mientras que el 22,7% restante obtuvieron puntuaciones que corresponden a niveles bajos de perfeccionismo.

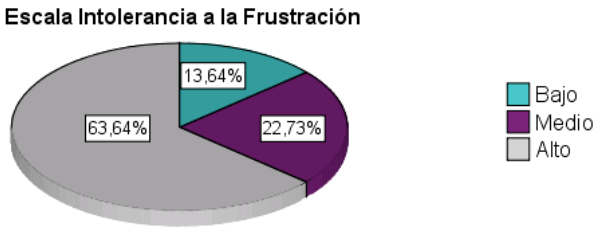
3.18. Descripción de la Variable "Intolerancia a la Frustración".

3.18.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Intolerancia a la Frustración

Tabla Nº 58: Frecuencia Relativa de la Variable Intolerancia a la Frustración

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	3	13,6	13,6	13,6
	Medio	5	22,7	22,7	36,4
	Alto	14	63,6	63,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 53: Frecuencia Relativa de la Variable Intolerancia a la Frustración



De acuerdo a la tabla Nº 58 se observa que la mayoría de los sujetos presentan niveles altos en la escala de Intolerancia a la frustración alcanzando el 63,6%, por su parte el 22,7% de los sujetos presentan niveles medios, mientras que el 13,6% obtienen puntuaciones que corresponden a niveles bajos de Intolerancia a la frustración.

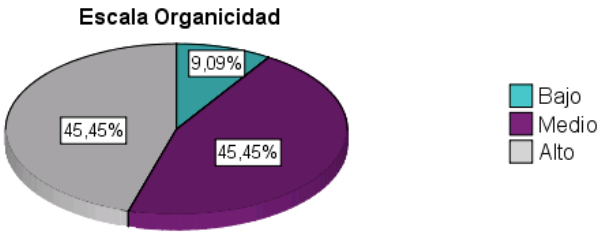
3.19. Descripción de la Variable "Organicidad".

3.19.1. Frecuencia Relativa Descripción de la Variable Organicidad

Tabla Nº 59: Frecuencia Relativa de la Variable Organicidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	2	9,1	9,1	9,1
	Medio	10	45,5	45,5	54,5
	Alto	10	45,5	45,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico Nº 54: Frecuencia Relativa de la Variable Organicidad



De acuerdo a la tabla Nº 59 se observa que el 45,5% de los sujetos presentan niveles altos en la escala de organicidad, el mismo porcentaje de sujetos presentan niveles medios, mientras que el 9,1% obtienen puntuaciones que corresponden a niveles bajos de Organicidad.

4. Objetivo específico Nº 4: Relaciones entre las Variables Sociodemográficas y las Variables de la Historia de Consumo.

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

H_0: Existe independencia entre las variables.

H_1: No existe independencia entre las variables.

4.1. Relaciones entre las Variables Sociodemográficas y las Variables de la Historia de Consumo.

4.1.1. Relaciones entre la Variable "Edad" y las Variables de Historia de Consumo.

Tabla N° 60: Cruce de frecuencias entre la Variable "Edad" y las Variables de Historia de Consumo.

	Edad					
	Pearson		**Chi-cuadrado**		**Spearman**	
	Valor	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**
Edad de inicio de Consumo	0.180	0.423	5.418	0.247	**0.478**	**0.025**
Droga de inicio	---	---	3.900	0.420	-0.066	0.771
Nº de drogas	0.076	0.738	1.925	0.750	0.064	0.778
F. de consumo alcohol en Libertad	---	---	3.621	0.460	-0.111	0.623
F. de consumo de marihuana en Libertad	---	---	7.671	0.104	**-0.495**	**0.019**
F. de consumo de cocaína en libertad	---	---	3.199	0.525	-0.333	0.130

F. de consumo de pasta base en libertad	---	---	0.866	0.929	-0.175	0.436
F. de consumo de codeína en libertad	---	---	3.474	0.482	-0.375	0.085
F. de consumo de éxtasis en libertad	---	---	4.714	0.095	0.191	0.396
F. de consumo de fármacos en libertad	---	---	1.905	0.753	-0.149	0.507
F. de consumo de solventes en libertad	---	---	4.235	0.375	-0.265	0.233
F. de consumo de anfetaminas en libertad	---	---	5.349	0.253	-0.393	0.071
F. de consumo de otros en libertad	---	---	3.756	0.440	-0.154	0.495
F. de consumo alcohol en módulos	---	---	2.806	0.246	-0.277	0.213
F. de consumo de marihuana en módulos	---	---	**16.229**	**0.003**	-0.341	0.120
F. de consumo de cocaína en módulos	---	---	1.714	0.788	-0.183	0.416
F. de consumo de pasta base en módulos	---	---	2.471	0.650	-0.192	0.393
F. de consumo de codeína en módulos	---	---	---	---	---	---
F. de consumo de éxtasis en módulos	---	---	---	---	---	---
F. de consumo de fármacos en módulos	---	---	3.474	0.482	-0.375	0.085
F. de consumo de solventes en módulos	---	---	1.048	0.592	-0.207	0.356
F. de consumo de anfetaminas en módulos	---	---	1.048	0.592	-0.207	0.356
F. de consumo de otros en módulos	---	---	2.245	0.325	0.138	0.560

Tratamientos anteriores	---	---	2.020	0.364	0.252	0.258
Nº de tratamientos anteriores	---	---	2.357	0.670	0.040	0.858
Días de tratamiento	0.111	0.622	4.518	0.340	0.029	0.899
Etapas del tratamiento	---	---	7.507	0.276	0.074	0.742
Consumo anterior en la familia	---	---	0.800	0.670	-0.187	0.405
Consumo actual en la familia	---	---	3.269	0.195	-0.333	0.129

4.1.1.1 Cruce de Frecuencias de las Variables "Edad" y "Frecuencia de consumo de Marihuana en Módulos".

Tabla N° 61: Tabla de contingencia de las Variables "Edad" y "Frecuencia de consumo de Marihuana en Módulos".

		Frecuencia de Consumo de Marihuana en Módulos			
		Nunca o menos de una vez al mes	Entre una y cuatro veces al mes	Dos o más veces a la semana	Total
Edad	20 a 25 años	0	3	8	11
	26 a 31 años	0	1	6	7
	32 ó más	3	0	1	4
Total		3	4	15	22

En la variable "Edad" se observa que el rango 20 a 25 años, donde se encuentra la mayor parte de los casos, la "Frecuencia de Consumo de Marihuana en Módulos" tiende al rango "Dos o más veces a la semana", al igual que en el rango 26 a 31 años. Mientras que sobre los 32 años, la tendencia de consumo es de "nunca a menos de una vez al mes".

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 16,229 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,003. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,01$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Edad" y "Frecuencia de Consumo de Marihuana en Módulos" están relacionadas.

4.1.1.2. Cruce de Frecuencias de las Variables "Edad" y "Edad de Inicio del Consumo".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Edad" e "Inicio de Consumo de Drogas", indica que éstas presentan una correlación directa, baja a moderada de 0,478 y una significancia de 0,025 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que presentan menor Edad, tienden a presentar una Edad de inicio del consumo entre los 12 y 14 años.

4.1.1.3. Cruce de Frecuencias de las Variables "Edad" y "Frecuencia de consumo de Marihuana en Libertad".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Edad" e "Consumo de Marihuana en Libertad", indica que éstas presentan una correlación directa, baja a moderada de 0,495 y una significancia de 0,019 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que en los sujetos que presentan menor Edad, la "Frecuencia de consumo de marihuana en libertad" tiende a presentarse entre dos o más veces a la semana.

4.1.2. Relaciones entre la Variable "Estado Civil" y las Variables de Historia de Consumo.

Tabla N° 62: Cruce de frecuencias entre la Variable "Estado Civil" y las Variables de Historia de Consumo.

	Estado Civil					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Edad de inicio de Consumo	---	---	2.095	0.718	---	---
Droga de inicio	---	---	3.094	0.542	---	---
Nº de drogas	---	---	5.376	0.251	---	---
Frecuencia de consumo alcohol en Libertad	---	---	1.943	0.746	---	---
Frecuencia de consumo de marihuana en Libertad	---	---	**11.036**	**0.026**	---	---
Frecuencia de consumo de cocaína en libertad	---	---	4.881	0.300	---	---
Frecuencia de consumo de pasta base en libertad	---	---	2.916	0.572	---	---
Frecuencia de consumo de codeína en libertad	---	---	1.303	0.861	---	---
Frecuencia de consumo de éxtasis en libertad	---	---	0.976	0.614	---	---
Frecuencia de consumo de fármacos en libertad	---	---	7.145	0.128	---	---
Frecuencia de consumo de solventes en libertad	---	---	8.034	0.090	---	---
Frecuencia de consumo de anfetaminas en libertad	---	---	7.906	0.095	---	---
Frecuencia de consumo de otros en libertad	---	---	0.651	0.957	---	---

Frecuencia de consumo alcohol en módulos	---	---	0.609	0.738	---	---
Frecuencia de consumo de marihuana en módulos	---	---	7.292	0.121	---	---
Frecuencia de consumo de cocaína en módulos	---	---	3.956	0.412	---	---
Frecuencia de consumo de pasta base en módulos	---	---	2.443	0.655	---	---
Frecuencia de consumo de codeína en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de éxtasis en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de fármacos en módulos	---	---	4.197	0.380	---	---
Frecuencia de consumo de solventes en módulos	---	---	0.393	0.822	---	---
Frecuencia de consumo de anfetaminas en módulos	---	---	0.393	0.822	---	---
Frecuencia de consumo de otros en módulos	---	---	3.562	0.168	---	---
Tratamientos anteriores	---	---	2.467	0.291	---	---
Nº de tratamientos anteriores	---	---	**11.458**	**0.022**	---	---
Días de tratamiento	---	---	4.744	0.315	---	---
Etapas del tratamiento	---	---	6.215	0.400	---	---
Consumo anterior en la familia	---	---	0.609	0.738	---	---
Consumo actual en la familia	---	---	0.609	0.738	---	---

4.1.2.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Estado Civil" y "Frecuencia de consumo de Marihuana en Libertad".

Tabla N° 63: Tabla de contingencia de las Variables "Estado Civil" y "Frecuencia de consumo de Marihuana en Libertad".

		Frecuencia de Consumo de Marihuana en Libertad			
		Nunca o menos de una vez al mes	Entre una y cuatro veces al mes	Dos o más veces a la semana	Total
Estado Civil	Soltero	1	1	14	16
	Con Pareja o Casado	0	0	5	5
	Separado	0	1	0	1
Total		1	2	19	22

En la variable "Estado Civil", la Categoría de Soltero (donde se encuentra la mayor parte de los casos) tiende a presentar mayoritariamente una "Frecuencia de Consumo de Marihuana" de "Dos o más veces a la semana", mientras que la categoría "Con pareja o Casado" presenta solamente una frecuencia de entre "Dos o más veces a la semana". En la categoría "Separado" (1 caso) se observa solo un consumo de "entre una y cuatro veces al mes".

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 11,458 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,000. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Estado Civil" y "Frecuencia de Consumo de Marihuana" están relacionadas.

4.1.2.2. Cruce de Frecuencias de las Variables "Estado Civil" y "Número de Tratamientos Anteriores".

Tabla N° 64: Tabla de contingencia de las Variables "Estado Civil" y "Número de Tratamientos Anteriores".

		Número de Tratamientos Anteriores			
		Ningún tratamiento	Un tratamiento	Uno o más tratamientos	Total
Estado Civil	Soltero	14	1	1	16
	Con Pareja o Casado	4	1	0	5
	Separado	0	0	1	1
Total		18	2	2	22

En la variable "Estado Civil" se observa que la mayoría de los sujetos no presentan tratamientos anteriores. En este sentido, en la categoría de Soltero (donde se encuentra la mayor parte de los casos) el "Número de Tratamientos Anteriores" disminuye, encontrándose 14 casos en la categoría Ningún Tratamiento. La categoría "con pareja o casado" presenta un patrón similar, mientras que la categoría "separado" (un caso) presenta "uno o más tratamientos".

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 11,036 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,000. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Estado Civil" y "Número de Tratamientos Anteriores" están relacionadas.

4.1.3. Relaciones entre la Variable "Actividad Anterior" y las Variables de Historia de Consumo.

Tabla N° 65: Cruce de frecuencias entre la Variable "Actividad Anterior" y las Variables de Historia de Consumo.

	Actividad anterior					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	**Nivel de sig.**	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Edad de inicio de Consumo	---	---	3.910	0.418	---	---
Droga de inicio	---	---	1.403	0.844	---	---
Nº de drogas	---	---	2.703	0.609	---	---
Frecuencia de consumo alcohol en Libertad	---	---	1.645	0.801	---	---
Frecuencia de consumo de marihuana en Libertad	---	---	5.789	0.215	---	---
Frecuencia de consumo de cocaína en libertad	---	---	0.999	0.910	---	---
Frecuencia de consumo de pasta base en libertad	---	---	1.697	0.791	---	---
Frecuencia de consumo de codeína en libertad	---	---	3.482	0.481	---	---
Frecuencia de consumo de éxtasis en libertad	---	---	7.480	0.024	---	---
Frecuencia de consumo de fármacos en libertad	---	---	4.039	0.401	---	---
Frecuencia de consumo de solventes en libertad	---	---	6.582	0.160	---	---
Frecuencia de consumo de anfetaminas en libertad	---	---	0.269	0.992	---	---
Frecuencia de consumo de	---	---	4.312	0.365	---	---

otros en libertad						
Frecuencia de consumo alcohol en módulos	---	---	5.455	0.065	---	---
Frecuencia de consumo de marihuana en módulos	---	---	3.955	0.412	---	---
Frecuencia de consumo de cocaína en módulos	---	---	3.244	0.518	---	---
Frecuencia de consumo de pasta base en módulos	---	---	3.203	0.524	---	---
Frecuencia de consumo de codeína en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de éxtasis en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de fármacos en módulos	---	---	2.721	0.606	---	---
Frecuencia de consumo de solventes en módulos	---	---	3.562	0.168	---	---
Frecuencia de consumo de anfetaminas en módulos	---	---	1.257	0.533	---	---
Frecuencia de consumo de otros en módulos	---	---	3.562	0.168	---	---
Tratamientos anteriores	---	---	0.730	0.694	---	---
Nº de tratamientos anteriores	---	---	2.619	0.623	---	---
Días de tratamiento	---	---	1.257	0.869	---	---
Etapas del tratamiento	---	---	5.631	0.466	---	---
Consumo anterior en la familia	---	---	0.331	0.847	---	---
Consumo actual en la familia	---	---	1.566	0.457	---	---

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

4.1.4. Relaciones entre la Variable "Número de Delitos de Ingreso" y las Variables de Historia de Consumo.

Tabla N° 66: Cruce de frecuencias entre la Variable "Número de Delitos de Ingreso" y las Variables de Historia de Consumo.

	Nº de Delitos de Ingreso					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Edad de inicio de Consumo	---	---	2.208	0.331	-0.308	0.163
Droga de inicio	---	---	2.402	0.301	---	---
Nº de drogas	---	---	1.661	0.436	0.274	0.217
Frecuencia de consumo alcohol en Libertad	---	---	1.592	0.451	0.204	0.361
Frecuencia de consumo de marihuana en Libertad	---	---	0.772	0.680	0.073	0.746
Frecuencia de consumo de cocaína en libertad	---	---	3.385	0.184	0.307	0.165
Frecuencia de consumo de pasta base en libertad	---	---	0.087	0.958	-0.031	0.890
Frecuencia de consumo de codeína en libertad	---	---	1.643	0.440	0.220	0.325
Frecuencia de consumo de éxtasis en libertad	---	---	0.775	0.784	0.058	0.796
Frecuencia de consumo de fármacos en libertad	---	---	1.247	0.536	-0.018	0.938
Frecuencia de consumo de solventes en libertad	---	---	0.140	0.932	0.000	1.000
Frecuencia de consumo de anfetaminas en libertad	---	---	2.941	0.230	0.290	0.191
Frecuencia de consumo de	---	---	2.837	0.242	0.180	0.424

otros en libertad						
Frecuencia de consumo alcohol en módulos	---	---	0.060	0.806	-0.052	0.817
Frecuencia de consumo de marihuana en módulos	---	---	0.696	0.706	0.160	0.478
Frecuencia de consumo de cocaína en módulos	---	---	1.444	0.486	0.223	0.318
Frecuencia de consumo de pasta base en módulos	---	---	1.803	0.406	0.229	0.304
Frecuencia de consumo de codeína en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de éxtasis en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de fármacos en módulos	---	---	0.772	0.680	-0.049	0.829
Frecuencia de consumo de solventes en módulos	---	---	0.725	0.394	-0.182	0.419
Frecuencia de consumo de anfetaminas en mód0ulos	---	---	1.513	0.219	0.262	0.238
Frecuencia de consumo de otros en módulos	---	---	1.513	0.219	0.262	0.238
Tratamientos anteriores	---	---	1.119	0.290	---	---
Nº de tratamientos anteriores	---	---	1.546	0.462	-0.130	0.564
Días de tratamiento	---	---	2.523	0.283	-0.108	0.631
Etapas del tratamiento	---	---	2.488	0.477	-0.085	0.707
Consumo anterior en la familia	---	---	**4.197**	**0.040**	---	---
Consumo actual en la familia	---	---	0.060	0.806	---	---

4.1.4.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Nº de Delitos de Ingreso" y "Consumo Histórico de Drogas en la Familia".

Tabla N° 67: Tabla de contingencia de las Variables "Delito de Ingreso" y "Consumo Histórico de Drogas en la Familia".

		Consumo histórico de drogas en la familia		
		Si	No	Total
Nº de Delito de Ingreso	Un delito	6	7	13
	Dos o más	8	1	9
Total		14	8	22

En la variable "Delito de Ingreso" se observa que los sujetos que exhiben han ingresado por dos o más delitos, la mayoría presenta consumo anterior de drogas en la familia, y aquello que ingresaron a la cárcel por sólo un delito, presentan indistintamente "Consumo Anterior de Drogas en la Familia".

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 4,197 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 1 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,000. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Delito de Ingreso" y "Consumo Anterior en la Familia" están relacionadas.

4.1.5. Relaciones entre la Variable "Tiempo de Condena" y las Variables de Historia de Consumo.

Tabla N° 68: Cruce de frecuencias entre la Variable "Tiempo de Condena" y las Variables de Historia de Consumo.

	Tiempo de Condena					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Edad de inicio de Consumo	0.210	0.347	0.601	0.963	0.051	0.823
Droga de inicio	---	---	6.580	0.160	---	---
Nº de drogas	0.289	0.192	3.771	0.438	0.227	0.310
Frecuencia de consumo alcohol en Libertad	---	---	5.867	0.209	0.377	0.083
Frecuencia de consumo de marihuana en Libertad	---	---	0.951	0.917	-0.025	0.911
Frecuencia de consumo de cocaína en libertad	---	---	7.352	0.118	-0.204	0.362
Frecuencia de consumo de pasta base en libertad	---	---	3.732	0.443	0.212	0.344
Frecuencia de consumo de codeína en libertad	---	---	0.951	0.917	0.025	0.911
Frecuencia de consumo de éxtasis en libertad	---	---	0.393	0.822	0.133	0.555
Frecuencia de consumo de fármacos en libertad	---	---	3.457	0.484	0.359	0.101
Frecuencia de consumo de solventes en libertad	---	---	1.479	0.830	-0.110	0.627
Frecuencia de consumo de anfetaminas en libertad	---	---	**10.944**	**0.027**	0.392	0.071
Frecuencia de consumo de	---	---	1.387	0.847	0.102	0.652

otros en libertad						
Frecuencia de consumo alcohol en módulos	---	---	1.010	0.603	-0.053	0.815
Frecuencia de consumo de marihuana en módulos	---	---	1.152	0.886	-0.171	0.447
Frecuencia de consumo de cocaína en módulos	---	---	4.497	0.343	-0.020	0.928
Frecuencia de consumo de pasta base en módulos	---	---	1.387	0.847	0.102	0.652
Frecuencia de consumo de codeína en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de éxtasis en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de fármacos en módulos	---	---	2.771	0.597	0.285	0.199
Frecuencia de consumo de solventes en módulos	---	---	0.599	0.741	-0.122	0.588
Frecuencia de consumo de anfetaminas en módulos	---	---	0.599	0.741	-0.122	0.588
Frecuencia de consumo de otros en módulos	---	---	0.599	0.741	-0.122	0.588
Tratamientos anteriores	---	---	**7.513**	**0.023**	---	---
Nº de tratamientos anteriores	---	---	0.873	0.928	0.197	0.379
Días de tratamiento	-0.322	0.144	4.518	0.340	-0.288	0.193
Etapas del tratamiento	---	---	3.536	0.739	-0.275	0.216
Consumo anterior en la familia	---	---	3.171	0.205	---	---
Consumo actual en la familia	---	---	0.702	0.704	---	---

4.1.5.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Tiempo de Condena" y "Frecuencia de Consumo de Anfetaminas en Libertad".

Tabla N° 69: Tabla de contingencia de las Variables "Tiempo de Condena" y "Frecuencia de Consumo de Anfetaminas en Libertad".

		Frecuencia de Consumo de Anfetaminas en Libertad			
		Nunca o menos de una vez al mes	Entre una y cuatro veces al mes	Dos o más veces a la semana	Total
Tiempo de Condena	24 a 59 meses	1	0	0	1
	60 a 96 meses	11	0	3	14
	97 ó más	2	4	1	7
Total		14	4	4	22

En la variable "Tiempo de Condena" se aprecia que la mayoría de los sujetos que presentan condenas en la categoría de "60 a 96 meses" (donde se encuentra la gran parte de los casos) no presentan Consumo de Anfetaminas en Libertad, mientras que en aquellos sujetos que poseen condenas mayores a 97 meses, se observa un aumento del consumo de esta sustancia.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 10,944 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,000. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Tiempo de Condena" y "Frecuencia de Consumo de Anfetaminas en Libertad" están relacionadas.

4.1.5.2. Cruce de Frecuencias de las Variables "Tiempo de Condena" y "Tratamientos Anteriores".

Tabla N° 70: Tabla de contingencia de las Variables "Tiempo de Condena" y "Tratamientos Anteriores".

		Tratamientos Anteriores		
		Si	No	Total
Tiempo de Condena	24 a 59 meses	0	1	1
	60 a 96 meses	2	12	14
	97 ó más	5	2	7
Total		7	15	22

En la variable "Tiempo de Condena"**,** se observa que existen una tendencia a que la mayoría de los sujetos ubicados en el rango "60 a 96 meses" de tiempo de condena (donde se encuentra la mayor parte de los casos), no presenten tratamientos anteriores, encontrándose 12 casos en esta categoría. En la categoría de "24 a 59 meses" existe un caso único sin tratamiento previo, y la categoría "97 o más", la mayoría de los casos sí ha tenido tratamiento anterior.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 7,513 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,000. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Tiempo de Condena" y "Tratamientos Anteriores", están relacionadas.

4.1.6. Relaciones entre la Variable "Tiempo Cumplido" y las Variables de la historia de consumo.

Tabla N° 71: Cruce de frecuencias entre la Variable "Tiempo Cumplido" y las Variables de la historia de consumo.

	Tiempo Cumplido					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Edad de inicio de Consumo	0.396	0.068	3.355	0.500	0.354	0.106
Droga de inicio	---	---	2.338	0.674	---	---
Nº de drogas	0.369	0.091	2.351	0.672	0.163	0.467
Frecuencia de consumo alcohol en Libertad	---	---	4.125	0.389	-0.216	0.335
Frecuencia de consumo de marihuana en Libertad	---	---	5.914	0.206	-0.283	0.202
Frecuencia de consumo de cocaína en libertad	---	---	6.328	0.176	-0.407	0.060
Frecuencia de consumo de pasta base en libertad	---	---	2.004	0.735	-0.019	0.932
Frecuencia de consumo de codeína en libertad	---	---	3.091	0.543	-0.044	0.847
Frecuencia de consumo de éxtasis en libertad	---	---	3.850	0.146	0.370	0.090
Frecuencia de consumo de fármacos en libertad	---	---	2.907	0.573	0.188	0.402
Frecuencia de consumo de solventes en libertad	---	---	3.386	0.495	0.354	0.106
Frecuencia de consumo de anfetaminas en libertad	---	---	3.031	0.553	0.273	0.219
Frecuencia de consumo de	---	---	2.565	0.633	0.093	0.082

otros en libertad						
Frecuencia de consumo alcohol en módulos	---	---	0.010	0.603	0.190	0.398
Frecuencia de consumo de marihuana en módulos	---	---	2.383	0.666	-0.161	0.474
Frecuencia de consumo de cocaína en módulos	---	---	3.848	0.427	0.138	0.542
Frecuencia de consumo de pasta base en módulos	---	---	4.368	0.359	0.132	0.558
Frecuencia de consumo de codeína en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de éxtasis en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de fármacos en módulos	---	---	3.422	0.490	0.163	0.467
Frecuencia de consumo de solventes en módulos	---	---	1.833	0.400	0.255	0.251
Frecuencia de consumo de anfetaminas en módulos	---	---	1.833	0.400	0.255	0.251
Frecuencia de consumo de otros en módulos	---	---	1.833	0.400	0.255	0.251
Tratamientos anteriores	---	---	2.245	0.345	---	---
Nº de tratamientos anteriores	---	---	8.556	0.073	**0.549**	**0.008**
Días de tratamiento	**0.474**	**0.026**	8.594	0.072	**0.431**	**0.045**
Etapas del tratamiento	---	---	10.738	0.097	0.388	0.575
Consumo anterior en la familia	---	---	0.316	0.854	---	---
Consumo actual en la familia	---	---	2.245	0.325	---	---

4.1.6.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Tiempo Cumplido" y "Días de tratamiento".

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a las variables "Tiempo de Cumplido" y "Días de tratamiento", indica que éstas tienen una correlación directa de 0,474 (a medida que se incrementa el "Tiempo Cumplido" de la condena, los "Días de Tratamiento" también aumentan) y una significancia de 0,026 con un 95% de confianza, bilateral.

4.1.6.2. Cruce de Frecuencias de las Variables "Tiempo Cumplido" y "Nº de Tratamientos Anteriores".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa, moderada a buena de 0,549 y una significancia de 0,008 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que presentan menor "Tiempo cumplido de condena", tienden a no presentar "Tratamientos Anteriores".

4.1.7. Relaciones entre la Variable "Reincidencia" y las Variables de la historia de consumo.

Tabla N° 72: Cruce de frecuencias entre la Variable "Reincidencia" y las Variables de la historia de consumo.

	Reincidencia					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Edad de inicio de Consumo	---	---	1.031	0.597	-0.137	0.545
Droga de inicio	---	---	1.027	0.598	---	---
Nº de drogas	---	---	0.489	0.783	-0.145	0.520
Frecuencia de consumo alcohol en Libertad	---	---	3.101	0.212	-0.357	0.103
Frecuencia de consumo de marihuana en Libertad	---	---	0.772	0.680	0.000	1.000
Frecuencia de consumo de cocaína en libertad	---	---	2.739	0.254	0.270	0.225
Frecuencia de consumo de pasta base en libertad	---	---	1.155	0.561	-0.008	0.971
Frecuencia de consumo de codeína en libertad	---	---	2.713	0.117	0.309	0.161
Frecuencia de consumo de éxtasis en libertad	---	---	1.027	0.301	-0.216	0.334
Frecuencia de consumo de fármacos en libertad	---	---	2.025	0.363	0.009	0.967
Frecuencia de consumo de solventes en libertad	---	---	1.031	0.597	-0.158	0.484
Frecuencia de consumo de anfetaminas en libertad	---	---	0.269	0.874	-0.108	0.633
Frecuencia de consumo de	---	---	0.647	0.724	-0.147	0.513

otros en libertad						
Frecuencia de consumo alcohol en módulos	---	---	0.269	0.604	-0.111	0.624
Frecuencia de consumo de marihuana en módulos	---	---	0.105	0.949	0.037	0.839
Frecuencia de consumo de cocaína en módulos	---	---	3.207	0.201	-0.079	0.728
Frecuencia de consumo de pasta base en módulos	---	---	0.647	0.724	-0.147	0.513
Frecuencia de consumo de codeína en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de éxtasis en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de fármacos en módulos	---	---	0.772	0.680	0.026	0.909
Frecuencia de consumo de solventes en módulos	---	---	2.245	0.134	0.319	0.147
Frecuencia de consumo de anfetaminas en módulos	---	---	0.489	0.484	-0.149	0.508
Frecuencia de consumo de otros en módulos	---	---	0.489	0.484	-0.149	0.508
Tratamientos anteriores	---	---	0.050	0.823	---	---
Nº de tratamientos anteriores	---	---	1.257	0.533	-0.046	0.840
Días de tratamiento	---	---	0.297	0.862	0.049	0.828
Etapas del tratamiento	---	---	0.258	0.968	-0.090	0.691
Consumo anterior en la familia	---	---	0.187	0.665	---	---
Consumo actual en la familia	---	---	0.269	0.604	---	---

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

4.1.8. Relaciones entre la Variable "Escolaridad" y las Variables de la historia de consumo.

Tabla N° 73: Cruce de frecuencias entre la Variable "Escolaridad" y las Variables de la historia de consumo.

	Escolaridad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Edad de inicio de Consumo	---	---	3.094	0.542	0.187	0.404
Droga de inicio	---	---	4.411	0.353	---	---
Nº de drogas	---	---	1.330	0.856	0.212	0.345
Frecuencia de consumo alcohol en Libertad	---	---	5.904	0.206	-0.096	0.670
Frecuencia de consumo de marihuana en Libertad	---	---	3.474	0.482	0.288	0.194
Frecuencia de consumo de cocaína en libertad	---	---	6.890	0.142	0.254	0.254
Frecuencia de consumo de pasta base en libertad	---	---	2.629	0.622	0.140	0.536
Frecuencia de consumo de codeína en libertad	---	---	1.447	0.836	0.108	0.632
Frecuencia de consumo de éxtasis en libertad	---	---	3.850	0.146	-0.043	0.851
Frecuencia de consumo de fármacos en libertad	---	---	0.926	0.921	-0.018	0.938
Frecuencia de consumo de solventes en libertad	---	---	2.201	0.699	0.022	0.923
Frecuencia de consumo de anfetaminas en libertad	---	---	2.931	0.569	-0.121	0.592
Frecuencia de consumo de	---	---	4.894	0.298	**0.423**	**0.050**

otros en libertad						
Frecuencia de consumo alcohol en módulos	---	---	0.670	0.715	0.144	0.522
Frecuencia de consumo de marihuana en módulos	---	---	4.851	0.303	**0.462**	**0.030**
Frecuencia de consumo de cocaína en módulos	---	---	1.731	0.785	0.177	0.431
Frecuencia de consumo de pasta base en módulos	---	---	1.207	0.877	-0.117	0.603
Frecuencia de consumo de codeína en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de éxtasis en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de fármacos en módulos	---	---	1.447	0.836	0.129	0.568
Frecuencia de consumo de solventes en módulos	---	---	2.794	0.247	0.313	0.156
Frecuencia de consumo de anfetaminas en módulos	---	---	0.725	0.696	-0.059	0.795
Frecuencia de consumo de otros en módulos	---	---	2.794	0.247	0.313	0.156
Tratamientos anteriores	---	---	1.671	0.434	---	---
Nº de tratamientos anteriores	---	---	1.661	0.798	0.273	0.218
Días de tratamiento	---	---	1.622	0.805	0.074	0.744
Etapas del tratamiento	---	---	9.096	0.168	0.250	0.263
Consumo anterior en la familia	---	---	2.221	0.329	---	---
Consumo actual en la familia	---	---	2.277	0.320	---	---

4.1.8.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Escolaridad" y "Frecuencia de Consumo de Marihuana en Módulos"

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa, baja a moderada de 0,423 y una significancia de 0,050 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia a que los sujetos que han alcanzado un nivel de educación media y superior, tienden a presentar mayor consumo de marihuana en módulos que aquellos con educación media incompleta o básica.

4.1.8.2. Cruce de Frecuencias de las Variables "Escolaridad" y "Frecuencia de Consumo de Otros en Libertad".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa, baja a moderada de 0,462 y una significancia de 0,030 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia a que los sujetos que han alcanzado un nivel de educación media incompleta, tienden a no presentar consumo de otras sustancias.

4.1.9. Relaciones entre la Variable "Educación Superior" y las Variables de la historia de consumo.

Tabla N° 74: Cruce de frecuencias entre la Variable "Educación Superior" y las Variables de la historia de consumo.

	Educación Superior					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Edad de inicio de Consumo	---	---	1.022	0.600	---	---
Droga de inicio	---	---	3.850	0.146	---	---
Nº de drogas	---	---	1.055	0.590	---	---
Frecuencia de consumo alcohol en Libertad	---	---	3.885	0.143	---	---
Frecuencia de consumo de marihuana en Libertad	---	---	0.548	0.760	---	---
Frecuencia de consumo de cocaína en libertad	---	---	1.075	0.584	---	---
Frecuencia de consumo de pasta base en libertad	---	---	0.229	0.892	---	---
Frecuencia de consumo de codeína en libertad	---	---	0.548	0.760	---	---
Frecuencia de consumo de éxtasis en libertad	---	---	2.470	0.116	---	---
Frecuencia de consumo de fármacos en libertad	---	---	1.621	0.445	---	---
Frecuencia de consumo de solventes en libertad	---	---	1.022	0.600	---	---
Frecuencia de consumo de anfetaminas en libertad	---	---	1.985	0.371	---	---
Frecuencia de consumo de	---	---	0.647	0.724	---	---

otros en libertad						
Frecuencia de consumo alcohol en módulos	---	---	0.014	0.907	---	---
Frecuencia de consumo de marihuana en módulos	---	---	1.621	0.445	---	---
Frecuencia de consumo de cocaína en módulos	---	---	1.262	0.532	---	---
Frecuencia de consumo de pasta base en módulos	---	---	0.647	0.724	---	---
Frecuencia de consumo de codeína en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de éxtasis en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de fármacos en módulos	---	---	0.548	0.760	---	---
Frecuencia de consumo de solventes en módulos	---	---	0.165	0.684	---	---
Frecuencia de consumo de anfetaminas en módulos	---	---	0.165	0.684	---	---
Frecuencia de consumo de otros en módulos	---	---	**6.635**	**0.010**	---	---
Tratamientos anteriores	---	---	1.621	0.203	---	---
Nº de tratamientos anteriores	---	---	0.772	0.680	---	---
Días de tratamiento	---	---	0.064	0.968	---	---
Etapas del tratamiento	---	---	1.196	0.754	---	---
Consumo anterior en la familia	---	---	1.985	0.159	---	---
Consumo actual en la familia	---	---	1.985	0.159	---	---

4.1.9.1 Cruce de Frecuencias de las Variables "Educación Superior" y "Frecuencia de Consumo de Otros en Módulos".

Tabla N° 75: Tabla de contingencia de las Variables "Educación Superior" y "Frecuencia de Consumo de Otros en Módulos".

		Frecuencia de Consumo de Otros en Módulos		
		Nunca o menos de una vez al mes	Entre una y cuatro veces al mes	Total
Educación Superior	Si	2	1	3
	No	19	0	19
Total		21	1	22

En la variable "Educación Superior"**,** aquellos sujetos que no han alcanzado un nivel de educación media o superior, que son la mayoría de los casos, presentan frecuencia nula de consumo de otros en módulos. De aquellos que han tenido estudios superiores, la tendencia es haber consumido nunca o una menos de una vez al mes.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 6,635 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 1 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,010. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ($p < 0,01$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Educación Superior" y "Frecuencia de Consumo de Marihuana en Módulos", están relacionadas.

4.1.10. Relaciones entre la Variable "Ingresos Familiares" y las Variables de la historia de consumo.

Tabla N° 76: Cruce de frecuencias entre la Variable "Ingresos Familiares" y las Variables de la historia de consumo.

	Ingresos Familiares					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Edad de inicio de Consumo	-0.208	0.352	3.790	0.435	-0.222	0.320
Droga de inicio	---	---	2.372	0.668	0.003	0.991
Nº de drogas	0.143	0.527	6.207	0.184	-0.079	0.727
Frecuencia de consumo alcohol en Libertad	---	---	9.429	0.051	-0.280	0.207
Frecuencia de consumo de marihuana en Libertad	---	---	3.422	0.490	-0.125	0.579
Frecuencia de consumo de cocaína en libertad	---	---	1.052	0.902	-0.048	0.831
Frecuencia de consumo de pasta base en libertad	---	---	3.400	0.493	-0.082	0.717
Frecuencia de consumo de codeína en libertad	---	---	2.967	0.563	0.158	0.482
Frecuencia de consumo de éxtasis en libertad	---	---	4.714	0.095	-0.396	0.068
Frecuencia de consumo de fármacos en libertad	---	---	6.633	0.157	0.141	0.532
Frecuencia de consumo de solventes en libertad	---	---	3.386	0.495	0.354	0.106
Frecuencia de consumo de anfetaminas en libertad	---	---	5.767	0.217	0.041	0.855
Frecuencia de consumo de	---	---	3.299	0.509	-0.306	0.166

otros en libertad						
Frecuencia de consumo alcohol en módulos	---	---	0.316	0.854	-0.039	0.862
Frecuencia de consumo de marihuana en módulos	---	---	3.752	0.441	-0.093	0.681
Frecuencia de consumo de cocaína en módulos	---	---	**10.618**	**0.031**	-0.125	0.579
Frecuencia de consumo de pasta base en módulos	---	---	2.467	0.651	0.003	0.990
Frecuencia de consumo de codeína en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de éxtasis en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de fármacos en módulos	---	---	2.967	0.563	0.129	0.567
Frecuencia de consumo de solventes en módulos	---	---	1.833	0.400	0.255	0.251
Frecuencia de consumo de anfetaminas en módulos	---	---	1.833	0.400	0.255	0.251
Frecuencia de consumo de otros en módulos	---	---	2.245	0.325	-0.274	0.218
Tratamientos anteriores	---	---	0.599	0.741	0.155	0.491
Nº de tratamientos anteriores	---	---	4.714	0.318	0.157	0.486
Días de tratamiento	0.005	0.982	2.112	0.715	0.193	0.390
Etapas del tratamiento	---	---	6.004	0.423	-0.009	0.970
Consumo anterior en la familia	---	---	0.316	0.854	0.071	0.753
Consumo actual en la familia	---	---	1.010	0.603	0.190	0.398

4.1.10.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Ingresos Familiares" y "Frecuencia de Consumo de Cocaína en Módulos".

Tabla N° 77: Tabla de contingencia de las Variables "Ingresos Familiares" y "Frecuencia de Consumo de Cocaína en Módulos".

		Frecuencia de Consumo de Cocaína en Módulos			
		Nunca o menos de una vez al mes	Entre una y cuatro veces al mes	Dos o más veces a la semana	Total
Ingresos Familiares	50000 a 140000	2	4	1	7
	141000 a 220000	6	1	0	7
	221000 ó más	5	0	3	8
Total		13	5	4	22

En la variable "Ingresos Familiares"**,** aquellos sujetos cuyos ingresos se encontraban entre los 141.000 y 220.000 pesos, tienden a presentar una frecuencia nula o inferior a una vez al mes de consumo de cocaína en módulos. De aquellos sujetos cuyos ingresos se encuentran entre los 50.000 y 140.000 pesos, la tendencia es haber consumido "Entre una y cuatro veces al mes". Los sujetos que se encuentran en el tramo más alto de ingresos, la mayoría de ellos, "Nunca o menos de una vez al mes" han consumido cocaína en módulos.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 10,681 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,031. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Ingresos Familiares" y "Frecuencia de Consumo de Cocaína en Módulos", están relacionadas.

4.1.11. Relaciones entre la Variable "Nº de Hijos" y las Variables de la historia de consumo.

Tabla N° 78: Cruce de frecuencias entre la Variable "Nº de Hijos" y las Variables de la historia de consumo.

	Nº de Hijos					
	Pearson		**Chi-cuadrado**		**Spearman**	
	Valor	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**
Edad de inicio de Consumo	0.027	0.906	6.735	0.151	0.409	0.059
Droga de inicio	---	---	2.272	0.686	-0.055	0.809
Nº de drogas	0.047	0.836	1.178	0.882	0.175	0.435
Frecuencia de consumo alcohol en Libertad	---	---	5.167	0.271	-0.035	0.878
Frecuencia de consumo de marihuana en Libertad	---	---	6.079	0.193	-0.275	0.216
Frecuencia de consumo de cocaína en libertad	---	---	5.205	0.267	-0.312	0.158
Frecuencia de consumo de pasta base en libertad	---	---	7.244	0.124	-0.077	0.733
Frecuencia de consumo de codeína en libertad	---	---	3.474	0.482	-0.378	0.083
Frecuencia de consumo de éxtasis en libertad	---	---	2.933	0.231	0.110	0.627
Frecuencia de consumo de fármacos en libertad	---	---	4.367	0.359	-0.023	0.918
Frecuencia de consumo de solventes en libertad	---	---	1.194	0.874	-0.151	0.504
Frecuencia de consumo de anfetaminas en libertad	---	---	2.018	0.732	-0.203	0.364
Frecuencia de consumo de	---	---	**11.176**	**0.025**	-0.183	0.415

otros en libertad						
Frecuencia de consumo alcohol en módulos	---	---	3.552	0.169	-0.074	0.744
Frecuencia de consumo de marihuana en módulos	---	---	4.371	0.358	-0.164	0.465
Frecuencia de consumo de cocaína en módulos	---	---	4.922	0.295	-0.086	0.705
Frecuencia de consumo de pasta base en módulos	---	---	4.265	0.371	-0.037	0.872
Frecuencia de consumo de codeína en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de éxtasis en módulos	---	---	---	---	---	---
Frecuencia de consumo de fármacos en módulos	---	---	3.474	0.482	-0.378	0.083
Frecuencia de consumo de solventes en módulos	---	---	1.048	0.592	-0.208	0.353
Frecuencia de consumo de anfetaminas en módulos	---	---	1.833	0.400	0.151	0.501
Frecuencia de consumo de otros en módulos	---	---	1.048	0.592	-0.208	0.353
Tratamientos anteriores	---	---	2.514	0.284	0.330	0.134
Nº de tratamientos anteriores	---	---	0.917	0.922	-0.061	0.787
Días de tratamiento	-0.295	0.183	3.858	0.426	-0.123	0.584
Etapas del tratamiento	---	---	8.463	0.206	-0.078	0.731
Consumo anterior en la familia	---	---	0.851	0.653	-0.164	0.466
Consumo actual en la familia	---	---	2.112	0.348	-0.254	0.254

4.1.11.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Nº de hijos" y "Frecuencia de Consumo de Otros en Libertad".

Tabla N° 79: Tabla de contingencia de las Variables "Nº de Hijos" y "Frecuencia de Consumo de Otros en Libertad".

		Frecuencia de Consumo de Otros en Libertad			
		Nunca o menos de una vez al mes	Entre una y cuatro veces al mes	Dos o más veces a la semana	Total
Nº de Hijos	Ninguno	7	4	0	11
	Un hijo	8	0	0	8
	Dos o más hijos	2	0	1	3
Total		17	4	1	22

En la variable "Nº de Hijos"**,** de aquellos sujetos que no tienen hijos, la tendencia de consumo tiende a "Nunca y entre una y cuatro veces al mes" de consumo de otras sustancias en libertad. La totalidad de los sujetos con un hijo, tienden a presentar un consumo en el rango "Nunca o menos de una vez al mes", mientras que de los sujetos que tienen dos o más hijos, la mayoría ha consumido entre "Nunca o menos de una vez al mes".

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson toma un valor de 11,176 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,025. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es muy baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Nº de Hijos" y "Frecuencia de Consumo de Otros en Libertad", están relacionadas.

5. Objetivo específico Nº 5: Relaciones entre las Variables Sociodemográficas y Escalas Clínicas.

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

H_0: Existe independencia entre las variables.

H_1: No existe independencia entre las variables.

5.1. Relaciones entre las Variables Sociodemográficas y Escalas Clínicas.

5.1.1. Relaciones entre la Variable "Edad" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 80: Cruce de frecuencias entre la Variable "Edad" y las Escalas Clínicas.

	Edad					
	Pearson		**Chi-cuadrado**		**Spearman**	
	Valor	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**
Escala Depresión	-0.227	0.311	2.707	0.608	-0.232	0.300
Escala Ansiedad	-0.246	0.269	5.786	0.216	-0.173	0.441
Escala Autoimagen	0.094	0.676	3.861	0.425	-0.179	0.426
Escala Neuroticismo	-0.038	0.866	5.231	0.264	-0.077	0.733
Escala Extroversión	-0.268	0.228	9.462	0.051	-0.362	0.098
Escala Psicoticismo	-0.419	0.052	9.000	0.061	**-0.519**	**0.013**
Escala Mentira	-0.013	0.953	0.431	0.980	-0.423	0.848
Escala Irracionalidad Cognitiva	-0.083	0.712	3.269	0.514	0.046	0.837
Escala Autoeficacia	-0.080	0.723	6.019	0.198	-0.271	0.222
Escala Autoestima	0.333	0.130	1.563	0.816	0.201	0.369
Escala Satisfacción de Necesidades	0.023	0.920	6.375	0.173	0.030	0.894

Escala Alexitimia	-0.123	0.587	3.238	0.519	0.017	0.941
Escala Disconfort Emocional	-0.290	0.190	1.781	0.776	-0.087	0.699
Escala Conductas Sociales	0.131	0.562	3.111	0.539	0.014	0.950
Escala Asertividad	**-0.464**	**0.030**	**10.995**	**0.027**	-0.375	0.085
Escala Satisfacción Matrimonial	0.739	0.094	3.000	0.558	0.657	0.156
Escala Perfeccionismo	0.135	0.549	4.218	0.377	0.139	0.538
Escala Intolerancia a la Frustración	-0.278	0.211	3.659	0.454	-0.257	0.248
Escala Organicidad	-0.350	0.110	5.814	0.213	-0.165	0.462

5.1.1.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Edad" y "Asertividad".

Tabla N° 81: Tabla de contingencia de las Variables "Edad" y "Asertividad".

		Escala Asertividad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Edad	20 a 25 años	1	7	3	11
	26 a 31 años	0	5	2	7
	32 ó más	3	1	0	4
Total		4	13	5	22

En la variable "Edad" encontramos que el rango 20 a 25 años, y el rango 26 a 31 años donde se encuentra la mayor parte de los casos, la "Asertividad" tiende a presentarse en un nivel medio. Mientras que en el rango 32 o más, la asertividad tiende a presentarse en niveles bajos.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 10,995 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,027. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es

baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Edad” y “Asertividad” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,464 (a medida que la Edad aumenta, la Asertividad disminuye) y una significancia de 0,030 con un 95% de confianza, bilateral.

5.1.1.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Edad” y “Psicoticismo”.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Edad” y “Psicoticismo”, indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada a buena de -0,519 y una significancia de 0,013 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que tienen mayor Edad, tienden a presentar niveles menores de Psicoticismo.

5.1.2. Relaciones entre la Variable "Estado Civil" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 82: Cruce de frecuencias entre la Variable "Estado Civil" y las Escalas Clínicas.

	Estado Civil					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	3.997	0.406	---	---
Escala Ansiedad	---	---	6.142	0.189	---	---
Escala Autoimagen	---	---	3.098	0.542	---	---
Escala Neuroticismo	---	---	4.080	0.395	---	---
Escala Extroversión	---	---	3.977	0.409	---	---
Escala Psicoticismo	---	---	4.675	0.322	---	---
Escala Mentira	---	---	1.619	0.805	---	---
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	1.997	0.736	---	---
Escala Autoeficacia	---	---	0.801	0.938	---	---
Escala Autoestima	---	---	2.578	0.631	---	---
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	8.209	0.084	---	---
Escala Alexitimia	---	---	2.513	0.642	---	---
Escala Disconfort Emocional	---	---	3.227	0.521	---	---
Escala Conductas Sociales	---	---	6.580	0.160	---	---
Escala Asertividad	---	---	4.878	0.300	---	---
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	6.375	0.173	---	---
Escala Perfeccionismo	---	---	2.802	0.591	---	---
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	1.960	0.743	---	---
Escala Organicidad	---	---	2.145	0.709	---	---

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable "Estado Civil" y las Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

5.1.3. Relaciones entre la Variable "Actividad Anterior" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 83: Cruce de frecuencias entre la Variable "Actividad Anterior" y las Escalas Clínicas.

	Actividad Anterior					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	0.689	0.953	---	---
Escala Ansiedad	---	---	0.105	0.999	---	---
Escala Autoimagen	---	---	**14.284**	**0.006**	---	---
Escala Neuroticismo	---	---	4.988	0.289	---	---
Escala Extroversión	---	---	4.717	0.318	---	---
Escala Psicoticismo	---	---	6.328	0.176	---	---
Escala Mentira	---	---	5.303	0.258	---	---
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	5.896	0.207	---	---
Escala Autoeficacia	---	---	4.304	0.366	---	---
Escala Autoestima	---	---	2.200	0.699	---	---
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	**9.609**	**0.048**	---	---
Escala Alexitimia	---	---	3.780	0.437	---	---
Escala Disconfort Emocional	---	---	3.939	0.414	---	---
Escala Conductas Sociales	---	---	4.647	0.325	---	---
Escala Asertividad	---	---	3.217	0.522	---	---
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	1.500	0.472	---	---
Escala Perfeccionismo	---	---	**10.701**	**0.030**	---	---
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	0.814	0.937	---	---
Escala Organicidad	---	---	3.017	0.555	---	---

5.1.3.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Actividad Anterior" y "Autoimagen".

Tabla N° 84: Tabla de contingencia de las Variables "Actividad Anterior" y "Autoimagen".

		Escala Autoimagen			Total
		Bajo	Medio	Alto	Bajo
Actividad Anterior	Estudiante	0	3	2	5
	Trabajo Remunerado	0	1	9	10
	Otro	3	0	4	7
Total		3	4	15	22

En la variable "Actividad Anterior" encontramos que los sujetos que tenían un trabajo remunerado, donde se encuentra la mayor parte de los casos, la "Autoimagen", tiende a presentarse en un nivel alto. Los estudiantes tienden a niveles medios y altos, y aquellos que se dedicaban a otra cosa, tendían indistintamente a niveles altos y bajos.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14,284 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,006. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,01$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Actividad Anterior" y "Autoimagen" están relacionadas.

5.1.3.2. Cruce de Frecuencias de las Variables "Actividad Anterior" y "Satisfacción de Necesidades".

Tabla N° 85: Tabla de contingencia de las Variables "Actividad Anterior" y "Satisfacción de Necesidades".

		Escala Satisfacción de Necesidades			Total
		Bajo	Medio	Alto	Bajo
Actividad Anterior	Estudiante	4	0	1	5
	Trabajo Remunerado	2	7	1	10
	Otro	4	1	2	7
Total		10	8	4	22

En la variable "Actividad Anterior" encontramos que los sujetos que tenían un trabajo remunerado, donde se encuentra la mayor parte de los casos, la "Satisfacción de Necesidades" tiende a presentarse en un nivel medio, los sujetos que estudiaban tienden a presentar niveles bajos de satisfacción de necesidades, mientras que los que presentaban otra actividad anterior, tienden igualmente, a niveles bajos de satisfacción de necesidades.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,609 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,048. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Actividad Anterior" y "Satisfacción de Necesidades" están relacionadas.

5.1.3.3. Cruce de Frecuencias de las Variables "Actividad Anterior" y "Perfeccionismo".

Tabla N° 86 Tabla de contingencia de las Variables "Actividad Anterior" y "Perfeccionismo".

		Escala Perfeccionismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	Bajo
Actividad Anterior	Estudiante	2	3	0	5
	Trabajo Remunerado	0	5	5	10
	Otro	3	0	4	7
Total		5	8	9	22

En la variable "Actividad Anterior" encontramos que los sujetos que tenían un trabajo remunerado, donde se encuentra la mayor parte de los casos, el "Perfeccionismo", tiende a presentarse en niveles medios y altos. Aquellos sujetos que se desempeñaban como estudiantes, tienden a presentar niveles medios y bajos de perfeccionismo, mientras que los que tenía otra actividad anterior, tendían a niveles bajos y altos indistintamente.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 10,701 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,030. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Actividad Anterior" y "Perfeccionismo" están relacionadas.

5.1.4. Relaciones entre la Variable "Nº de Delitos de Ingreso" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 87: Cruce de frecuencias entre la Variable "Nº de Delitos de Ingreso" y las Escalas Clínicas.

	Nº de Delitos de Ingreso					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	1.224	0.542	-0.148	0.511
Escala Ansiedad	---	---	0.397	0.820	-0.102	0.651
Escala Autoimagen	---	---	0.213	0.899	-0.009	0.969
Escala Neuroticismo	---	---	1.805	0.406	0.048	0.834
Escala Extroversión	---	---	0.998	0.607	-0.025	0.911
Escala Psicoticismo	---	---	1.040	0.594	-0.121	0.592
Escala Mentira	---	---	2.780	0.249	0.334	0.128
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	0.439	0.803	-0.136	0.545
Escala Autoeficacia	---	---	0.981	0.612	-0.171	0.448
Escala Autoestima	---	---	1.661	0.436	0.082	0.717
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	0.903	0.637	0.189	0.399
Escala Alexitimia	---	---	0.397	0.820	0.008	0.972
Escala Disconfort Emocional	---	---	0.351	0.839	0.031	0.890
Escala Conductas Sociales	---	---	0.060	0.970	0.046	0.838
Escala Asertividad	---	---	2.478	0.290	-0.198	0.376
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	2.625	0.269	-0.122	0.817
Escala Perfeccionismo	---	---	0.087	0.958	0.047	0.836
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	0.095	0.954	0.060	0.792
Escala Organicidad	---	---	3.385	0.184	-0.356	0.104

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable "Delito de Ingreso" y las Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

5.1.5. Relaciones entre la Variable "Tiempo de Condena" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 88: Cruce de frecuencias entre la Variable "Tiempo de Condena" y las Escalas Clínicas.

	Tiempo de Condena					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.173	0.441	6.596	0.159	0.250	0.261
Escala Ansiedad	0.312	0.158	4.016	0.404	0.366	0.094
Escala Autoimagen	0.273	0.219	8.721	0.068	**0.492**	**0.020**
Escala Neuroticismo	0.290	0.190	**16.667**	**0.002**	**0.623**	**0.002**
Escala Extroversión	0.047	0.834	1.315	0.859	-0.052	0.817
Escala Psicoticismo	0.124	0.582	5.736	0.220	0.032	0.877
Escala Mentira	-0.109	0.630	5.061	0.281	-0.215	0.337
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.181	0.421	6.786	0.148	0.201	0.370
Escala Autoeficacia	0.141	0.531	2.627	0.622	-0.072	0.751
Escala Autoestima	0.240	0.282	2.881	0.578	0.181	0.421
Escala Satisfacción de Necesidades	0.175	0.437	2.907	0.573	0.202	0.367
Escala Alexitimia	0.203	0.364	4.714	0.318	0.143	0.525
Escala Disconfort Emocional	-0.040	0.858	5.029	0.284	0.082	0.717
Escala Conductas Sociales	-0.103	0.647	**9.990**	**0.041**	-0.251	0.259
Escala Asertividad	-0.135	0.549	4.231	0.376	-0.280	0.207
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.089	0.867	2.000	0.368	-0.115	0.828
Escala Perfeccionismo	0.278	0.211	2.514	0.642	0.097	0.669
Escala Intolerancia a la Frustración	0.287	0.195	8.351	0.080	0.416	0.054
Escala Organicidad	0.323	0.142	4.086	0.395	0.388	0.075

5.1.5.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Tiempo de Condena" y "Neuroticismo".

Tabla N° 89: Tabla de contingencia de las Variables "Tiempo de Condena" y "Neuroticismo".

		Escala Neuroticismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Tiempo de Condena	24 a 59 meses	1	0	0	1
	60 a 96 meses	4	10	0	14
	97 ó más	1	1	5	7
Total		6	11	5	22

En la variable "Tiempo de Condena" encontramos que el rango 60 a 96 meses, y donde se encuentran la mayor parte de los casos, el "Neuroticismo" tiende a presentarse en un nivel medio. En aquellos cuyo tiempo de condena se sitúa entre los 24 y 59 meses, la tendencia, con sólo un caso, es de niveles bajos de neuroticismo, mientras que aquellos con mayor tiempo de condena, es decir 97 meses o más, la tendencia apunta a altos niveles de neuroticismo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 16,667 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,041. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Tiempo de Condena" y "Neuroticismo" están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Tiempo de Condena" y "Neuroticismo", indica que éstas presentan una correlación directa moderada a buena de 0,623 y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que presentar mayor tiempo, presenten niveles más altos de Neuroticismo.

5.1.5.2. Cruce de Frecuencias de las Variables "Tiempo de Condena" y "Conductas Sociales".

Tabla N° 90: Tabla de contingencia de las Variables "Tiempo de Condena" y "Conductas Sociales".

		Escala Conducta Social			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Tiempo de Condena	24 a 59 meses	0	0	1	1
	60 a 96 meses	6	2	6	14
	97 ó más	2	5	0	7
Total		8	7	7	22

En la variable "Tiempo de Condena" encontramos que el rango 60 a 96 meses, y donde se encuentran la mayor parte de los casos, la "Conducta Social" presenta tiende a niveles bajo y alto, mientras que en el rango 97 ó más meses, la mayoría de los casos presentan un nivel medio de repertorio conductual. En el rango 24 a 59 meses de condena, la tendencia se presenta en niveles altos.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,900 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,002. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,01$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Tiempo de Condena" y "Conductas Sociales" están relacionadas.

5.1.5.3. Cruce de Frecuencias de las Variables "Tiempo de Condena" y "Autoimagen".

Tabla N° 91: Tabla de contingencia de las Variables "Tiempo de Condena" y "Autoimagen".

		Escala Autoimagen			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Tiempo de Condena	24 a 59 meses	0	1	0	1
	60 a 96 meses	3	3	8	14
	97 ó más	0	0	7	7
Total		3	4	15	22

En la variable "Tiempo de Condena" encontramos que el rango 60 a 96 meses, y donde se encuentran la mayor parte de los casos, tienden en su mayoría a presentar un alto nivel de "Autoimagen", mientras que en el rango 97 ó más meses, la totalidad de los casos también presentan un nivel alto de repertorio conductual.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Tiempo de Condena" y "Autoimagen", indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,492 (aquellos sujetos cuyo tiempo de condena varía entre 60 y 96 meses, tienden a presentar un nivel alto de Autoimagen) y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral.

5.1.6. Relaciones entre la Variable "Tiempo Cumplido" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 92: Cruce de frecuencias entre la Variable "Tiempo Cumplido" y las Escalas Clínicas.

	Tiempo Cumplido					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	-0.201	0.370	5.503	0.239	-0.268	0.228
Escala Ansiedad	0.061	0.786	1.080	0.897	-0.063	0.781
Escala Autoimagen	0.107	0.637	0.818	0.936	0.137	0.545
Escala Neuroticismo	-0.266	0.231	4.438	0.350	-0.164	0.465
Escala Extroversión	0.096	0.672	2.852	0.583	-0.055	0.808
Escala Psicoticismo	0.143	0.525	7.648	0.105	0.111	0.624
Escala Mentira	-0.040	0.859	0.872	0.928	0.084	0.709
Escala Irracionalidad Cognitiva	-0.071	0.753	4.857	0.302	0.062	0.784
Escala Autoeficacia	0.234	0.295	0.470	0.976	0.038	0.866
Escala Autoestima	0.029	0.899	4.763	0.312	0.054	0.812
Escala Satisfacción de Necesidades	0.049	0.828	5.196	0.268	0.058	0.797
Escala Alexitimia	0.233	0.297	3.143	0.534	0.187	0.405
Escala Disconfort Emocional	0.011	0.963	1.781	0.776	-0.015	0.946
Escala Conductas Sociales	-0.008	0.970	0.072	0.951	0.140	0.535
Escala Asertividad	-0.131	0.562	**9.784**	**0.044**	-0.183	0.415
Escala Satisfacción Matrimonial	0.225	0.668	7.000	0.136	-0.146	0.782
Escala Perfeccionismo	-0.313	0.156	4.330	0.363	-0.381	0.081
Escala Intolerancia a la Frustración	-0.023	0.918	3.293	0.510	-0.061	0.787
Escala Organicidad	-0.058	0.799	3.221	0.521	0.050	0.824

5.1.6.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Tiempo Cumplido" y "Asertividad".

Tabla N° 93: Tabla de contingencia de las Variables "Tiempo de Cumplido" y "Asertividad".

		Escala Asertividad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Tiempo Cumplido	14 a 24 meses	2	1	4	7
	25 a 36 meses	1	6	0	7
	37 ó más	1	6	1	8
Total		4	13	5	22

En la variable "Tiempo Cumplido" se encuentra que el rango 37 ó más meses de tiempo cumplido, y donde se encuentran la mayor parte de los casos, la "Asertividad" tiende a presentarse en niveles medios, al igual que en el rango 25 a 36 meses. Mientras que en el rango 14 a 24 meses, la "Asertividad" tiende a presentarse en niveles altos.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,784 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,044. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Tiempo Cumplido" y "Asertividad" están relacionadas.

5.1.7. Relaciones entre la Variable "Reincidencia" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 94: Cruce de frecuencias entre la Variable "Reincidencia" y las Escalas Clínicas.

	Reincidencia					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	0.335	0.846	---	---
Escala Ansiedad	---	---	1.001	0.606	---	---
Escala Autoimagen	---	---	1.949	0.377	---	---
Escala Neuroticismo	---	---	5.587	0.061	---	---
Escala Extroversión	---	---	0.592	0.744	---	---
Escala Psicoticismo	---	---	0.489	0.783	---	---
Escala Mentira	---	---	2.844	0.241	---	---
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	0.279	0.870	---	---
Escala Autoeficacia	---	---	2.069	0.355	---	---
Escala Autoestima	---	---	5.675	0.059	---	---
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	0.796	0.658	---	---
Escala Alexitimia	---	---	1.001	0.606	---	---
Escala Disconfort Emocional	---	---	0.950	0.622	---	---
Escala Conductas Sociales	---	---	2.245	0.325	---	---
Escala Asertividad	---	---	4.058	0.131	---	---
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	1.500	0.472	---	---
Escala Perfeccionismo	---	---	0.655	0.721	---	---
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	0.255	0.893	---	---
Escala Organicidad	---	---	1.257	0.533	---	---

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable "Reincidencia" y las Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

5.1.8. Relaciones entre la Variable "Escolaridad en Libertad" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 95: Cruce de frecuencias entre la Variable "Escolaridad en Libertad" y las Escalas Clínicas.

	Escolaridad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	2.216	0.696	-0.064	0.777
Escala Ansiedad	---	---	4.450	0.349	-0.315	0.153
Escala Autoimagen	---	---	4.494	0.343	-0.013	0.953
Escala Neuroticismo	---	---	**13.288**	**0.010**	**-0.631**	**0.002**
Escala Extroversión	---	---	3.100	0.541	0.322	0.144
Escala Psicoticismo	---	---	0.903	0.924	0.188	0.403
Escala Mentira	---	---	4.179	0.382	0.299	0.177
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	**9.885**	**0.042**	0.251	0.260
Escala Autoeficacia	---	---	4.438	0.350	-0.251	0.259
Escala Autoestima	---	---	0.823	0.935	-0.126	0.575
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	6.332	0.176	-0.344	0.117
Escala Alexitimia	---	---	3.502	0.478	0.174	0.438
Escala Disconfort Emocional	---	---	1.768	0.778	0.034	0.879
Escala Conductas Sociales	---	---	3.034	0.415	0.000	0.999
Escala Asertividad	---	---	4.721	0.317	**0.449**	**0.036**
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	1.500	0.827	0.000	1.000
Escala Perfeccionismo	---	---	3.482	0.481	0.033	0.884
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	7.482	0.112	0.397	0.068
Escala Organicidad	---	---	1.974	0.740	-0.010	0.965

5.1.8.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Escolaridad en Libertad" y "Neuroticismo".

Tabla N° 96: Tabla de contingencia de las Variables "Escolaridad en libertad" y "Neuroticismo".

		Escala Neuroticismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escolaridad en Libertad	Educación Básica	0	2	1	3
	Educación Media Incompleta	1	8	4	13
	Educación Media Completa y/o Superior	5	1	0	6
Total		6	11	5	22

En la variable "Escolaridad en Libertad" encontramos que aquellos sujetos que han alcanzado un nivel de educación media incompleta, y donde se encuentran la mayor parte de los casos, el "Neuroticismo" tiende a presentar nivel medio. Aquellos sujetos que se encuentran en el rango "Educación Media Completa y/o Superior", la mayoría presentan niveles bajos de "Neuroticismo", mientras que los que sólo cursaron "Educación Básica", tienden a niveles medios de "Neuroticismo".

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 13,288 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,010. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Escolaridad en Libertad" y "Neuroticismo" están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Escolaridad en Libertad" y "Neuroticismo", indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada a buena de -0,631 y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente

significativa a que los sujetos que alcanzaron mayor nivel educacional, presentan menores niveles de “Neuroticismo”.

5.1.8.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Escolaridad en Libertad” e “Irracionalidad Cognitiva”.

Tabla N° 97: Tabla de contingencia de las Variables “Escolaridad en Libertad” e “Irracionalidad Cognitiva”.

		Escala Irracionalidad Cognitiva			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escolaridad en Libertad	Educación Básica	1	2	0	3
	Educación Media Incompleta	5	8	0	13
	Educación Media Completa y/o Superior	2	1	3	6
Total		8	11	3	22

En la variable “Escolaridad en Libertad” encontramos que aquellos sujetos que han alcanzado un nivel de educación media incompleta, y donde se encuentran la mayor parte de los casos, la “Irracionalidad Cognitiva” tiende a presentar nivel medio. Aquellos que han cursado “Educación Básica”, tienden a niveles medios de “Irracionalidad Cognitiva”, mientras que aquellos sujetos que se encuentran en el rango “Educación Media Completa y/o Superior, los niveles de “Irracionalidad Cognitiva” tienden a presentarse altos.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,885 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,042. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Escolaridad en Libertad” e “Irracionalidad Cognitiva” están relacionadas.

5.1.8.3. Cruce de Frecuencias de las Variables "Escolaridad en Libertad" y "Asertividad".

Tabla N° 98: Tabla de contingencia de las Variables "Escolaridad en Libertad" y "Asertividad".

		Escala Asertividad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escolaridad en Libertad	Educación Básica	1	2	0	3
	Educación Media Incompleta	3	8	2	13
	Educación Media Completa y/o Superior	0	3	3	6
Total		4	13	5	22

En la variable "Escolaridad en Libertad" encontramos que aquellos sujetos que han alcanzado un nivel de educación media incompleta, y donde se encuentran la mayor parte de los casos, la "Asertividad" tiende a presentar nivel medio. Aquellos que han alcanzado el nivel de "Educación Básica", tienden a niveles medios de "Asertividad", mientras que los que se encuentran en el rango "Educación Media Completa y/o Superior", tiende a niveles medios y altos de "Asertividad".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Escolaridad en Libertad" y "Asertividad", indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,449 y una significancia de 0,036 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que alcanzaron mayor nivel educacional, presentan menores niveles de "Asertividad".

5.1.9. Relaciones entre la Variable "Educación Superior" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 99: Cruce de frecuencias entre la Variable "Educación Superior" y las Escalas Clínicas.

	Educación Superior					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	0.229	0.892	---	---
Escala Ansiedad	---	---	1.244	0.537	---	---
Escala Autoimagen	---	---	5.584	0.061	---	---
Escala Neuroticismo	---	---	2.959	0.228	---	---
Escala Extroversión	---	---	0.200	0.905	---	---
Escala Psicoticismo	---	---	1.055	0.590	---	---
Escala Mentira	---	---	0.634	0.728	---	---
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	1.190	0.552	---	---
Escala Autoeficacia	---	---	1.661	0.436	---	---
Escala Autoestima	---	---	0.418	0.811	---	---
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	2.046	0.360	---	---
Escala Alexitimia	---	---	2.423	0.298	---	---
Escala Disconfort Emocional	---	---	1.338	0.512	---	---
Escala Conductas Sociales	---	---	1.985	0.371	---	---
Escala Asertividad	---	---	3.972	0.137	---	---
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	---	---	---	---
Escala Perfeccionismo	---	---	0.229	0.892	---	---
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	1.783	0.410	---	---
Escala Organicidad	---	---	0.772	0.680	---	---

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable "Educación Superior" y las Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

5.1.10. Relaciones entre la Variable "Ingresos Familiares" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 100: Cruce de frecuencias entre la Variable "Ingresos Familiares" y las Escalas Clínicas.

	Ingresos Familiares					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	-0.315	0.153	2.004	0.735	-0.079	0.725
Escala Ansiedad	-0.387	0.075	1.080	0.897	-0.063	0.781
Escala Autoimagen	-0.126	0.575	0.818	0.936	0.040	0.861
Escala Neuroticismo	-0.021	0.926	5.861	0.210	0.001	0.997
Escala Extroversión	0.279	0.209	3.249	0.517	0.156	0.489
Escala Psicoticismo	-0.335	0.127	0.733	0.947	-0.082	0.718
Escala Mentira	-0.018	0.936	1.417	0.841	-0.191	0.396
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.152	0.499	2.451	0.653	-0.130	0.564
Escala Autoeficacia	0.041	0.858	**12.010**	**0.017**	0.498	0.018
Escala Autoestima	0.046	0.838	3.143	0.534	0.094	0.676
Escala Satisfacción de Necesidades	-0.174	0.439	3.447	0.486	-0.087	0.699
Escala Alexitimia	-0.381	0.080	0.393	0.983	-0.085	0.706
Escala Disconfort Emocional	-0.264	0.235	2.148	0.709	-0.147	0.515
Escala Conductas Sociales	0.391	0.072	2.385	0.665	0.269	0.227
Escala Asertividad	0.207	0.355	6.036	0.196	**0.434**	**0.043**
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.336	0.514	1.500	0.827	-0.480	0.335
Escala Perfeccionismo	-0.083	0.713	1.257	0.869	0.042	0.852
Escala Intolerancia a la Frustración	-0.128	0.570	3.463	0.484	-0.187	0.405
Escala Organicidad	-0.135	0.549	4.950	0.292	-0.117	0.604

5.1.10.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Ingresos Familiares" y "Autoeficacia".

Tabla N° 101: Tabla de contingencia de las Variables "Ingresos Familiares" y "Autoeficacia".

		Escala Autoeficacia			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Ingresos Familiares	50000 a 140000	4	2	1	7
	141000 a 220000	0	0	7	7
	221000 ó más	1	1	6	8
Total		5	3	14	22

En la variable "Ingresos Familiares" encontramos que aquellos sujetos que percibían mayores ingresos, y donde se encuentran la mayor parte de los casos, tienden a presentar niveles altos de autoeficacia. Aquellos cuyos ingresos se encuentran entre los 141.000 y 220.000 pesos, los sujetos también tienden a presentar niveles altos de "Autoeficacia", mientras que aquellos que percibían menores ingresos, los niveles de "Asertividad" tienden a presentarse bajos.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 12,010 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,017. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Ingresos Familiares" y "Autoeficacia" están relacionadas.

5.1.10.2. Cruce de Frecuencias de las Variables "Ingresos Familiares" y "Asertividad".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Ingresos Familiares" y "Asertividad", indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,434 y una significancia de 0,043 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que percibían mayores ingresos, presentan mayores niveles de asertividad.

5.1.11. Relaciones entre la Variable "Nº de Hijos" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 102: Cruce de frecuencias entre la Variable "Nº de Hijos" y las Escalas Clínicas.

	N° de Hijos					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	-0.028	0.901	**10.544**	**0.032**	-0.240	0.281
Escala Ansiedad	-0.182	0.416	3.012	0.556	-0.248	0.265
Escala Autoimagen	-0.135	0.549	2.171	0.704	-0.193	0.389
Escala Neuroticismo	-0.081	0.721	1.509	0.825	-0.153	0.496
Escala Extroversión	0.154	0.494	1.846	0.764	-0.017	0.939
Escala Psicoticismo	-0.094	0.676	**10.190**	**0.037**	-0.420	0.052
Escala Mentira	-0.201	0.370	3.653	0.455	-0.181	0.420
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.003	0.988	5.417	0.247	-0.060	0.791
Escala Autoeficacia	-0.255	0.252	4.927	0.295	-0.249	0.264
Escala Autoestima	0.413	0.056	6.403	0.171	0.266	0.232
Escala Satisfacción de Necesidades	-0.122	0.588	4.619	0.329	-0.297	0.180
Escala Alexitimia	0.021	0.926	2.456	0.653	0.037	0.872
Escala Disconfort Emocional	-0.137	0.543	1.144	0.887	-0.207	0.356
Escala Conductas Sociales	-0.165	0.464	**10.272**	**0.036**	-0.021	0.927
Escala Asertividad	-0.323	0.142	2.063	0.724	-0.252	0.259
Escala Satisfacción Matrimonial	0.493	0.320	3.250	0.517	0.420	0.407
Escala Perfeccionismo	-0.112	0.619	2.101	0.717	0.113	0.617
Escala Intolerancia a la Frustración	-0.406	0.061	**9.505**	**0.050**	-0.402	0.064
Escala Organicidad	-0.086	0.703	0.917	0.922	0.061	0.789

5.1.11.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Nº de Hijos" y "Depresión".

Tabla N° 103: Tabla de contingencia de las Variables "Nº de Hijos" y "Depresión".

		Escala Depresión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Nº de Hijos	Ninguno	3	4	4	11
	Un hijo	6	1	1	8
	Dos o más hijos	0	3	0	3
Total		9	8	5	22

En la variable "Nº de Hijos" se encuentra que aquellos sujetos que tienen un hijo, tienden a presentar niveles bajos de depresión, y aquellos que no tienen hijos, presentan una tendencia a exhibir niveles medios y altos de Depresión. Mientras que los que tienen dos o más hijos, tienden a presentar niveles medios de Depresión.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 10,554 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,032. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Nº de Hijos" y "Depresión" están relacionadas.

5.1.11.2. Cruce de Frecuencias de las Variables "Nº de Hijos" y "Psicoticismo".

Tabla N° 104: Tabla de contingencia de las Variables "Nº de Hijos" y "Psicoticismo".

		Escala Psicoticismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Nº de Hijos	Ninguno	1	1	9	11
	Un hijo	3	4	1	8
	Dos o más hijos	1	0	2	3
Total		5	5	12	22

En la variable "Nº de Hijos" encontramos que aquellos sujetos que no tienen hijos, tienden a presentar niveles altos de psicoticismo. Aquellos sujetos que tienen un hijo, tienden a niveles medios de Psicoticismo, y los que tienen dos o más hijos, tienden a presentar niveles altos de Psicoticismo.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 10,190 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,036. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Nº de Hijos" y "Psicoticismo" están relacionadas.

5.1.11.3. Cruce de Frecuencias de las Variables "Nº de Hijos" e "Intolerancia a la Frustración".

Tabla N° 105: Tabla de contingencia de las Variables "Nº de Hijos" e "Intolerancia a la Frustración".

		Escala Intolerancia a la Frustración			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Nº de Hijos	Ninguno	0	2	9	11
	Un hijo	3	1	4	8
	Dos o más hijos	0	2	1	3
Total		3	5	14	22

En la variable "Nº de Hijos" encontramos que aquellos sujetos que no tienen hijos, tienden a presentar niveles altos de Intolerancia a la Frustración, al igual que lo que tienen un hijo. Aquellos sujetos que tienen dos o más hijos, tienden a presentar niveles medios de Intolerancia a la Frustración.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,505 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,050. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Nº de Hijos" y "Intolerancia a la Frustración" están relacionadas.

6. Objetivo específico Nº 6: Relaciones entre las Variables Historia de Consumo y Escalas Clínicas.

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

H_0: Existe independencia entre las variables.

H_1: No existe independencia entre las variables.

6.1. Relaciones entre las Variables Historia de Consumo y Escalas Clínicas.

6.1.1. Relaciones entre la Variable "Edad de Inicio de Consumo" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 106: Cruce de frecuencias entre la Variable "Edad de Inicio de Consumo" y las Escalas Clínicas.

	Edad de Inicio de Consumo					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	-0.084	0.709	3.331	0.504	-0.270	0.225
Escala Ansiedad	0.022	0.921	3.643	0.457	-0.205	0.359
Escala Autoimagen	0.293	0.186	2.761	0.599	0.350	0.111
Escala Neuroticismo	-0.329	0.135	2.029	0.730	-0.279	0.209
Escala Extroversión	0.164	0.465	7.692	0.104	0.001	0.995
Escala Psicoticismo	-0.304	0.469	4.918	0.296	**-0.451**	**0.035**
Escala Mentira	0.196	0.382	7.748	0.101	0.087	0.701
Escala Irracionalidad Cognitiva	-0.126	0.577	2.164	0.706	0.123	0.587
Escala Autoeficacia	0.196	0.383	3.066	0.547	0.000	0.998
Escala Autoestima	0.333	0.130	4.170	0.383	0.338	0.124
Escala Satisfacción de Necesidades	0.009	0.969	4.012	0.404	-0.040	0.860

Escala Alexitimia	-0.182	0.417	1.917	0.751	-0.111	0.621
Escala Disconfort Emocional	**-0.429**	**0.047**	7.477	0.113	-0.318	0.149
Escala Conductas Sociales	0.355	0.105	2.958	0.565	0.345	0.116
Escala Asertividad	0.022	0.921	2.489	0.647	-0.148	0.512
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.264	0.613	0.600	0.741	0.310	0.550
Escala Perfeccionismo	0.153	0.495	6.538	0.162	0.142	0.529
Escala Intolerancia a la Frustración	-0.192	0.391	3.066	0.547	-0.139	0.536
Escala Organicidad	0.203	0.364	1.078	0.898	0.067	0.768

6.1.1.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Edad de Inicio de Consumo" y "Disconfort Emocional".

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja de -0,429 y una significancia de 0,047 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que han iniciado su consumo de drogas más tardíamente, presenten menores niveles de Disconfort Emocional.

6.1.1.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Edad de Inicio de Consumo" y "Psicoticismo".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Edad de Inicio de Consumo" y "Psicoticismo", indica que éstas presentan una correlación indirecta baja a moderada de -0,451 y una significancia de 0,035 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que han iniciado su consumo de drogas más tardíamente, presentan menores niveles de Psicoticismo.

6.1.2. Relaciones entre la Variable "Droga de Inicio" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 107: Cruce de frecuencias entre la Variable "Droga de Inicio" y las Escalas Clínicas.

	Droga de Inicio					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	-0.107	0.635	2.867	0.580	---	---
Escala Ansiedad	-0.038	0.866	3.606	0.462	---	---
Escala Autoimagen	-0.039	0.865	0.692	0.952	---	---
Escala Neuroticismo	0.155	0.491	5.138	0.273	---	---
Escala Extroversión	-0.053	0.816	5.712	0.222	---	---
Escala Psicoticismo	-0.053	0.815	5.280	0.260	---	---
Escala Mentira	-0.279	0.209	5.275	0.260	---	---
Escala Irracionalidad Cognitiva	-0.086	0.704	2.272	0.686	---	---
Escala Autoeficacia	-0.078	0.729	0.801	0.938	---	---
Escala Autoestima	-0.142	0.528	5.202	0.267	---	---
Escala Satisfacción de Necesidades	0.021	0.928	2.998	0.558	---	---
Escala Alexitimia	0.296	0.181	3.636	0.457	---	---
Escala Disconfort Emocional	0.086	0.704	6.307	0.177	---	---
Escala Conductas Sociales	0.093	0.680	2.888	0.577	---	---
Escala Asertividad	-0.137	0.544	2.801	0.592	---	---
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.071	0.893	**6.000**	**0.050**	---	---
Escala Perfeccionismo	-0.229	0.304	4.022	0.403	---	---
Escala Intolerancia a la Frustración	0.014	0.951	3.768	0.438	---	---
Escala Organicidad	0.050	0.826	2.145	0.709	---	---

6.1.2.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Droga de Inicio" y "Satisfacción Matrimonial"

Tabla N° 108: Tabla de contingencia de las Variables "Droga de Inicio" e "Satisfacción Matrimonial".

		Escala Satisfacción Matrimonial			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Droga de Inicio	Marihuana	1	0	4	5
	Otro	0	1	0	1
Total		1	1	4	6

En la variable "Droga de Inicio" se encuentra que los sujetos casados que iniciaron su consumo con marihuana, poseen niveles altos de Satisfacción Matrimonial, conformando la mayoría de los casos. Mientras que los sujetos que iniciaron su consumo con otra droga, diferente de marihuana, (un caso), tienden a presentar niveles medios de Satisfacción Matrimonial.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,000 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,050. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Droga de Inicio" y "Satisfacción Matrimonial" están relacionadas.

6.1.3. Relaciones entre la Variable "Nº de Drogas" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 109: Cruce de frecuencias entre la Variable "Nº de Drogas" y las Escalas Clínicas.

	Nº de Drogas					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	-0.140	0.536	3.528	0.474	0.023	0.920
Escala Ansiedad	-0.250	0.261	2.821	0.588	-0.224	0.317
Escala Autoimagen	0.213	0.341	1.925	0.750	0.123	0.586
Escala Neuroticismo	0.016	0.944	6.689	0.153	-0.104	0.645
Escala Extroversión	0.266	0.232	1.851	0.763	0.129	0.567
Escala Psicoticismo	0.071	0.753	2.939	0.568	0.218	0.331
Escala Mentira	0.146	0.517	2.725	0.605	0.273	0.219
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.196	0.383	5.011	0.286	0.386	0.076
Escala Autoeficacia	-0.064	0.778	6.406	0.171	-0.156	0.489
Escala Autoestima	-0.123	0.585	2.536	0.638	0.060	0.792
Escala Satisfacción de Necesidades	**-0.529**	**0.011**	3.438	0.487	-0.276	0.214
Escala Alexitimia	0.136	0.545	5.581	0.233	0.459	0.032
Escala Disconfort Emocional	-0.065	0.774	6.331	0.176	-0.068	0.762
Escala Conductas Sociales	0.150	0.506	6.389	0.172	-0.085	0.708
Escala Asertividad	-0.036	0.873	4.057	0.398	-0.102	0.650
Escala Satisfacción Matrimonial	0.532	0.278	4.500	0.343	0.141	0.789
Escala Perfeccionismo	0.085	0.708	3.941	0.414	0.267	0.229
Escala Intolerancia a la Frustración	**0.450**	**0.036**	4.204	0.379	0.336	0.126
Escala Organicidad	-0.213	0.342	4.180	0.382	-0.165	0.463

6.1.3.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Nº de Drogas" y "Satisfacción de Necesidades".

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada a buena de -0,529 y una significancia de 0,011 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a medida que el Nº de drogas aumenta, el nivel de Satisfacción de Necesidades disminuye.

6.1.3.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Nº de Drogas" y "Intolerancia a la Frustración".

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0.450 y una significancia de 0,036 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los sujetos consumen entre cuatro a cinco drogas diferentes, el nivel de intolerancia a la frustración aumenta.

6.1.4. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Alcohol en Libertad" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 110: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Alcohol en Libertad" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de alcohol en Libertad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	4.612	0.329	0.170	0.449
Escala Ansiedad	---	---	2.607	0.626	-0.097	0.669
Escala Autoimagen	---	---	3.227	0.521	0.002	0.994
Escala Neuroticismo	---	---	6.267	0.180	0.325	0.141
Escala Extroversión	---	---	4.654	0.325	0.067	0.767
Escala Psicoticismo	---	---	4.302	0.367	-0.005	0.984
Escala Mentira	---	---	2.438	0.656	-0.117	0.603
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	4.014	0.404	-0.166	0.461
Escala Autoeficacia	---	---	1.453	0.835	-0.158	0.482
Escala Autoestima	---	---	2.475	0.649	0.077	0.732
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	7.590	0.108	-0.060	0.790
Escala Alexitimia	---	---	7.170	0.127	-0.152	0.498
Escala Disconfort Emocional	---	---	5.084	0.279	-0.197	0.380
Escala Conductas Sociales	---	---	5.657	0.226	-0.318	0.150
Escala Asertividad	---	---	6.837	0.145	-0.362	0.098
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	2.625	0.269	0.122	0.817
Escala Perfeccionismo	---	---	1.564	0.815	0.032	0.886
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	**14.234**	**0.007**	0.244	0.273
Escala Organicidad	---	---	1.320	0.858	-0.041	0.855

6.1.4.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Frecuencia de consumo de alcohol en Libertad" e "Intolerancia a la Frustración".

Tabla N° 111: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Alcohol en Libertad" e "Intolerancia a la Frustración".

		Escala Intolerancia a la Frustración			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Alcohol en Libertad	Nunca o menos de una vez al mes	2	0	0	2
	Entre una y cuatro veces al mes	0	1	4	5
	Dos o más veces a la semana	1	4	10	15
Total		3	5	14	22

En la variable "Frecuencia de consumo de Alcohol en Libertad" se observa que los sujetos que consumían alcohol antes de ingresar el recinto penitenciario dos o más veces a la semana, poseen niveles altos de Intolerancia a la Frustración, conformando la mayoría de los casos. Aquellos que consumían entre una y cuatro veces a la semana, también presentan niveles altos de "Intolerancia a la Frustración", mientras que los que consumían entre nunca y menos de una vez al mes, tienden a presentar niveles bajos de "Intolerancia a la Frustración"

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14,234 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,007. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,01$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Frecuencia de consumo de alcohol en Libertad" y "Intolerancia a la Frustración" están relacionadas.

6.1.3. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Marihuana en Libertad" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 112: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Marihuana en Libertad" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de marihuana en Libertad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	4.925	0.766	0.153	0.495
Escala Ansiedad	---	---	8.199	0.414	0.020	0.929
Escala Autoimagen	---	---	9.167	0.328	-0.143	0.526
Escala Neuroticismo	---	---	5.960	0.652	-0.201	0.369
Escala Extroversión	---	---	6.346	0.609	0.328	0.137
Escala Psicoticismo	---	---	**16.217**	**0.039**	0.347	0.113
Escala Mentira	---	---	6.643	0.576	0.111	0.623
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	4.771	0.728	0.055	0.809
Escala Autoeficacia	---	---	10.171	0.253	-0.173	0.441
Escala Autoestima	---	---	4.049	0.853	-0.195	0.386
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	11.963	0.153	-0.211	0.347
Escala Alexitimia	---	---	6.506	0.591	0.087	0.701
Escala Disconfort Emocional	---	---	6.844	0.554	0.158	0.483
Escala Conductas Sociales	---	---	9.011	0.341	-0.209	0.351
Escala Asertividad	---	---	7.792	0.454	0.360	0.100
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	1.500	0.827	-0.480	0.335
Escala Perfeccionismo	---	---	6.884	0.549	-0.051	0.821
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	**16.107**	**0.041**	0.124	0.582
Escala Organicidad	---	---	7.700	0.463	-0.217	0.331

6.1.3.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Frecuencia de consumo de Marihuana en Libertad" y "Psicoticismo".

Tabla N° 113: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Marihuana en Libertad" y "Psicoticismo".

		Escala Psicoticismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Marihuana en Libertad	Nunca o menos de una vez al mes	1	0	0	1
	Entre una y cuatro veces al mes	0	2	0	2
	Dos o más veces a la semana	4	3	12	19
Total		5	5	12	22

En la variable "Frecuencia de consumo de marihuana en Libertad" encontramos que los sujetos que consumían marihuana antes de ingresar el recinto penitenciario dos o más veces a la semana, poseen niveles altos de Psicoticismo, conformando la mayoría de los casos. Aquellos que consumían entre una y cuatro veces al mes, tienden a presentar niveles medios de Psicoticismo, mientras que los que consumían nunca o menos de una vez al mes, tienden a presentar niveles bajos de Psicoticismo (un caso).

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 16,217 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,039. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Frecuencia de consumo de marihuana en Libertad" y "Psicoticismo" están relacionadas.

6.1.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Frecuencia de consumo de Marihuana en Libertad" y "Intolerancia a la Frustración".

Tabla N° 114: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Marihuana en Libertad" y "Intolerancia a la Frustración".

		Escala Intolerancia a la Frustración			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Marihuana en Libertad	Nunca o menos de una vez al mes	1	0	0	1
	Entre una y cuatro veces al mes	1	0	1	2
	Dos o más veces a la semana	1	5	13	19
Total		3	5	14	22

En la variable "Frecuencia de consumo de marihuana en Libertad" encontramos que los sujetos que consumían marihuana antes de ingresar el recinto penitenciario dos o más veces a la semana, poseen niveles altos de "Intolerancia a la Frustración", conformando la mayoría de los casos. Aquellos que consumían entre una y cuatro veces al mes, presentan niveles altos y bajos indistintamente (un caso cada uno), mientras que los que consumían nunca o menos de una vez al mes, tienden a presentar niveles bajos de "Intolerancia a la Frustración".

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 16,107 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,041. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Frecuencia de consumo de marihuana en Libertad" y "Intolerancia a la Frustración" están relacionadas.

6.1.5. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Cocaína en Libertad" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 115: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Cocaína en Libertad" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de cocaína en Libertad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	4.493	0.293	0.388	0.075
Escala Ansiedad	---	---	5.173	0.270	0.009	0.967
Escala Autoimagen	---	---	1.925	0.750	-0.086	0.704
Escala Neuroticismo	---	---	4.257	0.372	-0.246	0.271
Escala Extroversión	---	---	3.611	0.461	0.165	0.463
Escala Psicoticismo	---	---	5.526	0.237	**0.433**	**0.044**
Escala Mentira	---	---	3.449	0.486	0.269	0.182
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	4.732	0.316	0.232	0.298
Escala Autoeficacia	---	---	2.312	0.679	-0.175	0.437
Escala Autoestima	---	---	4.845	0.304	-0.267	0.229
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	0.825	0.935	0.000	1.000
Escala Alexitimia	---	---	8.490	0.075	0.281	0.205
Escala Disconfort Emocional	---	---	6.495	0.165	0.142	0.529
Escala Conductas Sociales	---	---	5.710	0.222	-0.268	0.228
Escala Asertividad	---	---	3.424	0.490	0.059	0.794
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	7.000	0.136	0.365	0.477
Escala Perfeccionismo	---	---	1.449	0.836	0.186	0.406
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	7.741	0.102	**0.509**	**0.015**
Escala Organicidad	---	---	3.143	0.534	-0.108	0.631

6.1.5.1 Cruce de Frecuencias entre las Variables "Frecuencia de consumo de cocaína en Libertad" y "Psicoticismo".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Frecuencia de consumo de cocaína en Libertad" y "Psicoticismo"**,** indica que éstas presentan una correlación directa baja de 0,433 y una significancia de 0,044 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que poseen un mayor consumo de cocaína en libertad, tienden a presentar un nivel alto de "Psicoticismo".

6.1.5.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Frecuencia de Consumo de Cocaína en Libertad" y "Intolerancia a la Frustración".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Frecuencia de consumo de cocaína en Libertad" y "Intolerancia a la Frustración"**,** indica que éstas presentan una correlación directa moderada a buena de 0,509 y una significancia de 0,015 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que poseen un mayor consumo de cocaína en libertad, tienden a presentar un nivel alto de "Intolerancia a la Frustración"

6.1.6. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Pasta Base en Libertad" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 116: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Pasta Base en Libertad" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de pasta base en Libertad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	6.128	0.190	0.327	0.137
Escala Ansiedad	---	---	1.840	0.765	0.059	0.793
Escala Autoimagen	---	---	2.655	0.617	0.283	0.203
Escala Neuroticismo	---	---	1.913	0.752	-0.074	0.743
Escala Extroversión	---	---	3.237	0.519	0.088	0.697
Escala Psicoticismo	---	---	7.293	0.121	0.236	0.290
Escala Mentira	---	---	7.999	0.092	0.373	0.087
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	**9.738**	**0.045**	0.141	0.531
Escala Autoeficacia	---	---	9.257	0.055	0.004	0.986
Escala Autoestima	---	---	3.756	0.440	0.221	0.323
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	5.092	0.278	-0.343	0.118
Escala Alexitimia	---	---	6.919	0.140	0.306	0.165
Escala Disconfort Emocional	---	---	5.997	0.199	-0.231	0.301
Escala Conductas Sociales	---	---	5.503	0.239	-0.184	0.414
Escala Asertividad	---	---	0.303	0.990	0.083	0.713
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	8.250	0.083	0.274	0.599
Escala Perfeccionismo	---	---	1.834	0.766	0.127	0.572
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	5.228	0.265	0.272	0.221
Escala Organicidad	---	---	7.822	0.098	0.204	0.363

6.1.6.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Frecuencia de Consumo de Pasta Base en Libertad" e "Irracionalidad Cognitiva".

Tabla N° 117: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Pasta Base en Libertad" e "Irracionalidad Cognitiva".

		Escala Irracionalidad Cognitiva			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Pasta Base en Libertad	Nunca o menos de una vez al mes	4	1	0	5
	Entre una y cuatro veces al mes	1	5	3	9
	Dos o más veces a la semana	3	5	0	8
Total		8	11	3	22

En la variable "Frecuencia de consumo de pasta base en Libertad" encontramos que los sujetos que consumían pasta base entre una y cuatro veces al mes, antes de ingresar el recinto penitenciario, poseen niveles medios de Irracionalidad Cognitiva, conformando la mayoría de los casos. Aquellos que consumían entre dos o más veces a la semana, también presentan niveles medios de "Irracionalidad Cognitiva", mientras que los que han consumido nunca o menos de una vez al mes, tienden a presentar niveles bajos.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,738 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,045. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Frecuencia de consumo de pasta base en Libertad" y "Intolerancia Irracionalidad Cognitiva" están relacionadas.

6.1.7. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Codeína en Libertad" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 118: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Codeína en Libertad" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de codeína en Libertad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	3.139	0.535	-0.115	0.609
Escala Ansiedad	---	---	2.058	0.725	-0.159	0.479
Escala Autoimagen	---	---	7.488	0.112	-0.093	0.680
Escala Neuroticismo	---	---	3.089	0.543	0.023	0.918
Escala Extroversión	---	---	2.405	0.662	0.325	0.140
Escala Psicoticismo	---	---	2.895	0.576	0.346	0.115
Escala Mentira	---	---	1.684	0.794	-0.180	0.423
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	4.579	0.333	0.087	0.699
Escala Autoeficacia	---	---	4.632	0.327	-0.040	0.860
Escala Autoestima	---	---	2.243	0.691	-0.128	0.571
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	1.809	0.771	-0.212	0.343
Escala Alexitimia	---	---	4.503	0.342	0.218	0.331
Escala Disconfort Emocional	---	---	5.249	0.263	0.061	0.787
Escala Conductas Sociales	---	---	2.895	0.576	0.000	1.000
Escala Asertividad	---	---	1.853	0.763	0.167	0.456
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	---	---	---	---
Escala Perfeccionismo	---	---	4.029	0.402	-0.111	0.623
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	4.632	0.327	0.040	0.860
Escala Organicidad	---	---	1.505	0.826	-0.057	0.802

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable "Nº de Tratamientos Anteriores" y las Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

6.1.8. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de consumo de Éxtasis en Libertad" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 119: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de consumo de Éxtasis en Libertad" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de éxtasis en Libertad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	0,385	0,146	0,107	0,637
Escala Ansiedad	---	---	3,178	0,204	0,350	0,111
Escala Autoimagen	---	---	1,632	0,442	-0,076	0,737
Escala Neuroticismo	---	---	2,237	0,327	0,014	0,952
Escala Extroversión	---	---	0,243	0,885	-0,043	0,848
Escala Psicoticismo	---	---	1,833	0,400	0,276	0,214
Escala Mentira	---	---	1,925	0,382	0,095	0,673
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	2,933	0,231	0,329	0,135
Escala Autoeficacia	---	---	**7,480**	**0,024**	**-0,496**	**0,019**
Escala Autoestima	---	---	0,321	0,852	0,000	1,000
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	2,035	0,361	0,081	0,720
Escala Alexitimia	---	---	0,489	0,783	0,108	0,634
Escala Disconfort Emocional	---	---	2,670	0,267	0,321	0,175
Escala Conductas Sociales	---	---	3,850	0,146	-0,370	0,090
Escala Asertividad	---	---	1,523	0,467	-0,028	0,901
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	---	----	---	---
Escala Perfeccionismo	---	---	**1,733**	**0,041**	-0,280	0,270
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	1,084	0,582	-0,044	0,897
Escala Organicidad	---	---	0,220	O,896	0,055	0,807

6.1.8.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Frecuencias de consumo de Éxtasis en Libertad" y "Autoeficacia".

Tabla N° 120: Tabla de contingencia de las Variables "Frecuencia de consumo de Éxtasis en Libertad" y "Autoeficacia".

		Escala Autoeficacia			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Éxtasis en Libertad	Nunca o menos de una vez al mes	3	3	14	20
	Entre una y cuatro veces al mes	2	0	0	2
Total		5	3	14	22

En la variable "Frecuencia de consumo de Éxtasis en Libertad", se aprecia que aquellos sujetos cuya frecuencia de consumo, previo ingreso al penal, varía de nunca a menos de una vez al mes, presentan niveles altos de "Autoeficacia", mientras que los que consumían entre una y cuatro veces al mes, tienden a niveles bajos de "Autoeficacia".

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 7.480 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,024. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Frecuencia de consumo de Éxtasis en Libertad" y "Autoeficacia" están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Frecuencia de consumo de Éxtasis en Libertad" y "Asertividad", indica que éstas presentan una correlación indirecta baja a moderada de -0,496 y una significancia de 0,019 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia

estadísticamente significativa a que en aquellos sujetos cuya Frecuencia de consumo de Éxtasis en Libertad aumenta, la Autoeficacia tiende a disminuir.

6.1.8.2. Cruce de Frecuencias de las Variables "Frecuencias de consumo de Éxtasis en Libertad" y "Perfeccionismo".

Tabla N° 121: Tabla de contingencia de las Variables "Frecuencia de consumo de Éxtasis en Libertad" y "Perfeccionismo"

		Escala Perfeccionismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Éxtasis en Libertad	Nunca o menos de una vez al mes	4	7	9	20
	Entre una y cuatro veces al mes	1	1	0	2
Total		5	8	9	22

En la variable "Frecuencia de consumo de Éxtasis en Libertad", se aprecia que aquellos sujetos que presentan no presentan consumo de Éxtasis en forma previa al ingreso al penal, tienden a presentar niveles medios y altos de "Perfeccionismo", mientras que los que consumían entre una y cuatro veces al mes, presentan niveles bajos y medios indistintamente (un caso cada uno).

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 1,733 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,041. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Frecuencia de consumo de Éxtasis en Libertad" y "Perfeccionismo" están relacionadas.

6.1.9. Relaciones entre la Variable "Frecuencias de consumo de Fármacos en Libertad" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 122: Cruce de frecuencias entre la Variable "Consumo de Fármacos en Libertad" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de Fármacos en Libertad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	3,940	0,914	0,000	1,000
Escala Ansiedad	---	---	1,385	0,897	0,000	1,000
Escala Autoimagen	---	---	3,667	0,453	0,017	0,941
Escala Neuroticismo	---	---	8.443	0.077	0.299	0.177
Escala Extroversión	---	---	0.955	0.916	0.192	0.392
Escala Psicoticismo	---	---	2.512	0.643	0.213	0.342
Escala Mentira	---	---	6.029	0.197	**0.467**	**0.029**
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	3.668	0.457	0.339	0.123
Escala Autoeficacia	---	---	3.583	0.465	-0.188	0.402
Escala Autoestima	---	---	5.974	0.201	-0.193	0.398
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	2.301	0.681	-0.198	0.376
Escala Alexitimia	---	---	4.644	0.326	0.001	0.995
Escala Disconfort Emocional	---	---	3.153	0.533	0.063	0.779
Escala Conductas Sociales	---	---	2.907	0.573	-0.188	0.402
Escala Asertividad	---	---	2.211	0.607	-0.004	0.986
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	0.375	0.173	-5.000	0.313
Escala Perfeccionismo	---	---	7.764	0.101	-0.008	0.970
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	4.211	0.378	0.113	0.615
Escala Organicidad	---	---	1.467	0.833	0.186	0.408

6.1.9.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Frecuencias de consumo de Fármacos en Libertad" y "Escala de Mentira".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Frecuencia de consumo de Fármacos en Libertad" y "Escala de Mentira", indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,467 y una significancia de 0,029 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que en los sujetos cuya Frecuencia de consumo de Fármacos en Libertad aumenta, la Escala de Mentira tienda a incrementarse.

6.1.10. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de consumo de Solventes en Libertad" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 123: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de consumo de Solventes" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de Solventes en Libertad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	1.922	0.750	0.107	0.635
Escala Ansiedad	---	---	6.135	0.189	-0.108	0.632
Escala Autoimagen	---	---	1.965	0.744	0.183	0.415
Escala Neuroticismo	---	---	1.310	0.860	-0.141	0.533
Escala Extroversión	---	---	8.080	0.089	-0.013	0.953
Escala Psicoticismo	---	---	2.563	0.633	0.143	0.526
Escala Mentira	---	---	**11.538**	**0.021**	0.404	0.062
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	1.481	0.830	-0.011	0.963
Escala Autoeficacia	---	---	3.697	0.448	0.397	0.067
Escala Autoestima	---	---	4.170	0.383	0.043	0.848
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	2.421	0.659	-0.113	0.618
Escala Alexitimia	---	---	3.337	0.503	0.123	0.586
Escala Disconfort Emocional	---	---	6.614	0.158	-0.166	0.462
Escala Conductas Sociales	---	---	4.838	0.304	0.323	0.143
Escala Asertividad	---	---	2.256	0.689	-0.039	0.862
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	6.375	0.173	-0.220	0.675
Escala Perfeccionismo	---	---	0.806	0.983	0.027	0.906
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	2.967	0.563	0.183	0.416
Escala Organicidad	---	---	3.796	0.434	-0.205	0.360

6.1.10.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Frecuencias de consumo de Solventes en Libertad" y "Escala de Mentira".

Tabla N° 124: Tabla de contingencia de las Variables "Frecuencia de consumo de Solventes en Libertad" y "Escala de Mentira"

		Escala Mentira			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Solventes en Libertad	Nunca o menos de una vez al mes	10	5	2	17
	Entre una y cuatro veces al mes	1	2	0	3
	Dos o más veces a la semana	0	0	2	2
Total		11	7	4	22

En la variable "Frecuencia de Consumo de Solventes en Libertad", se aprecia que aquellos sujetos que no presentan consumo de Solventes en forma previa al ingreso al penal, tienden a presentar niveles bajos en la "Escala de Mentira". Aquellos sujetos cuyo consumo varía entre una y cuatro veces al mes, presentan niveles medios en la "Escala de Mentira", mientras que los consumían dos o más veces a la semana, tienden a presentar niveles altos.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 11,538 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,021. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Frecuencia de consumo de Solventes en Libertad" y "Escala de Mentira" están relacionadas.

6.1.11. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de consumo de Anfetaminas en Libertad" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 125: Cruce de frecuencias entre la Variable "Anfetaminas" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de Anfetaminas en Libertad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	4.046	0.400	0.138	0.539
Escala Ansiedad	---	---	5.325	0.256	0.167	0.459
Escala Autoimagen	---	---	5.867	0.209	**0.495**	**0.019**
Escala Neuroticismo	---	---	**9.743**	**0.045**	0.205	0.359
Escala Extroversión	---	---	3.777	0.437	0.316	0.152
Escala Psicoticismo	---	---	4.898	0.288	0.258	0.246
Escala Mentira	---	---	6.235	0.182	0.300	0.175
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	5.813	0.214	0.272	0.220
Escala Autoeficacia	---	---	3.098	0.542	0.252	0.258
Escala Autoestima	---	---	2.554	0.635	0.327	0.138
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	2.004	0.735	0.004	0.985
Escala Alexitimia	---	---	3.798	0.434	0.098	0.663
Escala Disconfort Emocional	---	---	3.771	0.438	0.028	0.900
Escala Conductas Sociales	---	---	6.005	0.199	0.255	0.253
Escala Asertividad	---	---	5.476	0.242	0.055	0.807
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	6.375	0.173	-0.220	0.675
Escala Perfeccionismo	---	---	3.754	0.440	0.280	0.207
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	1.998	0.736	0.221	0.323
Escala Organicidad	---	---	7.071	0.132	-0.120	0.595

6.1.11.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Frecuencias de consumo de Anfetaminas en Libertad" y "Neuroticismo".

Tabla N° 126: Tabla de contingencia de las Variables "Frecuencia de consumo de Anfetaminas en Libertad" y "Neuroticismo"

		Escala Neuroticismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Anfetaminas en Libertad	Nunca o menos de una vez al mes	5	11	5	21
	Entre una y cuatro veces al mes	1	0	0	1
Total		6	11	5	22

En la variable "Frecuencia de Consumo de Anfetaminas en Libertad", se aprecia que aquellos sujetos que no presentan consumo de Anfetaminas en forma previa al ingreso al penal, tienden a presentar niveles medios en la escala de "Neuroticismo", mientras que los que consumían entre una y cuatro veces al mes, presentan niveles bajos de "Neuroticismo" (un caso).

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,743(con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,045. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Frecuencia de consumo de Anfetaminas en Libertad" y "Neuroticismo" están relacionadas.

6.1.11.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencias de consumo de Anfetaminas en Libertad” y “Autoimagen”.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Frecuencia de consumo de Anfetaminas en Libertad” y “Autoimagen”, indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,495 y una significancia de 0,019 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que en los sujetos cuya Frecuencia de consumo de Anfetaminas en Libertad aumenta, la Autoimagen tienda a incrementarse.

6.1.12. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de consumo de Otros en Libertad" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 127: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de consumo de Otros en Libertad" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de Otros en Libertad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	2.599	0.627	0.147	0.513
Escala Ansiedad	---	---	3.954	0.412	0.087	0.701
Escala Autoimagen	---	---	7.069	0.132	-0.143	0.524
Escala Neuroticismo	---	---	8.239	0.083	-0.157	0.485
Escala Extroversión	---	---	1.471	0.832	0.245	0.271
Escala Psicoticismo	---	---	5.392	0.249	**0.471**	**0.027**
Escala Mentira	---	---	2.081	0.721	0.065	0.772
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	**14.549**	**0.006**	**0.639**	**0.001**
Escala Autoeficacia	---	---	4.432	0.351	-0.133	0.554
Escala Autoestima	---	---	**10.838**	**0.028**	-0.226	0.312
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	1.893	0.755	0.028	0.903
Escala Alexitimia	---	---	8.196	0.085	0.401	0.064
Escala Disconfort Emocional	---	---	8.282	0.082	0.283	0.202
Escala Conductas Sociales	---	---	2.467	0.651	-0.123	0.584
Escala Asertividad	---	---	3.245	0.518	0.283	0.202
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	---	---	---	---
Escala Perfeccionismo	---	---	1.921	0.750	0.183	0.414
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	3.697	0.448	0.398	0.066
Escala Organicidad	---	---	2.912	0.573	0.026	0.910

6.1.12.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Frecuencias de consumo de Otros en Libertad" e "Irracionalidad Cognitiva".

Tabla N° 128: Tabla de contingencia de las Variables "Frecuencia de consumo de Otros en Libertad" e "Irracionalidad Cognitiva"

		Escala Irracionalidad Cognitiva			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Otros en Libertad	Nunca o menos de una vez al mes	8	9	0	17
	Entre una y cuatro veces al mes	0	2	2	4
	Dos o más veces a la semana	0	0	1	1
Total		8	11	3	22

En la variable "Frecuencia de Consumo de Otros en Libertad", se aprecia que aquellos sujetos que no presentan consumo de Otros en forma previa al ingreso al penal, presentan niveles bajos y medios en la escala de "Irracionalidad Cognitiva". Aquellos sujetos cuyo consumo varía entre una y cuatro veces al mes, presentan niveles medios y altos de "Irracionalidad Cognitiva", mientras que los que consumían entre dos o más veces a la semana, tienden a presentar niveles altos de "Irracionalidad Cognitiva" (un caso).

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 14,549(con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,006. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Frecuencia de consumo de Otros en Libertad" e "Irracionalidad Cognitiva" están relacionadas.

6.1.12.2. Cruce de Frecuencias de las Variables "Frecuencias de consumo de Otros en Libertad" y "Autoestima".

Tabla N° 129: Tabla de contingencia de las Variables "Frecuencia de consumo de Otros en Libertad" y "Autoestima"

		Escala Autoestima			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Otros en Libertad	Nunca o menos de una vez al mes	1	6	10	17
	Entre una y cuatro veces al mes	0	2	2	4
	Dos o más veces a la semana	1	0	0	1
Total		2	8	12	22

En la variable "Frecuencia de Consumo de Otros en Libertad", se aprecia que aquellos sujetos que, no presentan consumo de Otros en forma previa al ingreso al penal, tienden a presentar niveles altos en la escala de "Autoestima". Aquellos cuyo consumo variaba entre una y cuatro veces al mes, presentan niveles medios y altos indistintamente, mientras que los sujetos que consumían entre dos o más veces a la semana, tienden a presentar niveles bajos de "Autoestima" (un caso).

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 10,838(con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,028. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Frecuencia de consumo de Otros en Libertad" y "Autoestima" están relacionadas.

6.1.12.3. Cruce de Frecuencias de las Variables "Frecuencias de consumo de Otros en Libertad" y "Psicoticismo".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Frecuencia de consumo de Otros en Libertad" y "Psicoticismo", indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,471 y una significancia de 0,027 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que en los sujetos cuya Frecuencia de consumo de Otros en Libertad aumenta, el Psicoticismo tienda a incrementarse.

6.1.12.4. Cruce de Frecuencias de las Variables "Frecuencia de consumo de Otros en Libertad" e "Irracionalidad Cognitiva".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Frecuencia de consumo de Otros en Libertad" e "Irracionalidad Cognitiva", indica que éstas presentan una correlación directa moderada a buena de 0,639 y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a en que los sujetos cuya Frecuencia de consumo de Otros en Libertad aumenta, la Irracionalidad Cognitiva tienda a incrementarse.

6.1.13. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de consumo de Alcohol en Módulos" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 130: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de consumo de Alcohol en Módulos" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de Alcohol en Módulos					
	Pearson		**Chi-cuadrado**		**Spearman**	
	Valor	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**
Escala Depresión	---	---	1.449	0.485	0.191	0.394
Escala Ansiedad	---	---	0.513	0.774	0.104	0.644
Escala Autoimagen	---	---	0.393	0.822	-0.072	0.749
Escala Neuroticismo	---	---	3.981	0.137	-0.227	0.310
Escala Extroversión	---	---	4.257	0.119	0.181	0.420
Escala Psicoticismo	---	---	5.939	0.051	**0.519**	**0.013**
Escala Mentira	---	---	0.842	0.656	0.195	0.384
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	**6.089**	**0.048**	0.361	0.099
Escala Autoeficacia	---	---	2.924	0.232	-0.096	0.671
Escala Autoestima	---	---	4.174	0.124	-0.335	0.127
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	3.094	0.213	-0.145	0.519
Escala Alexitimia	---	---	2.434	0.296	0.297	0.179
Escala Disconfort Emocional	---	---	4.426	0.109	0.416	0.054
Escala Conductas Sociales	---	---	1.010	0.603	-0.190	0.398
Escala Asertividad	---	---	3.518	0.172	0.388	0.074
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	2.625	0.269	-0.122	0.817
Escala Perfeccionismo	---	---	0.069	0.966	-0.056	0.805
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	1.998	0.368	0.227	0.310
Escala Organicidad	---	---	1.257	0.533	0.132	0.558

6.1.13.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Frecuencia de Consumo de Alcohol en Módulos" e "Irracionalidad Cognitiva".

Tabla N° 131: Tabla de contingencia de las Variables "Frecuencia de Consumo de Alcohol en Módulos" y "Irracionalidad Cognitiva"

		Escala Irracionalidad Cognitiva			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Alcohol en Módulos	Nunca o menos de una vez al mes	6	8	0	14
	Entre una y cuatro veces al mes	2	3	3	8
Total		8	11	3	22

En la variable "Frecuencia de Consumo de Alcohol en Módulos", se aprecia que aquellos sujetos que no presentan consumo de Alcohol dentro del recinto penitenciario, tienden a presentar niveles medios de "Irracionalidad Cognitiva", mientras que aquellos cuyo consumo variaba entre una y cuatro veces al mes, los niveles de "Irracionalidad Cognitiva" tienden a presentarse medios y altos, indistintamente.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 0,6089(con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,048. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Frecuencia de Consumo de Alcohol en Módulos" e "Irracionalidad Cognitiva" están relacionadas.

6.1.13.2. Cruce de Frecuencias de las Variables "Frecuencia de Consumo de Alcohol en Módulos" y "Psicoticismo".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Frecuencia de consumo de Alcohol en Módulos" y "Psicoticismo", indica que éstas presentan una correlación directa moderada a buena de 0,519 y una significancia de 0,013, con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que en los sujetos cuya Frecuencia de consumo de Alcohol en Módulos aumenta, el Psicoticismo tienda a incrementarse.

6.1.14. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Marihuana en Módulos" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 132: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Marihuana en Módulos" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de Marihuana en Módulos					
	Pearson		**Chi-cuadrado**		**Spearman**	
	Valor	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**
Escala Depresión	---	---	1.857	0.762	0.083	0.715
Escala Ansiedad	---	---	7.578	0.108	-0.058	0.798
Escala Autoimagen	---	---	1.956	0.744	-0.038	0.868
Escala Neuroticismo	---	---	5.040	0.238	**-0.440**	**0.040**
Escala Extroversión	---	---	7.460	0.113	0.417	0.053
Escala Psicoticismo	---	---	5.402	0.248	**0.434**	**0.043**
Escala Mentira	---	---	6.457	0.168	**0.460**	**0.031**
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	4.550	0.337	-0.018	0.936
Escala Autoeficacia	---	---	5.867	0.209	**-0.495**	**0.019**
Escala Autoestima	---	---	3.606	0.462	-0.301	0.173
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	5.326	0.255	-0.370	0.090
Escala Alexitimia	---	---	4.644	0.326	-0.015	0.948
Escala Disconfort Emocional	---	---	5.476	0.242	0.233	0.297
Escala Conductas Sociales	---	---	4.976	0.290	-0.143	0.524
Escala Asertividad	---	---	8.687	0.069	0.404	0.062
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	7.000	0.136	-0.146	0.782
Escala Perfeccionismo	---	---	1.780	0.776	-0.126	0.575
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	2.745	0.601	0.337	0.125
Escala Organicidad	---	---	7.407	0.116	0.122	0.589

6.1.14.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Frecuencias de Consumo de Marihuana en Módulos" y "Neuroticismo".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Frecuencia de consumo de Marihuana en Módulos" y "Neuroticismo", indica que éstas presentan una correlación indirecta baja a moderada de -0,440 y una significancia de 0,040, con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que en los sujetos cuya Frecuencia de consumo de Marihuana en Módulos aumenta, el Neuroticismo disminuya.

6.1.14.2. Cruce de Frecuencias de las Variables "Frecuencias de Consumo de Marihuana en Módulos" y "Psicoticismo".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Frecuencia de consumo de Marihuana en Módulos" y "Psicoticismo", indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,434 y una significancia de 0,043, con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que en los sujetos cuya Frecuencia de consumo de Marihuana en Módulos aumenta, el Psicoticismo disminuya.

6.1.14.3. Cruce de Frecuencias de las Variables "Frecuencias de Consumo de Marihuana en Módulos" y "Escala de Mentira".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Frecuencia de consumo de Marihuana en Módulos" y la escala de "Mentira", indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,460 y una significancia de 0,031 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que en los sujetos cuya Frecuencia de consumo de Marihuana en Módulos aumenta, la escala de "Mentira" disminuya.

6.1.14.4. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencias de Consumo de Marihuana en Módulos” y “Autoeficacia”.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Frecuencia de consumo de Marihuana en Módulos” y “Autoeficacia”, indica que éstas presentan una correlación indirecta baja a moderada de -0,495 y una significancia de 0,019 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los en sujetos cuya Frecuencia de consumo de Marihuana en Módulos aumenta, la escala de “Autoeficacia” tienda a disminuir.

6.1.15. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de consumo de Cocaína en módulos" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 133: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Cocaína en módulos" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de Cocaína en módulos					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	1.751	0.781	0.052	0.817
Escala Ansiedad	---	---	3.723	0.445	0.081	0.721
Escala Autoimagen	---	---	2.120	0.714	0.158	0.483
Escala Neuroticismo	---	---	10.747	0.030	-0.216	0.334
Escala Extroversión	---	---	2.455	0.653	0.310	0.160
Escala Psicoticismo	---	---	4.328	0.363	0.367	0.093
Escala Mentira	---	---	4.120	0.390	0.252	0.258
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	7.291	0.121	0.403	0.063
Escala Autoeficacia	---	---	7.019	0.135	-0.165	0.462
Escala Autoestima	---	---	3.952	0.413	-0.194	0.386
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	5.483	0.241	0.075	0.741
Escala Alexitimia	---	---	4.816	0.307	0.264	0.235
Escala Disconfort Emocional	---	---	7.266	0.122	**0.458**	**0.032**
Escala Conductas Sociales	---	---	0.984	0.912	0.089	0.695
Escala Asertividad	---	---	2.611	0.625	0.288	0.194
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	2.625	0.269	-0.122	0.817
Escala Perfeccionismo	---	---	4.546	0.337	0.185	0.410
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	2.590	0.629	0.273	0.218
Escala Organicidad	---	---	3.131	0.536	-0.064	0.078

6.1.15.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de Consumo de Cocaína en módulos” y “Disconfort Emocional”.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Frecuencia de Consumo de Cocaína en módulos” y “Disconfort Emocional”**,** indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,458 y una significancia de 0,032 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que aumenta la frecuencia de consumo de cocaína en el módulo, el nivel de Disconfort Emocional, también se incremente.

6.1.16. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Pasta Base en Módulos" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 134: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Pasta Base en Módulos" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de Pasta a Base en módulos					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	5.120	0.275	0.112	0.620
Escala Ansiedad	---	---	8.196	0.085	0.314	0.154
Escala Autoimagen	---	---	1.375	0.849	0.174	0.438
Escala Neuroticismo	---	---	5.028	0.284	-0.007	0.975
Escala Extroversión	---	---	1.471	0.832	0.245	0.271
Escala Psicoticismo	---	---	7.247	0.123	0.282	0.204
Escala Mentira	---	---	5.140	0.273	0.224	0.316
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	4.265	0.371	0.149	0.509
Escala Autoeficacia	---	---	2.939	0.568	0.077	0.734
Escala Autoestima	---	---	1.564	0.815	0.113	0.617
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	4.440	0.350	0.133	0.555
Escala Alexitimia	---	---	2.166	0.705	0.167	0.457
Escala Disconfort Emocional	---	---	8.282	0.082	0.246	0.270
Escala Conductas Sociales	---	---	4.137	0.388	-0.064	0.777
Escala Asertividad	---	---	3.245	0.518	0.283	0.202
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	6.375	0.173	-0.220	0.675
Escala Perfeccionismo	---	---	1.992	0.737	0.000	0.999
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	4.432	0.351	-0.006	0.979
Escala Organicidad	---	---	1.812	0.770	-0.017	0.940

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable "Nº de Tratamientos Anteriores" y las Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

6.1.17. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Codeína en módulos" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 135: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Codeína en módulos" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de Codeína en módulos					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	---	---	---	---
Escala Ansiedad	---	---	---	---	---	---
Escala Autoimagen	---	---	---	---	---	---
Escala Neuroticismo	---	---	---	---	---	---
Escala Extroversión	---	---	---	---	---	---
Escala Psicoticismo	---	---	---	---	---	---
Escala Mentira	---	---	---	---	---	---
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	---	---	---	---
Escala Autoeficacia	---	---	---	---	---	---
Escala Autoestima	---	---	---	---	---	---
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	---	---	---	---
Escala Alexitimia	---	---	---	---	---	---
Escala Disconfort Emocional	---	---	---	---	---	---
Escala Conductas Sociales	---	---	---	---	---	---
Escala Asertividad	---	---	---	---	---	---
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	---	---	---	---
Escala Perfeccionismo	---	---	---	---	---	---
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	---	---	---	---
Escala Organicidad	---	---	---	---	---	---

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable "Nº de Tratamientos Anteriores" y las Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

6.1.18. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Éxtasis en módulos" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 136: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Éxtasis en módulos" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de Éxtasis en módulos					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	---	---	---	---
Escala Ansiedad	---	---	---	---	---	---
Escala Autoimagen	---	---	---	---	---	---
Escala Neuroticismo	---	---	---	---	---	---
Escala Extroversión	---	---	---	---	---	---
Escala Psicoticismo	---	---	---	---	---	---
Escala Mentira	---	---	---	---	---	---
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	---	---	---	---
Escala Autoeficacia	---	---	---	---	---	---
Escala Autoestima	---	---	---	---	---	---
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	---	---	---	---
Escala Alexitimia	---	---	---	---	---	---
Escala Disconfort Emocional	---	---	---	---	---	---
Escala Conductas Sociales	---	---	---	---	---	---
Escala Asertividad	---	---	---	---	---	---
Escala Satisfacción	---	---	---	---	---	---

Matrimonial						
Escala Perfeccionismo	---	---	---	---	---	---
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	---	---	---	---
Escala Organicidad	---	---	---	---	---	---

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable "Nº de Tratamientos Anteriores" y las Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

6.1.19. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Fármacos en Módulos" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 137: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Fármacos en Módulos" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de Fármacos en módulos					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel De sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	3.204	0.524	0.087	0.700
Escala Ansiedad	---	---	2.058	0.725	0.133	0.556
Escala Autoimagen	---	---	1.621	0.805	0.266	0.231
Escala Neuroticismo	---	---	6.079	0.193	0.187	0.405
Escala Extroversión	---	---	3.162	0.531	0.095	0.673
Escala Psicoticismo	---	---	5.211	0.266	0.063	0.781
Escala Mentira	---	---	1.684	0.794	-0.161	0.473
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	4.000	0.406	0.340	0.122
Escala Autoeficacia	---	---	1.985	0.739	0.293	0.186
Escala Autoestima	---	---	2.243	0.691	-0.106	0.637
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	2.446	0.654	-0.009	0.968
Escala Alexitimia	---	---	4.503	0.342	0.254	0.253
Escala Disconfort Emocional	---	---	5.249	0.263	0.240	0.282
Escala Conductas Sociales	---	---	3.639	0.457	0.195	0.385
Escala Asertividad	---	---	1.853	0.763	0.187	0.405
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	**6.000**	**0.050**	-0.775	0.070
Escala Perfeccionismo	---	---	2.581	0.630	0.064	0.776
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	1.985	0.739	0.293	0.186
Escala Organicidad	---	---	1.505	0.826	0.174	0.438

6.1.19.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Frecuencia de consumo de Fármacos en módulos" y "Satisfacción Matrimonial".

Tabla N° 138: Tabla de contingencia de las Variables "Frecuencia de consumo de Fármacos en módulos" y "Satisfacción Matrimonial".

		Escala Satisfacción Matrimonial			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Fármacos en Módulos	Nunca o menos de una vez al mes	0	1	4	5
	Entre una y cuatro veces al mes	1	0	0	1
Total		1	1	4	6

En la variable "Frecuencia de Consumo de Fármacos en Módulos" se observa que de los sujetos casados, aquellos que nunca han presentado consumo de Fármacos en módulos, tienden a presentar un alto nivel de "Satisfacción Matrimonial", mientras que los que han consumido entre una y cuatro veces al mes, presentan niveles bajos de "Satisfacción Matrimonial" (un caso).

El Estadístico Chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 6,000 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución $\chi 2$ con 2 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,050. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel critico o nivel de significación asociado) es muy baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Frecuencia de consumo de Fármacos en módulos" y "Satisfacción Matrimonial" están relacionadas

6.1.20. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de consumo de Solventes en módulos" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 139: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de consumo de Solventes en módulos" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de Solventes en módulos					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	1.513	0.469	-0.239	0.284
Escala Ansiedad	---	---	1.513	0.469	-0.241	0.279
Escala Autoimagen	---	---	0.489	0.783	0.146	0.516
Escala Neuroticismo	---	---	2.794	0.247	-0.299	0.176
Escala Extroversión	---	---	0.725	0.696	0.179	0.425
Escala Psicoticismo	---	---	0.873	0.646	0.190	0.396
Escala Mentira	---	---	2.245	0.325	0.131	0.560
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	**6.635**	**0.036**	0.360	0.100
Escala Autoeficacia	---	---	0.599	0.741	0.161	0.474
Escala Autoestima	---	---	1.833	0.400	-0.193	0.388
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	1.257	0.533	-0.223	0.318
Escala Alexitimia	---	---	1.513	0.469	0.241	0.279
Escala Disconfort Emocional	---	---	1.257	0.533	0.222	0.322
Escala Conductas Sociales	---	---	2.245	0.325	0.274	0.218
Escala Asertividad	---	---	3.562	0.168	0.332	0.132
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	---	---	---	---
Escala Perfeccionismo	---	---	1.833	0.400	-0.074	0.745
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	0.599	0.741	0.161	0.474
Escala Organicidad	---	---	1.257	0.533	-0.153	0.498

6.1.20.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Frecuencia de consumo de Solventes en módulos” e “Irracionalidad Cognitiva”.

Tabla N° 140: Tabla de contingencia de las Variables “Frecuencia de consumo de Solventes en módulos” e “Irracionalidad Cognitiva”.

		Escala Irracionalidad Cognitiva			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Solventes en Módulos	Nunca o menos de una vez al mes	8	11	2	21
	Entre una y cuatro veces al mes	0	0	1	1
Total		8	11	3	22

En la variable “Frecuencia de Consumo de Solventes en Módulos” se observa que aquellos sujetos que no presentan consumo de solventes en módulo, exhiben un nivel de “Irracionalidad Cognitiva” en niveles medios, mientras que aquellos sujetos cuya frecuencia de consumo variaba entre una y cuatro veces al mes, tienden a presentar niveles altos de “Irracionalidad Cognitiva” (un caso).

El Estadístico Chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 6,635 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución $\chi 2$ con 2 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,036. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel critico o nivel de significación asociado) es muy baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Frecuencia de consumo de Solventes en módulos” e “Irracionalidad Cognitiva” están relacionadas.

6.1.21. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de consumo de Anfetaminas en módulos" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 141: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de consumo de Anfetaminas en módulos" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de Anfetaminas en módulos					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	1.513	0.469	-0.239	0.284
Escala Ansiedad	---	---	1.513	0.469	-0.241	0.279
Escala Autoimagen	---	---	0.489	0.783	0.146	0.516
Escala Neuroticismo	---	---	2.794	0.247	-0.299	0.176
Escala Extroversión	---	---	0.725	0.696	0.179	0.425
Escala Psicoticismo	---	---	3.562	0.168	-0.133	0.554
Escala Mentira	---	---	4.714	0.095	0.338	0.124
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	1.833	0.400	-0.265	0.233
Escala Autoeficacia	---	---	0.599	0.741	0.161	0.474
Escala Autoestima	---	---	0.873	0.646	0.193	0.388
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	1.257	0.533	-0.223	0.318
Escala Alexitimia	---	---	1.513	0.469	0.241	0.279
Escala Disconfort Emocional	---	---	2.794	0.247	-0.295	0.182
Escala Conductas Sociales	---	---	2.245	0.325	0.274	0.218
Escala Asertividad	---	---	0.725	0.696	-0.020	0.931
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	**6.000**	**0.050**	-0.465	0.353
Escala Perfeccionismo	---	---	1.833	0.400	-0.074	0.745
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	3.562	0.168	-0.221	0.322
Escala Organicidad	---	---	1.257	0.533	-0.153	0.498

6.1.21.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Frecuencia de consumo de Anfetaminas en módulos" y "Satisfacción Matrimonial".

Tabla N° 142: Tabla de contingencia de las Variables "Frecuencia de consumo de Anfetaminas en módulos" y "Satisfacción Matrimonial".

		Escala Satisfacción Matrimonial			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Anfetaminas en Módulos	Nunca o menos de una vez al mes	**1**	**0**	**4**	**5**
	Entre una y cuatro veces al mes	**0**	**1**	**0**	**1**
Total		**1**	**1**	**4**	**6**

En la variable "Frecuencia de Consumo de Anfetaminas en Módulos" se observa que de los sujetos casados, aquellos no presentan consumo de anfetaminas en módulo, exhiben un nivel alto de "Satisfacción Matrimonial", mientras que aquellos cuyo consumo en módulos variaba entre una y cuatro veces al mes, tienden a presentar niveles medios.

El Estadístico Chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 6,000 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución $\chi 2$ con 2 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,050. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel critico o nivel de significación asociado) es muy baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Frecuencia de consumo de Anfetaminas en módulos" y "Satisfacción Matrimonial" están relacionadas.

6.1.23. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Anfetaminas en Módulos" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 143: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Anfetaminas en Módulos" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de anfetaminas en módulos					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	1.513	0.469	-0.239	0.284
Escala Ansiedad	---	---	1.513	0.469	-0.241	0.279
Escala Autoimagen	---	---	0.489	0.783	0.146	0.516
Escala Neuroticismo	---	---	2.794	0.247	-.0299	0.176
Escala Extroversión	---	---	0.725	0.696	0.179	0.425
Escala Psicoticismo	---	---	3.562	0.168	-0.133	0.554
Escala Mentira	---	---	4.714	0.095	0.338	0.124
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	1.833	0.400	-0.265	0.233
Escala Autoeficacia	---	---	0.599	0.741	0.161	0.474
Escala Autoestima	---	---	0.873	0.646	0.193	0.388
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	1.257	0.533	-0.223	0.318
Escala Alexitimia	---	---	1.513	0.469	0.241	0.279
Escala Disconfort Emocional	---	---	2.794	0.247	-0.295	0.182
Escala Conductas Sociales	---	---	2.245	0.325	0.274	0.218
Escala Asertividad	---	---	0.725	0.696	-0.020	0.931
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	**6.000**	**0.050**	-0.465	0.353
Escala Perfeccionismo	---	---	1.833	0.400	-0.074	0.745
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	3.562	0.168	-0.221	0.322
Escala Organicidad	---	---	1.257	0.533	-0.153	0.498

6.1.24. Relaciones entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Otros en Módulos" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 144: Cruce de frecuencias entre la Variable "Frecuencia de Consumo de Otros en Módulos" y las Escalas Clínicas.

	Frecuencia de Consumo de otros en módulos					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	1.833	0.400	0.074	0.745
Escala Ansiedad	---	---	1.513	0.469	0.241	0.279
Escala Autoimagen	---	---	4.714	0.095	-0.251	0.260
Escala Neuroticismo	---	---	2.794	0.247	-0.299	0.176
Escala Extroversión	---	---	1.833	0.400	-0.239	0.285
Escala Psicoticismo	---	---	0.873	0.646	0.190	0.396
Escala Mentira	---	---	4.714	0.095	0.338	0.124
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	**6.635**	**0.036**	0.360	0.100
Escala Autoeficacia	---	---	3.562	0.168	-0.342	0.119
Escala Autoestima	---	---	1.833	0.400	-0.193	0.388
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	4.714	0.095	0.335	0.127
Escala Alexitimia	---	---	1.513	0.469	0.241	0.279
Escala Disconfort Emocional	---	---	1.257	0.533	0.222	0.322
Escala Conductas Sociales	---	---	1.833	0.400	-0.255	0.251
Escala Asertividad	---	---	0.725	0.696	-0.020	0.931
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	---	---	---	---
Escala Perfeccionismo	---	---	3.562	0.168	-0.313	0.156
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	0.599	0.741	0.161	0.474
Escala Organicidad	---	---	1.257	0.533	-0.153	0.498

6.1.24.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Frecuencia de Consumo de Otros en Módulos" e "Irracionalidad Cognitiva".

Tabla N° 145: Tabla de contingencia de las Variables "Frecuencia de Consumo de Otros en Módulos" e "Irracionalidad Cognitiva".

		Escala Irracionalidad Cognitiva			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Frecuencia de Consumo de Otros en Cárcel	Nunca o menos de una vez al mes	8	11	2	21
	Entre una y cuatro veces al mes	0	0	1	1
Total		8	11	3	22

En la variable "Frecuencia de Consumo de Otros en Módulos" encontramos que aquellos sujetos que nunca han consumido otro tipo de sustancias en módulos, tienden a presentar niveles medios de "Irracionalidad Cognitiva", mientras que aquellos sujetos que han consumido entre una y cuatro veces, tienden a presentar niveles altos (un caso).

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,635 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,036. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Frecuencia de Consumo de Otros en Módulos" e "Irracionalidad Cognitiva" están relacionadas.

6.1.25. Relaciones entre la Variable "Tratamientos Anteriores" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 146: Cruce de frecuencias entre la Variable "Tratamientos Anteriores" y las Escalas Clínicas.

	Tratamientos Anteriores					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	0.450	0.798	---	---
Escala Ansiedad	---	---	1.001	0.606	---	---
Escala Autoimagen	---	---	4.791	0.091	---	---
Escala Neuroticismo	---	---	2.780	0.249	---	---
Escala Extroversión	---	---	0.903	0.637	---	---
Escala Psicoticismo	---	---	4.177	0.124	---	---
Escala Mentira	---	---	4.041	0.133	---	---
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	0.279	0.870	---	---
Escala Autoeficacia	---	---	4.111	0.128	---	---
Escala Autoestima	---	---	1.641	0.440	---	---
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	1.949	0.377	---	---
Escala Alexitimia	---	---	1.129	0.569	---	---
Escala Disconfort Emocional	---	---	1.564	0.457	---	---
Escala Conductas Sociales	---	---	**7.431**	**0.024**	---	---
Escala Asertividad	---	---	1.222	0.543	---	---
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	1.500	0.472	---	---
Escala Perfeccionismo	---	---	0.450	0.798	---	---
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	2.508	0.285	---	---
Escala Organicidad	---	---	0.335	0.846	---	---

6.1.25.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Tratamientos Anteriores" y "Conductas Sociales".

Tabla N° 147: Tabla de contingencia de las Variables "Tratamientos Anteriores" y "Conductas Sociales".

		Escala Conducta Social			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Tratamientos Anteriores	Si	1	5	1	7
	No	7	2	6	15
Total		8	7	7	22

En la variable "Tratamientos Anteriores" encontramos que aquellos sujetos que han tenido algún tipo de tratamiento anterior, tienden a presentar niveles medios en la escala de Conducta Social.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 7,431 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,024. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Tratamientos Anteriores" y "Conducta Social" están relacionadas.

6.1.26. Relaciones entre la Variable "Nº de Tratamientos Anteriores" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 148: Cruce de frecuencias entre la Variable "Nº Tratamientos Anteriores" y las Escalas Clínicas.

	Nº de tratamientos anteriores					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	3.972	0.410	-0.331	0.133
Escala Ansiedad	---	---	5.500	0.240	-0.377	0.084
Escala Autoimagen	---	---	2.281	0.684	0.315	0.154
Escala Neuroticismo	---	---	3.148	0.533	-0.126	0.576
Escala Extroversión	---	---	1.716	0.788	0.140	0.534
Escala Psicoticismo	---	---	2.730	0.604	0.061	0.786
Escala Mentira	---	---	1.397	0.845	-0.081	0.721
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	6.407	0.171	0.007	0.974
Escala Autoeficacia	---	---	3.899	0.420	0.179	0.425
Escala Autoestima	---	---	2.139	0.710	0.189	0.400
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	2.383	0.666	0.011	0.962
Escala Alexitimia	---	---	1.086	0.896	0.160	0.478
Escala Disconfort Emocional	---	---	2.852	0.583	0.094	0.678
Escala Conductas Sociales	---	---	6.286	0.179	0.189	0.400
Escala Asertividad	---	---	4.372	0.358	-0.030	0.893
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	1.500	0.827	0.480	0.335
Escala Perfeccionismo	---	---	2.275	0.685	-0.092	0.685
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	2.270	0.686	0.159	0.479
Escala Organicidad	---	---	7.333	0.119	-0.253	0.255

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable "Nº de Tratamientos Anteriores" y las Escalas Clínicas, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

6.1.27. Relaciones entre la Variable “Días de Tratamiento” y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 149: Cruce de frecuencias entre la Variable “Días de Tratamiento” y las Escalas Clínicas.

	Días de Tratamiento					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	-0.358	0.102	8.204	0.084	**-0.518**	**0.014**
Escala Ansiedad	-0.189	0.399	6.391	0.172	-0.311	0.158
Escala Autoimagen	-0.110	0.627	3.575	0.467	-0.018	0.938
Escala Neuroticismo	**-0.590**	**0.004**	5.286	0.259	-0.409	0.058
Escala Extroversión	0.039	0.862	4.046	0.400	-0.110	0.625
Escala Psicoticismo	0.064	0.777	6.951	0.138	-0.189	0.399
Escala Mentira	-0.134	0.551	1.057	0.901	0.130	0.563
Escala Irracionalidad Cognitiva	-0.226	0.311	7.222	0.125	-0.246	0.271
Escala Autoeficacia	0.068	0.765	4.679	0.322	0.301	0.174
Escala Autoestima	-0.158	0.483	2.483	0.648	-0.047	0.835
Escala Satisfacción de Necesidades	-0.044	0.845	5.109	0.285	0.144	0.522
Escala Alexitimia	0.156	0.488	1.579	0.813	0.189	0.399
Escala Disconfort Emocional	-0.078	0.730	1.772	0.778	-0.075	0.741
Escala Conductas Sociales	-0.025	0.914	4.747	0.314	**0.428**	**0.047**
Escala Asertividad	0.193	0.390	4.326	0.364	0.091	0.689
Escala Satisfacción Matrimonial	0.228	0.663	2.000	0.368	0.115	0.828
Escala Perfeccionismo	**-0.521**	**0.013**	3.662	0.454	-0.388	0.075
Escala Intolerancia a la Frustración	-0.092	0.685	2.318	0.678	-0.300	0.175
Escala Organicidad	-0.324	0.141	1.833	0.766	-0.234	0.294

6.1.27.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Días de Tratamiento" y "Neuroticismo".

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada a buena de -0,590 (a medida que aumentan los Días de Tratamiento, el nivel de Neuroticismo disminuye) y una significancia de 0,004 con un 99% de confianza, bilateral.

6.1.27.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Días de Tratamiento" y "Perfeccionismo".

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada a buena de -0,521 (a medida que aumentan los Días de Tratamiento, el nivel de Perfeccionismo disminuye) y una significancia de 0,013 con un 95% de confianza, bilateral.

6.1.27.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Días de Tratamiento" y "Depresión".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Días de Tratamiento" y "Depresión", indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada a buena de -0,518 y una significancia de 0,014 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los Días de Tratamiento aumentan, el nivel de Depresión disminuya.

6.1.27.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Días de Tratamiento” y “Conductas Sociales”.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Días de Tratamiento” y “Conductas Sociales”, indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,428 y una significancia de 0,047 con un 95% de confianza, bilateral. lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los Días de Tratamiento aumentan, el Repertorio Conductual también aumente.

6.1.28. Relaciones entre la Variable "Etapa del Tratamiento" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 150: Cruce de frecuencias entre la Variable "Etapa del Tratamiento" y las Escalas Clínicas.

	Etapa del Tratamiento					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	9.451	0.150	**-0.563**	**0.006**
Escala Ansiedad	---	---	5.704	0.457	**-0.437**	**0.042**
Escala Autoimagen	---	---	4.785	0.572	-0.179	0.425
Escala Neuroticismo	---	---	7.163	0.306	**-0.455**	**0.033**
Escala Extroversión	---	---	3.416	0.755	-0.100	0.658
Escala Psicoticismo	---	---	8.293	0.217	-0.157	0.486
Escala Mentira	---	---	9.070	0.170	0.125	0.578
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	**15.050**	**0.020**	-0.260	0.242
Escala Autoeficacia	---	---	5.105	0.530	0.036	0.872
Escala Autoestima	---	---	2.078	0.912	-0.078	0.732
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	9.323	0.156	-0.134	0.551
Escala Alexitimia	---	---	8.820	0.184	0.420	0.051
Escala Disconfort Emocional	---	---	2.958	0.814	-0.058	0.798
Escala Conductas Sociales	---	---	4.682	0.585	0.189	0.399
Escala Asertividad	---	---	3.678	0.720	0.011	0.962
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	3.000	0.558	-0.219	0.677
Escala Perfeccionismo	---	---	8.258	0.220	**-0.582**	**0.005**
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	6.333	0.387	-0.240	0.281
Escala Organicidad	---	---	4.767	0.574	-0.280	0.206

6.1.28.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Etapa del Tratamiento" e "Irracionalidad Cognitiva".

Tabla N° 151: Tabla de contingencia de las Variables "Etapa del Tratamiento" e "Irracionalidad Cognitiva".

		Escala Irracionalidad Cognitiva			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Etapa del Tratamiento	Pretratamiento	0	3	0	3
	Adaptación	0	4	1	5
	Tratamiento	6	4	0	10
	Reinserción	2	0	2	4
Total		8	11	3	22

En la variable "Etapa del Tratamiento" encontramos que aquellos sujetos que se encuentran en la etapa "Tratamiento" y "Reinserción", tienden a presentar niveles bajos de "Irracionalidad Cognitiva", mientras que aquellos que se encuentran en la etapa "Pretratamiento", tienden a presentar niveles medios de "Irracionalidad Cognitiva", al igual que los que están en la etapa Adaptación.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 15,050 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 6 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,020. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Etapa del Tratamiento" e "Irracionalidad Cognitiva" están relacionadas.

6.1.28.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Etapa del Tratamiento" y "Depresión".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Etapa del Tratamiento" y "Depresión", indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada a buena de -0,536 y una significancia de 0,006 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los sujetos avanzan en la Etapa del Tratamiento, el nivel de Depresión disminuye.

6.1.28.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Etapa del Tratamiento" y "Ansiedad".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Etapa del Tratamiento" y "Ansiedad", indica que éstas presentan una correlación indirecta baja a moderada de -0,437 y una significancia de 0,042 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los sujetos avanzan en la Etapa del Tratamiento, el nivel de Ansiedad disminuye.

6.1.28.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Etapa del Tratamiento" y "Ansiedad".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Etapa del Tratamiento" y "Neuroticismo", indica que éstas presentan una correlación indirecta baja a moderada de -0,455 y una significancia de 0,033 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los sujetos avanzan en la Etapa del Tratamiento, el nivel de Neuroticismo disminuye.

6.1.28.5. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Etapa del Tratamiento” y “Perfeccionismo”.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Etapa del Tratamiento” y “Perfeccionismo”, indica que éstas presentan una correlación indirecta moderada a buena de -0,582 y una significancia de 0,005 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los sujetos avanzan en la Etapa del Tratamiento, el nivel de Perfeccionismo disminuye.

6.1.29. Relaciones entre la Variable "Consumo Histórico de Drogas en la Familia" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 152: Cruce de frecuencias entre la Variable "Consumo Histórico de Drogas en la Familia" y las Escalas Clínicas.

	Consumo Histórico de Drogas en la Familia					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	3.430	0.180	---	---
Escala Ansiedad	---	---	**6.275**	**0.043**	---	---
Escala Autoimagen	---	---	1.473	0.479	---	---
Escala Neuroticismo	---	---	3.732	0.155	---	---
Escala Extroversión	---	---	4.257	0.119	---	---
Escala Psicoticismo	---	---	2.121	0.346	---	---
Escala Mentira	---	---	3.592	0.166	---	---
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	3.405	0.182	---	---
Escala Autoeficacia	---	---	0.043	0.979	---	---
Escala Autoestima	---	---	4.174	0.124	---	---
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	4.606	0.100	---	---
Escala Alexitimia	---	---	0.513	0.774	---	---
Escala Disconfort Emocional	---	---	0.681	0.711	---	---
Escala Conductas Sociales	---	---	0.316	0.854	---	---
Escala Asertividad	---	---	2.853	0.240	---	---
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	1.500	0.472	---	---
Escala Perfeccionismo	---	---	1.689	0.430	---	---
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	0.043	0.979	---	---
Escala Organicidad	---	---	0.393	0.822	---	---

6.1.29.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Consumo Histórico de Drogas en la Familia" y "Ansiedad".

Tabla N° 153: Tabla de contingencia de las Variables "Consumo Histórico de Drogas en la Familia" y "Ansiedad".

		Escala Ansiedad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Consumo histórico de drogas en la familia	Si	3	3	8	14
	No	6	1	1	8
Total		9	4	9	22

En la variable "Consumo Anterior de Drogas en la Familia" encontramos que aquellos sujetos que presentan sí presentan este patrón, tienden a presentar niveles Altos de Ansiedad, mientras que los que no tienen "Consumo Anterior de Drogas en la Familia", tienden a presentar niveles bajos de "Ansiedad".

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,275 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,043. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Consumo Anterior de Drogas en la Familia" y "Ansiedad" están relacionadas.

6.1.30. Relaciones entre la Variable "Consumo Actual en la Familia" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 154: Cruce de frecuencias entre la Variable "Consumo Actual en la Familia" y las Escalas Clínicas.

	Consumo Actual en la Familia					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	---	---	**6.119**	**0.047**	---	---
Escala Ansiedad	---	---	**6.635**	**0.036**	---	---
Escala Autoimagen	---	---	2.986	0.225	---	---
Escala Neuroticismo	---	---	0.904	0.636	---	---
Escala Extroversión	---	---	1.556	0.459	---	---
Escala Psicoticismo	---	---	0.105	0.949	---	---
Escala Mentira	---	---	0.351	0.839	---	---
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	1.048	0.592	---	---
Escala Autoeficacia	---	---	0.846	0.655	---	---
Escala Autoestima	---	---	1.293	0.524	---	---
Escala Satisfacción de Necesidades	---	---	3.094	0.213	---	---
Escala Alexitimia	---	---	2.794	0.247	---	---
Escala Disconfort Emocional	---	---	3.562	0.168	---	---
Escala Conductas Sociales	---	---	3.042	0.182	---	---
Escala Asertividad	---	---	4.581	0.101	---	---
Escala Satisfacción Matrimonial	---	---	3.000	0.233	---	---
Escala Perfeccionismo	---	---	1.449	0.485	---	---
Escala Intolerancia a la Frustración	---	---	1.586	0.452	---	---
Escala Organicidad	---	---	0.393	0.822	---	---

6.1.30.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Consumo Actual en la Familia" y "Depresión".

Tabla N° 155: Tabla de contingencia de las Variables "Consumo Actual en la Familia" y "Depresión".

		Escala Depresión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Consumo actual de drogas en la familia	Si	3	7	4	14
	No	6	1	1	8
Total		9	8	5	22

En la variable "Consumo Actual de Drogas en la Familia" encontramos que aquellos sujetos que sí presentan este patrón, tienden a presentar niveles medios de Depresión, mientras que aquellos que declaran no tener Consumo Actual de Drogas en la Familia, tienden a presentar bajos niveles de Depresión.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,119 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,047. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Consumo Actual de Drogas en la Familia" y "Depresión" están relacionadas.

6.1.30.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Consumo Actual en la Familia" y "Ansiedad".

Tabla N° 156: Tabla de contingencia de las Variables "Consumo Actual en la Familia" y "Ansiedad".

		Escala Ansiedad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Consumo actual de drogas en la familia	Si	3	4	7	14
	No	6	0	2	8
Total		9	4	9	22

En la variable "Consumo Actual de Drogas en la Familia" encontramos que aquellos sujetos que presentan sí presentan este patrón, tienden a presentar niveles altos de Ansiedad, mientras que aquellos que declaran no tener Consumo Actual de Drogas en la Familia, tienden a presentar bajos niveles de Ansiedad.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 6,635 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 2 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,036. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Consumo Actual de Drogas en la Familia" y "Ansiedad" están relacionadas.

7. Objetivo específico N° 7: Relaciones entre las Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

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

H_0: Existe independencia entre las variables.

H_1: No existe independencia entre las variables.

7.1. Relaciones entre las Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

7.1.1. Relaciones entre la Variable "Depresión" y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 157: Cruce de frecuencias entre la Variable "Depresión" y las Escalas Clínicas.

	Depresión					
	Pearson		**Chi-cuadrado**		**Spearman**	
	Valor	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**
Escala Depresión	---	---	---	---	---	---
Escala Ansiedad	**0.624**	**0.002**	**15.958**	**0.003**	**0.725**	**0.000**
Escala Autoimagen	0.318	0.150	1.780	0.776	0.126	0.575
Escala Neuroticismo	0.400	0.065	8.987	0.061	0.419	0.052
Escala Extroversión	-0.111	0.622	7.832	0.098	-0.039	0.864
Escala Psicoticismo	**0.429**	**0.046**	5.867	0.209	**0.456**	**0.033**
Escala Mentira	0.133	0.556	1.869	0.760	-0.208	0.353
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.349	0.112	**13.626**	**0.009**	**0.444**	**0.038**
Escala Autoeficacia	0.366	0.094	2.561	0.634	0.076	0.738
Escala Autoestima	-0.162	0.470	2.167	0.705	-0.058	0.798
Escala Satisfacción de	0.381	0.380	3.043	0.551	0.259	0.245

Necesidades						
Escala Alexitimia	0.164	0.466	4.972	0.290	0.035	0.878
Escala Disconfort Emocional	0.344	0.117	6.388	0.172	0.333	0.129
Escala Conductas Sociales	-0.401	0.064	**9.746**	**0.045**	**-0.471**	**0.027**
Escala Asertividad	0.165	0.464	4.024	0.403	0.080	0.724
Escala Satisfacción Matrimonial	0.139	0.793	3.250	0.517	0.237	0.651
Escala Perfeccionismo	**0.466**	**0.029**	5.878	0.208	0.372	0.088
Escala Intolerancia a la Frustración	0.219	0.328	8.433	0.077	**0.581**	**0.005**
Escala Organicidad	**0.439**	**0.041**	6.258	0.181	**0.493**	**0.020**

7.1.1.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Depresión" y "Ansiedad".

Tabla N° 158: Tabla de contingencia de las Variables "Depresión" y "Ansiedad".

		Escala Ansiedad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Depresión	Bajo	8	0	1	9
	Medio	1	3	4	8
	Alto	0	1	4	5
Total		9	4	9	22

En la variable "Depresión" se encuentra que los sujetos que presentan niveles bajos de "Depresión" tienden a manifestar un nivel de "Ansiedad" disminuido. Por otra parte, las personas que muestran un nivel de Depresión alta, también tienden a presentar un incremento en su nivel de Ansiedad, al igual que aquellos cuyos niveles de "Depresión" son medios.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 15,958 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,003. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es

baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Depresión” y “Ansiedad” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a buena de 0,624 (a medida que los niveles de Depresión disminuyen o aumentan, los niveles de Ansiedad también tienden a descender o incrementarse respectivamente) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Depresión” y “Ansiedad”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a buena de 0,725 y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los niveles de Depresión aumentan, los niveles de Ansiedad también tienden a incrementarse respectivamente.

7.1.1.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Depresión” y “Psicoticismo”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a las variables “Depresión” y “Psicoticismo”, indica que las variables tienen una correlación directa baja a moderada de 0,429 (a medida que los niveles de Depresión aumentan, los niveles de Psicoticismo también se incrementan) y una significancia de 0,046 con un 95% de confianza, bilateral.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Depresión” y “Psicoticismo”, indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,456 y una significancia de 0,033 con un 95% de confianza, bilateral. lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los niveles de Depresión aumentan, los niveles de Psicoticismo también tiendan a incrementarse.

7.1.1.3. Cruce de Frecuencias de las Variables "Depresión" e "Irracionalidad Cognitiva".

Tabla N° 159: Tabla de contingencia de las Variables "Depresión" e "Irracionalidad Cognitiva".

		Escala Irracionalidad Cognitiva			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Depresión	Bajo	7	1	1	9
	Medio	0	6	2	8
	Alto	1	4	0	5
Total		8	11	3	22

En la variable "Depresión" se encuentra que los sujetos que presentan niveles medios y altos de "Depresión" tienden a manifestar un nivel medio de "Irracionalidad Cognitiva". Por otra parte, las personas que muestran un nivel de "Depresión" baja, tienden a presentar un nivel de "Irracionalidad Cognitiva" disminuido.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 13,626 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,009. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Depresión" e "Irracionalidad Cognitiva" están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Depresión" e "Irracionalidad Cognitiva", indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,444 y una significancia de 0,038 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los niveles de Depresión aumentan, los niveles de Irracionalidad Cognitiva tienden a aumentar.

7.1.1.4. Cruce de Frecuencias de las Variables “Depresión” y “Conductas Sociales”.

Tabla N° 160: Tabla de contingencia de las Variables “Depresión” y “Conductas Sociales”.

		Escala Conducta Social			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Depresión	Bajo	1	2	6	9
	Medio	5	3	0	8
	Alto	2	2	1	5
Total		8	7	7	22

En la variable “Depresión” encontramos que los sujetos que presentan niveles bajos de Depresión tienden a manifestar altos niveles en la escala de “Conductas Sociales”. Aquellos sujetos que presentan niveles medio de “Depresión”, tienden a presentar niveles bajos de “Conductas Sociales”, mientras que los sujetos que manifiestan niveles altos, presentan niveles bajos y medios de “Conductas Sociales”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,746 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,045. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Depresión” y “Conductas sociales” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Depresión” y “Conductas Sociales”, indica que éstas presentan una correlación indirecta baja a moderada de -0,471 y una significancia de 0,027 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los niveles de Depresión disminuyen, el repertorio de conductas sociales tiende a aumentar.

7.1.1.5. Cruce de Frecuencias de las Variables "Depresión" y "Perfeccionismo".

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a las variables "Depresión" y "Perfeccionismo", indica que las variables tienen una correlación directa baja a moderada de 0,466 (a medida que los niveles de Depresión aumentan, los niveles de Perfeccionismo también se incrementan) y una significancia de 0,029 con un 95% de confianza, bilateral.

7.1.1.6. Cruce de Frecuencias de las Variables "Depresión" y "Intolerancia a la Frustración".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Depresión" y "Intolerancia a la Frustración", indica que éstas presentan una correlación directa moderada a buena de 0,581 y una significancia de 0,005 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los niveles de "Depresión" aumentan, el nivel de "Intolerancia a la Frustración" también tienda a incrementarse.

7.1.1.7. Cruce de Frecuencias de las Variables "Depresión" y "Organicidad".

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a las variables "Depresión" y "Organicidad", indica que las variables tienen una correlación directa de 0,439 (a medida que los niveles de Depresión aumentan, los niveles de Inmadurez Cognitiva también se incrementan) y una significancia de 0,041 con un 95% de confianza, bilateral.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Depresión" y "Organicidad", indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,493 y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los niveles de "Depresión" aumentan, los niveles de "Organicidad" tienden a incrementarse.

7.1.2. Relaciones entre la Variable "Ansiedad" y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 161: Cruce de frecuencias entre la Variable "Ansiedad" y las Escalas Clínicas.

	Ansiedad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	**0.624**	**0.002**	**15.958**	**0.003**	**0.725**	**0.000**
Escala Ansiedad	---	---	---	----	---	---
Escala Autoimagen	0.034	0.882	4.115	0.391	0.125	0.579
Escala Neuroticismo	0.403	0.063	9.126	0.058	**0.569**	**0.006**
Escala Extroversión	-0.021	0.928	**9.643**	**0.047**	-0.096	0.670
Escala Psicoticismo	**0.602**	**0.003**	4.532	0.339	0.311	0.358
Escala Mentira	0.079	0.725	3.968	0.410	-0.234	0.296
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.283	0.201	**9.678**	**0.046**	0.353	0.107
Escala Autoeficacia	0.201	0.370	2.005	0.735	0.116	0.607
Escala Autoestima	-0.059	0.795	2.317	0.378	0.045	0.844
Escala Satisfacción de Necesidades	**0.504**	**0.017**	7.242	0.124	**0.540**	**0.009**
Escala Alexitimia	0.302	0.172	1.511	0.825	0.021	0.925
Escala Disconfort Emocional	0.420	0.052	7.089	0.131	**0.493**	**0.020**
Escala Conductas Sociales	-0.300	0.175	6.057	0.195	-0.239	0.283
Escala Asertividad	0.192	0.392	**11.303**	**0.023**	0.157	0.485
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.171	0.746	4.500	0.343	-0.141	0.789
Escala Perfeccionismo	0.201	0.370	1.718	0.787	0.144	0.522
Escala Intolerancia a la Frustración	0.302	0.171	2.948	0.567	0.301	0.173
Escala Organicidad	**0.531**	**0.011**	5.378	0.251	**0.457**	**0.033**

7.1.2.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Ansiedad” y “Depresión”.

Tabla N° 162: Tabla de contingencia de las Variables “Ansiedad” y “Depresión”.

		Escala Depresión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Ansiedad	Bajo	8	1	0	9
	Medio	0	3	1	4
	Alto	1	4	4	9
Total		9	8	5	22

En la variable “Ansiedad” encontramos que aquellos sujetos que poseen niveles bajos de “Ansiedad”, tienden a presentar niveles bajos de “Depresión”. Los sujetos que presentan niveles medios de “Ansiedad”, presentan, también, niveles medios de “Depresión, mientras que los que exhiben niveles altos de “Depresión”, tienden a presentar niveles medios y altos.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 15,958 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,003. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,01$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Ansiedad” y “Depresión” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa alta de 0,624 (a medida que la Ansiedad baja, la Depresión disminuye) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Ansiedad” y “Depresión”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a buena de 0,725 y una significancia de 0,000 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que poseen menores niveles de “Ansiedad”, presentan menores niveles de “Depresión”.

7.1.2.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Ansiedad” y “Neuroticismo”.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Ansiedad” y “Neuroticismo”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a buena de 0,569 y una significancia de 0,006 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que poseen menores niveles de “Ansiedad”, presentan menores niveles de “Neuroticismo”.

7.1.2.3. Cruce de Frecuencias de las Variables “Ansiedad” y “Extroversión”.

Tabla N° 163: Tabla de contingencia de las Variables “Ansiedad” y “Extroversión”.

		Escala Extroversión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Ansiedad	Bajo	0	2	7	9
	Medio	1	3	0	4
	Alto	0	3	6	9
Total		1	8	13	22

En la variable “Ansiedad” encontramos que aquellos sujetos que poseen niveles bajos de “Ansiedad”, tienden a presentar niveles altos de “Extroversión”. Los sujetos que presentan niveles medios de “Ansiedad”, también presentan niveles medio de “extroversión”, mientras que aquellos sujetos cuyos niveles de “Ansiedad” son altos, los niveles de “Extroversión” tienden a ser altos también.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,643 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,047. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es

baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Ansiedad" y "Extroversión" están relacionadas.

7.1.2.4. Cruce de Frecuencias de las Variables "Ansiedad" y "Psicoticismo".

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a las variables "Ansiedad" y "Psicoticismo", indica que las variables tienen una correlación directa alta de 0,602 (a medida que la Ansiedad se incrementa, Psicoticismo aumenta) y una significancia de 0,003 con un 99% de confianza, bilateral.

7.1.2.5. Cruce de Frecuencias de las Variables "Ansiedad" y "Irracionalidad Cognitiva".

Tabla N° 164: Tabla de contingencia de las Variables "Ansiedad" y "Irracionalidad Cognitiva".

		Escala Irracionalidad Cognitiva			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Ansiedad	Bajo	6	1	2	9
	Medio	1	3	0	4
	Alto	1	7	1	9
Total		8	11	3	22

En la variable "Ansiedad" encontramos que aquellos sujetos que poseen niveles altos de "Ansiedad", tienden a presentar niveles medio de "Irracionalidad Cognitiva", al igual que los sujetos con niveles medios. En cambio, los sujetos con niveles bajos de "Ansiedad", tienden a presentar niveles bajos de "Irracionalidad Cognitiva"

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,678 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,046. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es

baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Ansiedad" y "Irracionalidad Cognitiva" están relacionadas.

7.1.2.6. Cruce de Frecuencias de las Variables "Ansiedad" y "Satisfacción de Necesidades".

Tabla N° 165: Tabla de contingencia de las Variables "Ansiedad" y "Satisfacción de Necesidades".

		Escala Satisfacción de Necesidades			
		Bajo	Medio	Alto	Total
Ansiedad	Bajo	7	2	0	9
	Medio	1	2	1	4
	Alto	2	4	3	9
Total		10	8	4	22

En la variable "Ansiedad" encontramos que aquellos sujetos que poseen niveles bajos de "Ansiedad", tienden a presentar niveles bajos de "Satisfacción de Necesidades". Los sujetos que presentan niveles medios y altos de "Ansiedad", presentan niveles medios de "Satisfacción de Necesidades".

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa alta de 0,504 y una significancia de 0,017 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que la "Ansiedad" aumenta, la "Satisfacción de Necesidades" también aumenta.

7.1.2.7. Cruce de Frecuencias de las Variables “Ansiedad” y “Disconfort Emocional”.

Tabla N° 166: Tabla de contingencia de las Variables “Ansiedad” y “Disconfort Emocional”.

		Escala Disconfort Emocional			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Ansiedad	Bajo	4	3	2	9
	Medio	1	2	1	4
	Alto	1	1	7	9
Total		6	6	10	22

En la variable “Ansiedad” encontramos que aquellos sujetos que poseen niveles altos de “Ansiedad”, tienden a presentar niveles altos de “Disconfort Emocional”. Lo sujetos cuyos niveles de “Ansiedad” son medios, presentan niveles medios de “Disconfort Emocional”, mientras que aquellos sujetos que presentan niveles bajos de “Ansiedad”, tienden a presentar niveles bajos de “Disconfort Emocional”

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Ansiedad” y “Disconfort Emocional”, indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,493 y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que poseen mayores niveles de “Ansiedad”, presentan mayores niveles de “Disconfort Emocional”.

7.1.2.8. Cruce de Frecuencias de las Variables “Ansiedad” y “Asertividad”.

Tabla N° 167: Tabla de contingencia de las Variables “Ansiedad” y “Asertividad”.

		Escala Asertividad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Ansiedad	Bajo	1	6	2	9
	Medio	3	1	0	4
	Alto	0	6	3	9
Total		4	13	5	22

En la variable “Ansiedad” encontramos que aquellos sujetos que poseen niveles bajos y altos de “Ansiedad”, tienden a presentar niveles medios de “Asertividad”, donde se encuentra la mayor parte de los casos. Mientras que aquellos sujetos que presentan niveles medios de “Ansiedad”, tienden a presentar niveles bajos de “Asertividad”

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 11,303 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,023. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Ansiedad” y “Asertividad” están relacionadas.

7.1.2.9. Cruce de Frecuencias de las Variables “Ansiedad” y “Organicidad”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa alta de 0,531 (a medida que la Ansiedad sube, la Organicidad aumenta) y una significancia de 0,011 con un 95% de confianza, bilateral.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Ansiedad” y “Organicidad”, indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,457 y una significancia de 0,033 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que poseen mayores niveles de “Ansiedad”, presentan mayores niveles de “Organicidad”.

7.1.3. Relaciones entre la Variable "Autoimagen" y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 168: Cruce de frecuencias entre la Variable "Autoimagen" y las Escalas Clínicas.

	Autoimagen					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	-0.070	0.756	1.780	0.776	0.126	0.575
Escala Ansiedad	0.034	0.882	4.115	0.391	0.125	0.579
Escala Autoimagen	---	---	---	---	---	---
Escala Neuroticismo	-0.010	0.966	3.622	0.460	0.349	0.111
Escala Extroversión	0.165	0.464	5.712	0.222	0.210	0.349
Escala Psicoticismo	-0.168	0.454	3.300	0.509	-0.027	0.904
Escala Mentira	**0.429**	**0.046**	4.089	0.394	0.172	0.444
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.179	0.426	5.950	0.203	0.117	0.604
Escala Autoeficacia	**0.616**	**0.002**	5.076	0.280	0.218	0.329
Escala Autoestima	0.216	0.335	7.410	0.116	**0.475**	**0.025**
Escala Satisfacción de Necesidades	-0.046	0.383	2.759	0.599	0.058	0.798
Escala Alexitimia	-0.268	0.228	7.242	0.124	-0.003	0.988
Escala Disconfort Emocional	-0.085	0.706	0.220	0.994	0.049	0.830
Escala Conductas Sociales	0.364	0.096	6.842	0.144	0.310	0.160
Escala Asertividad	0.179	0.425	2.458	0.652	0.053	0.816
Escala Satisfacción Matrimonial	0.085	0.873	0.600	0.741	-0.310	0.550
Escala Perfeccionismo	**0.576**	**0.005**	9.154	0.057	**0.494**	**0.020**
Escala Intolerancia a la Frustración	0.333	0.130	2.745	0.601	0.337	0.125
Escala Organicidad	-0.070	0.756	2.567	0.633	-0.072	0.752

7.1.3.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoimagen” y “Mentira”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,429 y una significancia de 0,046 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que el nivel de “Autoimagen” aumenta, el nivel de “Mentira” aumenta.

7.1.3.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoimagen” y “Autoeficacia”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a buena de 0,616 y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que el nivel de “Autoimagen” aumenta, el nivel de “Autoeficacia” aumenta.

7.1.3.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Autoimagen” y “Autoestima”.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Autoimagen” y “Autoestima”, indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,475 y una significancia de 0,025 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que el nivel de “Autoimagen” aumenta, el nivel de “Autoestima” también aumenta.

7.1.3.4. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Autoimagen" y "Perfeccionismo".

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a buena de 0,576 (a medida que el nivel de Autoimagen aumenta, el nivel de Perfeccionismo aumenta) y una significancia de 0,005 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,494 y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que el nivel de "Autoimagen" aumenta, el nivel de "Perfeccionismo" también aumenta.

7.1.4. Relaciones entre la Variable "Neuroticismo" y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 169: Cruce de frecuencias entre la Variable "Neuroticismo" y las Escalas Clínicas.

	Neuroticismo					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.400	0.065	8.987	0.061	0.419	0.052
Escala Ansiedad	0.403	0.063	9.126	0.058	**0.569**	**0.006**
Escala Autoimagen	-0.010	0.966	3.622	0.460	0.349	0.111
Escala Neuroticismo	---	---	---	---	---	---
Escala Extroversión	-0.208	0.354	2.852	0.583	-0.182	0.417
Escala Psicoticismo	0.090	0.691	0.677	0.954	0.038	0.865
Escala Mentira	0.076	0.737	4.860	0.302	**-0.461**	**0.031**
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.250	0.261	**15.920**	**0.003**	0.049	0.829
Escala Autoeficacia	0.074	0.744	1.688	0.793	0.202	0.366
Escala Autoestima	-0.056	0.806	2.250	0.690	0.225	0.315
Escala Satisfacción de Necesidades	0.219	0.328	6.023	0.197	0.365	0.095
Escala Alexitimia	0.049	0.829	4.254	0.373	-0.105	0.642
Escala Disconfort Emocional	0.339	0.123	2.916	0.572	0.237	0.287
Escala Conductas Sociales	-0.006	0.980	0.643	0.106	-0.152	0.500
Escala Asertividad	-0.199	0.374	2.111	0.715	-0.200	0.372
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.197	0.798	4.500	0.343	-0.141	0.789
Escala Perfeccionismo	-0.354	0.106	3.471	0.482	0.347	0.113
Escala Intolerancia a la Frustración	0.157	0.485	1.464	0.833	0.109	0.630
Escala Organicidad	0.244	0.274	3.253	0.516	0.155	0.490

7.1.4.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Neuroticismo" e "Irracionalidad Cognitiva".

Tabla N° 170: Tabla de contingencia de las Variables "Neuroticismo" e "Irracionalidad Cognitiva".

		Escala Irracionalidad Cognitiva			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Neuroticismo	Bajo	3	0	3	6
	Medio	5	6	0	11
	Alto	0	5	0	5
Total		8	11	3	22

En la variable "Neuroticismo" encontramos que los sujetos con niveles medios, donde se encuentra la mayor parte de los casos, la "Irracionalidad Cognitiva" tiende a presentarse en niveles medios, al igual que los sujetos con niveles altos de "Neuroticismo", mientras que aquellos sujetos con niveles bajos de "Neuroticismo", presentan niveles bajos y altos de "Irracionalidad Cognitiva", indistintamente.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 15,920 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,003. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,01$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Neuroticismo" e "Irracionalidad Cognitiva" están relacionadas.

7.1.4.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Neuroticismo” y “Ansiedad”.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Neuroticismo” y “Ansiedad”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a buena de 0,569 y una significancia de 0,006 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que el nivel de “Neuroticismo” aumenta, el nivel de “Ansiedad” también aumente.

7.1.4.3. Cruce de Frecuencias de las Variables “Neuroticismo” y “Mentira”.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Neuroticismo” y “Mentira”, indica que éstas presentan una correlación indirecta baja a moderada de -0,461 y una significancia de 0,031 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que el nivel de “Neuroticismo” aumenta, el nivel de “Mentira” disminuya.

7.1.5. Relaciones entre la Variable "Extroversión" y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 171: Cruce de frecuencias entre la Variable "Extroversión" y las Escalas Clínicas.

	Extroversión					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	-0.111	0.622	7.832	0.098	-0.039	0.864
Escala Ansiedad	-0.021	0.928	**9.643**	**0.047**	-0.096	0.670
Escala Autoimagen	0.165	0.464	5.712	0.222	0.210	0.349
Escala Neuroticismo	-0.208	-0.354	2.852	0.583	-0.182	0.417
Escala Extroversión	---	---	---	---	----	---
Escala Psicoticismo	0.100	0.659	**9.607**	**0.048**	**0.491**	**0.020**
Escala Mentira	-0.002	0.994	2.563	0.633	-0.120	0.595
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.166	0.460	2.375	0.667	0.030	0.894
Escala Autoeficacia	-0.008	0.972	0.638	0.959	-0.068	0.765
Escala Autoestima	0.342	0.119	**13.829**	**0.008**	0.375	0.086
Escala Satisfacción de Necesidades	-0.161	0.474	6.801	0.147	-0.363	0.097
Escala Alexitimia	-0.110	0.625	3.579	0.466	-0.012	0.959
Escala Disconfort Emocional	-0.131	0.563	1.777	0.777	-0.067	0.766
Escala Conductas Sociales	0.414	0.056	2.248	0.690	0.109	0.629
Escala Asertividad	**0.538**	**0.010**	**10.870**	**0.028**	**0.602**	**0.003**
Escala Satisfacción Matrimonial	0.100	0.851	2.000	0.368	0.115	0.828
Escala Perfeccionismo	0.059	0.508	3.855	0.426	0.230	0.304
Escala Intolerancia a la Frustración	0.157	0.487	2.415	0.660	-0.020	0.931
Escala Organicidad	0.161	0.473	1.481	0.830	-0.009	0.969

7.1.5.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Extroversión” y “Ansiedad”.

Tabla N° 172: Tabla de contingencia de las Variables “Extroversión” y “Ansiedad”.

		Escala Ansiedad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Extroversión	Bajo	0	1	0	1
	Medio	2	3	3	8
	Alto	7	0	6	13
Total		9	4	9	22

En la variable “Extroversión” encontramos que los sujetos que presentan altos niveles de “Extroversión”, la mayoría manifiesta un nivel de “Ansiedad” bajo. Aquellos sujetos que presentan niveles medios de “Extroversión”, presentan niveles medios y altos de “Ansiedad”, mientras que los que presentan niveles bajos, tienden a presentar niveles medio de “Ansiedad” (un caso).

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor 9,643 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,047. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Extroversión” y “Ansiedad” están relacionadas.

7.1.5.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Extroversión” y “Psicoticismo”.

Tabla N° 173: Tabla de contingencia de las Variables “Extroversión” y “Psicoticismo”.

		Escala Psicoticismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Extroversión	Bajo	0	0	1	1
	Medio	4	3	1	8
	Alto	1	2	10	13
Total		5	5	12	22

En la variable “Extroversión” encontramos que los sujetos que presentan altos niveles de “Extroversión”, tienden a manifestar altos niveles de “Psicoticismo”. Aquellos sujetos que presentan niveles medios de “Extroversión”, tienden a presentar niveles bajos de “Psicoticismo”, mientras que aquellos que presentan niveles bajos de “Extroversión” (un caso), presentan niveles altos de “Psicoticismo”

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,607 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,048. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Extroversión” y “Psicoticismo” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Extroversión” y “Psicoticismo”, indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,491 y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los niveles de “Extroversión” aumentan, los niveles de “Psicoticismo” también tienden a incrementarse.

7.1.5.3. Cruce de Frecuencias de las Variables "Extroversión" y "Autoestima".

Tabla N° 174: Tabla de contingencia de las Variables "Extroversión" y "Autoestima".

		Escala Autoestima			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Extroversión	Bajo	1	0	0	1
	Medio	0	5	3	8
	Alto	1	3	9	13
Total		2	8	12	22

En la variable "Extroversión" encontramos que los sujetos que presentan altos niveles de "Extroversión", tienden a manifestar altos niveles de "Autoestima". Aquellos sujetos que presentan niveles medios de "Extroversión, presentan niveles medios de "Autoestima", mientras que los que manifiestan niveles bajos de "Extroversión", tienden a presentar niveles bajos de "Autoestima".

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 13,829 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,008. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Extroversión" y "Autoestima" están relacionadas.

7.1.5.4. Cruce de Frecuencias de las Variables "Extroversión" y "Asertividad".

Tabla N° 175: Tabla de contingencia de las Variables "Extroversión" y "Asertividad".

		Escala Asertividad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Extroversión	Bajo	0	1	0	1
	Medio	4	4	0	8
	Alto	0	8	5	13
Total		4	13	5	22

En la variable "Extroversión" encontramos que los sujetos que presentan niveles de "Extroversión" bajos, medios, y altos tienden a manifestar un nivel de "Asertividad" en un rango medio.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 10,870 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,028. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Extroversión" y "Asertividad" están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa de 0,538 (a medida que los niveles de "Extroversión" aumentan, la "Asertividad" también aumenta) y una significancia de 0,010 con un 95% de confianza, bilateral.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Extroversión" y "Asertividad", indica que éstas presentan una correlación directa moderada a buena de 0,602 y una significancia de 0,003 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los niveles de Extroversión aumentan, los niveles de Asertividad tiendan a incrementarse.

7.1.6. Relaciones entre la Variable "Psicoticismo" y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 176: Cruce de frecuencias entre la Variable "Psicoticismo" y las Escalas Clínicas.

	Psicoticismo					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	**0.429**	**0.016**	5.867	0.209	**0.456**	**0.033**
Escala Ansiedad	**0.602**	**0.003**	4.532	0.339	0.311	0.158
Escala Autoimagen	-0.168	0.454	3.300	0.509	-0.027	0.904
Escala Neuroticismo	0.090	0.691	0.677	0.954	0.038	0.865
Escala Extroversión	0.100	0.659	**9.607**	**0.048**	**0.491**	**0.020**
Escala Psicoticismo	---	---	---	---	---	---
Escala Mentira	-0.117	0.604	0.786	0.940	-0.150	0.505
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.303	0.170	3.913	0.418	0.308	0.163
Escala Autoeficacia	-0.242	0.278	5.498	0.240	-0.186	0.408
Escala Autoestima	-0.363	0.097	1.833	0.766	-0.155	0.492
Escala Satisfacción de Necesidades	0.085	0.706	3.520	0.475	-0.049	0.830
Escala Alexitimia	**0.509**	**0.016**	1.426	0.840	0.194	0.388
Escala Disconfort Emocional	0.423	0.050	4.791	0.309	0.413	0.056
Escala Conductas Sociales	**-0.671**	**0.001**	3.902	0.419	-0.388	0.075
Escala Asertividad	0.312	0.157	6.972	0.137	**0.436**	**0.043**
Escala Satisfacción Matrimonial	0.463	0.355	3.250	0.517	0.420	0.407
Escala Perfeccionismo	-0.028	0.902	3.810	0.432	0.038	0.865
Escala Intolerancia a la Frustración	0.191	0.394	5.086	0.279	0.363	0.096
Escala Organicidad	0.369	0.091	2.420	0.659	0.182	0.419

7.1.6.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Psicoticismo” y “Depresión”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,429 (a medida que el Psicoticismo aumenta, la Depresión disminuye) y una significancia de 0,016 con un 95% de confianza, bilateral.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Psicoticismo” y “Depresión”, indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,456 y una significancia de 0,033 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que el “Psicoticismo” aumenta, la “Depresión” tiende incrementarse.

7.1.6.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Psicoticismo” y “Ansiedad”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,602 (a medida que el Psicoticismo aumenta, la Depresión disminuye) y una significancia de 0,003 con un 99% de confianza, bilateral.

7.1.6.3. Cruce de Frecuencias de las Variables “Psicoticismo” y “Extroversión”.

Tabla N° 177: Tabla de contingencia de las Variables “Psicoticismo” y “Extroversión”.

		Escala Extroversión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Psicoticismo	Bajo	0	4	1	5
	Medio	0	3	2	5
	Alto	1	1	10	12
Total		1	8	13	22

En la variable “Psicoticismo” encontramos que los sujetos que presentan altos niveles de “Psicoticismo”, tienden a presentar altos niveles de “Extroversión”. Aquellos sujetos que presentan niveles medios y bajos de “Psicoticismo”, presentan niveles medios de “Extroversión”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,607 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,048. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Psicoticismo” y “Extroversión” están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Psicoticismo” y “Extroversión”, indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,491 y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que el “Psicoticismo” aumenta, la “Extroversión” tiende incrementarse.

7.1.6.5. Cruce de Frecuencias de las Variables “Psicoticismo” y “Alexitimia”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa buena a moderada de 0,509 (a medida que el Psicoticismo aumenta, la Alexitimia se incrementa) y una significancia de 0,016 con un 95% de confianza, bilateral.

7.1.6.6. Cruce de Frecuencias de las Variables “Psicoticismo” y “Conductas Sociales”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta buena a moderada de -0,671 (a medida

que el Psicoticismo aumenta, la Alexitimia disminuye) y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral.

7.1.6.7. Cruce de Frecuencias de las Variables "Psicoticismo" y "Asertividad".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Psicoticismo" y "Asertividad", indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,436 y una significancia de 0,043 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que el "Psicoticismo" aumenta, la "Asertividad" tienda a incrementarse.

7.1.7. Relaciones entre la Variable "Mentira" y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 178: Cruce de frecuencias entre la Variable "Mentira" y las Escalas Clínicas.

	Mentira					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.133	0.556	1.869	0.760	-0.208	0.353
Escala Ansiedad	0.079	0.752	3.968	0.410	-0.234	0.296
Escala Autoimagen	**0.429**	**0.046**	4.089	0.394	0.172	0.444
Escala Neuroticismo	0.076	0.737	4.860	0.302	**-0.461**	**0.031**
Escala Extroversión	-0.002	0.994	2.563	0.633	-0.120	0.595
Escala Psicoticismo	-0.117	0.604	0.786	0.940	-0.150	0.505
Escala Mentira	---	---	---	---	---	---
Escala Irracionalidad Cognitiva	-0.005	0.806	2.064	0.724	-0.088	0.696
Escala Autoeficacia	0.195	0.384	5.041	0.283	-0.045	0.841
Escala Autoestima	0.060	0.791	0.917	0.922	0.000	1.000
Escala Satisfacción de Necesidades	0.095	0.675	3.804	0.433	-0.114	0.613
Escala Alexitimia	**0.493**	**0.020**	4.899	0.298	0.095	0.675
Escala Disconfort Emocional	-0.362	0.097	2.552	0.635	-0.101	0.656
Escala Conductas Sociales	0.257	0.248	0.846	0.144	0.406	0.061
Escala Asertividad	-0.003	0.990	2.940	0.568	0.024	0.915
Escala Satisfacción Matrimonial	0.163	0.758	6.375	0.773	-0.220	0.675
Escala Perfeccionismo	0.266	0.232	0.834	0.934	-0.071	0.754
Escala Intolerancia a la Frustración	0.286	0.197	4.648	0.325	0.149	0.508
Escala Organicidad	-0.320	0.146	6.157	0.188	-0.412	0.057

7.1.7.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Mentira” y “Autoimagen”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja a moderada de 0,429 (a medida que el nivel de Mentira aumenta, el nivel de Autoimagen aumenta) y una significancia de 0,046 con un 95% de confianza, bilateral.

7.1.7.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Mentira” y “Alexitimia”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja a moderada de 0,493 (a medida que el nivel de Mentira aumenta, el nivel de Alexitimia aumenta) y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral.

7.1.7.3. Cruce de Frecuencias de las Variables “Mentira” y “Neuroticismo”.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Mentira” y “Neuroticismo”, indica que éstas presentan una correlación indirecta baja a moderada de -0,461 y una significancia de 0,031 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que el nivel de “Mentira” aumenta, el nivel de “Neuroticismo” disminuye.

7.1.8. Relaciones entre la Variable "Irracionalidad Cognitiva" y las Escalas Clínicas.

Tabla N° 179: Cruce de frecuencias entre la Variable "Irracionalidad Cognitiva" y las Escalas Clínicas.

	Irracionalidad Cognitiva					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	**0.346**	**0.012**	**13.626**	**0.009**	**0.444**	**0.038**
Escala Ansiedad	0.283	0.201	**9.678**	**0.046**	0.353	0.107
Escala Autoimagen	0.179	0.426	5.950	0.203	0.117	0.604
Escala Neuroticismo	0.250	0.261	**15.920**	**0.003**	0.049	0.829
Escala Extroversión	0.166	0.460	2.375	0.667	0.030	0.894
Escala Psicoticismo	0.303	0.170	3.913	0.418	0.308	0.163
Escala Mentira	-0.055	0.856	2.064	0.724	-0.088	0.696
Escala Irracionalidad Cognitiva	---	---	---	---	---	---
Escala Autoeficacia	0.004	0.984	4.067	0.328	-0.112	0.621
Escala Autoestima	0.135	0.548	6.385	0.172	-0.129	0.566
Escala Satisfacción de Necesidades	0.129	0.569	4.504	0.342	0.163	0.468
Escala Alexitimia	0.050	0.825	2.012	0.734	0.092	0.683
Escala Disconfort Emocional	-0.054	0.812	1.589	0.811	0.220	0.325
Escala Conductas Sociales	-0.201	0.369	4.232	0.375	-0.273	0.219
Escala Asertividad	0.119	0.598	2.522	0.641	0.121	0.592
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.174	0.741	2.625	0.269	0.122	0.817
Escala Perfeccionismo	**0.510**	**0.015**	8.286	0.082	0.386	0.076
Escala Intolerancia a la Frustración	0.253	0.255	4.508	0.342	**0.447**	**0.037**
Escala Organicidad	0.076	0.736	4.317	0.365	0.164	0.466

7.1.8.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Irracionalidad Cognitiva" y "Depresión".

Tabla N° 180: Tabla de contingencia de las Variables "Irracionalidad Cognitiva" y "Depresión".

		Escala Depresión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Irracionalidad Cognitiva	Bajo	7	0	1	8
	Medio	1	6	4	11
	Alto	1	2	0	3
Total		9	8	5	22

En la variable "Irracionalidad Cognitiva" encontramos que aquellos sujetos que poseen niveles bajos de "Irracionalidad Cognitiva", tienden a presentar niveles bajos de "Depresión". Mientras que aquellos sujetos que presentan niveles medios y altos de "Irracionalidad Cognitiva", tienden a presentar niveles medios de "Depresión".

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 13,626 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,009. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,01$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Irracionalidad Cognitiva" y "Depresión" están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja a moderada de 0,346 (a medida que la Irracionalidad Cognitiva aumenta, la Depresión también aumenta) y una significancia de 0,012 con un 95% de confianza, bilateral.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Irracionalidad Cognitiva" y "Depresión", indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,444 y una significancia de 0,038 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que

los sujetos que poseen menores niveles de “Irracionalidad Cognitiva”, presentan menores niveles de “Depresión”.

7.1.8.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Irracionalidad Cognitiva” y “Ansiedad”.

Tabla N° 181: Tabla de contingencia de las Variables “Irracionalidad Cognitiva” y “Ansiedad”.

		Escala Ansiedad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Irracionalidad Cognitiva	Bajo	6	1	1	8
	Medio	1	3	7	11
	Alto	2	0	1	3
Total		9	4	9	22

En la variable “Irracionalidad Cognitiva” encontramos que aquellos sujetos que poseen niveles medios de Irracionalidad Cognitiva, tienden a presentar niveles altos de Ansiedad, mientras que los sujetos que poseen niveles bajos y altos de “Irracionalidad Cognitiva”, tienden a presentar niveles bajos de “Ansiedad”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,678 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,046. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Irracionalidad Cognitiva” y “Ansiedad” están relacionadas.

7.1.8.3. Cruce de Frecuencias de las Variables "Irracionalidad Cognitiva" y "Neuroticismo".

Tabla N° 182: Tabla de contingencia de las Variables "Irracionalidad Cognitiva" y "Neuroticismo".

		Escala Neuroticismo			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Irracionalidad Cognitiva	Bajo	3	5	0	8
	Medio	0	6	5	11
	Alto	3	0	0	3
Total		6	11	5	22

En la variable "Irracionalidad Cognitiva" encontramos que aquellos sujetos que poseen niveles bajos y medios de "Irracionalidad Cognitiva", tienden a presentar niveles medios de "Neuroticismo", mientras que aquellos sujetos que presentan niveles altos de "Irracionalidad Cognitiva", tienden a presentar niveles bajos de "Neuroticismo".

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 15,920 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,003. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,01$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Irracionalidad Cognitiva" y "Neuroticismo" están relacionadas

7.1.8.4. Cruce de Frecuencias de las Variables "Irracionalidad Cognitiva" y "Perfeccionismo".

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa alta de 0,510 (a medida que la Irracionalidad Cognitiva se mantiene en un nivel medio, Perfeccionismo aumenta) y una significancia de 0,015 con un 95% de confianza, bilateral.

7.1.8.5. Cruce de Frecuencias de las Variables "Irracionalidad Cognitiva" e "Intolerancia a la Frustración".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Irracionalidad Cognitiva" y "Intolerancia a la Frustración", indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,447 y una significancia de 0,037 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que los sujetos que poseen niveles medios de "Ansiedad", presentan mayores niveles de "Intolerancia a la Frustración".

7.1.9. Relaciones entre la Variable "Autoeficacia" y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 183: Cruce de frecuencias entre la Variable "Autoeficacia" y las Escalas Clínicas.

	Autoeficacia					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.366	0.094	2.561	0.634	0.067	0.738
Escala Ansiedad	0.201	0.370	2.005	0.735	0.116	0.607
Escala Autoimagen	**0.016**	**0.002**	5.076	0.280	0.218	0.329
Escala Neuroticismo	0.074	0.744	1.688	0.793	0.202	0.366
Escala Extroversión	-0.008	0.972	0.638	0.959	-0.068	0.765
Escala Psicoticismo	-0.247	0.278	5.498	0.240	-0.186	0.408
Escala Mentira	0.195	0.384	5.041	0.283	-0.045	0.841
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.004	0.984	4.627	0.328	-0.112	0.621
Escala Autoeficacia	---	---	---	---	---	---
Escala Autoestima	0.138	0.539	3.413	0.491	0.309	0.162
Escala Satisfacción de Necesidades	0.160	0.477	1.996	0.737	0.217	0.333
Escala Alexitimia	-0.122	0.590	5.590	0.232	0.014	0.951
Escala Disconfort Emocional	0.211	0.345	0.643	0.958	-0.094	0.678
Escala Conductas Sociales	0.307	0.164	9.092	0.059	**0.520**	**0.013**
Escala Asertividad	0.040	0.860	2.716	0.606	0.219	0.328
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.133	0.801	0.600	0.741	-0.310	0.550
Escala Perfeccionismo	0.165	0.463	1.838	0.766	0.154	0.493
Escala Intolerancia a la Frustración	0.102	0.650	3.789	0.435	-0.177	0.430
Escala Organicidad	0.047	0.837	5.091	0.278	-0.114	0.012

7.1.9.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Autoeficacia” y “Autoimagen”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica ue las variables tienen una correlación directa de 0,016 (a medida que los sujetos presentan niveles de Autoeficacia altos, tienden a manifestar altos niveles de Autoimagen) y una significancia de 0,002 con un 99% de confianza, bilateral.

7.1.9.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Autoeficacia” y “Conductas Sociales”.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Autoeficacia” y “Conductas Sociales”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a buena de 0,520 y una significancia de 0,013 con un 95% de confianza, bilateral lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los niveles de “Autoeficacia” aumentan, el nivel en la escala de “Conducta Social” tienda a incrementarse)

7.1.10. Relaciones entre la Variable "Autoestima" y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 184: Cruce de frecuencias entre la Variable "Autoestima" y las Escalas Clínicas.

	Autoestima					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	-0.162	0.470	2.167	0.705	-0.058	0.798
Escala Ansiedad	-0.059	0.795	2.317	0.678	0.045	0.844
Escala Autoimagen	0.216	0.335	7.410	0.116	**0.475**	**0.025**
Escala Neuroticismo	0.056	0.806	2.250	0.690	0.225	0.315
Escala Extroversión	0.342	0.119	**13.829**	**0.008**	0.375	0.086
Escala Psicoticismo	-0.363	0.097	1.833	0.766	-0.155	0.492
Escala Mentira	0.060	0.791	0.917	0.922	0.000	1.000
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.135	0.548	6.385	0.172	-0.129	0.566
Escala Autoeficacia	0.138	0.539	3.413	0.491	0.309	0.162
Escala Autoestima	---	---	---	---	---	---
Escala Satisfacción de Necesidades	0.074	0.744	5.569	0.234	-0.082	0.715
Escala Alexitimia	-0.214	0.338	1.731	0.785	0.123	0.584
Escala Disconfort Emocional	**-0.587**	**0.004**	3.422	0.490	-0.327	0.137
Escala Conductas Sociales	0.255	0.251	4.501	0.342	0.249	0.263
Escala Asertividad	0.032	0.889	1.763	0.779	0.065	0.774
Escala Satisfacción Matrimonial	0.421	0.405	2.625	0.269	0.367	0.474
Escala Perfeccionismo	0.297	0.179	4.117	0.390	0.292	0.187
Escala Intolerancia a la Frustración	-0.227	0.309	2.706	0.608	-0.312	0.157
Escala Organicidad	-0.090	0.691	3.483	0.480	-0.282	0.204

7.1.10.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables "Autoestima" y "Disconfort Emocional".

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta moderada a buena de -0,587 (a medida que el nivel de Autoestima aumenta, el nivel de Disconfort Emocional disminuye) y una significancia de 0,004 con un 99% de confianza, bilateral.

7.1.10.2. Cruce de Frecuencias de las Variables "Autoestima" y "Extroversión".

Tabla N° 185: Tabla de contingencia de las Variables "Autoestima" y "Extroversión".

		Escala Extroversión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Autoestima	Bajo	1	0	1	2
	Medio	0	5	3	8
	Alto	0	3	9	12
Total		1	8	13	22

En la variable "Autoestima" encontramos que los sujetos con niveles altos, donde se encuentra la mayor parte de los casos, la "Extroversión" tiende a presentarse en niveles altos. Aquellos sujetos que presentan niveles

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 13,829 (con un nivel de significancia de 99% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,008. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,01$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Autoestima" y "Extroversión" están relacionadas.

7.1.10.3. Cruce de Frecuencias de las Variables “Autoestima” y “Autoimagen”.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Autoestima” y “Autoimagen”, indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,475 y una significancia de 0,025 con un 95% de confianza, bilateral lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que el nivel de “Autoestima” aumenta, el nivel de “Autoimagen” también aumenta.

7.1.11. Relaciones entre la Variable "Satisfacción de Necesidades" y las demás variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 186: Cruce de frecuencias entre la Variable "Satisfacción de Necesidades" y las demás variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

	Satisfacción de Necesidades					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.381	0.080	3.043	0.551	0.259	0.245
Escala Ansiedad	**0.504**	**0.017**	7.242	0.124	**0.540**	**0.009**
Escala Autoimagen	-0.046	0.838	2.759	0.599	0.058	0.798
Escala Neuroticismo	0.219	0.328	6.023	0.197	0.365	0.095
Escala Extroversión	-0.161	0.474	6.801	0.147	-0.363	0.097
Escala Psicoticismo	0.085	0.706	3.520	0.475	-0.049	0.830
Escala Mentira	-0.095	0.675	3.804	0.433	-0.114	0.613
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.129	0.569	4.504	0.342	0.163	0.468
Escala Autoeficacia	0.160	0.477	1.996	0.737	0.217	0.333
Escala Autoestima	0.074	0.744	5.569	0.234	-0.082	0.715
Escala Satisfacción de Necesidades	1	---	1	---	1	---
Escala Alexitimia	-0.083	0.713	1.253	0.869	-0.220	0.326
Escala Disconfort Emocional	0.143	0.526	3.153	0.533	0.268	0.228
Escala Conductas Sociales	-0.192	0.392	4.066	0.397	0.064	0.777
Escala Asertividad	-0.058	0.799	4.542	0.338	-0.287	0.159
Escala Satisfacción Matrimonial	0.363	0.479	4.500	0.343	0.354	0.492
Escala Perfeccionismo	0.185	0.411	5.793	0.215	0.133	0.554
Escala Intolerancia a la Frustración	0.007	0.947	3.462	0.484	0.221	0.323
Escala Organicidad	0.176	0.433	3.850	0.427	-0.089	0.692

7.1.11.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Satisfacción de Necesidades” y “Ansiedad”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a alta de 0,504 (a medida que los niveles de Satisfacción de Necesidades se presentan altos, los niveles de Ansiedad tienden a aumentar) y una significancia de 0,017 con un 95% de confianza, bilateral.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Satisfacción de Necesidades” y “Ansiedad”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a alta de 0,540 y una significancia de 0,009 con un 99% de confianza, bilateral lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que el nivel de “Satisfacción de Necesidades” aumenta, en nivel de “Ansiedad” también aumenta.

7.1.12. Relaciones entre la Variable "Alexitimia" y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 187: Cruce de frecuencias entre la Variable "Alexitimia" y las Escalas Clínicas.

	Alexitimia					
	Pearson		**Chi-cuadrado**		**Spearman**	
	Valor	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**
Escala Depresión	0.164	0.466	4.972	0.290	0.035	0.878
Escala Ansiedad	0.302	0.172	1.511	0.825	0.021	0.925
Escala Autoimagen	-0.268	0.228	7.242	0.124	-0.003	0.988
Escala Neuroticismo	0.049	0.829	4.254	0.373	-0.105	0.642
Escala Extroversión	-0.110	0.625	3.579	0.466	-0.012	0.959
Escala Psicoticismo	**0.509**	**0.016**	1.426	0.840	0.194	0.388
Escala Mentira	**-0.493**	**0.020**	4.899	0.298	0.095	0.675
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.050	0.825	2.012	0.734	0.092	0.683
Escala Autoeficacia	-0.122	0.590	5.590	0.232	0.014	0.951
Escala Autoestima	-0.214	0.338	1.731	0.785	0.123	0.584
Escala Satisfacción de Necesidades	-0.083	0.713	1.253	0.869	-0.220	0.326
Escala Alexitimia	1	---	1	---	1	---
Escala Disconfort Emocional	0.420	0.052	5.984	0.203	0.192	0.391
Escala Conductas Sociales	**-0.495**	**0.019**	1.080	0.897	-0.205	0.360
Escala Asertividad	-0.065	0.774	5.568	0.234	0.107	0.636
Escala Satisfacción Matrimonial	0.195	0.712	3.250	0.517	-0.018	0.973
Escala Perfeccionismo	-0.171	0.446	1.840	0.765	-0.210	0.332
Escala Intolerancia a la Frustración	0.088	0.698	4.333	0.363	0.195	0.384
Escala Organicidad	0.381	0.081	3.422	0.490	0.014	0.952

7.1.12.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Alexitimia” y “Psicoticismo”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a buena de 0,509 (a medida que el nivel de Alexitimia aumenta, el nivel de Psicoticismo también aumenta) y una significancia de 0,016 con un 95% de confianza, bilateral.

7.1.12.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Alexitimia” y “Mentira”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja a moderada -0,493 (a medida que el nivel de Alexitimia aumenta, el nivel de Mentira disminuye) y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral.

7.1.12.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Alexitimia” y “Conductas Sociales”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta baja a moderada -0,495 (a medida que el nivel de Alexitimia aumenta, el nivel de Conductas Sociales disminuye) y una significancia de 0,019 con un 95% de confianza, bilateral.

1.7.13. Relaciones entre la Variable "Disconfort Emocional" y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 188: Cruce de frecuencias entre la Variable "Disconfort Emocional" y las Escalas Clínicas.

	Disconfort Emocional					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.344	0.117	6.388	0.172	0.333	0.129
Escala Ansiedad	0.420	0.052	7.089	0.131	**0.493**	**0.020**
Escala Autoimagen	-0.085	0.706	0.220	0.994	0.049	0.830
Escala Neuroticismo	0.339	0.123	2.916	0.572	0.237	0.287
Escala Extroversión	-0.131	0.563	1.777	0.777	-0.067	0.766
Escala Psicoticismo	0.423	0.050	4.791	0.309	0.413	0.056
Escala Mentira	-0.362	0.097	2.552	0.635	-0.101	0.656
Escala Irracionalidad Cognitiva	-0.054	0.812	1.589	0.811	0.220	0.325
Escala Autoeficacia	0.211	0.345	0.643	0.958	-0.094	0.678
Escala Autoestima	**-0.587**	**0.004**	3.422	0.490	-0.327	0.137
Escala Satisfacción de Necesidades	0.143	0.526	3.153	0.533	0.268	0.228
Escala Alexitimia	0.420	0.052	5.948	0.203	0.192	0.391
Escala Disconfort Emocional	1	---	1	---	1	---
Escala Conductas Sociales	-0.162	0.472	2.200	0.699	-0.111	0.624
Escala Asertividad	0.075	0.741	4.727	0.316	0.342	0.119
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.046	0.932	3.250	0.517	0.018	0.973
Escala Perfeccionismo	-0.239	0.283	4.530	0.339	0.093	0.679
Escala Intolerancia a la Frustración	0.183	0.415	4.246	0.374	0.346	0.114
Escala Organicidad	0.360	0.100	5.133	0.274	0.264	0.236

7.1.13.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Disconfort Emocional" y "Ansiedad".

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Disconfort Emocional" y "Ansiedad", indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,493 (a medida que el Disconfort Emocional aumenta, la Ansiedad tiende incrementarse) y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral.

7.1.13.2. Cruce de Frecuencias de las Variables "Disconfort Emocional" y "Autoestima".

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta buena a moderada de -0,587 y una significancia de 0,004 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que el "Disconfort Emocional" aumenta, la "Autoestima" disminuye.

7.1.14. Relaciones entre la Variable "Conductas Sociales" y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 189: Cruce de frecuencias entre la Variable "Conductas Sociales" y las Escalas Clínicas.

	Conductas Sociales					
	Pearson		**Chi-cuadrado**		**Spearman**	
	Valor	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**
Escala Depresión	-0.401	0.064	**9.746**	**0.045**	**-0.471**	**0.027**
Escala Ansiedad	-0.300	0.175	6.057	0.195	-0.239	0.283
Escala Autoimagen	0.364	0.096	6.842	0.144	0.310	0.160
Escala Neuroticismo	-0.006	0.980	7.643	0.106	-0.152	0.500
Escala Extroversión	0.414	0.056	2.248	0.690	0.109	0.629
Escala Psicoticismo	**-0.671**	**0.001**	3.902	0.419	-0.388	0.075
Escala Mentira	0.257	0.248	6.846	0.144	0.406	0.061
Escala Irracionalidad Cognitiva	-0.201	0.369	4.232	0.375	-0.273	0.219
Escala Autoeficacia	0.307	0.164	9.092	0.059	**0.520**	**0.013**
Escala Autoestima	0.255	0.251	4.501	0.342	0.249	0.263
Escala Satisfacción de Necesidades	-0.192	0.392	4.066	.0397	0.064	0.777
Escala Alexitimia	**-0.495**	**0.019**	1.080	0.897	-0.205	0.360
Escala Disconfort Emocional	-0.162	0.472	2.200	0.699	-0.111	0.624
Escala Conductas Sociales	1	---	1	---	1	---
Escala Asertividad	0.146	0.517	0.925	0.921	0.179	0.425
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.437	0.387	6.375	0.173	-0.500	0.313
Escala Perfeccionismo	0.126	0.577	2.360	0.670	0.223	0.319
Escala Intolerancia a la Frustración	0.074	0.742	8.648	0.071	-0.253	0.257
Escala Organicidad	-0.126	0.576	4.950	0.292	-0.402	0.063

1.7.14.1. Cruce de Frecuencias de las Variables "Conductas Sociales" y "Depresión".

Tabla N° 190: Tabla de contingencia de las Variables "Conductas Sociales" y "Depresión".

		Escala Depresión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Conducta Social	Bajo	1	5	2	8
	Medio	2	3	2	7
	Alto	6	0	1	7
Total		9	8	5	22

En la variable "Conductas Sociales"**,** se aprecia que los sujetos que presentan altos niveles en la Escala de "Conductas Sociales", tienden a presentar bajos niveles de "Depresión", mientras que los sujetos que presentan niveles bajos y medios de "Conductas Sociales", tienden a presentar niveles medios de "Depresión".

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 9,746 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,045. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Conductas Sociales" y "Depresión", están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Conductas Sociales" y "Depresión", indica que éstas presentan una correlación indirecta baja a moderada de -0,471 y una significancia de 0,027 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los niveles de la escala "Conductas Sociales" aumenta, la "Depresión" tiende a disminuir.

7.1.14.2. Cruce de Frecuencias de las Variables "Conductas Sociales" y "Psicoticismo"

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación indirecta buena a moderada de -0, 671(a medida que la escala de Conductas Sociales aumenta, la escala de Psicoticismo disminuye) y una significancia de 0,001 con un 99% de confianza, bilateral.

7.1.14.3. Cruce de Frecuencias de las Variables "Conductas Sociales" y "Alexitimia"

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables "Conductas Sociales" y "Alexitimia", indica que éstas presentan una correlación directa baja a moderada de 0,495 y una significancia de 0,019 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que la Escala de "Conductas Sociales" aumenta, la escala de "Alexitimia" tiende a incrementarse.

7.1.15. Relaciones entre la Variable "Asertividad" y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 191: Cruce de frecuencias entre la Variable "Asertividad" y las Escalas Clínicas.

	Asertividad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.165	0.464	4.024	0.403	0.080	0.724
Escala Ansiedad	0.192	0.392	**11.303**	**0.023**	0.157	0.485
Escala Autoimagen	0.179	0.425	2.458	0.652	0.053	0.816
Escala Neuroticismo	-0.199	0.374	2.111	0.715	-0.200	0.372
Escala Extroversión	**0.538**	**0.010**	**10.870**	**0.028**	**0.602**	**0.003**
Escala Psicoticismo	0.312	0.157	6.972	0.137	**0.436**	**0.043**
Escala Mentira	-0.003	0.990	2.940	0.568	-0.024	0.915
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.119	0.598	2.522	0.641	0.121	0.592
Escala Autoeficacia	0.040	0.860	2.716	0.606	0.219	0.328
Escala Autoestima	0.032	0.889	1.763	0.779	0.065	0.774
Escala Satisfacción de Necesidades	-0.058	0.799	4.542	0.338	-0.287	0.195
Escala Alexitimia	-0.065	0.774	5.568	0.234	0.107	0.636
Escala Disconfort Emocional	0.075	0.741	4.727	0.316	0.342	0.119
Escala Conductas Sociales	0.146	0.517	0.925	0.921	0.179	0.425
Escala Asertividad	1	---	1	---	1	---
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.069	0.897	3.000	0.558	-0.219	0.677
Escala Perfeccionismo	0.081	0.720	4.649	0.325	0.086	0.702
Escala Intolerancia a la Frustración	0.225	0.313	2.726	0.605	0.005	0.938
Escala Organicidad	0.307	0.164	2.589	0.629	0.145	0.520

7.1.15.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Asertividad” y “Ansiedad”.

Tabla N° 192: Tabla de contingencia de las Variables “Asertividad” y “Ansiedad”.

		Escala Ansiedad			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Asertividad	Bajo	1	3	0	4
	Medio	6	1	6	13
	Alto	2	0	3	5
Total		9	4	9	22

En la variable “Asertividad”**,** se aprecia que los sujetos que presentan niveles medios de “Asertividad” tienden a presentar bajos niveles de “Ansiedad”, así como también, altos niveles de “Ansiedad”. Aquellos sujetos que presentan niveles bajos de “Asertividad”, presentan niveles medios de “Ansiedad”, mientras que los que presentan niveles altos de “Asertividad”, poseen también, niveles altos de “Ansiedad”.

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 11,303 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,023. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables “Asertividad” y “Ansiedad”, están relacionadas.

7.1.15.2. Cruce de Frecuencias de las Variables "Asertividad" y "Extroversión".

Tabla N° 193: Tabla de contingencia de las Variables "Asertividad" y "Extroversión".

		Escala Extroversión			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Escala Asertividad	Bajo	0	4	0	4
	Medio	1	4	8	13
	Alto	0	0	5	5
Total		1	8	13	22

En la variable "Asertividad"**,** se aprecia que los sujetos que presentan niveles medios y altos de "Asertividad" tienden a presentar altos niveles de "Extroversión", mientras que los que presentan niveles bajos de "Asertividad", presentan niveles medios de "Extroversión".

El Estadístico *Chi-cuadrado* de Pearson, toma un valor de 10,870 (con un nivel de significancia de 95% de confiabilidad), el cual, en la distribución χ^2 con 4 grados de libertad (*gl*), tiene asociada una probabilidad (Significancia asintótica) de 0,028. Puesto que esta probabilidad (*denominada nivel critico o nivel de significación asociado*) es baja ($p < 0,05$), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables "Asertividad" y "Extroversión", están relacionadas.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa buena a moderada de 0, 538 (a medida que la Asertividad aumenta, la Extroversión se incrementa) y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral.

7.1.15.3. Cruce de Frecuencias de las Variables “Asertividad” y “Psicoticismo”.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Asertividad” y “Psicoticismo”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a buena de 0,436 y una significancia de 0,043 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los niveles de la escala “Asertividad” aumentan, los niveles de “Psicoticismo” tienden a incrementarse.

7.1.16. Relaciones entre la Variable "Satisfacción Matrimonial" y las demás variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 194: Cruce de frecuencias entre la Variable "Satisfacción Matrimonial" y las demás variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

	Satisfacción Matrimonial					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	0.139	0.793	3.250	0.517	0.237	0.651
Escala Ansiedad	-0.171	0.746	4.500	0.343	-0.141	0.789
Escala Autoimagen	0.085	0.873	0.600	0.741	-0.310	0.550
Escala Neuroticismo	-0.197	0.708	4.500	0.343	-0.141	0.789
Escala Extroversión	0.100	0.851	2.000	0.368	0.115	0.828
Escala Psicoticismo	0.463	0.355	3.250	0.517	0.420	0.407
Escala Mentira	0.163	0.758	6.375	0.173	-0.220	0.675
Escala Irracionalidad Cognitiva	-0.174	0.741	2.625	0.269	0.122	0.817
Escala Autoeficacia	-0.133	0.801	0.600	0.741	-0.310	0.550
Escala Autoestima	0.421	0.405	2.625	0.269	0.367	0.474
Escala Satisfacción de Necesidades	0.363	0.479	4.500	0.343	0.354	0.492
Escala Alexitimia	0.195	0.712	3.250	0.517	-0.018	0.973
Escala Disconfort Emocional	-0.046	0.932	3.250	0.517	0.018	0.973
Escala Conductas Sociales	-0.437	0.387	6.375	0.173	-0.500	0.313
Escala Asertividad	-0.069	0.897	3.000	0.558	-0.219	0.677
Escala Satisfacción Matrimonial	1	---	1	---	1	---
Escala Perfeccionismo	0.135	0.798	3.000	0.558	0.219	0.677
Escala Intolerancia a la Frustración	-0.042	0.937	2.625	0.269	0.122	0.817
Escala Organicidad	-0.293	0.572	2.000	0.368	-0.115	0.828

En el caso del cruce de Frecuencias entre la Variable "Satisfacción Matrimonial" y las demás variables Psicológicas medidas por el FECIAD, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

7.1.17. Relaciones entre la Variable "Perfeccionismo" y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 195: Cruce de frecuencias entre la Variable "Perfeccionismo" y las Escalas Clínicas.

	Perfeccionismo					
	Pearson		**Chi-cuadrado**		**Spearman**	
	Valor	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**
Escala Depresión	**0.466**	**0.029**	5.878	0.208	0.372	0.088
Escala Ansiedad	0.201	0.370	1.718	0.787	0.144	0.522
Escala Autoimagen	**0.576**	**0.005**	9.154	0.057	**0.494**	**0.020**
Escala Neuroticismo	0.354	0.106	3.471	0.482	0.347	0.113
Escala Extroversión	0.149	0.508	3.855	0.426	0.230	0.304
Escala Psicoticismo	-0.028	0.902	3.810	0.432	0.038	0.865
Escala Mentira	0.266	0.232	0.834	0.934	-0.071	0.754
Escala Irracionalidad Cognitiva	**0.510**	**0.015**	8.286	0.082	0.386	0.076
Escala Autoeficacia	0.165	0.463	1.838	0.766	0.154	0.493
Escala Autoestima	0.297	0.179	4.117	0.390	0.292	0.187
Escala Satisfacción de Necesidades	0.185	0.411	5.793	0.215	0.133	0.554
Escala Alexitimia	-0.171	0.446	1.840	0.765	-0.217	0.332
Escala Disconfort Emocional	-0.239	0.283	4.530	0.339	0.093	0.679
Escala Conductas Sociales	0.126	0.577	2.360	0.670	0.223	0.319
Escala Asertividad	0.081	0.720	4.649	0.325	0.086	0.702
Escala Satisfacción Matrimonial	0.135	0.798	3.000	0.558	0.219	0.677
Escala Perfeccionismo	1	---	1	---	1	---
Escala Intolerancia a la Frustración	0.337	0.125	6.649	0.156	0.298	0.178
Escala Organicidad	0.206	0.358	1.014	0.908	-0.110	0.626

7.1.17.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Perfeccionismo” y “Depresión”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja a moderada de 0,466 (a medida que el nivel de Perfeccionismo aumenta, el nivel de Depresión también aumenta) y una significancia de 0,029 con un 95% de confianza, bilateral.

7.1.17.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Perfeccionismo” y “Autoimagen”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa moderada a buena de 0,510 (a medida que el nivel de Perfeccionismo aumenta, el nivel de Autoimagen también aumenta) y una significancia de 0,005 con un 99% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,494 y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que el nivel de “Perfeccionismo” aumenta, el nivel de “Autoimagen” también aumenta.

7.1.17.3. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Perfeccionismo” e “Irracionalidad Cognitiva”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a las variables “Perfeccionismo” e “Irracionalidad Cognitiva”, indica que éstas tienen una correlación directa moderada a buena de 0,510 (a medida que el nivel de Perfeccionismo aumenta, el nivel de Irracionalidad Cognitiva también aumenta) y una significancia de 0,015 con un 95% de confianza, bilateral.

7.1.18. Relaciones entre la Variable "Intolerancia a la Frustración" y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 196: Cruce de frecuencias entre la Variable "Intolerancia a la Frustración" y las Escalas Clínicas.

	Intolerancia a la Frustración					
	Pearson		**Chi-cuadrado**		**Spearman**	
	Valor	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**	**Valor**	**Nivel de sig.**
Escala Depresión	0.219	0.328	8.433	0.077	**0.581**	**0.005**
Escala Ansiedad	0.302	0.171	2.948	0.567	0.301	0.173
Escala Autoimagen	0.330	0.130	2.745	0.601	0.337	0.125
Escala Neuroticismo	0.157	0.485	1.464	0.833	0.109	0.630
Escala Extroversión	0.157	0.487	2.415	0.660	-0.020	0.931
Escala Psicoticismo	0.191	0.394	5.086	0.279	0.363	0.096
Escala Mentira	0.286	0.197	4.648	0.325	0.149	0.508
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.253	0.255	4.508	0.342	**0.447**	**0.037**
Escala Autoeficacia	0.102	0.650	3.789	0.435	-0.177	0.430
Escala Autoestima	-0.227	0.309	2.706	0.608	-0.312	0.157
Escala Satisfacción de Necesidades	0.007	0.974	3.462	0.484	0.221	0.323
Escala Alexitimia	0.088	0.698	4.333	0.363	0.195	0.384
Escala Disconfort Emocional	0.183	0.415	4.246	0.374	0.346	0.114
Escala Conductas Sociales	0.074	0.742	8.648	0.071	-0.253	0.257
Escala Asertividad	0.225	0.313	2.726	0.605	0.005	0.983
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.042	0.937	2.625	0.269	0.122	0.817
Escala Perfeccionismo	0.337	0.125	6.649	0.156	0.298	0.178
Escala Intolerancia a la Frustración	1	---	1	---	1	---
Escala Organicidad	-0.062	0.784	3.038	0.551	0.262	0.238

7.1.18.1. Cruce de Frecuencias de las Variables “Intolerancia a la Frustración” y “Depresión”.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Intolerancia a la Frustración” y “Depresión”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a buena de 0,584 y una significancia de 0,005 con un 99% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que el grado de “Intolerancia a la Frustración” aumenta, el nivel de “Depresión” tienda a incrementarse.

7.1.18.2. Cruce de Frecuencias de las Variables “Intolerancia a la Frustración” e “Irracionalidad Cognitiva”.

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a las variables “Intolerancia a la Frustración” e “Irracionalidad Cognitiva”**,** indica que éstas presentan una correlación directa moderada a buena de 0,447 y una significancia de 0,037 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que los niveles de “Intolerancia a la Frustración” aumentan, el grado de “Irracionalidad Cognitiva” tiende a incrementarse.

7.1.19. Relaciones entre la Variable "Organicidad" y las demás Variables Psicológicas medidas por el FECIAD.

Tabla N° 197: Cruce de frecuencias entre la Variable "Organicidad" y las Escalas Clínicas.

	Organicidad					
	Pearson		Chi-cuadrado		Spearman	
	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.	Valor	Nivel de sig.
Escala Depresión	**0.439**	**0.041**	6.258	0.181	**0.493**	**0.020**
Escala Ansiedad	**0.531**	**0.011**	5.378	0.251	**0.457**	**0.033**
Escala Autoimagen	-0.070	0.756	2.567	0.633	-0.072	0.752
Escala Neuroticismo	0.244	0.274	3.253	0.516	0.155	0.490
Escala Extroversión	0.161	0.473	1.481	0.830	-0.009	0.969
Escala Psicoticismo	0.369	0.091	2.420	0.659	0.182	0.419
Escala Mentira	-0.320	0.146	6.157	0.188	-0.412	0.057
Escala Irracionalidad Cognitiva	0.076	0.736	4.317	0.365	0.164	0.466
Escala Autoeficacia	0.047	0.837	5.091	0.278	-0.114	0.612
Escala Autoestima	-0.090	0.691	3.483	0.480	-0.282	0.204
Escala Satisfacción de Necesidades	0.176	0.433	3.850	0.427	-0.089	0.692
Escala Alexitimia	0.381	0.081	3.422	0.490	0.014	0.952
Escala Disconfort Emocional	0.360	0.100	5.133	0.274	0.264	0.236
Escala Conductas Sociales	-0.126	0.576	4.950	0.292	-0.402	0.063
Escala Asertividad	0.307	0.164	2.589	0.629	0.145	0.520
Escala Satisfacción Matrimonial	-0.293	0.572	2.000	0.368	-0.115	0.828
Escala Perfeccionismo	0.206	0.358	1.014	0.908	-0.110	0.626
Escala Intolerancia a la Frustración	-0.062	0.784	3.083	0.551	0.262	0.238
Escala Organicidad	1	---	1	---	1	---

7.1.19.1. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Organicidad” y “Depresión”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a las variables “Organicidad” y “Depresión”, indica que éstas presentan correlación directa baja a moderada de 0,439 (a medida que el nivel de Organicidad aumenta, el nivel Depresión también aumenta) y una significancia de 0,041 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,493 y una significancia de 0,020 con un 95% de confianza, bilateral; lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que el nivel de “Organicidad” aumenta, el nivel de “Depresión” también aumenta.

7.1.19.2. Cruce de Frecuencias entre las Variables “Organicidad” y “Ansiedad”.

El coeficiente de correlación de Pearson (r) aplicado a las variables “Organicidad” y “Ansiedad”, indica que éstas presentan una correlación directa moderada a buena de 0,531 (a medida que el nivel de Organicidad aumenta, el nivel Ansiedad también aumenta) y una significancia de 0,011 con un 95% de confianza, bilateral.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Spearman (rho) aplicado a ambas variables, indica que las variables tienen una correlación directa baja de 0,457 y una significancia de 0,033 con un 95% de confianza, bilateral lo cual significa que existe una tendencia estadísticamente significativa a que a medida que el nivel de “Organicidad” aumenta, el nivel de “Ansiedad” también aumenta.

VII. ANÁLISIS Y DISCUSIONES

A partir de la información obtenida de la muestra de estudio de la Comunidad Terapéutica Suricata, inserta el Complejo Penitenciario de Valparaíso, aplicando el Cuestionario de Antecedentes Personales y la Ficha de Evaluación Clínica Integral de Adicciones (FECIAD), considerando además, las relaciones estadísticamente significativas, es posible concluir los siguientes aspectos:

La mayoría de los hombres de la muestra tienen entre 20 y 31 años, siendo la edad promedio los 27 años. Esta cifra sin embargo, se diferencia de los estudios realizados en el país, los cuales establecen que la mayor frecuencia de consumo de sustancias ilegales se presenta en población joven, comprendidas entre los 19 y 25 años. Esta diferencia podría explicarse debido a que la dependencia a sustancias de los sujetos de la muestra, se estableció en forma previa a su ingreso al penal, y por ende, a la comunidad terapéutica.

Gran parte de los hombres de la comunidad, son solteros y un porcentaje menor convivía con su pareja o estaba casado antes de ingresar al Centro Penitenciario, manteniendo esa relación actualmente. Ante ello, se puede inferir que existiría mayor dificultad para iniciar y mantener relaciones afectivas sólidas cuando existe consumo problemático de alcohol y estupefacientes.

La mitad de los sujetos estudiados no poseen hijos, mientras que los sujetos restantes han tenido entre uno, dos o más hijos.

Respecto de la ocupación previa a su ingreso al recinto penal, la mayoría de los sujetos, realizaban trabajos remunerados.

En relación al delito de ingreso, la mayoría de los sujetos han sido procesados sólo por un delito, mientras que los sujetos restantes, fueron procesados por dos o más delitos. Por otra parte, la mayoría de los sujetos presentan reincidencia en la comisión de actos delictuales, lo cual podría relacionarse con el daño que las drogas producirían en el funcionamiento de los sujetos, especialmente en los aspectos del paradigma biológico,

tales como, el control de impulsos, la agresividad, alteraciones de conciencia, la alexitimia, entre otros factores que conllevan a incurrir en conductas de riesgo.

Acerca de la historia de consumo, se observa que la mayoría de los sujetos iniciaron el consumo de alcohol y drogas, entre los doce y catorce años de edad, lo que coincide con investigaciones anteriores realizadas en comunidades terapéuticas residenciales tanto para hombres como para mujeres. (Bermúdez, Fernández, Riquelme). A su vez, este dato es consistente con las estadísticas nacionales publicadas por CONACE (2005), las cuales plantean, como edad de inicio del consumo de sustancias en la población chilena, los 14,4 años. Por otra parte, los sujetos más jóvenes presentan un mayor consumo de marihuana, tanto en libertad como en módulos, lo que también concuerda con los estudios del CONACE (2005).

Respecto a las discusiones que se pueden realizar a partir de nuestro estudio, y en relación al estado civil que poseen los sujetos estudiados, se puede mencionar que la mayoría de los solteros presentan mayor frecuencia de consumo de marihuana mientras se encontraban en libertad (χ^2=11,036; p<0,05). Además, se observa que la mayoría de los sujetos solteros, no presentan ningún tratamiento previo. Asimismo, es posible apreciar que éstos sujetos poseen menor grado de satisfacción de necesidades. Todo lo anterior, sugiere la importancia de mantener lazos afectivos estables en relación a la pareja y la familia como factores protectores ante conductas de riesgo y bienestar emocional.

A pesar de encontrarse en un recinto penitenciario, en el cual, lo esperable es que los niveles de satisfacción de necesidades se encuentren disminuidos en respuesta a las características de habitabilidad y convivencia propias del sistema penal, existe una diferencia entre las personas solteras y las personas casadas. Estos últimos, exhiben niveles más elevados en esta escala, lo cual respaldaría la hipótesis anterior.

Respecto de las relaciones establecidas entre los días de tratamiento y las demás variables de estudio, se observa que aquellos hombres que han participado menos días en la comunidad, presentan una tendencia a manifestar niveles altos de neuroticismo (r=

-0.590; p<0,01) y perfeccionismo (r=-0,521; p<0,05), los cuales disminuyen a medida que aumenta el tiempo de permanencia en la comunidad terapéutica.

Se observa que, a medida que los sujetos permanecen mayor tiempo en el tratamiento, adquieren mayor repertorio de conductas adecuadas socialmente. Lo anterior, podría ser consecuencia de los efectos normalizadores del tratamiento y coincide con los resultados obtenidos en estudios anteriores, como el de Bermúdez, Fernández y Riquelme (2007), en donde el mayor tiempo de permanencia, traducido en la variable etapa de tratamiento, correlacionaba negativamente con la escala de neuroticismo.

Las diferentes etapas de tratamiento, en la que se encuentran los sujetos estudiados, presentan relación con la variables clínicas abordadas por el FECIAD, puesto que, a medida que egresan de una etapa, para ingresar a la siguiente, los niveles depresión (r=-0,563; p<0,01), ansiedad (r=-0,437; p<0,05), neuroticismo (r=-0,455; p<0,05) y perfeccionismo (r=-0,582; p>0,01), decrecen.

Respecto a lo anterior, es posible mencionar que el tratamiento realizado en el centro, tendría efectos en la disminución de la inestabilidad emocional, ello, probablemente relacionado con la estructura propia del tratamiento. Esta disminución, también podría estar asociada al hecho de que durante el tratamiento, los hombres no presentan consumo de drogas, disminuyendo con ello síntomas de inestabilidad producto de la abstinencia.

Finalmente, y en relación al neuroticismo, esta escala se relaciona directamente con el tiempo de condena (r=0,623; p<0,01), ya que, es posible que los sujetos más inestables emocionalmente, cometan mayor cantidad de delitos y de alta gravedad.

Por otra parte, se aprecia que los sujetos que exhiben consumo anterior de drogas en su familia, tienden a presentar niveles más altos en la escala de Ansiedad (χ^2=6,275; p<0,05). Así, el contexto familiar inestable y disfuncional en el cual se desarrollaron la mayoría de estos sujetos, podría explicar la sintomatología ansiosa, la que se ve influida principalmente por un consumo transgeneracional no problematizado y por patrones de conducta inadecuados socialmente.

Así mismo los sujetos cuyas familias no presentan actualmente consumo de sustancias, tienden a manifestar menores índices de depresión y ansiedad, lo cual suma importancia a la estabilidad familiar en el proceso de rehabilitación.

Respecto a los ingresos familiares de los sujetos que se encuentran participando en la comunidad terapéutica, se aprecia que, aquellos que percibían mayor cantidad de ingresos familiares mensuales, exhiben mayor consumo de cocaína en módulos.

En referencia al número de hijos, aquellos sujetos que no han sido padres, tienden a presentar niveles más altos de Depresión (χ^2=10,544; p<0,05), Psicoticismo (χ^2=10,190; p<0,05) e Intolerancia a la Frustración (χ^2=9,505; p<0,05). Además se puede mencionar que aquellos sujetos que no han tenido hijos o poseen solo uno, presentan menor frecuencia de consumo de otras sustancias. Lo anterior, puede tener relación con la presencia de hijos, lo que podría entenderse como un factor protector, que influye directamente en los sujetos al otorgar una mayor estabilidad emocional, en función de la responsabilidad explícita o implícita que conlleva el cuidado de otro ser.

Por su parte, se observa que en la población estudiada existe una tendencia a que los sujetos de menor edad manifiesten un mayor grado de asertividad en relación a los sujetos mayores. Lo cual, podría estar vinculado con el hecho de que las personas jóvenes exhiben mayor flexibilidad frente a nuevos aprendizajes y por lo tanto son más susceptibles a los cambios terapéuticos. Esto, es coherente con los actuales planes del CONACE, los cuales están principalmente dirigidos a la población de menor edad, específicamente los sujetos pre-adolescentes, pues ostentan mejor pronostico frente a la intervención. No obstante, se observa que existe una tendencia a que las personas de menor edad presenten niveles de psicoticismo elevado, es decir mayores rasgos de agresividad, rigidez y un menor ajuste a las reglas, lo cual tiene relación con la contingencia social del país y se ve reflejado en la nueva Ley de Responsabilidad Penal Juvenil.

En relación a la variable actividad anterior, se observa que las personas que realizaban trabajos remunerados, manifiestan niveles más altos en la escala de Autoimagen (χ^2=14,284; p<0,01). Lo que podría entenderse, como que aquellos sujetos

que han tenido la experiencia de desarrollarse realizando algún tipo de actividad laboral, ostentarían una mejor imagen de sí mismos y se sentirían más capaces de lograr objetivos. Además, presentan niveles elevados de Perfeccionismo (χ^2=10,701; p<0,05), es decir son más exigentes consigo mismos y manifiestan mayor preocupación por no cometer errores.

Respecto del consumo de drogas, la mayoría de los hombres que ingresan a la comunidad terapéutica son poliadictos, consumen entre 3 y 5 drogas, además, la mayoría lleva más de cinco años de consumo de sustancias ilegales, lo que daría cuenta de un consumo de larga data. En relación a lo anterior, no se observan diferencias importantes con los hombres que se encuentran en tratamiento residencial en libertad, los cuales en su mayoría son poliadictos y tienen más de tres años de consumo (Guajardo H., Bagladi V.y Kushner D., 2001).

En relación a la frecuencia del consumo de drogas, en los hombres que ingresan a la comunidad terapéutica, las drogas consumidas con una mayor frecuencia son, en orden decreciente, marihuana (en consecuencia con los estudios previamente expuestos en este estudio CONACE, 2001; UNICRIM, 2002), alcohol, cocaína y otros. Esto podría relacionarse con el perfil de los hombres que reciben tratamiento en comunidades terapéuticas, ya que la mayoría de ellos, se encuentran en una situación de vulnerabilidad y por lo tanto, en términos económicos se les facilitaría el acceso a este tipo de drogas que en general son de menor costo.

Se ha observado en los sujetos estudiados, que el consumo de alcohol en módulos, se relaciona con los índices de irracionalidad cognitiva (χ^2=6,089; p<0,05), ya que a medida que disminuye el consumo de esta sustancia, los niveles de estas escalas tienden a decrecer. Lo anterior, se corresponde con lo planteado por el paradigma cognitivo desde la perspectiva desde el Modelo Integrativo, el cual postula que la drogodependencia conlleva a una mayor irracionalidad cognitiva, es decir, pensamientos de tipo todo o nada, atención selectiva, entre otros. Lo anterior se traduce, en una aproximación y significación de la realidad sesgada y parcial. (Beck et al., 1999; Graña et al., 1996; Guajardo et al., 2003; Santander, 1999 cit. en Feuchtmann, 2004).

Por su parte, también existe una relación directa entre la variable Psicoticismo y el consumo del alcohol dentro del recinto penal (r=0,519; p< 0,05), lo que es posible explicar, debido al deterioro orgánico que produce en el alcohol en los sujetos, expresado, por ejemplo, en alteraciones de conciencia.

El consumo de marihuana, se presenta como un factor importante al momento de establecer relaciones con los niveles de autoeficacia que exhibe esta población, pues a medida que aumenta la utilización de esta droga, la percepción de autoeficacia se deteriora. Lo cual podría explicarse, por los efectos que tendría esta sustancia en el sistema biológico (alteraciones de la memoria a corto plazo, déficit de atención-concentración, síndrome amotivacional) y cognitivo (distorsión de la percepción de sí mismo).

El consumo de marihuana en módulos, se relaciona además con las escalas de Psicoticismo (r=0,043; p<0,05) y Mentira (r=0,460; p<0,05), lo cual muestra lo adaptativo que es el consumo de marihuana en modulo en el ambiente carcelario, pues los sujetos tienden a presentar impulsivas, mayor estabilidad emocional y mayor disimulación.

Por otra parte, el policonsumo existente en la población estudiada, se relaciona con dificultades afectivas, pues a medida que aumenta el número de drogas consumidas, se incrementan los niveles de Intolerancia a la Frustración (r=0,450; p<0,05). Lo anterior indica, por una parte, que esta variable correspondería a un factor de vulnerabilidad, o bien que las consecuencias del policonsumo fomenten el desarrollo de una baja Tolerancia a la Frustración. De esta forma, frente a una situación de fracaso que resulta difícil de tolerar, el consumo de alguna droga, (específicamente de alcohol, marihuana o cocaína, que son las drogas que presentan mayor frecuencia de consumo frente a la baja tolerancia a la frustración) podría ser considerada como una forma de evadir la sensación que ésta le produce, o bien que éstas sean las drogas que por efectos de su consumo fomenten una baja tolerancia a la frustración. Lo que se corresponde, por lo planteado por el Modelo Integrativo Supraparadimático (Feuchtmann et al., 1999; Guajardo et al.,

2003; Jonson, 1999; Santander, 1999; White et al., 1998 cit. en Feuchtmann, 2004). Al mismo tiempo, el policonsumo tiene efectos sobre los factores biológicos de las personas, pues se relaciona con una baja satisfacción de necesidades y un alto nivel de psicoticismo. Lo cual, puede deberse a que a medida que aumenta el número de drogas consumidas existe un mayor deterioro del paradigma biológico en los sujetos.

Otro factor protector que es posible observar es el comienzo tardío del consumo de sustancias, es decir, a medida que aumenta la edad de inicio de consumo, los niveles de disconfort emocional ($r=-0,429$; $p<0,05$) y psicoticismo ($r=-0,451$; $p<0,05$) disminuyen. Por lo tanto, se puede apreciar que existe una relación indirecta con los niveles de disconfort emocional frente a situaciones sociales, donde el inicio temprano del consumo puede ser una forma de disminuir la ansiedad que les producen los diferentes contextos sociales y así poder enfrentarlas de una manera "más efectiva". Por otra parte, esta relación podría indicar también que el inicio temprano del consumo conlleve a la presencia de altos niveles de malestar emocional frente a situaciones sociales. (Síndromes de deprivación continuados y retraimiento social derivado del consumo) Además, lo anterior podría indicar que los sujetos que comenzaron su consumo a mayor edad, han desarrollado más habilidades para desenvolverse socialmente, pues han tenido más tiempo para el desarrollo de estas habilidades.

Respecto a la escolaridad de los participantes de la comunidad terapéutica, la mayoría de los sujetos, no finalizaron su enseñanza media mientras se encontraban en libertad. Por otra parte, aquellos sujetos que han alcanzado un nivel de educación media o superior, presentan mayor frecuencia de consumo de marihuana en módulos, es decir, al interior del recinto penal ($r=0.462$; $p<0.05$).

Se observa, una relación directa entre la variable Escolaridad y la escala de Asertividad ($r=0,449$; $p<0,05$). Por el contrario, se observa una relación indirecta entre la variable Escolaridad y la escala de Neuroticismo ($r=-0,631$; $<0,01$). De esta forma, el nivel de escolaridad surge como un factor protector, que posibilita la adquisición y desarrollo de habilidades sociales, así como también, una mayor regulación de la afectividad en relación a los estímulos.

Se observa además que aquellos hombres, que cuentan con tratamientos previos presentan una tendencia a presentar niveles medios a altos en la escala de Conducta Social (χ^2=7,431; p<0,05), lo cual puede tener relación a los aprendizajes adquiridos en los tratamientos anteriores.

En relación al Paradigma Biológico, los sujetos estudiados pertenecientes a la comunidad terapéutica Suricata, presentan alteraciones de tipo biológico, consecuentes con el proceso de adicción, por el cual se encuentran actualmente en rehabilitación. A su vez es relevante, la presencia de variables psicológicas o dimensiones de la personalidad, asociadas al consumo de sustancias. Entre ellas, la inestabilidad emocional (Neuroticismo medio), la disposición biológica a presentar conductas gregarias, la búsqueda de sensaciones y el estar orientado hacia el medio externo (Extroversión alta), y la impulsividad (Psicoticismo alto). A esto se le suma una tendencia a presentar niveles altos de Ansiedad.

Se puede observar que las variables "Organicidad", "Psicoticismo", y "Depresión" se encuentran, en conjunto, directamente relacionadas. Es decir, aquellos sujetos con un alto nivel de deterioro orgánico, ya sea por antecedentes de alteraciones biológicas y por el daño asociado al consumo, presentan a su vez variables psicológicas que se asocian con el consumo de drogas. Además esta organicidad puede vulnerabilizar la biología hacia el desarrollo de cuadros depresivos y descontrol de impulsos.

La variable Depresión correlaciona directa y significativamente con Ansiedad (r=0,624; p<0,01, Psicoticismo (r=0,429; p<0,05), Irracionalidad Cognitiva (χ^2=13.626; p<0,01), Conductas Sociales (χ^2=9.746; p<0,05), Perfeccionismo (r=0,466; p<0,05), Intolerancia a la Frustración (r=0,581; p<0,01) y Organicidad (r=0,439; p<0,05). A partir de estas relaciones, se puede desprender que en la población estudiada, la cual presenta un trastorno por abuso de sustancias, se aprecia un deterioro significativo en el área biológica, cognitiva y en el repertorio conductual, evidenciando, desánimo, irritabilidad, falta de control de impulsos, alta exigencia consigo mismo y con el entorno, así como también, reacciones disfuncionales ante la frustración, lo cual, hace coherente relacionar

el consumo y abuso de sustancias psicoactivas, con la generación y mantención de sintomatología depresiva, ó, por el contrario, el consumo de estas sustancias puede ser fomentado por esta sintomatología.

De esta forma, se comprende también la presencia de una relación indirecta entre las variables Depresión y Conductas Sociales($r=-0,471$; $p<0,05$), donde los síntomas depresivos se relacionarían con una escasa variedad de habilidades sociales, y estilos de afrontamiento que imposibilitan a estos sujetos un mejor manejo de las exigencias de la vida diaria, siendo lo anterior, tal vez, un factor mantenedor de la depresión en los sujetos de estudio. Ambas variables, podrían ser en conjunto, un factor de riesgo para generar o mantener la drogodependencia, a través del cual, los sujetos buscarían el consumo como una forma de relacionarse mejor a nivel interpersonal o bien para aplacar la incomodidad asociada a la dificultad en su adaptación social.

Con respecto a la relación entre Depresión y Organicidad, se puede apreciar que aquellos sujetos que presentan mayores índices de Organicidad, son más susceptibles a ser afectados por sintomatología depresiva, debido a que presentan mayor inestabilidad emocional, además de manifestar mayor grado de Psicoticismo.

En relación a la variable Ansiedad, se han identificado correlaciones directas en el subsistema biológico con Neuroticismo ($r=0,569$; $p<0,01$), Extroversión ($\chi^2=9,643$; $p<0,05$), Psicoticismo ($r=0,602$; $p<0,01$), así como también en el subsistema afectivo con Disconfort Emocional ($r=0,493$; $p<0,05$). Lo anterior, puede deberse a que aquellos sujetos que exhiben mayores niveles de Ansiedad, presentan un grado importante de inestabilidad emocional, lo cual, tiene una relación directa con los efectos del consumo abusivo de sustancias como alcohol, marihuana y cocaína. En base a lo anterior, es relevante considerar los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos para la rehabilitación de drogodependecias, como estabilizadores emocionales, que a su vez, permiten controlar los índices disfuncionales del paradigma biológico en general. Sin embargo, cabe destacar, que los niveles de Extroversión y Neuroticismo, en esta población, no evidencian descensos significativos con el tratamiento aplicado en la

comunidad, por lo cual, se considera fundamental un atención especializada y enfocada a disminuir estos índices.

Además, los sujetos ansiosos tienden a manifestar mayor grado de Disconfort Emocional en su desempeño social, probablemente debido a la inseguridad y/o temor que pueden percibir al establecer contacto con terceros. Es probable que a medida que disminuye la inestabilidad emocional y la impulsividad, así como también, aumenta la capacidad de introversión, se produzca un descenso en la ansiedad.

Por su parte, la escala de Disconfort Emocional se presenta vinculada a la escala de Autoestima ($r=-0,587$; $p<0,01$). De esta forma, los sujetos que presentan índices positivos de Autoestima, exhibirían menores niveles de disconfort emocional, pues se sentirían con mayores recursos y habilidades para desenvolverse en el entorno social, lo que, a su vez, se traduciría en bajos índices de ansiedad.

Respecto del Paradigma Afectivo, es posible observar que los sujetos que pertenecen a la comunidad terapéutica intrapenitenciaria Suricata, tienden a presentar niveles altos en la variable Alexitimia, Intolerancia a la Frustración y Disconfort Emocional ante situaciones sociales, lo que confirma lo propuesto por el Modelo Integrativo, respecto de que las drogodependencias, pueden ser verse favorecidas por la búsquda de placer o del efecto positivo esperado, y en otro sentido, se presentan como una forma de aliviar efectos en la línea del displacer (Feuchtman, 2004).

La variable Alexitimia correlaciona con Psicoticismo ($r=0,509$; $p<0,05$), Mentira ($r=-0,493$; $p<0,05$) y Conductas Sociales ($r=-0,495$; $p<0,05$). La primera relación, podría explicarse a partir del sustrato biológico que subyace a ambas variables, las cuales se ven deterioradas por el abuso de drogas, expresándose en un elevado descontrol de impulsos y dificultad para reconocer las propias emociones. Ya que, a mayor impulsividad, es menos probable que exista regulación emocional, lo que luego interfiere sobre el repertorio conductual.

Al existir menor conexión con la experiencia emocional en los sujetos estudiados, se observa una relación, entre este factor y un déficit en el desarrollo de habilidades interpersonales, lo que conllevaría a adquirir un escaso e inadecuado

repertorio conductual, con el cual desenvolverse en el medio. En este sentido, el abuso de sustancias, generaría en los individuos una distorsión de la experiencia personal y la evaluación que hacen de esta.

En relación a las variables del Sistema *self*, la escala de Autoimagen se presenta asociada directamente con índices de Autoeficacia ($r=0,616$; $p<0,01$) y Autoestima ($r=0,475$; $p<0,05$), de forma que, los individuos cuyos índices de Autoimagen son altos, es decir, manifiestan actitudes positivas hacia sí mismos, poseen un autoconcepto o valoración también positiva, lo que les permite sentirse más eficaces para desarrollarse personal y socialmente. Cabe destacar, que la población estudiada presenta un perfil delictual, frente al cual, los niveles elevados de autoimagen y autoestima, pueden estar relacionados con dificultades para prever las consecuencias de sus acciones, las que en el medio delictual resultan adecuadas. Sin embargo, estas mismas conductas, en el medio social, son desadaptativas.

En relación a la escala de Mentira y su vínculo con Autoimagen, es posible establecer un nexo directo que indicaría la presencia de deseabilidad social en la población estudiada ($r=0,429$; $p<0,05$), pues, a través de los resultados se refleja la tendencia a mostrar una imagen positiva de sí mismos, adecuada socialmente. En este sentido, los sujetos manifiestan poseer un repertorio amplio de conductas adecuadas, lo que se contradice con su conducta anterior y la condena que están cumpliendo.

Por su parte, se aprecia una relación indirecta entre la Escala de Mentira y los niveles de Neuroticismo ($r=-0,461$; $p<0,05$), los cual indicaría que los sujetos que presentan mayor grado de inestabilidad emocional, tienden a mostrarse menos adecuados socialmente, manifestando menor preocupación por la opinión de terceros. Lo cual podría explicarse, a partir del desequilibrio emocional que caracterizarían a estos sujetos.

La escala de Extroversión, exhibe correlaciones con las variables, Psicoticismo ($r=0,491$; $p<0,05$), Autoestima ($\chi^2=13,829$; $p<0,01$) y Asertividad ($r=0,602$; $p<0,01$). En relación a su vínculo con el Psicoticismo, existe un soporte teórico que establece entre

ambas variables, un sustrato biológico que incide en la personalidad de los sujetos de estudio, y que se ve alterado con el consumo abusivo de sustancias.

En cuanto a las variables afectivas y cognitivas mencionadas anteriormente, estas se relacionan de forma directa con los índices de Extroversión, permitiendo inferir que aquellos sujetos con niveles más altos de Extroversión, presentan mayor número de redes sociales que permiten desarrollar habilidades interpersonales que se condicen con una elevada Autoestima y Asertividad.

Finalmente, la escala de Irracionalidad Cognitiva, se relaciona en forma directa con Perfeccionismo ($r=0,510$; $p<0,05$) e Intolerancia a la Frustración ($r=0,447$; $p<0,05$). Las características de pensamiento propias de la Irracionalidad Cognitiva, como la sobregeneralización, entre otras, precipitan distorsiones en la evaluación de la experiencia personal, lo cual podría exacerbar conductas de tipo perfeccionistas y rigidizar el pensamiento, generando así, mayor intolerancia la frustración producto de la insatisfacción obtenida a partir del propio desempeño.

Por último y dentro de las relaciones más significativas extraídas de este estudio, encontramos aquellas vinculadas a la Escala de Psicoticismo, las cuales abarcan los tres grupos de variables abordadas. En este sentido, Psicoticismo correlaciona en forma indirecta con las variables sociodemográficas: Edad y Número de hijos. De lo anterior se infiere, que los sujetos de mayor edad poseen un mayor control de impulsos y flexibilidad frente al medio social, lo que les permite un mayor ajuste al entorno. A su vez, la paternidad parece tener incidencia, y presentarse como un factor protector vinculado a los niveles de psicoticismo, pues, quienes poseen mayor número de hijos poseen índices inferiores en esta escala, infiriéndose en estos sujetos, conductas menos agresivas y psicopáticas

Otro grupo de variables asociadas a la escala de Psicoticismo, pertenecen a la Historia de Consumo. Entre estas últimas, podemos establecer relaciones directas con: Consumo de Marihuana y Alcohol, tanto en Libertad como el Módulos. Por su parte, se observa también, un vínculo directo con el uso de Cocaína en Libertad. El análisis de estos datos, plantea dos posibles explicaciones, la primera dice relación con los efectos

menoscabadores que el consumo de sustancias ha generado e influido en el organismo de los sujetos, en el surgimiento de conductas agresivas, impulsivas y psicopáticas, así como también, procesos cognitivos de tipo rígido. Por su parte, la segundad teoría explicativa, se vincula a la idea de que estos sujetos poseen rasgos psicopáticos que lo han vinculado con conductas de riesgo, como la drogadicción y la delincuencia.

Dentro de estos análisis, podemos incluir la relación indirecta existente entre la variable Edad de inicio de consumo con la escala de Psicoticismo, la cual, refiere a un aumento en los niveles de esta escala, entendiéndose que a medida que el consumo de sustancias piscoactivas se inicia tempranamente, se produce un mayor deterioro de las funciones orgánicas, así como también las cognitivas, lo cual se plantea como un factor de vulneralibilidad frente a los trastornos por drogodependencia, lo cual, es posible asociar las hipótesis planteadas anteriormente.

El grupo de escalas clínicas, también es posible relacionarlas directamente con la escala de Psicoticismo, estas relaciones se pueden establecer específicamente con las escalas de Depresión ($r=0,456$; $p<0,05$), Ansiedad ($r=0,602$; $p<0,01$), Extroversión ($r=491$; $p<0,05$), Alexitimia ($r=0,509$; $p<0,05$), Asertividad ($r=0,436$; $p<0,05$) e indirectamente con Repertorio Conductual ($r=-0,671$; $p<0,01$). Podemos que inferir que, de forma transversal, la escala de Psicoticismo se relaciona con los paradigmas biológico, afectivo y ambiental-conductual, de tal forma que se evidencia la importancia que podrían ostentar los factores implicados en la escala de Psicoticismo, en lo que respecta a la generación y mantención de trastornos por abuso de sustancias en esta determina población y sus antecedentes delictuales.

VII. CONCLUSIONES

1. Aportes del estudio.

En términos prácticos, el presente estudio aporta información en cuanto a las características psicológicas de los sujetos afectados por trastornos adictivos y que se encuentran en proceso de rehabilitación dentro de una comunidad intrapenitenciaria. El aumento del conocimiento acerca de esa población, permitirá complementar los tratamientos dirigidos a ella, ya que es posible delinear intervenciones en función de la relación entre características psicológicas provenientes de paradigmas diferentes de la Psicología y a la realidad sociodemográfica e historia de consumo propia de la población.

La información obtenida respecto a los sujetos en estudio, es adquirida en base a una mirada holística e integrativa que es consecuente con el modelo empleado. Lo anterior, permite observar de forma más integral al sujeto que consume, explorando las diversas esferas que lo componen, evitando restringir el estudio al ámbito del consumo o variables deterministas, como predisposiciones genéticas o rasgos de personalidad, entre otros.

Al considerar una multiplicidad de variables, fue posible obtener múltiples correlaciones significativas, que aportaron información relevante en cuanto a las relaciones establecidas entre las variables sociodemográficas, de la historia de consumo y psicológicas de los sujetos drogodependientes. Lo anterior, posibilitó inferir, la presencia de factores que posibilitan la reducción del daño generado por el consumo, así como también, elementos en los sujetos y en su entorno, que permiten y favorecen la rehabilitación, estos últimos denominados factores protectores. Los factores presentes en esta población de estudio, corresponden en primer lugar, a las redes sociales de apoyo, entendidas como: relaciones de pareja y paternidad. En relación a la escolaridad, ésta se comporta como un factor protector, en el sentido de

que, a mayor nivel educacional alcanzado por los sujetos, existiría menor riesgo de que se involucrasen en conductas de riesgo, como el consumo de drogas.

Por otra parte, fue posible establecer las posibles consecuencias propias del consumo, así como también, la influencia de determinados factores en la etiología de este trastorno y en su mantenimiento, esta exploración nos permitió establecer, entre otros elementos, los aspectos de vulnerabilidad presentes en esta población, en relación a la drogodependencia. Dentro del estudio, podemos mencionar como factores de riesgo: los altos índices de organicidad presentes en la mayoría de los sujetos, lo cual, denota el posible daño orgánico, ya sea, genético o adquirido a través del deterioro producto del consumo de sustancias. Asimismo, los altos niveles de depresión evidenciados en un sector de la población, se comportan como factores de vulnerabilidad, con respecto a las demás variables clínicas abordadas en esta investigación, es decir, a medida que los índices de depresión se incrementan, los niveles tanto ansiedad, psicoticismo, irracionalidad cognitiva, entre otras, también aumentan. En relación a la dinámica familiar, el contacto cercano con personas que presentan consumo abusivo de sustancias durante el desarrollo de los sujetos, podría representar un factor de vulnerabilidad frente a la problemática de la drogodependencia, debido al contacto continuo con situaciones de riesgo. Por último y en la misma línea, dentro de la historia de consumo, encontramos el inicio temprano de éste último, también se comporta como un factor de riesgo, posiblemente, por el mayor deterioro orgánico, y el fortalecimiento de la dependencia que genera el mantener el consumo por un tiempo prolongado, y por sobre todo iniciarlo en etapas criticas del desarrollo humano.

Por su parte, dentro de los hallazgos que del análisis de los datos se desprenden, surgen como particularmente interesantes, los relacionados con el paradigma biológico y especialmente con la escala de Psicoticismo. El estudio que fue posible realizar frente a la recopilación de esta información, permite establecer un vínculo importante entre rasgos y características de personalidad inestables emocionalmente, la presencia de altos niveles de sintomatología ansiosa, impulsividad, tendencia a la

agresividad y un nivel deterioro orgánico relevante. Los índices de Psicoticismo, se presentan relacionados con la diversidad de paradigmas, estableciendo múltiples conexiones con las variables de estudio, lo cual, nos permite concluir que es este rasgo, el más representativo de la población estudiada, y a partir del cual, es posible delinear características y comportamientos de esta ultima, tal y como se planteo en nuestros objetivos iniciales.

Lo anteriormente expuesto, ostenta gran relevancia, ya que permite establecer relaciones con estudios anteriores, como por ejemplo, el trabajo realizado por Bermúdez, Fernández y Riquelme (2007) cuyas muestras, pertenecientes a comunidades terapéuticas en el medio libre, arrojan resultados similares a relación a los niveles del paradigma biológico, especialmente en Organicidad y Psicoticismo. Sin embargo, y lo que hace relevante a la muestra en particular de la presente investigación, corresponde a la interesante y significativa relación existente entre la drogodependencia, los altos índices de Psicoticismo y la conducta delictual que la define.

Tomando en cuenta estas conclusiones, es posible sugerir y delimitar futuras pautas de tratamiento en drogodependencia, las cuales podrían abordar este factor biológico, a través de intervenciones dirigidas a contrarrestar estos altos niveles de Psicoticismo, pues se observó, que a pesar del avance en el tratamiento de los sujetos en Suricata, los índices de esta escala no descienden.

Por otra parte, este estudio se presenta como un aporte teórico, científico y metodológico, tomando en cuenta los lineamientos del modelo supraparadigmático en el que se basa, la metodología que este último plantea y los alcances antes expuestos que pueden establecerse según la información que de ello se desprende. Todo lo anterior, permite realizar una acabada descripción de la particular muestra escogida, definiendo sus características principales, diferenciándola de otras poblaciones, lo cual, permite estudiarla e intervenirla de forma más eficiente.

Finalmente, la utilización del FECIAD como instrumento de medición, a diferencia de los empleados en otros estudios, nos permite acceder a estos individuos de forma integral, enfatizando en los procesos particulares por los cuales atraviesan los sujetos que cursan un cuadro drogodependiente al interior de un recinto penitenciario, y al mismo tiempo, posibilitando una descripción y un entendimiento general de este fenómeno social, sentando las bases para futuras líneas de acción que permitan intervenir en programas de prevención, rehabilitación y reinserción frente al consumo de estupefacientes y su vinculación con la delincuencia.

2. Limitaciones del Estudio.

Dentro de las limitaciones del presente estudio se pueden mencionar los siguientes factores:

En primer lugar, en relación a la muestra utilizada, las discusiones y conclusiones que se generaron a partir del estudio, no pueden considerarse altamente confiables, tomando en consideración el reducido número de participantes. Aun así, se abarcó en el estudio, la totalidad de la población escogida, otorgándole de esta forma, significación interna a los resultados. De esta forma, esta muestra, conserva su atractivo y novedad, considerando sus particulares y únicas características y el desconocimiento existente acerca de estas poblaciones y su relación con las drogodependencias, desde un enfoque supraparadigmático.

Por su parte, con relación a la metodología empleada, resulta una limitante que no todas las escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral de Adicciones (FECIAD) cuenten con estudios de confiabilidad y validez estadística, como las escalas de Ansiedad, Depresión y Organicidad, lo cual limita las conclusiones que se puedan obtener a partir de dichas escalas.

Se consideran a su vez, como limitantes del estudio, algunas características de este mismo instrumento, entre ellas la extensión y la utilización de un lenguaje complejo, especialmente tomando en cuenta las características sociodemográficas y contextuales de la muestra estudiada.

En otro aspecto, considerando el tiempo dedicado al desarrollo del estudio y las características del instrumento, no fue posible profundizar en el análisis de las escalas cualitativas del FECIAD, las cuales probablemente aportarían información relevante a nivel ideográfico, complementando los resultados de las escalas cuantitativas y enriqueciendo con ello la evaluación.

Continuando con la limitante anterior, no fue factible evaluar la totalidad de los paradigmas considerados en el modelo, siendo excluidos en el análisis, los paradigmas Inconsciente y Sistémico.

3. Proyecciones para Futuras Investigaciones.

A partir del presente estudio, es posible generar ideas acerca de temas relevantes para futuras investigaciones, que podrían contribuir a una mejor comprensión del fenómeno de las drogodependencias, específicamente, en poblaciones intrapenitenciarias.

Lo anterior, podría enriquecer las líneas de intervención en los tratamientos dirigidos a este tipo de población.

Algunas sugerencias son:

- Dada la relevancia adquirida por el paradigma biológico en esta población, se hace necesario realizar indagaciones y/o estudios que determinen los grados de vulnerabilidad biológica, genética o adquirida, presentes en los individuos, con el fin de establecer niveles de daño orgánico asociados a la etiología y mantención del consumo, como antecedentes para futuras intervenciones.
- Estudios longitudinales que permitan evaluar resultados del tratamiento al que es sometida esta población.
- Estudios cualitativos, orientados a establecer factores ideográficos que puedan intervenir en el inicio y la mantención de la drogodependencia.
- Estudios (cualitativos y cuantitativos) orientados a conocer, así como también describir, la dinámica familiar de sujetos con trastornos por dependencia a sustancias. De esta forma, se podrían establecer los posibles efectos de estas dinámicas, en los procesos adictivos y su relación con problemáticas sociales, como por ejemplo, la deserción escolar y la delincuencia, entre otras.
- Estudios de confiabilidad para aquellas escalas del FECIAD que aún no cuentan con dicho respaldo estadístico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andonegui, J. y Díaz, C. (2002) *"Tesis de Magíster en Psicología Clínica. Mención Psicoterapia Integrativa. Desarrollo Personal y Modelo Integrativo Supraparadigmático. Una Mirada que Abre Horizontes".* Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.
- Bermúdez, L. Fernández**,** A. Riquelme**,** D. (2006) "*Seminario para optar al Título de Psicólogo y al Grado de Licenciado en Psicología. descripción de variables psicológicas de un grupo de mujeres en tratamiento residencial por dependencia a sustancias en comunidades terapéuticas para mujeres: un estudio desde el modelo integrativo supraparadigmático*" Universidad de Valparaíso.
- Borjano, E. y Sanchez, E. "*Características de personalidad en sujetos drogodependientes".* Estudio realizado en la Comunidad Terapéutica Balsa Blanca (Valencia) y Facultad de Psicología de Valencia.
- Caballo V. E. (1997). "*Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos"*. Vol 2. siglo Veiniuno de España Editores, S.A., Madrid.
- Carreras, A., Pinazo, S. y Pons, J. (2002), "*El consumo de inhalables y cánnabis en la preadolescencia: Análisis multivariado de factores predisponentes".* Vol. 18, nº 1 (junio), Pág.77-93, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2005). *"Consumo de Drogas en Chile Según Nivel de Educación y de Ingresos. Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile".*
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2003). *"Estrategia Nacional sobre Drogas 2003-2008"*.

- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2004). *"Lineamientos técnicos: tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas"* Chile.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2005). "*Modelo de Intervención en Personas con Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas, Recluidas en los Establecimientos Penitenciarios Chilenos*".
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE (2005). *"Sexto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile"*
- Ellis A., Melnerney J.F., DiGiuseppe R. y Yeager R.J. (1992) "*Terapia racional-emotiva con alcohólicos y toxicómanos".* Editorial Desclée Brouwer, S.A., Bilbao.
- Escobar, P., Opazo, B., Varas C. (2000). *"Evaluación de la respuesta inmunológica y factores psicosociales en un grupo de pacientes portadoras de cáncer cérvico uterino al inicio del tratamiento médico en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso: un estudio descriptivo exploratorio correlacional".* Escuela de Psicología. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. Chile.
- Escalante E., Caro A., Barahona L. (2002). *"Análisis y tratamiento de datos en SPSS".* Universidad de Playa Ancha. Valparaíso, Chile.
- Espinoza, L. y Rojas, M. y Luis Espinoza, (2002) *"Perfiles clínicos de la personalidad en consumidores de sustancias psicoactivas (spa)"* Revista el Electrónica Psicoactiva N° 20: 3-20.
- Fernández, H. y Opazo, R. (2004) *"La Integración en Psicoterapia. Manual Práctico".* Capítulo 8: "Psicoterapia Integrativa en trastornos adictivos". Capítulo 10: "Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal". Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona. España.
- Feuchtmann, J. (2004) *"Tesis de Magíster en Psicología Clínica. Mención Psicoterapia Integrativa. Una Comprensión Integrativa de la Drogodependencia en Jóvenes"*. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.

- Freixinós, M. y López, C., (2001) *"Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes".* Vol. 17, nº 2 (diciembre), Pág.177-188, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Galanter, M y Cléber, H.D (1997) *"Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias".* American Psychiatric Press.
- García, E., Monardes, L. y Pérez, M. (2007), "*Seminario para optar al Título de Psicólogo y al Grado de Licenciado en Psicología. Descripción de variables psicológicas y características sociodemográficas de un grupo de hombres con trastornos por dependencia a sustancias en tratamiento residencial en comunidades terapéuticas en la V región: Un estudio desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático"*, Universidad de Valparaíso.
- Graña, J.L. (1998). *Conductas Adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento.* Editorial Debate, Madrid. España.
- Guajardo H. Bagladi V. Y Kushner D. (2001) *"Psicoterapia integrativa en trastornos adictivos".* En: http://www.trad.cl/publi/P.Integrativa.pdf
- Hernández, R. (2003) *Metodología de la investigación.* Editorial McGraw-Hill. México.
- Opazo, R. (2001) *"Psicoterapia Integrativa. Delimitación Clínica".* Ediciones ICPSI. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (1995). *"CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Editorial Meditor. Madrid. España.
- Pichot, P. (2002) *"DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales".* Editorial Masson. Barcelona. España.
- Tirado, J (2004) *"Tesis de Magíster en Psicología Clínica. Mención Psicoterapia Integrativa. Descripción de las diferencias entre sujetos que presentan trastornos adictivos y sujetos que presentan trastornos depresivos o trastornos de ansiedad".* Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.

- Organización Mundial de la Salud. OMS. (1995). *"CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Editorial Meditor. Madrid. España.
- Varas, C. (2004). *"Tesis para optar al título de Especialista en Psicoterapia Integrativa. Presentación de un Caso Clínico. Trastorno de Angustia".* Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago. Chile.

ANEXOS

ANEXO 1:

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES