

Facultad de Psicología  
Universidad Nacional de Mar del Plata

**DESCRIPCION DEL GRADO DE CONCIENCIA DEL TRASTORNO POR  
DEPENDENCIA DE ALCOHOL DEL ENFERMO Y DEL GRADO DE  
FACILITACION DE LOS OTROS SIGNIFICATIVOS**

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito  
curricular conforme O.C.S. 143/89

Apellido y Nombre de los alumnos:

1. Biscarra, Maria Ayelen
2. Brandariz, Romina Antonela
3. Garófalo, Silvia

Matricula, número de documento y año:

1. 5044, DNI 29257133, 4º año
2. 5046, DNI 29359046, 5º año
3. 4782, DNI 27417240, 3º año

Supervisor: Dra. Mariana Cremonte

Cátedra de radicación: Introducción a la Investigación Psicológica

Fecha de Presentación: 21 de febrero de 2008



Nº CLASIFICACION	ADQUISICION
x-05	R-486

"Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Biscarra Maria Ayelen, Brandariz Romina y Garofalo Silvia de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras"

"El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Biscarra, Maria Ayelen,, Brandariz, Romina Antonela y Garófalo, Silvia matrículas N° 5044, 5046 y 4782, respectivamente, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 20 días del mes de Febrero del año 2008."


Firma, aclaración y sello del Supervisor y/o Co-Supervisor.

  
DRA. MARIANA CREMONESI



## Informe de Evaluación del Supervisor y/o Co-supervisor

Considero que el presente informe de investigación elaborado por las alumnas Biscarra, Maria Ayelén,, Brandariz, Romina Antonela y Garófalo, Silvia aborda una temática novedosa en nuestro medio, con posibles derivaciones tecnológicas de importancia y un gran campo de desarrollo futuro. Las tesistas se han dedicado a la tarea con gran responsabilidad y dedicación, evidenciando un alto nivel de compromiso y motivación hacia la investigación psicológica, que creo, en parte, se plasman en este informe.

  
MARIANA CREMONTE

## *Agradecimientos*

*A la Dra. Mariana Cremonte por su dedicación como supervisora de la presente tesis, brindándonos su valioso apoyo, conocimiento y tiempo y a su vez motivándonos a realizar nuevas actividades en relación a la investigación psicológica.*

*A los grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos y Al-anon y al Servicio de Alcoholismo e Hígado del Hospital Interzonal General de Agudos Oscar Alende por haber colaborado gentilmente con nosotras.*

*A nuestros familiares quienes año a año nos han apoyado y contenido en el transcurso de nuestra carrera.*

Facultad de Psicología

Universidad Nacional de Mar del Plata

*RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE CONCIENCIA DEL TRASTORNO POR  
DEPENDENCIA DE ALCOHOL DEL ENFERMO Y EL GRADO DE FACILITACION  
DE LOS OTROS SIGNIFICATIVOS*

Apellido y Nombre de los alumnos:

1. Biscarra, Maria Ayelen
2. Brandariz, Romina Antonela
3. Garófalo, Silvia

Matricula, número de documento y año:

1. 5044, DNI 29257133, 3º año
2. 5046, DNI 29359046, 5º año
3. 4782, DNI 27417240, 3º año

Supervisor: Mariana Cremonte

Cátedra de radicación: Introducción a la Investigación Psicológica

Fecha de Presentación: 12 de octubre de 2006



### Descripción resumida.

Con el presente trabajo se pretende conocer si existe relación entre el grado de conciencia del trastorno de dependencia por el consumo de alcohol y el grado de facilitación de los otros significativos. Para ello se utilizarán dos instrumentos de medición, uno aplicado a los sujetos que padecen de la enfermedad y el otro a los otros significativos de los mismos. La recolección de datos será efectuada durante dos meses en el Servicio de Alcoholismo e Hígado del Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Allende" de la ciudad de Mar del Plata.

Palabras Claves: alcohol – dependencia – conciencia de enfermedad – otros significativos – facilitación.

### Descripción detallada.

#### Motivos.

Los siguientes factores nos han incentivado a la realización del presente trabajo:

1. La escasez de investigaciones realizadas en nuestro país acerca del trastorno de dependencia de alcohol, y su influencia en el vínculo y en la interacción con los otros significativos. Estos, a veces llevan a cabo conductas que inciden en el desarrollo del trastorno sin tener conciencia de ello y aún creyendo que con esos comportamientos contribuyen a la recuperación del dependiente;
2. La seriedad de dicho trastorno, que afecta a la totalidad del enfermo (física, psicológica, social y espiritualmente); y
3. La relevancia y prevalencia de la enfermedad en una cultura en la cual el consumo de alcohol es visto como un entretenimiento, naturalizado, ignorando y negando sus importantes consecuencias.

#### Antecedentes.

El trastorno de dependencia de alcohol, comúnmente llamado *alcoholismo*, es un patrón desadaptativo de consumo de alcohol (DSM IV, APA, 1993) que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento durante un periodo continuado de doce meses:

1. Tolerancia: necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida para obtener el mismo efecto.

2. Abstinencia: ocurrencia de síntomas tales como vómitos, sudor, temblores, ansiedad cuando se deja de beber después de un período de consumo de alcohol en grandes cantidades.
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, el consumo de la sustancia 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.

Según Miguez (2003) la producción vitivinícola de la Argentina dejó su impronta en la cultura de la bebida alcohólica acercándola mucho más a los patrones socioculturales de los europeos mediterráneos. Las pautas del vino caracterizaron inicialmente una cultura de convivencia con la bebida como integrante de la mesa familiar y ésta, a su vez, regulaba socialmente la oportunidad de su uso y de su magnitud.

En el término de los últimos veinte años una importante inversión económica acompañó la modificación de este patrón de convivencia con la bebida, básicamente por la incorporación de la población de adolescentes y preadolescentes al mercado del consumo de bebidas alcohólicas.

Para una población estimada en más de cinco millones de personas las tasas más altas de abuso se situaron en los grupos que tenían entre 18 y 25 años de edad. Tres de cada diez jóvenes abusaban del alcohol contra dos de cada diez mayores de cuarenta. Sin embargo el dato más preocupante lo constituyó la población de menores de 18 años. Población que, de acuerdo a la legislación vigente, tiene prohibida la venta de alcohol considerada un acto ilícito (op.cit).

En la Argentina, la medida de ingestión habitual en épocas corrientes en los bebedores semanales de 16 a 64 años se sitúa sobre 4,2 D.U.C diarios. Aproximadamente 1260 ml. de cerveza, o 420 ml. de vino o 138 ml. de bebida destilada. Las cantidades son mayores en los varones y los grupos de menor edad.

Estos cambios muestran una incidencia sobre todos los grupos, aún cuando ésta es mayor en los grupos de mayor precariedad en el campo educativo y el económico. El abuso de bebida se presenta en todos los niveles educativos, sin embargo su proporción aumenta en los grupos conforme a la menor educación alcanzada en el sistema formal.

El alcoholismo involucra a la totalidad de la persona: física, psicológica, social, y espiritualmente. Se trata de una patología primaria, progresiva, crónica y fatal.

Por otra parte tres condiciones progresivas (perdida de conocimiento, represión y recuerdo eufórico) causan una enorme distorsión en el sistema de memoria y de percepción del alcohólico; lo cual contribuye fuertemente a la incapacidad para aceptar y apreciar la realidad y el fracaso de reconocer y aceptar su problemática.

Todo alcohólico enfermo estaría rodeado de otros no alcohólicos enfermos, es decir los otros significativos, si bien ellos no son la causa del comportamiento adictivo, realizan un conjunto de acciones aprendidas, denominadas facilitación, que potencialmente continúan reforzando el uso de alcohol (Rotunda y Doman,

2001). Estas acciones pueden ser directas (como por ej. comprar bebidas alcohólicas) o indirectas como tratar de evitarle al alcohólico la ocurrencia de consecuencias negativas producto del abuso de la sustancia (ej. cuando un miembro de la familia avisa al trabajo del dependiente que este no podrá asistir porque tiene fiebre, cuando en realidad no puede asistir debido a su estado de embriaguez).

Los ejecutantes de dichas conductas facilitadoras son llamados "co-dependientes", las mismas son consideradas por estos como necesarias para obtener y preservar un vínculo afectivo con el dependiente, a expensas de involucrarse en una relación de dependencia y explotación.

Estas reacciones también pueden ser entendidas como una respuesta ante el estrés que ocasiona la presencia de una persona dependiente del uso de alcohol en la familia (por ej. intentos del co-dependiente de volver a mantener la estabilidad familiar perdida debido a una "crisis" por abuso de alcohol del dependiente) (op.cit).

Hay que tener en cuenta que todos estos factores desarrollados previamente están influenciados por el sistema psicosocial en el cual esta inmerso el sistema familiar.

El reconocimiento de la enfermedad y la búsqueda de ayuda ocurren tardíamente en hombres como en mujeres cuando la patología esta avanzada (Simpson y Tucker, 2002).

Las familias en las cuales existe un miembro alcohólico constituyen un sistema cerrado, por ello se resisten a los cambios, los ven como una amenaza que puede perturbar la homeostasis familiar.

Wegscheiver (1981) cita siete reglas que se evidencian en la familia alcohólica para mantener la homeostasis entre sus miembros:

1. El uso de alcohol por parte del dependiente es lo más importante en el sistema familiar.
2. Negación del alcoholismo como causa de los problemas familiares.
3. Algo o alguien más causa la dependencia del alcohólico, él no es responsable de ello.
4. El equilibrio familiar es una condición *sine qua non*, debe mantenerse a toda costa.
5. Todos los miembros de la familia ayudan inconscientemente para que el alcohólico siga bebiendo, al tomar las responsabilidades de éste.
6. Ningún miembro de la familia debe hablar con nadie (ni siquiera entre ellos) de lo que está pasando en ella. Se vive como un secreto familiar.
7. Nadie puede decir lo que está sintiendo realmente.

Jackson (1962) describió un proceso que consiste en siete estadios por los cuales muchas familias de alcohólicos atraviesan:

Primer estadio. La familia niega la enfermedad, se encuentra confundida por la naturalidad de los episodios en los que el miembro alcohólico bebe, con alternancia de sobriedad. Lo niegan para evitar la discriminación social.

Segundo estadio. La familia reconoce la enfermedad, debido a ello realizan numerosos intentos para que el alcohólico deje de beber, principalmente mediante amenazas. Surge una doble obsesión, por parte del alcohólico cual será su próximo trago, y por parte de la familia cuándo ello ocurrirá. Se produce el máximo de vergüenza y aislamiento de la familia.

Tercer estadio. La familia fracasa en los intentos realizados. Se cuestionan en que contribuyeron para que el miembro advenga alcohólico. Abandonan las

tentativas, buscan ayuda afuera del sistema familiar (agencias, grupos de autoayuda, etcétera).

Cuarto estadio. El cónyuge no alcohólico asume el rol de jefe de familia, ante algún conflicto entre el miembro alcohólico y los hijos estará a favor de éstos.

Quinto estadio. Esfuerzos para escapar del problema, por ejemplo el miembro no alcohólico intenta separarse. Ante esta situación el miembro alcohólico deja de beber para *volver a la normalidad*. Esta esperanza se pierde cuando éste retoma la bebida.

Sexto estadio. La familia se reorganiza sin el miembro alcohólico. Superan la vergüenza ante la sociedad.

Séptimo estadio. El miembro alcohólico desea volver a reintegrarse a la estructura familiar como jefe del hogar al dejar de beber, la familia no lo permite porque no desea cambiar sus roles adoptados actualmente. Sienten temor ante la posibilidad de que el miembro alcohólico vuelva a beber.

Objetivos generales:

1. Conocer si existe relación, y si la hubiera en qué grado, entre el reconocimiento de la enfermedad por parte del dependiente y el grado de facilitación de los otros significativos.

Objetivos particulares:

1. Conocer la relación entre la edad, sexo, nivel socioeconómico, antecedentes familiares de la enfermedad (tanto del dependiente como de los otros significativos) y el reconocimiento de la enfermedad.

2. Conocer la relación entre la edad, sexo, nivel socioeconómico, antecedentes familiares de la enfermedad (tanto del dependiente como de los otros significativos) y el grado de facilitación.

Hipótesis:

1. Principal: "Existe correlación inversa entre el grado de conciencia del trastorno de dependencia por uso de alcohol por parte de los enfermos que asisten al Servicio de Alcoholismo e Hígado del Hospital Interzonal General de Agudos Oscar Allende de la ciudad de Mar del Plata, y el grado de facilitación de los otros significativos".
2. Secundarias:
  - a. "Existe relación entre la edad, sexo, nivel socioeconómico, antecedentes familiares de la enfermedad (tanto del dependiente como de los otros significativos) y el reconocimiento de la enfermedad"
  - b. "Existe relación entre la edad, sexo, nivel socioeconómico, antecedentes familiares de la enfermedad (tanto del dependiente como de los otros significativos) y el grado de facilitación"

Definición conceptual de las variables:

1. Grado de conciencia de la enfermedad: se refiere al nivel del reconocimiento de la enfermedad; la cual se ve afectada por la pérdida de conocimiento y el recuerdo eufórico; como así también por los mecanismos de defensa tales como la represión, la negación, la racionalización y la proyección.







Bibliografía básica de referencia.

American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, cuarta edicion*. Washington DC, American Psychiatric Association.

Black, Claudia. (1982). *"It will never happen to me!"*. Editorial M.A.C. Denver, Colorado.

Friel, John et al. (1988) *"Co-dependency"*. Editorial Health Communications, Inc. Deerfield Beach, Florida.

Johnson, Vernon E. (1980) *"I'll quite tomorrow"*. Editorial Harper and Row. San Francisco.



Metzger, Lawrence. (1990). *"From denial to recovery"*. Cap. 8 "Working with the family". Editorial Jossey- Bass Publishers. San Francisco, California.


Miguez, Hugo A. (2003). *"Epidemiología de la alcoholización en la Argentina"*. Revista Argentina de Psiquiatria Vertex. Suplemento Epidemiología en salud mental. Volumen XIV. Sup. II.

Rotunda, Rob J. y Doman Kathy (2001). *"Partner Enabling of Substance Use Disorders: Critical Review and Future Directions"*. The American Journal of Family Therapy, 29, 257-270.

Simpson, Cathy A. y Tucker, Jalie A. (2002). *"Temporal Sequencing of alcohol-related problems, problem recognition, and help- seeking episodes"*. Addictive Behaviors 27, 659- 674.


*"www.niaaa.nih.gov"*. NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism).

Firma del / los alumnos  BISCARRA  Garofalo  Brandariz

Firma del Supervisor 

Resultado de la evaluación (aprobado / rehacer) 

Fecha: 6/11/06

  
Lic. Manuel Peltzer

## Índice general

1. INTRODUCCION	1
2. METODOLOGIA	12
2.1. Muestra	13
2.2. Instrumentos	13
2.3. Procedimiento	15
3. RESULTADOS	18
4. DISCUSION	33
4.1 Futuras líneas de investigación	39
4.2. Conclusión	40
5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	42
6. ANEXOS	46
6.1. Cuestionarios Previos	47
6.2. Sócrates 8 A	52
6.3. The Spann-Fischer Codependency Scale	54

## Índice de tablas

Tabla 1 "Lugar de reclutamiento de los participantes en tratamiento por dependencia".

Tabla 2 "Variables socio demográficas de los participantes en tratamiento por dependencia".

Tabla 3 "Características del tratamiento de los pacientes por dependencia de alcohol en el Servicio de Alcoholismo e Hígado del HIGA".

Tabla 4 "Tiempo y frecuencia de asistencia a los grupos de autoayuda de los participantes en tratamiento por dependencia".

Tabla 5 "Resultados de las escalas del instrumento Sócrates versión 8 A".

Tabla 6 "Variables sociodemográficas de los familiares de personas con dependencia de alcohol".

Tabla 7 "Características del tratamiento del familiar en tratamiento por dependencia de alcohol".

Tabla 8 "Tiempo y frecuencia de asistencia a los grupos de autoayuda de los familiares de personas con trastorno por dependencia de alcohol".

## Índice de gráficos

Grafico 1 “Antecedentes familiares de la enfermedad de los participantes en tratamiento por dependencia”.

Grafico 2 “Socrates 8A: subescala ambivalencia”

Grafico 3 “Socrates 8A: subescala reconocimiento”

Grafico 4 “Socrates 8A: subescala predisposición al cambio”

Grafico 5 “Vinculo del familiar con personas con trastorno por dependencia de alcohol”.

Grafico 6 “Antecedentes de la enfermedad de los familiares de personas con trastorno por dependencia de alcohol”.

Grafico 7 “Distribución de puntajes en la Escala de codependencia de Spann-Fischer”

## **INTRODUCCION**

---

Se presenta aquí el trabajo de investigación como requisito de grado de la carrera de Licenciatura en Psicología.

En la actualidad en América Latina existen pocas investigaciones acerca del trastorno de dependencia de alcohol (*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición*. Washington DC, American Psychiatric Association, 1993) y su influencia en el vínculo y en la interacción con los otros significativos. Estos últimos, a veces llevan a cabo conductas que inciden en el desarrollo del trastorno sin tener conciencia de ello y aún creyendo que con esos comportamientos contribuyen a la recuperación del dependiente (Friel, 1988)

A pesar de la seriedad del trastorno por dependencia, que afecta a la totalidad del enfermo (física, psicológica, social y espiritualmente) (DSM-IV, APA, 1993), en la cultura argentina el consumo de alcohol es visto como un entretenimiento, naturalizado, ignorando y negando sus importantes consecuencias (Míguez, 2003)

Por otro lado la representación social que se tiene del alcohólico estigmatiza a la persona que padece la enfermedad, siendo víctima de conductas de exclusión y discriminación, por lo cual cuando se detecta el problema muchas veces el mismo es ocultado tanto por él como por su familia (Johnson, 1980).

Según Miguez (2003) la producción vitivinícola de la Argentina dejó su impronta en la cultura de la bebida alcohólica acercándola mucho más a los patrones socioculturales de los europeos mediterráneos. Las pautas del vino

caracterizaron inicialmente una cultura de convivencia con la bebida como integrante de la mesa familiar y ésta, a su vez, regulaba socialmente la oportunidad de su uso y de su magnitud.

En el término de los últimos veinte años una importante inversión económica acompañó la modificación de este patrón de convivencia con la bebida, básicamente por la incorporación de la población de adolescentes y preadolescentes al mercado del consumo de bebidas alcohólicas (Miguez, 2003).

En el país, para una población estimada en más de cinco millones de personas las tasas más altas de abuso se sitúan en los grupos de entre 18 y 25 años de edad. Tres de cada diez jóvenes abusan del alcohol contra dos de cada diez mayores de cuarenta. Sin embargo el dato más preocupante lo constituye la población de menores de 18 años. Población a la que, de acuerdo a la legislación vigente se prohíbe la venta o suministro de alcohol, considerados actos ilícitos (op.cit).

En la Argentina la medida de ingesta habitual en los bebedores semanales de 16 a 64 años se sitúa sobre 4,2 unidades estándares (unidad estándar es la cantidad de bebida que contiene aproximadamente 12 gr de alcohol absoluto) diarias. Aproximadamente 1260 ml. de cerveza, o 420 ml. de vino o 138 ml. de bebida destilada. Las cantidades son mayores en los varones y los grupos de menor edad (op.cit.).

Estos cambios muestran una incidencia sobre todos los grupos, aún cuando ésta es mayor en los grupos de mayor precariedad en el campo educativo y el económico. El abuso de bebida se presenta en todos los

niveles educativos, sin embargo su proporción aumenta en los grupos conforme a la menor educación alcanzada en el sistema formal (op.cit).

Según un estudio realizado por Miguez (2000) el Trastorno de dependencia de alcohol (DSM-IV, APA, 1993), presente en el 4,3 % de la población argentina entre 16 y 64 años que bebió en 1999, mantiene un perfil similar al del abuso.

El Trastorno de dependencia de alcohol, comúnmente llamado *alcoholismo*, es un patrón desadaptativo de consumo de alcohol (DSM-IV, APA, 1993) que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento durante un período continuado de doce meses:

1. Tolerancia: necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida para obtener el mismo efecto.
2. Abstinencia: ocurrencia de síntomas tales como vómitos, sudor, temblores, ansiedad cuando se deja de beber después de un período de consumo de alcohol en grandes cantidades.
3. El alcohol es tomado 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 alcohol.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, el consumo del mismo o en la recuperación de los efectos del alcohol.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol.
7. Se continúa tomando alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo del mismo.

El Trastorno por dependencia por uso de alcohol (DSM-IV, APA, 1993) involucra a la totalidad de la persona: física, psicológica, social, y espiritualmente. Se trata de una patología primaria, progresiva, crónica y fatal (Johnson, 1980).

Por otra parte tres condiciones progresivas (perdida de conocimiento, represión y recuerdo eufórico) causan una enorme distorsión en el sistema de memoria y de percepción del alcohólico; lo que contribuye fuertemente a la incapacidad para aceptar y apreciar la realidad y el fracaso en reconocer y aceptar su problemática (Metzger, 1990).

Todo alcohólico<sup>1</sup> enfermo estaría rodeado de otros no alcohólicos enfermos, es decir los otros significativos; si bien ellos no son la causa del comportamiento adictivo realizan un conjunto de acciones aprendidas, denominadas facilitación, que potencialmente continúan reforzando el uso de alcohol (Rotunda y Doman, 2001). Estas acciones pueden ser directas (como por ej. comprar bebidas alcohólicas) o indirectas como tratar de evitarle al alcohólico la ocurrencia de consecuencias negativas producto del abuso de la sustancia (ej. cuando un miembro de la familia avisa al trabajo

---

<sup>1</sup> La palabra *alcohólico* se utiliza aquí en el mismo sentido que *dependiente de alcohol*.

del dependiente que este no podrá asistir porque tiene fiebre, cuando en realidad no puede asistir debido a su estado de embriaguez).

Los ejecutantes de estas conductas facilitadoras son llamados “co-dependientes”; las conductas facilitadoras son consideradas por los codependientes como necesarias para obtener y preservar un vínculo afectivo con el dependiente, a expensas de involucrarse en una relación de dependencia y explotación (Black, 1982).

Estas reacciones también pueden ser entendidas como una respuesta ante el estrés que ocasiona la presencia de una persona dependiente por uso de alcohol en la familia (por ej. intentos del co-dependiente de volver a mantener la estabilidad familiar perdida debido a una “crisis” por abuso de alcohol del dependiente) (Rotunda y Doman, 2001).

Hay que tener en cuenta que todos estos factores desarrollados previamente están influenciados por el sistema psicosocial en el cual esta inmerso el sistema familiar (Fuller, 2000).

La codependencia es un constructo teórico, que si bien es muy utilizado en el ámbito clínico, en el cual hay consenso de su existencia, presenta dificultades en cuanto a su definición operacional (Stafford, 2001).

El reconocimiento de la enfermedad y la búsqueda de ayuda ocurren tardíamente en hombres como en mujeres cuando la patología esta avanzada (Simpson y Tucker, 2002).

Según el modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente (1983) el cambio de consumidor a abstinente se produce en una sucesión de etapas:

*Etapa precontemplativa.* Los pacientes no consideran necesario el cambio, pues no ven un problema que lo haga necesario. Generalmente esto se observa en pacientes traídos por familiares contra su voluntad o que consultan por otra razón y se les diagnostica un problema de dependencia de alcohol.

*Etapa contemplativa.* En ocasiones, eventos vitales como muerte de un familiar, riesgo de pérdida del trabajo o coerción por parte de un empleador, pareja o familiar inician la motivación al cambio. Si bien los pacientes contemplan la necesidad del cambio y puede que aún se digan a sí mismos "debería disminuir lo que bebo...", aún no han hecho nada objetivo al respecto.

*Etapa de decisión y acción.* En esta etapa nos encontramos con personas que se proponen firmemente el cambio y toman acciones específicas que lo indican, por ejemplo consultan solicitando ayuda o inician una desintoxicación.

*Etapa de mantención.* El cambio inicial ya se produjo y se encuentran manteniendo la conducta de abstinencia y evitando las recaídas.

*Etapa de recaída.* Cuando no se mantienen los logros obtenidos, volviendo a iniciarse el proceso probablemente desde la etapa de contemplación.

Desde una perspectiva sistémica, las familias en las cuales existe un miembro alcohólico constituyen un sistema cerrado, por ello se resisten a los cambios, viéndolos como una amenaza que puede perturbar la homeostasis familiar (Rotunda y Doman, 2001).



Wegscheiver (1981) cita siete reglas que se evidencian en la familia alcohólica para mantener la homeostasis entre sus miembros:

1. El uso de alcohol por parte del dependiente es lo más importante en el sistema familiar.
2. Negación del alcoholismo como causa de los problemas familiares.
3. Algo o alguien más causa la dependencia del alcohólico, él no es responsable de ello.
4. El equilibrio familiar es una condición *sine qua non*, debe mantenerse a toda costa.
5. Todos los miembros de la familia ayudan inconscientemente para que el alcohólico siga bebiendo, al tomar las responsabilidades de éste.
6. Ningún miembro de la familia debe hablar con nadie (ni siquiera entre ellos) de lo que está pasando en ella. Se vive como un secreto familiar.
7. Nadie puede decir lo que está sintiendo realmente.

Jackson (1962) describió un proceso que consiste en siete estadios por los cuales muchas familias de alcohólicos atraviesan:

Primer estadio. La familia niega la enfermedad, se encuentra confundida por la naturalidad de los episodios en los que el miembro alcohólico bebe, con alternancia de sobriedad. Lo niega para evitar la discriminación social.

Segundo estadio. La familia reconoce la enfermedad, debido a ello realiza numerosos intentos para que el alcohólico deje de beber, principalmente mediante amenazas. Surge una doble obsesión, por parte del alcohólico cual

será su próximo trago, y por parte de la familia cuándo ello ocurrirá. Se produce el máximo de vergüenza y aislamiento de la familia.

Tercer estadio. La familia fracasa en los intentos realizados. Se cuestiona en que contribuyó para que el miembro advenga alcohólico. Abandona las tentativas aisladas, busca ayuda afuera del sistema familiar (agencias, grupos de autoayuda, etcétera).

Cuarto estadio. El cónyuge no alcohólico asume el rol de jefe de familia, ante algún conflicto entre el miembro alcohólico y los hijos estará a favor de éstos.

Quinto estadio. Esfuerzos para escapar del problema, por ejemplo el miembro no alcohólico intenta separarse. Ante esta situación el miembro alcohólico deja de beber para *volver a la normalidad*. Esta esperanza se pierde si éste retoma la bebida.

Sexto estadio. La familia se reorganiza sin el miembro alcohólico. Supera la vergüenza ante la sociedad.

Séptimo estadio. El miembro alcohólico desea volver a reintegrarse a la estructura familiar como jefe del hogar al dejar de beber, la familia no lo permite porque no desea cambiar sus roles adoptados actualmente. Siente temor ante la posibilidad de que el miembro alcohólico vuelva a beber.

Resumiendo, el Trastorno de dependencia de alcohol (DSM-IV, APA, 1993) afecta a la persona en su totalidad así como a su entorno, provocando en forma directa o indirecta problemas físicos y psicológicos, accidentes de distinta índole y conductas violentas, y alterando las relaciones familiares, laborales y sociales. Estas consecuencias demuestran



la gravedad del trastorno, que puede llevar incluso a la muerte de la persona que lo padece.

Es importante considerar que la enfermedad sería, de acuerdo a los desarrollos teóricos citados arriba, parcialmente sostenida y alimentada por el tipo de relación que mantenga el paciente con sus otros significativos.

Por otro lado, y también de acuerdo a lo que se señaló, si bien el síndrome de codependencia ha sido descrito teóricamente en múltiples ocasiones, (en su mayoría desde el ámbito clínico) existen a nivel mundial muy pocos desarrollos empíricos. Por ello el presente trabajo surge para intentar caracterizar empíricamente este fenómeno. El objetivo principal es describir el grado de conciencia del Trastorno de dependencia de alcohol (DSM-IV, APA, 1993) de las personas que asisten en busca de tratamiento al Servicio de Alcoholismo e Hígado del Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Alende" (HIGA) y a los grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos en la ciudad de Mar del Plata; además describir el grado de facilitación por parte de familiares que acompañan al paciente en tratamiento en el HIGA o que asisten a los grupos de autoayuda de Al-anon en la misma ciudad.

Otro objetivo es caracterizar al grupo de personas (describiendo variables tales como edad, sexo, nivel socioeconómico, antecedentes familiares de la enfermedad), en tratamiento por Trastorno de dependencia de alcohol (DSM-IV, APA, 1993) y a sus familiares, determinando además si existe relación entre dichas variables y el grado de reconocimiento de la enfermedad y el grado de facilitación respectivamente



Finalmente el presente trabajo podría contribuir a la toma de conciencia sobre la gravedad del trastorno y sus manifestaciones en el ámbito familiar, brindando conocimientos que podrían ser utilizados en los futuros abordajes preventivos y terapéuticos en los diferentes ámbitos del quehacer psicológico.

## **METODOLOGIA**

---

## **Muestra**

Los datos fueron recolectados en el Servicio de Alcoholismo e Hígado del Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Alende" (HIGA) y en los grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos y Al-anon, durante el mes de diciembre de 2006, y los meses de enero y febrero de 2007 en la ciudad de Mar del Plata.

La muestra fue de tipo casual y estuvo compuesta por dos grupos. Uno constituido por 58 personas en tratamiento por dependencia de alcohol que asistían al Servicio de Alcoholismo e Hígado del HIGA y/o que concurrían a las reuniones de Alcohólicos Anónimos. El otro grupo estaba conformado por 47 familiares de los pacientes dependientes que los acompañaban a dicho servicio y/o que asistían a los grupos de autoayuda de Al-anon. Los sujetos de ambos grupos eran varones y mujeres cuya edad se hallaba en un rango de 14 a 77 años.

Se emplearon dos cuestionarios de recolección de datos, uno para cada grupo de la muestra. Los mismos fueron diseñados y administrados por los tres miembros del grupo de investigación, en forma personal y solicitando el consentimiento informado a cada uno de los sujetos, comunicándoles que su participación era libre, anónima y confidencial.

## **Instrumentos**

A los dos grupos de participantes se les administró un cuestionario estructurado confeccionado por las tesisistas (ver apéndice). El cuestionario administrado a las personas en tratamiento por dependencia de alcohol

incluía una Escala de Estados de la disposición al cambio denominada Sócrates en su versión 8 A (CASAA, 2006). Este instrumento fue seleccionado porque permite medir el grado de reconocimiento de la enfermedad a través de tres sub-escalas: reconocimiento, ambivalencia y predisposición al cambio. A su vez es un instrumento válido y confiable. Presenta valores de confiabilidad test-retest superiores al ,80 en las tres sub-escalas y valores para el estadístico Alfa de Cronbach entre ,60-,88 para la Escala Ambivalencia, entre ,85-,95 para la de Reconocimiento y entre ,83-,96 para la Escala Predisposición al cambio (CASAA, 2006). El instrumento es además de fácil administración y puntuación y de distribución libre. Consta de 19 ítems, con escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos. Este instrumento fue utilizado en otras investigaciones, tales como la realizada por Dench y Bennet (2000) en su estudio acerca del impacto de una intervención motivacional breve al comienzo de un programa de día en pacientes ambulatorios en tratamiento por dependencia de alcohol.

El cuestionario administrado a los familiares en tratamiento de los pacientes incluyó la Escala de Codependencia de Spann-Fischer [(ECD-SF), Spann y Fischer, 1991]. Para el uso de este instrumento se obtuvo autorización de una de las autoras (Fischer, comunicación personal, 10 /10 /2006). El instrumento consta de 16 ítems con escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos.

La escala ha mostrado una alta consistencia interna (coeficiente de confiabilidad de ,73 a ,80). La validez de contenido fue establecida por un estudio que comparaba el síndrome de codependencia en hijas de

alcohólicos e hijas de no alcohólicos en edad escolar, a través del juicio de experto y la validez de constructo mediante un análisis factorial (Hewes y Janikowski, 1998).

Es de interés destacar que si bien la codependencia ha sido definida teóricamente (véanse por ejemplo: Black, 1982 o Rotunda y Doman, 2002) su definición operacional es muy incipiente y pudieron encontrarse solo dos instrumentos que midieran este constructo (Friel, 1985; Spann y Fischer, 1991).

Los dos instrumentos utilizados (Sócrates 8A y ECD-SF) fueron adaptados a la población local. Para ello se efectuaron traducciones inglés-castellano y luego castellano-inglés y se administraron versiones previas en entrevistas personales.

Una vez obtenidas las versiones adaptadas se efectuó una prueba piloto para determinar su adecuación a nuestra cultura, teniendo en cuenta aspectos relacionados al idioma, nivel de instrucción y socioeconómico. Para ello se administró la versión final del cuestionario a 10 sujetos que concurrían al Servicio de Alcoholismo e Hígado del HIGA, y a 10 sujetos familiares de los pacientes.

### **Procedimiento**

Los cuestionarios de recolección de datos con sus respectivos instrumentos, fueron administrados por las tres tesis a las personas que concurrían en busca de tratamiento o acompañando a los pacientes en el Servicio de Alcoholismo e Hígado del HIGA y a las personas que asistían a

los grupos de auto-ayuda, en Alcohólicos Anónimos como en Al-anon, en entrevistas personales que duraron alrededor de 20 minutos cada una, durante los meses de diciembre de 2006 y enero y febrero de 2007. En el Servicio de Alcoholismo e Hígado del HIGA, se informó a las personas que trabajaban en el lugar que las tesis eran alumnas de psicología que estaban realizando su tesis de grado y el motivo de su presencia. En primer lugar se realizaron entrevistas piloto con 10 sujetos que asistían al Servicio de Alcoholismo e Hígado del HIGA con el fin de evaluar la adecuación de los instrumentos. En función de la información obtenida se efectuaron los ajustes necesarios para obtener la versión final. Luego se procedió a la realización de las entrevistas. Las tesis se ubicaron en la entrada del Servicio de Alcoholismo e Hígado del HIGA solicitando a cada persona su participación, informándole adecuadamente para qué fin se requería su colaboración y las condiciones de realización (libre, anónima y confidencial). Luego de obtener el consentimiento informado se administró el cuestionario, cuidando las condiciones de confidencialidad.

En los grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos y de Al-anon, se concurrió a cada reunión de los diferentes grupos aproximadamente media hora antes de que comenzaran para informar que se necesitaba la colaboración de los miembros para la realización de una entrevista. Luego se solicitó la participación a cada persona en forma individual, dándole a conocer los objetivos del cuestionario y las condiciones del mismo, una vez obtenido el consentimiento se efectuó la administración propiamente dicha,

momentos antes de que comenzara o luego de finalizada la reunión, manteniendo las condiciones de confidencialidad.

### **Análisis de datos**

Para el análisis de datos se utilizó el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 11.5 para Windows. Se diseñó una base de datos transformando los interrogantes de los cuestionarios previos como de los instrumentos en variables con sus respectivos valores. Para facilitar la gestión y posterior procesamiento de los datos diferentes variables debieron ser depuradas y recodificadas.

# RESULTADOS

---



## 1. Características socio-demográficas del grupo de pacientes en tratamiento por dependencia de alcohol.

Se entrevistó a un total de 58 personas en tratamiento por dependencia de alcohol. Diez de ellos no brindaron su consentimiento informado para participar del estudio, los restantes fueron reclutados y entrevistados mientras concurrían a recibir asistencia al Servicio de Alcoholismo e Hígado del Hospital Interzonal General de Agudos Oscar Alende (HIGA) de la ciudad de Mar del Plata y en las reuniones de autoayuda de Alcohólicos Anónimos (Tabla 1).

Participantes pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Miembros de AA	25	43,1
Concurrentes al HIGA	23	39,7
Total	48	82,8
Negaciones	10	17,2
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>

Tabla 1 Lugar de reclutamiento de los participantes en tratamiento por dependencia. n=58

En la siguiente Tabla (Tabla 2) se presentan las características sociodemográficas (género, edad, ocupación, nivel de instrucción) de los sujetos entrevistados.

Variables Sociodemográficas	Valores de la variable	Porcentajes
Género	varones	74,1%
	mujeres	25,9%

Edad	14-35	10,3 %
	36-55	65,5%
	56 y mas	24,1%
Ocupación	Con empleo	80%
	Ama de casa	4%
	Jubilado	6%
	Desempleado	10%
Nivel de instrucción	Primario	34,7%
	Secundario	38,8%
	Terciario	26,5%

Tabla 2 Variables sociodemográficas de los participantes en tratamiento por dependencia.

n=48.

## **2. Resultados sobre el tiempo en tratamiento del grupo de pacientes en tratamiento por dependencia de alcohol.**

De los resultados obtenidos se observa que la mayoría de los pacientes en tratamiento por dependencia de alcohol en el Servicio de Alcoholismo e Hígado del HIGA concurre hace más de un año realizando su tratamiento sin interrupciones. Sin embargo la mayoría no realiza tratamiento psicológico complementario al tratamiento médico.

Por otro lado no se observaron diferencias significativas con respecto a si fueron acompañados por familiares o amigos la primera vez que asistían al Servicio. En cambio el día que fue realizada la entrevista hubo un gran porcentaje de sujetos que asistieron solos al Servicio (Tabla 3).

Características	Valores de las variables	Porcentaje
Tiempo en tratamiento en el Servicio de Alcoholismo e Hígado del HIGA	Primera vez que concurre	21,7%
	Menos de un año	34,8%
	Mas de un año	43,5%
Acompañado la primera vez que asistió al Servicio	Si	43,5%
	No	56,5%
Acompañado al Servicio el día que se realizó la entrevista	Si	17,4%
	No	82,6%
Realiza tratamiento psicológico	Si	39,1%
	No	60,9%
Frecuencia de asistencia al psicólogo	No asiste	60,9%
	Una vez por semana	30,4%
	Una vez al mes	8,7%
Interrupciones en el tratamiento medico y/o psicológico	Sin interrupciones	86,9%
	Entre 2 y 6 meses	4,3%
	Entre 7 y 12 meses	4,3%
	Mas de un año	4,3%

Tabla 3 Características del tratamiento de los pacientes por dependencia de alcohol en el Servicio de Alcoholismo e Hígado del HIGA. n=48

La mayoría de los participantes entrevistados concurre a los grupos de autoayuda hace más de un año y con una frecuencia de tres veces a la semana (Tabla 4).

Variables	Categoría de las variables	Frecuencia	Porcentaje
Tiempo de asistencia en los grupos de autoayuda	No asiste	4	8,3%
	Menos de un año	14	29,2%
	Mas de un año	30	62,5%
Frecuencia de asistencia a los grupos de autoayuda	No asiste	4	8,3%
	Menos de tres veces a la semana	7	14,6%
	Mas de tres veces a la semana	37	77,1%

Tabla 4 Tiempo y frecuencia de asistencia a los grupos de autoayuda de los participantes en tratamiento por dependencia. n=48

### 3. Antecedentes familiares de la enfermedad del grupo de pacientes en tratamiento por dependencia de alcohol.

De acuerdo a los resultados obtenidos es importante destacar que el 75% de los entrevistados informa la presencia de antecedentes familiares de la patología. En el gráfico siguiente se muestran los resultados con respecto al familiar que presentaba la enfermedad (Gráfico 1).



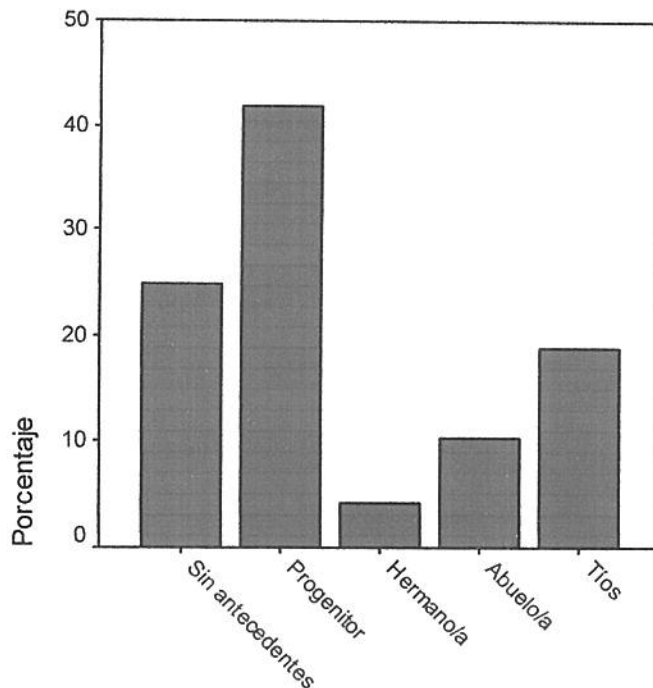


Grafico 1 Antecedentes familiares de la enfermedad de los participantes en tratamiento por dependencia. n=48

#### **4. Resultados sobre la predisposición al cambio en pacientes en tratamiento.**

La mayoría de los participantes presenta valores que indican una alta predisposición al cambio y una baja ambivalencia. En cambio, respecto de la escala reconocimiento se observó que el 43,8% de los participantes obtuvo puntajes altos, mientras que el 56,2% restante obtuvo puntajes bajos. (Tabla 5)

Dentro de la subescala reconocimiento la categoría alto corresponde a los puntajes de 31 a 35 y la categoría bajo comprende los valores que van de 7 a 30. Para la subescala ambivalencia los puntajes altos pertenecen a un rango de 14 a 20 y los bajos de 4 a 13. Y para la subescala predisposición al cambio los valores altos se encuentran entre el rango de 31

a 40 y los puntajes bajos de 8 a 30. Las categorías antedichas fueron creadas, con ligeras modificaciones, a partir de las recomendaciones de los autores en base a baremos estadounidenses (CASAA; 2006)

Escalas	Categorías de las escala	Puntajes	Frecuencia	Porcentaje
Reconocimiento	Alto	31-35	21	43,8%
	Bajo	7-30	27	56,2%
Ambivalencia	Alto	14-20	16	35,6%
	Bajo	4-13	29	64,4%
Predisposición al cambio	Alto	31-40	17	68,0%
	Bajo	8-10	8	32,0%

Tabla 5 Resultados de las escalas del instrumento Sócrates versión 8A. n=48

A continuación se presentan tres gráficos donde se muestra los porcentajes de sujetos que obtuvieron puntajes muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto, en las tres subescalas del Sócrates 8A.

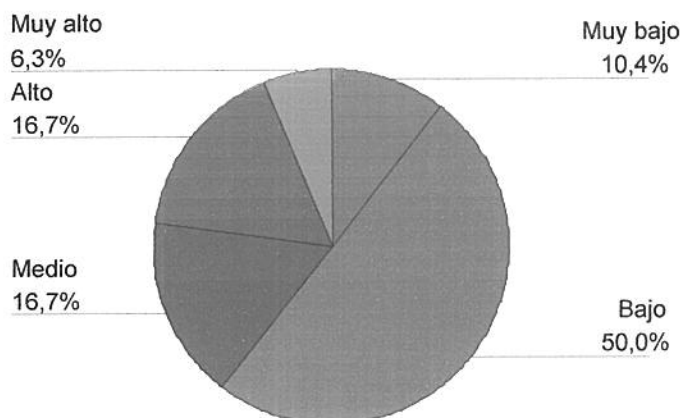


Gráfico 2 Sócrates 8A: subescala ambivalencia. n=48

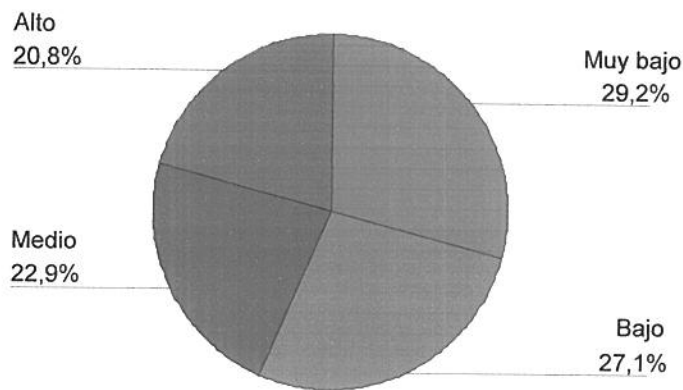


Gráfico 3 Sócrates 8A: subescala reconocimiento. n=48

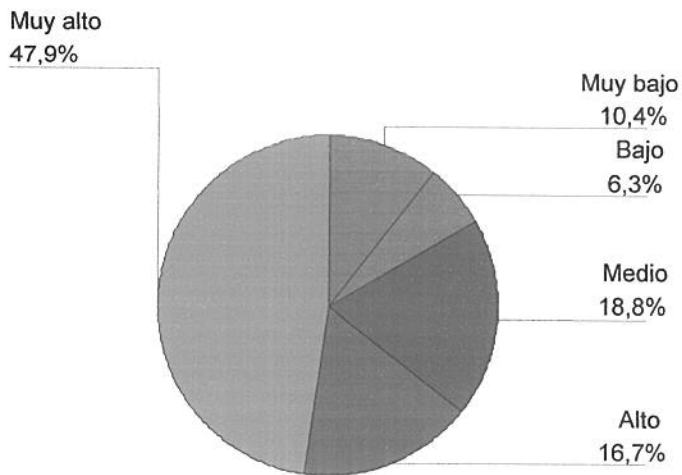


Gráfico 4 Sócrates 8A: subescala predisposición al cambio. n=48

Para la subescala reconocimiento el rango posible de puntajes es de 7 a 35 (donde los puntajes de 7 a 28 corresponden a la categoría muy bajo; de 29 a 31 bajo; de 32 a 34 medio; y el puntaje 35 corresponde a la

categoría alto); para la subescala ambivalencia el rango de puntajes va de 4 a 20 (dentro del cual los puntajes de 4 a 11 corresponden a la categoría muy bajo; de 12 a 14 bajo; de 15 a 16 medio; de 17 a 18 alto; y de 19 a 20 muy alto); y para la subescala predisposición al cambio los puntajes pueden ir de 8 a 40 (correspondiendo los puntajes de 8 a 29 a la categoría muy bajo; de 30 a 32 bajo; de 33 a 35 medio; de 36 a 38 alto; y de 39 a 40 muy alto).

En relación a los resultados brindados por la subescala reconocimiento del instrumento Socrates 8A, y la variable tiempo de asistencia a los grupos de autoayuda, se observó que el 75% de los sujetos que no concurre a los grupos de autoayuda y el 56,6% de los sujetos que asiste hace más de un año obtuvieron un puntaje bajo en la subescala reconocimiento, mientras que entre los participantes que concurrían hace menos de un año no se observaron diferencias respecto de sus puntajes obtenidos en la subescala reconocimiento.

De los resultados obtenidos de las variables tiempo de asistencia a los grupos de autoayuda y edad se observó que los sujetos de 36 a 55 años hace más tiempo que concurren a los grupos (Chi cuadrado =16, 67;  $gl=4$ ;  $p<0,05$ ).

## 1. Características socio-demográficas del grupo de familiares de personas con dependencia de alcohol.

Se entrevistó a 47 familiares de dependientes por uso de alcohol. Dos de ellos no brindaron su consentimiento informado para participar del estudio, los restantes fueron reclutados y entrevistados mientras acompañaban al paciente al Servicio de Alcoholismo e Hígado del HIGA y a las reuniones de Al-anon, en la ciudad de Mar del Plata.

La muestra estuvo constituida mayoritariamente por sujetos de sexo femenino y mayores de 56 años, con ocupación y estudios secundarios (Tabla 6).

---

Variables Sociodemograficas	Valores de la variable	Porcentajes
Género	varones	17,0%
	mujeres	83,0%
Edad	14-35	21,3 %
	36-55	38,3%
	56 y mas	40,4%
Ocupación	Con empleo	51,1%
	Ama de casa	26,7%
	Jubilado	13,3%

---

	Desempleado	2,2%
	Estudiante	6,7%
Nivel de instrucción	Primario	37,8%
	Secundario	42,2%
	Terciario	20,0%

Tabla 6 Variables sociodemográficas de los familiares de personas con dependencia de alcohol. n=45

## **2. Vínculo del familiar de personas con trastorno por dependencia de alcohol y características del tratamiento del paciente.**

En relación al tipo de vínculo con el paciente, se observó que el 46,7% de los entrevistados eran parejas de dependientes al alcohol (Grafico 5).

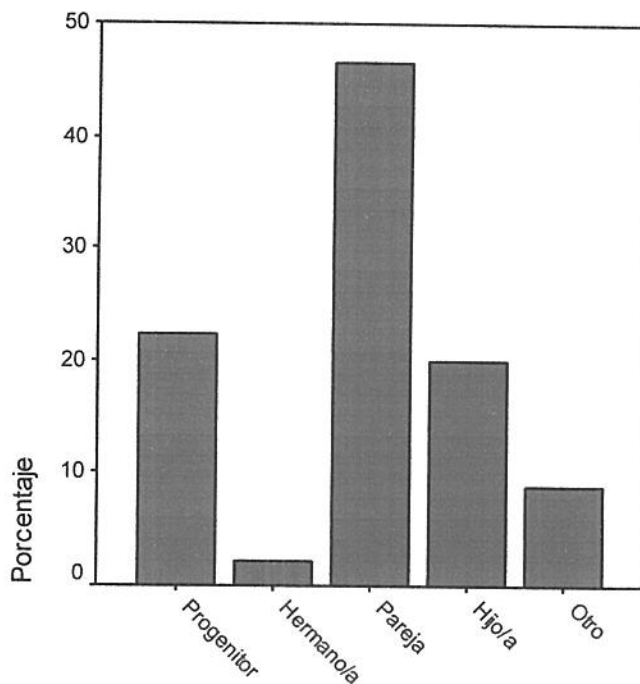


Grafico 5 Vínculo del familiar con personas con trastorno por dependencia de alcohol. n=45

De acuerdo a los resultados obtenidos (Tabla 7) un alto porcentaje de entrevistados no tenía a su familiar en tratamiento, a pesar de que un 53,3% estaba en abstinencia y la mayoría de estos no había tenido recaídas.

Variables	Categoría de la variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Tiempo en tratamiento del paciente</b>	No está en tratamiento	32	71,1%
	Menos de un mes	7	15,6%
	Entre 2 y 6 meses	2	4,4%
	Mas de un año	4	8,9%
<b>Actualmente el paciente esta en abstinencia</b>	No sabe	3	6,7%
	Si	24	53,3%
	No	18	40,0%

<b>Actualmente el paciente tuvo recaídas</b>	No sabe	2	4,4%
	Si	6	13,3%
	No	37	88,2%

Tabla 7 Características del tratamiento del familiar en tratamiento por dependencia de alcohol. n=45

### 3. Antecedentes de la enfermedad del grupo de familiares de personas con trastorno por dependencia de alcohol.

De acuerdo a los resultados obtenidos (Gráfico 6) la mayoría de los entrevistados (64,4%) presenta antecedentes familiares de la enfermedad, tratándose principalmente de progenitores de los mismos.

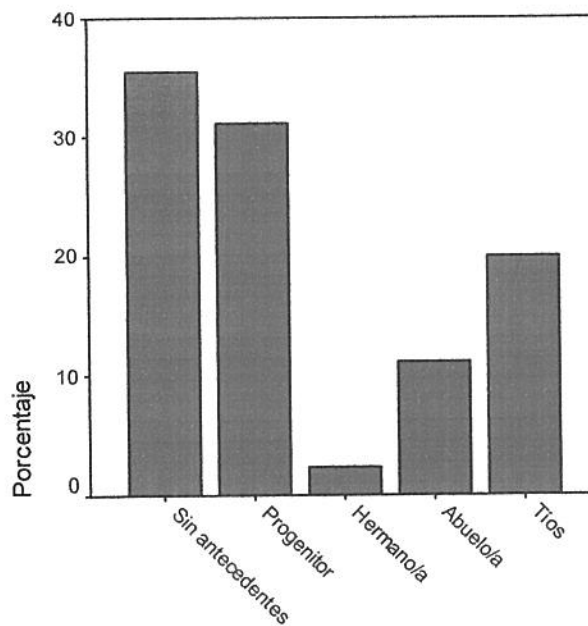


Gráfico 6 Antecedentes de la enfermedad de los familiares de personas con trastorno por dependencia de alcohol. n=45

### 4. Tiempo y frecuencia de asistencia a los grupos de autoayuda de los familiares de personas dependientes de alcohol.

La mayoría de los familiares entrevistados asistían a los grupos de auto-ayuda desde hace más de un año, con una frecuencia menor a tres veces a la semana (Tabla 8).

Variables	Valores de las variables	Frecuencia	Porcentaje
<b>Tiempo de asistencia en los grupos de autoayuda</b>	No asiste	9	20,0%
	Menos de un año	2	4,4%
	Mas de un año	34	75,6%
<b>Frecuencia de asistencia a los grupos de autoayuda</b>	No asiste	9	20,0%
	Menos de tres veces a la semana	22	48,9%
	Mas de tres veces a la semana	14	31,1%

Tabla 8 Tiempo y frecuencia de asistencia a los grupos de autoayuda de los familiares de personas con trastorno por dependencia de alcohol. n=45

#### **4. Descripción del grado de facilitación de los familiares de personas en tratamiento por dependencia de alcohol**

De acuerdo a los resultados obtenidos en la escala Spann-Fischer (Tabla 9), siendo el rango de puntajes posibles entre 16 a 96, los familiares entrevistados obtuvieron puntajes de entre 25 y 79, siendo la mediana y la media 51 y el modo 72, con una desviación estándar de 14 puntos. El puntaje correspondiente al percentil 50 es 51.

En el siguiente grafico se muestra la distribución de los puntajes obtenidos por los participantes en la Escala de Codependencia de Spann-Fischer (Gráfico 7)

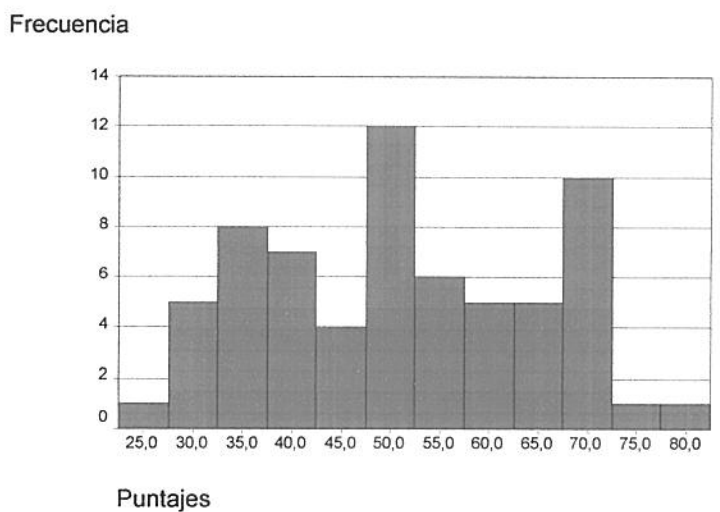


Grafico 7 Distribución de puntajes en la Escala de codependencia de Spann Fischer. n=45

## 5. Relaciones entre variables

De los resultados obtenidos se observó que los sujetos que hace más de un año que concurrían a los grupos de autoayuda presentan menor puntaje en la escala de codependencia, con respecto a los que asistían hace menos de un año (Chi cuadrado =10, 37;  $gl=2$ ;  $p<0,05$ ).

Asimismo se observó que las personas con empleo presentan bajos índices de codependencia.

## DISCUSSION

---



Se encontró mayor proporción de negaciones a responder a los cuestionarios en el grupo de personas en tratamiento por dependencia de alcohol (DSM IV, 1993) que en el grupo de familiares. Quizás el rechazo a responder esté relacionado con el estigma social que genera el trastorno en una época como la actual donde se discrimina lo diferente y donde se busca dar una imagen de bienestar.

Por otro lado, las negaciones a dar el consentimiento para la realización del cuestionario podrían estar vinculadas a la misma negación de la enfermedad que caracteriza al trastorno (DSM IV, 1993).

Se observó que el grupo de personas en tratamiento por dependencia de alcohol (DSM IV, 1993) estaba constituido mayoritariamente por personas de sexo masculino. Estos hallazgos coinciden con resultados obtenidos en estudios epidemiológicos (Miguez, 2003) que indican una mayor prevalencia de dependencia en varones. También podría hipotetizarse que al haber una menor aceptación social hacia las mujeres que padecen el trastorno, ellas serían más renuentes a buscar tratamiento. Asimismo, en las mujeres existe una mayor negación y ocultación del trastorno debido al estigma social del mismo. Además, la mayoría de los instrumentos construidos para medir diferentes variables en relación al trastorno han sido validados en base a una muestra de varones por lo cual suelen ser más sensibles en esa población (Cremonte y Cherpitel, 2008).

Respecto a la edad de los entrevistados, hubo una mayor proporción en la franja de edad que va de 36 a 55 años, que además asistían a los grupos de autoayuda con mayor frecuencia en relación a los otros rangos de

edad. Quizás esto se deba a que es una etapa que comprende áreas vitales del desarrollo del sujeto en los cuales el trastorno influye negativamente generando diversas pérdidas y conflictos en ámbitos como el trabajo, en el desarrollo profesional, la familia, problemas de pareja, con los hijos, con las amistades, problemas de orden jurídico, etc

Por el contrario se observó menor proporción en aquellos que eran menores de 36 años. Probablemente esto se deba a que en los más jóvenes se liga el alcohol a la diversión y entretenimiento, no percibiendo la dependencia como una enfermedad. Asimismo otra posible causa sea que la enfermedad no alcanza un nivel de desarrollo en la que se perciba como trastorno suficiente para motivar el cambio (Prochaska y Diclemente, 1983).

En relación a los mayores de 56 años quizás la baja proporción se vincule a que hayan recibido tratamiento en el pasado y que actualmente ellos se consideren recuperados; o a que se trata de una conducta de larga data que genera mayor resistencia al cambio, por lo cual no acuden a tratamiento médico ni al que podrían recibir en los grupos de autoayuda.

Contrariamente a la preconcepción social que se tendría de las personas que están en tratamiento por el trastorno, se observó que la mayoría de los entrevistados tenía empleo.

No se observó una relación estadísticamente significativa entre ocupación y reconocimiento de la enfermedad. Lo mismo se obtuvo con respecto al nivel de instrucción. Por lo tanto, podría hipotetizarse que el nivel sociocultural no se relacionaría directamente con el reconocimiento de la patología.

En relación al tiempo en tratamiento en el Servicio de Alcoholismo e Hígado del HIGA, la mayoría de los entrevistados hacía más de un año que concurría, efectuando el mismo sin interrupciones, quizás el tiempo de adherencia al tratamiento brindado en el servicio sería indicador de la buena calidad del mismo. Por otro lado se observó un bajo porcentaje de entrevistados que realizaba tratamiento psicológico complementario al médico, quizás ello se deba a que la mayoría de los sujetos concurre a los grupos de autoayuda. También puede deberse a que la cantidad de psicólogos no sea suficiente en relación a la demanda, por lo cual se deriva a tratamiento solo los pacientes que a criterio del médico necesitan un apoyo complementario o no han aceptado concurrir a los grupos de autoayuda.

Con relación a lo anteriormente enunciado, se observó que si bien la mayoría de los entrevistados concurría a los grupos de autoayuda hace más de un año y con una frecuencia de más de tres veces a la semana, su grado de reconocimiento no era alto, contrariamente a lo que podría suponerse. Tal vez esto se deba a que aquellos con mayor grado de reconocimiento efectúan cambios con mayor rapidez y a raíz de ello asisten con menor frecuencia a los grupos o ya no asisten.

Se observó que la mayoría de los entrevistados presentaba antecedentes familiares del trastorno. Posiblemente este hecho se vincule tanto a factores genéticos como a conductas aprendidas.

Con respecto a los resultados obtenidos en las dos subescalas del Socrates 8A, predisposición al cambio y ambivalencia se pudo observar que



la mayoría de los participantes presenta puntajes que indican una alta predisposición al cambio y una baja ambivalencia, lo cual reflejaría que las personas entrevistadas que se encuentran en tratamiento por el trastorno de dependencia se hallan en las primeras etapas del proceso de cambio de acuerdo al modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente.

En relación a los familiares de las personas en tratamiento por dependencia de alcohol se observó que la mayoría eran mujeres mayores de 56 años, generalmente esposas de los mismos. Esto puede estar relacionado con los valores y funciones que se le ha asignado al rol femenino desde la perspectiva sociocultural, tales como su función de cuidado y contención del ámbito familiar.

Más de la mitad de los entrevistados presentaba antecedentes familiares de la enfermedad, tratándose principalmente de progenitores de los mismos. Quizás esto se deba a que el síndrome de codependencia está relacionado con el aprendizaje de conductas. Por otro lado podría hipotetizarse que quienes no presentan antecedentes familiares de la enfermedad presentan antecedentes de otra enfermedad crónica, no evaluados en este estudio. Vinculado a este tema existen investigaciones que indican que no solo el alcoholismo sino que otros factores productores de estrés familiar están relacionados con la codependencia (Fuller y Warner, 2000)

La mayoría de los familiares entrevistados asistía a los grupos de auto-ayuda hace más de un año, con una frecuencia menor de tres veces a

la semana, y obtuvieron un menor puntaje en la escala de codependencia con respecto a los que asistían hace menos de un año. De acuerdo a esto se podría hipotetizar que los grupos de ayuda mutua son importantes terapéuticamente en el tratamiento del síndrome de la codependencia.

Se observó que la mayoría de los entrevistados con puntajes bajos en codependencia tenía empleo. Quizás esto este vinculado a que las personas con empleo no están focalizados únicamente en lo que sucede dentro de su hogar sino que tienen otros intereses y preocupaciones más allá del ámbito familiar, y a los sentimientos de autonomía, gratificación y autoestima relacionados al trabajo. Probablemente el trabajo brinda posibilidades de realización personal lo cual fortalece el autoconcepto.

#### *Limitaciones*

Debido a que la muestra seleccionada no fue probabilística sino de tipo casual, los resultados obtenidos deben considerarse solo estimativos ya que no sería prudente generalizarlos sin más al universo de personas en tratamiento por dependencia y sus familiares de la ciudad de Mar del Plata.

Por otro lado, hubo personas en ambos grupos que se negaron a responder los cuestionarios, podría suceder que estos presenten características disímiles de los participantes que sí dieron su consentimiento.

Otra limitación relacionada con la muestra es su tamaño reducido ya que durante los meses propuestos para la recolección de datos no se encontraron más personas que quisieran participar del proyecto. Quizás se deba a que en los meses de enero y febrero cuando se recolectaron los

datos, las personas que asisten tanto al Servicio de Alcoholismo e Hígado del HIGA como a los grupos de autoayuda disminuyen debido al periodo vacacional.

Finalmente hubo que reformular los objetivos planteados en un principio ya que al administrar los instrumentos no se pudo formar los pares paciente/otro-significativo necesarios para cumplir los objetivos con la estrategia correlacional propuesta. Esto es producto de que la mayoría de las personas que asistía al Servicio de Alcoholismo e Hígado del HIGA no concurría acompañada por otros significativos.

#### **Posibles futuras líneas de investigación a partir de la presente tesis.**

A partir de los datos obtenidos surgen nuevos interrogantes que podrían dar lugar a futuras investigaciones, tales como la elaboración de baremos para la escala de codependencia de Spann-Fischer y para la escala Socrates 8A, respecto de la población local, tanto clínica como general; la relación del síndrome de codependencia con otras enfermedades crónicas mentales o físicas; la eficacia en cuanto a los resultados del tratamiento psicológico en el abordaje del síndrome de codependencia; la influencia del tratamiento en pacientes con trastorno por dependencia por uso de alcohol en el vínculo con sus otros significativos; la influencia del tratamiento del síndrome de codependencia en el vínculo entre quienes padecen el síndrome y los otros significativos que padecen de trastorno por dependencia de uso de alcohol; la influencia del tratamiento de la



diferentes áreas del ejercicio profesional del psicólogo, como de otros profesionales de la salud.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

---

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, cuarta edicion*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Black, C. (1982). *It will never happen to me!*. Colorado: M.A.C.

Cremonte, M y Cherpitel, C. (2008). Performance of screening instruments for alcohol use disorders in emergency department patients in argentina. *Substance use and misuse*, 43, 125-138.

CASAA Center on Alcoholism, Substance Abuse and Adicction Research Division. (2006, octubre). Disponible en: <http://www.casaa.unm.edu/>

Dench, S; Bennett G. (2000). The impact of brief motivational intervention at the start of an outpatient day programme for alcohol dependence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(abril),121-130.

Friel, J. et al. (1988). *Co-dependency*. Florida: Health Communications, Inc.

Fuller, J.A.; Warner, R.M. (2000). Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 126(1), 5-22.

Johnson, V. (1980). *I'll quite tomorrow*. San Francisco, California: Harper and Row.

Hewes, R. y Janikowski, T. (1998). Parental alcoholism and codependency: A comparison of female children of alcoholics and non-alcoholics in two college-age groups. *The College Student Journal*, 32(1), 140-147.

Jackson, J. (1958). Alcoholism and the Family. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 315(1), 90-98.

Metzger, L. (1990). *From denial to recovery*. San Francisco, California: Jossey- Bass Publishers.

Miguez, H. (2000). Consumo de sustancias psicoactivas en la Argentina. *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina*, 4(3).

Miguez, H. (2003). Epidemiología de la alcoholización en la Argentina. *Revista Argentina de Psiquiatría Vertex. Suplemento Epidemiología en salud mental*, 14(2).

NIAAA National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2006, julio). Disponible en: <http://www.niaaa.nih.gov/>

Prochaska, J. y Diclemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Rotunda, R. y Doman K. (2001). Partner Enabling of Substance Use Disorders: Critical Review and Future Directions. *The American Journal of Family Therapy*, 29, 257-270.

Simpson, C. y Tucker, J. (2002). Temporal Sequencing of alcohol-related problems, problem recognition, and help-seeking episodes. *Addictive Behaviors*, 27, 659- 674.

Stafford, LL. (2001). ¿Is codependency a meaningful concept? *Issues in mental health nursing*, 22 (3),273-386.

Wegscheider, S. (1981). *Another chance*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.



**INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR:**

Somos estudiantes de psicología. Estamos realizando la tesis de grado y querríamos saber si podría colaborar con nosotros para la realización de un cuestionario. Su participación es libre, anónima y confidencial.

Nº DE ENTREVISTADO: .....

ACEPTÓ:..... SE NEGÓ:.....

**CUESTIONARIO PREVIO**

1. ADMINISTRADOR:.....FECHA:.....

2. EDAD:.....

3. ES LA PRIMERA VEZ QUE CONCURRE A ESTE SERVICIO? SI  
NO

4. (en caso que NO) CUANDO FUE LA PRIMERA VEZ?

Hace 1 semana  
Hace 15 días  
Hace 1 mes

Hace 2 meses  
Entre 3 y 6 meses  
Entre 7 y 12 meses

Hace más de un año  
Otra:.....

5. QUIEN LO ATIENDE GENERALMENTE? (marcar todas las R que correspondan)

Medico Clínico  
Dr. Arzeno  
Dra. D'amico  
Dra. Cluight  
Dra. Civetta  
Cualquiera

Psicólogo  
Lic. Cremonte  
Lic. Piloñeta  
Lic. Acevedo

6. EL TRATAMIENTO FUE CONTINUO O CON INTERRUPCIONES?

Continuo

Con Interrupciones

7. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA INTERRUPCIÓN?

Hace menos de un mes  
Entre 2 y 6 meses  
Entre 7 y 12 meses  
Más de un año  
Otra:.....

8. ACTUALMENTE CONCURRE AL PSICOLOGO? SI NO

9. (en caso que si) HACE CUANTO?

Menos de un Mes  
Entre dos y seis meses  
Entre seis meses y un año  
Más de un año  
Otra:.....

10. ACTUALMENTE CON QUE FRECUENCIA?

Una vez a la semana  
Dos veces al mes  
Una vez al mes



Una vez cada dos meses u Ocasionalmente  
Otra:.....

11. ACTUALMENTE CONCURRE A LOS GRUPOS DE ALCOHOLICOS ANONIMOS?

SI NO

12. (en caso que si) HACE CUANTO?

Menos de un Mes Entre seis meses y un año  
Entre dos y seis meses Más de un año  
Otra:.....

13. ACTUALMENTE CON QUE FRECUENCIA?

Una vez al día Una vez a la semana Una vez al mes  
Dos veces al día Dos veces a la semana Dos veces al mes  
Tres veces o más a la semana  
Otra:.....

14. LA PRIMERA VEZ QUE VINO A ESTE SERVICIO VINO ACOMPAÑADO?

SI NO

15. CON QUIEN?

Madre/Padre  
Hermano/a  
Esposa/o /Pareja  
Hijo/a  
Amigo/a  
Otros:.....

16. HOY VINO ACOMPAÑADO? SI NO

17. CON QUIEN?

Madre/Padre  
Hermano/a  
Esposa/o /Pareja  
Hijo/a  
Amigo/a  
Otros:.....

18. EXISTEN ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO EN SU FAMILIA? SI NO

19. QUE FAMILIAR PRESENTA O PRESENTABA LA ENFERMEDAD?

Abuelos  
Padre  
Madre  
Hermano  
Otros:.....

20. SEXO: M F

21. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Analfabeto	Primario Incompleto	Secundario Incompleto	Terciario/Universitario
Incompleto	Primario Completo	Secundario Completo	Terciario/Universitario
Completo			

Otro:.....

22. OCUPACION

Empleado

Cuentapropista

Profesional

Ama de casa

Estudiante

Jubilado

Desempleado y Buscando

Desempleado no buscando

Otro:.....



**INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR:**

Somos estudiantes de psicología. Estamos realizando la tesis de grado y querríamos saber si podría colaborar con nosotros para la realización de un cuestionario. Su participación es libre, anónima y confidencial.

Nº DE ENTREVISTADO:.....

ACEPTÓ:..... SE NEGÓ:.....

**CUESTIONARIO PREVIO - FAMILIAR**

1. ADMINISTRADOR:..... FECHA:.....

...

2. EDAD:.....

3. VINCULO CON EL PACIENTE

Madre/Padre

Hermano/a

Esposa/o

Hijo/a

Amigo/a

Otros:.....

4. ACTUALMENTE CONCURRE A LOS GRUPOS DE AL-ANON? SI NO

5. HACE CUANTO?

Menos de un Mes

Entre dos y seis meses

Entre seis meses y un año

Más de un año

Otro:.....

6. ACTUALMENTE CON QUE FRECUENCIA?

Una vez a la semana

Dos veces a la semana

Tres veces o más a la semana

Una vez al mes

Dos veces al mes

Otro:.....

7. CUANTO HACE QUE ESTA EN TRATAMIENTO EN ESTE SERVICIO EL PACIENTE?

Menos de un Mes

Entre dos y seis meses

Entre seis meses y un año

Más de un año

Otro:.....

8. EL PACIENTE ESTA ACTUALMENTE EN ABSTINENCIA? SI NO

9. (en caso que si) HACE CUANTO?

Una semana o menos

Entre una semana y un mes





**Cuestionario Sobre Su Uso Personal de Bebidas Alcohólicas (SOCRATES) (8A)**

**INSTRUCCIONES:** Por favor lea las siguientes declaraciones cuidadosamente. Cada una describe una manera en que usted quizás (o quizás no) se sienta de su consumo de bebidas alcohólicas. Para cada una, ponga un círculo alrededor de un número del 1 a 5, para indicar cuanto usted está o no está de acuerdo con esa declaración ahora mismo. Por favor ponga un círculo alrededor de un número y solamente un número para cada declaración.

	Profundamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Profundamente De acuerdo
<b>1. Verdaderamente quiero hacer cambios en mi consumo de bebidas alcohólicas.</b>	1	2	3	4	5
<b>2. A veces me pregunto si soy un(a) alcohólico(a).</b>	1	2	3	4	5
<b>3. Si no cambio mi consumo de bebidas alcohólicas pronto, mis problemas van a empeorar.</b>	1	2	3	4	5
<b>4 He empezado a llevar a cabo un plan para reducir o parar mi consumo de bebidas alcohólicas.</b>	1	2	3	4	5
<b>5. Estuve tomando demasiado anteriormente, pero he podido cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas.</b>	1	2	3	4	5
<b>6 A veces me pregunto si mi consumo de bebidas alcohólicas está lastimando a otra gente.</b>	1	2	3	4	5
<b>7. Sé que tengo un problema con las bebidas alcohólicas.</b>	1	2	3	4	5
<b>8. No solamente estoy pensando de cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas, ya estoy haciendo algo.</b>	1	2	3	4	5
<b>9. Ya he cambiado mi consumo de bebidas alcohólicas, y estoy buscando maneras para evitar de volver a mi patrón viejo.</b>	1	2	3	4	5

<b>10. Tengo problemas serios con bebidas alcohólicas.</b>	1	2	3	4	5
<b>11. A veces me pregunto si estoy en control de mi consumo de bebidas alcohólicas.</b>	1	2	3	4	5
<b>12. Mi consumo de bebidas alcohólicas esta causando mucho daño.</b>	1	2	3	4	5
<b>13. Estoy activamente haciendo cosas ahora para reducir o parar mi consumo de bebidas alcohólicas.</b>	1	2	3	4	5
<b>14. Quiero ayuda para evitar de volver a los problemas con bebidas alcohólicas que tenía antes.</b>	1	2	3	4	5
<b>15. Sé que tengo un problema con las bebidas alcohólicas.</b>	1	2	3	4	5
<b>16. Hay veces cuando me pregunto si mi consumo de bebidas alcohólicas es demasiado.</b>	1	2	3	4	5
<b>17. Soy un(a) alcohólico(a).</b>	1	2	3	4	5
<b>18. Estoy trabajando duro para cambiar mi consumo de bebidas alcohólicas.</b>	1	2	3	4	5
<b>19. He hecho algunos cambios en mi consumo de bebidas alcohólicas, y quiero ayuda para seguir</b>	1	2	3	4	5

## The Spann-Fischer Codependency Scale

### CONSIGNA:

Lea los siguientes ítems y marque el número de la opción que lo describa a Ud.

A. Es difícil para mi tomar decisiones

1. Profundamente en desacuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo
3. Levemente en desacuerdo
4. Levemente de acuerdo
5. Moderadamente de acuerdo
6. Profundamente de acuerdo

B. Es difícil para mi decir no

1. Profundamente en desacuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo
3. Levemente en desacuerdo
4. Levemente de acuerdo
5. Moderadamente de acuerdo
6. Profundamente de acuerdo

C. Es difícil para mi aceptar cumplidos amablemente

1. Profundamente en desacuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo
3. Levemente en desacuerdo
4. Levemente de acuerdo
5. Moderadamente de acuerdo
6. Profundamente de acuerdo

D. A veces me siento aburrido o vacío si no tengo problemas

1. Profundamente en desacuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo
3. Levemente en desacuerdo
4. Levemente de acuerdo
5. Moderadamente de acuerdo
6. Profundamente de acuerdo

E. Normalmente no hago cosas por otras personas que son capaces de hacerlas por si mismos

1. Profundamente en desacuerdo

2. Moderadamente en desacuerdo
3. Levemente en desacuerdo
4. Levemente de acuerdo
5. Moderadamente de acuerdo
6. Profundamente de acuerdo

F. Cuando hago algo bueno por mi mismo normalmente me siento culpable

1. Profundamente en desacuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo
3. Levemente en desacuerdo
4. Levemente de acuerdo
5. Moderadamente de acuerdo
6. Profundamente de acuerdo

G. No me preocupo demasiado

1. Profundamente en desacuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo
3. Levemente en desacuerdo
4. Levemente de acuerdo
5. Moderadamente de acuerdo
6. Profundamente de acuerdo

H. Me digo a mi mismo que las cosas serán mejores cuando las personas de mi entorno cambien

1. Profundamente en desacuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo
3. Levemente en desacuerdo
4. Levemente de acuerdo
5. Moderadamente de acuerdo
6. Profundamente de acuerdo

I. Tiendo a tener relaciones donde yo siempre estoy para los demás pero ellos raras veces están para mi

1. Profundamente en desacuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo
3. Levemente en desacuerdo
4. Levemente de acuerdo
5. Moderadamente de acuerdo
6. Profundamente de acuerdo

J. A veces me concentro en una persona hasta el punto de descuidar otras relaciones o responsabilidades

1. Profundamente en desacuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo
3. Levemente en desacuerdo
4. Levemente de acuerdo
5. Moderadamente de acuerdo
6. Profundamente de acuerdo

K. Tiendo a involucrarme en relaciones que son dolorosas para mi

1. Profundamente en desacuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo
3. Levemente en desacuerdo
4. Levemente de acuerdo
5. Moderadamente de acuerdo
6. Profundamente de acuerdo

L. Normalmente no permito que los otros me vean como realmente soy

1. Profundamente en desacuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo
3. Levemente en desacuerdo
4. Levemente de acuerdo
5. Moderadamente de acuerdo
6. Profundamente de acuerdo

M. Cuando alguien me perturba me contengo por mucho tiempo, pero de vez en cuando exploto

1. Profundamente en desacuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo
3. Levemente en desacuerdo
4. Levemente de acuerdo
5. Moderadamente de acuerdo
6. Profundamente de acuerdo

N. Normalmente hago todo lo posible para evitar generar conflictos

1. Profundamente en desacuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo
3. Levemente en desacuerdo
4. Levemente de acuerdo
5. Moderadamente de acuerdo
6. Profundamente de acuerdo

Ñ. A veces tengo la sensación de temor o de muerte inminente

1. Profundamente en desacuerdo

2. Moderadamente en desacuerdo
3. Levemente en desacuerdo
4. Levemente de acuerdo
5. Moderadamente de acuerdo
6. Profundamente de acuerdo

O. A veces pongo las necesidades de los otros por sobre las mías

1. Profundamente en desacuerdo
2. Moderadamente en desacuerdo
3. Levemente en desacuerdo
4. Levemente de acuerdo
5. Moderadamente de acuerdo
6. Profundamente de acuerdo