



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE MAGÍSTER EN TERAPIA FAMILIAR

Depresión, ansiedad y autoestima y su relación con estilos de afrontamiento de los familiares de usuarios de sustancias. Estudio realizado en dos centros de rehabilitación de la ciudad de Cuenca.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Suárez Pesántez, Karla Verónica, Psc. Clín.

DIRECTORA: Marín Mora, Teresa Ubaldina, Mgtr.

LOJA-ECUADOR

2018



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Loja, mayo del 2018

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Mgst.

Teresa Ubaldina Marín Mora.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación, denominado: **Depresión, ansiedad y autoestima y su relación con estilos de afrontamiento de los familiares de usuarios de sustancias. Estudio realizado en dos centros de rehabilitación de la ciudad de Cuenca**, realizado por **Suárez Pesántez Karla Verónica**, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, abril del 2018

f

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Suárez Pesántez Karla Verónica, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Depresión, ansiedad y autoestima y su relación con estilos de afrontamiento de los familiares de usuarios de sustancias. Estudio realizado en dos centros de rehabilitación de la ciudad de Cuenca, de la Maestría en Terapia Familiar, siendo la Magíster Teresa Ubaldina Marín Mora directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad"

f.

Autora: Suárez Pesántez Karla Verónica, Psc. Clín.

Cédula: 0302054325

DEDICATORIA

Nunca sabemos cuáles serán los caminos verdaderos que toquen nuestros pies, hasta donde nos lleven y a quiénes nos permitan conocer. Cuando inicié este trayecto no pensé enriquecerme en conocimientos y experiencias tan gratificantes. Durante ello nunca caminé sola, estaban quienes han creído en mí y me han dado su voto de amor y confianza, han minimizado mis errores, han comprendido mi ausencia y han aceptado mis decisiones, es por esta razón que quiero dedicar la conclusión de este camino a mi familia, quienes me han dado las mejores lecciones de vida y hermosos momentos compartidos, los cuales guardo en mi corazón.

Por último, agradecer a mis dos ángeles, que desde el cielo son mi luz y fortaleza.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por brindarme la fortaleza y sabiduría necesaria, y por darme la oportunidad de haber conocido personas maravillosas en este proceso.

A las docentes Mgtr. Teresita Marín y Mgtr. María Elena Vivanco, excelentes profesionales y seres humanos, quienes con su guía y acompañamiento incondicional formaron parte de este camino.

A los directores y profesionales de los centros de rehabilitación, quienes brindaron la apertura necesaria para la realización de este trabajo.

A los familiares, que formaron parte de este estudio, por la colaboración y apertura prestada a pesar de los momentos difíciles que atravesaban.

A mi familia, quienes, con su amor y apoyo incondicional, recorrieron este camino junto a mí, siendo verdaderas fuentes de fortaleza e inspiración.

A mis amigos, por brindarme las palabras precisas en aquellos momentos de debilidad.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO:

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	viii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO.....	5
1.1. Adicción.	6
1.2. Familia.	9
1.2.1. Familia y consumo de sustancias.	10
1.3. Consumo de sustancias y sus repercusiones en la salud familiar.....	17
1.3.1. Depresión y Ansiedad.	17
1.3.2. Autoestima.	19
1.4. Estrategias de afrontamiento familiar.	20
CAPÍTULO 2. DISEÑO METODOLÓGICO.....	24
2.1. Objetivos.....	25
2.1.1. Objetivo general.	25
2.1.2. Objetivos específicos.	25
2.2. Preguntas de investigación.....	25
2.3. Contexto de la investigación.....	25
2.4. Diseño de la investigación.....	27
2.5. Muestra.....	27
2.5.1. Criterios de inclusión.	28
2.5.2. Criterios de exclusión.	28
2.6. Procedimiento.....	28
2.7. Instrumentos de recogida de datos.....	29
2.7.1. Encuesta sociodemográfica.	29
2.7.2. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)	29
2.7.3. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	31

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA FAMILIARES DE USUARIOS DE SUSTANCIAS QUE SE ENCUENTRAN BAJO PROCESO DE INTERNAMIENTO.....	45
CONCLUSIONES.....	66
RECOMENDACIONES.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS.....	73

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: Características del codependiente.....	15
Tabla 2: Características de los centros de recuperación.....	26
Tabla 3: Datos sociodemográficos de familiares de usuarios de drogas.....	35
Tabla 4: Datos sociodemográficos de los usuarios de drogas.....	36
Tabla 5: Relación entre ansiedad, depresión y autoestima con estilos de afrentamiento.....	43
Tabla 6: Modelos de intervención familiar en el campo de las adicciones.....	49
Figura 1: Distribución de depresión y ansiedad.....	37
Figura 2: Distribución de depresión y ansiedad.....	38
Figura 3: Distribución de autoestima.....	39
Figura 4: Niveles de autoestima.....	40
Figura 5: Estilos de afrontamiento.....	41
Figura 6: Afrontamiento comprometido.....	41
Figura 7: Afrontamiento independiente.....	42

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre depresión, ansiedad y autoestima con los estilos de afrontamiento comprometido e independiente. La muestra estuvo constituida por 60 familiares de usuarios internados de dos centros de rehabilitación de la ciudad de Cuenca, a quienes se les aplicó el inventario de depresión y ansiedad de Beck, la escala de autoestima de Rosenberg y el cuestionario de afrontamiento de Orford. El presente trabajo se enmarcó en el diseño de estudio cuantitativo no experimental, de carácter descriptivo, transversal y correlacional. Los principales resultados reflejaron que los familiares investigados presentan un 56.7% de mínima depresión, 33.3% de ansiedad moderada y niveles elevados de autoestima en un 51.7%. En cuanto a los estilos de afrontamiento el 55% presenta una tendencia hacia el estilo de afrontamiento comprometido, mientras que sólo el 1.67% manifiesta un estilo de afrontamiento independiente. En relación a los análisis correlacionales se determinó que no existe relación significativa entre depresión, ansiedad y autoestima con los estilos de afrontamiento utilizados por los familiares de los usuarios de sustancias.

PALABRAS CLAVES: adicción, familia, depresión, ansiedad, autoestima, estilos de afrontamiento.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the relationship between depression, anxiety and self-esteem with the styles of committed and independent coping. The sample consisted of 60 relatives of inpatients from two rehabilitation centers in the city of Cuenca, to whom the inventory of depression and anxiety of Beck, the scale of self-esteem of Rosenberg and the questionnaire of coping with Orford were applied. The present work was framed in the design of non-experimental quantitative study, descriptive, transversal and correlational. The main results showed that the family members surveyed had a 56.7% minimum depression, 33.3% moderate anxiety and high levels of self-esteem in 51.7%. In terms of coping styles, 55% show a tendency towards a committed coping style, while only 1.67% show an independent coping style. In relation to the correlational analysis, it was determined that there is no significant relationship between depression, anxiety and self-esteem with the coping styles used by the relatives of substance users

KEYWORDS: addiction, family, depression, anxiety, self-esteem, coping strategies.

INTRODUCCIÓN

González (2014), concibe la familia como la primera red de apoyo social que determina el bienestar de las personas, ayudando a sobrellevar el malestar generado por los diferentes tipos de crisis que se presentan a lo largo de la vida. Se considera una de las instituciones sociales más antiguas, que ha evolucionado tanto en su estructura como en los roles de sus integrantes (Jaime, Pérez, Rodríguez, Vega y Díaz, 2014).

Cuando existe dentro del grupo familiar un miembro que presenta problemas de consumo, esto no sólo afecta a la persona que posee la enfermedad, sino que de forma extensiva se ven involucrados los otros miembros del sistema, unos en mayor medida que otros gracias al sentido de pertenencia existente (Gómez y Guardiola, 2014). Como resultado de esta situación, los familiares de usuarios de sustancias describen la adicción como una problemática altamente estresante, debido a los cambios en la relación con el usuario, misma que es desagradable, conflictiva y en ocasiones violenta (Orford, Copello, Velleman y Templeton 2010a).

En esta línea, Pérez y Delgado (2003), en una muestra de 301 sujetos en la ciudad de Bogotá, involucrados en una relación afectiva con un consumidor crónico de sustancias psicoactivas, encontraron entre los principales síntomas, depresión, baja autoestima, no afrontamiento, focalización en el otro y necesidad de proteger del mismo. Por su parte, Zúñiga (2012), en su estudio en Perú, con 138 familiares pertenecientes a grupos, AL-ANON Y NAR-ANON, a quienes se les aplicó el inventario de depresión de Beck, encontró como principales resultados que un 33% de la muestra presentaba un nivel de depresión leve; un 32% depresión moderada y un 25% depresión severa. Al respecto Marcon, Rubira, Espinosa y Barbosa (2012), en su investigación referente a la calidad de vida y síntomas depresivos de cuidadores de dependientes de drogas del estado de Matto Grosso (Brasil), destacan la presencia de síntomas a nivel emocional (ansiedad, depresión, sensación de culpa, decepción frente a los procesos de recaída) además de una percepción de falta de apoyo social debido a la estigmatización que sufren estas familias.

Al ser considerada la adicción como un factor estresante de tipo social, esta pone a prueba los recursos que tiene la persona, no sólo en lo individual sino también en lo familiar, de esta manera se habla de “afrontamiento familiar” cuando nos referimos a los mecanismos de apoyo intrafamiliares, a los que se recurre con el fin de asegurar el bienestar de cada integrante de la familia, incluido el enfermo, estos mecanismos de autorregulación posibilitan el funcionamiento adecuado de la familia (Fernández (2004), citado en Blanco, 2013).

A pesar de existir estudios que centran su atención en las repercusiones que el consumo ocasiona en la persona drogodependiente, son limitados los que brindan aportes en el área familiar, es de esta manera, que la presente investigación se argumenta debido a la escasa indagación encontrada en el país y la ciudad. Del mismo modo este trabajo podría servir de referente para estudios posteriores y para el proceder profesional de quienes manejan esta área.

Por lo tanto, y en base a lo expuesto, esta investigación tiene la finalidad de determinar la relación entre depresión, ansiedad y autoestima con los estilos de afrontamiento de los familiares de usuarios de sustancias de dos centros de rehabilitación de la ciudad de Cuenca, mediante la aplicación de instrumentos que permiten la recolección de este tipo de información.

El presente estudio está constituido de tres apartados; el primer capítulo se centra en temas relacionados con el proceso de adicción del usuario, la familia y las repercusiones que el consumo tiene en el familiar cuidador; dentro del segundo capítulo se presenta la metodología utilizada, para luego dar a conocer en el capítulo tres los resultados de la investigación y comparar los mismos con supuestos teóricos e investigaciones referentes a la temática, finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones dentro de esta una propuesta de intervención para familiares de usuarios de sustancias que se encuentran bajo proceso de internamiento.

El trabajo investigativo se enmarca en el diseño de estudio cuantitativo no experimental, de carácter descriptivo que permite identificar características determinadas de la población específica. Tipo transversal y correlacional.

El desarrollo del estudio permite alcanzar los objetivos propuestos y profundización de los conocimientos de la temática propuesta. Por otra parte, en el transcurso de este trayecto una de las limitaciones encontradas, está relacionada con la dificultad existente para poder acceder al trabajo con los familiares de los usuarios.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

Sin duda alguna el consumo de sustancias psicoactivas constituye en la actualidad una problemática que presenta efectos negativos a corto, mediano y largo plazo, no solo en la persona que posee la enfermedad, sino también en los miembros del grupo familiar que se ven en la difícil tarea de hacer frente a una situación que no ha sido escogida por ellos y que arrastra repercusiones a nivel físico, psicológico y familiar.

En este capítulo se aborda aquellos aspectos relacionados con la temática propuesta, dividiendo el mismo en cuatro subapartados, uno referente a la adicción y lo que esta conlleva para el usuario, otro señala las repercusiones que el consumo presenta en los familiares, específicamente en aquella persona considerada como el “familiar cuidador”, para culminar con los mecanismos utilizados para hacer frente a la situación de consumo.

1.1. Adicción.

Se inicia este apartado manifestando una definición de uno de los términos de mayor importancia y complejidad, discutido por años por diversos autores dentro del campo de las drogodependencias, como lo es la “adicción”, existen varias definiciones que acaparan maneras diferentes de percibir la misma, sin embargo, para Becoña y Cortés (2016), el autor que más se aproxima a una definición integral de adicción es Gossop (1989) quien describe cuatro aspectos presentes en este proceso:

- 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible);
- 2) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre);
- 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer;
- 4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo (p. 16).

En esta misma línea, se puede equiparar este patrón de síntomas con aquellos exhibidos en el síndrome de dependencia, presentado por la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE 10), donde se menciona:

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el

pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas, alcohol o tabaco (CIE 10, p. 48).

Dentro de las pautas para realizar este tipo de diagnóstico se encuentran los siguientes criterios:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia.
- Tolerancia.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales (CIE 10, p. 49).

Estas conductas pueden ser explicadas desde la parte fisiológica debido a los cambios que se producen a nivel del sistema nervioso (sistema mesocorticolímbico) en donde actúan neurotransmisores como la dopamina, serotonina y noradrenalina, que perpetúan los efectos placenteros y fortalecen la conducta adictiva (Becoña y Cortés, 2016).

Como se evidencia, uno de los síntomas que caracterizan una conducta adictiva es la compulsión, ya que permite al sujeto evadir situaciones desagradables que le generan cierto grado de ansiedad al no poder adaptarse a las mismas; de esta manera, la droga pasa a ser el centro de la vida de la persona, siendo incapaz este de divisar las consecuencias negativas que acarrea la misma.

Ecuador, como muchos otros países, no se escapa de esta problemática, que se ha convertido en un fenómeno social complejo, cambiante, que tiende al crecimiento y acarrea consigo problemas de índole económico, político y social; se debe mencionar además, que este fenómeno se ha tornado un problema de salud pública, que ha llevado a adoptar medidas que centran su interés en el sujeto consumidor y la compleja relación que este tiene con la droga, pasando de ser un “adicto” a ser un “usuario”, quien además establece una relación de intercambio con el objeto consumido, al cual le otorga un significado (Sierra, 2012).

El Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), realizó el IV estudio nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años,

con el objetivo de observar las tendencias en el uso de alcohol, cigarrillos y otras drogas en el país; se demostró que el alcohol y el tabaco son las drogas con mayor prevalencia anual de consumo (28.8% y 11.4%). Por otro lado, la marihuana es considerada una de las drogas de mayor producción (76%) y consumo en el mundo (83%), presentando índices de crecimiento anuales elevados (Medina Mora, Real, Villatoro y Natera, 2013), en contraste con nuestro país que presentó una prevalencia anual de consumo de 0.7% (CONSEP, 2014).

En esta misma línea, la oficina de las Naciones Unidas en su informe anual sobre las drogas, presentó que alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron algún tipo de droga durante el año 2014, entre los datos significativos se encuentra que en América del Norte y Europa occidental, desde el 2011 hasta el 2014 el consumo de marihuana se ha intensificado, mientras que en el resto del mundo existe una tendencia a la estabilización, lo contrario sucede con el consumo de cocaína, el cual aumentó en América del sur (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [*United Nations Office on Drugs and Crime*, UNODC], 2016).

Es necesario señalar también, la existencia de una baja percepción de riesgo que presentan las personas frente a las sustancias, hecho que ha reducido la edad de inicio del primer consumo, centrándose ésta en los 13 años, esta variable era considerada en años anteriores como un aspecto que ofrecía cierto nivel de protección (CONSEP, 2014); otra variable que determina el consumo a edades tempranas es la presencia de un familiar consumidor (López, Dalence, Prado y Fernández, 2013).

Como se puede evidenciar en la literatura antes referida, el consumo de sustancias es una problemática que va ganando peso a nivel mundial, no solo por el fenómeno de expansión y comercialización de las mismas, sino también porque cada vez son más las personas que entran en este mundo a edades tempranas, sin medir las consecuencias de esta situación en los ámbitos personal, familiar y social en general.

Por lo expuesto, es importante describir algunas de las consecuencias generales que el consumo de sustancias psicoactivas ocasiona en la persona involucrada de forma directa, es decir el usuario. Entre las más importantes, independientemente del tipo de sustancia utilizada, Del Moral, Fernández, Ladero y Lizasoain (1998) señalan:

- Reacciones antisociales: el drogodependiente vive por y para la droga y hará todo lo posible por conseguirla sin que existan para él barreras morales.

- Síndrome de déficit de actividad: caracterizado por la presencia de astenia, indiferencia, disminución o interrupción de la actividad motora, deterioro intelectual, pasividad, apatía, aislamiento y abulia.
- Infecciones y disminución de las defensas.
- Peligro de sobredosificación.
- Riesgo de “escalada”: iniciarse en el consumo de otras drogas.
- Efectos tóxicos específicos, característicos de cada sustancia (pp.19-20).

Se puede observar, además, repercusiones a nivel individual, tales como: problemas físicos, psicológicos e inclusive psiquiátricos, debido a la patología dual que puede determinar el consumo. En el plano laboral, el bajo rendimiento afecta la calidad del trabajo realizado, por otra parte, el usuario puede verse inmerso en problemas legales y económicos por el coste que representa el poder mantener el consumo (compra de la sustancia). A nivel familiar, la adicción puede llevar a la desestructuración y disfuncionalidad; sin embargo, es importante señalar que las variables precitadas, pudieron estar presentes desde antes del inicio de la adicción, siendo consideradas desencadenantes de la misma (Arquillo, 2016).

Por lo ya expuesto en la literatura, se puede concluir que el consumo de sustancias ocasiona una variedad de consecuencias que afectan al usuario y se ven reflejadas en diferentes ámbitos; así en el contexto personal se evidencia problemas de tipo físico, psicológico, laborales, económicos, etc. En tanto que, en el ámbito familiar la repercusión más evidente es la disfuncionalidad, factor que puede considerarse como desencadenante y mantenedor del consumo al mismo tiempo. Mientras que lo referente al ámbito social el consumo de sustancias es una problemática que va haciéndose más notoria, tanto a nivel nacional como nivel mundial, no solo por el fenómeno de expansión y comercialización que impera en la sociedad actual, sino también porque el consumo se inicia en edades más tempranas, tornándose un problema de grandes dimensiones.

1.2. Familia.

La familia, considerada como una de las instituciones sociales más antiguas, cumple un rol fundamental en el desarrollo psicosocial de sus integrantes, ésta ha ido evolucionando con el paso de los años tanto en su estructura como en los roles de sus miembros (Jaime, Pérez, Rodríguez, Vega y Díaz, 2014). Dentro de esta misma línea, González (2014), considera a la familia como la primera red de apoyo social, que determina el bienestar de las personas, ayudando a sobrellevar el malestar generado por los diferentes tipos de crisis que se presentan a lo largo de vida. Por su parte, Clavijo (2002), la define como el grupo de

personas vinculadas por lazos estables (consanguíneos, maritales, afectivos, socioculturales, económicos, contractuales y de convivencia), encargados de la satisfacción de las necesidades fundamentales del grupo familiar.

No se puede dejar de lado, enfocar a la familia desde una perspectiva sistémica, solo así se podrá entender por qué la enfermedad de uno de sus miembros puede afectar a todo el grupo familiar; desde esta perspectiva la familia es considerada una unidad, organizada mediante jerarquías y límites en donde cada uno de sus integrantes cumplen un rol determinado; al presentarse la enfermedad, esta introduce en la familia datos nuevos que permiten la desestabilización, la existencia de la crisis y la activación de mecanismos de enfrentamiento, este proceso tiene la capacidad de transformar a la familia (Arquillo, 2016). Por su parte, Minuchin (2004), describe la familia como el grupo natural para crecer y para recibir auxilio, que ha elaborado pautas de interacción que rigen el funcionamiento de sus miembros, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca, además brinda un sentido de pertenencia al grupo.

En esta misma línea Lehr (como se citó en Arquillo, 2016), manifiesta que la familia no puede ser entendida de manera estática sino dinámica; de forma que, si uno de sus miembros evoluciona, es afectado por cambios o presenta algún tipo de enfermedad, repercute en todo el sistema familiar.

Según el aporte de los autores, se puede concluir que no existe una concepción única de lo que es la familia y de las funciones que ésta cumple. La familia abarca una variedad de aspectos, los cuales son relevantes dentro del funcionamiento de la misma. Debido a los cambios que ha atravesado la sociedad, la familia en la actualidad ha tenido que modificar su estructura y funciones para responder a las exigencias del medio; de esta manera, ha ido ganando espacio, pasando de proveedora, a cumplir un papel importante en el desarrollo psicosocial de cada uno de sus integrantes, así como también, se ha convertido en una red de apoyo que brinda sentimientos de seguridad, frente a los momentos de crisis que atraviesan.

1.2.1. Familia y consumo de sustancias.

Teniendo en cuenta lo expresado en párrafos anteriores y considerando a la familia como un sistema en el cual sus miembros comparten sentimientos de pertenencia e identidad y esperan de éste, niveles elevados de seguridad emocional y protección, conviene subrayar que cuando existe dentro del grupo familiar un miembro que presenta problemas de consumo, este no sólo afecta a la persona que presenta la enfermedad, sino que de forma extensiva se

ven involucrados los miembros del sistema, unos en mayor medida que otros debido al sentido de pertenencia (Gómez y Guardiola, 2014).

Como resultado de esta situación, los familiares de usuarios de sustancias describen la adicción como una problemática altamente estresante, esto podría explicarse por los cambios en la relación con el usuario, misma que se vuelve desagradable, conflictiva y en ocasiones marcada de violencia física, emocional, psicológica y económica, todo esto gracias a la inestabilidad constante que experimenta la persona adicta (Orford, Copello, Velleman y Templeton, 2010a).

En este contexto Washton (1995), citado en (Calvo, 2007), describe como los principales efectos en la familia los siguientes:

- En la salud psicológica: cambios de humor, irritabilidad, ansiedad, culpa, preocupación, miedo y confusión.
- En la salud física: enfermedades relacionadas con el estrés, hipertensión, úlceras, cefaleas, pérdida del apetito o compulsión por la comida.
- En las relaciones familiares: reorganización de roles, incremento en las tensiones familiares, alteraciones en la comunicación y discusiones frecuentes, con rupturas del núcleo familiar en casos extremos.
- En el ámbito financiero: incremento del gasto económico asociado a costes derivados de determinados tratamientos, robos efectuados por el adicto, y pago de deudas contraídas por éste.
- El ámbito laboral también puede verse afectado, de forma que el familiar del paciente drogodependiente puede mostrar disminución del rendimiento laboral.
- En la esfera social: tendencia al aislamiento de la familia y amigos además de reducción de las actividades de ocio (p. 47).

Por otra parte, experimentan dudas e incertidumbres, siendo incapaces de confiar en su familiar cuando éste se encuentra fuera del hogar, incluso se les dificulta creer que la abstinencia sea posible, situación que genera preocupación no solo por el consumo, sino por las repercusiones que pueda tener a futuro (Orford et al., 2010a); de esta manera la presencia de un enfermo (consumidor) en el hogar origina una sobrecarga de estrés para la persona que cumple el rol de cuidador, debido al excedente de trabajo que ésta debe enfrentar, descuidando sus actividades, relaciones sociales, e inclusive su propia salud (Martínez, Albein-Urios, Munera y Verdejo-García, 2012).

Se ha abordado de forma general las consecuencias producidas al convivir con un familiar usuario de sustancias, sin embargo, no se ha profundizado en el impacto que la

enfermedad presenta en aquella persona que se convierte en familiar cuidador; se conoce que la enfermedad afecta a toda la familia, no obstante, una sola persona es la encargada de brindar los cuidados necesarios. Para Ramírez (2007), citado en (Arquillo, 2016) el familiar cuidador, en muchas ocasiones llega a ser controlado por el drogodependiente, quien debido a la enfermedad tiende a volverse manipulador.

Desde otro punto de vista, es importante señalar que no todas las personas o familiares que se convierten en cuidadores presentan este tipo de manifestaciones, muchos de ellos consideran el cuidado del familiar como algo que deben cumplir, que está inmerso dentro de sus funciones, viendo este hecho como beneficioso y satisfactorio (Arquillo, 2016).

Los estudios encontrados en relación a los familiares cuidadores, en su mayor parte centran su atención en cuidadores de personas con enfermedades como: Alzheimer; demencia, esquizofrenia, o Parkinson, en donde el nivel de dependencia es total, la persona necesita de ayuda para la realización de sus funciones básicas e instrumentales. La adicción por su parte se considera una enfermedad de parcial dependencia, en donde el cuidador cumple un rol protector y moderador de las conductas desadaptativas (Achury, Castaño, Gómez y Guevara, 2011).

Limitados son los estudios referentes a la temática que nos ocupa; dentro de esta línea Andueza, Galán, Benavides y Peralta (2012), realizaron una investigación con la finalidad de conocer la sobrecarga emocional del cuidador del enfermo mental, trabajaron con 32 familiares, cuidadores de pacientes diagnosticados con: esquizofrenia, trastornos afectivos, dependencia alcohólica y trastornos de personalidad; del total de la muestra, 20 obtuvieron puntuaciones elevadas en la escala de ansiedad, y 12 en la escala de depresión, sin embargo es importante destacar, que al momento que los pacientes son ingresados en servicios de salud, los familiares expresan una disminución en la sensación de sobrecarga (68.8%).

En conclusión, cuando uno de los miembros de la familia presenta problemas de consumo, se dan una serie de repercusiones, entre las cuales están: cambios en las relaciones familiares, reorganización de roles, incremento en las tensiones familiares, alteraciones en la comunicación, etc. Entre otros aspectos se destaca que el cuidar de un familiar, repercute en la vida de la persona que cumple este rol, no sólo en el plano físico o psicológico, sino que además se extiende a los ámbitos laboral y financiero. Los sentimientos de pertenencia e identidad familiar, permiten el involucramiento de los integrantes de la familia, quienes desempeñan un papel moderador, al limitar y proteger contra la ejecución de conductas perjudiciales; es por esto que se debe señalar aquellos factores considerados como

agentes de protección, que preservan a las personas frente al consumo de sustancias, y al mismo tiempo actúan previniendo el desarrollo de diferentes psicopatologías.

Otro factor importante a considerar dentro del contexto de familia y consumo de sustancias, es la relación de apego con los padres, Bowlby (1977, citado en Becoña, Fernández del Río, Calafat & Fernández-Hermida, 2014), define el apego como el vínculo emocional que desarrollan los seres humanos con sus cuidadores principales, proporciona seguridad, que se convierte en un factor de carácter esencial para el sano desarrollo de la personalidad, además, se encuentra relacionado con la accesibilidad y la capacidad de respuesta que mantenga la figura primaria. A partir de ésta el niño construye sus modelos internos, que le servirán como referente para la interpretación de experiencias y orientación de sus conductas. Así, cuando existe una figura principal que aporta al niño emociones positivas, gracias a la disponibilidad y afecto brindados se habla de un apego seguro, el niño desarrolla una personalidad funcional gracias a la capacidad de afrontamiento constructivo que adquiere.

Sucede lo contrario con el apego de tipo inseguro, en el cual existe una influencia de las emociones negativas, debido al ambiente hostil y violento en donde se desarrolla el sujeto; éste presenta una regulación emocional desadaptativa misma que se relaciona con el consumo de sustancias (Becoña et al., 2014), de esta manera Rosenstein y Horowitz (1996) explican el fenómeno de la adicción, como una estrategia inadaptada para hacer frente a la inseguridad del apego formado, y de esta forma reducir la angustia generada.

Por otra parte, Linares (2012) acota un segundo factor de relevancia, la nutrición relacional, definida como “la vivencia de ser completamente amado, contribuye en la formación de la personalidad en base de cuánto y cómo se siente amado el sujeto” (p. 106). Se habla pues de la atmósfera relacional existente dentro de la familia, que está dada por los roles ejercidos por los progenitores (conyugal y parental), en donde el amor es visto dentro de esta relación como un fenómeno relacional, que suma elementos cognitivos y pragmáticos a la parte emocional, siendo capaz de sanar a la persona siempre y cuando los tres elementos sean brindados por el cuidador primario, y percibidos por la persona que los recibe (Linares y Soriano, 2013).

En este contexto, para que una persona construya una personalidad madura y equilibrada, es necesario que las funciones parentales y conyugales sean funcionales y favorables. Al existir una conyugalidad disarmónica, no se puede cumplir con el rol parental de manera satisfactoria, ya que existe una tendencia a triangular a los hijos, sin embargo, puede suceder también que exista una adecuada conyugalidad, pero acompañada por una

parentalidad defectuosa, lo que acarrea deprivaciones para los hijos, pasando a convertirse éstas en formas de maltrato (Linares y Soriano, 2013).

Se puede mencionar además aspectos como los estilos de crianza (autoritario, democrático, negligente, indulgente, sobreprotector), patrones conductuales y emocionales brindados por los padres, caracterizados por los niveles de control y calidez parental. Según el grado en el cual estén presentes estos elementos, una familia presentará un estilo de crianza determinado. El estilo democrático, ofrece un mayor grado de protección ya que los hijos criados bajo éste, se caracterizan por presentar un nivel adecuado de control personal. De la misma manera, un clima familiar negativo, conflictos inter parentales y la inconsistencia en la aplicación de la disciplina, son elementos desencadenantes de problemas conductuales y emocionales marcados en los hijos (Becoña y Cortés, 2016).

Desde otro punto de vista, Cancrini (como se citó en Linares, 2012), centra su atención en el estudio de familias con un miembro drogodependiente, llegando a considerar éstas como multiproblemáticas, caracterizadas por presentar desestructuración frente al síntoma, fracaso en la parentalidad y conyugalidad, violencia, negligencia, organización caótica (jerarquías poco definidas), y falta de adaptabilidad frente a los cambios. En la literatura antes referida, se ha citado diferentes aspectos en relación al ámbito familiar, que actúan como posibles mecanismos protectores y de riesgo frente al consumo de sustancias y del desarrollo de psicopatologías en general. En el caso de los factores protectores se puede mencionar: apego seguro, nutrición relacional, estilo parental democrático, clima familiar positivo, entre otros, que por el nivel de seguridad que brindan, permiten que el individuo desarrolle una capacidad de respuesta y afrontamiento adecuados. En tanto que entre los factores de riesgo destacan: el apego inseguro, un clima familiar inadecuado, conflictos inter parentales, inconsistencia en la disciplina, violencia, negligencia, etc. que podrían ser desencadenantes de conductas adictivas y otro tipo de psicopatología.

Otro factor importante a tratar en el consumo de sustancias de uno de los miembros en el sistema familiar es la codependencia, término acuñado en los años 70, a partir de la formación de los grupos de autoayuda en Estados Unidos (Reyes Larrahondo, 2017).

Existe una variedad de definiciones acerca de la codependencia, que han surgido con el paso del tiempo, como resultado de aportes realizados por profesionales relacionados con el área de la salud y las drogodependencias. Muchos de los conceptos formulados tienen su origen no solamente en experiencias clínicas, sino, además, en experiencias personales, vividas por los propios autores, de esta manera, la codependencia es abordada desde diversos enfoques, planteando la misma como, rasgos propios de personalidad, como una

enfermedad e incluso como patrones de comportamiento aprendidos y formas de afrontamiento comportamental y emocional (D'Angelo y Mazzarello, 2012).

Las definiciones recopiladas por Mansilla (2002), muestran aportes de investigadores que relacionan la codependencia con la esfera familiar:

Para Cocores (1987) el codependiente es aquella persona que se dedica a cuidar, corregir y salvar a un drogodependiente, involucrándose en sus situaciones de vida conflictivas, sufriendo y frustrándose ante sus repetidas recaídas, llegando a adquirir características y conductas tan erróneas como las del propio adicto. Vacca (1999) por su parte, señala la codependencia como un patrón de rasgos de personalidad claramente identificables que presentan los integrantes de una familia que tiene un miembro afectado por una adicción. Dentro de esta misma línea, Gómez, Bolaños y Rivero (2000), indican con este término, los esfuerzos realizados por un familiar, que se involucra de forma obsesiva en los problemas de un adicto hasta el punto de vivir por y para él, desequilibrando su propia vida en las áreas personal, familiar, laboral y social. (citados en Mansilla, 2002, pp. 9-10).

Dada la cantidad de estudios realizados acerca de la codependencia y antes de proseguir con el tema, es importante señalar, las características presentes en una persona codependiente, cuyos aspectos diagnósticos no han sido delimitados de forma clara, sin embargo, a manera de resumen se señala en la tabla 1, dos esquemas sintomáticos:

Tabla 1. Características del codependiente

Esquema	Síntomas
Beattie (1987)	<ul style="list-style-type: none"> - Baja autoestima - Represión - Obsesión - Control - Negación - Dependencia - Comunicación débil - Límites débiles - Falta de confianza - Ira
Guevara (2002)	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta regida por locus de control externo. - Hiper-responsabilidad. - Sentimientos intensos de culpabilidad. - Negación de sí mismo. - Búsqueda de aceptación de los demás. - Sobreprotección. - Manipulación. - Victimismo.

	<ul style="list-style-type: none"> - Gran tolerancia al abuso recibido. - Preocupación y dependencia excesiva. - Temor excesivo al abandono y al rechazo. - Inseguridad y falta de confianza en sí mismos. - Dificultad para aceptar cambios. - Déficit de asertividad. - Comportamiento salvador-rescatador.
--	--

Fuente: Reyes Larrahondo (2017)

Elaborado por: Suárez Pesántez Karla Verónica

Entre otros aspectos, se encuentran los citados por D'Angelo y Mazzarello (2012), quienes señalan que las personas codependientes presentan niveles bajos de autoestima y síntomas ansiosos, los primeros, dados por las expectativas externas y por el temor marcado al rechazo y al abandono que presenta la persona; los segundos por su parte, presentes debido a la incapacidad para el establecimiento de límites, es de esta manera que el familiar tiende apoderarse de las conductas negativas del drogodependiente, llegando al punto de culparse por las mismas.

Las definiciones presentadas acerca de la temática, permiten evidenciar que la relación existente entre el familiar cuidador y el usuario de sustancias, está determinada por un nivel de involucramiento de carácter obsesivo, que afecta al cuidador en las diferentes áreas de su desarrollo, mediante la presentación de síntomas tales como, ira, baja autoestima, negación, sentimientos de culpabilidad, ansiedad, entre otros, que le llevan al punto de perder la confianza en sí mismos, adoptan siempre un papel salvador, pensando que es la única manera de ejercer control sobre la persona adicta.

Se ha descrito aquellos factores que permiten explicar el proceso mediante el cual los familiares presentan determinada sintomatología cuando cohabitan con un usuario de sustancias, sin embargo, es importante profundizar en un modelo que brinde una explicación integral a los mismos, esto es, la perspectiva sistémica.

Bowen (1991, citado en Isch y Lalama, 2015), entiende a la familia como un sistema, es así que, si un miembro de este se enfrenta a un cambio, el resto presentará conductas compensatorias frente al mismo, si se considera la adicción (síntoma) desde este modelo, el síntoma queda despatologizado, ya que se convierte en la mejor opción para el sistema familiar, debido a que ayuda a la familia a enfrentar la situación y recuperar la funcionalidad (Villacís, 2016).

Desde este modelo, la codependencia se explica debido a los bajos niveles de diferenciación (0-25) que presentan los familiares, siendo incapaces de orientarse a los hechos, ya que sus conductas están guiadas por los sentimientos, invierten su energía en la

búsqueda del reconocimiento por parte de los otros (Villacís, 2016), son personas que dan importancia al hecho de sentirse aceptadas y amadas, cayendo en una dependencia. Todo lo contrario, sucede cuando existe un nivel de diferenciación alto (75-100), en donde los sujetos están regidos por la parte intelectual; el proceso de diferenciación no es algo que se adquiera con facilidad, este se encuentra ligado de manera emocional al pasado, presente y futuro con las relaciones que la persona entabla con sus padres, cónyuges e hijos (Isch y Lalama, 2015).

A manera de síntesis, se puede evidenciar que desde el modelo sistémico la adicción constituye una respuesta que permite devolver a la familia la funcionalidad. La presencia de sintomatología por su parte, en los familiares, se explica debido a los procesos de indiferenciación existentes entre los miembros de la familia. El tema presentando podría ocupar un estudio completo acerca de esta problemática, no obstante, la información exhibida tiene la finalidad de mostrar la adicción y codependencia como factores que analizados desde el modelo transgeneracional quedan despatologizados.

1.3. Consumo de sustancias y sus repercusiones en la salud familiar.

Se presenta a continuación las repercusiones del consumo de sustancias en la salud familiar, sobre todo en el miembro de la familia que cumple el rol de cuidador, abordándose aquellas repercusiones que están relacionadas con el área psicológica, específicamente la depresión, la ansiedad y la autoestima, debido a la importancia de las mismas en el bienestar integral del individuo y de la familia.

1.3.1. Depresión y Ansiedad.

El impacto que la enfermedad (adicción) tiene en la salud psicológica de los familiares es percibido por algunos cuidadores sobre todo del género femenino como de mayor intensidad que las repercusiones a nivel físico. Mencionan problemas como depresión o ansiedad, además de sentirse irritables, nerviosos, tristes y agotados (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004).

En esta línea Zúñiga (2013), refiere que la presencia de síntomas depresivos puede explicarse debido al surgimiento de sentimientos de frustración e impotencia al no poder controlar la situación por la cual se encuentra atravesando el usuario, además, estos se ven potencializados por los comportamientos del consumidor. Por otra parte, la falta de estrategias de afrontamiento adecuadas ante diferentes situaciones generadoras de estrés, hacen que el cuidador tienda a presentar ansiedad y sentimientos de culpa frente a las conductas

desadaptativas de su familiar, llegando al punto de considerar estas como si fueran propias, asumiendo la responsabilidad de las mismas (Pérez y Delgado, 2003). Desde otra perspectiva los niveles de ansiedad y depresión pueden ser explicados por los niveles crónicos de estrés que experimentan (Andueza et al., 2012).

Los estudios existentes acerca de depresión y ansiedad en familiares de pacientes usuarios de sustancias son limitados, además, parten de la relación entre las dos variables y la codependencia, considerando éstas, como “síntomas o consecuencias” frente a la misma. En esta misma línea Fischer, Backe, Bonck, Riley y Worth (como se citó en D’Angelo y Menéndez, 2011) demostraron que la codependencia está relacionada de forma positiva con la depresión, la ansiedad, la autoestima, comportamientos compulsivos y auto-depreciación.

Así mismo, Pérez y Delgado (2003), en una muestra de 301 sujetos en la ciudad de Bogotá, involucrados en una relación afectiva con un consumidor crónico de sustancias psicoactivas, encontraron entre los principales síntomas, depresión, baja autoestima, no afrontamiento, focalización en el otro y necesidad auto negligente de ayudar. Por su parte, Zúñiga (2012), en su estudio en Perú, con 138 familiares pertenecientes a grupos, AL-ANON Y NAR-ANON, a quienes se les aplicó el inventario de depresión de Beck, encontró como principales resultados que un 33% de la muestra presentaba un nivel de depresión leve; un 32% depresión moderada y un 25% depresión severa. Al respecto Marcon, Rubira, Espinosa y Barbosa (2012), en su investigación referente a la calidad de vida y síntomas depresivos de cuidadores de dependientes de drogas del estado de Matto Grosso (Brasil), destacan la presencia de síntomas a nivel emocional (ansiedad, depresión, sensación de culpa, decepción frente a los procesos de recaída) además de una percepción de falta de apoyo social debido a la estigmatización que sufren estas familias.

En nuestro país son limitadas las investigaciones relacionadas con la temática, una de ellas es la realizada en la provincia del Azuay en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho (2016), donde se encontró como resultados principales que los familiares de pacientes alcohólicos presentan un riesgo mayor de desarrollar trastornos como ansiedad fóbica y somatizaciones, con menor riesgo de trastornos depresivos; por otro lado, si centramos nuestra atención en las esposas de los usuarios, éstas denotaron un mayor riesgo de ansiedad fóbica e ideación paranoide, sin embargo, no existió evidencia de trastornos depresivos, según las autoras este hecho podría estar relacionado con la intervención de tipo familiar brindado por el centro (Roldán y Sandoval, 2016).

Un estudio realizado en familias de jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas en edad escolar de 12 a 17 años, elaborado por Trujillo, Giraldo, Rodríguez, Layton y

González en la ciudad de Bogotá, en octubre del año 2015, concluyó la aparición de enfermedades tanto físicas como psicológicas en los familiares, quienes al mismo tiempo se niegan aceptar esta realidad de consumo debido a la edad que tienen sus hijos.

En pocas palabras y teniendo como base la literatura y estudios antes expuestos, se puede concluir que existen dos puntos de vista sobresalientes; el primero refiere que los sentimientos de impotencia, de frustración, la carencia de estrategias de afrontamiento adecuadas y los niveles de estrés crónicos generados al convivir dentro del contexto familiar con un paciente usuario de sustancias, permiten el surgimiento de síntomas depresivos y ansiosos, supuestos teóricos que se potencian en las investigaciones en familiares de drogodependientes realizadas en países como Perú, Colombia y Brasil. Mientras que el segundo punto de vista, resalta que las variables precitadas son consideradas como consecuencias de los procesos codependientes, dando a los mismos un origen multicausal.

1.3.2. Autoestima.

La autoestima según refiere Rosenberg (1965, citado en Ramos, 2012) es “la actitud valorativa que una persona tiene de sí mismo, o el comportamiento afectivo hacia uno mismo, que puede ser básicamente de aprecio y respeto o de menosprecio y rechazo” (p. 123). Considerada de importancia por su presencia en diversos cuadros clínicos como, estrés, depresión, trastornos alimentarios, trastornos de personalidad y en procesos ansiosos (Vázquez-Morejón, García-Bóveda y Vázquez Morejón, 2004). Frente a éstos, la autoestima se convierte al mismo tiempo, en un factor de vulnerabilidad, así como también, un síntoma de los mismos (Ramos, 2012).

Sin embargo, la visión de la autoestima con el paso del tiempo se ha modificado. En la actualidad no se considera como signo de salud mental un nivel elevado de autoestima, ni, mucho menos una baja autoestima es una señal de psicopatología, la importancia radica en poder reconocer si este sentimiento de valía está dado por factores externos o internos, desde esta perspectiva, los familiares, brindan mayor importancia a la opinión del usuario, de esta manera perciben que su trabajo no es valorado, ni reconocido, lo que afecta en su autoestima (Moreira de Souza y Turrini (2011), citados en Arquillo, 2016).

Delicado, Alcarria, Ortega, Alfaro y García (2010), en su estudio relacionado con autoestima, apoyo familiar y social, obtuvieron como resultado, puntuaciones elevadas de autoestima (78.4%), los familiares consideran su labor de cuidado como una característica positiva, llegando a sentirse satisfechos consigo mismos. Desde otra perspectiva las investigaciones de Sánchez Herrero, Sánchez López y Aparicio García (2011), muestran niveles bajos de autoestima en mujeres cuidadoras de drogodependientes.

En base a lo expuesto, se puede evidenciar, que la autoestima cumple un rol fundamental dentro de los procesos psicopatológicos debido a la doble función que tiene frente a los mismos, actuando como síntoma y factor de vulnerabilidad al mismo tiempo. Por otra parte, los datos de los estudios presentados llevan a concluir que la labor de cuidado ejercida por los familiares, es una característica positiva que ayuda a fomentar los niveles de autoestima en éstos, sin embargo, una falta de reconocimiento por parte del usuario de la labor realizada por el cuidador para con él, puede generar bajos niveles de autoestima, siendo éstos el resultado de la influencia de factores externos sobre todo la opinión de otros.

1.4. Estrategias de afrontamiento familiar.

Antes de profundizar en la temática, es importante señalar una definición de afrontamiento desde una perspectiva individual, se parte de la expuesta por Lazarus y Folkman (1986, citados en Gutiérrez y Johelis, 2017), quienes lo definen como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas externas o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo” (p. 52), propuesta aceptada hasta la actualidad. Para estos autores el nivel de estrés, su intensidad y la calidad de la respuesta emocional que genere en la persona una situación determinada, dependerá de la valoración psicológica que se le brinde a la misma (Guarín y Ulloa, 2017).

Afrontar la enfermedad de un familiar, resulta ser una situación complicada, debido a los dilemas a los que se enfrentan. Si se considera la adicción (enfermedad) como un factor estresante de tipo social, esta pone a prueba los recursos que tiene la persona no sólo en la parte individual sino también en lo familiar, de esta manera se habla de “afrontamiento familiar” cuando nos referimos a los mecanismos de apoyo intrafamiliares, a los que se recurre con el fin de asegurar el bienestar de cada integrante de la familia incluido el enfermo, estos mecanismos de autorregulación posibilitan el funcionamiento adecuado de la familia (Fernández como se citó en Blanco, 2013).

Por su parte, Louro Bernal (2004, citado en Serrano, Rodríguez y Louro, 2011), define el afrontamiento familiar como:

Capacidad que tiene la familia de interactuar con la realidad, movilizándose y tomando decisiones en la búsqueda de la solución a los problemas; en cuyo proceso interactivo establece un estilo predominante para afrontar dicha realidad en dependencia de la experiencia al afrontamiento a otras crisis y del funcionamiento familiar, según define esta autora, el afrontamiento puede ser constructivo cuando se asumen actitudes y

comportamientos favorables a la salud o destructivo, cuando ocurre lo contrario (p.132).

Los estudios encontrados en relación a las estrategias de afrontamiento señalan de manera general, dos formas de hacer frente a las situaciones, una activa (comprometido, tolerante, centrípeta) y una pasiva (retirada, centrífuga, evasivo, independiente).

En esta línea Orford et al., (2010a), refieren que existen tres patrones de hacer frente a una problemática, mismos que marcan no sólo la salud y el bienestar del familiar cuidador, sino también la evolución favorable del proceso de recuperación; estos patrones son:

- Enfrentamiento tolerante: los familiares adoptan una posición de inacción, sacrificio o apoyo frente al consumo, no aceptan este, pero lo apoyan. Esta situación es difícil de comprender a los ojos de terceros, quienes consideran a estos familiares como personas codependientes, dejando de lado el hecho de que simplemente son formas naturales de reaccionar frente a situaciones estresantes.
- Enfrentamiento de retirada: existe distanciamiento físico o emocional frente al problema, mediante el involucramiento en otras actividades, se produce una ganancia secundaria de independencia con el propósito de poseer una mejor calidad de vida.
- Enfrentamiento comprometido o involucramiento: presencia de discusiones constantes que tienen la finalidad de disuadir al usuario para que abandone el consumo, los familiares ponen como justificativo los efectos negativos de su comportamiento sobre ellos y el daño ocasionado (pp. 14-17).

En este contexto, las respuestas de afrontamiento dependerán de la relación afectiva, existente entre los miembros del grupo familiar y el usuario, pudiendo considerarse dos patrones de respuesta, tal como lo señala Kornblith (1996, citado en Blanco, 2013):

- Tendencia centrípeta: caracterizada por la unión excesiva con el familiar usuario, este pasa a ser el centro de las interacciones.
- Tendencia centrífuga: las interacciones familiares no están relacionadas con el proceso adictivo, razón por la cual el cuidado del familiar usuario, recae sobre una sola persona (p. 48).

Por su parte Guarín y Ulloa (2016), centran su atención en dos estilos de afrontamiento, encontrados en su estudio, uno de ellos enfocado a modificar o eliminar conductas adictivas del familiar usuario para poder recuperar el control de la situación, se habla de un estilo comprometido (96%). Por otro lado, existe la tendencia de los familiares de garantizar su independencia frente al consumo, este hecho impide la aparición de síntomas

físicos y psicológicos y favorecen la aceptación de una intervención psicológica, a pesar de estar afectados, las familias utilizan estrategias que les permiten enfocarse en su bienestar, se trata así de un estilo independiente (4%).

Los resultados encontrados por las autoras precitadas, coinciden con lo hallado por Natera, Medina, Callejas, Juárez y Tiburcio (2011), ambos señalan que la dimensión más utilizada es el afrontamiento comprometido. Los familiares, descuidan su bienestar para enfocarse en el cuidado del usuario, priorizando la estabilidad familiar.

Un estudio realizado en familias de adolescentes drogodependientes del Centro de Deshabitación de La Habana (2009), en el cual participaron 11 familias, obtuvo como resultado la existencia de un afrontamiento familiar del tipo evasivo, el cual limita la toma de decisiones y perjudica la recuperación de los hijos debido a la falta de involucramiento (Serrano et al., 2011).

Serrano (2015) por su parte, realizó una investigación de carácter cualitativo sobre el afrontamiento familiar ante enfermedades crónicas en niños y adolescentes, presentando tres tipos de familias enfrentadas a diferentes enfermedades, encontrando los siguientes resultados:

- Caso 1. Familias con niños de edad escolar (6-11 años) diagnosticados con anemia drepanocítica (N=13): patrón de afrontamiento encontrado. -Unión y cooperación familiar.
- Caso 2. Familias con niños de cero a cuatro años de edad con padecimiento de Parálisis Cerebral (N=11): afrontamiento familiar desmotivado debido a que con el paso del tiempo la familia experimenta pérdida de recursos tanto económicos como sociales además de problemas en la funcionalidad.
- Caso 3. Familias con adolescentes (11-18 años) con algún trastorno por el uso de sustancias: (N=11). Se evidencia un rol protagónico de la madre en la crianza de los hijos, caracterizado por una historia de maltrato marcada además de conductas negligentes, el estilo de afrontamiento evidenciado fue, afrontamiento familiar evasivo (pp. 719-727).

Partiendo de la literatura y los estudios referidos, se puede evidenciar que hablar de afrontamiento, es hablar de recursos y capacidades, tanto del individuo como de la familia, que permiten enfrentarse a diferentes situaciones problemáticas y tomar decisiones adecuadas a favor de mantener no sólo la funcionalidad dentro del grupo familiar, sino garantizar también el bienestar de sus miembros. Por otra parte, se puede observar que existen distintos estilos de afrontamiento que posibilitan dos tipos de respuestas, una activa

relacionada con la ejecución de actitudes de enfrentamiento y por otro lado, una manera pasiva mediante conductas de retirada con las cuáles se gana mayor independencia frente a la problemática. No se puede determinar con claridad las bondades o limitaciones de los patrones de afrontamiento presentados, o si la utilización de uno de ellos protege a los familiares del padecimiento de sintomatología física o psicológica, cada uno de ellos se puede mirar desde dos perspectivas, según los beneficios que aporten al familiar cuidador y desde los que se brinden al usuario. Independientemente del estilo presentado, los familiares realizan los esfuerzos necesarios para recuperar la funcionalidad familiar.

CAPÍTULO 2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general.

- Determinar la relación entre depresión, ansiedad y autoestima con los estilos de afrontamiento de los familiares de usuarios de sustancias.

2.1.2. Objetivos específicos.

- Describir las características sociodemográficas y familiares de la muestra de estudio.
- Identificar los niveles de depresión, ansiedad y autoestima de los familiares de usuarios de sustancias.
- Identificar los estilos de afrontamiento utilizados por los familiares de usuarios de sustancias.
- Conocer la relación existente entre depresión, ansiedad y autoestima con los estilos de afrontamiento de los familiares de la muestra de estudio.

2.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los familiares de usuarios de sustancias?
- ¿Cuáles son los niveles de depresión, ansiedad y autoestima de los familiares de personas drogodependientes?
- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan los familiares frente al consumo de sustancias de un familiar?
- ¿Existe relación entre depresión, ansiedad y autoestima con estrategias de afrontamiento utilizadas por los familiares de los usuarios de sustancias?

2.3. Contexto de la investigación

La presente investigación fue realizada en dos centros de recuperación pertenecientes a la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, ambos cuentan con un equipo multidisciplinario conformado por psicólogos, médico psiquiatra, trabajador social, nutricionista entre otros profesionales que ayudan en el proceso de recuperación de los usuarios. Por motivos de confidencialidad otorgada a los participantes del estudio, se omitirá el nombre de los lugares de rehabilitación, sin embargo, en la tabla 2 se describen las principales características de los

mismos.

Tabla 2: Características de los centros de recuperación

Características	Centro 1	Centro 2
Grupo etario	Adolescentes varones de 12 a 18 años. Adultos varones mayores de 18 años.	Adolescentes varones de 12 a 18 años.
Objetivo	Diagnosticar y tratar psicoterapéuticamente los problemas de drogodependencia y/o alcoholismo, mediante un tratamiento integral en los aspectos. Bio-psico-socio-cultural y espiritual (Proyecto de vida).	Manejar las conductas adictivas a través de la cooperación. Mejorando la concepción que se tiene sobre el consumo de sustancias considerando así un problema que requiere una intervención que permita maximizar oportunidades.
Misión	Ayudar a los jóvenes adolescentes y adultos afectados por el uso de alcohol y otras drogas, con la finalidad de encaminarlos en la consecución de objetivos socialmente deseables.	Ayudar a la población adolescente afectada por el consumo de sustancias a alcanzar su rehabilitación y reinserción, basándose en el planteamiento de sus necesidades como medio para lograr una vida sana, siempre con un enfoque en la integridad del ser humano.
Visión	El centro de tratamiento para las adicciones, se ha planteado el desafío y la meta de orientar, motivar, reeducar y rehabilitar; a los jóvenes que manifiestan problemas por el uso indebido de alcohol y otras drogas que le han ocasionado dificultades en su crecimiento emocional, en su personalidad y en su conducta.	Mantener un tratamiento integral en salud mental y física, además del desafío de romper con las estructuras antagónicas de las técnicas de rehabilitación, promoviendo así un proceso sano e íntegro cuya principal finalidad es el trato humano y responsable.

Fuente: directores de los centros de rehabilitación.
Elaborado por: Suárez Pesántez Karla.

2.4. Diseño de la investigación

El presente trabajo investigativo se enmarcó en el diseño de estudio cuantitativo no experimental: cuantitativo debido a que se obtuvo una muestra de manera discriminada, que cumplió las características necesarias en relación a los objetivos planteados, siendo representativa de la población de estudio, además permitió la recolección de información objetiva y libre de los prejuicios. Por otra parte, este tipo de investigación se fundamentó en teorías y estudios previos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Se trató de una investigación de carácter descriptivo no experimental, que permitió identificar determinadas variables de la muestra estudiada. De tipo transversal, ya que los datos fueron recolectados en un tiempo y momento único. Por último, fue un estudio de tipo correlacional donde se valoró la relación existente entre las diferentes variables asociadas al fenómeno de estudio (Hernández Sampieri et al., 2014).

Los resultados fueron representados desde dos puntos de vista, inicialmente se mostró el nivel general de cada variable y su comportamiento mediante medidas de tendencia central y dispersión, además se categorizaron los resultados en variables ordinales para determinar la proporción de personas presentes en cada categoría, las cuales se figuran mediante frecuencias absolutas y porcentuales. Para una mejor comprensión se utilizó diagramas de cajas y bigotes, histogramas y gráficos de columnas.

Se empleó la prueba de comprobación de normalidad de datos Kolmogórov-Smirnov, además de pruebas no paramétricas para la comparación de medias de las variables de estudio, y para establecer la relación entre variables se empleó el coeficiente de correlación Rho de Spearman, Las decisiones fueron tomadas con una consideración de significancia de .05. La edición de tablas y gráficos se realizó en Excel 2016 y el procesamiento de los datos en el programa estadístico SPSS 23.

2.5. Muestra

En total el estudio fue realizado con 60 familiares de los usuarios de sustancias, 17 hombres y 43 mujeres de entre 19 y 58 años de edad. La muestra seleccionada fue de carácter no probabilístico, accidental y de accesibilidad. Se consideró como criterios de inclusión y exclusión los siguientes parámetros:

2.5.1. Criterios de inclusión.

- Familiares de primer y segundo grado de consanguinidad de usuarios de sustancias ingresados en los centros de rehabilitación.
- Cónyuges de usuarios de sustancias ingresados en los centros de rehabilitación.
- Personas mayores de edad.

2.5.2. Criterios de exclusión.

- No ser familiar de primer y segundo grado de consanguinidad de la persona que se encuentra bajo proceso de internamiento.
- No ser cónyuges de usuarios de sustancias ingresados en los centros de rehabilitación.
- Ser menor de edad.

2.6. Procedimiento

Se procedió a realizar los contactos pertinentes con los directores de los centros de rehabilitación con el fin de solicitar autorización para realizar la investigación, inicialmente existió la apertura al trabajo con los usuarios más no con los familiares debido a diferentes razones manifestadas por los directores, sin embargo, luego de dar a conocer la propuesta de una forma más específica se consiguió la aprobación de dos centros para la ejecución del trabajo investigativo.

En el centro de rehabilitación 1 se inicia el proceso en el mes de junio con la finalidad de conocer el funcionamiento del centro, así como también tener un acercamiento a los usuarios y familiares, en un principio se consideraba a este centro como el único para el desarrollo del trabajo, sin embargo, con el paso de los meses se evidencia que la presencia de los familiares en las terapias multi familiares comprende un número limitado, es por esta razón que se solicita la autorización en el centro de rehabilitación 2, cuyo director brinda las facilidades necesarias para la elaboración del estudio. A cada uno de los directos se les explicó de manera detallada el proceso investigativo y dentro de esto, se dio a conocer los reactivos a utilizarse.

Es importante señalar que la administración de los cuestionarios dentro del centro 1 se estableció en dos momentos: primero un trabajo con los usuarios para llegar a conocer su

realidad familiar y un segundo momento con los familiares dentro de la terapia multi-familiar para la aplicación de los reactivos.

En el centro de rehabilitación 2, la mayor parte de información, así como la aplicación de reactivos se realizó de manera personal en las entrevistas individuales realizadas a los familiares que asistían a terapia, las mismas que tuvieron una duración de una hora aproximadamente durante una o dos sesiones.

Luego de recolectada la información se procedió a llenar una base de datos en el programa SPSS- 23 para luego proceder al procesamiento de los mismos y al análisis de los resultados.

2.7. Instrumentos de recogida de datos

2.7.1. Encuesta sociodemográfica.

Se administró una encuesta sociodemográfica elaborada ad hoc, instrumento que permitió recopilar información que brindó una visión más profunda. La encuesta consto de 14 preguntas divididas en 3 dimensiones:

- Dimensión 1 - aspectos personales: formada por seis preguntas destinadas a la recolección de datos tales como: ciudad de procedencia, centro de internamiento, género, edad, ocupación y estado civil.
- Dimensión 2 - datos del familiar: constituida por seis preguntas que permitieron conocer datos significativos referentes al familiar bajo proceso de internamiento: parentesco, edad, género, tipo de sustancia que consumía el usuario, tiempo de consumo y número de internamientos.
- Dimensión 3 - relación familiar: formada por dos preguntas, con las cuales se profundizó en el tipo de familia y la relación que existente con el usuario.

2.7.2. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996, versión adaptada al español y validada por Sanz y Vázquez, 2011).

El BDI-II es un autoinforme utilizado para medir la presencia y la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes de 13 años o más, que presentan trastornos psicológicos, sin embargo, es empleado también, en población general. Fue

desarrollado por Beck, Steer y Brown (1996) y adaptada al español y validado por Sanz y Vázquez (2011), luego de realizar importantes modificaciones al BDI-I y el BDI-IA, con la finalidad de que el test cubra los criterios diagnósticos señalados para los trastornos depresivos (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003).

Constituido por 21 ítems, tipo Likert, que valoran los siguientes síntomas depresivos: estado de ánimo (tristeza), pesimismo, sentimientos de fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, insatisfacción con uno mismo, auto-críticas, pensamientos o deseos de suicidio, tendencia al llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, inutilidad, pérdida de energía, cambios en el patrón de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga, y pérdida del interés por el sexo (Arquillo, 2016, p. 164).

Puede ser aplicado de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. El tiempo requerido para el mismo oscila entre 5 y 10 minutos para ser completado. Se solicita a las personas que van a ser evaluadas que elijan las afirmaciones características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, en el caso de existir dos afirmaciones que sean aplicables a su caso se le pide que escoja aquella opción de mayor valor o rango. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, que va de 0 a 3 puntos, en donde 0 equivale a nada en absoluto, 1 levemente, 2 moderadamente y 3 gravemente. (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, "COP", 2013):

Los ítems 16 y 18 presentan siete opciones de respuesta, sin embargo, manejan los mismos parámetros de calificación. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. La calificación del reactivo se realiza de forma manual, en donde la respuesta constituye la suma de los 21 ítems, cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos, a partir de esto se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos (COP, 2013):

- 0-13: mínima depresión
- 14-19: depresión leve
- 20-28: depresión moderada
- 29-63: depresión grave.

Sus propiedades psicométricas están ampliamente demostradas estando sus ítems en concordancia con los criterios diagnósticos presentados por el DSM-IV y CIE 10, además, se

han realizado diversos estudios empíricos de validación. En cuanto a su consistencia interna, se han encontrado coeficientes de fiabilidad superiores a 0.85 (Sanz et al., 2003).

2.7.3. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck y Steer, 1988, versión adaptada al español y validada por Sanz, Vallar, de la Guía y Hernández, 1990 – 1993).

Autoinforme ampliamente utilizado para valorar la presencia de síntomas de ansiedad y su gravedad, en población clínica como no clínica a partir de los 13 años. Desarrollado por Beck y Steer (1988) y adaptado al español y validado por Sanz, Vallar, de la Guía y Hernández, se han publicado dos ediciones del manual original en los años 1990 y 1993, sin embargo, no ha existido variaciones en el contenido del instrumento. Evalúa síntomas fisiológicos, aspectos cognitivos y afectivos (COP, 2013).

Constituido por 21 ítems, tipo Likert, puede ser aplicado de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. El tiempo requerido para el mismo oscila entre 5 y 10 minutos. Se solicita a las personas que van a ser evaluadas que contesten sobre la gravedad de los síntomas durante la última semana. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, que va de 0 a 3 puntos, en donde 0 equivale a en absoluto, 1 levemente, 2 moderadamente y 3 gravemente en una escala de 4 puntos (COP, 2013).

Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Después de realizar el sumatorio total de los 21 ítems se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos (COP, 2013):

- 0-7 ansiedad normal
- 8-15 ansiedad leve
- 16-25 ansiedad moderada
- 26- 63 ansiedad grave

Para determinar su consistencia interna se han realizado diversos estudios, en los cuales se han encontrado coeficientes de fiabilidad superiores a 0.85 (Sanz et al., 2003).

2.7.4. Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965, adaptación española realizada por Atienza, Balaguer y Moreno, 2000).

Es un cuestionario que permite explorar la autoestima personal, sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo, refleja la relación entre autoimagen real y autoimagen ideal, basada en el modelo unidimensional de Guttman. Consta de 10 ítems, los cinco primeros enunciados de forma positiva y los cinco últimos de forma negativa, de esta manera se controla el efecto de la aquiescencia. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, que van del 1 al 4, en donde, 1 (D) equivale a muy en desacuerdo, 2 (C) en desacuerdo, 3 (B) de acuerdo y 4 (A) muy de acuerdo (Vázquez-Morejón et al., 2004).

En los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4. Al realizar la suma de todos los ítems se obtienen tres posibilidades de clasificación (Vázquez-Morejón et al., 2004):

- Puntuación entre 0 y 25: Autoestima baja.
- Puntuación entre 26 y 29: Autoestima media.
- Puntuación entre 30 y 40: Autoestima elevada.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el coeficiente alfa de Cronbach muestra, para consistencia interna, una puntuación de 0.87 (Vázquez-Morejón et al., 2004).

2.7.5. Cuestionario de Afrontamiento (Orford, 1998, validada para Venezuela por Guarín y Ulloa, 2016).

Los estilos de afrontamiento que adquieren las personas frente a situaciones de estrés han sido objeto de estudio desde diferentes perspectivas, es por esta razón que se han creado diversas escalas que permiten profundizar en esta temática, a partir de estos instrumentos y gracias a las adaptaciones realizadas estos han servido de base para el desarrollo de nuevas propuestas (Guarín y Ulloa, 2016).

El cuestionario empleado para esta investigación parte de la validación del Cuestionario de Afrontamiento (CQ) en familiares de usuarios de drogas, derivado del modelo Tensión, Estrés, Afrontamiento, Salud y Apoyo (SSCS), a partir del estudio realizado por

Orford y colaboradores en el año 1998 entre dos grupos de contraste socioculturales (107 familiares mexicanos y 100 familiares ingleses), al ejecutar un análisis factorial se redujo el número de ítems de 68 a 30 que permitían medir tres tipos de afrontamiento, mismos que obtuvieron un Alpha de Cronbach de: 0.80 para el Afrontamiento Comprometido, 0.72 para el Afrontamiento Tolerante y para el tercer factor denominado Afrontamiento Apartado un alfa de 0.77, en lo que respecta a la prueba total se evidenció un alfa de 0.69 (Guarín y Ulloa, 2016).

Por su parte Guarín y Ulloa (2016) realizaron un estudio con familiares de usuarios de drogas que acuden a centros de atención pública, centros de reclusión, reten de menores y grupos de apoyo Al-annon de los estados Lara, Barinas, Miranda, Guárico y Yaracuy en Venezuela, con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas de la versión mexicana del Cuestionario de Afrontamiento (CQ), luego del análisis factorial respectivo las investigadoras reducen el número de ítems de 30 a 23, señalando dos tipos de afrontamiento:

- Afrontamiento comprometido (C): resultado de la sumatoria de los ítems (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 20, 21 y 22). La máxima calificación posible en esta subescala son 51 puntos.
- Afrontamiento Independiente (I): resultado de la sumatoria de los ítems (1, 10, 13, 18, 19 y 23). La máxima calificación posible en esta subescala es 18 puntos.

Como se ha mencionado antes el cuestionario consta de 23 ítems, que presentan cuatro opciones de respuesta, 0 (no), 1 (si, 1 o 2 veces), 2 (si, algunas veces) y 3 (si, con frecuencia).

Para lograr una adecuada aplicación del reactivo es necesario que la persona que se somete al mismo conviva con el usuario de sustancias al menos durante tres meses, de esta manera, el cuestionario permite conocer las formas de responder ante situaciones de consumo, independientemente del tipo de relación que el familiar posea con el paciente, por último, las investigadoras encontraron que la confiabilidad del instrumento obtuvo un Alpha de Cronbach (α) mínimo aceptable 0.70 y el máximo de 0.90 (Guarín y Ulloa, 2016).

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este apartado comienza con una descripción de la muestra en base a las variables sociodemográficas y familiares consideradas en este estudio, para luego profundizar en aquellos datos referentes a los niveles de depresión, ansiedad y autoestima. Y finalmente con un análisis correlacional entre las variables psicológicas y los estilos de afrontamiento.

La tabla 3 detalla los datos referentes a las características sociodemográficas de los familiares participantes en el estudio, por su parte, la tabla 4 muestra los datos relacionados con el usuario de sustancias.

Tabla 3. Datos sociodemográficos de familiares de usuarios de drogas

Edad		Mínimo: 19 años		Máximo: 58 años		Media: 37.63 años		DE: 11.6		
		n	%			n	%			
GÉNERO	Masculino	17	28.3	TIPO DE FAMILIA	Nuclear	47	78.3			
	Femenino	43	71.7		Ampliada	2	3.3			
ESTADO CIVIL	Soltero	15	25.0		Monoparental	8	13.3			
	Casado	37	61.7		Reconstituida	2	3.3			
	Unión libre	2	3.3		Padres migrantes	1	1.7			
	Divorciado	3	5.0		Padre	11	18.3			
	Viudo	3	5.0		Madre	24	40.0			
OCUPACIONES	Abogado	1	1.7		PARENTESCO	Hermanos	15	25.0		
	Chofer	5	8.3			Esposa	1	1.7		
	Comerciante	20	33.3			Hija	2	3.3		
	Empacador	1	1.7	Padrastró		1	1.7			
	Empleada doméstica	2	3.3	Abuela		1	1.7			
	Enfermero	1	1.7	Tíos		3	5.0			
	Estudiante	10	16.7	Enamorada		2	3.3			
	Ing. en sistemas	2	3.3	TIPO DE RELACIÓN		Distante	20	33.3		
	Militar retirado	1	1.7			Cercana	24	40.0		
	Operador	2	3.3			Distante y conflictiva	16	26.7		
	Psicóloga Educativa	1	1.7	CONSUMO DE SUSTANCIAS DENTRO DEL GRUPO FAMILIAR	No	37	61.7			
	Ama de casa	14	23.3		Si	23	38.3			

Fuente: Encuesta sociodemográfica
Elaborado por: Suárez Pesantez Karla

Como se muestra en la tabla 3, el género de los participantes es mayoritariamente femenino (71.7%). Este dato está en consonancia con lo presentado por Arquillo (2016), en su estudio con familiares cuidadores de drogodependientes, cuya muestra estaba constituida por un 84.4% de mujeres. Roldán y Sandoval (2016) por su parte, en su investigación realizada en el Hospital Humberto Ugalde Camacho de la ciudad de Cuenca, encontraron que la mayor parte de personas que asistían a las reuniones familiares de pacientes alcohólicos, correspondían al sexo femenino (68.75%). Por último y tal como lo expresa Achury et al.,

(2011) y Arquillo (2016), el cuidado del familiar enfermo crónico sigue siendo hasta la actualidad función de la mujer, supuesto teórico que coincide con los resultados de este estudio.

Por otra parte, se encontró que 61.7% de los participantes eran casados; un 78.3% pertenecían a familias de tipo nuclear. Un aspecto a resaltar fue el tipo de relación familiar predominante, la cual fue la de tipo cercana con un 40%, seguida del tipo de relación distante con un 33.3%, partiendo de los supuestos teóricos presentados por Orford et al., (2010), quiénes explican que cuando surge la adicción la relación con el usuario se vuelve conflictiva y en ocasiones violenta lo que produce que la familia se aleje del mismo.

Se evidenció además que un 38.3% de los familiares manifestaron que dentro del grupo familiar existe un miembro que presenta consumo de sustancias, fuera del familiar internado, esto puede ser considerado un factor de riesgo capaz de determinar consumo de sustancias en los integrantes del grupo familiar a edades tempranas tal como lo expresa López et al., (2013).

Tabla 4. Datos sociodemográficos de los usuarios de drogas

Edad:		Mínimo: 14 años	Máximo: 45 años	Media: 23.29	DE: 8.9			
Estado civil	Soltero	33	86.8	Ocupación	Agricultor	3	7.89	
	Casado	5	13.2		Comerciante	7	18.42	
Lugar de residencia	Cuenca	22	57.9		Desempleado	2	5.26	
	Piñas	3	7.9		Estudiante	23	60.52	
	Azogues	5	13.2		Guardia	1	2.63	
	Quevedo	2	5.3		Operador	2	5.26	
	Biblián	1	2.6		Sustancia de consumo	Alcohol	14	36.8
	Machala	2	5.3			Múltiples sustancias	18	47.4
	Cañar	1	2.6			THC	6	15.8
	Sucúa	1	2.6					
	Quito	1	2.6					

Fuente: Encuesta sociodemográfica
Elaborado por: Suárez Pesantez Karla

La tabla 4 muestra los datos sociodemográficos de los usuarios internados en los dos centros de rehabilitación. Se trabajó con un total de 38 personas, con edades comprendidas entre los 14 y 45 años, la edad media obtenida fue de 23.29 (DE=8.9).

El 86.8% fueron solteros; 57.9% residían en la ciudad de Cuenca, 13.2% en Azogues, y el 28.9% restante pertenecían a las ciudades de Piñas, Quevedo, Biblián, Machala, Cañar, Sucúa y Quito. Por otra parte, el 47.4% mantenían un consumo de múltiples sustancias, el 36.8% consumían alcohol y el 15.8% restante THC.

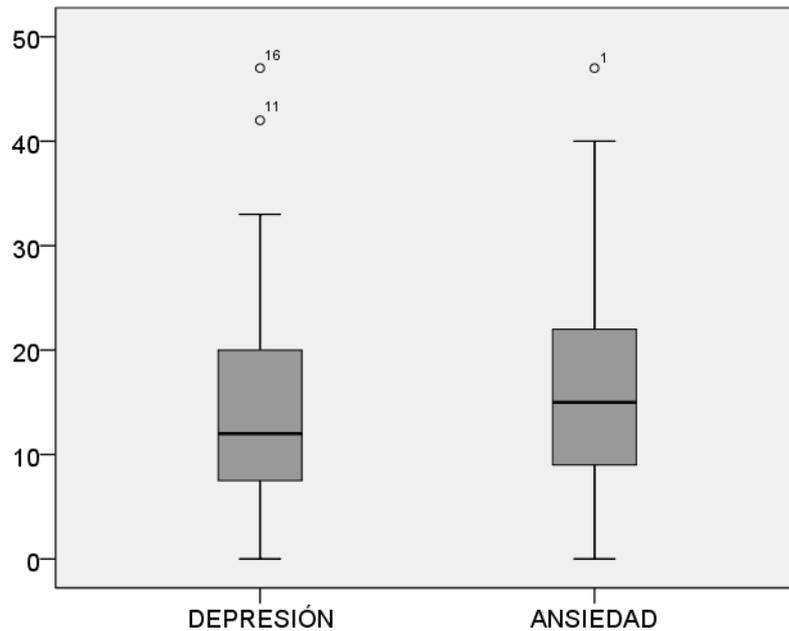


Figura 1: Distribución de depresión y ansiedad.

Fuente: Inventario de Depresión de Beck-II, Inventario de Ansiedad de Beck
Elaborado por: Suárez Pesantez Karla

Con respecto a las variables depresión y ansiedad, se encontró que la valoración de depresión fluctuó entre 0 y 47 puntos, con una media de 14.52 (DE=9.69) muy por debajo de la media de la escala (31.5). En la figura 1 se observa que el 25% de participantes con mayores niveles de depresión mostraron una puntuación sobre los 20 puntos. En lo que respecta a la variable ansiedad, se registró puntajes de oscilación similares a los de depresión, con una media de 16.12 (DE=10.39). Por su parte el comportamiento de los datos en el caso de la ansiedad fue más disperso, con un caso atípico (caso 1), en tanto que el 50% de los datos (Rango Inter cuartil) obtuvo puntajes entre 7.25 y 20 puntos.

Frente a este hecho se puede reconocer que la mitad de los datos referentes a la ansiedad estaban ubicados entre una ansiedad leve y moderada a diferencia de la depresión en la cual solo un 25% obtuvo puntajes mayores a 20 puntos en la escala de calificación.

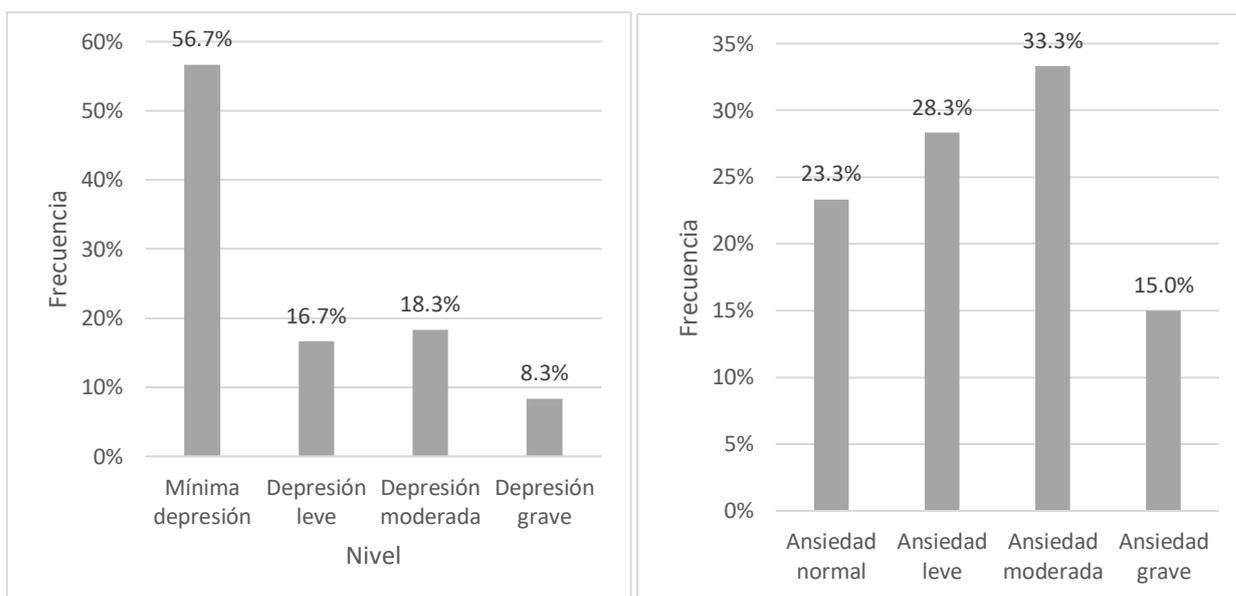


Figura 2. Distribución de depresión y ansiedad.
 Fuente: Inventario de Depresión de Beck-II, Inventario de Ansiedad de Beck
 Elaborado por: Suárez Pesantez Karla

Como se muestra en la figura 2, se encontró que el 56.7% de los participantes presentaron un nivel mínimo de depresión, a diferencia de la ansiedad en la cual un 33.3% denotaron una ansiedad moderada. Solo se registró un 8.3% de casos de depresión grave y un 15% de casos con ansiedad grave.

Los resultados encontrados en esta investigación se ajustan de manera parcial a los aportes de Zúñiga (2012) en su estudio realizado en Arequipa con 90 familiares directos de adictos al alcohol y otras drogas, en grupos de familias Al-Anon y Nar-Anon, que mostró que el 33.3% de la población total presentó un nivel leve de depresión, seguido de un 25.6% con un nivel moderado. En tanto que en este estudio los niveles de mínima depresión sobrepasan el 50%.

Coincide también con el estudio presentado por Roldán y Sandoval (2016) en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, donde se encontró que los familiares de pacientes alcohólicos presentan un riesgo mayor de desarrollar trastornos de tipo ansioso (17.5%) y somatizaciones (11.3%), con menor riesgo de trastornos depresivos.

Para García-Calvante et al., (2004), los familiares de cuidadores perciben un mayor impacto de la enfermedad de un familiar en la salud psicológica, con la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. Desde otro punto de vista, Zúñiga (2012) explica el surgimiento de los mismos, debido a los sentimientos de frustración, impotencia, sentimientos

de culpa y carencia de estrategias de afrontamiento adecuadas. Así como también debido a los niveles de estrés prolongados que atraviesan los familiares (Andueza et al., 2012).

Se debe recordar que una gran cantidad de estudios, parten de la relación existente entre la depresión y la ansiedad con la codependencia, considerando estas variables, como síntomas o consecuencias frente a la misma, es así que se ha encontrado, que existe una correlación fuerte y positiva de la codependencia con depresión, ansiedad y autoestima. (D'Angelo et al., 2011).

En resumen, se puede evidenciar la diferencia encontrada entre los niveles de depresión y ansiedad, en la variable depresión el porcentaje más alto se observa en depresión mínima, en tanto que, los mayores porcentajes de ansiedad, se centran en ansiedad moderada. Datos que coinciden con los estudios realizados en Arequipa y Cuenca. Por otra parte, la presencia de síntomas ansiosos puede estar vinculado a con sentimientos de frustración y culpa, así como también con estrategias de afrontamiento inadecuadas, además se podría considerar como una manifestación de un proceso de codependencia, o el resultado de niveles de estrés generados frente al proceso de internamiento del familiar.

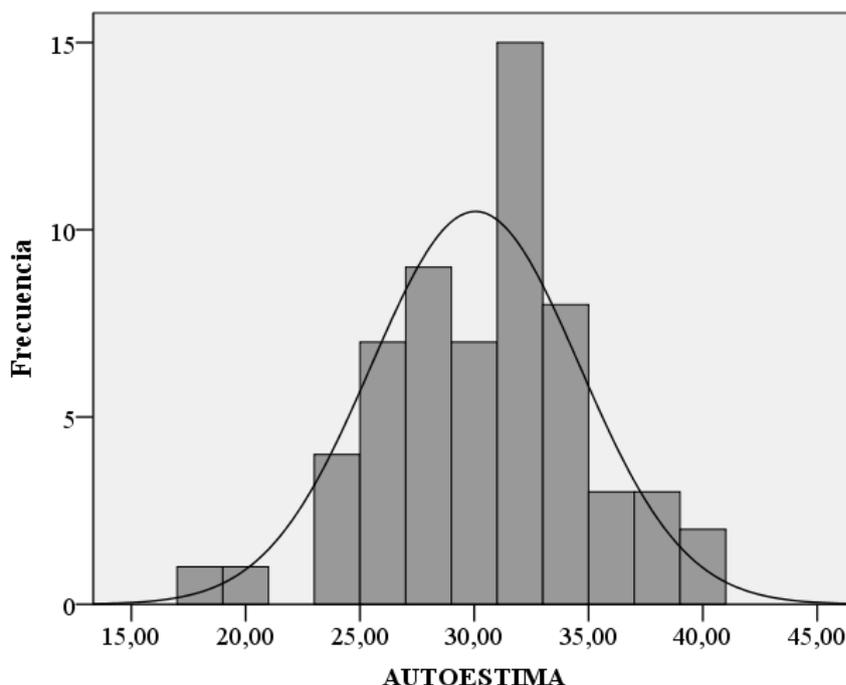


Figura 3: Distribución de autoestima.
Fuente: Escala de Autoestima
Elaborado por: Suárez Pesantez Karla

La valoración de la autoestima por su parte osciló entre 18 y 40 puntos, con una tendencia hacia los valores positivos (Asimetría = $-.089$), con una media de 30.05 por encima de la media de la escala (25) y una baja dispersión de datos ($DE=4.56$). La distribución se muestra en la figura 3.

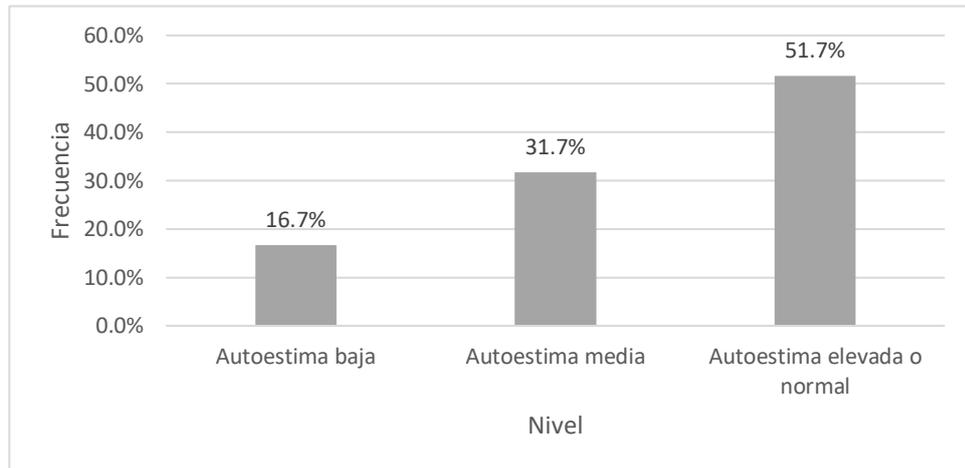


Figura 4: Niveles de autoestima.
Fuente: Escala de Autoestima
Elaborado por: Suárez Pesantez Karla

Además, como se muestra en la figura 4, el 51.7% de los participantes exhibieron una autoestima elevada, el 31.7% una autoestima media y el 16.7% una baja autoestima. Como se puede evidenciar existe una tendencia hacia valores altos, este hecho coincide con los resultados presentados por Delicado et al., (2010), en cuyo estudio los cuidadores familiares de personas dependientes, obtuvieron puntuaciones elevadas de autoestima.

Desde otro punto de vista, este estudio discrepa de lo presentado por Martins (2012), quien señaló la presencia de una baja autoestima en las personas codependientes, de la misma manera, con los aportes de Pérez y Delgado (2003) y Moreira de Souza y Turrini (2011, citado en Arquillo, 2016), quienes refieren que la baja autoestima está relacionada con la falta de reconocimiento del trabajo realizado.

En conclusión, los niveles elevados de autoestima de los familiares encontrados en el estudio pueden estar relacionados con el hecho de que perciben que las acciones realizadas frente al proceso de consumo del usuario son reconocidas y valoradas ante los miembros de su familia.

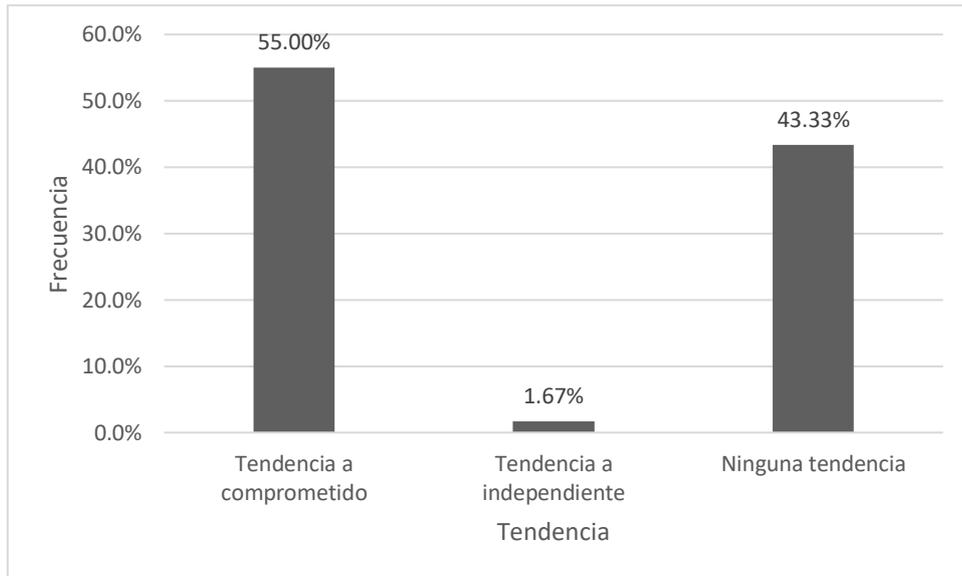


Figura 5: Estilos de afrontamiento.
 Fuente: Cuestionario de afrontamiento.
 Elaborado por: Suárez Pesantez Karla.

En relación a los estilos de afrontamiento se encontró que el 55% de los familiares presentaron una tendencia hacia un estilo comprometido con puntuaciones mayores a la media de la escala (25.5), en tanto que sólo un 1.67% de la muestra presentó una tendencia hacia un estilo independiente. El 43.33% restante no tuvo una tendencia marcada, hacia ninguno de los dos estilos. Se debe recordar que el cuestionario utilizado permite conocer formas de responder de los familiares ante situaciones de consumo, más no establece un tipo específico de estilo.

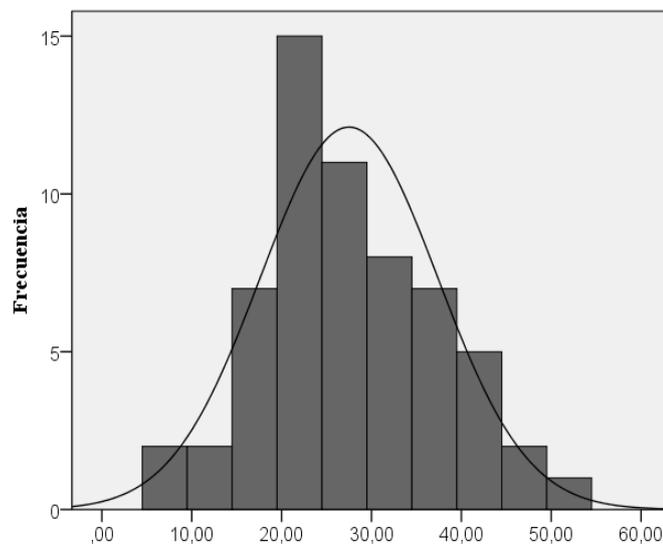


Figura 6: Afrontamiento comprometido.
 Fuente: Cuestionario de afrontamiento.
 Elaborado por: Suárez Pesantez Karla

La figura 6 muestra los datos obtenidos en el afrontamiento comprometido, el cual obtuvo variaciones entre 7 y 51, con una media de 27.50 y una alta dispersión de datos (DE > 20% de la media), una desviación estándar de 9.9, registrándose una asimetría positiva (0.291), se encontró además que el rango Inter cuartil (50% de los datos) se ubicó entre la puntuación 20 y 34.75, esto significa que la mitad de los participantes tenían puntuaciones de afrontamiento comprometido de nivel medio.

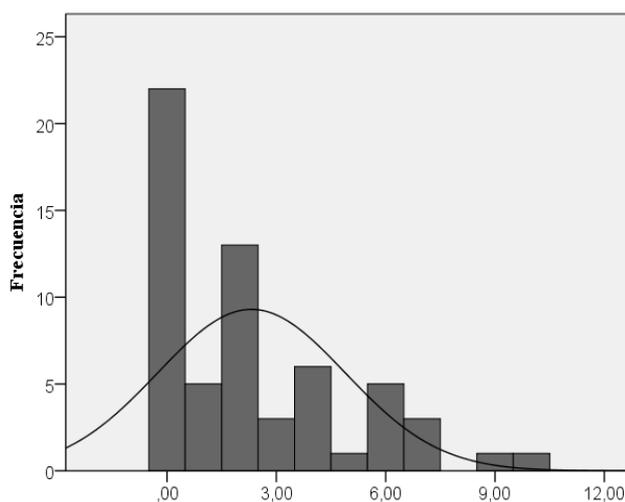


Figura 7: Afrontamiento independiente.
Fuente: Cuestionario de afrontamiento
Elaborado por: Suárez Pesantez Karla

Por su parte, el afrontamiento independiente, osciló entre, 0 y 10, con una media de 2.32 (DE=2.57) y una asimetría positiva (1.104), el tercer cuartil se ubicó en la puntuación 4, lo que indica que el 25% de los datos tenía valoraciones entre 4 y 10 puntos, representativo de un estilo independiente. Datos presentados en la figura 7.

Los datos encontrados en esta investigación corroboran los hallazgos de Natera et al., (2011), en su estudio realizado, en la región indígena de Hidalgo, ciudad de México, en 60 mujeres familiares de usuarios de alcohol, quienes señalan que el estilo más utilizada es el afrontamiento comprometido. En la misma línea, Guarín y Ulloa (2016), en su análisis psicométrico realizado de la versión mexicana del cuestionario de afrontamiento en el contexto venezolano, estudio que estuvo constituido por 300 personas que acudieron a Centros de Atención Pública, Centros de Reclusión, Reten de Menores y Grupos de Apoyo Al-annon en los estados Lara, Barinas, Miranda, Guárico y Yaracuy de Venezuela, determinaron que el estilo de afrontamiento mayormente utilizado fue el comprometido (96%), enfocado a modificar conductas adictivas para recuperar el control.

De la misma forma, el estudio coincide con lo encontrado por Serrano Patten et al., (2011), en su estudio con familias de adolescentes drogodependientes del Centro de Deshabitación de La Habana (2009), en el cual participaron 11 familias. Se obtuvo como resultado la existencia de un afrontamiento familiar de tipo evasivo. De la misma forma con el presentado por Serrano (2015), en su investigación de carácter cualitativo sobre el afrontamiento familiar ante enfermedades crónicas en niños y adolescentes, en donde las familias con adolescentes con algún trastorno por el uso de sustancias, presentan valores elevados de afrontamiento familiar del tipo evasivo, el cual al igual que el estilo independiente que se caracteriza por la falta de involucramiento con la adicción con el fin de priorizar el bienestar.

Según lo expuesto, se puede evidenciar que existe una tendencia mayor a un estilo comprometido tanto en este estudio como los realizados en países como México y Venezuela, en relación al estilo independiente se encontró los estudios en familias de adolescentes drogodependientes en Cuba. El estilo comprometido, puede estar en relación con la necesidad existente de los familiares de querer controlar las conductas adictivas del usuario, aceptando la realidad a la que se enfrentan y tomando decisiones encaminadas a lograr la recuperación del drogodependiente y devolver la funcionalidad familiar.

Tabla 5. Relación entre ansiedad, depresión y autoestima con estilos de afrontamiento

		Afrontamiento comprometido	Afrontamiento independiente
Ansiedad	rs	.109	-.203
	p	.406	.121
Depresión	rs	.032	-.162
	p	.808	.217
Autoestima	rs	.053	.045
	p	.688	.732

Fuente: Reactivos aplicados, base de datos.

Elaborado por: Suárez Pesantez Karla.

Por otra parte, se encontró que los niveles de afrontamiento comprometido e independiente no tienen relación con los niveles de depresión, ansiedad y autoestima de familiares de usuarios de sustancias. Es decir, la presencia de niveles mínimos de depresión, niveles medios de ansiedad y niveles altos de autoestima de la muestra investigada, no presentan relación significativa con los dos estilos de afrontamiento analizados.

Este estudio, discrepa de lo presentado por Natera et al., (2011) y Guarín y Ulloa (2016), quienes señalan que un afrontamiento de tipo comprometido permite que los familiares descuiden su bienestar con la finalidad de recuperar la funcionalidad familiar. De la misma forma, por Louro Bernal (como se citó en Serrano et al., 2011), expresa que un afrontamiento constructivo favorece la salud.

Es importante también analizar este resultado desde la perspectiva sistémica, en este contexto Fernández (como se citó en Blanco, 2013), refiere la adicción pone en marcha mecanismos de afrontamiento familiar, que aseguran el bienestar, no solo del enfermo sino también de todos los integrantes de la familia. Es decir, en el contexto familiar se ejecutan acciones encaminadas a la resolución del problema, disminuyendo de esta forma los niveles de estrés y por ende la sintomatología.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA FAMILIARES DE USUARIOS DE SUSTANCIAS QUE SE ENCUENTRAN BAJO PROCESO DE INTERNAMIENTO.

Introducción

Para González (2014), la familia constituye la primera red de apoyo social, que determina el bienestar de las personas, ayudando a sobrellevar el malestar generado por los diferentes tipos de crisis que se presentan a lo largo de la vida. Desde una perspectiva sistémica, la familia se considera una unidad, organizada mediante jerarquías y límites en donde cada uno de sus integrantes cumple un rol determinado. Al presentarse la enfermedad (adicción), esta introduce en la familia datos nuevos que permiten la desestabilización, la existencia de la crisis y la activación de mecanismos de enfrentamiento, proceso que tiene la capacidad de transformar a la familia (Arquillo, 2016).

Teniendo en cuenta lo expresado y considerando a la familia como un sistema en el cual sus miembros comparten sentimientos de pertenencia e identidad y esperan de éste, niveles elevados de seguridad emocional y protección, conviene subrayar que cuando existe dentro del grupo familiar un miembro que presenta problemas de consumo, este no sólo afecta a la persona que posee la enfermedad, sino que de forma extensiva se ven involucrados los miembros del sistema, unos en mayor medida que otros, debido al sentido de pertenencia (Gómez y Guardiola, 2014). Como resultado de esta situación, los familiares de usuarios de sustancias describen la adicción como una problemática altamente estresante, debido a los cambios en la relación con el usuario, misma que se vuelve desagradable, conflictiva y en ocasiones violenta, todo esto gracias a la inestabilidad constante que experimenta la persona adicta (Orford et al., 2010a).

Al ser la familia el medio en el cual, el usuario está en constante contacto, es importante involucrar a la familia en el proceso de intervención terapéutica, con la finalidad de que ésta posea herramientas para hacer frente a la situación y alcance la estabilidad (Sierra y Fernández, 2009).

La terapia familiar en el campo de las adicciones ha ganado espacio con el paso del tiempo, este hecho se ha dado debido a las limitaciones de las intervenciones centradas en el individuo como medio de solución a problemáticas familiares. Se evidenció además que los pacientes que regresaban a sus hogares luego del proceso de internamiento se encontraban con un ambiente inestable y problemático que impedía el mantenimiento de la abstinencia (Sierra y Fernández, 2009).

Rolland y Walsh (como se citó en Sierra y Fernández, 2009) recopilan algunos modelos de intervención familiar, divididos en dos grupos: modelos orientados a la resolución de problemas y modelos intergeneracionales, la tabla 5 muestra las principales características de cada uno de ellos:

Tabla 6. Modelos de intervención familiar en el campo de las adicciones.

Modelos orientados a la resolución de problemas.	Modelos intergeneracionales.
<p>1. Estructural La adicción se considera un síntoma de los problemas del sistema familiar, que actúa desviando los conflictos familiares.</p> <p>2. Estratégico La adicción es vista como un síntoma y al mismo tiempo como una respuesta frente a la interacción familiar disfuncional.</p> <p>3. Estructural-estratégico Utiliza el modelo estructural como paradigma orientador. Su objetivo es lograr que el usuario adopte una posición autónoma.</p> <p>4. Sistémico-constructivista. Enfatiza los significados compartidos por la familia, el terapeuta crea un contexto comunicacional. Un punto importante a resaltar es la presencia del equipo reflexivo.</p>	<p>1. Modelos psicodinámicos. La adicción es el resultado de procesos proyectivos familiares compartidos, provenientes de problemas pasados que no han sido resueltos.</p> <p>2. Modelo de tipología familiar de Cancrini. El uso de drogas se considera un intento equivocado de auto-terapia.</p> <p>3. Modelo de Bowen. El objetivo se centra en modificar el patrón de relaciones con las familias de origen para lograr la diferenciación.</p> <p>4. Modelo vivencial. Su objetivo se enmarca en ampliar el autoconocimiento mediante experiencias afectivas y comunicacionales.</p>

Fuente: Sierra y Fernández, (2009)

Elaborado por: Suárez Pesantez Karla.

Independientemente del modelo empleado, la terapia familiar permite que la familia se involucre y comprometa no sólo con la enfermedad presentada, sino, además con el proceso de tratamiento. Existen modelos que conciben el consumo de sustancias desde diferentes ópticas, como un síntoma pero al mismo tiempo como un proceso de respuesta ante la disfuncionalidad que presenta el grupo familiar, desde el enfoque multigeneracional la adicción es vista en cambio, como procesos proyectivos y mecanismos de defensa, que le otorgan al sujeto un grado de adaptabilidad ante la problemática familiar, sin embargo no se debe olvidar que el proceso adictivo contribuye al mantenimiento de la desestructuración y disfuncionalidad familiar.

Los modelos presentados han sido utilizados en su mayor parte, en intervenciones familiares, destinadas al tratamiento de problemáticas adictivas y conductuales, así como también, en estados de ánimo inestables, con adolescentes y jóvenes en procesos ambulatorios, demostrando su eficacia en diferentes ámbitos (Sierra y Fernández, 2009).

Por otra parte, se encuentra el *modelo estrés-enfrentamiento-salud*, cuya meta principal es “ayudar a los familiares a encontrar formas de enfrentar las situaciones de consumo de manera más benéfica para su salud y establecer o fortalecer redes de apoyo de acuerdo con sus necesidades” (Natera et al., 2011, p. 197). Este modelo consta de cinco pasos:

1. Explorar las preocupaciones del familiar, considerando que cada familia tiene una situación particular.
2. Dar la información necesaria acerca de los efectos del consumo de alcohol como una forma de aclarar dudas y reducir el estrés.
3. Analizar las formas de enfrentamiento que se han utilizado, esto es, acciones, sentimientos, posiciones que los familiares.
4. Búsqueda de redes de apoyo social.
5. Canalizar, si existe la necesidad, a atención especializada (Natera et al., 2011, pp. 197-198).

La presente propuesta de intervención parte de los aportes del modelo estructural estratégico, sin embargo, no se limita a los mismos. Sus principios están basados en el hecho de considerar a la familia como un sistema (lo que afecta a un miembro de la familia, afecta a todos los miembros), siendo la adicción considerada una respuesta frente a la desestructuración y funcionamiento inadecuados de la familia (Sierra y Fernández, 2009).

Antes de presentar la propuesta de intervención es importante señalar los parámetros que se han considerado para la elaboración de la misma:

- Los dos centros de rehabilitación visitados, mantienen una visión similar de intervención en donde la atención integral al usuario como a su familiar es uno de los objetivos primordiales, al hablar de una intervención integral nos referimos al hecho de proporcionar terapias en el ámbito individual, familiar, grupal, multifamiliar y vivencial, abordando diversas temáticas que podrían ser consideradas como un proceso de aprendizaje, en donde se profundiza y conoce la problemática del paciente, es la oportunidad para un proceso no solo de tratamiento si no de crecimiento personal.
- La adicción del usuario se considera un síntoma frente a las interacciones familiares inadecuadas.
- Es importante brindar la libertad necesaria a la familia para que sean ellos quienes expresen objetivos propios que deseen alcanzar.

- No se profundizará en temáticas relacionadas con la adicción, sin embargo, no se debe perder la perspectiva de la misma.
- No es necesario el involucramiento de todos los miembros de la familia, se parte del hecho de que al ser la familia un sistema, el cambio en uno de sus miembros permitirá el cambio de los demás.
- Recordar que la disfuncionalidad y sufrimiento familiar existían desde antes del consumo de sustancias tal como lo expresa Cancrini (1982).
- Desde una base teórica se puede tener una guía para el desarrollo de una propuesta de intervención psicoterapéutica, sin embargo, en el momento de la práctica no existe nada certero ya que cada familia con la que nos encontramos es un “universo diferente”.
- La eficacia de las técnicas de intervención planteadas dependerá de las habilidades del terapeuta para el manejo de las mismas.
- No se debe olvidar que para aplicar una determinada técnica se debe considerar tres aspectos según lo señala Ortiz (2008): inducción, realización y comentario final.

Objetivos

Objetivo general:

- Reestablecer en las familias de usuarios de sustancias la estructura y dinámica familiar, de forma que les permita desarrollar adecuadamente sus tareas y funciones básicas y afrontar con éxito las tensiones cotidianas que produce el consumo de sustancias.

Objetivos específicos:

- Generar en los familiares, herramientas (relacionales y comunicativas) que permitan desarrollar adecuadamente sus roles y funciones.
- Desarrollar en la familia habilidades de solución de problemas mediante el aprendizaje de técnicas para el manejo de situaciones de la vida diaria.
- Brindar a la familia una perspectiva diferente del síntoma (adicción) luego del proceso terapéutico.

Sujetos a los que irá dirigido

Programa dirigido a las familias de usuarios de sustancias, cuyo familiar se encuentran bajo proceso de internamiento.

Procedimiento de trabajo.

▪ **Identificación de necesidades y recursos:**

Tal como lo señala Cancrini (como se citó en Linares, 2012), las familias con un miembro drogodependiente presentan una desestructuración frente al síntoma, siendo una de las principales necesidades el hecho de que éstas recuperen su organización y funcionalidad.

Dentro de los recursos a nivel comunitario con los que cuentan estas familias, es el apoyo profesional de los diferentes expertos que conforman los centros de rehabilitación. De la misma manera, el apoyo social brindado, por las demás familias que se encuentran atravesando un proceso similar.

El ampliar la red de apoyo permite una mejor adaptabilidad familiar al proceso que se enfrentan, así como también, el reconociendo de propios recursos.

▪ **Profesionales implicados**

- Psicoterapeuta familiar
- Cooterapeuta: Psicólogo clínico.
- Equipo reflexivo: en caso de que el centro de rehabilitación cuente con el personal suficiente.

▪ **Materiales para evaluación e intervención**

Se señalan los mismos en cada una de las sesiones.

▪ **Temporalización y ubicación**

La propuesta tendrá una duración de seis meses consecutivos, tiempo en el cual se da el internamiento del usuario, con un total de once sesiones, una de ellas encaminada a la recolección de información relacionada con aspectos, luego de lo cual se procede con el desarrollo de las diez sesiones, mismas que se realizarán dos por mes, considerando un tiempo de una hora por intervención.

▪ **Intervenciones**

Programa de intervención de tipo familiar, informativo, educativo y de acción. De corte terapéutico.

- **Desarrollo de las sesiones**

Entrevista: Uno de los primeros encuentros que el terapeuta tiene con la familia del usuario es el momento en el cual éstos proceden a internarlo, durante este primer acercamiento se recaba información mediante el uso de fichas, las mismas que dependerán del centro de rehabilitación, los objetivos del terapeuta estarán dirigidos a recabar información sobre el estado del usuario y su familia: información sobre familia de origen, familia nuclear, ciclo evolutivo, cuándo empezó el consumo, con qué puede estar relacionado, cómo la familia ha manejado la situación, entre otros datos relevantes (Navarro, 1992), proceso que se logra mediante entrevista personalizada, llenado de fichas familiares, y la elaboración del genograma.

Pre-sesión: Mediante la información recolectada durante el primer encuentro con la familia es necesario que el equipo terapéutico sostenga una primera sesión para discutir y analizar la información con la que se cuenta, de esta manera se facilitará el planteamiento de hipótesis y de estrategias de intervención (Navarro, 1992).

Sesiones: cada sesión tendrá una duración de una hora, dividida en tres tiempos, cada uno de los cuales estarán enfocados al proceso de retroalimentación, durante los cuales el terapeuta brindará las conclusiones y recomendaciones respectivas (Navarro, 1992).

Es importante que el equipo reflexivo realice sus aportes durante dos momentos de la sesión, en la mitad y al finalizar la misma. Este proceso se alcanza mediante la discusión entre los miembros del equipo acerca de aquellas situaciones que les han parecido relevantes o en las cuáles el terapeuta no ha realizado el énfasis suficiente.

Post-sesión: Mediante una discusión entre los miembros del equipo terapéutico se pretende analizar la respuesta de la familia durante cada sesión, así como también plantear nuevas hipótesis y estrategias de intervención que permitan el desarrollo satisfactorio de la terapia y el alcance de objetivos.

SESIÓN 1

Tema: Conociendo la propuesta

Objetivos:

Orientar a la familia sobre cómo se desarrollará el proceso de intervención mediante exposición para lograr un mejor involucramiento y participación.

Definir objetivos terapéuticos con la familia a través de preguntas circulares para un mayor alcance terapéutico de la intervención.

Metodología:

-Presentación: Bienvenida y agradecimiento a la familia por parte del terapeuta quien se presenta frente a la familia y pide de manera cordial que ellos se presenten también. El terapeuta prosigue dando a conocer a los integrantes del equipo terapéutico, cooterapeuta y equipo reflexivo.

-Orientación: Exponer a los miembros de la familia acerca de la forma en la cual se llevará a cabo el proceso de intervención, considerando información como: normas, tiempo de cada sesión, horarios de las mismas, número de sesiones, desarrollo, entre otros elementos que se consideren necesarios; de la misma manera se pregunta a la familia acerca de dudas que pueda tener acerca del proceso. (Navarro, 1992).

-Conocer los objetivos que desea alcanzar la familia mediante el uso de preguntas circulares, objetivos que se fusionarán con aquellos planteados en esta propuesta. Preguntas como: ¿Cuál es el problema? Permite a la familia hablar acerca de diferentes problemáticas que pueden ser consideradas más importantes que el consumo. ¿En qué puedo serles útil? Permite que la familia logre el establecimiento de metas. ¿Qué cambios desean alcanzar? Permite que la familia perciba el ambiente terapéutico como un lugar seguro (Navarro, 1992, p.30).

El modelo de pregunta que utilice el terapeuta para iniciar el proceso y conocer el problema y objetivos, dependerá de las características del terapeuta, la importancia radica en que la familia pueda sentirse comprendida.

En el transcurso de la sesión el terapeuta usa como técnica la escucha activa, estableciendo contacto visual con la persona que habla, brindándole redefiniciones y

connotaciones positivas cuando éstas sean necesarias, además de respuestas en espejo.

-Intervención final: Orientaciones del terapeuta como conclusión de lo escuchado y analizado además de la prescripción de tareas para la siguiente sesión.

Técnicas de intervención:

Escucha activa: mostrar interés en lo que la familia está contando (Navarro, 1992).

Respuesta en espejo: repetir lo que el interlocutor a dicho (Navarro, 1992).

Resúmenes: permiten rectificación de la familia y transmisión que han sido escuchados y comprendidos (Navarro, 1992).

Redefinición: para modificar el marco conceptual que la familia presenta frente a la adicción, situación que facilitará el cambio (Navarro, 1992).

Connotación positiva: nos permite redefinir los patrones de atribución entre los miembros de la familia, logrando situar a todos a un mismo nivel (Navarro, 1992).

Cuestionamiento circular: brindan a la familia una nueva perspectiva acerca de sí misma, conociendo la percepción que cada miembro tiene acerca de la familia, así como también poder escuchar un punto de vista diferente al planteado por él (Navarro, 1992).

Tareas para la casa: Redactar una lista individual de aquellos sentimientos negativos que han surgido frente al consumo de sustancias presentado por el familiar.

SESIÓN 2

Tema: Estructura y funcionalidad familiar

Objetivos:

Conocer aquellos sentimientos negativos de la familia que surgen frente al consumo del usuario, mediante la tarea enviada previamente para validar los mismos.

Brindar información a la familia acerca de la temática, funcionalidad familiar, mediante la entrega de trípticos informativos para un mejor alcance a nivel terapéutico.

Metodología Familiar:

-Bienvenida y agradecimiento a la familia por parte del terapeuta, quien dará un resumen de lo tratado en la sesión anterior y pedirá a la familia su aporte de la misma.

-Revisión de la tarea enviada en la sesión anterior: el terapeuta recuerda a la familia que en la sesión anterior se les envió una tarea, la cual es fundamental para el desarrollo de la presente sesión. A partir de ésta, lista individual de sentimientos negativos, se facilita que la familia exponga cada uno de los sentimientos escritos en la lista, pidiendo antes

que este tema se maneje con la mayor apertura y respeto posible por parte del usuario y la familia, impidiendo también que el usuario sea herido por comentarios negativos. Luego de la lectura, el terapeuta pregunta a la familia si estos sentimientos pueden ser considerados como positivos o negativos, a partir de las respuestas dadas y mediante el uso de preguntas circulares, redefiniciones y connotaciones positivas, se pretende que los integrantes puedan comprender con la ayuda del terapeuta, que éstos simplemente son sentimientos a los cuáles se les debe dar valor por el hecho de que nacen de ellos frente a una situación que de cierta manera les genera malestar, como tales se debe reconocer la existencia de los mismos y poder normalizarlos.

El terapeuta debe escuchar de manera activa, además de ofrecer un resumen de lo comunicado para que cada miembro de sienta entendido.

-Funcionalidad familiar, tema a tratar en esta sesión: Se le pregunta a la familia que es lo que ellos entienden por funcionalidad familiar, se les entrega una hoja y lápiz para que puedan expresar sus ideas. Luego de esto, se procede a dar lectura a los aportes de la familia, dando importancia y validando la opinión de cada uno, el terapeuta entrega a los familiares un tríptico, el cual contiene información relacionada con las características que debe poseer una familia funcional. Al terminar la explicación por parte del terapeuta se procede a una discusión con la familia para evidenciar que aspectos analizados serían importantes dentro de su familia para lograr alcanzar la funcionalidad.

-Intervención final: orientaciones del terapeuta como conclusión de lo escuchado y analizado además de la prescripción de tareas para la siguiente sesión.

Técnicas de intervención:

Cuestionamiento circular: brindan a la familia una nueva perspectiva acerca de sí misma, conociendo la percepción que cada miembro tiene acerca de la familia, así como también poder escuchar un punto de vista diferente al planteado por él (Navarro, 1992).

Técnica de psicoeducación: Proceso que permite brindar a la familia la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo (Bulacio, 2006).

Escucha activa: mostrar interés en lo que la familia está contando (Navarro, 1992).

Resúmenes: permiten rectificación de la familia y transmisión que han sido escuchados y comprendidos (Navarro, 1992).

Redefinición: para modificar el marco conceptual que la familia presenta frente a la adicción, situación que facilitará el cambio (Navarro, 1992).

Connotación positiva: nos permite redefinir los patrones de atribución entre los miembros de la familia, logrando situar a todos a un mismo nivel (Navarro, 1992).

Tarea: Luego de lo analizado en estas dos sesiones se pedirá a los miembros de la familia que traigan un objeto que represente para ellos la relación familiar.

SESIÓN 3

Tema: ESTILOS DE COMUNICACIÓN

Objetivo:

Generar en los familiares herramientas comunicativas, mediante técnicas de intervención, para una comunicación asertiva.

Metodología:

-Bienvenida y agradecimiento a la familia por parte del terapeuta, quien dará un resumen de lo tratado en las sesiones anteriores y pedirá a la familia su aporte de las mismas.

-Revisión de la tarea enviada en la sesión anterior: el terapeuta recuerda a la familia que en la sesión anterior se les envió una tarea, la cual es fundamental para el desarrollo de la presente sesión, traer un objeto que represente para ellos la relación familiar.

Se dará inicio a la sesión con el análisis del objeto, cada uno de los familiares expondrá lo traído y el significado que posee el mismo para ellos, el terapeuta expresa un resumen de lo escuchado de cada uno de los miembros. Luego del proceso de retroalimentación, el terapeuta solicita a la familia que guarde el objeto en una caja que es brindada por el terapeuta; en el exterior de la misma se escribe el nombre de los miembros de la familia, la fecha, y el objetivo a alcanzar como familia. Esta servirá para el desarrollo de futuras sesiones.

-El terapeuta entrega a la familia una hoja, la cual expresa una situación de la vida diaria, la cual debe ser dramatizada por la familia, interpretando el papel de la otra persona, el terapeuta brinda tiempo para preparar la mismo.

Luego de la ejecución del rol playing, el terapeuta solicita a la familia que exprese como se sintió interpretando ese papel, además, de comentar si la persona que hizo su

representación exageró o actuó como es en realidad. Este hecho permite que la familia se enfrente y conozca la visión que los demás tienen acerca de él.

Para finalizar se le pregunta a la familia cuáles son las formas que ellos conocen para comunicarse entre ellos y con otras personas.

-Presentación de un video psicoeducativo: mediante la presentación de un video se dará a conocer a la familia los estilos de comunicación existentes (agresivo, pasivo y asertivo), el terapeuta pide la opinión de los asistentes de cada estilo y además pregunta en qué situaciones dentro del grupo familiar han utilizado los mismos y cuáles han sido las reacciones de la otra persona, los sentimientos generados en el receptor, y en ellos, luego de proceder de tal manera. Para finalizar se pide a la familia que expresen una situación que cause malestar significativo constante dentro del hogar y que este sea dramatizado de manera asertiva.

-Intervención final: orientaciones del terapeuta como conclusión de lo escuchado y analizado además de la prescripción de tareas para la siguiente sesión.

Técnicas de intervención:

Rol playing: permite a cada miembro de la familia conocer y tomar conciencia de cuál es la visión que el otro tiene acerca de él, además genera sentimientos de empatía hacia la otra persona (Ortiz, 2008).

Técnica de psicoeducación: Proceso que permite brindar a la familia la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo (Bulacio, 2006).

Escucha activa: mostrar interés en lo que la familia está contando (Navarro, 1992).

Resúmenes: permiten rectificación de la familia y transmisión que han sido escuchados y comprendidos (Navarro, 1992).

Redefinición: para modificar el marco conceptual que la familia presenta frente a la adicción, situación que facilitará el cambio (Navarro, 1992).

Connotación positiva: nos permite redefinir los patrones de atribución entre los miembros de la familia, logrando situar a todos a un mismo nivel (Navarro, 1992).

Tarea: No se envía tarea para la siguiente sesión.



Pasos para una comunicación asertiva



SESIÓN 4

Tema: VÍNCULOS AFECTIVOS

Objetivo:

Generar en la familia habilidades de interrelación, mediante técnicas de intervención, permitiendo externalizar emociones de forma positiva.

Metodología:

-Bienvenida y agradecimiento a la familia por parte del terapeuta, quien dará un resumen de lo tratado en sesiones anteriores y pedirá a la familia su aporte de las mismas.

-Mediante esta sesión se pretende que los miembros de la familia puedan conocer cuál ha sido la “calidad de sus vínculos afectivos”, para lo cual el terapeuta presenta a la familia un muñeco que representa un bebé, además de implementos para bañarlo y vestirlo, el terapeuta pide a cada uno de los integrantes de la familia que bañen al muñeco de la forma en la que ellos consideran correcta o cómo lo han hecho en ocasiones pasadas. Luego de que la familia culmine con esta actividad, el terapeuta pregunta a la familia acerca de la experiencia y enfatiza en aquellos detalles que la familia pudo haber omitido al momento de bañar al bebé, sobre todo en los mensajes que debieron haber dado al bebé, hablar con él, anticipar cada actividad que se va a realizar, muestras de afecto, el cuidado al preparar el agua y los materiales para el baño, entre otros.

El terapeuta pregunta a los familiares que elementos estuvieron presentes durante el baño, luego de lo cual procede a explicar la importancia de cuatro elementos básicos dentro de los vínculos emocionales y relacionará los mismos con la metáfora del baño al bebe realizada, así como también pedirá a la familia que vincule estos, con el tipo de relación que ellos poseen.

Seguridad: Sensación de total confianza que se tiene en alguien.

Protección: Impedir que una persona sea dañada.

Confianza: Esperanza firme en que otra persona actúe como ella desea.

Cuidados emocionales: demostraciones de afecto.

-Intervención final: orientaciones del terapeuta como conclusión de lo escuchado y analizado.

Técnicas de intervención:

Objeto metafórico: hacen referencia a metáforas que se concretan en algo determinado (Ortiz, 2008).

Redefinición: para modificar el marco conceptual que la familia presenta, situación que facilitará el cambio (Navarro, 1992).

Connotación positiva: nos permite redefinir los patrones de atribución entre los miembros de la familia, logrando situar a todos a un mismo nivel (Navarro, 1992).

Técnica de psicoeducación: Proceso que permite brindar a la familia la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo (Bulacio, 2006).

Tarea:

Elaboración de una carta para aquel familiar con quien se les dificulte más expresar emociones y sentimientos, se envía a que escriban una carta, con la finalidad de que la persona pueda externalizar lo que está sintiendo.

SESIÓN 5**Tema: VÍNCULOS AFECTIVOS****Objetivo:**

Generar en la familia habilidades relacionales, mediante técnicas de intervención, permitiendo externalizar emociones de forma positiva.

Metodología Familiar:

-Bienvenida y agradecimiento a la familia por parte del terapeuta, quien dará un resumen de lo tratado en sesiones anteriores y pedirá a la familia su aporte de las mismas.

-El terapeuta indica a la familia que esta ocasión la intervención se llevará a cabo al aire libre mediante determinadas actividades que permitan interpretar a los miembros de la familia cual ha sido la "calidad de sus vínculos afectivos", se tomará en consideración, la seguridad, la protección, la confianza y los cuidados emocionales, como variables de trabajo, mismas que constituyen ejes fundamentales para construir un vínculo afectivo seguro.

Al aire libre se trabajará con las dinámicas:

- Lazarillo.
- Dejarse caer.
- Reconociendo al otro.

Con este tipo de actividades se pretende que la familia interactúe entre ellos, dándose un espacio para compartir de una manera diferente, es importante también el trabajo que se realiza en la confianza, factor que estas familias en muchas ocasiones lo han perdido.

Luego de la realización de las actividades el terapeuta realiza la retroalimentación de aspectos observados.

-Intervención final: orientaciones del terapeuta como conclusión de lo escuchado y analizado además de la prescripción de tareas para la siguiente sesión.

Técnicas de intervención:

El lazarillo: por parejas, uno se venda los ojos a modo de ciego y el otro hace de lazarillo.

Dejarse caer: nos permite remarcar la confianza en el otro.

Reconociendo al otro: descubriendo del otro mediante el tacto y olfato.

Tarea:

Se envía a que la familia todos los días durante media hora dialoguen acerca de lo que han vivido durante el día. Además, se les solicita que traigan elementos para la elaboración de máscaras.

SESIÓN 6

Tema: RECONOCIMIENTO Y VALIDACIÓN DE EMOCIONES.

Objetivo:

Facilitar la expresión de emociones de los familiares, que surgen frente a las expectativas de finalización del internamiento mediante la elaboración de máscaras para validación de emociones.

Metodología Familiar:

Al llegar a esta etapa la familia se enfrenta con una realidad que le tocará vivir en pocos meses, enfrentar la culminación del proceso de internamiento de su familiar.

-Bienvenida y agradecimiento a la familia por parte del terapeuta, quien dará un resumen de lo tratado en las sesiones anteriores y pedirá a la familia su aporte de las mismas.

-Revisión de la tarea enviada en la sesión anterior: el terapeuta recuerda a la familia que en la sesión anterior se les solicito traer material que servirá para la elaboración de máscaras. Con en el material listo, el terapeuta lleva a la familia a reflexionar y centrarse en aquellas emociones que surgen al pensar en el hecho de la finalización del tratamiento del usuario. Con la emoción reconocida, el terapeuta da el espacio suficiente para que la familia elabora la máscara de aquella emoción.

Una vez finalizado este proceso, el terapeuta pregunta a la familia si estos sentimientos pueden ser considerados como positivos o negativos, a partir de las respuestas dadas y mediante el uso de preguntas circulares, redefiniciones y connotaciones positivas, se pretende que los integrantes puedan comprender con la ayuda del terapeuta que éstos simplemente son sentimientos a los cuáles se les debe dar valor por el hecho de que

nacen de ellos frente a una situación que de cierta manera les genera malestar, como tales se debe reconocer la existencia de los mismos y poder normalizarlos y aceptarlos.

-Intervención final: orientaciones del terapeuta como conclusión de lo escuchado y analizado además de la prescripción de tareas para la siguiente sesión.

Técnicas de intervención:

Cuestionamiento circular: brindan a la familia una nueva perspectiva acerca de sí misma, conociendo la percepción que cada miembro tiene acerca de la familia, así como también poder escuchar un punto de vista diferente al planteado por él (Navarro, 1992).

Escucha activa: mostrar interés en lo que la familia está contando (Navarro, 1992).

Resúmenes: permiten rectificación de la familia y transmisión que han sido escuchados y comprendidos (Navarro, 1992).

Redefinición: para modificar el marco conceptual que la familia presenta frente a la adicción, situación que facilitará el cambio (Navarro, 1992).

Connotación positiva: nos permite redefinir los patrones de atribución entre los miembros de la familia, logrando situar a todos a un mismo nivel (Navarro, 1992).

Tarea: Elaboración de una lista personal de problemas actuales.

SESIÓN 7-8

Tema: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Objetivos:

Generar en la familia habilidades adaptativas de solución de problemas mediante el aprendizaje de técnicas para el manejo de situaciones de la vida diaria.

Fomentar el afrontamiento activo y el estilo racional en la resolución de problemas mediante el aprendizaje de técnicas para el manejo de situaciones de la vida diaria.

Metodología:

Sesión 7:

-Bienvenida y agradecimiento a la familia por parte del terapeuta, quien dará un resumen de lo tratado en las sesiones anteriores y pedirá a la familia su aporte de las mismas.

-Se solicita a los familiares que se dé a conocer la tarea enviada a casa en la sesión anterior, elaboración de una lista personal de problemas actuales, solicitando que escojan aquella problemática con la que deseen empezar a trabajar.

A través de un proceso psicoeducativo el terapeuta introduce a la familia en el modelo de solución de problemas mediante una presentación digital, a partir del cual se trabajará en las diferentes etapas que conlleva este proceso, considerando las metas que persigue el mismo.

- Mejorar la orientación positiva a los problemas.
- Reducir la orientación negativa.
- Fomentar la capacidad para aplicar habilidades de solución de problemas de manera racional.
- Reducir la tendencia a resolver los problemas de forma impulsiva.
- Reducir la tendencia a evitar la solución de problemas (Vázquez, Otero, Blanco y Torres, 2015, p.38).

-En esta sesión el terapeuta abordará la orientación al problema y los estilos de solución de los mismos, la importancia radica en que la familia logre asimilar que los problemas que se presentan en el diario vivir son situaciones solucionables, frente a los cuáles se debe mantener una orientación positiva, es decir, desde una perspectiva optimista enfocar los problemas como retos, esto implica:

- Ver los problemas como parte de la vida más que como una tragedia.
- Ser realista y optimista y creer que los problemas son resolubles.
- Tener confianza en uno mismo y creer en la habilidad propia para resolver los problemas con éxito.
- Tener expectativas realistas (Vázquez et al., 2015, p.39).

Desde este enfoque las emociones que se crean son también positivas.

-Intervención final: orientaciones del terapeuta como conclusión de lo escuchado y analizado.

Sesión 8:

-Bienvenida y agradecimiento a la familia por parte del terapeuta, quien dará un resumen de lo tratado en las sesiones anteriores y pedirá a la familia su aporte de las mismas.

<ul style="list-style-type: none"> - Mediante proceso psicoeducativo el terapeuta brindará información a la familia acerca de cuáles son las habilidades del estilo racional que permiten solucionar los problemas: Definición y formulación del problema. - Generación de soluciones alternativas. - Toma de decisiones. - Puesta en práctica de la solución (Vázquez et al., 2015, pp.40-41). <p>-Luego de la exposición el terapeuta preguntará a los familiares cuáles han sido aquellas soluciones intentadas para evitar que su familiar consuma, el terapeuta debe centrar su atención en aquellas soluciones que han resultado funcionales y eficaces en el mantenimiento de la abstinencia del usuario para poder reforzar las mismas.</p> <p>-Intervención final: orientaciones del terapeuta como conclusión de lo escuchado y analizado además de la prescripción de tareas para la siguiente sesión.</p>
<p>Técnicas de intervención:</p> <p>Redefinición: para modificar el marco conceptual que la familia presenta, situación que facilitará el cambio (Navarro, 1992).</p> <p>Connotación positiva: nos permite redefinir los patrones de atribución entre los miembros de la familia, logrando situar a todos a un mismo nivel (Navarro, 1992).</p> <p>Técnica de psicoeducación: Proceso que permite brindar a la familia la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo (Bulacio, 2006).</p>
<p>Tarea: Uno de los puntos importantes para desarrollar un proyecto familiar es el conocimiento de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del grupo familiar, razón por la cual se envía a la familia a que elabore, un FODA FAMILIAR.</p>

<p>SESIÓN 9-10</p>
<p>Tema: PROYECTO FAMILIAR</p>
<p>Objetivos:</p> <p>Elaborar un proyecto familiar que posibilite mantener la abstinencia del paciente y fortalezca la funcionalidad familiar.</p>
<p>Metodología:</p> <p>-Bienvenida y agradecimiento a la familia por parte del terapeuta, quien dará un resumen de lo tratado en las sesiones anteriores y pedirá a la familia su aporte de las mismas.</p>

-Se solicita a los familiares que se dé a conocer la tarea enviada a casa en la sesión anterior, elaboración de FODA FAMILIAR, elemento que dará inicio a la elaboración del proyecto familiar.

-En el transcurso de estas dos sesiones se elaborará conjuntamente con la familia un proyecto que debe contener los siguientes parámetros:

- Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del grupo familiar (FODA).
- Estrategias para enfrentar problemas de la vida diaria y crisis familiares y personales.
- Nuevas reglas que permitan una convivencia armónica.
- Actividades que permitan una mejor vinculación afectiva.

-Culminada esta actividad, se entrega a la familia la caja con los objetos metafóricos guardados en las primeras sesiones, el terapeuta invita a la familia a trabajar con el objeto metafórico modificando el mismo en relación a como creen y sienten ellos que es su relación familiar actual.

-Llegado el final de las sesiones el terapeuta lee a la familia un cuento sistémico, elaborado por éste para ellos, donde se condensa todo el proceso terapéutico realizado, así como también, como fue el inicio de la familia y como culminan este proceso.

Técnicas de intervención:

Proyecto familiar: planificación de acciones que permiten el fortalecimiento de la relación familiar.

Redefinición: para modificar el marco conceptual que la familia presenta frente a la adicción, situación que facilitará el cambio (Navarro, 1992).

Connotación positiva: nos permitirá redefinir los patrones de atribución entre los miembros de la familia, logrando situar a todos a un mismo nivel (Navarro, 1992).

Objeto metafórico: hacen referencia a metáforas que se concretan en algo determinado (Ortiz, 2008).

Cuento sistémico: cuento elaborado por el terapeuta para la finalización del proceso de intervención, en el cual se pueden evidenciar los cambios logrados.

Proceso de evaluación:

- Evaluación inicial: mediante la definición del problema, línea base, cambios mínimos, meta final, grado de colaboración de familia y de las necesidades que presenta.
- Evaluación de las sesiones: mediante observación directa y reuniones post sesión con el equipo de profesionales.
- Seguimiento: Es importante que el proceso terapéutico familiar no culmine luego del internamiento, es necesario que la familia conjuntamente con el usuario asista a terapia familiar una vez al mes. Esto permitirá valorar la eficacia o no de la propuesta realizada.

Datos económicos

Al ser un programa de intervención que se realizará como parte del proceso de internamiento del usuario, dentro de los centros de rehabilitación, los gastos estarán cubiertos con la cuota mensual cancelada por los familiares.

Anexos

Genograma o mapa de relaciones familiares: diagrama del árbol familiar y de las relaciones existentes entre cada uno de sus miembros. Puede centrarse exclusivamente en la familia nuclear, o en otras formas familiares que incluyan dos o más generaciones, cuando éstas, jueguen un papel relevante en la descripción y evaluación de la familia (López y Escudero, 2013, p. 88).

Objetivos:

- Señalar quienes están implicados más directamente en el problema del paciente.
- Definir el tipo de relación que media entre los miembros de la familia en términos de alianza y exclusiones.
- Evaluar la presión que las familias de origen y otros sistemas ejercen sobre la que tiene el problema.
- Definir la naturaleza de los límites intra y extra-familiares.
- Evaluar una posible respuesta a una intervención de quienes están implicados en el problema. (Navarro, 1992, p. 60)

Temática sesión 2: FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Para que una familia sea funcional, además de poseer una estructura que lo posibilite, se deben cumplir en grado suficiente las premisas siguientes:

- Que se satisfagan a un nivel aceptable las necesidades esenciales de sus miembros en lo que de ella dependa.
- Que la familia desarrolle adecuadamente sus funciones.
- Que el lenguaje racional y el emocional dentro de ella fluyan sin grandes contradicciones y que la comunicación en su seno sea clara, directa, adecuada, oportuna y sincera.
- Que se facilite la expresión de las emociones y los sentimientos y se respete el status, autoridad y jerarquía legítimos de cada cual.
- Que haya cooperación y mecanismos asertivos y maduros de afrontamiento.
- Que exista respeto mutuo y se promuevan la autonomía y la espontaneidad.
- Que las formas de control existan y sean adecuadas y las reglas familiares no constriñan la individualidad y la autonomía (Clavijo, 2002, p. 103).
- La comunicación y la afectividad (Ortiz, 2008).

CONCLUSIONES

Considerando los objetivos, las interrogantes planteadas y los resultados obtenidos, se llega a las siguientes conclusiones:

- En referencia a las características sociodemográficas de los familiares participantes en el estudio, el 71.7% pertenecen al género femenino, 61.7% son casados, un 78.3% corresponden a familias de tipo nuclear. El tipo de relación familiar predominante con un 40% es la cercana. Por otra parte, un 38.3% de los familiares manifiestan que dentro del grupo familiar existe un miembro que presenta consumo de sustancias, fuera del familiar internado.
- Con respecto a los usuarios de sustancias en proceso de rehabilitación, presentan una edad mínima de 14 años y una máxima de 45. El 86.8% son solteros, un 57.9% pertenecen a la ciudad de Cuenca.
- En lo que corresponde a los niveles de depresión y ansiedad, más de la mitad de los participantes (56.7%) presentan mínima depresión, únicamente el 8.3% registra una puntuación para una depresión de tipo grave con un puntaje superior a 29. Por su parte, el 33.3% de los participantes presentan ansiedad moderada, el 23.3% normal y el 15% ansiedad grave. El máximo valor registrado tanto en depresión como en ansiedad (47 puntos) estuvo muy por debajo del límite de la escala.
- En referencia a los niveles de autoestima, se registra una media de 30.05 (encima de la media de la escala), con una tendencia hacia los valores altos. Es así que más de la mitad de los participantes (51.7%) denota una autoestima elevada.
- En lo que respecta a los estilos de afrontamiento presentados por los familiares, se evidencia, que un 55% de los participantes presenta una tendencia al estilo de afrontamiento comprometido, solo un 1.67% muestran una tendencia hacia el afrontamiento independiente. El nivel medio de afrontamiento comprometido 27.5 estuvo por encima de la media de la escala (25.5). Por su parte el afrontamiento independiente registra una media de 2.32.

- Por último, no existe relación entre depresión, ansiedad y autoestima con los estilos de afrontamiento comprometido e independiente de los familiares de los usuarios de sustancias.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a investigadores de la línea de la salud mental, considerar para futuros estudios el abordaje de la salud física, así como de niveles de estrés en familiares de usuarios de sustancias, debido a la importancia de los mismos en la aparición de sintomatología.
- En futuras investigaciones de la UTPL relacionadas con familiares de usuarios de sustancias, es importante incluir el estudio de la codependencia, pues constituye un síntoma de importancia dentro de las adicciones.
- Se recomienda a los profesionales de los centros de rehabilitación en los que se desarrolló el estudio, se lleve a cabo la propuesta de intervención terapéutica para familiares de usuarios de sustancias, que tiene como objetivo reestablecer en las familias de usuarios de sustancias la estructura y dinámica familiar, de forma que les permita desarrollar adecuadamente sus tareas y funciones básicas y afrontar con éxito las tensiones cotidianas que produce el consumo de sustancias.
- Se recomienda al equipo de profesionales de los centros de rehabilitación profundizar en las intervenciones de tipo familiar, considerando que la familia es un sistema (lo que afecta a un miembro de la familia, afecta a todos los miembros), y que la adicción es una respuesta frente a la desestructuración y funcionamiento inadecuados de la familia.
- Se recomienda a los familiares asistentes a las reuniones en los centros de rehabilitación, brindar la apertura necesaria para el trabajo a nivel familiar, proceso que les facilitará la adquisición de herramientas para hacer frente a la situación del consumo de uno de sus miembros y dentro de este contexto lograr estabilizar su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andueza, M.R., Galán, P., Benavides, M.B. y Peralta, M.C. (2012). *Sobrecarga emocional del cuidador del enfermo mental ingresado en una unidad de subagudos*. Nure Investigación, 61, 1-10.
- Arquillo, B. N. (2016). *Convivencia con un drogodependiente: consecuencias psicológicas, satisfacción con la familia, niveles de sobrecarga y esfuerzo en el familiar cuidador* (Doctoral dissertation, Universidad de Sevilla).
- Becoña Iglesias, E. y Cortés, T., M. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*.
- Becoña Iglesias, E., Fernández del Río, E., Calafat, A. y Fernández-Hermida, J. (2014). *Apego y consumo de sustancias en la adolescencia: Una revisión de aspectos conceptuales y metodológicos*. Adicciones, 26(1), 77-86.
- Bulacio, J.M. (2006). *Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (ICCAp).
- Blanco, J.L. (2013). *Afrontamiento Familiar del paciente con depresión*. Realitas, 1(2), 46 51.
- Calvo, H. (2007). *Redes de apoyo para la integración social: la familia*. Salud y Drogas, 7(1), 45-56.
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J. & Velleman, R. (2010a). *The 5-Step method: Principles and practice*. *Drugs: education, prevention and policy*, 17(1), 86-99.
- Clavijo, A. *Crisis, familia y psicoterapia*. (2011). La Habana. Ed. Ecimed.
- D'Angelo, M. y Mazzarello, R. (2012). *Estudio sobre la codependencia y su influencia en las conductas de riesgo psicosocial de jóvenes brasileños de 14 a 19 años*.
- D'Angelo, R. y Menéndez, M. (2011). *Depresión y/o codependencia en mujeres: necesidad de un diagnóstico diferencial*. Barbaroi, (34), 125-145.
- D'Angelo, R., Menéndez, M., Gómez, J. y Peralta, Y. (2011). *Codependencia y sus instrumentos de evaluación: un estudio documental*. Avaliação Psicológica, 10(2), 139-150.
- Delicado, M.V., Alcarria, A., Ortega, C., Alfaro, A. y García, F. (2010). *Autoestima, apoyo familiar y social en cuidadores familiares de personas dependientes*. Metas de Enfermería, 13(10), 26-32.

- Del Moral, M., Fernández, P.L., Ladero, L. y Lizasoain, L. (1998). *Conceptos fundamentales en drogodependencias*. Ladero L, Lizasoain L. *Drogodependencias*. Madrid (ES): Medica Panamericana.
- De Laboratorio, S., & Científicos, A. (2016). *Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. Directrices para el análisis forense de sustancias que facilitan la agresión sexual y otros actos delictivos*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Dirección Nacional del Observatorio de Drogas, Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (2014). IV Estudio nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años. Informe de investigación.
- García Viniegras, C. R. (1999). *Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg: Adaptación cubana*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 15(1), 88-97.
- Gómez, E. O. y Guardiola, V. J. V. (2014). *Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización*. Justicia juris, 10(1), 11-20.
- González, A.D. (2014). *Publicaciones e investigación con enfoque familiar en la Revista Española de Drogodependencias (2002-2012)*. Revista Española de Drogodependencias, 39(2), 74-81.
- Guarín, C. y Ulloa, M. (2016). *Análisis psicométrico de la versión mexicana del cuestionario de afrontamiento en el contexto venezolano*. (Trabajo especial de Grado. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado").
- Guerra, Y. I. S., Moreno, C. A. J. C. y Carballoso, M. R. (2014). *Patología Dual: trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en mujeres drogodependientes*. La Habana, 2011-2013. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, 11(2-2014).
- Isch, A.M. y Lalama, M.L. (2014). Los patrones de comportamiento en las relaciones familiares y su relación con la violencia intrafamiliar, desde la perspectiva sistémica transgeneracional. Estudio realizado a 30 mujeres de 18 a 40 años de edad que acuden a la "Casa de Refugio Matilde" del cantón Quito, provincia de Pichincha, de junio a septiembre del año 2014.
- Jaime, L.M., Pérez, L.E., Rodríguez, M., Vega, T y Díaz, I. (2014). *Caracterización del funcionamiento familiar en el paciente alcohólico*. Acta Médica del Centro, 8(1), 22-28.
- Larrinoa Palacios, P., Martínez Rodríguez, S., Ortiz Marqués, N., Carrasco Zabaleta, M., Solabarrieta Eizaguirre, J. y Gómez Marroquín, I. (2011). *Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga*. Psicothema, 23 (3), 388-393.

- Linares, J.L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna, la inteligencia terapéutica*. Barcelona. Editorial Herder.
- Linares, J. L. y Soriano, J. A. (2013). *Pasos para una psicopatología relacional*. Revista mexicana de investigación en psicología, 5(2), 118-145.
- López, S. y Escudero, V. Familia, evaluación e intervención. (2013). Madrid. Editorial CCS, Tercera Edición.
- Marcon, S.R., Rubira, E.A., Espinosa, M.M. y Barbosa, D.A. (2012). *Calidad de vida y los síntomas depresivos en cuidadores y los adictos a las drogas*. Revista Latino- americana Enfermagem, 20(1), 167-174.
- Mansilla I., F. (2002). *Codependencia y psicoterapia interpersonal*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (81), 9-19.
- Martínez Valero, C. (2013). Reseña: *Autoestima Sana. Una visión actual basada en la investigación*. Elia Roca. Información Psicológica, 105, 133.
- Martínez-González, J., Albein-Urios, N., Munera, P., y Verdejo-García, a. (2012). *La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad*. International Journal of Psychological Research, 5 (1), 18-24.
- Minuchin, S. y Fishman, Ch. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 2004. 288 p.; 22x16 cm.- (Terapia familiar) Traducción de: José Luis Etcheverry ISBN 950-12-4699-X 1. Terapia Familiar I. Fishman, Charles II. Título CDD 616.891 56.
- Natera, G., Medina, P., Callejas F., Juárez, F. y Tiburcio, M. (2011). Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena en México. *Salud Mental*, 34, 195-201.
- Navarro Góngora, J. *Técnicas y programas en terapia familiar*. (1992). España. Ed. Paidós.
- Ramos, J.M. (2012). *Autoestima y Trastornos de Personalidad*. De lo Lineal a lo Complejo. *Clínica y Salud*, 23(2), 123-139.
- Restrepo O., D. y Jaramillo E., J. (2012). *Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública*. Facultad Nacional de Salud Pública, 30(2), 202-211.

- Reyes, J. (2017). *La codependencia: un enemigo silencioso*. (Tesis de pregrado, Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD)
- Roldán, A. F. y Sandoval, R. E. (2017). *Psicopatología en familiares de pacientes alcohólicos del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho–CRA. Cuenca, periodo junio-agosto. 2016* (Tesis de pregrado, Universidad Estatal de Cuenca).
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). *Adolescent attachment and psychopathology*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253. doi:10.1037/0022-006X.64.2.244
- Rojas Valero, M. (2016). *Mujeres que consumen sustancias psicoactivas. Un estudio psicológico, social y cultural sobre 627 casos*.
- Ruiz, A.O., Hernández, M.I., Mayren, P.J. y Vargas, M.L. (2014). *Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva*. *Liberabit*, 20(1), 109-119.
- Sánchez-Herrero, M.P., Sánchez-López, M. y Aparicio-García, M.E. (2011). *Salud, ansiedad y autoestima en mujeres de mediana edad cuidadoras y no cuidadoras*. *Ansiedad y Estrés*, 17(1), 27-37.
- Sanz, J., Perdigón, A. y Vázquez, C. (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general*. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280.
- Serrano, A. (2015). *Estudio de casos sobre afrontamiento familiar ante enfermedades crónicas en niños y adolescentes*. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2), 706-732.
- Serrano Patten, A. C., Rodríguez Cárdenas, N. y Louro Bernal, I. (2011). *Afrontamiento familiar a la drogodependencia en adolescentes*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37.
- Sierra, J. A. M., y Fernández, M. G. (2009). *La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones*. *Apuntes de psicología*, 27(2-3), 339-362.
- Vázquez, F., Otero, P., Blanco, V. y Torres, A. (2015). *Terapia de solución de problemas para la depresión*. Alianza Editorial, Madrid, 2015.
- Vázquez-Morejón, R., García-Bóveda, R. y Vázquez Morejón, A. J. (2004). *Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española*. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255.
- Zúñiga, L. (2012). *Nivel de depresión en familiares directos de adictos al alcohol y a otras drogas en grupos de familia Al- anon y Nar-anon, Arequipa. 2012*. (Tesis para obtener el título de Profesional de enfermería, Universidad Nacional de San Agustín).

ANEXOS

ANEXO 1

Encuesta socio demográfica



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

El siguiente cuestionario tiene como finalidad recolectar información relacionada con su familiar, así como también datos relevantes sobre el tipo de relación que usted mantiene con él.

Dimensión 1: Aspectos personales

1. Ciudad y fecha de aplicación:

2. Nombre del centro de internamiento:

3. Género:

Masculino

Femenino

4. Edad (en años).

5. Ocupación:

6. Estado civil:

Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre

Dimensión 2: Datos del familiar

7. Parentesco

Padre Madre Hijo(a) Esposo(a) Hermano(a)

Otro: (especifique): _____

8. Edad del familiar (en años)

9. Género:

Masculino

Femenino

10. Tipo de sustancia que consume su familiar.

Alcohol Marihuana PBC Cocaína

Otra:(especifique): _____

11. Tiempo de consumo (en años).

12. Número de internamientos.

Dimensión 3: Relación familiar

13. Tipo de familia

Nuclear Monoparental Reconstituida Ampliada Migrante

14. Tipo de relación

Indiferente Distante Cercana

Armónica Hostil Violenta

Distante y conflictiva Cercana y conflictiva

ANEXO 2

Parte informativa

La Universidad Técnica de Loja, está realizando un estudio de investigación, cuyo principal objetivo es: Determinar la relación entre depresión, ansiedad, autoestima y las estrategias de afrontamiento de los familiares de usuarios de sustancias.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, usted puede retirarse en cualquier momento sin que este hecho tenga algún tipo de repercusión contra usted o su familiar. La información recolectada será tratada de manera confidencial. Si tiene dudas acerca de este estudio, puede realizar las interrogantes necesarias. Al finalizar la aplicación de reactivos usted puede solicitar al evaluador los resultados de los mismos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, de..... años de edad, manifiesto que he sido informado/a sobre el estudio.

1. He recibido información acerca del objetivo del presente estudio.
2. He sido informado que mi participación, es un proceso voluntario, pudiendo retirarme del mismo en cualquier momento, sin que este hecho tenga algún tipo de repercusión contra mi familiar o contra mí persona.
3. Se me ha informado que la información recolectada será tratada de manera confidencial.
4. He recibido información suficiente que ha servido para despejar mis dudas.
5. He sido informado que al finalizar la aplicación de reactivos podré solicitar al evaluador los resultados de los mismos.

Tomando ello en consideración, otorgo mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma del participante

Firma del investigador

Nombre y fecha

Nombre y fecha

ANEXO 3

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

BDI-II

Instrucciones: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido durante las dos últimas semanas, incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar la elección. Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los elementos 16 (cambio en el patrón de sueño) y 18 (cambio en el apetito).**

1. Tristeza

0. No me siento triste habitualmente.
1. Me siento triste gran parte del tiempo.
2. Me siento triste continuamente.
3. Me siento tan triste o tan desgraciado/a que no puedo soportarlo.
-

2. Pesimismo

0. No estoy desanimado sobre mi futuro.
1. Me siento más desanimado/a sobre mi futuro que antes.
2. No espero que las cosas mejoren.
3. Siento que mi futuro es desesperanzador y las cosas sólo empeorarán.
-

3. Sentimientos de fracaso

0. No me siento fracasado.
1. He fracasado más de lo que debería.
2. Cuando miro hacia atrás, veo fracaso tras fracaso.
3. Me siento una persona totalmente fracasada.
-

4. Pérdida de placer

0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
-

5. Sentimientos de culpa

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable constantemente.
-

6. Sentimientos de castigo

0. No siento que esté siendo castigado.
1. Siento que puedo ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.
-

7. Insatisfacción con uno mismo

0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
1. He perdido confianza en mí mismo.
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
3. No me gusta
-

8. Autocríticas

0. No me critico o me culpo más que antes.
1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
2. Critico todos mis defectos.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
-

9. Pensamientos o deseos de suicidio

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
2. Me gustaría suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
-

10. Llanto

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
2. Lloro por cualquier cosa.
3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.
-

11. Agitación

0. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
1. Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.
-

12. Pérdida de interés

0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.
1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.

0. Me resulta difícil interesarme en algo.

13. Indecisión

0. Tomo decisiones más o menos como siempre.

- 1.** Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
 - 2.** Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
 - 3.** Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
-

14. Inutilidad

0. No me siento inútil.

- 1.** No me considero tan valioso y útil como solía ser.
 - 2.** Me siento inútil en comparación con otras personas.
 - 3.** Me siento completamente inútil.
-

15. Pérdida de energía

0. Tengo tanta energía como siempre.

- 1.** Tengo menos energía de la que solía tener.
 - 2.** No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
 - 3.** No tengo suficiente energía para hacer nada
-

16. Cambios en el patrón de sueño

0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

1a. Duermo algo más de lo habitual.

1b. Duermo algo menos de lo habitual.

2a. Duermo mucho más de lo habitual.

2b. Duermo mucho menos de lo habitual.

3a. Duermo la mayor parte del día.

3b. Me levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

19. Dificultad de concentración

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.

- 1.** No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
 - 2.** Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
 - 3.** No puedo concentrarme en nada.
-

20. Cansancio o fatiga

0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.

- 1.** Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
 - 2.** Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
 - 3.** Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.
-

21. Pérdida de interés por el sexo

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

- 1.** Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
 - 2.** Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
 - 3.** He perdido completamente el interés por el sexo.
-

ANEXO 4

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)					
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21	Con sudores, frios o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 5

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

ANEXO 6

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO CQ VERSIÓN VENEZOLANA Cada una de las siguientes frases se refiere a la forma que utilizamos para afrontar una situación de consumo de drogas en la que se encuentra un familiar. Por favor lea cada pregunta cuidadosamente y seleccione “NO” o “SI” pensando en su forma de actuar en los últimos tres meses. Si la respuesta es “SI” seleccione “1” si lo ha hecho 1 o 2 veces, “2” si lo ha hecho algunas veces y “3” si lo hace con frecuencia.	No	Si		
		1 o 2 veces	Algunas veces	Con frecuencia
1. Para mi es más importante la situación de otros miembros de la familia que los de mi familiar que consume	0	1	2	3
2. He buscado el momento adecuado para conversar con él (ella) acerca de su consumo de drogas y de las decisiones que debería tomar ante su comportamiento	0	1	2	3
3. He discutido con él (ella) por su consumo de drogas	0	1	2	3
4. Le he insistido para conversar sobre su consumo de drogas	0	1	2	3
5. Le he explicado que me molesta la forma en que el(ella) consume drogas	0	1	2	3
6. Me he sentido asustado como para hacer algo ante la situación	0	1	2	3
7. Pongo reglas para limitar la situación de consumo dentro de la casa: Por ejemplo, prohibirle consumir dentro de la casa, prohibirle que sus amistades que consumen drogas vengan a la casa o le prohíbo salir con ellos	0	1	2	3
8. Estimulo a mi familiar a hacer promesas para que NO consuma	0	1	2	3
9. Me desespero ante la situación y no sé qué hacer	0	1	2	3
10. Evito a mi familiar por su forma de consumir	0	1	2	3
11. Me enojo con mi familiar	0	1	2	3
12. Lo cuido y vigilo de cerca en cada cosa que hace	0	1	2	3
13. Me preocupo por mis intereses e ignoro la situación de mi familiar	0	1	2	3
14. Le he aclarado que no aceptaré sus razones para seguir consumiendo, ni le serviré de cómplice ante otras personas	0	1	2	3
15. Amenazo a mi familiar, aunque no tenga intención de cumplirlas	0	1	2	3
16. Le digo a mi familiar lo que espero que haga para contribuir con la familia	0	1	2	3
17. Lo he defendido o apoyado cuando otros lo han criticado	0	1	2	3

18. He estado en la situación donde no tomo la decisión de hacer algo respecto al consumo de mi familiar	0	1	2	3
19. He aceptado la situación como una parte de la vida que no puede cambiarse	0	1	2	3
20. Le he dicho a mi familiar que me decepcionó y que no siento que me ama	0	1	2	3
21. He hablado con él (ella) para ayudarme a resolver la situación económica	0	1	2	3
22. Busco entre sus pertenencias para ver si encuentro drogas	0	1	2	3
23. Pienso en mi antes que en cualquier situación que esté pasando con mi familiar	0	1	2	3

Nota: Cuestionario de Afrontamiento (Orford, 1998, validada para Venezuela por Guarín y Ulloa, 2016)