Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Título:

ESTILOS PARENTALES PERCIBIDOS EN ADICTOS EN PROCESO DE RECUPERACION, Y SU RELACION CON EL APOYO SOCIAL

Tutor: Prof. Dr. LÓPEZ PELL, ANDRÉS F.

Tesista: PEDRONCINI, YÉSICA VANESA

Legajo: 6992

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Facultad: Psicología y Relaciones Humanas

Localización: Lomas de Zamora

Fecha: Febrero 2015

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DEFENSA DE TESIS

Dictamen_____

Nota _____

Jurados:

_____

_____

_____

Fecha_____

DEDICATORIA

La elaboración y construcción del presente trabajo ha sido realmente todo un desafío, por ello se los dedico especialmente a las personas que siempre han estado a mi lado apoyándome, brindándome la confianza y la fuerza necesaria para seguir adelante…

A ***Dios,*** por darme día a día su infinita fuerza para continuar luchando contra las adversidades.

A mi hijito ***Valentín Pedroncini,*** por ser el motor de mis mañanas, de mi vida y por ser la personita que lleno de luz mi alma.

A mi madre ***Ana María Arrayago,*** que siempre me da fuerzas para cumplir todas mis metas, por creer y confiar en mí, por estar siempre a nuestro lado de manera incondicional.

A mi padre ***Norberto Pedroncini,*** por transmitirme sus valores.

A mis ***Hermanas/o, cuñados y sobrinos***, por estar siempre presente cuando más los necesito, por su compañía y apoyo

Y para concluir con esta dedicatoria, a cada ser de luz que ayudo a mi formación todos estos años, transmitiéndome lo mejor de sí…

Muchas Gracias!!!

AGRADECIMIENTOS

Al *Dr. Andrés F. López Pell,* por sus orientaciones, asesoramiento, por su sabiduría y por acompañarme en este camino recorrido juntos.

A *los pacientes en proceso de recuperación* que han participado en este proyecto y bondadosamente fueron parte de este trabajo.

A *mi hijo en especial y a mi familia*, por apoyarme, acompañarme, por la paciencia y comprensión en estos años de carrera.

A *los directores de las Comunidades Terapéuticas* en donde se desarrollo la investigación, por brindarme un lugar.

A *mis compañeros* de cursada.

Y *principalmente a los lectores de la misma*, que sin ustedes este desafío no llegaría a ser…

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general del presente trabajo es describir los estilos parentales, el apoyo social y la propensión a la recaída en sujetos adictos en proceso de recuperación y también la relación entre cada uno de ellos.

La muestra está conformada por participantes del sexo masculino de entre 13 y 65 años, provenientes de las siguientes comunidades terapéuticas: “Asociación Revivir” y “Fundación San Mateo”.

Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos de medición a fin de evaluar la autoeficacia o seguridad de evitar consumir drogas en diferentes situaciones de alto riesgo se utilizó el *Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-8)* elaborado por Tejero, Trujols y Roca (1993), la E*scala de Estilos Parentales (*Egna Minnen av Barndoms Uppfostran, o EMBU) (Perris, Jacobson, Lindström, Von Knorring & Perris, 1980) y la *Escala de Apoyo Social* (Rodríguez Espínola & Enrique, 2007).

Se encontró que los adictos más vulnerables a sufrir una recaída son aquellos cuyos estilos parentales fueron rígidos o negativos y con menor apoyo social; mientras que los estilos parentales más flexibles o menos rígidos y con más apoyo social, en general, producen una mayor resiliencia a la recaída.

Palabras clave

Estilos parentales, recaída (adicción a la droga), apoyo social.

SUMMARY OF RESEARCH

The overall objective of this paper is to describe parenting styles, social support and tendence to relapse in addicted subjects in recovery and the relationship between each one of them.

The sample will consist of male participants aged 13 to 65, from the therapeutic communities: "*The Revival Association*" and "San Mateo Foundation".

For data collection the following measuring instruments were used to evaluate the self-efficacy and confidence to avoid substance use in different high-risk situations: the Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-8) prepared by Tejero, Trujols and Roca (1993), the Scale of Parenting Styles (Egna Minnen av Barndoms Uppfostran or EMBU) (Perris, Jacobson, Lindström, Von Knorring & Perris, 1980) and the Social Support Scale (Rodríguez Espínola & Enrique, 2007) will be used.

It was found that the most vulnerable addicts to relapse are those whose parenting styles were rigid or negative and with less social support; while more flexible and less rigid parenting styles with greater social support, in general, are more resilient to relapse.

keywords

Parenting styles, relapse (drug addiction), social support.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA....3
AGRADECIMIENTOS....4
RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN....5
SUMMARY OF RESEARCH....6
ÍNDICE GENERAL....7
INTRODUCCIÓN....9
TEMA Y PROBLEMA....11
OBJETIVOS....11
Objetivo General....11
Objetivos Específicos....11
Hipótesis....12
ESTADO DEL ARTE....13
MARCO TEÓRICO....17
Concepto de drogas....18
CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS....20
Concepto de comunidad terapéutica....22
EL CONCEPTO DE RECAÍDA EN RELACIÓN A LA DROGODEPENDENCIA....24
Apoyo social en relación a la drogodependencia....28
Estilo parental en relación a la drogodependencia....33
METODOLOGÍA....38
Aspectos metodológicos....39
Técnicas para el relevamiento de los datos....39
Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación....43
RESULTADOS....44
Análisis de la muestra....44
Procedimiento....44
Prueba de normalidad:....45
TABLA 1: PRUEBA DE NORMALIDAD....45
TABLA 2: RANGO, MEDIA Y DESVÍO ESTÁNDAR DE ESTILO PARENTAL, APOYO SOCIAL Y RECAÍDA....46

TABLA 3: DATOS DEMOGRÁFICOS.....47
TABLA 4: CONOCIMIENTOS PREVIOS ACERCA DE LA DROGODEPENDENCIA 51
TABLA 5: CORRELACIÓN ENTRE RECAÍDA, APOYO SOCIAL Y ESTILO PARENTAL.....52
DISCUSIÓN 54
CONCLUSIÓN 57
BIBLIOGRAFÍA 58
ANEXO: GRÁFICOS 65
ANEXO: CUESTIONARIOS 66

INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación tiene como objetivo explorar y describir los estilos parentales y el apoyo social percibido en sujetos adictos en proceso de recuperación y su relación con la propensión a la recaída.

Para empezar a unificar criterios y entender qué tipo de estilos parentales son percibidos en estos pacientes, vamos a situarnos en el sistema familiar ya que es el primer entorno social en el que se desarrolla la vida del sujeto, el más poderoso y el cual juega un papel esencial para el despliegue de conductas desadaptativas en los hijos.

La familia es reconocida como una de las variables principales en el origen y mantenimiento del consumo de drogas; por ello es de suma necesidad tener en cuenta el soporte familiar y los recursos sociales disponibles.

La adicción es una enfermedad crónica y, tal como la define la Organización Mundial de la Salud, consiste en un síndrome constituido por un conjunto de signos y síntomas característicos. El origen de la misma es multifactorial, y entre los factores más preponderantes que podemos mencionar se encuentran los biológicos, los genéticos, los psicológicos y los sociales.

Como toda enfermedad crónica, tiene una disposición a la recaída, pero para que ello se dé, la persona debe haber estado previamente en recuperación, o sea, abstinente y con cambios de conducta por un lapso significativo de tiempo.

Es a raíz de tal período que me surge el interés por continuar el abordaje de esta temática e identificar ciertas características predominantes del funcionamiento familiar en familias con hijos drogodependientes, para realizar con mayor acierto las intervenciones no solo terapéuticas, sino también de prevención.

Para ello, el diseño básico de la propuesta de investigación que se utilizó, según el abordaje del problema, fue exploratorio, descriptivo y correlacional. La intervención realizada fue observacional (observar sin intervenir) y su temporalidad, transversal (datos en un momento en el tiempo).

La metodología que se determinó para trabajar fue esencialmente cuantitativa, la cual hasta el momento, ha sido la más utilizada en el estudio de esta temática.

La búsqueda de relaciones causa/efecto es retrospectiva (hipótesis sobre/variable dependiente y búsqueda retrospectiva de variable independiente).

Esta metodología me ha permitido analizar las variables con la objetividad de sus cuestionarios estandarizados.

Pedroncini,

Yésica Vanesa

TEMA Y PROBLEMA

ESTILOS PARENTALES PERCIBIDOS EN ADICTOS EN PROCESO DE RECUPERACIÓN, Y SU RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL

OBJETIVOS

Objetivo General

Cuantificar y relacionar los estilos parentales con las recaídas en las adicciones y el impacto del apoyo social percibido.

Objetivos Específicos

- Cuantificar y relacionar los estilos parentales con el grado de recaída a las adicciones.
- Cuantificar y relacionar los estilos parentales con el grado de apoyo social percibido.
- Evaluar los estilos parentales (sobreprotección, comprensión y apoyo, castigo, presión, rechazo, reprobación, evitación de problemas, y retirada social) en una muestra de adictos en proceso de recuperación.
- Describir los tipos de apoyo social (afectivo, material, relaciones sociales, y emocional) en una muestra de adictos en proceso de recuperación.
- Determinar las diferencias según los datos sociodemográficos, como la edad, religión, institución en relación con los estilos parentales y el apoyo social.

Hipótesis

1. Individuos cuyos padres han ejercido un estilo parental más rígido (caracterizado por los factores de sobreprotección, castigo, presión hacia el logro, rechazo y reprobación), experimentarán tendencia a mayor recaída en comparación con quienes han tenido estilos parentales menos rígidos (puntuación alta en los factores de comprensión y apoyo).
2. Individuos que cuentan con indicadores de mayor apoyo social experimentarán una tendencia a una menor o nula recaída en comparación con quienes cuentan con menor apoyo social.
3. Individuos con bajo riesgo de recaída a la adicción puntuarán alto en los factores de comprensión y apoyo (EMBU) y obtendrán la puntuación total en el factor de apoyo social, ambos en comparación con individuos con alto riesgo de recaída.

ESTADO DEL ARTE

El índice de recaídas en adictos en proceso de recuperación en la sociedad argentina sigue siendo alto y es uno de los problemas más importantes en el tratamiento de la adicción a las drogas.

La Secretaría de Programación para Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), dependiente de la Presidencia de la Nación realizó, a través de su Observatorio Argentino de Drogas (OAD), el Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en la población de 12 a 65 años, correspondiente al año 2010. El mismo arrojó como resultado que entre los 18 y 24 años se encuentran las tasas más altas de consumo.

El Programa Internacional del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) desarrolló una investigación en la que se concluyó que la mayoría de las personas que se inician al consumo de drogas lo hacen en la etapa de la adolescencia**.** En el año 2013, a diferencia del 2011, hubo un poco más de 3.0 millones de usuarios nuevos de drogas ilícitas - que consumieron la droga por primera vez - o unos 8.400 usuarios nuevos por día. La mitad (el 51 por ciento) eran menores de 18 años de edad.

Muchos de los sujetos en tratamiento solicitan abandonarlo por alguna creencia errónea de seguridad, habiendo estado temporalmente internados y aislados de factores estresantes o desencadenantes, por lo que vuelven a consumir en períodos relativamente cortos de tiempo (Anicama, Mayorga & Henostroza, 2001).

Si bien se desconoce el porcentaje de adictos que se recupera con éxito y sin recaídas, es posible que éstas puedan minimizarse o evitarse completamente. Las recaídas tienen como factor de riesgo tanto el abandono o el fracaso del tratamiento, como la frustración del paciente y la de sus familias (Anicama, Mayorga & Henostroza, 2001).

Al-Halabi Díaz, Secades-Villa, Pérez, Fernández-Hermida, Crespo y García-Rodríguez (2006) estudiaron las variables que predicen la participación en un programa de prevención juvenil de abuso de drogas. Estas fueron: el

número de hijos, el nivel educativo de los padres, el uso de drogas por los hijos, el conflicto familiar y el estilo de crianza paternal. Las variables que más relacionadas estaban en el programa de prevención juvenil de abuso de drogas eran las de conflicto familiar, las relaciones entre padres-hijos y la comunicación entre los miembros de la familia. Dicho estudio demostró la necesidad de identificar estas variables para incrementar la participación de los jóvenes en programas y advertir sobre el riesgo de consumir sustancias.

En un estudio de Becerra García (2009) con toxicómanos consumidores de heroína y sus familias, se halló que en hogares con alta emoción expresada, sobreprotección, castigos, rechazo y reprobación, las recaídas son más frecuentes que en los de baja emoción expresada. Si se disminuye la tasa de emoción expresada en los padres, las recaídas del drogodependiente se reducen.

Becerra García (2009) observó que los padres con alta emoción expresada provocan en mayor medida las recaídas y que es más difícil implicar al padre que a la madre en las terapias.

Cano, Solanas, Mari-Klose y Mari-Klose (2012) hallaron que los estilos parentales autoritativos reducen el riesgo del consumo de tabaco en comparación con la parentalidad autoritaria, permisiva y negligente. Asimismo, aseguraron que los estilos parentales pueden incrementar el riesgo del consumo en los adolescentes cuando éstos están basados en un nivel reducido de comunicación y/o de control.

Es, por tanto, importante hacer hincapié en las estrategias educativas de los padres a través de la sensibilización y del fomento de prácticas parentales que puedan evitar una consolidación de las prácticas de consumo de tabaco.

Por otra parte, Becoña, Martínez, Calafat, Juan, Fernández-Hermida, y Secades-Villa (2013) encontraron que aquellos jóvenes que percibían a sus padres más permisivos, con menor control por parte de la madre y mayores niveles de afecto tanto materno como paterno, tenían más probabilidades de consumir alcohol, tabaco y cannabis.

Uno de los factores que podría estar relacionado con las recaídas es el apoyo social. Éste se define como un proceso integrativo, del cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental y económica por parte de la red social en la que se encuentra inserto (Bowling, 1991).

De la Revilla y Bailón (1994), definieron a la red social como el entramado de relaciones personales identificables que rodean al individuo y las características de esas relaciones. Por lo tanto hay un conjunto de aspectos cualitativos o funcionales, identificados como apoyo social que son aportados por la red social que en sí constituye los aspectos cuantitativos o estructurales (tamaño, densidad y dispersión) (Barron, 1990). Es decir, el número de personas a las que puede recurrir el individuo para resolver los problemas o pedir ayuda. Así pues, la ayuda social y la red social son conceptos diferentes.

Dobkin, De CM, Paraherakis y Gill (2002) estimaron que contar con apoyo social y una red social suficiente es un predictor positivo de continuidad en el tratamiento de la drogadicción, dado que afecta al ajuste psicológico del paciente y aumenta su autoestima. El apoyo social además disminuye la influencia de los acontecimientos estresantes sobre el «craving» o deseo de consumir (Ames & Roitzsch, 2000).

Varios estudios demostraron el gran impacto que ejerce el apoyo social percibido sobre los procesos relacionados con la salud y la enfermedad.

Rhoads (1983) halló en individuos en tratamiento por adicción a heroína, que en aquellos que disponían de más soporte social disminuyó significativamente el consumo de heroína y otras drogas.

Investigaciones más recientes evaluaron la importancia del apoyo social en la recaída a los seis meses del consumo de drogas en personas que lograron la abstinencia y, sus resultados demostraron que no solo el apoyo social es un factor protector de la recaída del consumo de drogas, sino también que, por cada punto de incremento en la escala de autopercepción de apoyo social, el riesgo de recaída disminuye en tres puntos porcentuales. (Garmendia, Alvarado, Montenegro & Pino, 2012).

Sánchez-Hervás, Santonja Gómez, Secades Villa, García-Fernández, García-Rodríguez y Zacarés Romaguera (2012) han publicado un estudio cuyo objetivo era el de identificar variables psicosociales que pudieran predecir la probabilidad de recaída en adictos a la cocaína. En dicho estudio participaron pacientes con diagnóstico de dependencia a la cocaína que iniciaron tratamiento en un dispositivo asistencial de tipo ambulatorio. Con el fin de comprobar la abstinencia, el consumo de cocaína se comprobó con analíticas de orina dos veces por semana. El seguimiento de los participantes

fue monitoreado hasta el abandono o hasta 180 días después de la admisión al centro. Los resultados obtenidos señalaron que un entorno socio-familiar desestructurado (con problemática en las relaciones familiares y sociales, insatisfacción con el tipo de convivencia y menor nivel educativo) y una deficitaria situación económico-laboral (menos ingresos, menor número de días trabajados y más desempleo) configuran dos constructos que determinan un mayor riesgo de recaída en el consumo de cocaína.

Además, el entorno socio-familiar desfavorable propiciaba una mayor severidad adictiva relacionada tanto con el consumo de cocaína como con el consumo de alcohol.

La Organización de los Estados Americanos realizo una investigación de drogas en las Américas, (Drogas y Salud Pública, 2013) en la que avalan que los factores que contribuyen a la resiliencia en la drogodependencia estarían asociados a una estrecha relación con los padres u otro adulto que aseguraría un ambiente de afecto desde edades tempranas y de manera consistente; sentimientos de éxito, de control y de respeto por sí mismo por parte de los menores; fuertes recursos internos (buena salud física y psicológica) y externos (buena red social de apoyo que se incluye la familia, la escuela y la comunidad). Entre otros factores se encuentran: habilidades sociales que incluyen la capacidad para comunicarse y negociar, para tomar buenas decisiones y rehusar actividades que pueden resultar peligrosas; habilidades para resolver problemas, percepción de que las adversidades se pueden resolver con perseverancia y esfuerzo, y haber sobrevivido situaciones de riesgo anteriores.

MARCO TEÓRICO

A continuación expondré una serie de conceptos básicos con el fin de facilitar la comprensión del tema abordado.

Concepto de drogas

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S, 1975) define la droga como toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del funcionamiento normal del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física, o ambas.

El DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, citando la definición de “droga” que propone la OMS, agrega algunas consideraciones: “es toda sustancia, que introducida en el organismo por cualquier mecanismo (ingestión, inhalación de gases, intramuscular, endovenosa, entre otras), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del consumidor, provocando un cambio en su comportamiento, ya sea una alteración física o intelectual o una modificación de su estado psíquico”.

En cuanto a las formas de consumo de drogas, suele diferenciarse entre uso, abuso y adicción. El término uso supone un contacto esporádico u ocasional con la droga, un consumo circunstancial y en ocasiones determinadas. A diferencia de ésta, el abuso hace referencia a un consumo reiterado de drogas, recurriendo el sujeto a cantidades y/o frecuencia “que superan en mucho a las iniciales”. Discontinuo o no, el abuso suele ser considerado un riesgo en cuanto a la posibilidad de facilitar el traspaso de los límites que lo separan de la adicción propiamente dicha.

Las drogas no solo alteran el estado de ánimo de las personas, sino que tienen también el potencial de alterar el pensamiento, de hacer daño a la mente y al cuerpo, afectando de esta manera la salud y el desarrollo de la persona. Los daños provocados tanto biológicos como psicológicos, pueden ser irreparables (Cincunegui, 2007).

Las drogas se pueden clasificar en legales e ilegales. Entre las primeras se incluyen el alcohol, el tabaco (con algunas restricciones legales) los

fármacos de prescripción médica y ciertos disolventes de uso doméstico o industrial; el resto de ellas son ilegales.

Existen varias clasificaciones de las sustancias adictivas de acuerdo a su estructura y propiedad química y a los efectos que producen en el sistema nervioso central (SNC). De éstas existen varias versiones; como la clasificación de utilidad práctica es la de NIDA (National Institute of Drug Abuse).

Clasificado por el efecto *depresor o estimulante*.

Los *depresores* (alcohol, sedantes, narcóticos y ansiolíticos, cannabis y disolventes volátiles) reprimen todas las estructuras presinápticas neuronales con la consecuente disminución de la cantidad de neurotransmisores liberados por el impulso nervioso, lo cual produce además, una disminución de la función de los respectivos receptores postsinápticos. El alcohol, al igual que otros depresores como los barbitúricos y las benzodiacepinas, produce una estimulación de la transmisión inhibitoria.

El grupo de los narcóticos incluye al opio, la morfina, la heroína, la meperidina, la codeína, el difenoxilato, el fentanyl, la nalbufina, el propoxifeno y la metadona.

Los estimulantes (cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, alucinógenos y los estimulantes menores donde se clasifica a las xantinas) ejercen un bloqueo sobre la inhibición, o una excitación de las neuronas en forma directa. Sus mecanismos de acción son variados y pueden explicarse por afectación fisiológica, por ejemplo, por un aumento de la despolarización neuronal; un incremento de la cantidad de neurotransmisores disponibles; un alargamiento de la acción de los neurotransmisores; un debilitamiento de la membrana neuronal o una reducción del tiempo de recuperación sináptica.

Clasificación de las sustancias psicoactivas

DEPRESORES				
TIPO DE DROGA	**EJEMPLOS (nombre común)**	**FORMA DE USO**	**APARIENCIA**	**ALGUNAS CONSECUENCIAS**
Cannabis	*Marihuana (toque, mota, hierba, chora, grifa, chuby, churro, flexo, bacha, juanita, material). *Hashish (Hash)	*Fumada. *Puede ser consumida en galletas o pasteles.	*Hierba de olor semejante a orégano quemado. *Sustancia gomosa de color negro-café.	*Posibles daños al sistema nervioso por las sustancias usadas para su cultivo. * Síndrome de desmotivación. *Disminución de la capacidad creativa e intelectual. *Esterilidad en el hombre. *Trastorno en el ritmo ovulatorio de la mujer. * Factor de riesgo para cáncer 8 veces superior al del tabaco.
Tranquilizantes	*Valium, lexotán, ativán, rohypnol, rivotril (pingas, pastas, chochos).	*Oral.	*Pastillas y tabletas.	*Promiscuidad sexual. *Desinhibición de los impulsos agresivos. *Deterioro en los procesos de pensamientos, atención y memoria. *Cambios desfavorables en actitudes escolares y sociales.
Alcohol	*Cerveza, vino, tequila, licor.	*Bebido.	*Líquido.	*Detención y/o deterioro del crecimiento físico, mental y emocional. *Desinhibición de impulsos agresivos y sexuales. *Alto riesgo de accidentes al conducir. *Aislamiento social.
Opiáceos (narcóticos) de origen natural	*Heroína (chiva, heroica). *Morfina.	*Inyección: subcutánea, intravenosa, intramuscular. * Fumada. *Inhalada.	*Piedra o polvo café amarillento o blanco.	*Deterioro en el pensamiento, atención y memoria. *Cambios drásticos en actitudes escolares y sociales. *Síndromes de supresión violentos. *En la supresión o en períodos de no consumo estados anímicos centrados en insatisfacción y frustración. * Exposición a contagio de enfermedades infecciosas (hepatitis, SIDA).
Opiáceos (narcóticos) de origen sintético y análogos	*Codeína. *Nuvaín. *Darvón. *Temgesic. *Demerol. *Fentanil.	*Oral. *Intravenosa.	*Jarabes. *Pastillas, cápsulas. *Soluciones inyectables.	*Alto nivel adictivo. *Suprimen el hambre. *Estados de desnutrición. *Apatía ante la vida. * Deterioro de la capacidad de pensamiento. *Agresión en la supresión. *Problemas escolares, laborales y sociales.

Barbitúricos	*Pentobarbital, secobarbital (pastas, nembus, muñecas, barbas).	*Oral.	*Cápsulas de color rojo, amarillo o azul.	*Alto riesgo de intoxicación cruzada con alcohol. *Riesgo de paro respiratorio. *Apatía ante las actividades cotidianas.
Inhalables	*Tonsol, thinner, resistol, gasolina, nitrito de amilo (poopers, rush).	*Inhalado.	*Líquido transparente de olor penetrante. *Pegamento amarillo.	*Conductas agresivas. *Depresión del sistema inmunitario del organismo. * Síndrome de supresión intenso. *Experimentación de estados anímicos de frustración y depresión. *Deterioro de los procesos mentales. *Aislamiento.

ESTIMULANTES				
TIPO DE DROGA	**EJEMPLOS (nombre común)**	**FORMA DE USO**	**APARIENCIA**	**ALGUNAS CONSECUENCIAS**
Cocaína	* Cocaína (coca, blanca nieves, perico). *Crack (base, baserola).	*Inhalada, fumada ,inyectada. * Fumada.	*Polvo blanco amarillento. *Piedras o cristales blancos con olor dulce.	*Fantasías paranoides. *Deterioro en el proceso del pensamiento. *Impotencia sexual. *Se presenta inseguridad. *Deterioro paulatino en la capacidad de aprendizaje. *Alteraciones cardiovasculares. *Alteraciones en la actividad cerebral.
Alucinógenos de origen natural	*Hongos (pajaritos, san isidros, derrumbes). *Peyote (cabeza, botones).	*Oral.	*Similar a champiñones. *Tubérculo amorfo.	*Alto riesgo de rompimientos psicóticos. *Exposición a accidentes. *Deterioro en la capacidad de pensamiento. *Apatía hacia las actividades cotidianas. *Aislamiento. *Explosiones de agresión (especialmente con el consumo de PCP). *Cambios desfavorables en actitudes escolares, familiares y sociales *Vacío existencial.
Alucinógenos de origen sintético y análogos	*LSD (ácidos, micropuntos) *PCP (polvo de ángel)	*Oral (en azúcar, calcomanías o pedazos de papel). *Inyectado.	*Líquido e incoloro. *Líquido, cápsulas píldoras o polvo blanco cristalino.	*Exposición a accidentes. *Deterioro en la capacidad de pensamiento. *Apatía hacia las actividades cotidianas. *Aislamiento. *Cambios desfavorables en actitudes escolares, familiares y sociales *Vacío existencial.

Anfetaminas y análogos	*Ionamín, esbelcaps, ritalín, tonoate dospan (anfetas).	*Oral.	*Pastillas o cápsulas.	*Disminución de la capacidad de atención y concentración.
Metanfetamina y análogos	*Cristal (cristina, ice, crank).	*Oral. *Inyectado. *Inhalado.	*Píldoras, polvo blanco o como pedazos de cera.	*Genera una dependencia muy intensa. *Complicaciones orgánicas como daño al hígado, pulmón, riñón, irritación cerebral, pérdida de peso, desnutrición, deficiencias en el sistema inmunológico.

Todas estas sustancias psicoactivas ocasionan conflictos con la familia, generando en la persona resentimiento, aislamiento y problemas, tanto emocionales (pérdida de la confianza y de la autoestima), como problemas económicos y legales.

Concepto de comunidad terapéutica

El término Comunidad Terapéutica (C.T.) se acuñó en los hospitales psiquiátricos del Reino Unido en la década de los cincuenta.

Diez años más tarde, el término comunidad terapéutica comenzó a utilizarse para denominar determinados tratamientos residenciales libres de drogas destinados a sujetos dependientes de sustancias.

La comunidad terapéutica como tratamiento para el abuso y la dependencia de sustancias surgió en los años sesenta en Norteamérica como una alternativa a los tratamientos convencionales. El concepto base de este modelo era la autoayuda (Llorente del Pozo & Fernández Gómez, 2007).

A diferencia de otras modalidades de tratamiento, la comunidad terapéutica constituye un “medio terapéutico”, cuyo régimen diario consiste en actividades estructuradas y no estructuradas e interacciones sociales que se desarrollan en situaciones y entornos formales e informales. Un día habitual en una comunidad terapéutica implica un período muy estructurado, que se inicia aproximadamente a las 7.00 de la mañana y finaliza por las noches alrededor de las 23.00 hs.

Durante este tiempo los residentes participan en una variedad de reuniones, actividades ocupacionales, seminarios educativos, grupos

terapéuticos, terapia individual, educación física, talleres de expresión plástica y actividades recreativas. La interacción entre estas actividades educativas, terapéuticas y sociales, constituye la esencia de la comunidad como agente terapéutico.

Las comunidades terapéuticas donde se llevó a cabo la investigación se caracterizan por no contar con ningún tipo de subsidios por parte del Estado.

Pese a esto, los pacientes en proceso recuperación que asisten a las mismas, son más de cien, y las consultas que se reciben mensualmente en cada sede, son alrededor de ciento cincuenta. Y, casi la totalidad de las consultas llegan en busca de tratamiento.

La *Asociación Revivir*, Comunidad Terapéutica fundada en 1994, tiene su sede central en Av. Mitre 2465, ciudad de Avellaneda, Buenos Aires. Allí es donde realizan entrevistas de admisión, responden consultas, brindan información sobre los tratamientos y se organizan los grupos terapéuticos. La *Asociación* se ocupa de la asistencia a personas con adicción a sustancias, drogas y alcohol.

Debido a diversos factores, fundamentalmente la creciente solicitud de tratamiento por parte de personas con esta problemática y sus familias; fue lo que, los impulsó realizar la apertura de otras tres sedes, orientadas y agrupadas por rango etario. Estas son: sede Bernal, provincia de Buenos Aires, (Avellaneda 232) se realizan tratamientos ambulatorios y de internación de jóvenes en la etapa de la adolescencia. Al ser la comunidad terapéutica donde conviven los jóvenes de menor edad, las actividades están orientadas hacia formación básica educativa y se aplica la pedagogía adecuada a las necesidades de esta etapa evolutiva. Sede Tortuguitas, provincia de Buenos Aires, (3 de Febrero 3500) se realizan tratamientos de internación las personas comprendidas en la franja etaria de jóvenes a adultos, donde desarrollan actividades de laborterapia con fines terapéuticos, tales como talleres, mantención del lugar y cuidado del medio ambiente. Sede de Cañuelas, provincia de Buenos Aires, (Belgrano y Lisboa, km 61, ruta 205), se realizan tratamientos de internación a las personas del grupo etario de adultos y mayores, donde desarrollan actividades ligadas al campo, como el cuidado de caballos, la cría de porcinos y el mantenimiento de la huerta orgánica.

La fundación San Mateo, comunidad terapéutica fundada en 1999, ubicada en San Vicente, provincia de Buenos Aires, (San Miguel de Monte 343), allí se brinda tratamiento a niños, adolescentes y adultos que, por diversos motivos y situaciones atravesadas, han sido víctimas de abandono, maltrato y violencia, constituyendo éstos, factores que han favorecido en ellos el consumo y la adicción a las drogas.

La atención de ambas C.T es de forma grupal y como así también individual, con el objetivo de que la persona en tratamiento conserve la singularidad al igual que cada compañero de tratamiento. Semanalmente se reúnen los grupos terapéuticos de padres, parejas y jóvenes en reinserción social que tienen como objetivo lograr un abordaje integral de la enfermedad ya que, por las características de la misma, es necesaria una contención familiar comprometida y responsable.

Nociones centrales de la temática abordada que se deben conocer

El concepto de recaída en relación a la drogodependencia

La propia delimitación del concepto de recaída es uno de los principales problemas con los que se enfrenta este campo de investigación.

El problema de la recaída es un punto central en la comprensión de las adicciones, y el estudio del proceso de la recaída es de gran importancia en todas las formas de comportamiento adictivo (Gossop, 1989).

Es fundamental resolver cómo definir el término de recaídas.

Hunt, Barnett y Branch (1971) señalaron que una gran proporción de personas que han sido tratadas por problemas de comportamiento adictivo, tienden a volver hacia aquel comportamiento poco después de haber dejado el tratamiento. Esta situación se ha encontrado en alcohólicos, adictos a la heroína y fumadores de tabaco.

Catalano, Hawskins, Wells, y Miller (1990) constataron que antes de hablar de recaída, es preciso que se produzca la abstinencia empleada por un período de tiempo necesario sin consumo. Definir este período de tiempo nos permite distinguir entre los consumidores continuos y aquellos capaces de

dejar la droga por un breve lapso de tiempo. Es necesario llegar a un acuerdo sobre cuál debe ser ese período mínimo sin consumo, para poder comenzar a hablar de recaídas significativamente.

Ossip-Klein, Bigelow, Parker, Curry, Hell, Irkland (1986) tasaron este período de abstinencia en 24 horas, mientras que Surgeon General (1988) lo tasó sólo al finalizar el tratamiento.

En la mayor parte de los estudios no se brinda información sobre los períodos de abstinencia de los sujetos antes de las recaídas. De esta manera, se asume que todos los sujetos que están en tratamiento son susceptibles de recaer sin tener en cuenta el período de abstinencia.

Según Leukefeld y Tims (1989) la recaída se trata de un fenómeno complejo y gradual que, como tal, presenta cuestiones de criterio.

Marlatt y Gordon (1985) desarrollaron una teoría muy influyente sobre el proceso de recaída que pone el énfasis en los factores cognitivos, afectivos y situacionales que pueden potenciar la recaída.

Según esta teoría, la recaída se daría, en primer lugar, por situaciones de riesgo, (aquellas que el individuo percibe como amenazantes para su autoeficacia y que incrementan el riesgo potencial) y, además, por otros factores de carácter menos específico, que se mantienen a lo largo de un tiempo más prolongado.

Estos autores distinguieron el consumo puntual de una sustancia (lapso, desliz o caída temporal) entendida como el primer consumo después de un período de abstinencia de la recaída, que supone el retorno a la conducta dependiente que se había intentado cambiar, recuperando o no los niveles de la línea base anterior al tratamiento.

Los lapsos pueden ser consumos esporádicos de una sustancia o episodios de consumo intenso durante algunos días. Marlatt (1993) definió un lapso como un obstáculo o retroceso en el intento de una persona para cambiar o modificar una conducta concreta.

La recaída supondría, desde esta perspectiva, el uso continuado de la sustancia después de ese desliz inicial, y se entendería como el resultado de una dinámica que se va desarrollando a lo largo del tiempo de un modo gradual. La transición entre un consumo puntual y el retorno a la adicción, depende de una serie de procesos en los que intervienen múltiples variables.

Para Catalano, Hawskins, Wells, y Miller (1990) la recaída se define como un evento discreto que ocurre con el simple uso de una droga, después de un intervalo abstinente, o como un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo.

Como proceso, la recaída ha sido definida de diferentes modos: uso diario, retorno a la línea base, consecuencias como la readmisión a un tratamiento, el diagnóstico de nueva dependencia según diferentes criterios.

Beck, Wright y Newman (1999) señalaron que las recaídas se producen ante situaciones emocionales perturbadoras y ante la presencia de factores internos, como la depresión, la soledad, el aburrimiento, la ira y la frustración, como así también, de estímulos externos, que pueden ser personas, lugares o cosas.

Asimismo, el estado físico de una persona, su situación emocional, los conflictos interpersonales, la presión social, la exposición a señales asociadas con la droga, la pérdida de trabajo, las discusiones intrafamiliares y las crisis, serían elementos que predisponen a una recaída. Estos elementos se asocian generalmente con el estrés emocional, en tanto suponen un cambio no planificado, repentino, no deseado en la vida de una persona.

Annis y Martín (1985) estudiaron la autoeficacia percibida para resistirse a la recaída ante el consumo en situaciones de estrés o presión social y estimaron que una mayor autoeficacia favorece la consecución de objetivos terapéuticos.

Bandura (1986) en la teoría del aprendizaje social, definió la autoeficacia como el “juicio personal sobre las propias capacidades para organizar y ejecutar las líneas de conducta requeridas para obtener determinados resultados”.

Se han identificado diversas fuentes de autoeficacia: (a) experiencias de destreza que proporcionan evidencia palpable de habilidad personal; (b) experiencias vicarias que establecen creencias personales que se derivan de la comparación de uno mismo con los otros; (c) persuasión verbal que modula la formación de creencias a partir de los comentarios hechos por otros; y (d) estados afectivos fisiológicos que establecen la percepción personal de competencia o de su carencia (Bandura, 1997).

Sklar, Annis y Turner (1997), hicieron referencia al término de autoeficacia en el campo de las adicciones, al hablar de la expectativa del individuo de resistirse a la urgencia de consumir drogas en situaciones estresantes o de alto riesgo.

Según Marlatt y Gordon (1985) una elevada autoeficacia estaría fuertemente relacionada con estrategias de afrontamiento eficaces.

A pesar de los diferentes marcos teóricos y metodológicos de los autores consultados, la mayor frecuencia de recaídas coincide dentro de dichas etapas:

La fase de reinserción social, es la que Santo Domingo (1987) definió como una fase delicada y difícil de mantener, debido a que el mayor problema es lograr actitudes convenientes en el entorno que rodea a la persona ya que el rechazo social es factor de recaída. Sin embargo, si esta etapa se logra con éxito, lo que se obtiene es una mejoría y una remisión transitoria.

La importancia del contexto social también ha sido remarcada por Westermeyer (1989) quien encontró que los factores interpersonales, como las peleas y la pérdida de relaciones tanto sociales como de apoyo parecían incrementar las posibilidades de recaída.

González Regadas (2001) agregó que la persona tiene que sentirse muy afirmada y consolidada en los logros que ha tenido, ya que la etapa de separación del centro de tratamiento conlleva la elaboración de un duelo en el que se dan tendencias a buscar momentos de refusión, ya sea con el objeto arcaico o con la comunidad terapéutica, para evitar o postergar la salida.

La recaída es por lo tanto un hecho esperable; al ser múltiples los factores que la pueden provocar, estos deben ser individualizados para cada paciente en particular.

La recaída depende no sólo del individuo, sino también de todo un sistema ya que lo que haga uno, puede afectar lo que hagan los otros.

Las crisis económicas, el desempleo, la fragmentación social, la desintegración familiar y la exclusión, social son indicadores de riesgo para el consumo de sustancias (Forselledo, 1999) que favorecieron la búsqueda de evadirse y rebelarse ante un mundo en el que escasean las oportunidades de desarrollo.

Las recaídas y la reinserción social parecen, por lo tanto, conformar una dupla en la que el contexto actual puede ser una de las dificultades para el logro de ese objetivo. No se debe olvidar que en la sociedad tiene predominio el modelo consumista, y se valora la búsqueda de lo inmediato, el hedonismo, la regla de pasarla bien y el éxito.

La necesidad de la gratificación inmediata empantana sentidos y valores que orienten hacia nuevos proyectos de futuro.

La decisión última de consumir o no, está en función de las expectativas de autoeficacia y de resultado que tiene la persona en el contexto situacional en el que se encuentra.

Apoyo social en relación a la drogodependencia

La manifestación de apoyo social es considerada como un factor importante en el ámbito de las adicciones para prevenir o mitigar el efecto negativo de los acontecimientos vitales estresantes. Los individuos que cuentan con este tipo de apoyo se enfrentan mejor a las situaciones vitales estresantes que aquellos que carecen de él (Remor, 2002).

El considerable volumen de definiciones sobre apoyo social que se ha manejado desde finales de los años ´70 dificulta la concreción de este concepto. Caplan (1974) uno de los pioneros, lo relaciona con los vínculos establecidos entre individuos y entre los individuos con los grupos, afirmando que sirve para mejorar la adaptación cuando uno se enfrenta a situaciones de estrés, reto o privación.

El apoyo social se define como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, tanto en situaciones cotidianas como de crisis (Lin & Ensel, 1989) y cumple funciones tanto expresivas (apoyo emocional) como instrumentales (apoyo material y de información).

El “apoyo social” como concepto es multidimensional. Con el fin de incluir todas sus dimensiones, el término ha sido definido como la totalidad de recursos provistos por otras personas (Cohen & Syme, 1985).

Arango (2003) tomó este concepto acerca del apoyo social y lo definió como un constructo multidimensional formado por dos ámbitos básicos: el estructural, que representa los vínculos sociales y redes existentes, y el funcional o expresivo, que se refiere al tipo de apoyo recibido. “Desde una perspectiva estructural se enfatiza la importancia de las características de las redes sociales y de las condiciones objetivas que rodean al proceso de apoyo social. Desde una perspectiva cualitativa o funcional se enfatiza la medida en que las relaciones sociales satisfacen diversas necesidades (o, en otros términos, desempeñan diferentes funciones)”.

Gottlieb (1983) definió el apoyo social como la información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos para el receptor.

Se destacan cuatro tipos de provisiones de apoyo social: a) apoyo emocional, que hace referencia a conductas que fomentan sentimientos de bienestar afectivo y que provocan que la persona se sienta querida, respetada y en la creencia de que tiene personas a su disposición para proporcionarle cariño y seguridad; b) apoyo material o instrumental, que se refiere a las ayudas en forma de acciones o materiales que sirven para resolver o facilitar la realización de tareas cotidianas u otros problemas de la vida diaria; c) apoyo informativo, que se relaciona con las ayudas en forma de consejo o información para resolver o ajustarse a problemas o cambios en la vida de la persona; y d) apoyo valorativo, que hace referencia al suministro de retroalimentación o información de la evaluación de la actuación del sujeto, como lo son los refuerzos sociales (Gottlieb,1983).

Musitu Ochoa, Jiménez y Murgui Pérez (2007) señalaron que el funcionamiento familiar se relaciona a través del apoyo social percibido con el consumo de sustancias. Estos mismos autores en un estudio posterior (Jiménez, Musitu & Murgui, 2008) resaltaron el papel modulador de la autoestima con el funcionamiento familiar y el consumo.

Pearlin, Cohen y Syme (1985), afirmaron que el apoyo emocional es algo que se desarrolla dentro de las relaciones primarias de los individuos, más que algo que deba ser buscado conscientemente en ellas. De acuerdo a esta idea, el apoyo social debe ser considerado no sólo como un evento episódico, que resulta de una demanda explícita de un individuo hacia otro, sino también

como una especie de algo “dado” o como un estado permanente del cual los individuos se benefician constantemente. Una extensión lógica de esta idea es que la calidad y naturaleza de este estado varía de un grupo a otro, y que si la naturaleza de ese estado es esencialmente negativa, los individuos obtienen de él básicamente consecuencias negativas.

Estos autores también hablaron de diferentes formas de apoyo social y señalaron críticamente que, con frecuencia, algunas de esas formas son pasadas por alto o ignoradas por la investigación.

Diversas formas de apoyo pueden tener distintos efectos en las condiciones de salud de acuerdo al contexto social de cada situación y al significado de dicho apoyo para los diversos grupos.

Riquelme (1997) distinguió dos tipos de abordaje en función de la perspectiva desde la que se la estudie: Perspectiva estructural: hace referencia tanto a las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como el tamaño, la densidad, la dispersión geográfica, entre otros, como así también las características de los contactos que tienen lugar dentro de ella. Si se tiene en cuenta este abordaje estructural, es necesario diferenciar entre los aspectos propios de los vínculos o contactos establecidos entre los componentes de la red, y las características estructurales de esta.

La perspectiva funcional es aquella desde la cual se analizan los efectos o consecuencias que le reportan al sujeto el acceso y conservación de las relaciones sociales que tiene en su red (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981). Desde esta perspectiva, los tipos de apoyo social que se han venido reflejando en la mayor parte de las clasificaciones son el emocional, el tangible o instrumental e informacional.

La clasificación de apoyo emocional desde una perspectiva estructural representa el sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien y de tener intimidad con esa persona (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981). El apoyo instrumental, tangible o material hace referencia a la posibilidad de poder disponer de ayuda directa y consiste en la provisión de consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas.

Lin y Ensel (1989, citado en Quiles, Terol & Quiles, 2003) definieron el apoyo social como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y

las personas de confianza. Añadieron que estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis. Se destaca esta definición porque recoge los elementos más importantes del constructo: el tipo de apoyo (instrumental/emocional), las fuentes de apoyo (comunidad, red social, relaciones íntimas) y la percepción/recepción del apoyo.

En el estudio del apoyo social es ampliamente aceptada por la comunidad científica la distinción entre una perspectiva cuantitativa o estructural y una cualitativa o funcional, la diferenciación entre la percepción y la recepción de apoyo social y las distintas fuentes o contextos donde se produce.

Barrera (1986) sugirió que la definición y la operacionalización del concepto de apoyo social deben contemplar tres grandes dimensiones: a) grado de integración social: los análisis de redes sociales constituyen el abordaje predominante para explorar esta categoría. b) apoyo social percibido: es decir, la medición de la confianza de los individuos en que el apoyo social está disponible si se necesita. c) apoyo social provisto: acciones que otros realizan para proveer asistencia a un individuo determinado.

House, Umberson y Landis (1988) señalaron que el concepto de apoyo social incluye dos diferentes estructuras de relaciones sociales, y tres tipos de procesos sociales. Los elementos estructurales son: a) el grado de integración/aislamiento; esto es la existencia y cantidad de relaciones sociales; y b) la estructura de la red social, es decir, las propiedades estructurales (densidad, reciprocidad, multiplicidad y otras), que caracterizan a un conjunto de relaciones sociales dado.

Los tres procesos identificados son: a) el control social, o sea, la cualidad reguladora y/o controladora de las relaciones sociales; b) las demandas y los conflictos relacionales, que se refieren a los aspectos negativos y conflictivos del apoyo social; c) el apoyo social en sí mismo, que se refiere a la asistencia emocional o instrumental de las relaciones sociales.

Dichos autores afirmaron que lo que determina el apoyo social se localiza en varios niveles (biológico, psicológico y social) e hicieron un llamado a incrementar la investigación en aquellos que son determinantes a nivel estructural.

Pearlin, Cohen y Syme (1985) señalaron que hay una especie de “división del trabajo” en relación al apoyo social, en la que los individuos a veces reciben y otras dan apoyo, de acuerdo a las circunstancias. El acto mismo de brindar apoyo puede ser en ocasiones una fuente de estrés con efectos negativos para la salud.

De cualquier forma, el apoyo social no es sólo un evento episódico, ni tampoco un beneficio fijo que uno recibe cuando se necesita, sino que varía de acuerdo al problema para el que se lo solicita y a la fuente que lo provee.

El apoyo social y sus efectos también varían a lo largo de las etapas de la vida (toda vez que el apoyo recibido en la infancia es muy diferente de aquel sostén que se necesita en la vejez) y sobre todo, de acuerdo al contexto social más general en el cual emerge (Pearlin, Cohen & Syme, 1985).

Por el contrario, Derber (1979) estudió la distribución diferencial de por lo menos una forma de apoyo social: la atención. Su punto de partida fue señalar la atención como una necesidad humana y fundamental. Su interés principal se centró en las condiciones que afectan, en cuánta atención buscan y reciben los individuos. Señaló que en las sociedades capitalistas hay una creciente falta de apoyo social que hace que los individuos compitan abiertamente por recibir alguna forma de atención. Un ejemplo de esta competencia es la tendencia inconsciente de los individuos a usar diversas técnicas de manipulación para desviar el foco de atención hacia ellos mismos durante la interacción cotidiana. Este fenómeno tiene sus raíces en el individualismo de nuestras sociedades que promueve el interés egoísta y personal sobre la solidaridad social.

Al igual que Pearlin, Cohen y Syme (1985) Derber (1979) señaló que las desigualdades en la distribución de la atención están vinculadas a desigualdades sociales de orden más general. De hecho, la distribución de la atención se correlaciona positivamente con la distribución del poder. La cantidad de atención que un individuo recibe (y provee) está asociada a cuestiones de género, clase y otros factores que determinan el «valor social percibido» de los individuos.

De acuerdo al autor, la cantidad de atención que un individuo recibe depende del grado de éxito en el uso de iniciativas para obtener atención en competencia con los demás en la vida cotidiana. Por ello, la asertividad, la

agresividad, la auto-seguridad y la autoridad personal son algunas de las características básicas que se requieren para obtener atención.

Finalmente, Vaux (1990) señaló que el apoyo social como tal no es medible, pero identificó varios conceptos relacionados con el apoyo social que, a su parecer, sí se pueden medir, a saber: a) recursos de la red social de apoyo (conjunto de personas que rutinariamente asisten a un individuo en caso de necesidad); b) conductas de apoyo (actos específicos de apoyo); c)valoración del apoyo (evaluación subjetiva con respecto a la cantidad y contenido de los recursos de apoyo disponibles) y d) orientación del apoyo (percepción sobre la utilidad y los riesgos de buscar y encontrar ayuda en una red social).

Lo que es claro hasta ahora es que no existe consenso respecto de la definición de este concepto y que éste se refiere a un complejo fenómeno compuesto por varias dimensiones, que se asocia con la salud de los individuos. Sin embargo, la investigación sobre el apoyo social sostiene que la presencia o ausencia del apoyo social afecta diferencialmente la salud de los individuos (Gore, 1978).

Asimismo, el apoyo y la red social parecen jugar también una importancia crucial en los comportamientos de riesgo asociados al consumo (Stein, Charuvastra & Anderson, 2002).

Los estudios previos demuestran que los lazos familiares cordiales constituyen uno de los criterios de recuperación (Breier & Strauss, 1984; Pernice, 2010; Schön, Denhov & Topor, 2009). Ante este hecho, es necesario estudios que permitan conocer el nivel de satisfacción de apoyo social recibido y que determinen qué factores son más valorados por las personas adictas en proceso de recuperación al momento de sufrir una recaída.

Estilo parental en relación a la drogodependencia

El concepto de estilo parental, se comenzó a utilizar de la mano de Baumrid en 1968, año en el que empezaron las primeras investigaciones sobre los valores de los padres y las creencias que ellos tienen sobre sus roles como tales y la naturaleza de los niños, lo cual ayudó a definir las muestras de

afecto, las prácticas y los valores que se daban de forma natural, y esto sirvió para su descripción del prototipo de padre autoritativo.

La crianza es expresión de una forma particular de relación entre padres e hijos que es singular y única entre todas las ligas humanas (Maccoby & Martin, 1983). Se define como la responsabilidad asumida por los padres respecto del crecimiento físico y al desarrollo emocional y social de un hijo (Smith Cha, 1999).

El estilo parental puede ser entendido como una constelación de actitudes acerca del niño, que le son comunicadas y que, en conjunto, crean un clima emocional en el que se ponen de manifiesto los comportamientos de los padres. Estos comportamientos incluyen tanto las conductas a través de las que los padres desarrollan sus propios deberes de paternidad (prácticas parentales) como cualquier otro tipo de comportamiento como gestos, cambios en el tono de voz, expresiones espontáneas de afecto, etc. (Darling & Steinberg, 1993).

Es innegable que la crianza ejerce efectos importantes no sólo respecto de las variaciones en el contexto del funcionamiento adaptativo, sino también en relación con la psicopatología (Rutter, 2005). Así, se relaciona con el desarrollo psicológico saludable y el éxito en la escuela (Steinberg, Lamborn, Dornbusch & Darling, 1992) y con desenlaces desadaptativos, como el uso y el abuso de drogas (Baumrind, 1991) el comportamiento agresivo, y los problemas de ansiedad en niños y adolescentes.

Durante la adolescencia, la crianza implica la transformación de las relaciones padre-hijo que caracterizaron a la niñez. Es por ello que la adolescencia, como transición crítica que entraña demandas sociales emergentes, es de por sí, un período del ciclo vital de especial vulnerabilidad. Aunado a estos cambios, el desajuste psicológico durante esta etapa constituye una amenaza seria a la salud psicológica de la persona a mediano y largo plazo (Benjet & Hernandez-Guzman, 2001).

Los primeros investigadores sobre la socialización reconocieron que los comportamientos parentales individuales eran parte de un contexto de muchos otros comportamientos y, por lo tanto, que la influencia de una conducta individual no podría ser fácilmente analizada de manera independiente (Darling & Steinberg, 1993).

El estilo parental se desarrolló inicialmente como un recurso global para describir el contexto familiar hasta el punto en que este entorno se identificaba con el estilo parental. Los análisis que partieran de esta concepción parecieron más predictivos de los atributos del niño que los basados en prácticas parentales específicas, porque la influencia de alguna práctica particular en el desarrollo del niño se perdió más fácilmente entre la complejidad de otros atributos parentales (Baldwin, 1948).

Los intentos inicialmente cualitativos y posteriormente cuantitativos realizados por estos autores para medir el estilo parental se centraron en tres componentes particulares: la relación emocional entre los padres y el niño; las prácticas y comportamientos de los padres y, por último, su sistema de creencias.

Debido a que los investigadores de distintas perspectivas centraron su atención en diferentes procesos a través de los cuales los padres influyen en los hijos, sus escritos señalaron diferentes componentes dentro de los estilos parentales.

Reppeti, Taylor y Seeman (2002) sugirieron consistentemente que el conflicto, la falta de cohesión u organización, la falta de apoyo, el rechazo y la distancia emocional, caracterizan a las familias en riesgo de desenlaces que comprometen la salud física y mental de los hijos, como el abuso de alcohol y drogas, el embarazo temprano y la conducta agresiva o la delincuencia juvenil. Todo ello independientemente de si la unidad de análisis es el ambiente familiar compartido o la relación padres-adolescente.

Los estilos parentales hacen referencia al patrón de acción de los padres, más que a los actos individuales que influencian en el desarrollo de los hijos. Varios investigadores se basaron en el concepto de estilo parental de Baumrind (1971) para describir los patrones de conducta de los padres y la repercusión de éstos en el funcionamiento psicológico y social de los hijos. Existen dos dimensiones diferentes respecto de cómo educar a los hijos: la primera es el porcentaje de cuidado y ternura que demuestran los padres durante la interacción con sus hijos y, la segunda, el porcentaje de control demostrado sobre las actividades y el comportamiento de estos últimos.

Baumrind (1971) describió tres tipos de estilos parentales; sin embargo, en la actualidad, amplió su trabajo y describe cuatro estilos: a) autoritario o

extremadamente estricto: los padres son en exceso controladores, determinan cómo se deben comportar sus hijos, exigen obediencia a su autoridad y desaprueban la discusión; son demandantes y directivos; esperan que sus órdenes sean cumplidas y no permiten concesiones; tienen bajos niveles de sensibilidad y no esperan que sus hijos se muestren en desacuerdo con sus decisiones. b) autoritarios moderados: los padres establecen límites y confían en que las consecuencias naturales harán que los niños aprendan de sus propios errores; explican la importancia de las reglas y cómo deben cumplirse; razonan con sus hijos y toman en cuenta los puntos de vista de ellos aunque piensen que no están de acuerdo. Son firmes, bondadosos, cálidos y cariñosos. Establecen altas expectativas y animan a sus hijos a ser independientes. c) permisivos o indulgentes: padres acogedores y cálidos pero que ejercen un control moderado, no establecen límites, permitiendo a los hijos establecer sus propias reglas; no tienen expectativas exageradas en cuanto a las conductas de sus hijos como los padres autoritarios o autoritarios moderados; no se involucran, casi no demandan, responden mínimamente y en casos extremos, pueden rozar la negligencia o el rechazo.

Parker (1996) por su parte, definió cuatro estilos parentales diferenciándolos entre sí por el cuidado y el control o la protección que ejercen los padres durante la crianza de sus hijos, trazando así un cuadrante que ubica las siguientes características parentales: a) cuidado óptimo: definido por un alto cuidado y una baja sobreprotección; b) compulsión afectiva: referido a una combinación de excesivo cuidado y excesiva sobreprotección; c) control sin afecto: identificado por la sobreprotección y el escaso cuidado, y d) negligente o descuidado: formado por la combinación de bajo cuidado y baja sobreprotección.

El sistema familiar, por otro lado, juega un papel fundamental para explicar la aparición de numerosas conductas desadaptativas en los hijos. Los padres, intencionadamente o no, son la fuerza más poderosa en la vida de sus hijos (Silverman, 1991).

La influencia de otros contextos sociales (medios de comunicación, grupo de iguales, escuela) pasa, normalmente, por el tamiz de la familia que puede tanto amplificar como disminuir sus efectos e influencias, sean estos positivos o negativos.

Diversos autores han explicado la relación entre el consumo de drogas en general y un ambiente familiar deteriorado (Marquínez, 1982), donde las relaciones familiares son conflictivas (Mercer & Kohn, 1980) la vinculación del hijo con la familia es insatisfactoria (Cano & Berjano, 1988) y donde hay una incomprensión paterna hacia los hijos (Orrantia & Fraile, 1985) o un bajo autoconcepto del muchacho referido a la autopercepción familiar (Pons & Berjano, 1996).

Es por ello que resulta importante contar con instrumentos que reflejen con mayor precisión las dimensiones de la crianza que han resultado relevantes al investigar sus efectos.

METODOLOGÍA

Aspectos metodológicos

Objetivo del estudio: Examinar los estilos parentales percibidos en adictos en proceso de recuperación y su relación con el apoyo social.

Tipo de diseño: Estudio comparativo-descriptivo-correlacional, de diseño no experimental transversal.

Unidad de análisis: Adictos en proceso de recuperación de la zona sur de la Provincia de Buenos Aires.

Población: Individuos en proceso de recuperación a la adicción, que se encuentren en comunidades terapéuticas de sexo masculino. Edad entre 13 y 65 años.

Muestra: No probabilística intencional. Compuesta por 107 adictos varones de entre 13 y 65 años de edad en proceso de recuperación provenientes de dos comunidades terapéuticas: “Asociación Revivir” y “Fundación San Mateo” de la zona sur de la Provincia de Buenos Aires (Republica Argentina).

Criterios de exclusión: Se excluyeron de la muestra aquellos casos de cuestionarios incompletos, o respondidos en forma incorrecta.

Técnicas para el relevamiento de los datos

Instrumento para medir las recaídas

Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50) elaborado por Tejero, Trujols y Roca (1993), tiene el propósito de evaluar la autoeficacia o seguridad

de evitar consumir drogas en diferentes situaciones de alto riesgo (1980, 1985, 1993).

La versión libre que se utilizó en la presente investigación, contiene ocho ítems y en cada uno de ellos, se le solicita al entrevistado que se imagine a sí mismo como si realmente estuviera en esa situación.

La persona valora su confianza o seguridad para mantener la abstinencia o para resistirse a consumir drogas en una escala que va desde el 1 (no estoy seguro de poder) hasta el 5 (estoy seguro de poder).

Los valores que se obtienen pretenden ofrecer una información clínica importante para planificar los objetivos del tratamiento y las estrategias de prevención a las recaídas. Los resultados del trabajo de Tejero, Trujols y Roca (1993) mostraron que el *Drug-Taking Confidence Questionnaire* posee una consistencia interna satisfactoria para las ocho subescalas, con un Alpha de Cronbach de 0.95 para la escala total.

Instrumento para medir los estilos parentales

*La escala de estilos parentales (*Egna Minnen av Barndoms Uppfostran, o EMBU) (Perris, Jacobson, Lindström, Von Knorring & Perris, 1980) evalúa la percepción del estilo educativo recibido en la infancia por los padres. Es un cuestionario autoadministrable de 81 preguntas, formuladas en tiempo presente y con cinco posibilidades de respuesta, presentadas en una escala tipo Likert (1= Es nunca a 5= Es siempre).

La escala fue desarrollada inicialmente en Suecia, traducida y validada para diferentes contextos. El EMBU ha sido ampliamente utilizado en el estudio de la relación del estilo educativo con diversas psicopatologías en distintos contextos socioculturales, y ha demostrado poseer propiedades psicométricas adecuadas y estables con un índice de confiabilidad de Alpha de Cronbach de 0.88. Se utilizó la adaptación que realizaron Herrero, Musitu, García y Gomis (1991) y también la estructura factorial que obtuvieron a partir de una muestra de adolescentes valencianos.

Comentaremos brevemente el contenido de estos factores:

(1) Sobreprotección: hace alusión a prácticas educativas basadas en un excesivo control y preocupación de los padres por lo que puedan hacer sus hijos o por lo que pueda ocurrirles, dificultando su libertad para hacer cosas que otros muchachos/as pueden hacer o escoger (ítems 1, 12, 18, 20, 26r, 46, 56r, 69r, 70 y 73).

(2) Comprensión y apoyo: gira en torno a la percepción de afecto, cariño y apoyo que el adolescente recibe de sus padres, así como la facilidad para establecer comunicación en el ámbito familiar y a las demostraciones de amor y respeto de los padres hacia el hijo/a (ítems 2, 4, 13, 21, 22, 27r, 32, 33r, 39, 40, 41, 43, 47, 48, 54, 62, 67, 74, 75, 78 y 81).

(3) Castigo: Alude a prácticas educativas de tipo represivo en las que se incluyen castigos físicos, críticas y violencia verbal como respuesta a la conducta del hijo/a (ítems 6, 19, 23, 28, 30, 45, 55, 58, 59, 63, 64, 65, 68, 71, 76 y 77).

(4) Presión hacia el logro: referido a la presión que los padres ejercen en su hijo/a para que éste obtenga buenos resultados académicos o sociales, que se traduce en preocupación por las amistades que el adolescente frecuenta y el continuo énfasis para que el hijo/a oriente sus acciones hacia el éxito, la competividad y el triunfo (ítems 7, 9, 14, 25, 31, 34, 35, 38, 42, 52 y 60).

(5) Rechazo: refleja la sensación de rechazo que tiene el hijo/a dentro de su ambiente familiar en relación al trato que recibe de sus padres, en comparación con sus hermanos/as. Muestra también la queja del adolescente por la falta de percepción de afecto hacia él o de un trato injusto y discriminativo respecto de los otros miembros del sistema familiar. Es claro que esta sensación de rechazo, tal y como queda

definida en esta variable, no aparece en aquellos adolescentes que no tienen hermanos (ítems 10r, 11r, 16, 17, 29, 61, 72, 79r y 80r).

(6) Reprobación: está definida por contenidos semánticos que aluden a la percepción filial de incomprensión por parte de los padres. Una puntuación alta en este factor implica la existencia en el hijo/a de un sentimiento de ser incomprendido y no aceptado integralmente, así como de una cierta dificultad para satisfacer las propias necesidades en el ámbito familiar (ítems 5, 8, 15, 24, 36, 37, 44, 49, 50, 51, 53, 57 y 66).

Instrumento para medir el apoyo social

La escala de apoyo social (*Rodríguez Espínola & Enrique, 2007)* permite evaluar el grado de apoyo social.

La escala está constituida por veinte ítems: el primero dimensiona el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado y los demás se estructuran de acuerdo a la escala de Likert (1= Es nunca a 5= Es siempre).

El índice global puntúa en un rango de 0.19 a 0.95, siendo mayor el apoyo social percibido cuanto mayor es el puntaje.

Se ha usado el coeficiente Alpha de Cronbach para medir la consistencia interna de la escala de apoyo social y en los tres factores se han obtenido valores cercanos a 1, lo que permite establecer que la escala es consistente.

La prueba presenta un índice de confiabilidad de Alpha de Cronbach de .919 en total; mientras que por factor presenta los siguientes Alphas: apoyo emocional: .876; apoyo afectivo: .843; apoyo instrumental: .802.

La escala de apoyo social contiene cuatro dimensiones:

1. *Apoyo afectivo*: demostración de amor, cariño y empatía (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19. Puntuación máxima: 40).

2. *Ayuda material* (o instrumental): posibilidad de ayuda doméstica (ítems 2, 3, 12 y 15. Puntuación máxima: 20).

3. *Relaciones sociales:* posibilidad de relacionarse con personas para comunicarse y para disfrutar del ocio y de la distracción e interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18. Puntuación máxima: 20).

4. Apoyo emocional: posibilidad de asesoramiento, consejo e información referido a expresiones de amor y cariño (ítems 6, 10 y 20. Puntuación máxima: 15).

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

Todos los participantes de esta investigación han completado los tres instrumentos en forma individual y ninguno ha recibido compensación económica por ello.

Todos los sujetos recibieron información acerca de los objetivos generales del estudio y se los invitó a participar en forma voluntaria y anónima (si lo deseaban); sin embargo no se los informó sobre las hipótesis del estudio, con el fin de evitar sesgos en sus respuestas.

En esta investigación, se empleó un formulario de *consentimiento informado* para el uso, en forma anónima, con los datos obtenidos, a los efectos de realizar la presente tesina.

RESULTADOS

Análisis de la muestra

Se examinó una muestra integrada por 107 adictos varones en proceso de recuperación, de entre 13 y 65 años de edad (media = 26 años, desvío típico = 9,52) provenientes de las comunidades terapéuticas "Asociación Revivir" y "Fundación San Mateo", de la zona sur de la Provincia de Buenos Aires, en su mayoría solteros (72%), residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (63%), con estudios secundarios (34%), y de religión católica (63%).

Procedimiento

Se administraron los tests con el fin de recaudar datos sobre la percepción que los sujetos tenían acerca de los estilos parentales, como así también sobre su relación con el apoyo social y las recaídas, con el objetivo de dar cuenta de la correlación entre las variables.

Los datos fueron administrados con el Egna Minnen av Barndoms Uppfostran, o EMBU (Perris, Jacobson, Lindström, Von Knorring & Perris, 1980) que evalúa la percepción del estilo educativo recibido en la infancia por los padres, con la escala Drug-Taking Confidence Questionnaire o DTCQ-50 *(*Tejero, Trujols & Roca,1993) que tiene el propósito de evaluar la autoeficacia o seguridad de evitar consumir drogas en diferentes situaciones de alto riesgo y con la escala de apoyo social o MOS *(Rodríguez Espínola & Enrique, 2007)* que permite evaluar el grado de apoyo social.

Prueba de normalidad:

Los datos fueron cargados y procesados mediante el paquete estadístico *SPSS 18* (en español). Se realizó un contraste de hipótesis sobre la normalidad de las variables estudiadas mediante un análisis de Kolmogorov-Smirnov (ver Tabla 1).

TABLA 1: PRUEBA DE NORMALIDAD

Variables	*Kolmogorov-Smirnov*	*Sig.*
Recaída (DTCVQ-8)	,109	,003
1. Sobreprotección	,134	,000
2. Comprensión y apoyo	,079	,097
3. Castigo	,156	,000
4. Presión hacia el logro	,115	,001
5. Rechazo	,156	,000
6. Reprobación	,096	,017
F1. Parental negativo (EMBU)	,088	,040
F2. Parental positivo (EMBU)	,098	,013
Apoyo social	,108	,004

A partir de los valores obtenidos, se asumió una distribución asimétrica de las puntuaciones de estilo parental, apoyo social y recaída (Sig. < .05). Para este análisis, se empleó estadística no paramétrica, en particular el test *Rho* de Spearman (r_S) para correlacionar.

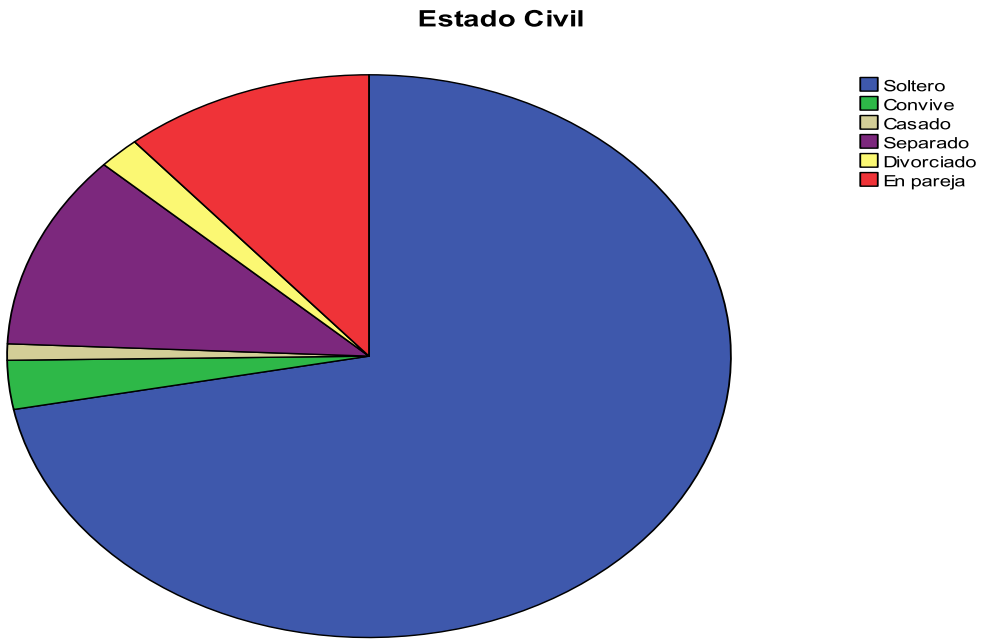
TABLA 2: RANGO, MEDIA Y DESVÍO ESTÁNDAR DE ESTILO PARENTAL, APOYO SOCIAL Y RECAÍDA

Variables	*Rango*	*Media*	*DS*
Edad	13-61	26,37	9,52
Recaída (DTCVQ-8)	8-40	22,47	9,35
1. Sobreprotección	16-40	27,45	6,06
2. Comprensión y apoyo	27-126	67,07	19,04
3. Castigo	15-58	27,79	9,78
4. Presión hacia el logro	10-52	31,68	8,02
5. Rechazo	17-37	25,11	5,78
6. Reprobación	17-53	37,10	9,60
F1. Parental negativo	71-182	117,45	24,59
F2. Parental positivo	37-162	98,75	23,24
Apoyo social	35-100	65,29	15,73

TABLA 3: DATOS DEMOGRÁFICOS

Estado civil

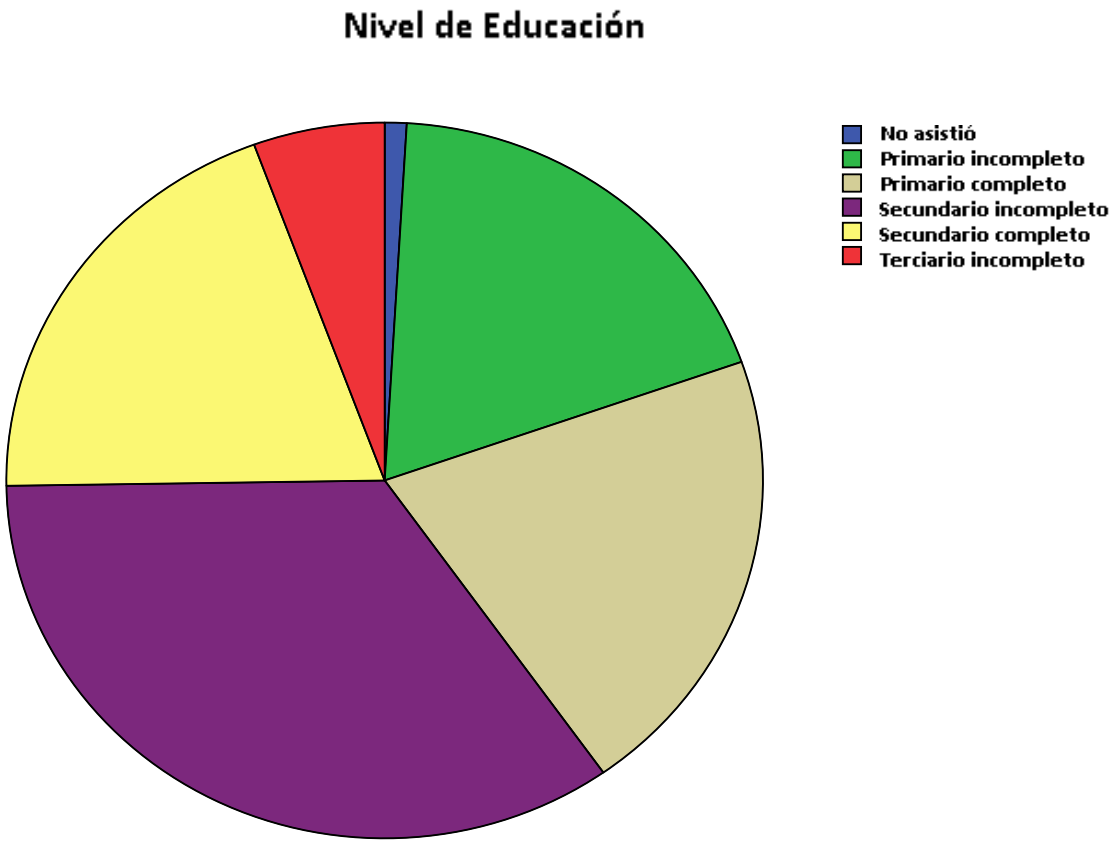
	N	*%*
Soltero	77	72,0
Separado	12	11,2
En pareja	12	11,2
Convive	3	2,8
Divorciado	2	1,9
Casado	1	0,9



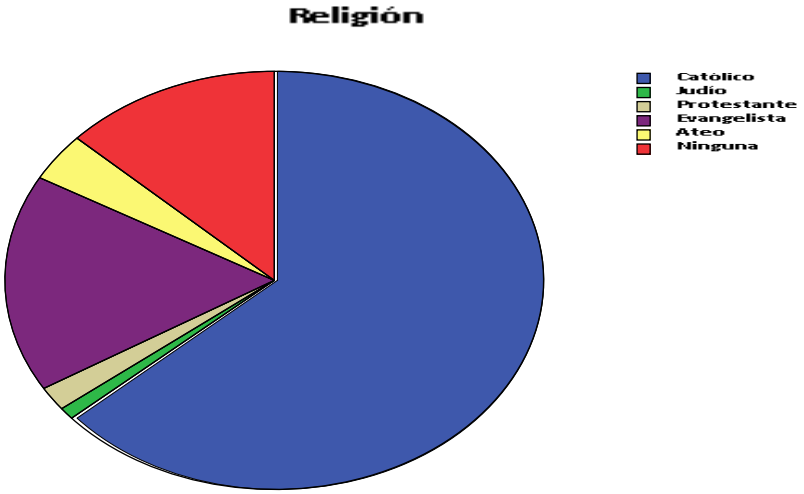
Residencia	*N*	*%*
GBA	68	63,6
CABA	39	36,4

	N	*%*
Hijos (si)	40	37,4
1-2	40	3,7
3-4	26	24,3
+4	1	0,9

Educación	*N*	*%*
No asistió	1	0,9
Primario incompleto	20	18,7
Primario completo	22	20,6
Secundario incompleto	37	34,6
Secundario completo	21	19,6
Terciario incompleto	6	5,6



Religión	***N***	***%***
Católico	68	63,6
Evangelista	18	16,8
Ninguna	14	13,1
Ateo	4	3,7
Protestante	2	1,9
Judío	1	0,9



Importancia de la religión	***N***	***%***
Nada	10	9,3
Poco	20	18,7
Algo	30	28,0
Muy	47	43,9

TABLA 4: CONOCIMIENTOS PREVIOS ACERCA DE LA DROGODEPENDENCIA

¿En qué medida cree que el problema de las drogas en Argentina es grave?	***N***	***%***
Muy grave	83	77,6
Medianamente grave	3	2,8
Nada grave	7	6,5
No sabe	14	13,1
Hablando concretamente de los efectos del consumo de drogas ¿cree usted que el consumo de drogas altera el comportamiento de los individuos?	***N***	***%***
Si	92	86,0
No sabe	15	14,0
¿Diría usted que esta alteración del comportamiento provoca que el individuo…	***N***	***%***
…sea más violento?	28	26,2
…sea más feliz?	28	26,2
…sea irresponsable?	28	26,2
…no se dé cuenta?	18	16,8
Otras	5	4,7
¿Recuerda usted cuál fue el principal motivo por el que comenzó a consumir este tipo de sustancias?	***N***	***%***
Para probar	36	33,6
Para integrarme a un grupo	20	18,7
Porque lo hacía mi familia	12	11,2
Ninguna	10	9,3
Sólo en fiestas	7	6,5
Por moda	8	7,5
Por placer	8	7,5
Otros motivos	6	5,6
¿Quién diría usted que es él/la responsable de la atención al drogodependiente?	***N***	***%***
Único, es el propio drogodependiente	54	50,5
Familia	19	17,8
No sabe	13	12,1
Gobierno	13	12,1
Todos los ciudadanos	6	5,6
Otros	2	1,9

Si ha probado, aunque sea sólo una vez, alguna de las siguientes sustancias: ¿ha probado?, ¿la consumía?, y ¿son buenos, regulares, malos o no sabe los efectos que provoca el consumo de estas sustancias?

	Ha probado		*He consumido*		*Conocimiento previo*			
Sustancia	*Si*	*No*	*Si*	*No*	*Bueno*	*Regular*	*Malo*	*No sabe*
Cannabis (Marihuana, porro)	72,0	28,0	58,9	41,1	54,2	7,5	11,2	27,1
Cocaína (coca, perico)	78,5	21,5	63,6	36,4	50,5	13,1	11,2	25,2
Heroína (caballo, polvo, jaco)	13,1	86,9	4,7	95,3	0,9	2,8	12,1	84,1
Anfetaminas (estimulantes, speed)	57,0	43,0	36,4	63,6	25,2	14,0	11,2	47,7
Tranquilizantes (sin receta médica)	64,5	34,6	49,5	50,5	38,3	12,1	11,2	38,3
Alucinógenos (LSD)	54,2	45,8	38,3	61,7	29,0	13,1	12,1	44,9
Inhalables (pegamentos, colas)	57,0	43,0	37,4	62,6	28,0	15,0	14,0	42,1
Otras	43,0	57,0	37,4	62,6	27,1	6,5	7,5	58,9

TABLA 5: CORRELACIÓN ENTRE RECAÍDA, APOYO SOCIAL Y ESTILO PARENTAL

Estilo Parental	*Recaída–Fortaleza (DTCQ-8) r_s*	*Sig.*
1. Sobreprotección	-,156	,054
2. Comprensión y apoyo	,481**	< ,001
3. Castigo	-,358**	< ,001
4. Presión hacia el logro	,011	,454
5. Rechazo	-,337**	< ,001
6. Reprobación	-,322**	< ,001
F1. Parental negativo (C+Rec+Rep)	-,404**	< ,001
F2. Parental positivo (CyA+PL)	,443**	< ,001
Apoyo social	,489**	< ,001

Se llevó a cabo una correlación entre Recaída y Estilo parental empleando el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

La primera hipótesis (h1) consistía en que los individuos cuyos padres han ejercido un estilo parental más rígido (caracterizado por sobreprotección, castigo, presión hacia el logro, rechazo y reprobación) experimentarán una tendencia mayor a la recaída, en comparación con quienes han tenido estilos parentales menos rígidos (puntuación alta en comprensión y apoyo) lo cual se confirmó en comprensión y apoyo (sig. < .001), rechazo (sig. < .001), y reprobación (sig. < .001), sin embargo, excepto sobreprotección y presión hacia el logro, no dieron resultados significativos.

Estas correlaciones son más robustas para el estilo parental negativo (sig. < .001) y el estilo parental positivo (sig. < .001). Se llevó a cabo una correlación entre recaída y apoyo social empleando el coeficiente de correlación *Rho* de Spearman.

La segunda hipótesis (h2) consistía en que los individuos que tienen mayor apoyo social experimentarán una tendencia a una menor recaída, lo cual se confirmó (sig. < .001).

DISCUSIÓN

La presente discusión simboliza los hallazgos vinculados a las condiciones predominantes de nuestra muestra en relación a lo investigado.

Con respecto a la primera hipótesis (*los individuos cuyos padres han ejercido un estilo parental más rígido - caracterizado por sobreprotección, castigo, presión hacia el logro, rechazo y reprobación - experimentarán una tendencia a una mayor recaída en comparación con quienes han tenido estilos parentales menos rígidos - puntuación alta en comprensión y apoyo-)* los resultados no sólo la confirman, sino que también coinciden con la investigación llevada a cabo por Becerra García (2009) quien observó que los padres con alta emoción expresiva provocan en mayor medida las recaídas y que, si se disminuye la tasa de emoción expresada en los padres, estos se reducen. Dicha tendencia al consumo se implicaría por el tipo de relación que los/as hijos/as perciben de sus padres. Por lo tanto, percibir un tipo de trato basado en el amor, la hostilidad y la despreocupación por parte de la madre y un modelo de relación basado en la hostilidad y el control del padre, se asociaría con una mayor probabilidad de consumir drogas. Resulta discordante observar cómo un mismo estilo de relación, como es el caso del amor, puede provocar un efecto de riesgo cuando nace del trato con la madre y al mismo tiempo, producir un efecto protector cuando se crea en la relación con el padre.

A través de la investigación, se pudo constatar que el estilo de crianza o estilo parental, produce efectos importantes tanto respecto de las variaciones en el contexto del funcionamiento adaptativo, como en relación a la psicopatología (Rutter, 2005), y que un estilo parental con un nivel reducido de comunicación y/o de control, incrementa la tendencia al consumo del hijo/a (Cano, Solanas, Mari-Klose & Mari-Klose, 2012).

En cuanto a la segunda hipótesis *(los individuos que cuentan con indicadores de mayor apoyo social experimentarán tendencia a una menor o nula recaída, en comparación con quienes cuentan con menor apoyo social),*

los resultados también avalan nuestra investigación. En este sentido, que un paciente en proceso de recuperación utilice o no de una manera efectiva el apoyo social frente a una situación estresante que lo predisponga a recaer a la tentación de consumir, dependerá de la disponibilidad (que tenga) de apoyo social, de las características de dicho apoyo y de las competencias personales del paciente para aprovecharlo.

Es posible afirmar que en los individuos con tratamiento por adicción a heroína y que disponen de más soporte social, el consumo de ésta y otras drogas ha disminuido significativamente (Rhoads, 1983).

Por medio de los resultados obtenidos, la presente investigación coincide con el estudio llevado a cabo por Garmendia, Alvarado, Montenegro, y Pino (2012) quienes confirmaron que el apoyo social es un factor protector de la recaída en el consumo de drogas en pacientes que habían alcanzado la abstinencia. Asimismo, hallaron que por cada punto de incremento en la escala de autopercepción del apoyo social, el riesgo de recaer disminuye en tres puntos porcentuales.

Los resultados obtenidos permiten observar que el estilo parental predominante en familias con hijos drogodependientes, es el estilo autoritario y negligente, pudiendo estar ambos presentes en uno de los padres, en forma compartida entre éstos o con la red de apoyo. Además, la manifestación afectiva supone una dificultad tanto para los padres como para los hijos. Dichos resultados concuerdan con los descritos por Musitu Ochoa, Jiménez y Murgui Pérez (2007) quienes concluyeron que estos estilos de socialización utilizados por los padres, tienen efectos negativos sobre los hijos drogodependientes.

La tercera hipótesis *(los individuos con bajo riesgo de recaída a la adicción puntuarán alto en comprensión y apoyo - del EMBU - y la puntuación total de apoyo social en comparación con individuos con alto riesgo de recaída),* se pudo verificar gracias a nuestra muestra percibida: aquellos pacientes con mayor apoyo social y, por lo tanto, con vínculos más afectivos, tanto en el ámbito interpersonal como en el social, suelen ser personas con una mayor fortaleza para evitar recaer en la adicción. Incluso Remor (2002) afirmó que los individuos que cuentan con apoyo social se enfrentan mejor a las situaciones vitales estresantes que los que carecen de él.

Tras los resultados obtenidos y, por medio de investigaciones previas, se llegó a la conclusión de que, las interacciones sociales, el consumo de drogas y la participación en el tratamiento están íntimamente relacionados, y que la influencia de los factores psicosociales y ambientales pueden llegar a desencadenar una recaída tras el tratamiento. En consecuencia, es posible afirmar que los factores sociales están directamente vinculados al éxito del tratamiento (Sánchez-Hervás, Santonja, Secades, García-Fernández, García-Rodríguez & Zacares, 2012).

CONCLUSIÓN

El objetivo de este estudio fue examinar los estilos parentales percibidos en adictos en proceso de recuperación, su relación con el apoyo social y una medida de recaída-fortaleza para vencer la tentación hacia las adicciones en individuos en proceso de recuperación.

Los resultados demuestran muy claramente, que aquellos adictos cuyos vínculos parentales han sido rígidos o negativos (en particular aquellos que se caracterizaban por el castigo, el rechazo y la reprobación) tienden a mostrar mayor propensión a la recaída en contraste con quienes han tenido estilos parentales más flexibles o menos rígidos (en particular aquellos que han incluido la comprensión y el apoyo). Todo ello demuestra, que el estilo parental negativo puede desencadenar una mayor vulnerabilidad a las adicciones. Además, aquellos pacientes con estilos parentales positivos son más resilientes a la tentación producida por las adicciones.

En igual sentido, el apoyo social (afectivo, interpersonal y social) muestra que aquellos que tienen mayor apoyo social, en general, tienden a tener mayor fortaleza, y a caer menos en la tentación a las adicciones.

BIBLIOGRAFÍA

Anicama, J; Mayorga, E. y Henostroza, C. (2001). Calidad de vida y recaída en adictos a sustancias psicoactivas de Lima Metropolitana. *Psicoactiva,* 19, 7-27.

Annis, H.M. y Martin, G. (1985). *Drug-Taking Confidence Questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation.

Ames S.C. y Roitzsch J.C. (2000). *The impact of minor stressful life events and social support on cravings: a study of inpatients deceiving treatment for substance dependence*. Addictive Behaviors, 25, 539-47.

Arango. C.A. (2003). *Los vínculos afectivos y la estructura social. Una reflexión sobre la convivencia desde la red de promoción del buen trato*. Investigación y desarrollo, 11, (1), 70-103.

Al-Halabi Díaz, S., Secades Villa, R., Errasti Pérez, J.M., Fernández Hermida, J.R., García Rodríguez, O. y Carballo Crespo, J.L. (2006). Predictores de la familia de la participación de los padres en el programa de prevención de adolescentes del abuso de drogas. *De drogas y alcohol revisión,* 25, 323-327.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, 391.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. Nueva York: Freeman.

Barrera, M.JR. (1986). Distinctions between social support: Concepts, measures, and models. Am. J. *Community psychol*. 117-28.

Barron A. (1990). Apoyo social: definición. Jano, 38, 1086-97.

Baldwin, A. L. (1948). Socialization and the parent-child relationship. Child Development, 19, 127-136.

Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4, 1-103.

Baumrind, D. (1991). *The influences of parenting style on adolescent competence, substance use*. J Early Adolesc, 11, 56-95.

Becerra García. (2009). Emoción expresada familiar y uso de drogas en jóvenes*. Salud y drogas*, 9, (2), 209-221*.*

Becoña, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Juan, M., Fernández-Hermida, J. R., y Secades-Villa, R. (2012). Parental styles and drug use: A review. Drugs: Education, Prevention and Policy, 19, 1-10.

Beck, A.T; Wright F.D. y Newman, C.F. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós, Buenos Aires.

Benjet, C., y Hernandez-Guzman, L. (2001). Gender differences in psychological well-being of Mexican early adolescents. Adolescence, 36, 47-65.

Bowling, A. (1991). El apoyo social y las redes sociales: su relación con la supervivencia exitosa y no exitosa de las personas mayores en la comunidad. Un análisis de los conceptos y la revisión de la evidencia. *Medicina Familiar,* 8, 68-83.

Breier, A. y Strauss, J.S. (1984). The role of social relationships in the recovery from psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry, 141*, 949-955.

Cano, A., Solanas, S., Mari-Klose, M. y Mari-Klose, P. (2012). Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes: estados de ánimo negativo, grupo de iguales y estilos parentales. Barcelona.

Cano, L. y Berjano, E. (1988). El uso de drogas entre la población escolar. En: Uso de drogas en población escolar. Valencia: Conselleria de Treballi Seguretat Social.

Caplan, G. (1974). Support systems and community mental health: lectures on concept of development. Nueva York: Behavioral Publications.

Catalano, R.F., Hawskins, J.D., Wells, E.A., y Miller, J.L. (1990). Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. Special Issue: Relapse prevention in substance misuse. *International Journal of the Addictions,* 25, (9A-10A), 1085-1140.

Cincunegui, J.F. (2007). Counseling " Nociones Centrales de la Consultoría en Adicciones”. Ed. Gabas.

Cohen, S. y Syme, L. (1985). Issues in the study and application of social support. In: Cohen, S. & Syme, S. L. (ed), Social support and health. New York, Academic Press, 4.

Darling, N. y Steinberg, L. (1993). Parenting style as Context: an Interactive Model. *sychological Bulletin*, 113, 487-496.

De la Revilla, L. y Bailón, E. (1994). Recursos Familiares. En: De la Revilla L. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. 1ª ed. Barcelona: Doyma.

Derber, C. (1979). *The pursuit of attention: power and individualism in everyday life.*Oxford, Oxford University Press.

DSM IV "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". 4ª edición. Barcelona. 1995

Dobkin, PL., De CM, Paraherakis A. y Gill K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among aut patiente adul substance abusers. Addiction, 97, 347-56.

Forselledo, G. (1999). *Manual regional de educación preventiva participativa para jóvenes y padres*, Instituto Interamericano del Niño, Montevideo.

Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino (2012). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista Médica Chile,* 136, (2), 169-178.

González Regadas, E. M. (2001). *Comunidad Terapéutica y trastornos duales*, Psicolibros, Montevideo.

Gore, S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. J. Health Soc. Behav., 19,157-65.

Gossop, M. (1989) Relapse and Addictive Behaviour. London: Routledge. Johns, A. & Green, L. (1986) Opiate withdrawal: inpatient versus outpatient programmes and preferred versus random assignement to treatment*. British Medical Journal*, 293, 103-104.

Gottlieb, B. H. (1983). Social support as a focus for integrative research in Psychology.*American Psychologist, 38,* (3), 278-287.

Herrero, J., Musitu, G., García, F. y Gomis, M.J. (1991). *Las prácticas educativas de los padres en la adolescencia.* Actas del III Congreso Nacional de Psicología Social, 1, 352-361. Valencia: Congreso Nacional de Psicología Social.

House, J.S.; Umberson, D. y Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology,* 14, 293-318.

Hunt, W.A., Barnett, L.W y Branch, L.G. (1971). Relapse rates in addition Programs. *Journal of Clinical Psychology*, 35, 192-199.

Leukefeld, C.G., y Tims, F.M. (1989). Relapse and recovery in drug abuse: Research and practice. *The international journal of the addictions, 24, (3), 189-201.*

Lin, N. y Ensel, W. (1989). Life stress and health: Stressor and resources. *American Sociological Review*, *54*, 382-399.

Llorente del Pozo, J. y Fernández Gómez, C. (2007). Comunidad terapéutica. Situación actual y perspectiva de futuro. (En línea) Servicio Vasco de Salud. España. Disponible en: http://www.adiccion.es/files/llorente.pdf (2015, 10 de Enero).

Maccoby, EE. y Martin, JA. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En: Mussen PH, Hetherington EM (ed.). *Handbook of Child Psychology.* Vol. 4. Socialization, Personality, and Social Development. Wiley Press, Nueva York.

Marlatt, G.A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (eds.), *Recaída y prevención de recaídas*, 85-136. Sitges: Ediciones en Neurociencias.

Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildford Press.

Marquínez, F. (1982). Investigación epidemiológica aplicada a la prevención de las drogodependencias en Guipúzcoa. San Sebastián: Agipad.

Mercer, G.W. y Kohn, P.M. (1980). Child-rearing factors, authoritarism, drug use attitudes and adolescence drug use: A model. Journal of Genetic Psychology, 136, 159-171.

Musitu Ochoa, G., Jiménez, T. I. y Murgui Pérez, S. (2007). El rol de funcionamiento familiar y del apoyo social en el consumo de sustancias de los adolescentes. *Revista española de drogodependencias, 3*, 370-380.

Musitu Ochoa, G., Jiménez, T. I. y Murgui Pérez, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8,* (1), 139-151.

O. M. S. (Organización Mundial de la Salud): “Manual sobre dependencia de las drogas”. 1975.

Organización de los Estados Americanos (2013). El problema de drogas en las Américas: Estudios, Drogas y Salud Pública.

Orrantia, J. y Fraile, A. (1985). La droga en la escuela. En: Tres estudios sobre las drogas en Euskadi. Vitoria: Gobierno Vasco.

Ossip-Klein, D.J., Bigelow, G., Parker, S.R., Curry, S., Hell, S. E y Irkland, S. (1986). Classification and assessment of smoking behavior. *Health Psychology,* 5, 3-11.

Parker, G. (1996). Parental characteristics as influences on adjustment in adulthood. Handbook of social Support and the family. *American Journal of Psychology*, 127, 195-218.

Pearlin, L. I., Cohen, S. y Syme, S. L. (1985). Social structure and processes of social support. In: ed. Social support and health. New York, Academic Press, 43-60.

Pernice, F. (2010). Familia Network Support and Mental Health Recovery. *Journal of Marital and Family Therapy, 36,* 13-27.

Perris, C., Jacobson, L., Lindström, H., Von Knorring, L. y Perris, H. (1980). Development of a new inventory for ssessing memories of parental rearing behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 61, 265-274.

Programa Internacional del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas NIDA, (2013). Tendencias Nacionales.

Pons, J. y Berjano, E. (1996). El inicio en el consumo de drogas en relación a las dimensiones del autoconcepto en adolescentes. Revista Española de Drogodependencias, 21, 229-244.

Quiles, Y., Terol, M.C. y Quiles, M.J. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3*(2), 313-333.

Rodríguez Espínola, S. y Enrique, H. C. (2007). Validación argentina del Cuestionario Moos de Apoyo Social Percibido. Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad, 7, 155-168.

Remor F. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. Atención Primaria, 30, 143-9.

Repetti, LR., Taylor, ES. y Seeman, TE. (2002). Risk families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin American Psychological Association,* 128, 330-366.

Riquelme, A. (1997)*. Depresión en residencias geriátricas: Un estudio empírico.* Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

Rhoads DL. (1983). A longitudinal study of life stress and social support among drug abusers*. Int J Addict* , 18, 195-222.

Rutter, M. (2005). Environmentally mediated risks for psychopathology: Research strategies and findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44, 3-18.

Sánchez-Hervás, E., Santonja, F., Secades, R., García-Fernández, G., García-Rodríguez, O., y Zacares, F. (2012). Psychosocial Predictors of Relapse in Cocaine-Dependent Patients in Treatment. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, (2), 748-755.

Santo Domingo, J. (1987). Centros y métodos de terapia. Aspectos teóricos: métodos, situación, tendencia.

Schaefer, C., Coyne, J.C y Lazarus, R.S. (1981). The Health Related Functions of Social Support.*Journal of Behavioral Medicine*, 4, (4), 381-406.

Schön, U., Denhov, A. y Topor, A. (2009). Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, *55*, 336–347.

SEDRONAR (2010). Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Área de Investigaciones Observatorio Argentino de Drogas argentina.

Silverman, S.M. (1991). Prevención del uso indebido de drogas: La comunidad en acción. Nueva York: ONU.

Surgeon General (1988). The Health Consequences of smoking: nicotine addiction. A report of a Surgeon General, U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control. Center for Health Promotion and Education.

Sklar, S.M., Annis, H.M. y Turner, N.E. (1997). Development and validation of the Drug-Taking Confidence Questionnaire: a measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviors, 22*, 655-670.

Smith CHA: Preface. En: Charles S. (1999). *The Encyclopedia of Parenting Theory and Research*. Greenwood press, Westport.

Stein, MD., Charuvastra, A. y Anderson, BJ. (2002). Social support and zero sharing risk among hazardously drinking injection drug users. *J Subst Abuse Treat*; 23, 225-30.

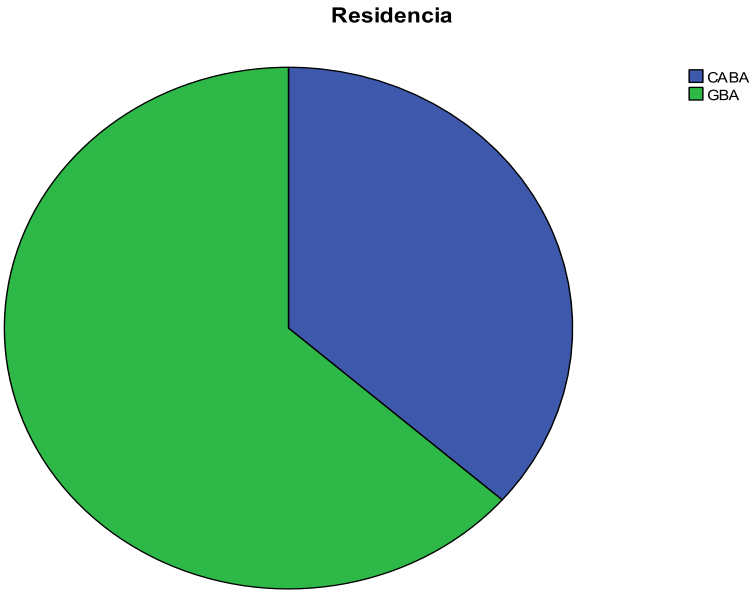
Steinberg, L., Lamborn, SD., Dornbusch, SM. y Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: authoritative parenting, school involvements, and encouragement to succeed. *Child Dev*, 57, 841-851.

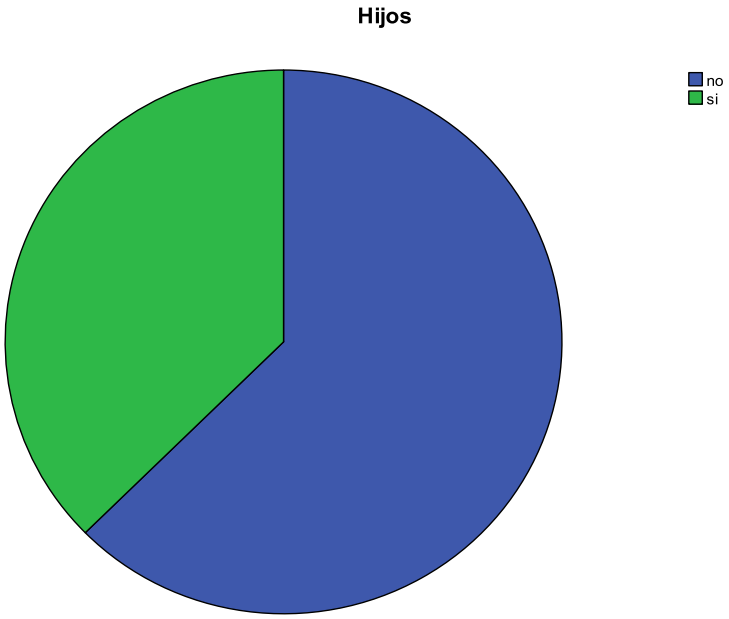
Tejero, A., Trujols, J. y Roca, X. (1993). *Motivación para el cambio y autoeficacia en adictos a opiáceos: Análisis de su interrelación y de las diferencias entre estadios de cambio*. Mallorca: Segundo Congreso Nacional de Psicología Conductual.

Vaux, A. (1990). The assessment of social support. Frankfurt, [Trabajo presentado en el Simposium Internacional. The Meaning and Measurement of Social Support, Frankfurt, Alemania, 6.

Westermeyer, J. (1989). Notreatment tactors attecting treatment outcome in substance abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, 13-29.

ANEXO: GRÁFICOS





ANEXO: CUESTIONARIOS

Fecha de Hoy: ……..

N° de Cuestionario: …….

Buenos días/tardes. Me llamo Yesica, soy alumna de 5° año de Psicología de la *Universidad Abierta Interamericana*; y estoy realizando un estudio sobre los Estilos parentales percibidos en adictos en proceso de recuperación, y su relación con el Apoyo Social. Por este motivo, solicito de tu colaboración y te la agradezco anticipadamente. Te garantizo el absoluto anonimato y secreto de sus respuestas.

P.1) Datos Socio- Demográficos:

Solo Nombre: _____

A) Edad: _____ años. B) Sexo: ☐ 1. Hombre - ☐ 2. Mujer

C) Estado civil:

☐ 1. Soltero/a ☐ 2. Convive/Pareja de hecho
☐ 3. Casado/a ☐ 4. Separado/a
☐ 5. Divorciado/a ☐ 6. Viudo/a
☐ 7. En pareja

D) Zona de residencia: (Indique con una cruz la opción que corresponda):

1. Ciudad de Buenos Aires ☐ Indicar barrio_____

2. Gran Buenos Aires (Conurbano) ☐ Indicar Localidad_____

E) ¿Tiene hijos? (Indique con una cruz)

1. Sí ☐ 2. No ☐ e.1) Si tiene hijos: ¿Cuántos? _____ (Indique número)

F) ¿Cuál es su Máximo Nivel de Educación Alcanzado? (Indique con una cruz)

1. No asistió ☐
2. Primario incompleto ☐
3. Primario completo ☐
4. Secundario Incompleto ☐
5. Secundario Completo ☐
6. Terciario Incompleto ☐
7. Terciario Completo ☐
8. Universitario Incompleto ☐
9. Universitario Completo ☐

f.1) En caso de tener estudios terciarios o universitarios completos indique el título que le fue otorgado:

_____

G) ¿Cree Usted en alguna Religión? (Indique con una cruz la opción que corresponda):

1. Católica ☐
2. Judía ☐
3. Protestante ☐
4. Evangelista ☐
5. Agnóstico/a (desconoce lo divino) ☐
6. Ateo/a (no cree en la existencia de Dios) ☐
7. Ninguna ☐
8. Otra ☐ Indique cuál: _____

g.1) Pensando en la respuesta que eligió en la pregunta anterior, ¿qué importancia tiene en su vida cotidiana? (indique con una cruz la opción que corresponda)

Nada importante	Poco importante	Algo importante	Muy importante
1.☐	2.☐	3.☐	4.☐

h) ¿Podría decirme si cree usted que el problema de las drogas en Argentina es grave, bastante grave, poco grave o nada grave? (indique con una cruz)

1. Muy grave ☐
2. Bastante grave ☐
3. Poco grave ☐
4. Nada grave ☐
5. No sabe ☐

I) Y, ¿Cree usted que en la Argentina hay mas, igual o menos problemas de drogas que en otros países? (indique con una cruz)

1. Más ☐
2. Igual ☐
3. Menos ☐
4. No sabe ☐

J.) A continuación me gustaría saber si has probado, aunque sea solo una vez, alguna de las siguientes sustancias. ¿La consumías? Y, ¿Diría que conoce bien, regular o mal los efectos que provoca el consumo de cada una de estas sustancias?

	Ha Probado		La Consumías		Conocimiento que Provoca			
	Si	No	Si	No	Bien	Regular	Mal	No Sabe
Cannabis (Hachis, Marihuana,Porro)								
Cocaína (Coca,Perico)								
Heroína (Caballo,Polvo,Jaco)								
Anfetaminas (Estimulantes,Dexedrina,Speed)								
Éxtasis								
Tranquilizantes y Somníferos (Sin receta Medica)								
Alucinógenos (LCD)								
Inhalables (Pegamentos,Colas,Disolventes)								
Otras (Especificar)								

K) Hablando concretamente de los efectos del consumo de drogas ¿cree usted que el consumo de drogas altera el comportamiento de los individuos? (Indique con un cruz)

1. Si ☐
2. No ☐
3. No sabe ☐

k.1) Solo si responde que “si” (Indique con un cruz)

Diría usted que esta alteración del comportamiento provoca que el individuo

1. Sea más violento ☐
2. Sea más feliz ☐
3. Sea irresponsable de sus actos mientras esta bajo el efecto de la droga ☐
4. No se da cuenta de las cosas que pasan a su alrededor ☐
5. Otras (especificar):_____

L) Recuerdas cual fue el principal motivo por el que comenzaste a consumir este tipo de sustancias? (Indique con un cruz)

1. Para integrarse a un grupo ☐ 2. Por probar ☐
3. Por moda ☐ 4. Solo en fiestas ☐
5. Por placer ☐ 6. Ninguna ☐
7. Otros motivos ¿Cuáles?_____

M) Quien diría usted que es responsable de la atención al drogodependiente? (Indique con un cruz)

1. La familia ☐ 2. Únicamente el propio drogodependiente ☐
3. El gobierno ☐ 4. Todos los ciudadanos ☐
5. No sabe ☐ 6. Otros motivos (especificar) _____

P.2) A continuación se enumeran una serie de situaciones o eventos en los que algunas personas consumen drogas. Imagínate como actuarías en cada una de estas situaciones, e indica en una escala en que medida serías capaz de resistir el impulso de consumirla en esa misma situación.

Debes escribir la droga que consumes en la línea _____.

Circula un número del 1 al 5, siendo 1 “No estoy seguro de poder” a 5 “Estoy muy seguro de poder” resistir la tentación de consumirla.

1	2	3	4	5
No Estoy Muy Seguro de Poder				Estoy Muy Seguro de Poder

Si entendió estas instrucciones, por favor, responda a continuación:

Podría resistir el impulso de usar _____ (Indique la droga que consumió).

1)... Si me enojara por la manera en que me salen las cosas.	1	2	3	4	5
2)… Si tuviera problemas para dormir.	1	2	3	4	5
3)...Si recordara algo muy malo que me sucedió.	1	2	3	4	5
4)…Si supiera que consumiéndola de vez en cuando, quedara atrapado.	1	2	3	4	5
5)...Si de repente me la encontrara o viera a alguien que me la recuerda.	1	2	3	4	5
6)…Si otras personas me tratan injustamente o si se interpusieran en mis planes.	1	2	3	4	5
7)... Si acompañara a algunos amigos a visitar ciertos lugares o personas que la consumen.	1	2	3	4	5
8)…Si tuviera que salir a divertirme con otro amigo.	1	2	3	4	5

P.3) Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el número de amigos íntimos ___ y familiares cercano ___.

¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Utilice la siguiente escala, marque con un circulo uno de los números de cada fila.

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	Mayoría de las Veces	Siempre

2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama.	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7. Alguien con quién pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus Problemas.	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5

17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18. Alguien con quién divertirse.	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5

P.4) A continuación, se presentan las siguientes preguntas respecto al Estilo Parental percibido. Utilice la siguiente escala y marque con un circulo uno de los números de cada fila.

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	Muchas Veces	Siempre

1. ¿Tienes la impresión de que tus padres ponen impedimentos a todo lo que haces?	1	2	3	4	5
2. ¿Te han demostrado con palabras y gestos que te quieren?	1	2	3	4	5
3. ¿Eres mimado por tus padres en comparación con tu(s) hermano(s)?	1	2	3	4	5
4. ¿Te sientes querido por tus padres?	1	2	3	4	5
5. ¿Dejan tus padres de dirigirte la palabra durante mucho tiempo si haces algo que les molesta?	1	2	3	4	5
6. ¿Te castigan tus padres incluso por cometer pequeñas faltas?	1	2	3	4	5
7. ¿Tratan tus padres de influirte para que seas una persona importante?	1	2	3	4	5
8. ¿Te sientes decepcionado en alguna ocasión porque tus padres no te conceden algo que tú deseas conseguir?	1	2	3	4	5
9. ¿Crees que tu padre o tu madre desean que tú seas diferente en algún aspecto?	1	2	3	4	5
10. ¿Te permiten tener cosas que no pueden tener tus hermanos?	1	2	3	4	5
11. ¿Piensas que tus padres te castigan merecidamente?	1	2	3	4	5
12. ¿Crees que tu padre o tu madre son demasiado severos contigo?	1	2	3	4	5

13. Si tú haces una trastada, ¿podrías remediar la situación pidiendo perdón a tus padres?	1	2	3	4	5
14. ¿Quieren siempre tus padres decidir cómo debes vestirte o qué aspecto debes tener?	1	2	3	4	5
15. ¿Te mienten tus padres?	1	2	3	4	5
16. ¿Tienes la sensación de que tus padres te quieren menos que a tus hermanos?	1	2	3	4	5
17. ¿Te tratan tus padres injustamente en comparación a como tratan a tus hermanos?	1	2	3	4	5
18. ¿Tus padres te prohíben hacer cosas que otros chicos de tu edad pueden hacer, por miedo a que te suceda algo?	1	2	3	4	5
19. ¿Te riñen o te pegan tus padres en presencia de otras personas?	1	2	3	4	5
20. ¿Se preocupan tus padres de saber qué haces cuando no estás en casa?	1	2	3	4	5
21. Si las cosas te van mal, ¿tienes la sensación de que tus padres tratan de comprenderte y animarte?	1	2	3	4	5
22. ¿Se preocupan excesivamente tus padres por tu salud?	1	2	3	4	5
23. ¿Te imponen más castigos corporales de los que mereces?	1	2	3	4	5
24. ¿Se enfadan tus padres si no ayudas en las labores de la casa tanto como ellos desean?	1	2	3	4	5
25. Si a tus padres les parece mal lo que haces, ¿se entristecen hasta el punto de que te sientes culpable por lo que has hecho?	1	2	3	4	5
26. ¿Te permiten tus padres tener las mismas cosas que tus amigos?	1	2	3	4	5
27. ¿Tienes la sensación de que es difícil comunicarse con tus padres?	1	2	3	4	5
28. ¿Cuentan tus padres algo que tú has dicho o hecho, delante de otras personas, de forma que tú te sientas avergonzado?	1	2	3	4	5
29. ¿Sientes que tus padres te quieren menos que al resto de tus hermanos?	1	2	3	4	5
30. ¿Ocurre que tus padres no quieren concederte cosas que tú realmente necesitas?	1	2	3	4	5

31. ¿Muestran tus padres interés en que saques buenas notas?	1	2	3	4	5
32. ¿Sientes que tus padres te ayudan cuando te enfrentas a una tarea difícil?	1	2	3	4	5
33. ¿Te sientes tratado como la "oveja negra" de la familia?	1	2	3	4	5
34. ¿Desean tus padres que te parezcas a alguna otra persona?	1	2	3	4	5
35. Ocurre que tus padres te digan: "Tú que ya eres tan mayor no deberías comportarte de esa forma"?	1	2	3	4	5
37. Cuando tus padres están tristes, ¿tienes la impresión de que ellos piensan que tú eres el causante de su estado?	1	2	3	4	5
38. ¿Intentan tus padres estimularte para que seas el mejor?	1	2	3	4	5
39. ¿Te demuestran tus padres que están satisfechos contigo?	1	2	3	4	5
40. ¿Tienes la sensación de que tus padres confían en ti de tal forma que te permiten actuar bajo tu propia responsabilidad?	1	2	3	4	5
41. ¿Crees que tus padres respetan tus opiniones?	1	2	3	4	5
42. Si tú tienes pequeños secretos, ¿quieren tus padres que hables de estos secretos con ellos?	1	2	3	4	5
43. ¿Tienes la sensación de que tus padres quieren estar a tu lado?	1	2	3	4	5
44. ¿Crees que tus padres son algo tacaños y cascarrabias contigo?	1	2	3	4	5
45. ¿Utilizan tus padres expresiones como: "Si haces eso, voy a ponerme muy triste"?	1	2	3	4	5
46. Al volver a casa, ¿tienes que dar explicaciones a tus padres de lo que has estado haciendo?	1	2	3	4	5
47. ¿Crees que tus padres intentan que tu adolescencia sea estimulante, interesante y atractiva (por ejemplo, dándote a leer buenos libros, animándote a salir de excursión, etc.)?	1	2	3	4	5
48. ¿Tus padres alaban tu comportamiento?	1	2	3	4	5
49. Emplean tus padres expresiones como ésta: "Así nos agradeces todo lo que nos hemos esforzado por ti y todos los sacrificios que hemos hecho por tu bien?"	1	2	3	4	5

50. ¿Ocurre que tus padres no e dejan tener cosas que necesitas, diciéndote que puedes convertirte en un chico mimado?	1	2	3	4	5
51. ¿has llegado a sentir remordimiento (culpa) por comportarte de un modo que no sea del agrado de tus padres?	1	2	3	4	5
52. ¿Crees que tus padres tienen grandes esperanzas de que saques buenas notas seas un buen deportista, etc.?	1	2	3	4	5
53. ¿ignoran tus padres el que seas descuidado o tengas un comportamiento parecido?	1	2	3	4	5
54. Si te encuentras triste, ¿puedes buscar ayuda y comprensión en tus padres?	1	2	3	4	5
55. ¿Te castigan tus padres sin que tú hayas hecho nada mal?	1	2	3	4	5
56. ¿Te dejan tus padres hacer las mismas cosas que pueden hacer tus amigos?	1	2	3	4	5
57. ¿Te dicen tus padres que no están de acuerdo con tu forma de comportarte en casa?	1	2	3	4	5
58. ¿Te obligan tus padres a comer más de lo que puedes?	1	2	3	4	5
59. ¿Te critican tus padres o te dicen que eres vago o inútil delante de otras personas?	1	2	3	4	5
60. ¿Se interesan tus padres por el tipo de amigos con quienes vas?	1	2	3	4	5
61. De tus hermanos, ¿es a ti a quien tus padres echan la culpa de cuanto pasa?	1	2	3	4	5
62. ¿Te aceptan tus padres tal como eres?	1	2	3	4	5
63. ¿Son bruscos tus padres contigo?	1	2	3	4	5
64. ¿Te castigan tus padres con dureza, incluso por cosas que no tienen importancia?	1	2	3	4	5
65. ¿Te pegan tus padres sin motivo?	1	2	3	4	5
66. ¿Deseas que tus padres se preocupen menos de las cosas que haces?	1	2	3	4	5
67. ¿Participan tus padres activamente en tus diversiones y en tus hobbys?	1	2	3	4	5
68. ¿Te pegan tus padres?	1	2	3	4	5
69. ¿Puedes ir donde quieres sin que tus padres se preocupen demasiado por ello?	1	2	3	4	5

70. ¿Te ponen tus padres limitaciones estrictas a lo que puedes y no puedes hacer, y te obligan a respetarlas rigurosamente?	1	2	3	4	5
71. ¿Te tratan tus padres de manera que puedas sentirte avergonzado?	1	2	3	4	5
72. ¿Les permiten tus padres a tus hermanos tener cosas que a ti no te dejan tener?	1	2	3	4	5
73. ¿Crees que es exagerado el miedo que tienen tus padres de que a ti te pase algo?	1	2	3	4	5
74. ¿Tienes la sensación de que hay cariño y ternura entre tú y tus padres?	1	2	3	4	5
75. ¿Respetan tus padres el hecho de que tú tengas opiniones diferentes a las suyas?	1	2	3	4	5
76. ¿Recuerdas si tus padres han estado enfadados o amargados contigo sin que te dijeran el por qué?	1	2	3	4	5
77. ¿Te han mandado tus padres a la cama sin cenar?	1	2	3	4	5
78. ¿Tienes la impresión de que tus padres se sienten orgullosos de ti cuando consigues lo que te has propuesto?	1	2	3	4	5
79. ¿Muestran tus padres predilección por ti en comparación con tus hermanos?	1	2	3	4	5
80. ¿Echan tus padres las culpas a tus hermanos aunque seas tú el responsable de lo que ha ocurrido?	1	2	3	4	5
81. ¿Te manifiestan tus padres que están satisfechos contigo mediante expresiones físicas cariñosas, como darte palmadas en la espalda?	1	2	3	4	5

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!!