

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES
HUMANAS**



TESIS DE GRADO

**MALESTAR PSICOLÓGICO Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE PERSONAS ADICTAS**

PRESENTADA POR

SOFIA LUNA ROSALES

DIRECTORA: PAULA GRASSO IMIG

Título a obtener con la presentación de la tesis: Licenciatura en
Psicología

Fecha: Diciembre de 2018

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer principalmente a mi gran tutora, quien formo parte de mi formación a lo largo de estos cinco años de carrera, por su dedicación, aliento y criterio. Ha sido un privilegio contar con ella.

Gracias a mi familia, mis tías, mis abuelos, mis inigualables amigas y amigos, por estar presente en todo el proceso, aguantándome en cada momento y hoy disfrutar conmigo el logro obtenido.

Solo gracias a todos lo que me acompañaron a su manera y fueron partícipes de este hermoso camino que recién comienza.

Malestar Psicológico y Estrategias de Afrontamiento en Familiares de Personas Adictas

Sofia Luna Rosales

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre el malestar psicológico y las estrategias de afrontamiento, en los familiares de personas que padecen de adicción a sustancias.

Se tomó una muestra no probabilística intencional simple de 30 sujetos de la Zona Sur del Gran Buenos Aires, con una edad promedio de 38.26 años (DT= 13.56 años; Mediana= 36.50 años; Máx.= 68 años; Mín.= 18 años). El 53,3% son varones y el 46,7% son mujeres. El 30% se encuentra soltero, el 43,3% casado, el 20% en pareja, el 3,3% es viudo y otro 3,3% se encuentra divorciado. El 13,3% es la madre o el padre del adicto, el 33,3% es el hijo, el 16,7% la pareja, el 20% el sobrino y el 16,7% otro pariente.

Se administraron la Escala de Malestar Psicológico de Kessler K10 (Kessler & Mrozeck, 1994; adaptación argentina, Brenlla & Aranguren, 2010), y el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos [CRI-A] (Moos, 1993; adaptación argentina: Mikulic & Crespi, 2008). Los resultados mostraron relaciones directamente proporcionales entre el malestar psicológico y la estrategia de afrontamiento aceptación/resignación, y relaciones y diferencias significativas entre el malestar psicológico y las estrategias de afrontamiento, y algunas variables sociodemográficas.

Palabras clave: Malestar psicológico, Estrategias de afrontamiento, Adicciones, familiares de adictos.

Psychological Discomfort and Coping Strategies in Addicted Persons' Relatives

Sofia Luna Rosales

Abstract

The objective of this study is to analyze the relation between psychological discomfort and coping strategies in family members of persons who suffer from addiction to substances.

It was taken a simple non-probabilistic intentional sample of 30 subjects from the South Zone of Greater Buenos Aires, with an average age of 38.26 years (SD = 13.56 years, Medium = 36.50 years, Max = 68 years, Min = 18 years). 53.3% are male and 46.7% are female. 30% are single, 43.3% are married, 20% are in couple, 3.3% are widowed and another 3.3% are divorced. 13.3% is the mother or the father of the addict, 33.3% is the son, 16.7% the couple, 20% the nephew and 16.7% another relative.

There were administered the Kessler Psychological Discomfort Scale K10 (Kessler & Mrozeck, 1994, Argentinian adaptation, Brenlla & Aranguren, 2010), and the Coping strategies Inventory for Adults [CSI-A] (Moos, 1993, Argentinian adaptation: Mikulic & Crespi, 2008). Results showed directly proportional relations between psychological discomfort and the coping strategy acceptance/resignation, and significant relations and differences between psychological discomfort and coping strategies, and some sociodemographic variables.

Keywords: Psychological discomfort, Coping strategies, Addictions, Addicts relatives.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| AGRADECIMIENTOS..... | 1 |
| RESUMEN..... | 2 |
| ABSTRACT..... | 3 |
| ÍNDICE GENERAL..... | 4 |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS..... | 5 |
| ÍNDICE DE TABLAS..... | 5 |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | 6 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 7 |
| 1.1. ESTADO DEL ARTE..... | 9 |
| 2. MARCO TEÓRICO..... | 13 |
| 2.1. El malestar psicológico..... | 13 |
| 2.2. El afrontamiento y sus estrategias..... | 18 |
| 2.3. El afrontamiento en los familiares de adictos..... | 22 |
| 2.4. Las familias de los adictos..... | 24 |
| 2.5. La adicción..... | 31 |
| 3. METODOLOGÍA..... | 38 |
| 3.1. Objetivo general..... | 38 |
| 3.2. Objetivos específicos..... | 38 |
| 3.3. Hipótesis..... | 38 |
| 3.4. Relevancia..... | 38 |
| 3.4.1. Teoría..... | 38 |
| 3.4.2. Práctica..... | 39 |
| 3.4.3. Social..... | 39 |
| 3.5. Tipo de estudio o diseño..... | 39 |
| 3.6. Población..... | 39 |
| 3.7. Muestra..... | 40 |
| 3.8. Instrumentos..... | 40 |
| 3.9. Procedimiento..... | 41 |
| 4. RESULTADOS..... | 42 |
| 4.1. Caracterización de la muestra..... | 42 |

| | |
|--|----|
| 4.2. Descripción de las variables..... | 45 |
| 4.2.1. Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos [CRI-A]..... | 45 |
| 4.2.2. Escala de Malestar Psicológico de Kessler K10..... | 45 |
| 4.3. Análisis de la normalidad..... | 45 |
| 4.4. Análisis de la relación entre variables..... | 46 |
| 4.5. Análisis de las diferencias de grupos..... | 47 |
| 5. CONCLUSIONES..... | 48 |
| 5.1. DISCUSIÓN..... | 49 |
| 6. REFERENCIAS..... | 52 |
| 7. ANEXO..... | 58 |
| 7.1. Consentimiento informado..... | 58 |
| 7.2. Instrumento de recolección de datos..... | 59 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| GRÁFICO 1. Edad..... | 42 |
| GRÁFICO 2. Sexo..... | 42 |
| GRÁFICO 3. Lugar de residencia..... | 43 |
| GRÁFICO 4. Nivel de educación..... | 43 |
| GRÁFICO 5. Estado civil..... | 44 |
| GRÁFICO 6. Relación con el adicto..... | 44 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| TABLA I. Resúmenes estadísticos de las estrategias de afrontamiento..... | 45 |
| TABLA II. Resúmenes estadísticos del malestar psicológico..... | 45 |
| TABLA III. Análisis de la normalidad de las variables a estudiar..... | 45 |
| TABLA IV. Correlación entre el malestar psicológico y la aceptación/resignación..... | 46 |
| TABLA V. Correlación entre la edad y el Análisis lógico..... | 46 |
| TABLA VI. Diferencias grupales según el sexo..... | 47 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| FIGURA I. Modelo multiaxial de afrontamiento..... | 21 |
| FIGURA II. Factores bio-conductuales del abuso de sustancias (adaptado de Pomerleau y Pomerleau, 1987)..... | 36 |

1. INTRODUCCIÓN

Luego de una exploración científica, se propuso realizar un trabajo en el que se desplegará una temática que hasta el momento no contiene tan amplio desarrollo en el ámbito de la investigación psicológica. Ésta se relaciona con el padecimiento de los familiares de un sujeto adicto, abarcando en mayor medida la importancia que éstos tienen, y quitándole el foco de atención al poseedor de la adicción, lo cual se viene abordando de forma continua a lo largo de los años.

En la actualidad, los trastornos por abuso de drogas conforman una de las problemáticas de salud más relevantes, por su consumo y por los inconvenientes que genera, siendo un tema de atención y preocupación para todos los estados. La mayoría de los países occidentales utilizan muchos recursos y personal para su prevención y tratamiento (Secades Villa & Fernández Hermida, 2001).

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre el malestar psicológico y las estrategias de afrontamiento en los familiares de personas que padecen de adicción a sustancias. Para ello, se plantea como hipótesis que, a mayor nivel de malestar psicológico, habrá una mayor utilización de estrategias de afrontamiento de evitación, así como una menor implementación de estrategias de afrontamiento de acercamiento o aproximación.

Los estilos de afrontamiento son acciones, tendencias personales para emplear una estrategia de afrontamiento, siendo los recursos de afrontamiento las particularidades personales y sociales en las que se funda el sujeto para enfrentar los estresores (Sandín, 2003 citado en Camacho-Miranda, Hernández Castañón, Gallegos-Torres, Zamora-Mendoza & Castruita-Sánchez, 2013). A pesar del apoyo familiar, es decir, la disponibilidad de los familiares para ayudar al sujeto en el afrontamiento de sus complicaciones, en las familias de los drogodependientes, las interacciones se llevan a cabo bajo amenazas, castigo y desengaño, para así controlar a sus integrantes (Martínez-González, Albein-Urios, Munera & Verdejo-García, 2012 citado en Camacho-Miranda et al.).

El afrontamiento es el esfuerzo para lidiar con el estrés, es lo que el individuo realiza para evitar ser dañadas por las desgracias de la vida. Zeidner y Hammer (1990) caracterizan al afrontamiento como los comportamientos que permiten a los sujetos tratar con los estresores, padecer pocos síntomas o que éstos sean más leves, o recuperarse de la exposición más velozmente.

Por otro lado, la demanda de servicios psicológicos requiere de un abordaje de una esfera vital del sujeto, que necesita mejorar en referencia al funcionamiento usual, lo que se refiere a variaciones psicológicas que pueden contener elementos básicos o hábitos más oscuros. Se debe conocer cuál es el escenario de los usuarios de los servicios al requerir de atención psicológica evidenciando la alteración en los hábitos referidos al funcionamiento diario, lo que se puede contener en la noción de malestar psicológico (Sánchez Pichardo, León Miranda & Reyes Reyes, 2013).

Según investigaciones en distintos países, entre el 30% y el 50% de los sujetos poseen algún problema de salud mental no reconocido por el médico. Por ende, se planteó como estrategia a la atención primaria, detectando pacientes con algún trastorno psiquiátrico (Vargas Terrez, Villamil Salcedo, Rodríguez Estrada, Pérez Romero & Cortés Sotres, 2011).

Se ha evidenciado en numerosas investigaciones, como en las de Torres (s.f.), Zapata Vanegas (2009), Ramírez y Miguel (2001), Ventura (2004) y Lloret (2001), la relación de la adicción con variables psicológicas como el malestar psicológico y las diversas estrategias de afrontamiento de los familiares. El interés reside en la posibilidad de considerar estas variables como elementos que repercuten en los integrantes del círculo familiar del adicto. Se pretende analizar cuantitativamente la presencia de malestar psicológico y las estrategias de afrontamiento en el familiar, identificando si estas variables se relacionan.

Para dar comienzo, se hará hincapié en la mirada psicológica, elemento fundamental para la solución y recuperación de las adicciones. Logrando comprender, como expresa Calvo (2007), que si el sujeto cuenta con un buen soporte familiar es menos conflictivo y supera las adversidades. Por ende, se focalizará en el malestar psicológico y en las estrategias de afrontamiento.

Luego de la presentación, se espera dejar en claro hacia donde se encamina la temática de la investigación. En este sentido, se definirá "adicción" y se tendrán en cuenta solo ciertas drogas de las tantas que existen, las cuales serán definidas para mejor comprensión del presente trabajo, para poder contextualizar y describir que sustancias afectan más los niveles de malestar psicológico. Por ende, se pretende responder a la siguiente pregunta: ¿cuál es la relación entre malestar psicológico y afrontamiento en los familiares de una persona adicta?

1.1. ESTADO DEL ARTE

Una vez indagado sobre el padecimiento que pueden vivenciar los familiares de un sujeto adicto y la importancia que éstos tienen, lo psicológico juega un papel fundamental en las adicciones, en la solución y recuperación de la enfermedad, ya que si se cuenta con un buen soporte familiar, es menos conflictivo para cada uno de los integrantes. También es importante enfocarse en los efectos que puede llegar a provocar esta situación en el familiar sostenedor y en el viraje en su modo de funcionamiento.

Por añadidura, se ha podido observar en trabajos como los de Ramírez y Miguel (2001), Valladolid (1995) y Calvo (2007), que el núcleo familiar funciona como sostén, herramienta, rehabilitadora, terapéutica y poseedora de responsabilidades, ya que ayuda al sujeto adicto y a su vez, a sí misma. En los resultados de éstas, se expuso que, si la familia es reeducada en el tema, conociendo los tiempos de la enfermedad, las formas de intervención, el acompañamiento y logran enfrentarlo como tratamiento conjunto, las recaídas son menores y los periodos de abstinencia más amplios. Al igual que Zapata Vanegas (2009), que en su trabajo expone que para la recuperación del consumo problemático se debería partir del soporte familiar o en su defecto, cualquier grupo sostén que cumpla con esta función.

Mielgo López, Lorigados Serrano, Calleja Fernández y Cachero Rodríguez (2012) añadieron que existen factores predisponentes que tienen que ver con la dotación genética y el rechazo de la familia, lo que aumentaría la motivación al consumo. Las secuelas que dejan en la familia, ya que ésta es una de las unidades más directamente afectada, no sólo por la dependencia que tiene el alcohólico y/o drogadicto de su consumo, sino porque las adicciones generan una crisis constante en la dinámica relacional de la familia.

En su estudio, Schiavone y Julio (2016) afirman que la drogadicción es una pandemia que repercute en el adicto, en su familia y en la sociedad, siendo un problema importante en la salud pública. La prevalencia del consumo de drogas se encuentra incrementándose, repercutiendo en la población económicamente activa, socavando la base productiva de los países. Los motivos de su aumento se deben a componentes biológicos y sociales, por lo que su abordaje terapéutico necesita de una visión holística, así como de una

labor interdisciplinaria. Para controlar la pandemia se debe disminuir la demanda y el consumo, siendo a familia, los medios de comunicación y el sistema educativo los ejes para su prevención.

Por otro lado, Barrionuevo (2017) afirma que existen casos en los que el consumo comienza probando drogas, incitado por los amigos, o recurriendo a la sustancia frente a eventos inmanejables, o consumiendo por placer. Solo por haber consumido drogas no se pueda hablar de drogadependencia, ya que la misma podría ser un refuerzo del sostén identificatorio temporalmente, siendo posteriormente abandonada u ocupando un lugar aledaño de acuerdo a cada quien. Actualmente, la drogadicción posee dimensiones distintas a las de otros períodos históricos, siendo el drogadicto el mejor adaptado a las reglas del consumo. Es dependiente de la droga y de un Otro social que le trasfiere la posibilidad de lograr el goce inmediato, el éxito sin esfuerzos, sólo con comprar y consumir droga, alojándolo en el mundo del “ser drogadicto”.

En adición, Solano Melo (2017) llevó a cabo un estudio con el objetivo de analizar la relación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída, en adictos de las Comunidades Terapéuticas de Lima. El diseño fue no experimental, transversal y correlacional, con una muestra no probabilística intencional, compuesta por 240 adictos. Se administraron el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento COPE de Carver et al. (s.f. citados en Solano Melo), y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller. (s.f. citados en Solano Melo).

Los resultados mostraron que el Estilo Orientado a la Tarea fue el más implementado, además de la estrategia reinterpretación positiva y crecimiento. Se halló una relación inversa entre el Estilo Orientado a la Tarea y el riesgo de recaída, y una relación directa entre del Estilo Evitativo y ésta última. No se encontraron diferencias significativas de acuerdo a la edad, el sexo y el nivel de educación (Solano Melo, 2017).

En cuanto a las variables psicológicas, el malestar psicológico es un constructo que no se encuentra muy estudiado aún. En investigaciones como la de Barrio et al. (2016), se arribó que en sujetos diagnosticados como dependientes de alcohol existe un malestar psicológico grave. Sin embargo, se ha rastreado una investigación sobre dicha variable como algo novedoso que se intenta introducir en la propuesta metodológica de intervención paciente-

terapeuta, donde se contextualiza y define el término “malestar psicológico”, acompañado de los tipos, factores psicosociales y principales síntomas (Morales, 2007).

Por otro lado, el afrontamiento posee más extensión, tanto en la cuestión tratada en este trabajo como en otros ámbitos. Ventura (2004) realizó un trabajo de investigación sobre la vivencia de la familia en relación a la adicción, donde se halló que la estrategia de afrontamiento más utilizada por los miembros del círculo familiar es centrarse en el problema y la búsqueda de apoyo social.

Además, Ardila Herrera, Castellar Osorio y Galvis Rodríguez (2015) analizaron las estrategias de afrontamiento en un grupo de Alcohólicos Anónimos del municipio de Apartadó, según los tiempos de no consumo. Su objetivo fue comparar las estrategias de afrontamiento que empleaban los integrantes del grupo mientras no consumían alcohol. Su base teórica, análisis y discusión se fundó en el alcoholismo y las estrategias de afrontamiento planteadas por Lazarus y Folkman. El estudio fue empírico analítico, no experimental, descriptivo y comparativo, de corte cuantitativo. Se administró un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) (Londoño et al., 2006 citados en Ardila Herrera et al.), en una muestra colombiana.

Los resultados mostraron que las estrategias más utilizadas por los participantes fueron la solución de problemas, la búsqueda de apoyo social y la religión, siendo las estrategias menos empleadas la espera, la búsqueda de apoyo profesional y la autonomía. En segundo lugar, no se encontraron diferencias significativas en la utilización de las estrategias de afrontamiento en referencia a los rangos de no consumo (Ardila Herrera et al., 2015).

No obstante, también se ha tenido en cuenta otras investigaciones con el fin de comprender la modalidad de la utilización del instrumento y qué encierra el término “afrontamiento”. Al igual que con el malestar psicológico, la cuestión estuvo direccionada hacia el adicto y no hacia la familia, como en el trabajo encabezado por Muñoz y Arellanez (2015), quienes tenían como objetivo comparar en estudiantes usuarios de drogas ilícitas con no usuarios, el estrés psicosocial y las estrategias de afrontamiento empleadas. La investigación fue cuantitativa, transversal, correlacional, ex post facto. Se aplicó un cuestionario a 334 alumnos secundarios en México. Encontraron que en el grupo de usuarios

de drogas había mayores niveles de estrés, y una mayor disposición a fumar tabaco y consumir bebidas alcohólicas como afrontamiento al estrés. En el grupo no usuario de drogas existía una mayor intensidad del estrés frente a la violencia social. La edad y el fumar tabaco como afrontamiento fueron predictores del consumo de drogas.

Por otra parte, existen investigaciones como la de Gómez et al. (2015), quienes llevaron a cabo un estudio exploratorio, correlacional-descriptivo, para analizar el maltrato en la infancia y su relación con la utilización de sustancias psicoactivas en 302 estudiantes universitarios. Para ello, se aplicó el Cuestionario de Experiencias Adversas durante la Niñez, y para analizar el malestar psicológico se empleó la Escala de Kessler (K10). Concluyeron que existe una relación entre el abuso emocional y el físico, entre el primero y la disfunción familiar, así como el descubrimiento de la violencia de género en las familias de acuerdo al nivel socioeconómico.

Para finalizar, como se mencionó anteriormente, el padecer del adicto es igual de intenso que el del núcleo familiar, por lo que es importante analizar que ocurre en los familiares del adicto y en aquellas variables psicológicas que se presentan e influyen en cada uno de ellos de diferentes maneras.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. El malestar psicológico

Hoy en día, la salud mental posee protagonismo. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2003 citado en Mosqueda Díaz et al., 2016) considera que para el 2020 la segunda causa de morbilidad serán los trastornos mentales, luego de los problemas cardíacos. Una de las problemáticas de salud mental más comunes es el malestar psicológico, considerado como el nivel de estrés, abatimiento y disgusto auto percibido, el cual es generado por estar expuesto a elementos estresantes cierto tiempo, lo que puede provocar una modificación del funcionamiento del organismo (Armstrong et al., 2013 citado en Mosqueda Díaz et al.).

La salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que involucra una visión general de los individuos, considerando los elementos físicos, psicológicos y sociales que se asocian (Organización Mundial de la Salud, 1948 citado en Liébana-Presa et al., 2014). Por otro lado, la OMS (2006 citado en Liébana-Presa et al.) afirma que tanto la promoción de la salud mental como la prevención de las enfermedades mentales pueden mejorar la salud, generando consecuencias positivas en la calidad de vida y en la rentabilidad económica.

De acuerdo a Brenlla y Aranguren (2010), la bibliografía internacional señala que existe un incremento de los trastornos mentales comunes, siendo estos los trastornos asociados con el estado de ánimo, como puede ser la depresión, o con los trastornos de ansiedad, como el pánico, el estrés postraumático o las fobias, distinguiéndolos de los trastornos graves, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Los trastornos mentales comunes repercuten en la calidad de vida, ya que reducen las relaciones, la capacidad de trabajar y sentirse bien, y los trastornos graves son menos usuales, aunque generan un alto impacto en los sujetos que los padecen y sus familiares, siendo más discapacitantes.

A este aumento de la prevalencia de los trastornos comunes, existe una reducción en la edad de inicio de su aparición. Investigaciones llevadas a cabo en todo el mundo indican que en momentos de crisis se incrementa la aparición de los trastornos depresivos y de ansiedad (Patel & Kleinman, 2003 citados en

Brenlla & Aranguren, 2010). Esto hizo que se aumentara la investigación de la depresión y de los trastornos de ansiedad desde el ámbito psicológico, sociológico y biológico.

Los jóvenes no se encuentran fuera de estas problemáticas de salud mental, siendo un reto para la salud pública mundial. Las medidas preventivas pueden evitar el empeoramiento y la progresión de los trastornos mentales, así como una pronta intervención en la gravedad de los mismos. La elevada prevalencia del malestar psicológico hizo que los expertos profundicen en los saberes acerca de la misma. El área de la salud trató de brindar una respuesta a este escenario, por ejemplo, desde la enfermería existe un enfoque en el desarrollo, la prevención, la recuperación y la restitución de la salud, aunque la promoción y prevención de la salud poseen una relación costo-eficacia mayor a los demás cuidados, debiendo ser tenidas en cuenta (Mosqueda Díaz et al., 2016).

Según Pender y su Modelo de Promoción de la Salud, los determinantes de la mejora de la salud se dividen en elementos cognitivos-perceptuales, considerados como las visiones, afirmaciones, ideas que poseen los individuos sobre la salud que lo llevan a tener ciertas conductas, que se asocian con la toma de decisiones y con los comportamientos favorecedoras de la salud (Girardo, Toro, Macias, Valencia & Palacios, 2010 citados en Mosqueda Díaz et al., 2016).

La noción de malestar psicológico es nueva, su estudio empezó en la última década, habiendo pocos trabajos acerca de la cuestión. Como ya se mencionó, se define por los niveles inconstantes de estrés, desánimo y agotamiento, permitiendo recabar datos sobre los propios pensamientos, sentimientos y conductas que ser problemáticas para la salud mental (Páez, Iraurgi, Valdoseda & Fernández, 1993 citados en Mosqueda Díaz et al.).

De acuerdo a Espíndola Hernández et al. (2006), el malestar psicológico engloba a la sintomatología no psicopatológica y autopercebida, expresada con el llanto, la ansiedad, el pobre estado de ánimo, la irritabilidad, entre otros. Es inicialmente una alteración emocional que el sujeto solamente percibe, luego se puede observar en el comportamiento provocando egodistonía y tornándolo perceptible por la familia y para los individuos próximos, y después por todos los que se contactan con el sujeto afectado.

El malestar psicológico está presente en personas con vulnerabilidad psíquica, permitiendo obtener información sobre el estado psicológico de éstas, como, por ejemplo, sobre estrés, desánimo, preocupación, pensamientos, sentimientos y comportamientos que podrían configurar la problemática (Alderete, 2004 citado en Sánchez Pichardo et al., 2013).

El malestar psicológico, por otro lado, es un padecer que se caracteriza por ser adaptativo, de sencilla y rápida reacción como también evolución. Lo único favorable es que en su mayoría se trata de alteraciones en el estado del ánimo y no de una psicopatología. A su vez, éste debe ser evaluado y tratado por especialistas en salud mental, a través de técnicas que se ajusten a la demanda de cada persona (Espíndola Hernández et al., 2006).

El mismo se define como las transformaciones afectivas asociadas a un evento, y que no puede congregarse en un síntoma, ya que no reúne los criterios para ello. El sujeto padece su condición con incomodidad (Morales Carmona, 2005 citado en Sánchez Pichardo, León Miranda & Reyes Reyes, s.f.).

Según Sánchez Pichardo et al. (2013), una de las definiciones más empleadas para definir el malestar psicológico se refiere al mismo como las transformaciones emocionales vinculadas a un suceso, donde el individuo padece de su condición con incomodidad. El malestar psicológico es ocasionado por eventos estresores, los cuales se comportan distinto en cada sujeto, según su estructura de carácter, su manera de interpretar el mundo y de solucionar los conflictos, determinando los niveles de malestar de acuerdo a las particularidades de los individuos (Espíndola Hernández et al., 2006).

Asimismo, Herrera y Rivera (2011) afirman que la atención en el malestar psicológico es escasa, por lo que realizan un estudio para analizar la prevalencia de este constructo de acuerdo a las características sociodemográficas, para contribuir en la elaboración de conocimiento sobre la cuestión.

Según Sen (1980 citado en Brenlla & Aranguren, 2010), las teorías que se sustentan en la perspectiva del desarrollo humano afirman que la salud mental es un elemento clave para el desarrollo de los individuos (Doyal & Gough, 1994 citados en Brenlla & Aranguren; Nussbaum, 2001 citado en Brenlla & Aranguren).

El motivo es que sin salud mental se reduce la elección y la independencia de los individuos. En los casos extremos, el marco normativo brinda protección de los sujetos afectados por estos trastornos. Sin embargo, existe un abanico de

los denominados trastornos mentales comunes, los cuales generan un malestar psicológico notorio en las personas, impactando negativamente en su salud física y mental, en sus relaciones y en sus trabajos (Brenlla & Aranguren, 2010).

Debido a esto, el Programa de la Deuda Social Argentina es contar con información que implique a las dimensiones subjetivas del desarrollo y, no a las medidas objetivas del mismo, como las fluctuaciones de los ingresos económicos. Por ende, en la Encuesta de la Deuda Social Argentina, existen preguntas que analizan el funcionamiento psicológico requerido para un desarrollo humano completo. Es vital que un país posea información actualizada sobre la salud mental de los individuos, para mejorar la planificación de los recursos disponibles. Por ende, es vital contar con un instrumento válido que mida breve y consistentemente la posible incidencia de estos trastornos (Brenlla & Aranguren, 2010).

Asimismo, Herrera y Rivera (2011) afirman que los síntomas corresponden a la falta de concentración, problemas para memorizar y/o para solucionar problemas, falta de capacidades de estudio, poca productividad y menos rendimiento académico, provocando un deterioro en el funcionamiento en alumnos o en individuos que desempeñan un trabajo intelectual.

Según Espíndola Hernández et al. (2006), los escenarios más graves se presentan en sujetos con fragilidad emocional, provocando problemas psicosomáticos, opresión torácica, claustrofobia, agorafobia, inquietud, desesperanza, temor, descontrol, agitación, falta de interés y alteraciones en el sueño, lo que podría repercutir en la funcionalidad en la vida diaria. Asimismo, estos autores, y Tafoya, Jurado, Yépez, Fouilloux y Lara (2013 citados en citados en Mosqueda Díaz et al., 2016) afirman que la persistencia de estas expresiones puede generar adicciones.

Por otra parte, Fumero y Navarrete (2016) realizaron un estudio empleando la estrategia de redes neuronales para conocer cuáles son las variables involucradas en los grupos sintomáticos en los que se congrega el malestar percibido. Estos autores encontraron ciertas variables que permiten detectar a un sujeto que manifiesta quejas relacionadas con la ansiedad, distinguiéndola de la susceptibilidad de percibir malestar relacionado con la depresión, las somatizaciones o la disfunción social. Señalan que las variables demográficas que predicen el malestar percibido son el sexo y la edad.

En algunos estudios no se hallaron diferencias (Guthrie et al., 1998 citados en Fumero & Navarrete; Hainer & Palesch, 1998 citados en Fumero & Navarrete; Silver & Duhl, 1990 citados en Fumero & Navarrete), mientras que otros autores muestran una relación entre el género femenino y un elevado malestar percibido (Hsu & Marshall, 1987 citados en Fumero & Navarrete; Toews, Lockyer, Dobson, & Brownell, 1993 citados en Fumero & Navarrete). No obstante, en su investigación, el sexo es un elemento predictor de malestar relacionado con las somatizaciones, pero no con otros síntomas, coincidiendo con Matud, Díaz, Aguilera, Rodríguez y Matud (2003 citados en Fumero & Navarrete).

En su estudio, Liébana-Presa et al. (2014) encontraron que las mujeres mostraron valores más elevados en malestar psicológico en comparación con los hombres. En esta línea (Uras, Gennaro, Aparo & Tabolli, 2012 citados en Liébana-Presa et al.), se generaron dos estudios administrando el Cuestionario de Salud General a estudiantes de enfermería, encontrando que el riesgo de padecer malestar psicológico es mayor en las mujeres. Estas diferencias de género se corroboran en un estudio transversal (Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borell & Obiols, 2010 citados en Liébana-Presa et al.) con la información de la Encuesta Nacional de Salud de España (2006 citado en Liébana-Presa et al.), donde la prevalencia de las problemáticas de salud mental también es mayor en las mujeres.

Por otra parte, el pesimismo es significativo en la predicción de la ansiedad y de la disfunción social, al igual que los hallazgos de autores como Benyamini y Roziner (2008 citados en Fumero & Navarrete, 2016) y Stansfeld (2002 citados en Fumero & Navarrete) que afirman que los sujetos curiosos, impulsivos, que se aburren con facilidad, reservados y pesimistas, y que se adelantan a las dificultades poseen mayor malestar general. Además, existe relación entre el locus de control externo y el malestar psicológico (e.g. Berg et al., 2005 citados en Fumero & Navarrete; Botha & Pienaar, 2006 citados en Fumero & Navarrete), más allá de que algunas investigaciones no hallan resultados significativos (Guic, Mora, Rey & Robles, 2006 citados en Fumero & Navarrete). El locus de control es una variable predictora importante para la depresión y la disfunción social (Fumero & Navarrete).

Asimismo, Yamashita, Miwa y Toshihiro (2012 citados en Liébana-Presa et al., 2014) encontraron que los estilos de afrontamiento y la culpa se relacionan

con el Cuestionario de Salud General, en estudiantes japoneses, pudiendo ayudar a evitar la depresión. Son muy pocas las investigaciones que hablen de la relación entre estas dos variables, a pesar de existir evidencia de la exposición a distintos estresores (Guido, Linch, Pitthan & Uman, 2011 citados en Liébana-Presa et al.).

2.2. El afrontamiento y sus estrategias

Se puede rastrear una gran variedad de definiciones respecto de “afrontamiento”, desde una amplia gama de postulados hasta grandes contradicciones entre los autores, así como desde una perspectiva vulgar hasta una legal.

El afrontamiento tiende a identificarse con el choque ideas-conductas, con las acciones que las personas emplean para resolver los problemas que se le presentan. Puede existir una tendencia de los sujetos por no afrontar la situación, intentar evitarla o huir de lo traumático, encontrándose directamente con el problema, evidenciando una concepción del afrontamiento que se identifica en gran medida con la confrontación (Soriano, 2002).

Esta noción es entendida como un mecanismo con dos etapas, las cuales se diferencian, se acontecen, se incluyen y se precisan para que la reacción ocurra. Compuesto por la apreciación del daño, un sentimiento de amenaza seguido al acto primero, y luego el despliegue de los propios recursos para hacer frente, una acción, conducta o respuesta que va a pretender modificar la situación estresante. Por lo que se podría afirmar que afrontamiento es, una respuesta adaptativa al estrés, asociada con el desenvainar recursos ante la falta de los mismos en el sujeto en cuestión, es decir, sacar fuerzas de aquella debilidad con la que cuenta (Hombrados, 1997).

Las consecuencias negativas del estrés son regladas por el afrontamiento. Este es definido como un esfuerzo tanto en lo cognitivo como en lo conductual tendiente a minimizar, someter o soportar las demandas que ocasionan estrés (Halstead, Bennett & Cunningham, 1993 citados en Solís Manrique & Vidal Miranda, 2006).

Lazarus y Folkman (1986 citados en Castaño & León del Barco, 2010), dos autores reconocidos dentro de la temática, definieron el afrontamiento como

“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 245). El afrontamiento se encontraría determinado por el sujeto, el entorno y por su relación (Frydenberg, 1994 citado en González Barrón, Montoya Castilla, Casullo & Bernabéu Verdú, 2002).

El afrontamiento pretende identificar los componentes que intervienen en los escenarios estresantes y en los síntomas de la enfermedad. El afrontamiento es un regulador de la perturbación afectiva. Si es eficaz, no habrá malestar, sino se encontrará afectada la salud negativamente, incrementando el riesgo de mortalidad (Casaretto et al., 2003 citados en Solís Manrique & Vidal Miranda, 2006).

Los estudios acerca del afrontamiento definieron clases y dimensiones de la personalidad denominadas estilos y estrategias. Los primeros son predisposiciones para enfrentar los diferentes ambientes, estableciendo la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento, su estabilidad temporal y circunstancial. Por otro lado, las segundas son los procesos específicos que se emplean en cada ambiente y que pueden ser modificadas según las condiciones que las ocasionan (Carver & Scheier, 1994 citados en Solís Manrique & Vidal Miranda, 2006; Fernández- Abascal, Palmero, Chóliz & Martínez, 1997 citados en Solís Manrique & Vidal Miranda).

Por su parte, Folkman y Lazarus (1985 citado en González Barrón et al., 2002) plantearon dos estilos de afrontamiento:

- **Focalizado en el problema:** transformar el escenario problemático para tornarlo menos estresante.
- **Focalizado en la emoción:** disminuir la tensión, la activación fisiológica y la respuesta afectiva (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986 citados en González Barrón et al.; Frydenberg & Lewis, 1991 citados en González Barrón et al.; Plancherel & Bolognini, 1995 citados en González Barrón et al.).

En paralelo con estos planteamientos, los estudios de Frydenberg (s.f. citados en Solís Manrique & Vidal Miranda, 2006) se fundan en las nociones de estrés y afrontamiento de Lazarus. Plantea dos estilos de afrontamiento productivos: resolver el problema, el cual evidencia la propensión a encarar las

problemáticas directamente, y la referencia hacia los otros, compartiendo las preocupaciones y buscando sustento en ellos. Por último, se encuentra el afrontamiento no productivo, siendo disfuncional porque las estrategias no permiten hallar una respuesta a las problemáticas, tendiendo a la evitación.

No obstante, existen también otras agrupaciones dentro del afrontamiento, donde se distingue entre “estrategias dirigidas al problema”, operar contra la situación estresante y alterarla, y “estrategias dirigidas a la emoción”, generar cambios motivacionales o cognitivos para lograr regular la respuesta ante el problema estresante y que lo emocional no avance sobre el accionar (Galán Rodríguez & Perona Garcelán, 2001)

Por otro lado, dicho constructo es evaluado teniendo en cuenta ciertos criterios con el fin de facilitar su reconocimiento. Como se describe con claridad en la investigación de Solís Manrique y Vidal Miranda (2006), éste cuenta con dieciocho estrategias de intervención para actuar en situaciones estresantes y las cuales, a su vez, están agrupadas en tres estilos principales.

Solís Manrique y Vidal Miranda (2006) afirman que las 18 estrategias de afrontamiento englobadas en tres estilos de afrontamiento son:

- **Resolver el problema:** comprende las estrategias Concentrarse en solucionar el problema, Esforzarse y ser exitoso, Invertir en amigos, Buscar pertenencia, Mirar lo positivo, Buscar momentos relajantes, Distracción física y Reservarlo para sí.

- **Referencia a otros:** engloba las estrategias Buscar apoyo social, Acción social, apoyo espiritual y ayuda profesional.

- **Afrontamiento no productivo:** contiene a las estrategias Preocuparse, Hacerse ilusiones, No afrontar, Ignorar la dificultad, Disminución de la tensión, Reservarlo para sí y Autoinculparse.

Por otro lado, Carver, Scheier y Weintraub (1989 citados en Solís Manrique & Vidal Miranda, 2006) plantean quince estrategias: el afrontamiento activo, la planificación, la eliminación de labores competitivas, el aplazamiento del afrontamiento, el sustento social instrumental y afectivo, la reinterpretación positiva, la aceptación, la negación, ir por religión, la expresión afectiva, la utilización de alcohol y drogas, y el compromiso comportamental y cognitivo (Cassaretto et al., 2003 citados en Solís Manrique & Vidal Miranda).

Entre los avances más significativos sobre el estrés se haya la Teoría de

la Conservación de los Recursos de Hobfoll (1989), cuya propuesta es que “la gente se esfuerza por preservar, proteger y elaborar recursos, siendo la pérdida, potencial o actual, de esos recursos la verdadera amenaza a la que se enfrenta” (p. 516). El aporte de esta teoría es que brinda al afrontamiento una dimensión social no tomada en cuenta previamente (Folkman & Moskowitz, 2004 citados en Pedrero-Pérez, Puerta-García & Mota Gloria, 2007).

Hobfoll, Dunahoo, Ben-Porath y Monnier (1994 citados en Pedrero-Pérez et al., 2007) afirman que el afrontamiento es un proceso que ocurre en un entorno social, debido a que la mayoría de los estresores poseen un carácter interpersonal, los esfuerzos individuales para compensarlos poseen secuelas sociales, y debido a que el afrontamiento es un evento que necesita de la interacción con los demás.

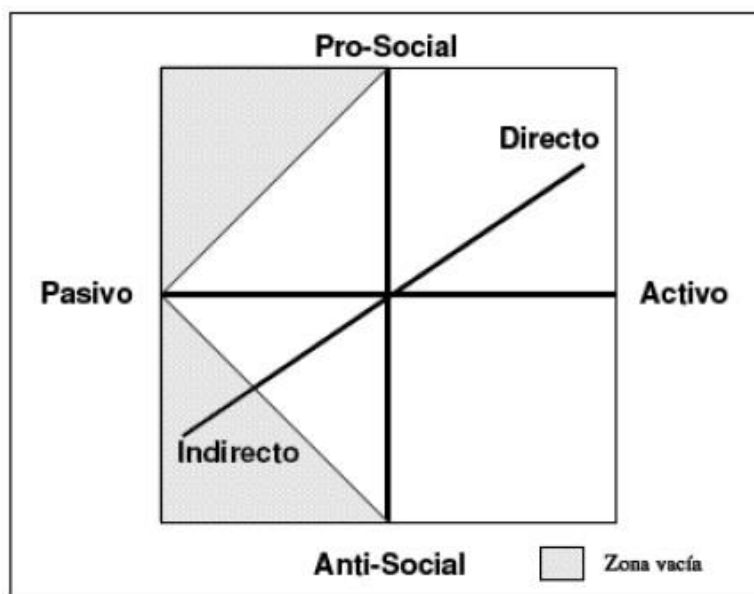


Figura 1. Modelo multiaxial de afrontamiento.

Fuente: Pedrero-Pérez, E. J., Puerta-García, C. & Mota Gloria, R. (2007). *Adicción y estrés. Estrategias de afrontamiento en adictos*. Madrid: CAD4, San Blas, Instituto de Adicciones.

En base a esta visión, se plantea el Modelo Multiaxial de Afrontamiento (Dunahoo, Hobfoll, Monnier, Hulsizer & Johnson, 1998 citados en Pedrero-Pérez et al.), pudiendo analizarse en tres ejes:

- uno que analiza la orientación a la cuestión, que podría afrontarse activamente o evitarse.

- un segundo eje que analiza la relación con los demás en el afrontamiento, cooperando con éstos, o empleando a los demás o prescindiendo de sus requerimientos.
- incluye un eje que analiza la dirección de los esfuerzos neutralizadores del evento estresante, enfrentándolo, utilizando mecanismos alternativos o manipulando las condiciones reales.

Luego de la reconstrucción del concepto “afrontamiento”, teniendo en cuenta las teorías que resultaron relevantes para el presente trabajo, sería interesante también hacer hincapié en otra distinción que se realizó sobre dicho término. No existe un único estilo ni forma de afrontar las circunstancias, sino que se irán empleando distintas formas dependiendo de lo que se demande. Por lo que cabe nombrar que existen dos clases de estrategias de afrontamiento, y que éstas se relacionan con “estrategias individuales”, donde entra en juego todo lo desarrollado anteriormente, y las “estrategias familiares” (Thompson & McCubbin, 1993-1996 citados en Macías, Madariaga Orozco, Valle Amarís & Zambrano, 2013). Estas últimas se asocian con la capacidad de la familia para actuar y llevar a cabo medidas que operen sobre las exigencias que se presentan y promuevan cambios.

2.3. El afrontamiento en los familiares de adictos

Según Ventura Castillo (2004), una parte para hacer frente al afrontamiento de la problemática de las drogas, la conforman los estudios que se llevan a cabo para analizar los factores de riesgo psicosocial relacionados al consumo de sustancias psicoactivas, así como las particularidades de estos sujetos y de su familia, su afrontamiento y las secuelas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en los familiares. Distintos eventos como el contar con un familiar adicto provoca consecuencias devastadoras, poseyendo la mayoría de las familias estrategias de afrontamientos inoportunas.

En su estudio, Ventura Castillo (2004) encontró que la estrategia de afrontamiento más implementada por los distintos integrantes de la familia fue centrada en el problema, evidenciando que lo vital para salir de esa situación, es destinar los esfuerzos a la búsqueda de soluciones, opciones, estrategias y enunciaciones positivas para enfrentar la cuestión adictiva de su familiar.

Asimismo, también fue utilizada por los integrantes de la familia, la búsqueda de apoyo social, siendo un componente positivo frente a un suceso vital y un factor protector. Los sujetos buscaron ayuda profesional, de amigos, religiosa, entre otras, prevaleciendo la fragilidad frente al estrés entre los familiares, siendo el afrontamiento más empelado el centrado en el problema, por ser el más lógico y usual común para afrontar cualquier contexto. Además, el afrontamiento más usual fue la búsqueda de apoyo social, es decir, de recursos exteriores para manejar el suceso.

Siguiendo estas ideas, Martínez-Montilla, Amador-Marín y Guerra-Martín (2017) afirman que los eventos estresantes generan un estado ansioso en el sistema familiar, modificando su equilibrio dinámico. Por ende, es fundamental que la unidad familiar posea estrategias de afrontamiento adecuadas para enfrentar los distintos sucesos estresantes y conservar el funcionamiento familiar y la salud familiar. Debido a que las estrategias de afrontamiento más empleadas por las familias tienden a la búsqueda de información o apoyo familiar, social o espiritual, se debería promover la divulgación de los elementos en la comunidad para que esto suceda, tornando más sencillo para las familias la posibilidad de que puedan acceder a estos. Por otra parte, se debe erradicar el estigma social de ciertos sucesos que promueve la implementación de distintas estrategias de afrontamiento negativas como la evitación, la negación y/o la ocultación, generando una alteración en la familia.

Los sucesos estresantes son eventos que suceden durante el proceso vital. La diferencia entre las familias funcionales y disfuncionales reside en la manera de afrontar los sucesos, dependiendo de sus peculiaridades, la gravedad del hecho y los apoyos sociales. Por ende, las mismas tienden al crecimiento de los miembros o a su deterioro (Martín, Fajardo, Gutiérrez & Palma, 2007 citados en Martínez-Montilla et al., 2017; Vera & Hurtado, 2010 citados en Martínez-Montilla et al.).

Asimismo, las estrategias de afrontamiento negativas son más comunes en determinados sucesos estresantes, como las adicciones (Moriarty, Stubbe, Bradford, Tapper & Lim, 2011 citados en Martínez-Montilla et al., 2017; Nadkarni et al., 2013 citados en Martínez-Montilla et al.), siendo la evitación, la negación y el ocultamiento las estrategias más comunes. Estos resultados son apoyados por estudios como el de García y Rodríguez (2005 citados en Martínez-Montilla

et al.). Estas estrategias pretenden reducir la alteración emocional que genera un evento estresante que consideran no pueden hacer nada para transformarlo (Lazarus & Folkman, 1984 citados en Martínez-Montilla et al.).

Otros estudios sobre la respuesta emocional de la familia al consumo de uno de sus integrantes muestran estados afectivos negativos, como la negación, la culpa, el rechazo, la impotencia y el pedido de ayuda (Orford et al., 1992, 1998 citados en López Torrecillas, León Arroyo, Godoy García, Muela Martínez & Araque Serrano, 2003; Valverde, 1996 citados en López Torrecillas et al.). Éstos afectan la capacidad de la familia para enfrentar y solucionar los problemas (Forgatch, 1989 citados en López Torrecillas et al.).

Ocultar la adicción de algún integrante de la familia posee como objetivo defenderse del estigma, el cual provoca un elevado costo emocional, debido a las variaciones que generan estos eventos en la salud y los vínculos familiares, y en sus redes sociales (Moriarty et al., 2011 citados en Martínez-Montilla et al., 2017; Karnieli-Miller et al., 2013 citados en Martínez-Montilla et al.). Por otro lado, Lazarus (2000 citados en Martínez-Montilla et al.) señala que la utilización de estas estrategias de afrontamiento puede anteceder a las estrategias de afrontamiento enfocadas en al problema, la cual garantiza la supervivencia familiar.

2.4. Las familias de los adictos

En la actualidad, existen diferentes tipos y/o estructuras, y parentescos, desarrollado desde diferentes teorías a lo largo de los años. Al no haber un término concreto para definirla, sino una idea construida que incluye numerosas creencias, a continuación, se definirá y recortará dicho concepto a fin de esclarecer cómo se tendrá en cuenta en el presente trabajo.

Una de las definiciones de familia que guarda coherencia con la investigación, es la que postula Alberdi (1982 citado en Gallego Henao, 2012), entendiéndola como el “conjunto de dos o más personas unidas por el matrimonio o la filiación que viven juntos, ponen sus recursos económicos en común y consumen juntos una serie de bienes” (p. 330). Puede conocerse también como “familia nuclear”, siendo el grupo social más reducido, compuesta

por el marido/esposa y los hijos no adultos, o que todavía conformaron sus uniones familiares y viven bajo el mismo techo, aunque también es posible que otro pariente resida en tal hogar, como los padres de los cónyuges (Martínez Monteagudo, Estévez & Inglés, 2013).

Malde Modino (2012 citado en Oliva Gómez & Villa Guardiola, 2014) afirma que, en la psicología, se puede definir la familia como:

la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se supone duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, en el cual existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. (p.16)

Por añadidura, se puede hacer referencia a la siguiente definición, donde familia se entiende como la convivencia bajo el mismo techo de forma permanente y con privacidad, sin considerar género, edad o parentesco legal (Otero, 2009).

El tipo anteriormente descrito, podría relacionarse con lo que se conoce como la forma “tradicional” de familia. Pero dentro de la multiplicidad de definiciones resulta importante tener en cuenta a las familias “reconstituidas, polinucleares, bifocales o mosaico”. Éstas tienen que ver con una nueva forma de unión, donde al menos uno o los dos cónyuges provienen de un vínculo familiar anterior, conocidas cotidianamente como “familias ensambladas” (Valdivia Sánchez, 2008).

Además, la familia funcional es la que se estimula la habilidad para resolver las crisis dentro y fuera de la misma, en la que existen afectos y apoyo, permitiendo el crecimiento y desarrollo de cada miembro, habiendo interacción entre éstos, respetando tanto la independencia como el espacio (Higuera Gutiérrez & Cardona Arias, 2016)

Según Ramírez y Miguel (2001), y Calvo (2007), el núcleo familiar es el sostén, siendo un elemento rehabilitador, terapéutico y con compromisos, para

ayudar al integrante adicto y a sí misma, debido a que se encuentra afectada por los distintos eventos.

Según Gracia Pastor, Lázaro y Montesa Lou (s.f.), el análisis de las problemáticas generadas por el consumo de drogas es complicado, no pudiendo analizarse desde una visión única, debiendo considerarse una extensa variedad de elementos familiares, ambientales y sociales. En distintos estudios, se ha corroborado la importancia de la familia en la rehabilitación del drogadicto. La familia es un elemento vital en la socialización del individuo, siendo el espacio en el que se generan los vínculos interpersonales y emocionales, otorgando sentido de identidad y pertenencia, lo que permite evolucionar como individuo.

Por lo tanto, para abordar una adicción en el ambiente de referencia del adicto, se encuentra involucrada la familia. La manera en que cada familia participa es diferente, aunque Cancrini (1991 citados en Gracia Pastor et al., s.f.) afirma que se pueden identificar estereotipos de conducta de los integrantes de la familia que hacen que se mantenga la problemática, a pesar de que también allí reside el cambio y la cura.

De acuerdo a García del Castillo Rodríguez (2003), la extensión de las adicciones recorrió una trayectoria más extensa que la familiar, haciendo pensar que tal vez la familia no se implicó lo suficiente en cuanto a la prevención para generar mejores resultados. Por ende, la investigación comienza a enfocarse más de lleno en la familia, para poder añadir a la familia en la prevención, más allá de las dificultades que persisten y que pueden estorbar la tarea preventiva.

Según Bejos (s.f. citado en Familia y adicciones, s.f.), las familias demoran cerca de siete años para creer que su familiar posee un problema con las sustancias. La principal dificultad de la familia es que no posee la capacidad para pedir ayuda ni para saber qué hacer, es decir, se encuentra afectada su capacidad de actuar. Por ende, cometen errores, como encerrar al adicto en neuropsiquiátricos donde no tratan la adicción adecuadamente, o en un hospital donde desintoxican a los adictos sin brindarles el respaldo afectivo para fortalecerse, por lo que vuelven en el consumo de sustancias. Asimismo, los denuncian a la policía, arrepintiéndose más tarde la familia por eso.

Una familia puede observar la presencia de ganancias secundarias por el consumo del adicto, pudiendo tener ser logro importante para que el adicto reciba ayuda, y si esto sucede y la familia asiste a terapia familiar durante la

rehabilitación del adicto, la posibilidad de que mejore aumenta significativamente. Tanto el adicto como la familia necesitan de asistencia constante. El abuso de drogas es un fenómeno familiar, debido a que la influencia de los amigos del adicto puede ser escasa o nula mientras la familia sea fuerte, debiéndose esto a la capacidad de solucionar sus problemas de manera frontal. La familia puede hacer que el consumo de sustancias se torne un infierno, debiendo reconocer su propia co-adicción, y debiendo darse cuenta de que es el mejor instrumento que poseen los terapeutas para que el tratamiento resulte exitoso, haciendo que la rehabilitación del adicto vaya por un camino menos tortuoso (Bejos, s.f. citado en Familia y adicciones, s.f.).

En las familias con adicciones existen factores de riesgo provenientes de su constitución, distribución, valores y conductas que son parte de la estructura familiar. En esta estructura familiar, existen estereotipos particulares, como la falta de consenso sobre las reglas educativas, la apreciación de los desempeños individuales, la desidealización del padre como parte de la estructura familiar, la falta de barreras intergeneracionales, el rechazo al conflicto, la búsqueda de un entendimiento con los hijos, de la complicidad y de la afirmación de los padres de que no viven para sus hijos, entre otros (Jeammet, 2004 citado en Vargas Navarro et al., 2015).

Entre los factores de riesgo se hayan las actitudes de la familia hacia el consumo de drogas, la dirección familiar inconsistente, el conflicto familiar, la poca relación con la familia, las problemáticas conductuales precoces y duraderas (Amunategui Undurraga, 1997 citado en Vargas Navarro et al., 2015). Además, el conflicto entre los padres y la dejadez se vinculan a una mayor experimentación con las drogas, así como el comportamiento agresivo precoz, la ausencia de supervisión paterna, el abuso de sustancias de los padres o hermanos (e.g. Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia, 2010 citado en Vargas Navarro et al.), la disponibilidad de drogas y la pobreza.

Como factores protectores se encuentran un control correcto de los impulsos, la supervisión paterna, la capacidad académica, las políticas antidroga y las redes de apoyo adecuadas (Amunategui Undurraga, 1997 citado en Vargas Navarro et al., 2015).

Según Stanton y Todd (1982 citados en Massara, s.f.), las familias de los toxicómanos poseen las siguientes características:

- Son familias primitivas en la expresión del conflicto.
- Las alianzas son explícitas, autocalificándose como unida.
- Las madres de los adictos poseen prácticas simbióticas de crianza, reteniendo a sus hijos y tratándolos como si fueran más jóvenes.
- La drogadicción brinda una pseudo-individualización en una familia que teme al apartamiento de sus integrantes.

Por otra parte, Espina y Begoña (1996 citados en Massara, s.f.) mencionan una investigación de Friesen (1983 citados en Massara), indicando los siguientes patrones:

- Una relación afectiva conflictiva extensa entre los padres.
- Un padre distante, poco involucrado con el adicto de forma emocional, o mediante emociones negativas.
- Padre despótico, inmaduro y conflictivo acerca del crecimiento y la separación de su hijo.
- Crisis emocional familiar equilibrada por el drogadicto al apartar la atención de otras problemáticas.
- Límites borrosos en las generaciones, habiendo alianzas patológicas entre padres e hijos.

Cancrini (1995 citados en Massara, s.f.) afirma que estas familias poseen:

- Carencia grave de los padres de actividades funcionales y expresivas para asegurar un desarrollo de la familia.
- Falta de límites.
- Conductas problemáticas en dos o más integrantes de la familia.

De acuerdo a Martínez (s.f. citado en Vargas Navarro et al., 2015), en las familias con adictos se debe considerar el entorno y la vida psicológica del sujeto, estos componentes se asocian de forma bidireccional, debido a que las transformaciones en la estructura familiar generan modificaciones en los integrantes que la componen y viceversa (Estrada, Torres, Agudelo, Posada & Montoya, 2013 citados en Vargas Navarro et al.).

Estudios como los de García-Rodríguez y López (1993, 1994 citados en García del Castillo Rodríguez, 2003), y García-Rodríguez et al. (2001 citados en García del Castillo Rodríguez), muestran que la familia y los integrantes que la componen son conscientes de su rol en la formación y en la educación de los hijos acerca de las drogas, no dejando que otras instituciones los eduquen, y no

generándose acciones preventivas, que es lo esperado.

En su investigación, García-Rodríguez et al. (2001 citados en García del Castillo Rodríguez, 2003) encontraron que el 94% de los padres señalan que son los responsables de sus hijos en cuanto a la educación sobre las drogas. Las madres se sienten más responsables sobre la educación en referencia a las drogas que los padres, evidenciando un mayor involucramiento en las tareas educativas. Sin embargo, estos porcentajes no llevan a acciones de intervención de la familia. La tarea de los padres como agentes preventivos debe ser total y contener componentes de una lista de problemáticas de salud en los que deben intervenir, a través de estrategias educativas, y siendo ellos mismos modelos de para sus hijos, lo que debe ser una fusión de tareas generales y específicas (García del Castillo Rodríguez).

Según Saldarriaga (s.f. citado en Vargas Navarro et al., 2015), las familias de los adictos poseen una mala integración, separación de los padres, muerte de alguno de estos, familias poco emocionales, problemas económicos, malas relaciones entre padres e hijos, abandono precoz por parte del adicto del hogar, antecedentes de patologías y adicciones en la familia, transmisión impropia de valores, normas y comportamientos, así como conflictos constantes entre alianzas o coaliciones (Estrada et al., 2013 citados en Vargas Navarro et al.).

Asimismo, Torres García (s.f.) afirma que la negación utilizada por el adicto puede ser implementada por sus familiares, los cuales no se dan cuenta que hay un problema. Comúnmente, éstos sufren de una condición denominada “codependencia.” Los pensamientos y las sensaciones de las esposas, los hijos y los hermanos son controlados por la conducta y los afectos del adicto, generando la desintegración de la unidad familiar. Los integrantes de la familia pueden pensar que son responsables por la cuestión, debido a que puede darles una falsa esperanza de que ellos pueden “curar” al adicto.

La codependencia se muestra en distintas formas: haciendo que la familia esconda la cuestión, no permitiendo a los individuos que visiten el hogar o que se generen discusiones sobre la cuestión entre los integrantes de la familia. Cuando el adicto se encuentra intoxicado, los familiares pueden tratar de protegerlo diciéndole al jefe del adicto que éste no puede asistir al trabajo ya que se encuentra enfermo cuando en verdad se encuentra intoxicado. Otro problema ocurre cuando los integrantes de la familia tratan de controlar la conducta del

adicto, ocupando su tiempo libre para evitar impedir el consumo (Torres García, s.f.).

Soto García (s.f.) afirma que el adicto se transforma paulatinamente en el centro de atención de la familia, de manera abierta o sutilmente. Aunque en la familia, la cuestión de la adicción es un tema de codependencia, en donde existe un escenario de negación de la cuestión, pasando a un estado en donde la familia del adicto pretende controlar la adicción, pasando a la búsqueda de ayuda externa, ya que la enfermedad alcanza dimensiones extensas, saliendo de control, transformando a la adicción en una parte del estilo de vida familiar. En las adicciones, cuando se involucra a la familia, existen etapas que atraviesan los familiares:

- **Negación:** es el primer mecanismo de defensa, no se quiere saber la realidad, por ende, la familia niega el hecho de estar enferma.
- **Ira o enojo:** según el tamaño de la pérdida, se expresa la rabia de forma racional o irracional sobre cualquier individuo o cosa que se encuentre alrededor, en las familias con adicción en uno o varios de sus integrantes, los sentimientos son de ira o culpa.
- **Negociación:** existe un regateo o un alegato, considerándose como una negociación con un ente trascendente o con la vida.
- **Depresión:** es el luto, es lo que se pretendía evitar. Las familias vivencian aislamiento y depresión por el sentirse impotentes con su contexto.
- **Aceptación:** es el fin de la lucha, es aceptar la realidad y la renuncia a la superioridad, aceptándose que se necesita ayuda.

La codependencia se caracteriza por la sensación de urgencia para tomar el control del comportamiento de los demás, principalmente hacia el adicto. Por ende, en la recuperación familiar se debe desarrollar el desprendimiento emocional. Éste se lleva a cabo mediante el cambio en la manera de pensar y de comportarse, arribando con la recuperación. El codependiente deja el control y los patrones conductuales compulsivos, que le generan dolor. La adicción daña los vínculos familiares, impidiendo la expresión del amor, pero el desprendimiento emocional permite que brinde el amor que siente por el adicto, y que coloque límites sanos claramente (Torres García, s.f.).

Por otro lado, la teoría sistémica considera la drogadicción como un síntoma de la disfuncionalidad del sistema familiar. El síntoma es una parte de

la organización de ese sistema, ya que su falta haría que los integrantes buscaran un equilibrio diferente. Que el síntoma posea una función no significa que sea el motivo de toda la organización del sistema familiar, siendo parte de la organización del sistema. Por ende, el adicto puede atraer la atención de los demás sí mismo, desviando las cuestiones ocultas de la familia. Hay que comprender las características del síntoma y su rol en el sistema familiar, siendo vital para enunciar estrategias de intervención en las familias con miembros adictos (Gracia Pastor et al., s.f.).

De esta forma, Noone y Reddig (1976 citados en Gracia Pastor et al., s.f.) afirman que en la adicción existe un elemento estabilización familiar mientras que Haley (1976 citado en Gracia Pastor et al.) y Becoña (1999 citado en Gracia Pastor et al.) señalan que la familia se encuentra atorada en un momento del ciclo vital como consecuencia de conflictos no resueltos.

Otros investigadores consideran que las pérdidas, duelos y angustia de separación en la familia se vinculan a un patrón de abuso de drogas, aunque desde una visión menos lineal, Staton y Todd (1988 citados en Gracia Pastor et al., s.f.) indican que la drogadicción puede ser pensada como parte de un proceso cíclico que implica a tres personas o más, por lo general al adicto y a sus padres, en el que su comportamiento posee una función protectora y ayuda a mantener el equilibrio homeostático del sistema familiar.

Por otra parte, se realizaron distintos estudios para intentar establecer las particularidades más usuales de las familias de los adictos. Ausloos (1998 citado en Gracia Pastor et al., s.f.) diferencia a las familias de transición caótica, las cuales existen entre sujetos que han generado comportamientos no sociales y entre individuos adictos, y las familias de transformación más rígida, halladas en sujetos que han generado una patología como la psicosis, y entre sujetos que padecen trastornos de la conducta alimentaria.

2.5. La adicción

El término de adicción resulta algo más popular, a veces, por su mala utilización y otras veces al oír que algún ser cercano que la padece. Sin embargo, no existe una definición unívoca o que se ajuste precisamente, es por eso que se acotará a definir “adicción” teniendo en cuenta solo ciertas drogas de las

tantas que existen.

Dentro de las definiciones clásicas, se encuentra la de la OMS (1994), la cual considera la adicción como el consumo reiterado de sustancias psicoactivas, hasta que el consumidor se intoxica constantemente, mostrando un deseo compulsivo de consumir la sustancia predilecta, así como una gran dificultad para interrumpir de manera voluntaria o transformar el consumo de la sustancia, y estando decidido a conseguir sustancias psicoactivas empleando los medios a su alcance.

De todos modos, la OMS (1994) afirma que el término “adicción” es antiguo y considerado por muchos especialistas como una enfermedad con entidad propia. Por lo que se recomendó que se reemplace por “dependencia”, el cual puede tener varios grados de severidad.

De acuerdo a Becoña Iglesias y Cortés Tomás (2010), la historia de las adicciones se encuentra vinculada a la historia del hombre. El fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, inhalar elementos psicoactivos, fumar marihuana, emplear el opio para el dolor, entre otros, son ejemplos de sustancias que el ser humano implementó en la historia. En la actualidad, por sus derivados industriales o químicos, sobresalen las nuevas adicciones, como la heroína, la cocaína, las drogas de diseño, el LSD, habiendo también adicciones sin sustancia, resultado de una sociedad tecnológica, como la adicción a Internet, a los juegos de azar, a los teléfonos celulares, al sexo, a las compras y, además, conductas que pueden ser adictivas.

Por ende, en el último tiempo existen comportamientos bajo la denominación de adicciones. En el comienzo, era una dependencia física y psíquica que fue evolucionando en base al mismo, aplicándose a sustancias psicoactivas que generaban dependencia. Con el paso de los años se observaron comportamientos que generaban dependencia sin sustancias, con las demás particularidades de las dependencias a las sustancias psicoactivas. Un elemento central es la pérdida de control: el sujeto no posee control sobre la misma, la cual le genera dependencia, tolerancia, abstinencia y demás consecuencias negativas en su vida, haciendo que busque tratamiento por su cuenta o lo obliguen a hacerlo (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2010).

El abuso y la adicción a las drogas se transformó en los últimos años en una problemática de salud pública. Cerca de 200 millones de individuos emplean

las drogas ilícitas a nivel mundial (United Nations [UNODC], 2007 citado en Zapata Vanegas, 2009), generando un reto significativo para las autoridades en materia de salud, en la búsqueda, ejecución de estrategias y programas tanto de promoción, prevención y tratamiento, para los que se necesitan de modelos de atención fundados en el saber científico, que hagan hincapié en la complejidad del problema (Miller, 1992 citado en Zapata Vanegas; Naciones Unidas, 2003 citado en Zapata Vanegas).

Según el Informe sobre la Salud en el Mundo (OMS, 2002 citado en Mielgo López et al., 2012), la utilización de las drogas es un fenómeno mundial: el 8,9% de la morbilidad se causado por el consumo de sustancias psicoactivas. El consumo y la dependencia de sustancias generan una carga para los sujetos y las sociedades. Es difícil hayar un país en el que no haya alguna clase de consumo, más allá de que las particularidades del mismo difieren en cada país.

El consumo de drogas es considerado una problemática social complicada, por la magnitud de sujetos que se encuentran afectadas por el mismo, sobresaliendo el consumo de alcohol en jóvenes y las consecuencias de la utilización de sustancias psicoactivas, poniendo en riesgo la salud y el desarrollo de muchos niños, adolescentes y adultos (Mielgo López et al., 2012).

El primer paso para una atención eficiente es el reconocimiento de la multicausalidad de la drogadicción (Newcomb & Felix-Ortiz, 1992 citados en Zapata Vanegas, 2009; Parascandola & Weed, 2001 citados en Zapata Vanegas), en el surgimiento de la adicción y en las intervenciones en cada fase de esta enfermedad crónica (McLellan, Lewis, O'Brien & Kleber, 2000 citados en Zapata Vanegas). Se trata de adicción cuando la sustancia, lícita o ilícita, se administra de forma compulsiva. Ésta es considerada como una enfermedad crónica del cerebro, ya que produce un cambio en su funcionamiento y daña su estructura interna (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA], 2008).

Según Soto García (s.f.), la adicción es una necesidad por consumir una sustancia para sentirse "conforme", para emborracharse o para que no se genere un sentimiento no querido. Un adicto no controla su forma de consumir o de utilizar las sustancias psicoactivas, debido a que se hayan en un estado de enfermedad física y mental. Se genera una necesidad de dependencia sin la que no puede se puede ni se desea vivir, por ende, pueden pensarse que son sujetos que padecen una enfermedad progresiva, pudiendo transformarse en una

enfermedad incurable y mortal si no se recibe tratamiento a tiempo. A las adicciones, al igual que a las demás enfermedades, se las puede detener.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición [DSM-V] (2014), los trastornos asociados con sustancias contienen diez distintos tipos de drogas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias. Las mismas no son muy diferentes entre sí. Cualquier droga que se consume desmedidamente genera una activación del sistema de recompensa del cerebro, el cual forma parte del refuerzo de las conductas y la generación de recuerdos. Estos generan una activación del sistema de recompensa siendo tan agudo que se desconocen las actividades normales.

Asimismo, el DSM-V (2014) divide los trastornos asociados con sustancias en: trastornos por consumo de sustancias y trastornos incitados por sustancias. En el caso de las primeras, se pueden mencionar las siguientes: intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales provocados por una sustancia o medicamento.

Por otro lado, Gossop (1989 citado en Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2010) caracterizó una adicción de la siguiente forma:

- un gran deseo o una compulsión para poder generar el comportamiento, sobre todo cuando la posibilidad no se encuentra disponible.
- deterioro en el control del comportamiento, su inicio, mantenimiento o nivel en el que sucede.
- malestar y estado de ánimo perturbado cuando el comportamiento es evitado o se lo deja de realizar.
- continuar realizando el comportamiento más allá de lo que le está generando consecuencias a la persona.

Según Cueva (2012), las adicciones son parte de los trastornos psiquiátricos, generan una alteración neurobiológica significativa, provocando alteraciones del comportamiento y la inadaptación al ambiente, por ende, necesitan de un tratamiento médico y psicosocial. El encierro y el maltrato para promover la recuperación de los sujetos adictos, es inaceptable desde lo científico como desde lo legal, por ser ciudadanos con derechos. La internación involuntaria solo se debe llevar a cabo en caso de emergencia: ningún sujeto puede ser sometido a tratamiento sin su consentimiento previo o el del individuo

que debe brindarlo legalmente, en caso de que correspondiese o no pudiera hacerlo. A su vez, hay mecanismos legales para la internación de sujetos adictos sin violar sus derechos.

Desde una visión funcional, el consumo de drogas es explicado de la misma manera que otro comportamiento, siendo un hábito sobre - aprendido que puede ser transformado. Es la consecuencia de alguna combinación de ciertos elementos de control de un organismo con especificaciones biológicas y un cierto repertorio conductual, un estado motivacional, condiciones ambientales específicas, y las secuelas sociales y fisiológicas por la auto-administración de la droga. La misma posee un rol funcional como reforzadores de las conductas que han provocado su logro y de los escenarios relacionados con éstos. Como tales, pueden dotar de significado a los componentes al momento de reforzamiento, aumentando la posibilidad del comienzo de la cadena conductual (López & Gil, 1996 citados en Secades Villa & Fernández Hermida, 2001).

De esta forma, Pomerleau y Pomerleau (1987 citados en Secades Villa & Fernández Hermida, 2001) plantean un modelo para la formulación bio-conductual para explicar cómo comienza y continúa el fumar, a pesar de que las demás sustancias puedan diferir en lo específico de su acción farmacológica, pudiendo encontrarse en la misma línea de análisis. Este marco contextual puede analizar las relaciones entre el entorno y los elementos farmacológicos involucrados en el comportamiento de consumo de drogas, más allá de la sustancia.

Asimismo, la visión contextual del abuso de drogas es multifactorial: las variables ambientales provienen de los modelos de aprendizaje clásico y operante, combinándose con los reforzadores. Sobre la conducta, mientras se posea información que definan el consumo de drogas, menos se sabe sobre el rechazo de las sustancias. En referencia a la vulnerabilidad, posee elementos genéticos, socioculturales y de aprendizaje, como la mayoría de los estudios son retrospectivos descriptivos, no se puede concluir sobre la vulnerabilidad de los sujetos al consumo de drogas o a padecer una adicción (Secades Villa & Fernández Hermida, 2001).

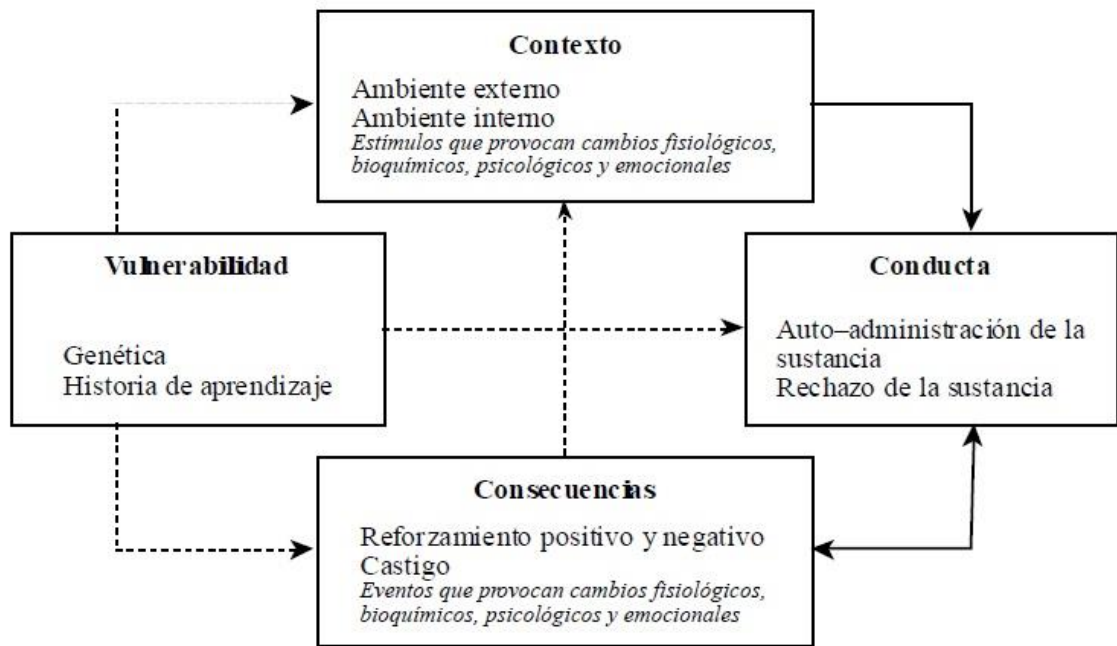


Figura 2. Factores bio-conductuales del abuso de sustancias (adaptado de Pomerleau y Pomerleau, 1987).

Fuente: Secades Villa, R. & Fernández Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380

Po otro lado, Pérez del Río Burgos (2011) afirma que las adicciones son una cuestión de grado, debiendo comprenderse de forma escalonada el proceso. El uso es la utilización en momentos específicos, pretendiendo probar o atesorar una vivencia esporádica. Esta clase de uso ocurre en dosis moderadas. El siguiente escalón es el hábito, siendo una realización de actividades (Larousse, 2003 citado en Pérez del Río Burgos). Esta definición brinda la imagen de la repetición de la adicción. Asimismo, en el abuso existe un exceso, una utilización regular, que se incrementa, utilizando bastante tiempo, por lo que el individuo evita ciertas cuestiones sociales y siente angustia (Pérez & Martín, 2007 citados en Pérez del Río Burgos). Aparecen las consecuencias sociales y psicológicas, pero más leves que en la dependencia.

Cuando existe una dependencia a una sustancia, se habla de drogodependencia. Edwards, Arif y Hodgson (1981 citados en Pérez del Río Burgos, 2011) afirman que para que haya una drogodependencia debe haber:

- una compulsión al uso de las drogas en los intentos de abandono,
- deseos de abandonar el consumo,
- un hábito de consumo repetido,

- **neuroadaptación con tolerancia y dependencia,**
- **consumo de drogas para prevenir o calmar la abstinencia,**
- **prevalencia de comportamientos de búsqueda de droga.**

La drogodependencia es un problema de grado y de períodos, no posee límites, siendo lo más complicado el no parar, no poner fin, siendo pocos conscientes de la problemática los sujetos que lo padecen, hasta que no tocan fondo. El sujeto se desvincula de los demás, excepto de otros consumidores, incluyendo la separación de la pareja a menos que ambos consuman (Pérez del Río Burgos, 2011).

De acuerdo al NIDA (2012), las drogas poseen sustancias químicas que se filtran en el sistema de comunicación del cerebro, afectando el envío, la recepción y el procesamiento de la información entre las neuronas. Esto se logra porque las drogas imitan los mensajeros químicos del cerebro y sobreestimulando el circuito de gratificación del cerebro. Drogas como la marihuana y la heroína poseen una estructura parecida a la de los neurotransmisores, permitiendo “engañar” a los receptores del cerebro, activando las células nerviosas para que envíen mensajes anormales. Drogas como la cocaína o la metanfetamina hacen que las neuronas liberen demasiados neurotransmisores, o bloquean el reciclaje de estas sustancias químicas.

Comúnmente, el sistema de gratificación responde a las conductas asociadas con la supervivencia, aunque cuando es sobreestimulado por las drogas psicoactivas genera euforia. Esta respuesta comienza con un ciclo de refuerzo que “enseña” a los individuos a repetir la conducta de abuso de drogas que originó la gratificación. Cuando se abusa de las drogas, el cerebro se adapta a las oleadas de dopamina generando menos de este neurotransmisor, o reduciendo los receptores de dopamina en el circuito de gratificación. Esto provoca un menor impacto de la dopamina en dicho circuito, lo que limita el placer de la utilización de las drogas, así como de eventos que antes le generaban placer. Esto hace que el drogadicto abuse de las drogas para recuperar la función usual de la dopamina, pero requiere de una cantidad mayor de droga para incrementar la función de la dopamina a su nivel inicial. Este efecto se denomina tolerancia (NIDA, 2012).

3. METODOLOGÍA

3.1. Objetivo general

- Analizar la relación entre el malestar psicológico y las estrategias de afrontamiento en los familiares de personas que padecen de adicción a sustancias.

3.2. Objetivos específicos

- Describir la muestra según variables sociodemográficas, a saber: sexo, edad, nivel de educación y lugar de residencia.
- Describir el malestar psicológico y las estrategias de afrontamiento de los familiares de sujetos adictos.
- Analizar la relación entre los niveles de malestar psicológico y las estrategias de afrontamiento de los familiares de sujetos adictos.
- Comparar los niveles de malestar psicológico y las distintas estrategias de afrontamiento, en función de las características sociodemográficas.

3.3. Hipótesis

H1: A mayor nivel de malestar psicológico, habrá una mayor utilización de estrategias de afrontamiento de evitación.

H2: A mayor nivel de malestar psicológico, habrá una menor implementación de estrategias de afrontamiento de acercamiento o aproximación.

3.4. Relevancia

3.4.1. Teórica

Los datos aportados por esta investigación servirán para enunciar teorías acerca de la relación entre el malestar psicológico y las estrategias de afrontamiento en familiares de personas adictas. Cabe destacar que la noción de malestar psicológico es novedosa, por lo que es un constructo que se encuentra indefinido aun, siendo importante la información recabada acerca del mismo.

3.4.2. Práctica

Los datos recabados en la presente investigación permitirán la promoción de herramientas tendientes al auxilio y a brindar confianza al familiar, para salir en búsqueda de ayuda, debido a que muchas veces naturalizan dicho padecer y no logran vislumbrar los conflictos que generan estas situaciones, padeciendo un elevado malestar psicológico.

3.4.3. Social

Los datos que se originarían en el presente estudio ayudarán a la implementación de políticas de estado tendientes a abordar más apropiadamente la cuestión de la adicción, por lo que se ha propuesto incluir otra mirada, que no se relacione con el enfermo en sí sino con su familia, ya que a veces es dejada de lado. Se podrá realizar un trabajo preventivo y preparatorio con sujetos con esta problemática, ayudándolos a superarlas, y brindándoles apoyo y contención, ya que son el sostén del sujeto adicto, y para que logren tener una mejor calidad de vida.

3.5. Tipo de estudio o diseño

Se realizó un estudio empírico correlacional, transversal con un abordaje cuantitativo.

3.6. Población

La población estuvo conformada por 50 sujetos que contaban con un familiar adicto. Los criterios de inclusión fueron los siguientes

- Que sean mayores de 18 años de edad.
- Que residan en la Zona Sur del Gran Buenos Aires.
- Que posean un familiar con una adicción.
- Que acepten participar de la presente investigación.

Como criterios de exclusión, no se les administraron los protocolos a personas con las siguientes características:

- Que posean una enfermedad psiquiátrica.

3.7. Muestra

Se tomó una muestra no probabilística intencional simple de 30 sujetos con una edad promedio de 38.26 años (DT= 13.56 años; Mediana= 36.50 años; Máx.= 68 años; Mín.= 18 años). El 53,3% son varones y el 46,7% son mujeres. El 23,3% vive en Almirante Brown, el 50% en Lomas de Zamora, el 16,7% en Quilmes y el 10% en otro sitio. El 13,3% de los sujetos posee secundario incompleto, el 30% secundario completo, el 6,7% terciario, el 26,7% universitario incompleto y el 23,3% universitario completo. En cuanto al estado civil, el 30% se encuentra soltero, el 43,3% casado, el 20% en pareja, el 3,3% es viudo y otro 3,3% se encuentra divorciado. El 13,3% es la madre o el padre del adicto, el 33,3% es el hijo, el 16,7% la pareja, el 20% el sobrino y el 16,7% otro pariente.

3.8. Instrumentos

- **Cuestionario sociodemográfico:** elaborado para los fines del presente estudio.
- **Escala de Malestar Psicológico de Kessler K10** (Kessler & Mrozeck, 1994; adaptación argentina, Brenlla & Aranguren, 2010). Esta escala analizar el riesgo de padecer de malestar psicológico indeterminado en el último mes, relacionado con síntomas de ansiedad o depresión. Posee 10 ítems con una escala tipo Likert de cinco puntos, que oscila entre 1- Nunca y 5- Siempre. El malestar psicológico valorado de forma global, siendo la escala unidimensional, cuya coherencia de contenido es significativa entre los ítems de la escala ($\alpha = ,88$).
- **Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos [CRI-A]** (Moos, 1993; adaptación argentina: Mikulic & Crespi, 2008). Posee 48 ítems con una escala tipo Likert que oscila entre 0- Nunca y 3- Muchas veces ($\alpha = ,85$). La escala analizar 8 respuestas de afrontamiento:
 - **Análisis Lógico:** esfuerzos cognitivos de entender y prepararse para enfrentar un estresor y sus secuelas.
 - **Revalorización Positiva:** esfuerzos cognitivos de reestructurar un problema de manera positiva mientras se acepta una situación.
 - **Búsqueda de Orientación y Apoyo:** tentativas conductuales de buscar información, apoyo y orientación.

- **Resolución de Problemas:** conductas tendientes a llevar a cabo acciones que llevan al problema.
- **Evitación Cognitiva:** esfuerzos cognitivos de evitar pensar en la cuestión de manera realista.
- **Aceptación/Resignación:** intentos cognitivos de responder a la problemática aceptándola.
- **Búsqueda de Gratificaciones Alternativas:** intentos comportamentales de implicarse en actividades sustitutas y de generar fuentes de satisfacción.
- **Descarga Emocional:** intentos comportamentales de disminuir la tensión expresando sentimientos negativos.

A su vez, Moos (1993 citado en Mikulic & Crespi, 2008) afirma que el inventario posee dos factores generales:

- **Escala Global de Acercamiento o Aproximación:** contiene las subescalas Análisis Lógico, Revaloración Positiva, Búsqueda de Orientación y Apoyo, Resolución de Problemas y Búsqueda de Gratificaciones Alternativas.
- **Escala Global de Evitación:** contiene las subescalas Evitación Cognitiva, Aceptación/Resignación y Descarga Emocional.

Para su análisis, se suman los ítems de las subescalas y se dividen por la cantidad de ítems respondidos, obteniendo así el promedio de las mismas (Mikulic, s.f.).

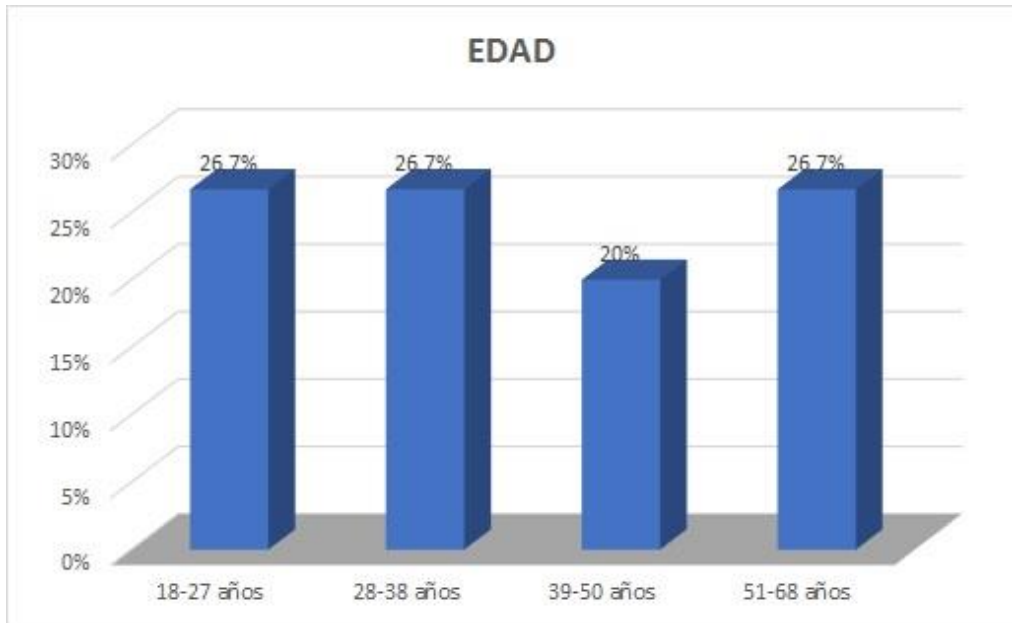
3.9. Procedimiento

Una vez contactados los integrantes de la muestra, se les administraron los instrumentos de forma personal e individual, los cuales los familiares de sujetos adictos respondieron y devolvieron a la investigadora al cabo de unos minutos. Por consiguiente, ya recabados los datos provenientes de los instrumentos, fueron volcados al paquete estadístico SPSS 22.0, con el que luego se realizó un análisis exhaustivo y la interpretación de los mismos.

4. RESULTADOS

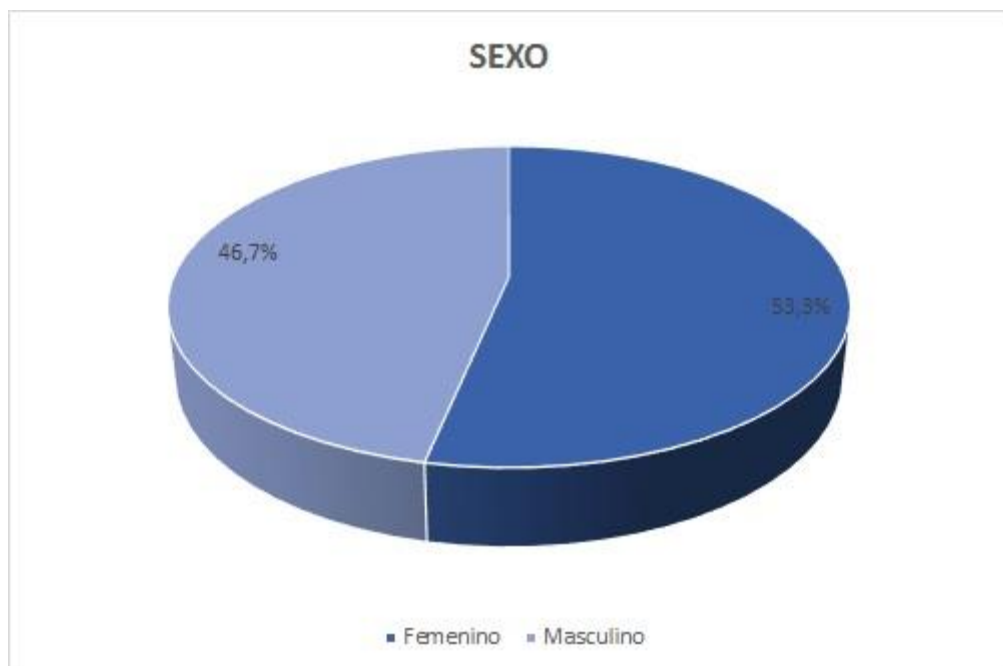
4.1. Caracterización de la muestra

Gráfico 1. Edad



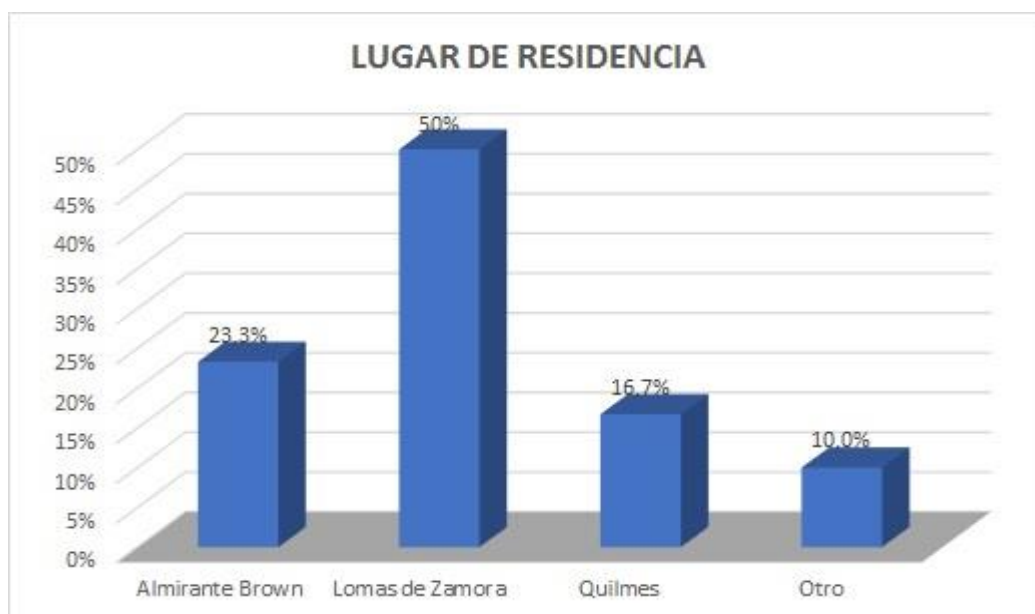
En cuanto a la edad, el 26,7% posee entre 18 y 27 años, otro 26,7% entre 28 y 38 años, el 20% entre 39 y 50 años, y otro 26,7% entre 51 y 68 años.

Gráfico 2. Sexo



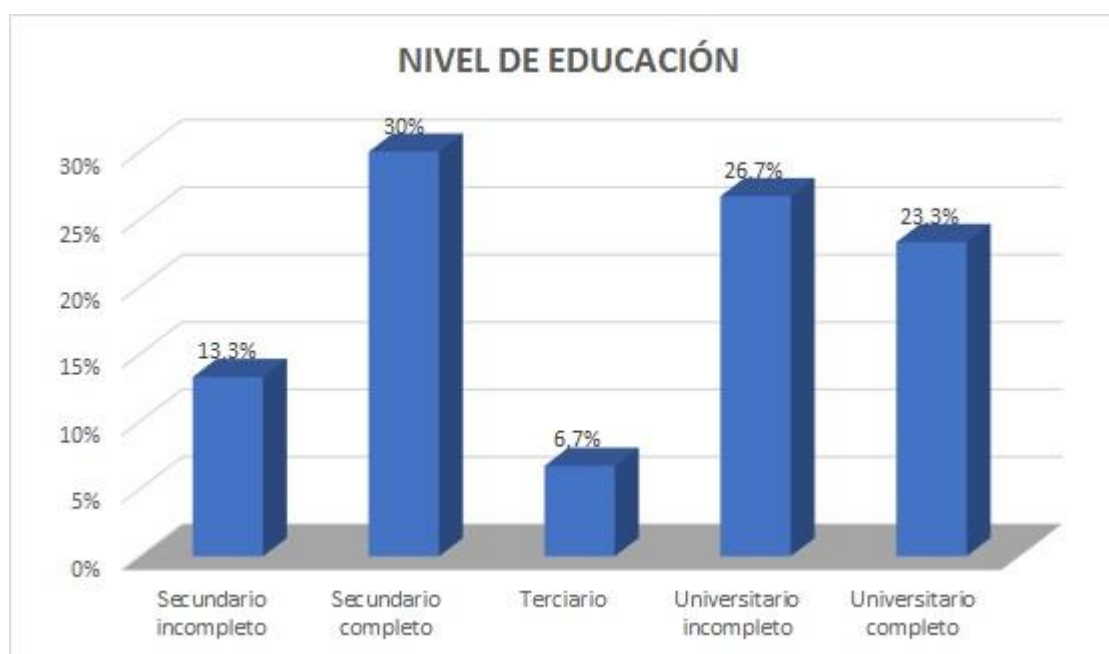
En referencia al sexo, el 53,3% son varones y el 46,7% son mujeres.

Gráfico 3. Lugar de residencia



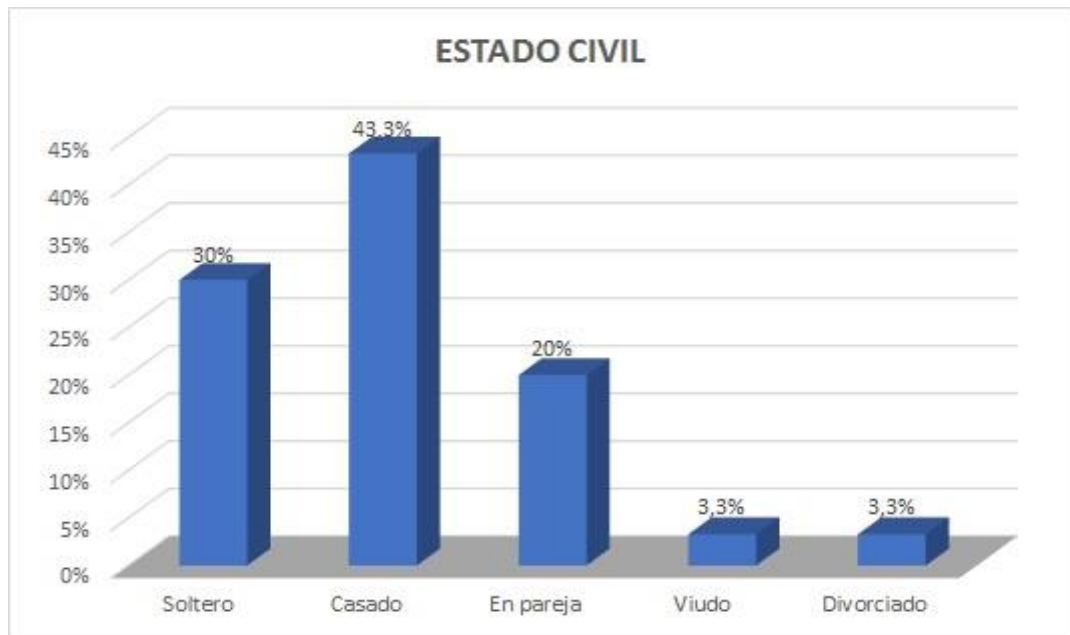
El 23,3% vive en Almirante Brown, el 50% en Lomas de Zamora, el 16,7% en Quilmes y el 10% en otro sitio.

Gráfico 4. Nivel de educación



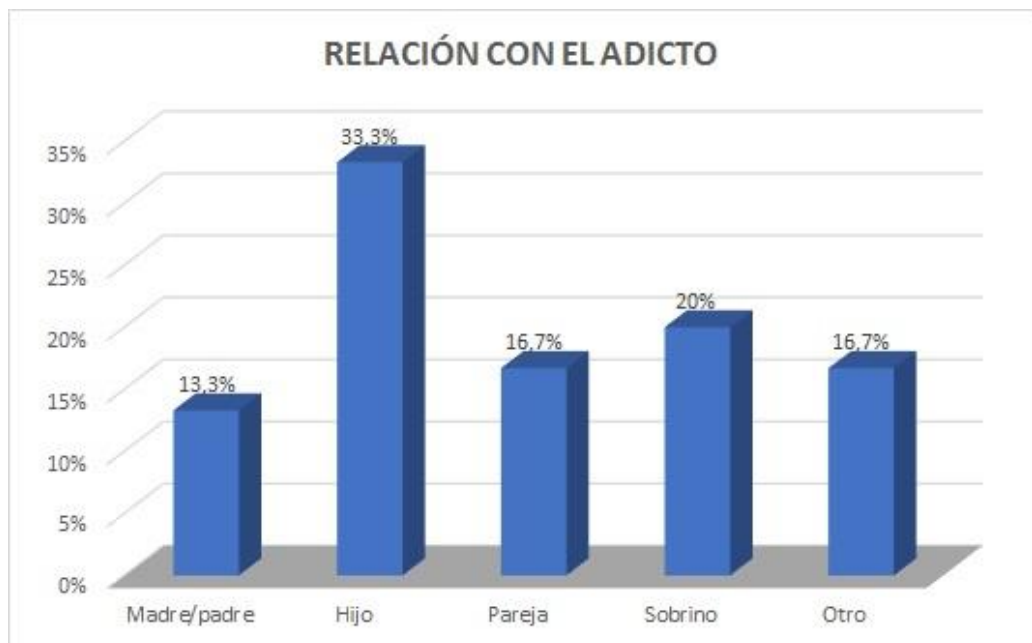
El 13,3% de los encuestados posee secundario incompleto, el 30% secundario completo, el 6,7% terciario, el 26,7% universitario incompleto y el 23,3% universitario completo.

Gráfico 5. Estado civil



En cuanto al estado civil, el 30% se encuentra soltero, el 43,3% casado, el 20% en pareja, el 3,3% es viudo y otro 3,3% se encuentra divorciado.

Gráfico 6. Relación con el adicto



El 13,3% es la madre o el padre del adicto, el 33,3% es el hijo, el 16,7% la pareja, el 20% el sobrino y el 16,7% otro pariente.

4.2. Descripción de las variables

4.2.1. Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos [CRI-A]

Tabla I. Resúmenes estadísticos de las estrategias de afrontamiento.

| | N | M | Md | DT | Mín. | Máx. |
|--|----|-------|-------|-------|------|------|
| Análisis lógico | 30 | 12.03 | 12.50 | 3.800 | 6 | 17 |
| Revalorización positiva | 29 | 11.31 | 11 | 3.140 | 4 | 18 |
| Búsqueda de apoyo | 30 | 11.40 | 12 | 3.080 | 5 | 17 |
| Resolución de problemas | 30 | 11.70 | 12 | 2.842 | 2 | 17 |
| Evitación cognitiva | 30 | 9.06 | 8 | 3.403 | 5 | 18 |
| Aceptación/resignación | 29 | 7.13 | 7 | 3.430 | 1 | 15 |
| Búsqueda de gratificaciones alternativas | 30 | 9.93 | 9 | 4.101 | 2 | 18 |
| Descarga emocional | 30 | 10.16 | 11 | 3.649 | 2 | 17 |

4.2.2. Escala de Malestar Psicológico de Kessler K10

Tabla II. Resúmenes estadísticos del malestar psicológico.

| | N | M | Md | DT | Mín. | Máx. |
|----------------------|----|-------|-------|-------|------|------|
| Malestar psicológico | 30 | 25.80 | 25.50 | 6.025 | 13 | 39 |

4.3. Análisis de la normalidad

Se realizó el análisis de normalidad para las variables descritas. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk, los resultados son los siguientes:

Tabla III. Normalidad de las variables a estudiar

| | p. |
|-------------------------|------|
| Análisis lógico | .006 |
| Revalorización positiva | .437 |
| Búsqueda de apoyo | .573 |

| | |
|--|------|
| Resolución de problemas | .010 |
| Evitación cognitiva | .042 |
| Aceptación/resignación | .513 |
| Búsqueda de gratificaciones alternativas | .127 |
| Descarga emocional | .903 |
| Malestar psicológico | .991 |

Como se puede observar, las variables analizadas poseen distribución normal, excepto las estrategias Análisis lógico, Resolución de problemas y Evitación cognitiva.

4.4. Análisis de la relación entre variables

Se encontraron relaciones significativas entre el malestar psicológico y la estrategia de afrontamiento Aceptación/resignación, y entre la edad y la estrategia de afrontamiento Análisis lógico.

Tabla IV. Correlación entre el Malestar psicológico y la Aceptación/resignación.

| | Malestar psicológico | p |
|------------------------|----------------------|------|
| Aceptación/resignación | -.368 | .049 |

Nota: coeficiente utilizado: r de Pearson

Los resultados evidencian la presencia de relaciones significativas entre el malestar psicológico y la estrategia de afrontamiento Aceptación/resignación. La relación es inversamente proporcional, por lo que, a mayor nivel de malestar, habrá una menor aceptación del evento estresante, y viceversa.

Tabla V. Correlación entre la edad y el Análisis lógico.

| | Edad | p |
|-----------------|-------|------|
| Análisis lógico | -.382 | .037 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron relaciones significativas entre la edad y la estrategia de afrontamiento Análisis lógico. Las relaciones encontradas fueron inversamente

proporcionales, por lo que a mayor edad existe un menor análisis lógico de los sucesos estresantes y viceversa.

4.5. Análisis de las diferencias de grupos

Se encontraron diferencias grupales de acuerdo con el sexo, para la estrategia de afrontamiento Resolución de problemas.

No se encontraron diferencias significativas según el lugar de residencia, el estado civil y la relación con el adicto, para el nivel de malestar psicológico y las diferentes estrategias de afrontamiento.

Tabla VI. Diferencias grupales según el sexo.

| | Sexo | p |
|-------------------------|-----------------------|------|
| Resolución de problemas | Femenino= (R=18.78) | .028 |
| | Masculino= (R= 11.75) | |

Nota: coeficiente utilizado: U de Mann-Whitney

Se encontraron diferencias significativas de acuerdo con el sexo, para la estrategia de resolución de problemas. Las mujeres mostraron un mayor nivel de resolución de problemas en comparación con los hombres.

5. CONCLUSIONES

En este apartado final de la investigación, se analizarán las hipótesis planteadas en el capítulo metodológico con los resultados obtenidos.

Los resultados de la investigación mostraron la presencia de relaciones significativas entre el malestar psicológico y la estrategia de afrontamiento Aceptación/resignación. La relación encontrada fue inversamente proporcional, por lo que, a mayor nivel de malestar, habrá una menor aceptación del evento estresante, y viceversa. En el caso de las restantes estrategias de afrontamiento, no se encontraron relaciones significativas entre éstas y el malestar psicológico. Cabe destacar que la aceptación/resignación es una estrategia que pertenece a la Escala Global de Evitación (Moos, 1993 citado en Mikulic & Crespi, 2008), por ende, se puede afirmar que la hipótesis de sostiene que, a mayor nivel de malestar psicológico, habrá una mayor utilización de estrategias de afrontamiento de evitación, se refuta. Esto se debe a que la relación encontrada fue inversa, en contraposición a la relación directa estipulada en dicha hipótesis.

Por otro lado, como no se encontraron relaciones significativas entre el malestar psicológico y ninguna otra estrategia de afrontamiento, por lo tanto, la hipótesis que afirma que, a mayor nivel de malestar psicológico, habrá una menor implementación de estrategias de afrontamiento de acercamiento o aproximación, se refuta.

El afrontamiento pretende identificar los componentes que intervienen en los escenarios estresantes y en los síntomas de la enfermedad. Es un regulador de la perturbación emocional. Si es eficaz, no habrá malestar, sino se encontrará afectada la salud negativamente, incrementando el riesgo de mortalidad (Casaretto et al., 2003 citados en Solís Manrique & Vidal Miranda, 2006).

Se ha evidenciado en numerosas investigaciones, como en las de Torres (s.f.), Zapata Vanegas (2009), Ramírez y Miguel (2001), Ventura (2004) y Lloret (2001), la relación de la adicción con variables psicológicas como el malestar psicológico y las diversas estrategias de afrontamiento de los familiares. El interés reside en la posibilidad de considerar estas variables como elementos afectan en los miembros del círculo familiar del adicto.

5.1. DISCUSIÓN

Cabe destacar que se encontraron relaciones y diferencias significativas entre el malestar psicológico y las estrategias de afrontamiento, y las variables sociodemográficas analizadas.

A mayor edad, existe un menor análisis lógico de los sucesos estresantes y viceversa. Según Mikulic y Crespi (2008), esta estrategia considera los esfuerzos cognitivos de entender y prepararse para enfrentar un estresor y sus secuelas. Los resultados mostrarían que, al pasar la edad, los integrantes del círculo del adicto se encontrarían menos preparados para enfrentar una situación tan estresante como la adicción de un familiar. Posiblemente el hecho de asumir paulatinamente más responsabilidades torne a los sujetos menos flexibles para comprender la situación por la que se encuentran atravesando.

Además, las mujeres mostraron un mayor nivel de resolución de problemas en comparación con los hombres. Esta estrategia engloba las conductas tendientes a llevar a cabo acciones que llevan al problema (Mikulic & Crespi, 2008), por lo que las parientes mujeres serían más activas al momento de intervenir con los familiares adictos que los hombres, estando más propensas a generar las acciones necesarias para enfrentar esta situación.

En algunos estudios no se hallaron diferencias por sexo (Guthrie et al., 1998 citados en Fumero & Navarrete, 2016; Hainer & Palesch, 1998 citados en Fumero & Navarrete; Silver & Duhl, 1990 citados en Fumero & Navarrete), mientras que otros autores indicaron que existe una relación entre el género femenino y un elevado malestar percibido (Hsu & Marshall, 1987 citados en Fumero & Navarrete; Toews et al., 1993 citados en Fumero & Navarrete). No obstante, en su investigación, el sexo es un elemento predictor de malestar relacionado con las somatizaciones, pero no con otros síntomas, coincidiendo con Matud et al. (2003 citados en Fumero & Navarrete).

En su estudio, Liébana-Presa et al. (2014) encontraron que las mujeres mostraron valores más elevados en malestar psicológico en comparación con los hombres. En esta línea (Uras et al., 2012 citados en Liébana-Presa et al.), se generaron dos estudios administrando el Cuestionario de Salud General a estudiantes de enfermería, encontrando que el riesgo de padecer malestar psicológico es mayor en las mujeres. Estas diferencias de género se corroboran

en un estudio transversal (Rocha et al., 2010 citados en Liébana-Presa et al.) con la información de la Encuesta Nacional de Salud de España (2006 citado en Liébana-Presa et al.), donde la prevalencia de las problemáticas de salud mental también es mayor en las mujeres.

En síntesis, debido a que las adicciones generan consecuencias tanto en la persona adicta como en su círculo familiar, es fundamental conocer como las estrategias de afrontamiento repercuten en la reducción del malestar psicológico de estas personas que también son víctimas indirectas de las drogas. Como la mayoría de los estudios se enfocan en los drogadictos, este trabajo pretendió contribuir al incremento de la literatura sobre lo que sucede en las personas del entorno familiar del drogodependiente.

La OMS (1994) afirma que la adicción es el consumo reiterado de sustancias psicoactivas, el consumidor se intoxica asiduamente, teniendo un deseo compulsivo de consumir la sustancia predilecta, y una gran dificultad para interrumpir de manera voluntaria el consumo de la sustancia, estando decidido a conseguir sustancias psicoactivas empleando los medios a su alcance.

El abuso y la adicción a las drogas se transformó años en una problemática de salud pública. Cerca de 200 millones de personas en el mundo emplean las drogas ilícitas (UNODC, 2007 citado en Zapata Vanegas, 2009), generando un reto para las autoridades de salud, la búsqueda, la ejecución de estrategias y los programas de promoción, prevención y tratamiento. El consumo de drogas es una problemática social compleja, por la magnitud de sujetos que se encuentran afectados, destacándose las consecuencias de la utilización de sustancias psicoactivas que ponen en riesgo la salud y el desarrollo de muchos niños, adolescentes y adultos (Mielgo López et al., 2012).

Como limitación de este trabajo, se puede mencionar la muestra con la que se trabajó, la cual es muy pequeña. Esto se debe a la complejidad del hecho de encontrar sujetos que posean familiares con adicciones, y en el caso de hallarlos, que acepten formar parte del estudio.

Como fortaleza de la presente investigación, se vuelve a mencionar la contribución de este trabajo a la escasa literatura existente sobre el afrontamiento en los familiares de adictos.

En cuanto al futuro, deberán originarse nuevas investigaciones que indaguen los aportes e influencias que las diversas variables sociodemográficas

puedan ejercer sobre el malestar psicológico y las estrategias de afrontamiento en los familiares de adictos. Como apenas se hallaron relaciones entre estas variables, sería conveniente identificar que características personales son los que fomentan una mayor salud mental en estos sujetos. Asimismo, sería provechoso analizar la relación entre estos constructos en los adictos, para determinar si ambas variables operan de la misma forma en las personas adictas y en sus familiares.

6. REFERENCIAS

- Ardila Herrera, S. Y., Castellar Osorio, Y. F. & Galvis Rodríguez, A. M. (2015). *Estrategias de afrontamiento en un grupo de alcohólicos anónimos del municipio de Apartadó de acuerdo a los tiempos de no consumo*. Urabá: Universidad de Antioquía.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5° ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Barrio, P., Laia Miquel, L., Moreno E., J., Martínez, A., Ortega, L., Teixidor, L. et al. (2016). El Alcohol en Atención Primaria. Características diferenciales entre los pacientes dependientes del alcohol que han solicitado o no tratamiento. *Adicciones*, 28(2), 116-122.
- Barrionuevo, J. (2017). *Adicciones: drogadicción y alcoholismo en la adolescencia*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Barrios H., Y. & Verdecia M., M. R. (2016). Las familias disfuncionales como factor de riesgo adictivo en la adolescencia. *Revista Adicción y Ciencia*, 4(1).
- Becoña Iglesias, E. & Cortés Tomás, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Brenlla, M. E & Aranguren, M. (2010). Adaptación Argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). *Revista de Psicología*, 28(2).
- Calvo B., H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. *Salud y drogas*, 7(1), 45-56.
- Camacho-Miranda, G., Hernández Castañón, M. A., Gallegos-Torres, R. M., Zamora-Mendoza, A. & Castruita-Sánchez, M. C. (2013). Afrontamiento de las familias de una comunidad ante los problemas experimentados con el alcohol. *Ciencia @UA*, 6(2), 1-9.
- Castaño, F. E. & León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257.
- Cueva, G. (2012). Violencia y adicciones: problemas de salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 99-103.

- Espíndola Hernández, J. G., Morales Carmona, F., Díaz, E., Meza, P., Pimentel, D., Henales, C. et al. (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Peritanología y Reproducción Humana*, 20, 112-122.
- Familia y adicciones. Entrevista con el maestro Mario Bejos L. (s.f.). Recuperado el 7 de mayo de 2018 de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/familia.pdf
- Fumero, A. & Navarrete, G. (2016). Personalidad y Malestar Psicológico: Aplicación de un Modelo de Redes Neuronales. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica RIDEP*, 41(1), 28-38.
- Galán Rodríguez, A. & Perona Garcelán, S. (2001). Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis. *Psicothema*, 13(4), 563-570.
- Gallego Henao, A. M. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (35), 326-345.
- García del Castillo Rodríguez, J. A. (2003). Familia y drogas: aspectos psicosociales. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 13(1), 143-163.
- Gómez, J. D., Mann, R., Hamilton, H., Erickson, P., Brands, B., Giesbrecht, N. et al. (2015). Malestar psicológico, disfunción familiar, maltrato de estudiantes durante la niñez en una universidad privada de Bogotá, Colombia. *Texto Contexto Enfermagem*, 14, 33-9.
- González Barrón, R., Montoya Castilla, I., Casullo, M. M. & Bernabéu Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Gracia Pastor, J. Lázaro, J. & Montesa Lou, B. (s.f.). Comunidad terapéutica y familia. Recuperado el 10 de mayo de 2018, de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/64.pdf>
- Herrera, L. M. & Rivera, M. S. (2011). Prevalencia de malestar psicológico en estudiantes de enfermería relacionada con factores sociodemográficos, académicos y familiares. *Ciencia y Enfermería*, 17(2), 55-64.

- Higueta Gutiérrez, L. F. & Cardona Arias, J. A. (2016). Percepción de funcionalidad familiar en adolescentes escolarizados en instituciones educativas públicas de Medellín (Colombia). *CES Psicología*, 9(2), 167-178.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hombrados, M. I. (1997). *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2008). *El abuso de drogas y la drogadicción*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2012). *Drugs Facts*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Health.
- Liébana-Presa, C., Fernández-Martínez, M. E., Ruiz Gándara, A., Muñoz-Villanueva, M. C., Vázquez-Casares, A. M. & Rodríguez-Borrego, M. A. (2014). Malestar psicológico en estudiantes universitarios de ciencias de la salud y su relación con *engagement* académico. *Revista de Escola de Enfermagem da USP*, 48(4), 715-22.
- Lloret I., D. (2001). Alcoholismo: Una visión familiar. *Salud y Drogas*, 1(1), 113-128.
- López Torrecillas, F., León Arroyo, R., Godoy García, J. F., Muela Martínez, J. A. & Araque Serrano, F. (2003). Factores familiares que inciden en las drogodependencias. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 13(1), 203-230.
- Macías, M. A., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M. & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Martínez Monteagudo, M. C., Estévez, E. & Inglés, C. (2013). Diversidad familiar y ajuste psicosocial en la sociedad actual. *Revista Psicología.com*, 6(17).
- Martínez-Montilla, J. M., Amador-Marín, B. & Guerra-Martín, M. D. (2017). Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *Enfermería Global*, 47, 576-591.
- Massara, F. (s.f.). *La familia del adicto en rehabilitación*. Tesis inédita de grado, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.

- Mielgo L., S., Lorigados S., D., Calleja F., A. & Cachero R., P. A. (2012). Factores de riesgo familiar en el consumo de drogas. *Psicología de las Adicciones*, 1, 7-11.
- Mikulic, I. M. (s.f.). Calidad de vida: aportes del Inventario de Calidad de Vida percibida y del Inventario de Respuestas de Afrontamiento a la Evaluación Psicológica. Recuperado el 12 de abril de 2018, de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/059_psicometricas1/tecnicas_psicometricas/archivos/f3.pdf
- Mikulic, I. M. & Crespi, M. C. (2008). Adaptación y Validación del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A) para Adultos. *Anuario de Investigaciones*, 15, 305-312.
- Morales C., F. (2007). Introducción a las guías de intervención psicológica. *Peritanología y Reproducción Humana*, 21(1).
- Mosqueda Díaz, A., González Carvajal, J., Dahrbacon Solis, N., Jofré Montoya, P., Caro Castro, A., Campusano Coloma, E. et al. (2016). Malestar psicológico en estudiantes universitarios: Una mirada desde el modelo de promoción de la salud. *SANUS*, 1, 48-57.
- Muñoz, G. A. N. & Arellanez, H. J. L. (2015). Estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento y consumo de drogas en adolescentes. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la U.A.C.J.S*, 6(2).
- Oliva Gómez, E. & Villa Guardiola, V. J. (2013). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20.
- Organización Mundial de la Salud (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Recuperado el 4 de mayo de 2018, de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Otero, H. (2009). Familias para todos los gustos. De la familia tradicional a los nuevos modelos familiares. *A vivir*, 228, 6-13.
- Pedrero-Pérez, E. J., Puerta-García, C. & Mota Gloria, R. (2007). *Adicción y estrés. Estrategias de afrontamiento en adictos*. Madrid: CAD4, San Blas, Instituto de Adicciones.

- Pérez del Río Burgos, F. (2011). *Estudios sobre adicciones. Perfiles de drogadependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos*. España: Imprenta Provincial.
- Ramírez, V. & Miguel, A. (2001). Terapia Familiar y Adicciones “Un enfoque práctico con resultados prácticos”. *Revista Internacional de Psicología, Instituto de la Familia Guatemala*, 2(1).
- Sánchez Pichardo, M. A., León Miranda, M. A. & Reyes Reyes, V. (s.f.). *Malestar Psicológico en usuarios de Servicios Psicológicos Privados*. México, D.F.: Clínica Iskalti.
- Schiavone, M. A. & Julio, S. (2016). Drogadicción: la esclavitud del nuevo milenio. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 129(1), 8-11.
- Secades Villa, R. & Fernández Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.
- Solano Melo, C. A. (2017). *Estilos de Afrontamiento y Riesgo de Recaída en adictos residentes en Comunidades Terapéuticas de Lima*. Tesis inédita de maestría, Universidad Nacional Mayor San Marcos, Lima, Perú.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, 75, 73-85.
- Solís Manrique, C. & Vidal Miranda, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 7(1), 33-39.
- Soto García, L. M. (s.f.). ¿Cómo abordar la adicción en la familia? Una mirada a lo psicosocial desde la terapia familiar con adictos a las sustancias psicoactivas. Recuperado el 11 de mayo de 2018, de <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/eab6be29-ca69-468a-8173-dbe65e8455c6/Como+abordar+la+adicción+en+la+familia.pdf?MOD=AJPERES>
- Torres García, L. (s.f.). El adicto y la familia en recuperación. Recuperado el 8 de mayo de 2018 de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43_adicto.pdf
- Torres, H. M. A. (s, f). *El alcohol y la familia*. Recuperado el 7 de abril de 2018, de <http://www.artictorrent.org/artcient.asp?ident=4>

- Valdivia Sánchez, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF*, 1, 15-22.
- Vargas Terrez, B. E., Villamil Salcedo, V., Rodríguez Estrada, C., Pérez Romero, J. & Cortés Sotres, J. (2011). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. *Salud Mental*, 34, 323-331.
- Ventura C., J. (2004). *Vulnerabilidad al Estrés y Afrontamiento en Familiares de Adictos a Sustancias Psicoactivas*. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad de Ciencias Médicas.
- Valladolid, M. N (1995). La familia en la prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de adictos. *Anales de Salud Mental*, 11, 85-101.
- Vargas Navarro, P., Parra Vera, M. D., Arévalo Zamora, C., Cifuentes Gaitán, L. K., Valero Carvajal, J. & Sierra de Jaramillo, M. (2015). Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 166-176.
- Ventura Castillo, J. (2004). *Vulnerabilidad al estrés y afrontamiento en familiares de adictos a sustancias psicoactivas*. Tesis inédita de maestría, Instituto Superior de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba.
- Zapata Vanegas, M. A. (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología*, 2(2), 86-94.
- Zeidner, M. & Hammer, A. 1990. Life events and coping resources as predictors of stress symptoms in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 11, 693-703.
- Zúñiga E. P. (2014). *El dolor invisible de los hijos(as), ante una adicción parental*. Tesis inédita de grado, Universidad Académica de Humanismo, Santiago de Chile, Chile.

7. ANEXOS

7.1. Consentimiento informado

Por la presente, acepto participar en el proyecto de investigación “Relación entre malestar psicológico y afrontamiento en aquellas familias con un integrante adicto”, respondiendo a dos instrumentos de evaluación psicológica para la recolección de datos, que serán utilizados solo para fines de la investigación, cuantificados sin un análisis personal del caso, como parte del proceso de aprendizaje y para la presentación de la tesis de grado.

Al firmar este consentimiento acepto participar de manera voluntaria en este estudio, manifiesto también haber comprendido que no se me brindará devolución de la información obtenida en dicha práctica, estar satisfecho/a con las explicaciones que se me han brindado y notificado/a que se garantiza la confidencialidad de los datos y el anonimato de mi persona.

Firma: _____

Aclaración: _____

Lugar y Fecha: _____

7.2. Instrumento para la recolección de datos

Encuesta sociodemográfica

N° de protocolo: _____

Edad: _____ años.

Sexo: 1. Femenino 2. Masculino

Lugar de residencia: _____

Nivel de escolaridad:

- 1. Primario incompleto
- 2. Primario completo
- 3. Secundario incompleto
- 4. Secundario completo
- 5. Terciario
- 6. Universitario incompleto
- 7. Universitario completo

Estado civil:

- 1. Soltero
- 2. Casado
- 3. En pareja
- 4. Divorciado
- 5. Viudo

Algún familiar padece de alguna adicción: 1. Si 2. No

(En caso de responder SI, indique quién)

Lugar o posición que ocupa dentro del círculo familiar, en relación al adicto:

- 1. Madre
- 2. Padre
- 3. Tutor
- 4. Hija/o

- 5. Hermana/o
- 6. Pareja actual (marido o cónyuge)
- 7. Ex pareja
- 8. Madrastra/padrastro
- 9. Hijo de una de las partes
- 10. Abuela/o
- 11. Nieto/a
- 12. Tía/o
- 13. Sobrina/o

Esta hoja contiene preguntas acerca de cómo usted maneja problemas importantes que enfrenta. Por favor, piense acerca de los problemas que haya experimentado en los últimos 12 meses (por ejemplo, un problema con familiares o amigos, la enfermedad o muerte de un familiar o amigo, un accidente, pérdida financiera o problemas laborales).

Describa brevemente el problema en el espacio provisto. Después responda cada una de las 10 preguntas acerca del problema o situación haciendo un círculo en la respuesta apropiada.

Describa brevemente el problema:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Marque DN si su respuesta es “Definitivamente No”

Marque PN si su respuesta es “Probablemente No”

Marque PS si su respuesta es “Probablemente Si”

Marque DS si su respuesta es “Definitivamente Si”

| | DN | PN | PS | DS |
|--|----|----|----|----|
| 1- ¿Ha enfrentado un problema igual a este antes? | | | | |
| 2- ¿Sabía que este problema iba a ocurrir? | | | | |
| 3- ¿Tuvo suficiente tiempo para prepararse para manejar este problema? | | | | |
| 4- Cuando ocurrió este problema, ¿lo pensó como una amenaza? | | | | |
| 5- Cuando ocurrió este problema, ¿lo pensó como un desafío? | | | | |
| 6- ¿Este problema fue causado por algo que Ud. hizo? | | | | |
| 7- ¿Este problema fue provocado por algo que otro hizo? | | | | |
| 8- ¿Resultó algo bueno después de tratar con este problema? | | | | |
| 9- ¿Este problema o situación ha sido resuelto? | | | | |
| 10- Si este problema ha sido solucionado, ¿se atribuye todos los méritos para Ud.? | | | | |

Lea cuidadosamente cada ítem e indique cuán a menudo usted se ha ocupado en esta conducta en conexión con el problema que Ud. describió en la Parte I.

Hay 48 ítems en la Parte II. Recuerde marcar todas las respuestas. Por favor responda cada ítem tan adecuadamente como pueda. Todas sus respuestas son estrictamente confidenciales.

Si no desea responder a un ítem, circule el número de la pregunta, para informar que ha decidido saltarlo. Si desea cambiar una respuesta, coloque una X sobre su respuesta original y circule la nueva respuesta.

Haga un círculo en la respuesta apropiada.

Circule 0 si su respuesta es "Nunca"

Circule 1 si su respuesta es “Una o dos veces”

Circule 2 si su respuesta es “Algunas veces”

Circule 3 si su respuesta es “Muchas veces”

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1- ¿Pensó en diferentes formas de manejar el problema? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2- ¿Se dijo a Ud. mismo cosas para sentirse mejor? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3- ¿Conversó con su cónyuge o algún otro familiar acerca del problema? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4- ¿Hizo un plan de acción y lo siguió? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5- ¿Trató de olvidar todo lo relativo al problema? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6- ¿Pensó que el tiempo arreglaría las cosas, que lo único que tenía que hacer era esperar? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7- ¿Trató de ayudar a otros a manejarse con problemas similares? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8- ¿Se descargó con otros cuando se sentía depresivo o enojado? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9- ¿Trató de tomar distancia de la situación y ser más objetivo? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10- ¿Se planteó a Ud. mismo el cuán peores las cosas podrían haber sido de lo que fueron? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11- ¿Conversó con algún amigo acerca del problema? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12- ¿Sabía qué es lo que había que hacer y trabajó para hacer que las cosas funcionen? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13- ¿Trató de no pensar acerca del problema? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14- ¿Se dio cuenta que Ud. no tenía control sobre el problema? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15- ¿Se involucró en actividades nuevas? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16- ¿Tomó alguna posibilidad e hizo algo riesgoso? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17- ¿Elaboró en su mente lo que debía hacer o decir? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18- ¿Trató de ver el lado bueno de la situación? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19- ¿Conversó con algún profesional? (Abogado, Medico, Psicólogo, etc.) | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 20- ¿Decidió que es lo que quería y se comprometió en esa vía de acción? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21- ¿Soñó o imaginó un mejor momento o lugar en el que Ud. estaba? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22- ¿Pensó que el resultado podía ser arribado por la suerte? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23- ¿Trató de hacer nuevos amigos? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24- ¿Se mantuvo alejado de la gente en general? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25- ¿Trató de anticipar el rumbo que tomarían las cosas? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26- ¿Trató de pensar en que Ud. estaba mejor que otra gente con el mismo problema? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27- ¿Buscó ayuda de personas o grupos con el mismo tipo de problema? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28- ¿Probó al menos dos formas distintas de resolver el problema? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29- ¿Trató de postergar la situación, aunque sabía que en algún momento tenía que enfrentarla? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30- ¿Lo aceptó dado que nada se podría haber hecho? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31- ¿Leyó más a menudo, como fuente de distracción? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32- ¿Gritó o lloró como forma de descargarse? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33- ¿Trató de encontrar algún sentido personal en la situación, alguna enseñanza? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34- ¿Trató de decirse que las cosas saldrían mejor? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35- ¿Trató de clarificarse y encontrar más datos acerca de la situación? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36- ¿Trató de aprender a hacer más cosas por sí mismo? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37- ¿Deseó que el problema se superara y terminara? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38- ¿Esperó que se diera el peor resultado posible? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39- ¿Pasó más tiempo en actividades recreativas? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40- ¿Lloró para permitir descarga o alivio a sus sentimientos? | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 41- ¿Trató de anticipar las nuevas exigencias a las que Ud. se veía sometido? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42- ¿Pensó en cómo este evento podía cambiar su vida en forma positiva? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43- ¿Oró por guía o fortaleza? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44- ¿Tomó las cosas un paso a la vez, un día a la vez? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45- ¿Trató de negar la seriedad del problema? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46- ¿Perdió las esperanzas de que volvería la normalidad? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47- ¿Se volcó a trabajar en otras actividades para ayudarse a manejar las cosas? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48- ¿Hizo algo que pensaba que no funcionaría, pero que al menos se sentía haciendo algo? | 0 | 1 | 2 | 3 |

Complete las siguientes preguntas de acuerdo con la escala que se encuentra a continuación:

| | Nunca | Pocas veces | A veces | Muchas veces | Siempre |
|--|-------|-------------|---------|--------------|---------|
| ¿Se sintió... | | | | | |
| 1 ...cansado sin motivo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 ...nervioso? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 ... tan nervioso que nada podía calmarlo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 ...desesperanzado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 ...inquieto o impaciente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 ...tan inquieto que no podía quedarse sentado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 ...deprimido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 ... que todo le costaba mucho esfuerzo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 ... con tanta tristeza que nada podía alegrarlo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 ... inútil, poco valioso? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |