



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

LÓSS, JULIANA DA CONCEIÇÃO SAMPAIO

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE FAMILIARES DE ADICTOS ANTE
LA RECAÍDA**

BUENOS AIRES

2020

JULIANA DE LA CONCEPCIÓN DE SAMPAIO LÓSS

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE FAMILIARES DE ADICTOS ANTE
LA RECAÍDA**

Tesis doctoral presentada en el Programa de Postgrado en Psicología de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales de Buenos Aires como parte de los requisitos para obtener el título de Doctor en Psicología.

Consejera: Dra. Ana Laura Parlato

Buenos Aires

2020

Lóss, Juliana de la Conceição Sampaio

Estrategia de Afrontamiento de familiares de adictos ante la recaída/ Juliana de la Conceição Sampaio Lóss. - Buenos Aires:
Uces, 2020

XXII, 132 p.: il.; 29,7 cm.

Consejera: Dra. Ana Laura Parlato

Tesis (Doctorado) - UCES Psicología

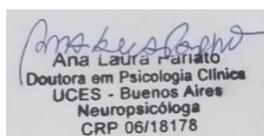
Referencias bibliográficas: págs. 172 a 175.

JULIANA DA CONCEIÇÃO SAMPAIO LÓSS

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE FAMILIARES DE ADICTOS
ANTE LA RECAÍDA**

TESIS PRESENTADA EN LA FACULTAD DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES DE BUENOS AIRES - UCES, EN EL POSGRADO *SCRIPTO SENSU* EN PSICOLOGÍA COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR EN PSICOLOGÍA.

COMITÉ DE JUECES:



Dra. Ana Laura Parlato

Institución: Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales

Dra Susana Sneiderman

Institución: Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales

Dr. Luiz Stopiello

Institución: Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales

BUENOS AIRES

2020

Dedicatoria

"Dedico esta tesis a todas las familias que han sufrido el problema de las drogas en sus hogares. A mis pacientes, mi familia y mis amigos".

Agradecimientos

A Dios que me ha dado la inteligencia necesaria para dar este paso y realizar esta conquista,

A todos aquellos que han contribuido con la realización de este sueño, a los que me han animado y que han creído en esta propuesta. En particular, agradezco a la Dra. Elena Stein Sparvieri que siempre ha estado presente compartiendo su sabiduría para que pueda finalmente alcanzar mi objetivo.

A la Dra. Ana Laura Maglio, por toda la orientación y su denodada ayuda para concluir mi tesis.

A la Dra. Ana Laura Parlato, que desde el principio estuvo presente con sus sabias palabras, no me defraudó y me instó a investigar cada vez más, convirtiéndose en mi principal consejera.

A mi marido Marcelo Lóss y a Manuella Lóss, por todo el aliento y comprensión en las interminables horas de estudio. ¡Los quiero!

A mi querida madre por todas sus oraciones, incentivos, y esfuerzos para apoyarme, ¡muchas gracias!

A los colegas alentadores Sandra Beltrão, Livânia Beltrão, Ana Angélica y Leandro Queiroz. ¡Fue un placer conocerlos!

A mis amigos Maria Tereza Murad, Andressa Lopes, Jorge Lin, Cartagena, Eduardo Vieira, por toda su ayuda y apoyo para ver esta tesis terminada. Ustedes son muy valiosos en mi vida.

A las familias de los adictos de la Asociación de Asistencia Social Projeto Vida y de la Clínica Casa Vitória que participaron en esta investigación y compartieron sus historias, confiando en mi trabajo.

A UCES, en la persona del Sr. David Maldavsky, por su capacidad para dirigir esta universidad tan bien considerada.

Resumen

Lóss, Juliana de la Conceição Sampaio. (2020). *Estrategias de afrontamiento de familiares de adictos ante la recaída* (Tesis doctoral). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales de Buenos Aires - UCES. Buenos Aires, Argentina.

En este documento se examinan las estrategias de familiares de adictos en situación de recaída. Se cree que las personas que tienen un caso de drogas en su entorno familiar tienen un gran desafío a vencer, porque llevan consigo un estigma, la vergüenza, y las dificultades para hacerle frente a la dependencia química, ya que no cuentan con la ayuda de programas que los asistan y sufren por no saber cómo superar tales problemas. Así, este estudio analizó qué estrategias de afrontamiento podemos encontrar en los padres de adolescentes adictos de diferentes niveles socio económicos que padecen la situación de recaída de sus hijos. También analizamos la correlación entre el tiempo de la dependencia química y la cantidad de recaídas del miembro de la familia para considerar si las estrategias de afrontamiento cambian según estas variables. Analizamos 94 familiares de adictos que respondieron el inventario de Lázaro y Folkman. Los resultados demostraron que las estrategias de afrontamiento no tienen una correlación significativa con las variables de clase social y tiempo de dependencia, apareciendo promedios equivalentes; sin embargo, hay una significación estadística en la correlación con la variable de cantidad de recaída.

Palabras clave: Dependencia química; Recaída; Afrontamiento; Familia.

Abstract

Lóss, Juliana da Conceição Sampaio. (2020). *Estratégias de enfrentamento de familiares de adictos frente à recaída* (Tese de Doutorado). Universidade de Ciencias Empresariales e Sociales de Buenos Aires – UCES. Buenos Aires, Argentina.

This paper analyzes the coping strategies of relatives of addicts in the relapse situation. It is believed that families who have a drug case in their repertoire face a great challenge to overcome, because they carry with them the stigma, shame, difficulties to face chemical dependence, since they are disqualified by programs aimed at them (Families) and suffer from not knowing how to face such problems. Thus, this study analyzed which strategies of coping can be found in parents of adolescent adolescents of different socioeconomic levels who experience the situation of their children's relapse, were also analyzed the correlation between the time of chemical dependence and the amount of relapses of the familiar, To see if coping strategies change according to these variables. 94 family members of addicts who responded to the inventory of Lazarus and Folkman were analyzed. The results showed that the coping strategies do not have a significant correlation with the social class variable and the time of dependence, appearing equivalent means, however, it presents statistical significance in the correlation with the variable amount of relapse.

Keywords: Chemical Dependency; Relapse; Confrontation; Family.

Lista de figuras

Figura 1: Modelo de recaída	46
Figura 2: Modelo cognitivo-conductual	59
Figura 3: Modelo de afrontamiento, propuesto por Lázaro y Folkman (1984)	88
Figura 4: Modelo actual para concepto de familia	108
Figura 5: Histograma de la variable edad	127
Figura 6: Histogramas de los factores de afrontamiento, distanciamiento, autocontrol y apoyo social	138
Figura 7: . Histogramas de factores de aceptación de responsabilidad, fuga-evasión, so-lución de problemas y re evaluación positiva	141
Figura 8: Box-plots de los factores del inventario	142
Figura 9: Box-plots, intervalo de confianza del promedio y gráfico de barras de erro de la Variable confronto	146
Figura 10: Box-plots, intervalo de confianza del promedio y gráfico de barras de erro de la Variable Autocontrol	148
Figura 11: Box-plots de los factores del inventario considerando la Variable tiempo de de-pendencia como Variable de grupo	153
Figura 12: Box-plots dos factores do inventario considerando la variable clase social co-mo variable de grupo	159

Lista de tablas

Tabela 1: Clase social	122
Tabela 2: Tabla de frecuencia datos personales- Familiares de adolescentes	124
Tabela 3: Tabla de frecuencias datos socio económicos	125
Tabela 4: Tabla de frecuencias informaciones familiares	126
Tabela 5: Medidas- Resumen datos personales	126
Tabela 6: Test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov	143
Tabela 7: Test T considerando la Variable cantidad de recaídas como Variable de grupo.....	144
Tabela 8: Test T considerando a Variable tiempo de dependencia como Variable de gru-po	149

Tabela 9: Test ANOVA considerando la Variable clase social como Variable de grupo.....	154
Tabela 10: Asociación Clase social versus Inventario de Estrategias de Coping de Folkman y Lazarus.....	195
Tabela 11: Asociación Tiempo de dependencia versus Inventario de Estrategias de Coping de Folkman y Lazarus.....	200
Tabela 12: Asociación Cantidad de recaídas versus Inventario de Estrategias de Coping de Folkman y Lazarus.....	206

Lista de abreviaturas

TCC - Terapia cognitiva conductual

OMS - Organización Mundial de la Salud

AA- Alcohólicos Anónimos

DQ - Dependencia Química

TREC - Terapia emocional de comportamiento racional

CIE 10 - Clasificación Internacional de Enfermedades - 10ª edición

DSM V- Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales - 5ª Edición

SPA - Sustancias psi-coactivas

PR - Prevención de recaídas

CT - Comunidad Terapéutica

SUMARIO

Introducción	14
1.0 Antecedentes de este estudio	14
1.1 <i>Interés por el tema Estrategias de los familiares de adictos que han sufrido una recaída</i>	18
1.2 <i>La familia del adolescente adicto se enfrenta a una recaída</i>	20
2 Marco epistemológico	26
3 Marco teórico	31
Primera parte: Dependencia química	31
1.0 Uso, abuso y dependencia	37
2.0 Alcohol y otras drogas	40
3.0 Recaída	44
4.0 Psicología Cognitivo-Conductual	51
4.1 <i>La teoría de Aaron Beck</i>	54
4.2 <i>Psicología cognitivo-conductual en la drogadicción</i>	59
5.0 Drogas en la adolescencia	63
Segunda parte: La familia del adicto	66
1.0 Modelo de familia sistémica	69
2.0 Codependencia	72
3.0 La estructura y el contexto familiar y la influencia en la recuperación de la FD	73
4.0 La familia como factor de riesgo o protección para la recaída	79
Tercera parte: Estrategias de Afrontamiento	84
1.0 Afrontamiento de problemas y afrontamiento de emociones	91
3 Marco conceptual	93
1.0 Estado del arte actual	94

1.1 Encuestas sobre la familia de los adictos	94
1.2 Investigación sobre la recuperación de los adictos.....	98
1.3 Investigación sobre la recaída.....	100
1.4 Investigación sobre estrategias de afrontamiento no sesgadas.....	104
2.0 Conclusión y discusión del estado del arte.....	106
3.0 Delimitación del concepto de familia	107
4.0 Delimitación del Concepto de adolescencia	109
5.0 Delimitación del concepto de estrategias de afrontamiento	110
6.0 Delimitación del concepto de dependencia química	113
7.0 Delimitación del concepto de recaída.....	114
5 Desarrollo empírico	116
1.0 Problema de investigación	116
2.0 Objetivos.....	117
2.1 <i>Objetivos generales</i>	117
2.2 <i>Objetivos específicos</i>	117
3.0 Hipótesis	118
6 Delineando la encuesta.....	119
1.0 Método.....	120
1.1 <i>Diseño del estudio:</i>	120
1.2 <i>Criterios de inclusión</i>	121
2.0 Población y muestra.....	122
2.1 <i>Definición de población</i>	122
2.2 Determinación de la muestra: muestra no probabilística	123
2.2.1 <i>Descripción de la muestra</i>	123
3.0 Instrumentos	128
3.1 <i>Validad del Inventario</i>	129

3.2	<i>Consistencia interna</i>	129
3.3	<i>Comprobación de fiabilidad</i>	130
4.0	Procedimientos	131
5.0	Análisis de Datos	133
5.1	<i>Análisis descriptivo</i>	134
5.2	<i>Pruebas de asociación</i>	134
5.3	<i>Pruebas de normalidad</i>	134
5.4	<i>Pruebas de diferencia promedio</i>	135
7	Resultados	136
1.0	Análisis exploratoria	136
8	Discusión de los resultados	161
1.0	Estrategias de afrontamiento y su correlación con la clase social	161
2.0	Estrategias de afrontamiento y su correlación con el tiempo de dependencia	164
3.0	Estrategias de afrontamiento y su correlación con la cantidad de recaídas	164
4.0	Limitaciones del estudio	169
9	Consideraciones finales	172
	REFERENCIAS	175
	ANEXO A	180
	ANEXO B	185
	ANEXO C	187
	ANEXO D	190

Introducción

1.0 Antecedentes de este estudio

En una perspectiva histórica, las drogas y la dependencia química, como conceptos, son relativamente nuevos, sin embargo, el consumo de drogas y sustancias psi-coactivas existe desde hace milenios y, por lo tanto, los problemas relacionados con el uso siempre han existido (Perrenoud y Ribeiro Diehl et al 2011).

Los autores mencionados describen que una de las primeras descripciones que relacionaban el alcohol con el abuso y el mal uso, fue hecha por Aristóteles en el siglo IV a.C. Él informó que la virtud de la bebida era encontrar el equilibrio entre estar sobrio y exagerar en el uso, y también llamó adicción al uso extremo de sustancias.

Perrenoud y Ribeiro en Diehl *et al* (2011) aclaran que, en la Biblia, también fue posible observar informes pertinentes al alcohol y su uso excesivo. En la literatura médica, en el año 385 AC. Hipócrates describe el uso del alcohol como un factor que predispone a la enfermedad, asociándolo a un síntoma importante como el *Delirium Tremens*.

El poeta inglés Geoffrey Chaucer, en el siglo XIV, informó que el alcohol llevaría al sujeto a perder el control por sus acciones.

Aristóteles consideraba que el acto de beber exageradamente era una opción para cada uno y cada sujeto debía rendir cuentas de sus actos. Tal concepción permaneció durante largos períodos hasta que el exceso se consideró un pecado, debido a la fuerte influencia de la iglesia. (Perrenoud & Ribeiro en Diehl et al, 2011).

Al parecer, la disponibilidad de bebidas era limitada, ya que no había una producción a gran escala. El consumo se producía en fiestas y rituales religiosos, sin embargo, con el advenimiento de la destilación, con los avances de las grandes navegaciones, aparecieron las bebidas con altas concentraciones de alcohol, 30 a 70%, y el consumo se volvió abusivo e intenso. Después de la Revolución Industrial, aparecieron las drogas. El crecimiento de las ciudades, el aumento de la población y las situaciones de desempleo reforzaron el consumo de alcohol, opiáceos y cocaína. (Perrenoud & Ribeiro en Diehl et al, 2011).

Los estudios relacionados con la familia de los adictos en situación de recaída son escasos. En este contexto, es evidente que el problema de la adicción al alcohol y otras drogas ha ido creciendo en todo el mundo. Muchos estudios se centran en el adicto y se vinculan con la prevención y el tratamiento, pero pocos estudios exploran la relación familiar y sus estrategias de afrontamiento en la situación de recaída.

La familia del adicto, según Paya (2011), puede entenderse como un escenario de riesgo o de protección ante la compleja demanda del abuso de drogas. Esta comprensión se sostiene porque las personas que consumen drogas se sitúan en un contexto en el que sus creencias, valores, emociones y conductas influyen en el comportamiento de los miembros de la familia. Por consiguiente, la familia forma parte de una red de apoyo al paciente que puede proporcionar un entorno propicio y significativo para la resignificación y el cambio o incluso la solución de problemas, especialmente cuando se trata de la prevención de recaídas.

Paya, como se cita en Miller y Willbourne (2011), señala que la mejor manera de tratar al adicto sería incluir un componente social, y mientras tanto, la familia sería la piedra angular para iniciar el proceso de cambio del dependiente además de la manera de prevenir a otros miembros.

Paya, como se cita en Edwards y Steinglass y Stanton y Shadish (2011), en sus estudios de meta análisis, aclara que la familia contribuye para que el paciente participe y mantenga su compromiso, además de proporcionar un mejor tratamiento y funcionamiento familiar, lo que permite reducir el impacto de la dependencia y su detrimento, especialmente el daño psicológico a los miembros de la familia (niños).

Con gran destaque, se puede decir que la familia juega un papel relevante en la afrontamiento de la dependencia química. Puede servir de apoyo, para prevenir las recaídas y aliviar los daños, sumado a otras medidas adoptadas.

El problema de la drogadicción debe tomarse en serio, especialmente la adicción al alcohol y a otras drogas como la cocaína, la marihuana, el crack. Estas sustancias han sido objeto de estudios, constituyen un debate muy amplio acerca de muchas cuestiones que abarcan el aspecto social, las políticas públicas, el tráfico, la educación y la cuestión psíquica. Todos estos aspectos se abordarán en este estudio. Son extremadamente importantes para las familias del drogadicto.

El tema de la adicción es muy instigador, es un asunto que ha venido causando controversia y busca estrategias que puedan resolver el problema o suavizar la situación, para ello, es necesaria la comprensión de lo que es la droga y sus diferentes categorías.

Baus (1999) nos lleva a comprender las dificultades que enfrentan los dependientes químicos. Recordando que cambiar el comportamiento de este requiere mucha dedicación y persistencia, especialmente cuando su historia de evolución y mantenimiento de la adicción es muy larga y temprana. De esta manera, nos parece claro observar a este adicto y, mientras tanto, insertar a su familiar que termina también enfermándose.

Los estudios de Beck (1987) citados en Beck (2013) nos muestran que, a través del Abordaje cognitivo, los individuos atribuyen un significado a los acontecimientos, las personas, los sentimientos y a otros aspectos de sus vidas y, en base a ello, se comportan de una determinada manera, construyen diferentes hipótesis sobre el futuro y sobre su propia identidad, es decir, las personas reaccionan de diferentes maneras a una situación concreta y pueden llegar a diferentes conclusiones. La adicción al alcohol y a otras drogas ha sido un problema grave. Como se puede ver, el alcohol está presente en todos los estratos sociales. Es consumido por más del 70% de la población adulta y, como nos muestran Ferreira y Laranjeira (1998), ha causado graves accidentes y muertes. La dependencia química forma parte del contexto social, no se refiere a una clase social en particular, sino que está presente en todos los espacios y no distingue entre etnicidad o clase.

Es algo que interfiere directamente en las relaciones personales, en el trabajo, así como en la familia. Es notoria la preocupación de la OMS (Organización Mundial de la Salud) al citar la dependencia química o la adicción al alcohol y otras drogas como un problema de salud pública que requiere intervención y prevención.

Fonseca y Lemos, como se cita en Dihel, Cordeiro, Laranjeiras y colaboradores (2013), nos muestran que la droga es sólo uno de los factores de la dependencia química. Se crea una triada entre las drogas, la sociedad y el individuo.

Hay estudios que demuestran que la interacción entre el sujeto, el medio ambiente y la sustancia psi-coactiva es lo que causa la dependencia química. Esta dependencia lleva al sujeto a un comportamiento adictivo. Para entenderlo, hay que tener en cuenta algunos factores: el control, la disponibilidad, el aprendizaje social, los estados biológicos, la herencia, la genética, la tolerancia, las disposiciones psíquicas, las disposiciones psicológicas, las experiencias espirituales. Tal vez estos factores expliquen el uso y consumo como un proceso prolongado. (Perremoud y Ribeiro, 2012).

Este estudio está guiado por la psicología cognitivo-conductual de Aaron Beck. Beck (1976) nos enseña que el esquema básico se refiere a una situación que puede ser un evento externo, una fantasía o imagen, una sensación física o una perturbación. Los pensamientos automáticos, que son los rápidos y breves pensamientos evaluativos que nacen automáticamente, pueden ser verbales o visuales. De los pensamientos automáticos, surgen las creencias. Estas son ideas que son tomadas como verdades absolutas por la persona y gobiernan su comportamiento y emociones.

1.1 Interés por el tema Estrategias de los familiares de adictos que han sufrido una recaída

Se cree que las familias que tienen un caso de drogas en su repertorio se enfrentan a un gran desafío, porque la mayoría de ellas llevan consigo el estigma

de la vergüenza, y las dificultades para enfrentarse a la dependencia química, ya que dichas familias no son asistidas por los programas, sufren porque no saber cómo enfrentarse a tales problemas. Por lo tanto, este estudio trató de descubrir qué estrategias de afrontamiento podríamos encontrar.

El interés por este tema surge del trabajo realizado con los familiares de los adictos conectados a una red de asistencia social en la ciudad de Vila Velha-ES. En esta red trabajamos en grupos, escuchamos las dificultades y compartimos las experiencias de cada miembro del grupo. Desde la perspectiva de la TCC, se ha abordado la psicoeducación como promotora del conocimiento y el apoyo social. A partir de este trabajo, encontramos en las familias un objeto valioso a ser estudiado. Con todos sus padecimientos, las familias siempre tienen una historia de afrontamiento al pasar por las recaídas, algo que nos llevó a reflexionar sobre cómo enfrentaron, cómo atravesaron tantas recaídas y persistieron en creer en la recuperación. También queríamos saber qué recursos internos y externos estarían involucrados en este proceso.

De forma paralela, esperamos profundizar nuestros estudios sobre las estrategias para tratar los problemas relacionados con los consumidores de drogas ilícitas y alcohol frente a sus familias cuando experimentan una recaída, y así, promover el apoyo psicológico a las familias de los adictos, identificar y analizar críticamente las acciones para enfrentar los estupefacientes de su repertorio. En vista de lo anterior, es pertinente comprender qué estrategias de afrontamiento poseen estos miembros de la familia en su repertorio cognitivo, comparar si estas estrategias variarán según la clase social, así como el tiempo de dependencia

química y también según la cantidad de recaídas, y así contribuir con la investigación para que las recaídas sean menos frecuentes.

1.2 La familia del adolescente adicto se enfrenta a una recaída

La familia del adolescente adicto que está atravesando una situación muy difícil. Ve a su hijo distanciarse de sus futuros proyectos, sueños, planes que le proporcionan su adolescencia y lo observa ir por un camino que parece no tener retorno. Inmersos en el mundo de las drogas, los adolescentes abandonan sus estudios, sus familias, el interés por actividades que antes les importaban, para dedicarse exclusivamente a usar drogas, asimilando una serie de perjuicios por su experiencia.

La familia busca incansablemente la "cura" de su miembro de la familia, usando hospitalizaciones, programas de tratamiento, terapias, grupos de apoyo para ayudarlos a superar su adicción. Después de que el adolescente es dado de alta de una CT (Comunidad Terapéutica) o incluso en una clínica apropiada, el adolescente abandona la recuperación, tiene una recaída y reanuda el comportamiento de usar drogas. En algunos casos, es hospitalizado nuevamente y, al ser dado de alta, vuelve a recaer en el consumo de drogas, generando en el hogar desestabilización, descrédito en cuanto a la recuperación. Aún así, la familia persiste y persevera en el cuidado de su familia adicta.

La familia, en esta propuesta, se verá en su concepto más amplio, abarcando a toda persona que se dedique al cuidado de un adicto, que se preocupe, que tenga un vínculo, por lo que también trataremos a la familia como un factor de protección o de riesgo. Nos acercaremos a los modelos familiares y a la estructura familiar para examinar la cohesión familiar y su influencia en el uso y el

abuso de sustancias. Abordaremos los conceptos de la Terapia Cognitivo-Conductual para los trastornos de las sustancias, los conceptos de la adolescencia y las drogas que buscan contribuir con la prevención de la recaída de estos adictos. Por muchas razones, podemos entender que la familia pasa por situaciones delicadas que necesitan nuestra perspectiva más amplia y podemos entenderla como un factor importante para prevenir la recaída, además de ser un público que necesita apoyo psicológico.

Así pues, también se percibe que el miembro de la familia puede definirse como un miembro motivado para acompañar al adicto y ayudarlo a enfrentar la adicción, el familiar se configura como codependiente, porque cualquiera que se involucre emocionalmente con un adicto se convierte en codependiente. Zampieri (2010) nos dice que la codependencia afecta a los familiares de las personas que consumen drogas. La codependencia se refiere y está relacionada con alguien que vive directamente con un dependiente químico, experimentando estrés, apego y dolor antes que el adicto. Entre las características de un codependiente, podemos describir la baja autoestima, la rigidez, el control exagerado, la ansiedad, el descuido de las propias necesidades y la lucha por la supervivencia en el sistema familiar. Usualmente pierde el sueño por problemas o comportamiento del dependiente.

La familia, enfrentada a grandes sufrimientos, busca a toda costa ayuda a través de clínicas, comunidades terapéuticas para remediar el problema en cuestión. Algunas familias muestran que no tienen recursos financieros y un bajo nivel de educación. El problema de las drogas también está presente en las clases sociales más altas con un predominio del uso de drogas por parte de los

adolescentes. Esto significa que las familias más funcionales no están libres de la dependencia química, ya que se sabe que todos son vulnerables ante este problema.

Reparamos en lo amplios que son los estudios que se ocupan sólo del adicto, sus dificultades, percepciones, creencias, pero no hacen referencia al miembro de la familia, específicamente en lo que respecta a las recaídas. Estas son muy frecuentes, lo que crea demasiado sufrimiento a los miembros de la familia que siguen el proceso de recuperación de un ser querido. También hacemos hincapié en la importancia de comparar las estrategias con las clases sociales, porque podemos ver formas menos asertivas de enfrentar a las personas que pertenecen a las clases sociales más bajas, por lo que queremos señalar si estas estrategias varían según la clase social, así como la cantidad de recaídas que ha tenido el adicto, y según el momento de la dependencia química.

Los estudios de Beck (1987), citados en Beck (2013), nos muestran que a través del Abordaje cognitivo los individuos atribuyen un significado a los acontecimientos, las personas, los sentimientos y otros aspectos de sus vidas, basándose en ello, se comportan de una determinada manera y construyen diferentes hipótesis sobre el futuro y sobre su propia identidad, es decir, las personas reaccionan de diferentes maneras a una situación específica y pueden llegar a diferentes conclusiones. De esta manera, este estudio puede contribuir:

5.1 - A la ciencia: Ampliar el conocimiento sobre las estrategias de afrontamiento que aparecen según el nivel socio económico al que pertenece el familiar del adicto y contribuir al campo de la psicología cognitiva con un Abordaje en los comportamientos adictivos.

5.2 - A la sociedad: Para mejorar la relación del dependiente químico con su familia, y el miembro de la familia puede contribuir asertivamente con la recuperación del adicto, evitando así las recaídas.

5.3 - A la psicología como profesión: Contribuir para que el terapeuta conozca las diferentes estrategias de afrontamiento que pueden surgir en las familias de los adictos, según el nivel socio económico al que pertenezcan, para luego elaborar proyectos de intervención adecuados a cada individuo según su realidad social.

Cabe mencionar que este estudio es sumamente importante para todos los campos de la psicología, así como para la sociedad que ha venido experimentando momentos de dificultad con el problema de las drogas. Una época en la que el tráfico de drogas ha seducido a adolescentes y niños desde una edad temprana y el comportamiento persiste hasta la edad adulta. El consumo de drogas es un grave problema familiar porque enferma al adicto y a toda su familia. Hacemos hincapié en que el apoyo de la familia es de suma importancia para el consumidor adolescente y las recaídas son muy frecuentes en la mayoría de los tratamientos. Por ello, es fundamental saber cómo las familias se enfrentan a las recaídas y si existen diferencias en el repertorio de estrategias que se presentan según sus características socio demográficas como clases sociales. También sabemos que necesitamos políticas públicas más coherentes y activas para evitar esta creciente demanda de dependientes químicos. Es necesario profundizar en el contexto familiar y, sobre todo, saber qué se hace para afrontar tal dilema. Cuantificar las estrategias de afrontamiento y averiguar si cambian en función de la clase social a la que pertenece el miembro de la familia nos dará recursos para

trabajar con la familia ampliando su repertorio de estrategias de afrontamiento en caso de recaída, ya que estas estrategias pueden aprenderse y también modificarse.

Podemos enseñar estrategias de afrontamiento, ya que pueden modificarse y aprenderse, especialmente cuando hay un público que no tiene muchas habilidades o se encuentra en un contexto de mayor vulnerabilidad y riesgo social. Este estudio tiene una gran relevancia, sobre todo cuando pensamos en la recaída como un fenómeno común para el adicto, sin embargo no expresa un final, aunque en muchos casos nos damos cuenta de que para la familia significa sufrimiento, acompañado de otro intento de volver a empezar.

Por todo lo anterior, este estudio es importante para la psicología, ya que nos permite trabajar en estrategias de afrontamiento en casos de recaída y que sabe aplicar este concepto en los grupos y en la clínica terapéutica con el fin de psicoeducar a pacientes y a las familias, así como también pretende proporcionar a los interesados nuevas investigaciones con un Abordaje cognitivo-conductual, la drogadicción y las familias, explorando el tema y proponiendo nuevas perspectivas.

El capítulo I presenta el marco epistemológico que abarca este estudio, es decir, la forma en que la ciencia ve al hombre desde los supuestos de la psicología cognitiva.

En el capítulo II, contemplamos el marco teórico que sustenta la presente tesis. La subdividiremos en tres partes. La teoría en cuestión se destaca y se refiere a lo que se ha tratado de lograr. En este capítulo, presentamos: Drogas, definiciones, clasificaciones de trastornos, teoría cognitiva de las adicciones.

En la primera parte del capítulo III, vemos lo que la ciencia dice sobre la dependencia química, el uso y abuso de drogas y sus diferencias, el fenómeno de la recaída, la teoría de Aaron Beck, la psicología cognitivo-conductual en la drogadicción y las drogas en la adolescencia. En la segunda parte de este capítulo, nos ocupamos específicamente de la familia del adicto, estudiamos el modelo de familia sistémica, la codependencia, la estructura de la familia y su influencia en la recuperación de la FD, y la familia como factor de riesgo o protección. En la tercera parte, enfatizamos la teoría que apoya las estrategias de *afrontamiento*, y podemos distinguir entre el afrontamiento centrado en las emociones y el *afrontamiento centrado* en los problemas.

En el capítulo IV, vemos el delineamiento de la investigación, es decir, cómo se estructuró este estudio. En el capítulo V, tenemos el desarrollo empírico. En el capítulo VI, tenemos el marco conceptual en el que se han delineado importantes conceptos de investigación, así como el estado del arte que incluye la investigación relacionada con nuestro tema, la investigación actual de los últimos 5 años que gira en torno al tema: familia de los adictos, recuperación de los adictos, recaída y estrategias de afrontamiento.

En el capítulo VII, entendemos los resultados de la investigación y la presentación del análisis estadístico relacionado con todas las variables que se pretendían investigar y analizar. En el capítulo VIII, presentamos la discusión de los resultados encontrados y, finalmente, en el capítulo IX, las consideraciones finales. Después se sigue la bibliografía utilizada y los anexos que componen la tesis.

2 Marco epistemológico

Castañón (2005) nos dice que nuestros pensamientos tienen la capacidad de influir en nuestras emociones y también de ser influenciados por ellas. Este concepto se basa en el Racionalismo Crítico de Karl Popper y en el constructivismo, donde el sujeto es activo en la construcción de hipótesis y teorías sobre el mundo y las cosas, es decir, toda observación de la realidad existe cuando la creamos. En la psicología cognitivo-conductual, nuestras emociones y conductas no están influenciadas por los acontecimientos y eventos, sino por la forma en que procesamos y comprendemos y, por tanto, atribuimos los significados a cada situación. Así, epistemológicamente, el hombre es un ser en busca de sentido.

En los estudios que nos remiten al campo epistemológico, podemos percibir una crisis en la cientificidad de la psicología, a partir de la Revolución Industrial. Gardner (1995) nos dice que para que comience una reflexión filosófica, ya sea para un niño o un adulto, es necesario observar y percibir el mundo exterior, a partir de esta observación y movimiento de las cosas, percibimos todo de manera estable y organizada, así todo se transforma en imágenes mentales, con nuestro poder de imaginación. Como nos informa el autor, parece simple, pero la psicología señala la dificultad de explicar cómo se producen las percepciones del mundo.

A partir de estas premisas, surgen varias preguntas sobre cómo ocurre todo en nuestro pensamiento, qué es lo que de hecho contribuye a nuestra forma de ver, pensar y actuar?

Gardner (1995) propone que temas como estos han sido pensados a lo largo del tiempo desde que la filosofía comenzó. Cuando los griegos dieron forma

al conocimiento a partir de la visión, invirtieron en estudios para intentar descifrar el mundo visible; además, los científicos cognitivos conjeturaron sobre los diversos vehículos del conocimiento: ¿Qué es una forma, una imagen, un concepto, una palabra, una representación y cómo se relacionan estos modos de representación entre sí? Investigan sobre el conocimiento, el sentido común y el conocimiento científico, ¿por qué queremos saber? ¿Cuáles son las restricciones del conocimiento? ¿Y cuáles son sus límites?

Así, Gardner (1995) nos explica que los griegos tenían la responsabilidad de enseñar la naturaleza del conocimiento humano. Los científicos cognitivos se preocuparon por los métodos empíricos para probar las hipótesis y teorías y así poder refutarlas. A partir de esto, la inteligencia artificial emerge como una nueva disciplina, llevando al hombre a crear una máquina que piensa y estimula la investigación. La computadora aparece entonces en el siglo XX, prometiendo innovar nuestra forma de ver el mundo y de pensar la visión de la mente humana.

Cabe mencionar que el término Ciencia Cognitiva comenzó a utilizarse a principios de la década de 1970 cuando varios científicos como: Bruner 1983, Collins 1977, Mandler 1981, Miller 1979, Normam 1980, Rumelhart 1981, según Gardner, trataron de definir este campo.

Gardner (1995) nos dice que la Ciencia Cognitiva es un esfuerzo contemporáneo con una base empírica para resolver cuestiones epistemológicas de larga data como la naturaleza del conocimiento, los componentes y los orígenes, el desarrollo y su empleo. En los fundamentos de esta ciencia cognitiva, podemos encontrar el simposio de Hixon y el desafío del Conductismo que trató de

explicar el comportamiento a través del sistema nervioso así como la comparación entre el ordenador y el cerebro.

Según Gardner (1995), el psicólogo Karl Lashley identificó el componente principal para una ciencia cognitiva, y para entender el pensamiento de Lashley, era necesario comprender el clima científico de la época al tratar de entender las cuestiones centrales de la vida humana como: el pensamiento, la vida humana, la resolución de problemas, la naturaleza de la conciencia, el lenguaje y la cultura. Por lo tanto, todo estaba destinado a ser investigado a través de métodos rigurosos. Y, en ese momento, el método más utilizado era la introspección, que no era más que la auto-reflexión de un observador bien entrenado sobre la naturaleza y el curso de su propio pensamiento. Sin embargo, este método de observación había sido anulado por los Behavioristas.

Los Behavioristas argumentaron que los investigadores interesados en la ciencia del comportamiento deberían limitarse a métodos de observación que pudieran ser cuantificados y aplicados. No hay reflexión subjetiva. Para que el estudio se considere científico, debe ser observable. Estos científicos también dijeron que el comportamiento debe ser observado exclusivamente, evitando temas como el pensamiento, la mente, la imaginación. De este modo, el Behaviorismo creía en el poder determinante del medio ambiente. Pronto, durante años, las ideas de Lashley fueron rechazadas, fue entonces necesario enfrentar el Conductismo.

La Ciencia Cognitiva se basa en la creencia de que es necesario postular un nivel de análisis que se convierte en el nivel de representación. Por lo tanto,

cuando un científico trabaja en este nivel, navegará a través de entidades representativas como símbolos, reglas e imágenes e investigará las formas en que estas representaciones se combinan, transforman o se contrastan entre sí. Este nivel es necesario para explicar el comportamiento, el pensamiento y la acción humana.

Como nos enseña Popper (1959), un científico, ya sea teórico o experimental, formula declaraciones o sistemas y los comprueba uno por uno. En el campo de las ciencias empíricas, formula hipótesis o sistemas de teorías y los somete a pruebas, confrontándolos con la experiencia, a través de los recursos y la observación.

Castañón (2005) nos muestra eso:

La Terapia Cognitiva (TC) ha comenzado a reclamar explícitamente la afiliación epistemológica al Racionalismo Crítico, como puede verse en los trabajos de sus dos mayores exponentes, Aaron Beck y Albert Ellis. En "El poder integrador de la terapia cognitiva" (Beck & Alford, 2000), Beck reconoce su deuda con Popper y se declara adherido a sus criterios de racionalidad y científicidad. Presenta un sistema formal de teoría cognitiva de la psicopatología en diez axiomas que corresponden, como afirma, al sistema de axiomas independientes y no contradictorios requerido por Popper para la definición de una teoría científica madura. Albert Ellis (1989) incluso declaró que abandonó los últimos elementos del Positivismo Lógico presentes en su obra cuando descubrió el racionalismo crítico de Bartley y Popper, adhiriéndose entonces al principio de falsificación. La última forma del proceso terapéutico de la Terapia Racional-emocional implica modelos de intervención francamente falsificados para modificar las llamadas "creencias irracionales". Por lo tanto, se hace relevante una definición sucinta del Racionalismo Crítico en la que Beck y Ellis afirman que se apoya la forma final de sus obras. Sin embargo, antes de esto, es importante recordar que ninguno de los dos se originó en la Terapia del Comportamiento, ya que Ellis fue discípulo de Karen Horney y Beck un ex-psicoanalista. (Castañón, 2005).

Así, podemos contemplar las bases epistemológicas de la psicología cognitivo-conductual y entender esta ciencia en la que nos apoyamos. En ella, el

diálogo con la ciencia no es un hecho, porque nuestras observaciones son una aproximación de lo real, no hay un criterio de verdad, por lo que la verdad absoluta no es alcanzable, sólo hay una aproximación de lo real.

3 Marco teórico

Primera parte: Dependencia química

Los problemas relacionados con el uso de sustancias químicas siempre han existido, pero el concepto de dependencia química es extremadamente nuevo. Una de las descripciones sobre el uso del alcohol fue hecha por Aristóteles en el siglo IV a.C., en la que afirmaba que la virtud en la bebida está entre la sobriedad y la exageración, lo que él llamaba adicción. Así también, en la Biblia, hay reportes de uso de alcohol. (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011).

Diehl, Cordeiro y Laranjeiras (2011) nos dicen que desde el siglo XVII, el consumo de estas sustancias estaba disponible a precios razonables y de fácil acceso. El crecimiento de las ciudades, los desempleados que vivían en barrios marginales también facilitó el consumo de alcohol, opiáceos y cocaína.

Los autores señalan que existían varios modelos para explicar la dependencia química como el modelo moral, actualmente en desuso, que decía que la elección personal es la razón principal del uso de sustancias, como si fuera una violación de la moralidad. Otro modelo fue el de la templanza que permaneció hasta 1933. En este modelo, para Rush y Trotter, beber en exceso era un hábito que no se aprendía. Este fue el primer intento de entender la etiología del alcoholismo. Todavía existía el modelo de degeneración neurológica, según Diehl, Cordeiro y Laranjeiras (2011). Magnos Huss revolucionó el pensamiento de la época al publicar, en 1849, una obra científica en la que se utilizaba el término alcoholismo como ebriedad. Por primera vez, se había entendido como una enfermedad.

Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2011) explican que también existía el modelo espiritual. En 1935, el grupo AA (Alcohólicos Anónimos) fue creado por Bill Wilson y Robert Smith. En este modelo, el DQ se entendía como algo difícil de superar por sí mismo. El entendimiento era rendirse a un poder superior y luego pasar a la recuperación. Esto incluye el programa de 12 pasos que se usa hoy en día.

Como podemos ver en Dihel, Cordeiro y Laranjeiras:

Al-Anon y Alateen fueron creados para los familiares de los alcohólicos; además, existe NA (Narcóticos Anónimos), DASA (Dependientes del Amor y el Sexo Anónimos), Neuróticos Anónimos, CCA (Comedores Compulsivos Anónimos), y muchos otros. (Dihel, Cordeiro y Laranjeiras, 2011, p.5)

Así pues, es necesario destacar modelos contemporáneos como el asesoramiento de afrontamiento creado por Charles Dederich en la década de 1960, que abogaba por el shock. No se trataba más que de una modalidad de terapia que decía que el adicto era una persona que había recibido muchas provisiones durante la vida, sin aprender a compartirlas.

También estaban los modelos naturales que expresaban que el hombre tiene una tendencia innata a usar drogas y también el modelo biológico que partía del aspecto orgánico para explicar el fenómeno de la dependencia química a través de alteraciones físicas y psíquicas. El modelo psicológico trata de comprender, mediante psicoterapias, la naturaleza y la calidad de las experiencias individuales que aumentan la probabilidad y el riesgo de dependencia de las drogas. (Diehl, Cordeiro & Laranjeiras, 2011).

También hay modelos sociales basados en la psicología que abarcan el condicionamiento clásico, la terapia cognitivo-conductual que ha demostrado ser

eficaz para dicho tratamiento, trabajando varias técnicas de esta teoría. El modelo psicoanalítico que dice que la dependencia está ligada al regreso de la infancia placentera. Los estudios relacionados con los modelos también ponen en relieve el modelo de salud pública y el eclecticismo informado. Tratan, respectivamente, de que hay una referencia positiva en la espiritualidad frente a la recuperación de los dependientes químicos y que, en la salud pública, la interacción entre el sujeto, la sustancia y el medio ambiente explicaría la dependencia. El tema aquí es visto como un todo, teniendo en cuenta factores como el control, el aprendizaje social, los estados biológicos, los estados psicológicos y la espiritualidad. (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011). También se destacan el modelo de aprendizaje social, el modelo sistémico, el modelo biológico y el modelo biopsicosocial.

La drogadicción es algo que interfiere directamente en las relaciones personales, en el trabajo, y en la familia. Es notoria la preocupación de la OMS (Organización Mundial de la Salud) al citar la dependencia química o la adicción al alcohol y otras drogas, como un problema de salud pública que requiere intervención y prevención.

La salud pública muestra que la interacción entre el sujeto, el medio ambiente y la sustancia psicoactiva es lo que causa la dependencia química que lleva a un comportamiento aditivo. Para su comprensión se toman en consideración algunos factores como: control, disponibilidad, aprendizaje social, estados biológicos, herencia, genética, tolerancia, disposiciones psíquicas, psicológicas, experiencias espirituales que explican el uso y consumo como un proceso prolongado. (Perremoud y Ribeiro, 2011).

Inaba y Cohen (1991), en su libro sobre los tipos de drogas, nos aclaran que las sustancias psicoactivas se dividen de la siguiente manera: Drogas estimulantes: Cocaína, anfetaminas, supresores del apetito, nicotina y cafeína. Éstos aumentan la actividad cerebral porque actúan sobre el sistema nervioso central. Hay un aumento de la vigilia, la euforia, el aumento de la atención y la aceleración del pensamiento.

Drogas depresivas: opiáceos, opiáceos, hipnosedantes y alcohol. Identifican y disminuyen la actividad cerebral, es decir, deprimen el sistema nervioso central.

Drogas perturbadoras: LSD, éxtasis, mezcalina, marihuana. Están relacionados con la alucinación o la ilusión, generalmente de naturaleza visual.

Las drogas también se presentan como legales o ilícitas. Son drogas legales: tabaco, alcohol y drogas psicotrópicas. La cocaína, la marihuana, el crack y otras drogas de abuso son ilegales.

Existen muchas definiciones para el abuso del alcohol y otras sustancias. Se está empezando a dilucidar la terminología de la enfermedad, ya que afecta a niños y adolescentes. Hay una ambigüedad sobre lo que es el abuso de sustancias. Un ejemplo de ello es una serie de términos para su definición: uso para el ocio, experimental, problemático, patológico, arriesgado, peligroso, ocasional, episódico, regular, ligero, moderado y grave (Kaminer, 1994 *en* Becoña y Vazquez, 2014).

Las drogas o sustancias psicoactivas (SPA) incluyen el tabaco y las bebidas alcohólicas, sustancias ilícitas como la marihuana, el éxtasis, la cocaína o el

crack y algunos medicamentos como las benzodiazepinas y los anoréxicos (supresores del apetito). Las SPA son aquellas sustancias que tienen como principal acción la modificación de la actividad psíquica de los seres humanos (Horta, 2007).

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la definición de droga es toda sustancia nociva para la salud, de naturaleza psicoactiva lícita o ilícita, que se utiliza sin control y que lleva a la persona a una dependencia química o psíquica. La dependencia química fue catalogada por la OMS alrededor de 1965. (OMS, 2001)

El CID (Código Internacional de Enfermedades) 10 describe la drogadicción más conocida en el capítulo V de la 10ª edición del Código Internacional de Enfermedades como: bebidas alcohólicas - f.10.2; nicotina, que se encuentra en los cigarrillos fumados en general, f.17.2; marihuana y hachís f.12.2 y cocaína o crack, un subproducto de la cocaína, f.14.2

También nos dice que sobre las drogas hay: heroína, éxtasis, anfetaminas y metanfetaminas (drogas sintéticas producidas en laboratorios, con el mismo efecto que la cocaína o la marihuana, por ejemplo), benzodiazepinas, esteroides anabólicos, hongos alucinógenos, siendo pertinente recordar que los barbitúricos prescritos como ansiolíticos o antidepresivos e incluso la morfina, utilizados sin control, sin prescripción y sin vigilancia médica, también causan dependencia química y psíquica. La dependencia incluye varios tipos de medicamentos.

El DSM V (2014) nos enseña que la característica fundamental de la Dependencia de Sustancias es la presencia de un grupo de síntomas psicofisiológicos que indican que el individuo sigue consumiendo una determinada sustancia a pesar de los importantes problemas relacionados con ella.

Stanton, Toda y otros (2006) sugieren que el problema de la drogadicción puede considerarse parte de un proceso cíclico en el que participan tres o más personas. Por lo general, el adicto y sus padres o padres sustitutos. Cualquier desestabilización puede culminar en una crisis y llevarle a consumir la droga. También advierten que muchos factores extra familiares pueden desencadenar el ciclo adictivo. Sea cual sea el tipo de familia, es posible ver que la familia se presenta como un factor crucial para determinar la permanencia de la adicción.

Abreu y Malvasi *en* Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008) nos enseñan que el DQ no sólo se trata de datos fisiológicos. Es necesario conocer el conjunto de interacciones sociales que facilitan y estimulan el uso indebido, la repetición y la continuidad de un sujeto con la droga. Es decir, es necesario evaluar las representaciones sociales de la droga para el sujeto, porque hay factores más amplios que intervienen en el QD.

Jungermam y Canelito (2007) aclaran que el QD se define como el conjunto de síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales que demuestran que el sujeto, a pesar del daño, sigue usando dicha sustancia. También es necesario observar el patrón de uso que suele llevar al sujeto a la tolerancia, la abstinencia y el comportamiento compulsivo. Por lo tanto, el QD necesita un conjunto de tres o más síntomas observados en un período de 12 meses.

Tolerancia: Se necesitan más sustancias para lograr el efecto deseado. estado fisiológico de abstinencia: se produce cuando hay una interrupción en el uso de la sustancia que culmina en cambios fisiológicos y de comportamiento, dichos cambios se producen debido a que las concentraciones de la sustancia en la sangre y los tejidos presentan una caída. Consumo de la sustancia en mayores cantidades: seguir consumiendo en exceso, también incluimos los intentos frustrados de detener el consumo. Comprometerse con la vida social, el trabajo, el ocio, lejos de la vida familiar, según informan Jungermam y Zanelatto (2007).

1.0 Uso, abuso y dependencia

Scheffer y otros (2010) enseñan que el uso y el abuso de sustancias es un problema grave en gran parte del mundo. Por lo tanto, entendemos cuán amplio es el problema que se discute ahora. Por consiguiente, es necesario destacar las diferencias entre el uso, el abuso y la dependencia.

Es necesario entender cómo se usa la droga, porque no todos los consumidores se volverán dependientes, sin embargo entendemos que el uso nocivo puede ser tan peligroso como la dependencia química y el uso esporádico también se considera de gran riesgo, como nos dicen Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2011).

De esta manera, hemos subdividido y presentado las definiciones de uso, abuso y dependencia señaladas por Diehl, Cordeiro y Laranjeiras tres (2011).

El uso comprende la experimentación, o el consumo, sin tener prejuicios. El abuso, por otro lado, incluye algún tipo de daño que puede ser social, psicológico o biológico. También existe la dependencia que sería la pérdida de control del uso con daños claros y evidentes.

Scheffer y otros (2010) señalan que el uso nocivo de sustancias se ha tratado desde hace mucho tiempo con acciones punitivas en lugar de acciones terapéuticas y preventivas. Así, QD se entendía como un fracaso moral o incluso una falta de fuerza de voluntad. Sin embargo, podemos percibir un avance en este pensamiento a través de estudios científicos dirigidos a este público. Por lo tanto, el FD es ahora visto como un grave problema de salud pública que afecta al cerebro y al comportamiento.

Estos mismos autores nos dicen que hay controversias sobre el origen del QD y sugieren que los estudios presentan la historia familiar de uso de drogas. (Scheffer *et al.*, 2010).

Dihel, Cordeiro y Naranjeras (2010) nos muestran que Edward y colaboradores (1986) propusieron que habría un conjunto de signos y síntomas fisiológicos presentes que caracterizan el síndrome de dependencia del alcohol y, por lo tanto, pudieron observar que otras dependencias siguen patrones muy similares. A saber: Estrechamiento **del repertorio de bebidas** que sería una tendencia a ingerir bebidas alcohólicas. En este caso, la persona bebe con o sin compañía, en días laborables o fines de semana. Prácticamente no hay días de abstinencia. **La tolerancia** sería la pérdida de sensibilidad a los efectos del alcohol, que requiere dosis mayores para alcanzar los efectos agradables, haciendo al sujeto más resistente. El síndrome de **abstinencia** son los signos y síntomas físicos presentes en cualquier persona que disminuye o deja de usar la droga. Comportamiento de **uso sobresaliente** que viene a ser el deseo persistente y los intentos frustrados de controlar el uso. El sujeto comienza a dedicar más tiempo al

uso. Alivio **o evitación de los síntomas de abstinencia**, o aquí, el consumo ya no es para evitar situaciones.

Perrenoud y Ribeiro *en* Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008) destacan que los modelos etiológicos del QD se esfuerzan por explicar los motivos que llevan a las personas al consumo, a la permanencia y al uso ocasional y por qué la QD se instala.

Como nos enseñan Galduróz, Sanches y Noto *en* Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008), la epidemiología se ha preocupado estudiar la distribución del número de usuarios y los eventos relacionados con el uso de SPA en las poblaciones y en ciertos períodos para actuar adecuadamente con programas dirigidos a estos temas. Hay diferentes formas de verificar el uso y el abuso de las drogas. Una de ellas es la encuesta de población, en la que se rellenan los datos en entrevistas y se aplican cuestionarios. Otra forma sería el indicador de epidemia, en el que los datos se obtienen mediante hojas de cálculo estadísticas que se obtienen en las prisiones para el tráfico de drogas, los ingresos hospitalarios y otros.

Marques *en* Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008) aclara que la OMS define el uso problemático nocivo como una pauta de uso de sustancias psicoactivas y psicotrópicas que causan daños a la salud, físicos, mentales o sociales.

Jungermam y Zanellatto (2007) nos muestran que el uso hace referencia al uso recreativo en el que la persona usa la droga, ocasionalmente, en fiestas. El abuso es la pauta de consumo inadaptada y se manifiesta negativamente en

la vida del sujeto afectando a la escuela, a la familia y a su vida social. La dependencia sería utilizada como una prioridad en la vida de una persona, a pesar de sus consecuencias negativas.

Así, podemos ver que el estudio de estas formas de consumo: el uso, el abuso y la adicción son factores importantes que deben tenerse en cuenta para llevar a cabo el trabajo de prevención de recaídas, trabajando con este público, así como con su familia para hacer frente a la adicción a las drogas.

2.0 Alcohol y otras drogas

Abreu y Malvasi *en* Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008) nos traen la percepción de que la historia sobre las drogas, a largo plazo tiene una trayectoria, sin embargo, aunque la civilización occidental ha tenido muchas oportunidades de entrar en contacto con una gran parte de SPA, su uso se ha situado entre el opio, para el dominio terapéutico, y el alcohol que se ha desbordado en los rituales sagrados llegando a las prácticas recreativas.

Los efectos del alcohol se han estudiado a través de reacciones de acción excitante, entumecimiento, somnolencia hasta el coma. A nivel psíquico, compromete la atención, la voluntad y la lucidez, induciendo a la felicidad y al éxtasis por sí mismo. Abreu y Malvasi *en* Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008).

Silva *en* Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008) nos muestra que el síndrome de dependencia del alcohol (SDA) se caracteriza por síntomas conductuales, fisiológicos y cognitivos que se manifiestan en el estrechamiento del repertorio: tolerancia, abstinencia de alcohol, deseo de consumir, re instalación de SDA.

Es importante conocer cada uno de estos factores para entender cómo se de la la APS. Así, Silva Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008) nos muestran que la

reducción del repertorio de bebida se produce cuando la persona tiene la tendencia a beber de la misma manera, sola o acompañada, en días laborables o fines de semana, independientemente de las restricciones sociales. Con este patrón, la dependencia progresa haciendo que los días de abstinencia sean raros. La tolerancia sería la pérdida o disminución de la sensibilidad a los efectos iniciales del alcohol, debiendo el sujeto aumentar la cantidad ingerida para compensar la tolerancia y lograr los efectos deseados. El síndrome de abstinencia es cuando el sujeto, al detener o reducir la ingestión de la bebida, manifiesta signos y síntomas. El deseo de consumir se caracteriza cuando el sujeto utiliza la bebida en lugares donde no podría como en el trabajo o en ambientes sociales donde no se le permite, porque no puede controlarse.

Según Azevedo y Oliveira *en* Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008), es importante destacar el policonsumo que sería el consumo concomitante de diferentes tipos de drogas, tanto lícitas como ilícitas, para hacer más potente el efecto en busca de más placer por parte del usuario de SPA.

En nuestra contemporaneidad, hemos observado esta pauta de uso (poliáceas) y la misma nos permite definir algunos parámetros para detectar este tipo de uso de las SPA: Poliáceas simultáneas, cuando el sujeto hace uso de dos o más SPA en un intervalo corto y se observa el efecto psicoactivo de las dos sustancias. Como ejemplo, podemos citar el alcohol que puede prolongar los efectos de la cocaína como nos informan Azevedo y Oliveira *en* Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008). El uso de múltiples SPA indica la gravedad y el riesgo de dependencia de las personas.

Azevedo y Oliveira *en* Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008) señalan que es posible verificar, en varios estudios, el politoxicomanía entre los consumidores de cocaína y crack asociado al consumo de alcohol. Se estima que entre el 60 y el 90 por ciento de los adictos a la cocaína han abusado del alcohol.

Hay que decir que el consumo de alcohol aumenta gradualmente, sobre todo cuando no existen políticas públicas adecuadas de tratamiento y formas de prevención dirigidas a la población y, especialmente, a la adolescencia que nos ocupa.

Según Pressman y Gigliotti *en* Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008), el tabaquismo también se considera una de las mayores causas de muerte en el mundo. Un tercio de la población mundial es fumadora a pesar de que muchos son conscientes de los males que causa el tabaco. El término "fumar" se refiere a cualquier producto derivado del tabaco. El cigarrillo industrializado es la forma más conocida, aunque la misma puede variar en su presentación.

Como nos muestra la CIE 10, para caracterizar la adicción al tabaco se deben cumplir tres o más criterios, tales como: fuerte deseo de consumir la sustancia o compulsión, dificultad para controlar el comportamiento de consumo, abstinencia fisiológica cuando el uso cesó o se redujo, tolerancia, abandono progresivo de los placeres a favor del uso de la sustancia, aumento del uso y tiempo para obtener o recuperarse de los efectos, persistencia del uso.

Pressman y Gigliotti *en* Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008) señalan que la gran mayoría de los fumadores lo hacen para afrontar el estrés y creen que el cigarrillo tiene alguna propiedad que hace que se relajen, pero este hecho no está probado.

Cabe aclarar que el fumar se considera una enfermedad pediátrica, ya que el 90% de los fumadores consumieron cigarrillos antes de los 21 años. Pressman y Gigliotti *en el* estado de Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008).

Así pues, podemos llegar a la conclusión de que hay muchos factores implicados en la adicción a la nicotina y que los niños y adolescentes empiezan a fumar incluso ante el daño que pueden causarles, y que es necesaria una intervención que implique la educación ante las dificultades que un fumador pueda encontrar a lo largo de su vida.

También nos muestra a Zuardi y Crippa *en* Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008) sobre la marihuana. Otra droga importante que también es la más utilizada en la mayoría de los países desarrollados. En este caso, el uso prevalece, principalmente durante la adolescencia y, sobre todo, para el uso recreativo, lo que puede causar dependencia. Así pues, el uso en grandes cantidades causa problemas psicosociales, de salud y cognitivos en las personas vulnerables.

Es importante que hagamos referencia a una de las drogas que más ha comprometido a nuestra sociedad, hijos e hijas. Cocaína y crack.

Alves, Ribeiro y Castro *en* Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008) enseñan que la cocaína es la droga ilícita que ha motivado la búsqueda de tratamiento. Es una droga estimulante y, principalmente, en los adictos al crack se observan altos niveles de muertes que tienen causas como: la infección por VIH y el homicidio. Sin mencionar el impacto social en el que se relacionan muchos factores, a saber: alta tasa de hospitalización, desempleo, violencia, victimización, prisión, aislamiento social, estigma, pérdidas familiares, sufrimiento emocional.

Los consumidores de crack suelen empezar a consumirlo entre los 12 y los 24 años. También existe la prioridad del consumo de otras drogas para suavizar los efectos: alcohol, benzodiazepinas y marihuana. Este hecho complicado puede acarrear graves problemas para el usuario, como una sobredosis, según Alves, Ribeiro y Castro *en* Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008).

Mencionamos aquí, en esta tesis, la influencia de las metanfetaminas en la adolescencia o la más conocida MDMA o éxtasis que, en la Europa actual, es la segunda droga ilícita más consumida después de la marihuana. El uso de esta droga crece de forma alarmante y supone un gran riesgo para la salud. Lemos y Fonseca *en* Dihel, Cordeiro y Laranjeiras (2008).

Así, en este escenario, donde tenemos al alcohol y otras drogas como la marihuana, la cocaína, el crack y la nicotina como actores principales, podemos ver que grandes y graves son los problemas que se infiltran en nuestras familias, llevando a los jóvenes, niños y adolescentes a convertirse en dependientes de estas drogas. Debemos entonces caminar en la dirección opuesta a esta realidad y luchar para que las familias no se vuelvan vulnerables a este problema teniendo en cuenta la gravedad de los problemas de comportamiento, psicológicos y cognitivos que afectan al QD.

3.0 Recaída

La recaída se entiende como la actitud de reanudar el consumo de sustancias psicoactivas o, incluso, el no detenerse. O, como nos dicen Knapp y otros (1994), es una reanudación del uso de drogas (alcohol u otras drogas) como antes de haber sido sometido a un tratamiento o proceso de recuperación.

Knapp y otros (1994) nos muestran que hay muchas causas posibles de recaídas. Pueden ser consecuencias de emociones negativas, ansiedad, depresión, culpa, presión social, situaciones difíciles, problemas físicos y psicológicos, síntomas de abstinencia.

Álvarez (2007), como se cita en Marlatt Gordon (1980, 1985), desarrolla el pensamiento de Marlatt que cree que la recaída en la adicción al alcohol y otras drogas está influenciada por la interrelación de las situaciones ambientales condicionadas de alto riesgo, las capacidades para hacer frente a ellas, el nivel percibido de control personal (auto eficacia) y la anticipación de los efectos positivos de la droga.

Como nos enseña Marlatt (1999), las conductas además se adquieren, es decir, son hábitos adquiridos que son susceptibles de cambio, lo que significa que en algún momento de la vida estos individuos aprendieron estas conductas y pensamientos disfuncionales. El autor asume que el individuo no ha desarrollado conductas más adaptables que generen gratificación y el uso de la sustancia ofrece una gratificación inmediata.

Según Marlatt, Donovan y colaboradores (1980), la recaída es un riesgo para los pacientes que han tenido problemas con el uso de sustancias. Y, como nos muestran Browel y colaboradores (1992), el problema de la recaída está relacionado con el proceso de cambio de comportamiento. También cabe mencionar que la palabra recaída está vinculada al modelo médico, lo que indicaría una reanudación de la enfermedad. Después de un período de remisión, se produce la reanudación del comportamiento.

La recaída incluye la reanudación del comportamiento del adicto en el sentido de no resistirse a la abstinencia y volver a consumir drogas, un evento que afecta directamente a la dinámica familiar, o al miembro motivado que acompaña a su adicción. Este miembro de la familia se presenta en esta dinámica como codependiente. El fenómeno de la recaída está presente en los casos de adicción y forma parte de la recuperación del adicto, pero la recaída no se produce sin una razón previa.

Marlatt y Donovan (1985), en su modelo cognitivo de recaída, nos muestran que una situación de riesgo ligada a una respuesta positiva del individuo aumenta la eficacia y disminuye las posibilidades de recaída. En cambio, una respuesta negativa disminuye la autoeficacia, así como las expectativas de un buen resultado, lo que corrobora el inicio del uso o la reutilización, aumentando así las posibilidades de recaída. Como vemos en la tabla de abajo:

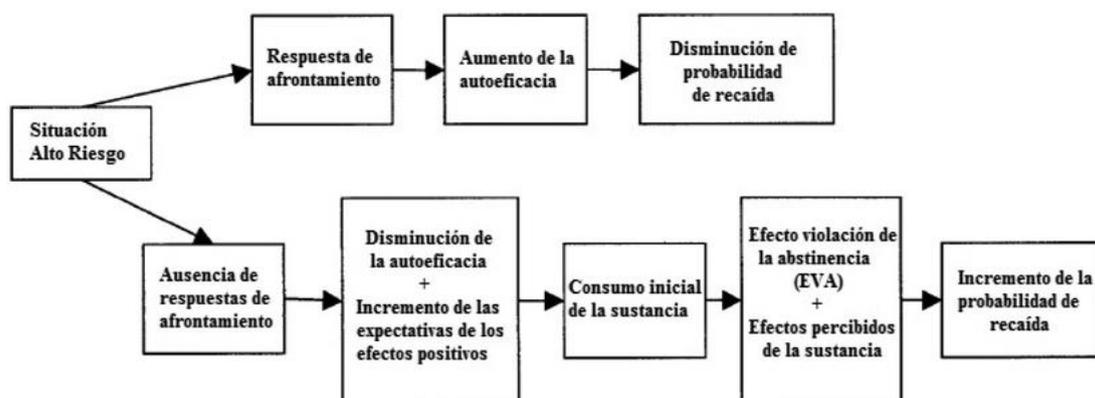


Figura 1: Modelo de recaída
Fuente: Marlatt (1985)

Becoña y Vázquez (2014) revelan que la solución de un problema de dependencia química no es fácil y puede dividirse en diferentes fases: 1) demanda

de tratamiento; 2) valoración o evaluación; 3) desintoxicación; 4) hábito y 5) seguimiento. Cabe mencionar que en la primera fase, la intención es reforzar la motivación del adolescente y su familia para luego entrar en la terapia.

Zanellato (2008) nos dice que en las dos últimas décadas la recaída ha sido muy estudiada, principalmente en lo que respecta a sus causas. Se puede definir, según el autor, como un retorno al comportamiento de uso de la droga, incluyendo variables. También hay una alta tasa de recaída en los primeros 90 días, así como un gran riesgo en los nueve meses siguientes.

Estudios comparativos entre las tasas de abstinencia en pacientes dependientes del alcohol y el tabaco informan que, a medida que aumenta el tiempo, las posibilidades de recaída tienden a disminuir, pero el riesgo de recaída siempre existirá. Zanellato (2008).

Prochaska y DiClemente (1986) hablan de las etapas de motivación para obtener la abstinencia. Hay cuatro, a saber: Precontemplación: Hay interés por parte del adicto en cambiar el comportamiento, pero aún no está seguro de si tiene problemas. Contemplación: se da cuenta de que tiene problemas y comienza a pensar en posibles cambios, pero aún no hay una acción efectiva. Decisión o acción: los intentos de cambiar el comportamiento ocurren para modificar el comportamiento. Y el mantenimiento: trabaja para evitar la recaída.

Becoña y Vázquez (2014) dilucidan que el consumo de drogas por parte de niños y adolescentes era insignificante hasta hace poco, pero ha sido, en España, uno de los problemas más preocupantes de la salud pública debido a su alta prioridad, especialmente con las drogas lícitas. Otro hecho relevante es

el aumento de los problemas asociados al alcohol y otras drogas como la deserción escolar, los actos delictivos, la violencia en general, la promiscuidad sexual, el riesgo en relación con las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) y los embarazos no deseados.

Sin embargo, hay dos conceptos a considerar: El lapso y la recaída. El lapso sería un evento discreto: la vuelta al uso inicial, diferente de la recaída que se describe como el regreso al patrón de uso anterior, sin embargo para hacer la diferenciación es necesario tomar ciertas precauciones respecto a la presencia o ausencia de uso inapropiado cuando el sujeto demuestra un juicio sobre la adecuación del comportamiento tanto del individuo como del entorno social en el que vive. También debería evaluarse la situación de alto riesgo, es decir, el alto riesgo sería el de los precipitadores al uso de SPA. El alto riesgo puede ser de estímulos internos o externos que ponen en peligro el control del individuo. Pueden ser: estados emocionales negativos, como la ira, la frustración, el miedo, la ansiedad, la tensión, la soledad, la tristeza, la preocupación, la pena. Estas condiciones están más asociadas a lapsus que a recaídas. Estados fisiológicos negativos como grietas, dolor crónico, abstinencia. Estados emocionales positivos como el aumento de los sentimientos de placer, alegría, libertad. Probar el control personal es como probar la propia capacidad de autocontrol. Deseos y tentaciones como una compulsión incontrolable de usar.

En este estudio, enfatizamos que los Abordajes de tratamiento de QD incluyen la prevención de recaídas (PR) en su programa. Esta técnica se utiliza cuando el paciente ya está en tratamiento, sin embargo se observa que muchos FD, incluso después de un tiempo de tratamiento en comunidades terapéuticas

o clínicas de rehabilitación, no pueden permanecer y terminan experimentando recaídas. Sin embargo, Jungerman y Zanelatto (2007) destacan que la recaída es parte del proceso de cambio.

Sin embargo, las familias atribuyen a la recaída muchos significados negativos, a veces positivos, porque la situación traumática con la que viven les hace pensar que el comportamiento de usar la droga puede volver a ser compulsivo, generando inestabilidad emocional en las familias.

Como enseña Marlatt (1985), la recaída puede ser clasificada, así que podemos entender cómo funciona cada persona. También muestra signos de gravedad y peligro. Hay dos factores: intrapersonal e interpersonal.

Factores intrapersonales: Se refieren a estados emocionales o físicos negativos, sin involucrar a otras personas. Serían: Frustración, ira, depresión, miedo, soledad, uso previo de sustancias, abstinencia, grietas, dolor, estados emocionales positivos como: uso para generar placer, alegría, uso para probar el autocontrol, deseo incontrolable, eventualmente ceder a la tentación, en presencia o ausencia de desencadenantes. Ejemplo: pasar delante de un bar o simplemente sentir ganas ‘

Factores Interpersonales: Estos involucran a terceros y la interacción. En otras palabras, la recaída puede ocurrir debido a conflictos en el matrimonio, citas, amistad. Involucran sentimientos de ira, frustración, ansiedad. Todavía se trata de casos en los que hay presión social en caso de que alguien ofrezca la droga, el uso en fiestas.

Jungerman y Zanelatto (2007) aportan un Abordaje muy coherente de la recaída y el lapsus. Según estos autores, los mediadores cognitivos juegan un

papel importante en el proceso de recaída, estando ligados a determinantes intrapersonales que serían: **la autoeficacia**, que es el grado en que la persona se siente segura y capaz de realizar un comportamiento. El alto grado de eficacia está directamente relacionado con la menor tasa de recaída.

Otro punto importante es la expectativa **del resultado, es decir**, lo que el sujeto espera que ocurra. **La motivación** también se asocia con la recaída en dos direcciones, tanto al comportamiento de cambio como a permanecer en el comportamiento problemático, teniendo una relación directa con la ambivalencia. **El afrontamiento** es la capacidad del sujeto para enfrentarse a situaciones de riesgo. Los estados emocionales serían la más productiva de las recaídas, ya que los pensamientos negativos influyen directamente en la recaída. **La fisura** que llega a ser un fenómeno complejo y subjetivo no puede vincularse a la recaída, pero hay una diferencia entre la fisura y la urgencia que implica la búsqueda de la droga, y ésta se asocia a la recaída. (Jungerman y Zanelatto, 2007)

Así, la recaída abarca la interrelación de múltiples factores en los que la respuesta del sujeto constituye un sistema auto organizado que engloba factores, es decir, tiempo de dependencia, historia de vida, uso en la familia, procesos cognitivos como: auto eficacia, motivación, estrategias de afrontamiento cognitiva y conductual como dicen Jungerman y Zanelatto (2007). Esto nos lleva a entender que las relaciones entre los factores anteriores influirán en el comportamiento de usar la sustancia de nuevo. Por lo tanto, la recaída puede ser entendida como algo complejo.

4.0 Psicología Cognitivo-Conductual

Castañón (2005) nos dice que nuestros pensamientos tienen la capacidad de influir en nuestras emociones y también de ser influenciados por ellas. Este concepto se basa en el racionalismo crítico y el constructivismo de Karl Popper, en el que el sujeto es activo en la construcción de hipótesis y teorías sobre el mundo y las cosas, es decir, toda observación de la realidad existe cuando la creamos. En la psicología cognitivo-conductual, nuestras emociones y conductas no están influenciadas por los acontecimientos y eventos, sino por la forma en que procesamos y comprendemos y, por tanto, atribuimos los significados a cada situación. Así, epistemológicamente, el hombre es un ser en busca de sentido.

Esta cadena fue iniciada por Albert Ellis en 1955 bajo el nombre de Terapia Emocional Racional, luego se llamó Terapia Emocional Racional o TREC. Las premisas de esta corriente se pueden resumir en lo que Ellis llamó el ABC de la teoría que fue representada por una frase: "La gente no cambia por los eventos, sino por lo que piensa de los eventos." (Camerini, 2008).

Según Camerini (2008), el ABC de la teoría nos muestra que la A - representa el evento **Activador** (puede ser una situación, pensamiento, imagen, fantasía, sensación física, emoción). La B - representa el principio del sistema de creencias (Belief system) que incluye recuerdos, imágenes, suposiciones, inferencias, actitudes, normas, filosofía de vida. La C- representa la consecuencia que puede ser emocional, cognitiva (pensamientos) o conductual (acciones).

Castañón (2006) dice que algunos presupuestos que merecen consideración acompañan la definición del objeto de la Psicología Cognitiva. La primera es sobre las representaciones mentales. Como afirma Gardner (1996), citado en

Castañón (2006), al hablar de las actividades cognitivas humanas es necesario hablar de las representaciones mentales y crear un nivel de análisis del fenómeno humano completamente separado del neurológico por una parte y del sociológico por otra. En otras palabras, las representaciones mentales tienen existencia real, no son ficciones útiles.

En su tesis doctoral, Castañón (2006) habla del cognitivismo y muestra que: "Cómo área de investigación, la Psicología Cognitiva puede definirse como el estudio de la forma en que los seres humanos perciben, procesan, codifican, almacenan, recuperan y utilizan la información". (Castañón, 2006, pág. 217).

A partir de esto, podemos entender que las personas atribuyen ciertos significados a los acontecimientos de sus vidas, y cada persona tendrá, para una determinada situación, un significado diferente y, en el contexto que estamos estudiando y explorando, puede observar los diferentes significados dados a la recaída en las drogas, es decir, el significado será diferente para cada individuo.

Camerini (2008) nos muestra que el modelo cognitivo-conductual se basa en la investigación del funcionamiento del cerebro y los resultados obtenidos a través de los recursos, las técnicas y el Abordaje de los trastornos psicológicos. La tarea de los psicoterapeutas consiste entonces en resolver los conflictos de pareja, las insatisfacciones personales, las crisis de la vida, los problemas educativos y los problemas relacionados con la cultura: costumbres, creencias, mitos y otras áreas individuales y sociales. Entre ellos se incluyen los trastornos de angustia, los trastornos obsesivos compulsivos. En términos generales, los pa-

cientes vienen al consultorio con quejas tales como: extraño los logros, no encuentro mi camino, no encuentro la necesidad de crecer, no soporto la soledad y otros temas cotidianos, y el terapeuta debe ayudarlos a enfrentarlos.

Cabe señalar que los trastornos tienen una causa orgánica o filosófica y también están asociados a una causa cultural, cognitiva, ideológica, educativa y filosófica. Con esto, queremos destacar que la causa del trastorno se centra en su forma de pensar: pensar en el problema, en uno mismo, en el mundo y en la vida. (Camerini, 2008).

Camerini (2008) aclara que no es justo olvidar que seguimos en constante aprendizaje sobre la comprensión y resolución de los trastornos, porque estos paradigmas no son definitivos. Por lo tanto, el modelo cognitivo continúa en constante crecimiento como podemos ver en los estudios proteccionistas.

Al pensar en la praxis del terapeuta frente a este Abordaje , uno se percibe que es necesario integrar varias áreas, tales como: técnicas de psicodrama, recursos de terapia Gestalt, contribuciones de Carl Rogers, modelo sistémico. Lo importante es esta integración sin salir del modelo cognitivo-conductual, porque es posible desarrollar y mejorar con nuevos puntos de vista, estrategias y técnicas para un trabajo efectivo. (Camerini, 2008).

1. Así pues, se concluye que este modelo, en sus inicios, se basaba en el concepto de mediación cognitiva, afirmaba que la respuesta emisora o conductual dependía exclusivamente del estímulo y, en gran medida, de la evaluación de ese estímulo y de lo que la persona pensaba acerca del mismo.

También se puede ver lo mismo con Lázaro (1991) que llama a tal hecho: *Apraisal*, es decir, una evaluación que el sujeto hace de una determinada situación frente a un estímulo. Podemos ver que esta evaluación se produce con una relación entre dos factores: el evento y el objetivo de la persona. Lo que se destaca es la fuerte influencia de las creencias, normas, actitudes de la persona.

Las nuevas contribuciones de la ciencia deslumbran a otras alternativas que demuestran que las emociones se desencadenan antes del procesamiento cognitivo. Del concepto original se derivan los conceptos fundamentales de este modelo y es necesario: hacer el diagnóstico cognitivo, trabajar en el cambio cognitivo.

Leahy (2006) nos muestra que la TCC se basa en la visión de que los eventos estresantes como la depresión se mantienen gracias a la forma de pensar del paciente, que puede ser exagerada o sesgada.

4.1 La teoría de Aaron Beck

Aaron T. Beck comienza el desarrollo de lo que llamó "Terapia Cognitiva" a principios de los años 60 en la Universidad de Pennsylvania, con una breve psicoterapia orientada al presente. (Beck, J. 1995).

El esquema básico de esta corriente se basaba en el modelo cognitivo que postula que las emociones y los comportamientos de las personas están influenciados por la percepción de los eventos, es decir, no era la situación o el evento en sí, sino la forma en que la persona interpretaba la situación. (Beck, J. 1995). En otras palabras, la forma en que la gente se siente está asociada con la forma en que interpretan y piensan sobre una situación dada. La situación no

determina cómo se sienten, su respuesta está mediada por su percepción de la situación.

Beck (1976) nos enseña que el esquema básico se refiere a una situación que puede ser un evento externo, una fantasía o imagen, una sensación física o una perturbación. Los pensamientos automáticos, que son los pensamientos evaluativos rápidos y breves que nacen automáticamente, pueden ser verbales o visuales. De los pensamientos automáticos vienen las creencias, que son ideas que son tomadas como verdades absolutas por la persona.

Beck (2013) nos enseña que el modelo cognitivo propone que el pensamiento disfuncional (que influye en el pensamiento y el estado de ánimo) es común a todos los trastornos psicológicos. Así, en el modelo cognitivo, el pensamiento de los individuos influye en su cognición, partiendo de la hipótesis de que las emociones, los comportamientos y la fisiología de una persona están influenciados por sus percepciones de los acontecimientos.

El esquema básico de este modelo, según Beck (2013), se basa en la situación que genera el pensamiento automático y desencadena una reacción, sin embargo, en el medio tenemos las creencias (reglas, actitudes, suposiciones) y las creencias nucleares (sobre uno mismo, sobre otras personas y sobre el mundo).

Las situaciones pueden ser eventos externos o incluso una fantasía, una imagen o un estímulo físico. Los pensamientos automáticos son aquellos que aparecen de repente, rápido sin racionalización. Estos pensamientos surgen de las creencias que son las verdades en las que la persona cree. Las creencias centrales son aquellas de las que la persona no puede ser muy consciente, son

aquellas que apoyan lo que la persona piensa de sí misma, de los demás y del mundo, y generalmente están fundamentadas desde la infancia. Las creencias intermedias son las reglas, actitudes y suposiciones. Y también, vale la pena señalar, las actitudes o reacciones que pueden ser de carácter emocional, conductual o fisiológico. (Camerini, 2008).

Beck (1987), como se cita en Beck (2013), nos muestra que las creencias fundamentales son entendimientos muy profundos y a menudo no se articulan ni siquiera por sí mismas. Son las verdades, es decir, cómo son realmente las cosas. Las creencias fundamentales pueden clasificarse en el ámbito de la impotencia, el desafecto o la desvaloración.

Según Knapp y Beck (2008), las TCC pueden dividirse en tres tipos principales: Terapias de Habilidades de Afrontamiento: **trabajan** las habilidades cognitivas de afrontamiento que cada individuo utiliza para tratar el problema experimentado; Terapia de Solución de Problemas: tienen como objetivo desarrollar estrategias para tratar las dificultades más diversas; y Terapias de Reestructuración: dicen que los problemas psíquicos se derivan de pensamientos disfuncionales.

La Psicología Cognitiva-Conductual evalúa los pensamientos disfuncionales del sujeto, pone gran énfasis en el sujeto y en su forma de percibirse a sí mismo en el mundo. El objetivo es aprender nuevas estrategias para actuar en el medio ambiente y promover los cambios necesarios y así adquirir calidad de vida.

Camerini (2008) señala que las emociones son necesarias y cumplen tres funciones importantes en las personas: informan los desequilibrios en la vida de

las personas, por ejemplo, el miedo nos informa que algo amenaza nuestra vida, nuestra salud o nuestro bienestar; la tristeza nos informa que hay alguna pérdida o carencia, por lo que las emociones también generan la motivación y el impulso necesarios para superar las situaciones negativas y los desequilibrios detectados, también las emociones son un medio para comunicar nuestros deseos e intenciones a quienes nos rodean. De esta manera, ante cada situación, tenemos emociones y comportamientos que dependen de nuestra interpretación de la misma, es decir, de nuestra cognición. Camerini 2008, citado en Datilio y Padesky (1990), muestra que la psicoterapia cognitiva pone de relieve que lo que las personas piensan y perciben acerca de sí mismas, su mundo y su futuro tienen relevancia e importancia además de un efecto directo en cómo se sienten y actúan.

Beck (2013) muestra, en su libro *Cognitive Behavioral Therapy - Theory and Practice*, que los terapeutas cognitivos conductuales están interesados en el nivel de pensamiento que puede operar simultáneamente con el pensamiento obvio a un nivel más superficial. Estos pensamientos se llaman pensamientos automáticos, son pensamientos que aparecen como destellos, espontáneamente, y son generalmente rápidos.

Beck (1987), como se cita en Beck (2013), nos enseña que las creencias son entendimientos que la gente tiene de sí misma y de los demás como ideas verdaderas y absolutas. Existen creencias más centrales o creencias fundamentales, son entendimientos fundamentales y profundos duraderos que constantemente no se articulan ni siquiera por sí mismos. Las creencias fundamentales influyen en el desarrollo de una clase intermedia de creencias que son actitudes,

reglas y suposiciones. (Beck, 2013). Estas creencias interfieren con la forma en que el sujeto ve la situación, lo que a su vez interfiere con la forma en que piensa, siente y actúa.

Beck nos dice que no es la situación en sí misma la que determina lo que una persona siente, sino cómo interpreta una situación (Beck, 1964 como se cita en Beck, 2013). Por lo tanto, entendemos que la interpretación del paciente influirá en su forma de actuar y pensar en una determinada situación.

Según Wright, Basque y Thase (2008), el modelo cognitivo de la TCC se utiliza para ayudar a los terapeutas a conceptualizar mejor los casos e intervenir con métodos específicos para cada caso. Este modelo permite al terapeuta dirigir la relación entre los pensamientos, los comportamientos y las emociones. Como Wright, Basque y Thase (2008) nos muestran, los pensamientos automáticos son la cognición que pasa rápidamente por la mente cuando uno está en una determinada situación. Incluso cuando reconocemos estos pensamientos automáticos, estos pensamientos no son tan susceptibles de un análisis racional.

A continuación, podemos contemplar, en el cuadro, la descripción del modelo cognitivo propuesto:

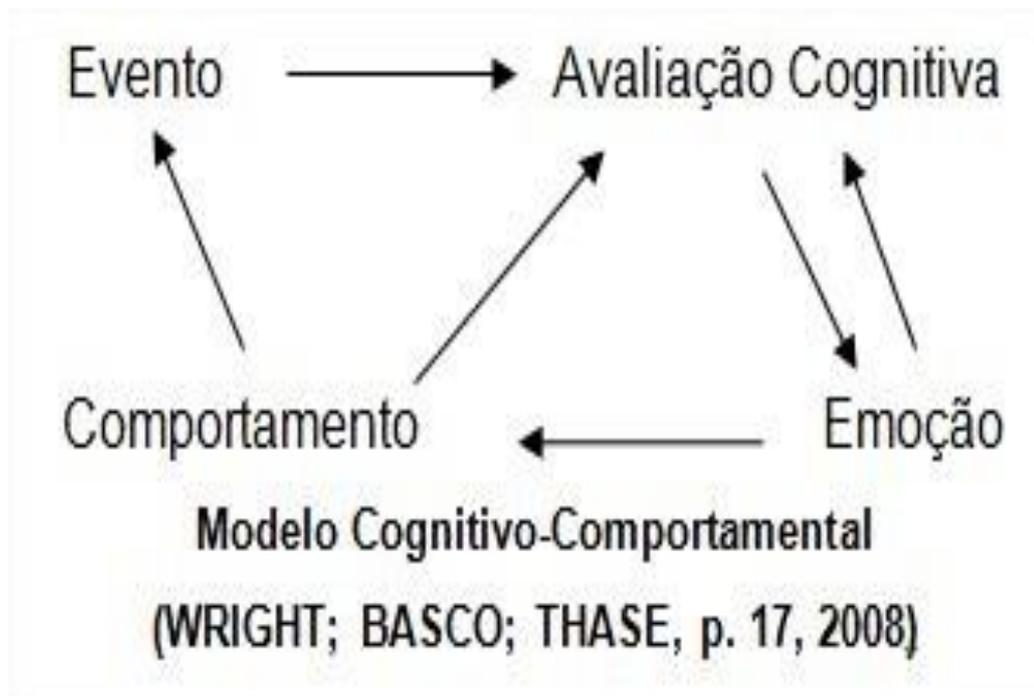


Figura 2: Modelo cognitivo-conductual

Fuente: Wright; Basque & Thase (p.17, 2008)

4.2 Psicología cognitivo-conductual en la drogadicción

Según Beck (1993), para que se produzca un comportamiento aditivo, el individuo debe pasar por algunas fases. Así, Beck, en 1993, formula su modelo cognitivo de uso de sustancias, que dice que la propia situación, o una determinada situación, actúa como un estímulo de alto riesgo para el uso, de la misma manera que los estímulos (internos o externos) activan las creencias centrales sobre el individuo y, sobre el uso de drogas, las creencias activadas, generalmente, no conscientes, conducen a la aparición de pensamientos automáticos. Estos pensamientos automáticos desencadenan la aparición de signos y síntomas fisiológicos interpretados o reconocidos como *antojo (craving)* Después de esto, surgen creencias permisivas y facilitadoras.

El individuo se rige entonces por el (*craving*) y es autorizado por las creencias facilitadoras, planificando y facilitando así el acceso a la droga e iniciando

su uso. Por lo tanto, para Beck (1993), el uso de la sustancia desencadena una situación contradictoria: deseo de continuar el uso por un lado y sentimientos de culpa y fracaso por el otro (llamado clásicamente el efecto de la violación de la abstinencia - EVA), lo que da lugar a un comportamiento ambivalente. Sin embargo, el individuo activa más creencias disfuncionales y luego continúa usando drogas.

Como nos muestran Dhiel, Cordeiro y Laranjeiras y colaboradores (2011), la droga es sólo uno de los factores que componen la triada de la dependencia química. Otros dos componentes son el individuo y la sociedad. Los criterios de diagnóstico que mencionan la dependencia toman en consideración un comportamiento compulsivo de usar la droga y no poder abstenerse.

En el mundo académico es esencial trabajar con diferentes Abordajes de la prevención del consumo de drogas y la adicción al alcohol y otras drogas, así como sus respectivos tratamientos. También existe una técnica cognitiva desarrollada por Beck para trabajar en la prevención de las recaídas, pero los estudios de Alcohólicos Anónimos (AA) nos muestran que la búsqueda de ayuda para cambiar la conducta de uso abusivo de drogas depende de algunos factores, a saber: El grado de insatisfacción con el desamparo en que se encuentra uno ("tocar fondo"), el grado de desconfianza en cuanto a las propias capacidades para afrontar, en solitario, la superación de esta condición de incomodidad e impotencia (bajo nivel de autoestima) y de una expectativa favorable en cuanto a la posibilidad de obtener ayuda externa (del Ser Superior, del grupo de ayuda mutua y/o de un terapeuta) para salir de la situación de aversión en que se encuentra uno (Baus, 1999).

Según Beck (1963); Beck (1964), citado en Navolar (2004), en algunos momentos la respuesta habitual puede ser una característica general de los individuos de una cultura determinada. En otras ocasiones, estas respuestas pueden ser idiosincrásicas derivadas de experiencias particulares y peculiares de un individuo. En cualquier situación, estas respuestas serían manifestaciones de organizaciones cognitivas o estructurales. Una estructura cognitiva es un componente de la organización cognitiva en contraste con los procesos cognitivos que son transitorios.

Hay cuatro procesos cognitivos que, según Marlatt (1985), explican la adicción y reflejan el modelo cognitivo. Son: auto eficacia, resultados esperados, causas, toma de decisiones. Según el autor, la auto eficacia es el juicio que cada uno hace sobre su capacidad para enfrentarse a situaciones de riesgo, las creencias de auto eficacia serían el sujeto a pensar que puede hacer frente a las tentaciones y resistir a las drogas y las creencias de baja eficacia el sujeto a pensar que es un esclavo de la droga. Los resultados esperados en relación con la droga se producen cuando el sujeto piensa que se sentirá mejor si usa la droga para ir a una fiesta. A medida que el sujeto espera que la droga tenga un efecto más positivo que negativo, aumenta la probabilidad de que la use.

Las atribuciones de causa se refieren a la creencia de una persona en el uso de la droga, atribuida a factores externos o internos, esto produce el comportamiento de usar la droga y es algo para el adicto fuera de control. El uso indebido de sustancias también puede entenderse como un proceso de toma de decisiones o de toma de decisiones múltiples (Marlatt, 1985).

Beck, Wright, Liese (1999) nos hacen comprender que existen múltiples razones para que las personas busquen drogas y se vuelvan adictas a ellas. En primer lugar, la razón es buscar el placer, experimentar euforia, compartir la excitación y otras sensaciones. Con el tiempo, hay otros factores que contribuyen para que una persona se convierta en adicta. Muchas personas comienzan a utilizar drogas como las benzodiazepinas para aliviar la ansiedad, la tensión y el cansancio, y así desarrollan la creencia de que pueden afrontar mejor los problemas si utilizan dichas drogas. Muchas personas también descubren que el uso de una determinada droga les hace pertenecer a un determinado grupo y, por lo tanto, la utilizan.

Un hecho relevante es que la droga controla a los adictos individuales interfiriendo con sus valores, sus lazos de afectivos, y de esta forma se subordinan al uso de la droga. Por lo tanto, se constituye un círculo vicioso, *el craving*. Todavía puede haber deseos incontrolables de consumir, un cambio de humor y una mayor angustia que sólo se alivia cuando la droga se vuelve a consumir. Beck, Wright, Liese (1999).

Beck (1976) nos enseña que la terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta disminuir las reacciones emocionales y las conductas disfuncionales, así como modificar los pensamientos defectuosos y las creencias no adaptativas de los sujetos. Una de las ideas de la terapia cognitiva es ayudar al paciente a reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de usar la droga, refutando las creencias, enseñar técnicas específicas para controlar y manejar sus impulsos, reduciendo la presión y aumentando el control.

En vista de lo que hemos visto en la psicología cognitiva, podemos observar que la forma en que las personas interpretan una situación influye directamente en sus sentimientos, motivaciones y actitudes. Por lo tanto, las interpretaciones están modeladas por las creencias activadas. Una persona puede tener la creencia de que el uso de la droga la hace mejor, más sociable. Y así, esta creencia refuerza el comportamiento del uso de la droga. Algunas creencias dejarán al sujeto vulnerable al uso de drogas. Beck, Wright, Liese (1999).

Zanelatto (2011) nos relata que la adicción a las sustancias psicoactivas es un fenómeno complejo tanto para la clínica como para la investigación. En teoría, vemos que Beck subraya que no es la experiencia en sí misma, sino el significado que el individuo atribuye a esta experiencia, o la forma en que interpreta esta experiencia. Así pues, el autor pondera tres niveles de creencias fundamentales que se destacan en la TCC, que son, de hecho, las estructuras cognitivas que se refieren a las creencias fundamentales.

5.0 Drogas en la adolescencia

Según Andretta (2009), el adolescente adicto le causa sufrimiento a los padres, ya que hay un informe sobre el fracaso de la educación. La familia se encuentra tan involucrada que ya no puede intervenir sola y se siente impotente ante la gravedad de la situación. Sin embargo, el principal perdedor es el propio adolescente que se priva de oportunidades para un desarrollo saludable y de la posibilidad de tener éxito en la vida adulta.

Davidoff (2001) nos dice que la adolescencia está marcada por muchos desafíos, ya que es un período de transición entre la niñez y la edad adulta que se extiende desde los 13 hasta los 19 años, período en el cual los adolescentes

necesitan organizarse en relación a los conflictos familiares, comunitarios y de amigos.

Así, se percibe que hay una gran búsqueda de identidad en el adolescente. Necesita lidiar con opciones profesionales, determinar cuál será su estilo de vida. Es un proceso largo y arduo. Las jóvenes y los jóvenes adolescentes tienen una fuerte tendencia a hacer interacciones sociales diferentes, es decir, los chicos se afilian a grupos grandes y homogéneos con los mismos gustos. Las chicas prefieren grupos más pequeños. (Savin & Wilians 1980, citado en Davidoff 2001).

Para Quiroga (1999), la adolescencia es una fase o momento del ciclo vital que comienza con un hito biológico y continúa en una fase psicosocial que varía según las culturas y los momentos históricos. Así, Quiroga (1999) subdividió la adolescencia en tres fases: Temprana, media y tardía. La fase que nos interesa en este estudio es la fase intermedia.

En la fase media, que dura de 14 a 18 años, aparecen las nociones de futuro y se profundizan los vínculos fraternales, así como con grupos y compañeros. En esta fase, el amigo es de gran importancia. También aparecen los primeros contactos sexuales que pueden ser de corta duración. La pertenencia a grupos también es fuerte y positiva. Los comportamientos de riesgo pueden aparecer en esta etapa y no siempre son autodestructivos. Buscan una marca que los distinga, como tatuajes, *piercings*, etc. (Quiroga,1999)

Según Andretta (2009), los consumidores adolescentes de drogas pueden presentar una baja motivación para el tratamiento y el cambio de comportamiento; el uso de drogas en la adolescencia es un problema grave que tiene

innumerables consecuencias perjudiciales para el adolescente, su familia y la sociedad.

Según Azevedo y Oliveira, citados en Dihel, Cordeiro y Lanjeiras y Cols, el uso de SPA suele comenzar en la adolescencia con drogas legales como el alcohol y el tabaco. Existe una variación del 10 al 30% en el uso experimental para el uso y la dependencia de drogas tanto lícitas como ilícitas. Aparecen drogas como los disolventes, la marihuana y la cocaína, y cabe señalar que la evolución en la adolescencia está directamente relacionada con las dificultades sociales y los problemas familiares. El consumo entre los jóvenes suele producirse en un contexto grupal no sólo por los efectos de la droga en sí, sino también por la elección del grupo.

Segunda parte: La familia del adicto

Según Moré y Orth (2008), es posible ver que existe una influencia familiar en el desarrollo de la adicción al alcohol. Esto se verifica en artículos científicos y por profesionales que trabajan con las familias en sus prácticas de intervención. Es un gran desafío porque es un tema complejo, asociando a ello el hecho de que no se puede definir *a priori* sólo un tipo específico de funcionamiento familiar.

En cuanto a las familias, Moré y Orth (2008) expresan el siguiente pensamiento:

Se pueden considerar no funcionales en el sentido de que no tienen los factores de protección necesarios para el desarrollo de todos sus miembros. A su vez, cabe señalar, sin embargo, que en muchas familias con adictos existe un proceso de circularidad en el cual, el no funcionamiento y el uso indebido de drogas se refuerzan mutuamente, con lo que se mantiene la homeostasis familiar que sostiene su presencia en las relaciones familiares. (Moré & Orth, 2008, p. 295).

Carter y McGoldrick (2001); Cerveny (1997); Costa y Pereira (2003); Freitas (2002) apud Moré y Orth (2008) nos enseñan que las madres de niños varones sobreprotegen a sus hijos adictos. Los ven como frágiles, justifican su comportamiento, los victimizan, se comportan con apego y hacen que su hijo adicto ocupe un lugar privilegiado en la familia por encima de otros hermanos.

Así, podemos percibir que la situación familiar es delicada en lo que respecta al problema de la dependencia del alcohol y otras drogas, generándole mucho sufrimiento a la familia, dejándola vulnerable, frágil y marginada, propiciando nuestra observación este problema, así como a las creencias disfuncionales que están presentes en los sujetos involucrados en la trama familiar.

Peace y Colossi (2013) nos dicen esto:

La comprensión de la dinámica de la familia del dependiente químico no sólo permite comprender lo que el síntoma ejerce sobre sus miembros,

sino que también puede ser capaz de señalar otras posibilidades de intervención. Tras la identificación de la dinámica familiar predominante del dependiente químico, se puede pensar en la recuperación, no sólo del usuario/abusador/dependiente químico individual, sino del sistema familiar en el que está insertado. (Paz y Colossi, p. 554).

Dessen (1998) expone que la familia en su concepto ya no puede ser analizada como una unidad nuclear tradicional. Hodkin, Vacheresse y Buffet (1996) muestran, a través de estudios con familias, que otros miembros como: novio, abuelos, amigos cercanos, cuñados e incluso mascotas son también parte de la familia. También es posible observar que el grupo nuclear se considera central en la mayoría de las investigaciones que involucran a la familia, sin embargo la metodología empleada puede afectar el informe sobre quiénes son considerados como familia.

Como nos muestra Sampaio (1984), la familia se define como un sistema, es decir, un conjunto de personas entrelazadas por sus relaciones y que se relacionan con el entorno en el que buscan mantener el equilibrio dentro de este complejo proceso. Se enfrentan a crisis, lo que requiere un reajuste para mejorar el funcionamiento de la familia.

Prata y Santos (2007) destacan que es necesario que la familia pueda superar las crisis que atraviesan logrando modificarlas, incluyendo las diferencias de cada uno de los miembros que la unen como familia, como los problemas que se presentan durante la adolescencia. La adolescencia ha sido objeto de muchos estudios; hay pruebas de que la familia desempeña un papel importante en el desarrollo de sus miembros, especialmente en esta fase.

Jungerman y Zanelatto (2007) nos muestran que el problema de la dependencia, en el contexto familiar, está estrechamente vinculado a factores de ansiedad en el sentido de que el miembro de la familia quiere obtener respuestas a sus preguntas. A menudo, el familiar que participa en el grupo cree que sólo su presencia garantiza la "cura" o que el tratamiento debe proporcionar la mejora del familiar que usa drogas.

Los estudios muestran que el perfil de la familia ha cambiado debido a muchas variables que la afectan. Es posible verificar muchos hechos relacionados con este contexto. Así pues, la familia puede entenderse como un grupo de personas que forman parte de un mismo núcleo, que viven juntas, con personas con cierto grado de parentesco o amigos que viven juntos, o incluso cónyuges que se separan, abuelos que crían a los nietos y otras formas de organización familiar. (Jungermam y Zanelatto, 2007).

Jungermam y Zanelatto (2007) nos dice que las personas de una misma familia están conectadas, y es necesario mirar estas conexiones para promover cambios en el comportamiento no deseado. No basta con mirar sólo al individuo. Además, es necesario comprender que hay patrones en estas interacciones que resultan del tiempo en que viven y coexisten; estos patrones pueden estar relacionados con alguna influencia, real o imaginaria.

Así, podemos ver que el problema de la drogadicción no sólo afecta al individuo, sino también a todas las personas que mantienen un cierto grado de convivencia con él, perjudicando a todo el sistema familiar.

Jungermam y Zanelatto (2007) dilucidan que existe una relación insana entre los dependientes químicos y sus respectivas familias que, debido a una conducta y comportamiento inapropiados en un intento de ayudar, terminan causando aún más estrés en esta compleja relación, manteniendo el uso de la droga o incluso agravándolo. Esta relación es algo problemática cuando uno se alimenta y consume los esfuerzos emocionales del otro.

1.0 Modelo de familia sistémica

Se ve en la sociedad que la familia ha pasado por innumerables desafíos y que ha visto cambiado su perfil por razones como la globalización, el cambio en los valores morales, la inserción de la mujer en el mercado laboral, la presencia de un aumento de los divorcios en la sociedad contemporánea, el homosexualismo. Todos estos factores han contribuido en gran medida a los cambios en los modelos de familia y no podemos ignorar la complejidad del tema que se discute aquí.

Minichiello, Maglio, Schmidt (2010) nos muestran, en su estudio sobre los modelos familiares, que en los años 50 hubo un aumento de los panoramas de modelos familiares que tratan de explicar las características de esta dinámica en la familia en la actualidad:

Un modelo sirve para propósitos tanto lógicos como epistemológicos. Los modelos sirven para simplificar fenómenos y para estimular nuevas líneas de investigación. En una primera etapa de investigación, permiten una descripción que organiza las observaciones. A medida que la disciplina científica madura, el énfasis cambia de la descripción de los eventos a la explicación de los mismos. (Minichiello, Maglio & Schmidt, 2010, p.1).

Los autores sostienen que, en un segundo momento, los modelos familiares han incorporado una perspectiva más amplia cuyo carácter es más social.

Deben considerarse variables muy importantes, que influyen en todo el funcionamiento de la familia, que son la cultura y la historia del sujeto. Pronto se observa que hay más conocimiento sobre el funcionamiento de la familia, así como el desarrollo presente en los conceptos de familia. Aún en la ciencia y la investigación conocidas, podemos encontrar varios modelos de familia. (Minichiello, Maglio, Schmidt, 2010)

El modelo familiar de Minuchin nos muestra que no podemos diferenciar la familia normal de la anormal por la ausencia o presencia de problemas, porque se necesitan conceptos que permitan hacer posible un análisis de la familia. (Minuchin, 1992)

Nuestro estudio toma la psicología sistémica con el concepto de familia de Minuchin para abordar esta variable. Dentro de esta perspectiva y percibiendo la familia como un sistema, deben considerarse tres factores. Primero, la familia tiene una estructura. Es la estructura de un sistema sociocultural en plena transformación. Segundo, la familia se está desarrollando a través de su ciclo de vida. Y en tercer lugar, la familia está pasando por cambios, crisis, dificultades y necesidades de adaptación, y así encontrar el crecimiento psicosocial para cada miembro que le pertenece. (Minichiello, Maglio & Schmidt, 2010)

Minichiello, Maglio, Schmidt (2010) destacan que es posible percibir tres subsistemas presentes en la familia:

“El subsistema conyugal: compuesto por dos adultos que poseen una relación simétrica. Las funciones y pautas son de complementariedad.
El subsistema parental: tiene como tarea la de socializar al niño, hay una permeabilidad en relación al niño pero que debe quedar excluido de las relaciones conyugales.

El subsistema fraterno: es considerado como un laboratorio social de las relaciones, en tanto que los niños aprenden a cooperar, negociar y competir. En familias amplias aparecen subdivisiones al interior (por ejemplo, por edad"). (Minichiello, Maglio & Schmidt, 2010, p.4).

Así, podemos considerar que, para que una familia funcione bien, de manera adecuada, es necesario comprender los límites de los subsistemas, siendo posible, a partir de esto, definir el nivel de cohesión de la familia. Según Minuchin, la familia pasa por presiones internas y externas originadas por sus necesidades específicas y las necesidades presentes en la sociedad. La familia debe adaptarse y manejar los conflictos, negociando reglas y nuevos subsistemas, y transformándose. (Minichiello, Maglio & Schmidt, 2010). También es posible ver que el estrés puede desencadenar una desadaptación familiar, incluso proveniente de situaciones externas como el desempleo, la crisis financiera, la enfermedad.

Barnes citado por Jungermann y Zanelatto (2007) dice que la familia y sus miembros son personas conectadas y es necesario evaluar estas conexiones para entender los comportamientos así como para ser un promotor del cambio no sólo mirando la perspectiva de un individuo. Por lo tanto, hay la presencia de pares de comportamiento que surgen de la interacción entre las personas.

Minuchin (1974) nos muestra que la familia siempre ha sufrido cambios paralelos a los cambios de la sociedad y que la función de la familia posee dos objetivos diferentes, uno interno, es decir, la protección psicosocial de sus miembros y otro de carácter externo que es la adecuación a la cultura y su transmisión.

Cabe destacar que todo estudio con familias debe estar atento a las cuestiones sociales (Minuchin, 1974) porque, como hemos visto, la familia sufre cambios al igual que la sociedad. La familia se adapta a las circunstancias históricas.

Recordando que la familia es un sistema abierto en transformación. Y en este proceso, inevitablemente, habrá conflictos que se resolverán mediante negociaciones de cambios y transiciones, y así la familia se adaptará con éxito. Estos conflictos le ofrecen a la familia una oportunidad de crecimiento, pero si no se resuelven, pueden convertirse en dificultades aún mayores. (Munuchin, 1974).

2.0 Codependencia

Gonçalvez (2010) expresa que la codependencia es una enfermedad grave que necesita tratamiento porque el miembro de la familia se vuelve dependiente cuando cuida a alguien. La persona con esta enfermedad asume un comportamiento compulsivo cuando el familiar descubre que un pariente está involucrado con drogas, ya sufre con anticipación, ya que la situación empeora, sufriendo aún más, experimentando síntomas de estrés.

La codependencia es compleja. Las personas son complejas, cada persona es diferente, al igual que las situaciones son diferentes, algunas personas tienen experiencias extremadamente debilitantes y dolorosas con la codependencia, otras están moderadamente afectadas. A veces la codependencia es la respuesta al consumo de drogas de otra persona, a veces no. Cada codependiente tiene una experiencia diferente, derivada de su situación, historia y personalidad. (Beatte, 2007)

Stanton, Todd y otros (2006) señalan que la drogadicción puede considerarse un proceso cíclico en el que intervienen tres o más individuos: el adicto y sus padres, personas que constituyen un sistema íntimo, interdependiente e interpersonal. Hay momentos en que el equilibrio de este sistema se ve amena-

zado, por ejemplo, en una situación de separación matrimonial. Cuando esto sucede, el adicto cambia su comportamiento y crea una situación en la que necesita atención, haciéndolo que consuma más drogas, por lo que los padres pasan del conflicto matrimonial al apego parental.

Deusen, Stanton, Scott, Todd y Mowatt (2006) afirman que cuando los miembros de la familia se involucran en el tratamiento de su familiar, el sistema puede modificarse con el fin de ayudar de manera positiva al dependiente químico a superar la adicción en lugar de mantener el comportamiento. Esto nos convence de que la participación de la familia es extremadamente valiosa para tratar a los adictos que buscan ayuda para superar esta problemática.

3.0 La estructura y el contexto familiar y la influencia en la recuperación de la FD

En cualquier caso, cuando hay una familia que vive con el problema de las drogas, también hay una familia que sufre mucho, porque no quiere creer en la realidad. El mayor deseo de la familia es tener a su miembro (hijo, esposo, esposa) inmune a las drogas o alejado de este problema que tanto ha afectado a nuestra sociedad.

Como nos muestran Arterburn y Burns (2012), todo padre quiere creer que sus hijos escapan de la epidemia de dependencia química, sin embargo no hay manera de hacerlos inmunes y todos están a merced de esta situación. Basándose en estos datos, la familia pensó que tal cosa nunca les sucedería.

La negación surge en el proceso en el que la familia niega lo que está sucediendo y ocurre de varias maneras. El objetivo es no entrar en contacto con los que sufren, porque sienten vergüenza y culpa. Arterburn y Burns (2012). Esto

demuestra el temor de ver a los niños y a los familiares cercanos en contacto con las drogas. También es un mecanismo de defensa.

La familia está atravesada por un intenso sufrimiento, sentimientos de ira, una sensación de fracaso e impotencia que afecta a las relaciones de manera intensa y destructiva. La agresividad y la violencia presentes en el comportamiento del dependiente químico provocan miedo e inseguridad, principalmente debido a la falta de conocimiento de qué hacer ante la situación y a la falta de apoyo de los servicios de salud (Pinho et al., 2012; Seadi y Oliveira, 2009; Siqueira et al., 2012 en Costa, Cenci & Spies, 2014).

Una encuesta realizada en 2010 con 256 familias colombianas corrobora los resultados de la investigación nacional sobre las asociaciones entre las relaciones familiares disfuncionales y el consumo de drogas por un miembro de la descendencia. Los factores de protección señalados fueron las demostraciones de afecto, mediante juegos y conversaciones de apoyo social, la resolución de conflictos mediante el diálogo, la flexibilidad en la educación familiar y la existencia de normas. Por lo demás, los factores de riesgo encontrados fueron la baja cohesión familiar, las dificultades para tomar decisiones y resolver problemas mediante la participación democrática de todos los miembros de la familia, la comunicación disfuncional y la ausencia de relaciones afectivas y de cuidado (Arias y Ferriani, 2010 apud Costa, Cenci & Spies, 2014).

La mayor influencia sobre sus hijos en relación con las drogas y las bebidas ilícitas son los padres. Muchos estudios muestran que cuando los niños y adolescentes tienen contacto con las drogas, es más probable que se conviertan en consumidores de drogas porque aprenden a comportarse de esta manera, es

decir, cualquier dificultad o frustración que tengan recurrirá a las drogas para su alivio.

Andrade, (2011) Rodrigues y otros (2012) explican, en un estudio con familias en situación de drogas, los factores que indican la fragilidad de los vínculos matrimoniales y parentales, los problemas para imponer límites e incluso para seguir el desarrollo de los hijos. Estos factores, sumados a la falta de apoyo de otros segmentos de la red primaria, como los amigos y vecinos, y de la red secundaria, como las escuelas y la comunidad local, pueden haber contribuido a la exposición de la descendencia a los riesgos y a aumentar las posibilidades de que se involucre en drogas, corroborando otros estudios que apuntan a esta perspectiva.

Las investigaciones realizadas con los familiares de los adictos al crack indican que los contratiempos a los que se enfrentan las parejas han repercutido negativamente en las interrelaciones dentro del núcleo familiar y han perjudicado la funcionalidad de los subsistemas al predisponer a la familia a condiciones de vulnerabilidad. (Costa, Cenci & Spies 2014).

Costa, Cenci, Espías (2014) nos muestran que la dependencia química de un niño implica mucho sufrimiento tanto para la familia como para el propio dependiente. Se experimenta como un decreto de bancarrota de la familia ideal. En este estudio, se comprueba que hacer frente a la adicción se ha convertido en una oportunidad para vivir en la conyugalidad y fortalecer el vínculo familiar.

Según Fligie (2007), citado en Cardim y Lourenço (2008), la terapia cognitivo-conductual considera el abuso de drogas como una conducta condicionada, reforzada por indicios, insinuaciones y contingencias dentro de la familia.

Según los estudios de Stempliuk y Burziteim (1999), sobre los familiares de los adictos a la cocaína, se percibe la presencia de una madre sobre protectora, apegada y permisiva. Madres que niegan el problema o se esconden en un intento de preservar a otro pariente. El padre aparece como una figura distante, que no se involucra en el problema familiar, alguien que prefiere otorgar su autoridad paterna e involucrarse en otras actividades. Fleming (2001) nos muestra que los factores familiares juegan un papel esencial en la génesis y desarrollo de la adicción.

Como nos muestra Horta (2007), la Clínica Engaged amplía la mirada sobre estos fenómenos y se acerca a las familias en las condiciones históricas y sociales, específicas de cada época. La familia no es aquí sinónimo de la causalidad de los fenómenos, pero es una parte activa de los procesos, una interacción de producción de sentidos y narrativas que reconstituyen la memoria y hacen historia. Las familias pueden ser protectoras o fuentes de procesos que generen sufrimiento.

Rigotto y Gomes (2002) nos señalan que las situaciones de desamparo están asociadas al conflicto entre estos jóvenes y sus familias. En un estudio sobre los adictos y la prioridad de las recaídas, se llegó a la conclusión de que la elección de la droga implica abandonar el hogar aunque se tenga que vivir en la calle, pero las condiciones de debilidad y la cronicidad del consumo provocan el pedido de ayuda a los familiares que fuera tan a menudo ofrecida, pero que hasta cierto momento negado.

En este mismo estudio, la familia y sus vínculos aparecen como base para reestructurar la vida de estos jóvenes, como un motivador para buscar la abstinencia y la recuperación. Así pues, también se reconocieron como fuentes de apoyo para la familia, los grupos de autoayuda, la religión y el acompañamiento psicológico. Los padres, tíos y esposas en el entorno familiar son las personas de referencia, favoreciendo el apoyo positivo en la rehabilitación. (Rigotto y Gomes, 2002).

Por lo tanto, podemos afirmar que la dinámica de la familia tendrá una fuerte influencia en el camino que recorrerá el DQ frente a las drogas, así como en el camino que lleva a la recuperación y sus probables recaídas. Si se trata de una familia funcional, en la que no hay situaciones conflictivas, o incluso si generan sufrimiento, será más fácil de manejar y tener una influencia positiva en el uso y el abuso de drogas.

De igual manera, la estructura familiar de un padre, una madre y un presente podrá resistir más eficazmente la influencia de la droga dentro de la familia y promover un entorno saludable para la recuperación de un adicto.

Según Brown, Tate y otros (1999), una relación familiar estable acompañada de una buena educación impartida por los padres constituyen un buen aparato emocional para los niños, porque es a partir del aprendizaje de los padres que se tiene un gran impacto al llegar a la etapa de la adolescencia. La asociación por parte de los padres en relación al uso de SPA tiene que ver con el uso de sus hijos.

Por lo tanto, podemos entender que una familia cohesionada puede influir en la recuperación del QD, propiciando recaídas o no, no estamos señalando a

la familia como culpable, sin embargo, podemos observar claramente la fuerte referencia que los padres tienen en la vida de sus hijos, cuánto comportamiento puede reproducirse en el caso de padres dependientes, y también cómo el contexto social puede dejar al sujeto vulnerable, tanto para iniciarse en el campo de las drogas, como para no resistirse y volver a consumir.

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan las formas en que los miembros de la familia interactúan. La familia actúa a través de pautas transaccionales, reglas que demuestran el papel de cada uno en la familia. Las agendas transaccionales sirven para regular el comportamiento de los miembros de la familia. (Minuchin, 1974).

Como nos muestra Sampaio (1984), la familia se define como un sistema, es decir, un conjunto de personas entrelazadas por sus relaciones, pero estas personas se relacionan con el entorno en el que buscan mantener el equilibrio dentro de este complejo proceso. Se enfrentan a crisis, lo que exige un reajuste constante para mejorar el funcionamiento de la familia.

Prata y Santos (2007) destacan que es necesario que la familia pueda superar las crisis que atraviesa logrando modificarse, incluyendo las diferencias de cada uno de los miembros que la unen como familia, como los problemas que se presentan durante la adolescencia. La adolescencia ha sido objeto de muchos estudios y hay pruebas de que la familia desempeña un papel importante en el desarrollo de sus miembros, especialmente en esta fase.

Jungerman y Zanelatto (2007) nos muestran que el problema de la dependencia en el contexto familiar está estrechamente vinculado a factores de ansiedad en el sentido de que el miembro de la familia quiere obtener respuestas a

sus preguntas. Muchas veces el familiar que participa en el grupo cree que sólo su presencia en el grupo garantiza la "cura" o que el tratamiento debe proporcionar la mejoría del familiar que usa drogas.

4.0 La familia como factor de riesgo o protección para la recaída

Conocer y comprender cómo funciona la familia y si puede ser un factor de riesgo o protección puede apoyarnos en el trabajo con programas de tratamiento efectivo de QD. Sabemos que la adicción al alcohol y todas las drogas existentes tienen muchas implicaciones en este complejo universo. Tenemos que considerar los factores sociales y económicos y los diversos tipos de familias que existen en nuestra sociedad. Destacando que la situación de vulnerabilidad predispone al uso y abuso de SPA. Sabemos que hay muchos problemas derivados de la adicción a las drogas lícitas e ilícitas, pero a menudo no se presta suficiente atención a las relaciones familiares, así como al factor de riesgo y a la protección que puede ser un factor desencadenante de las recaídas.

Se observa que en el entorno familiar de los alcohólicos y otros drogadictos hay una gran demanda de sufrimiento además de sentimientos negativos que llevan a los miembros de la familia a descargar sus tensiones de manera negativa y disfuncional. Beck (1976) menciona creencias en las que el individuo demuestra en sus actitudes y formas sus pensamientos y emociones (Dobson & Dozois, 2006).

Por todo esto nos preguntamos cuál es el riesgo y la protección, qué sería poner a la familia en riesgo de una recaída, o incluso cómo sería proteger a un ser querido de reanudar el comportamiento de usar la droga. Sobre el riesgo y la protección, Shencker y Minayo (2003) lo aclaran:

Proteger es una noción que forma parte del contexto de las relaciones primarias y del universo semántico de las políticas sociales. Significa, sobre todo, ofrecer condiciones para el crecimiento y el desarrollo, para apoyar y fortalecer a la persona en formación. El término factores de riesgo se refiere a las condiciones o variables asociadas con la posibilidad de resultados negativos para la salud, el bienestar y el rendimiento social. (Shencker y Minayo, 2003, pág. 708).

Stanton, Todd y Cols (2006) señalan que el abuso de drogas suele originarse en la adolescencia y está vinculado a un proceso de crecimiento normal, aunque problemático, a nuevos comportamientos y experiencias, al desarrollo de relaciones íntimas y heterosexuales, así como a relaciones familiares.

Se ve en los estudios sobre la adicción y los miembros de su familia, que hay, en el patrón de crianza de niños adictos varones, una madre involucrada en una reacción indulgente, apegada, sobre protectora y permisiva hacia el adicto y el adicto ocupa la posición de un niño favorecido. Por el contrario, hay un padre distante, separado y ausente. Las relaciones entre padres e hijos, en las que el niño es un adicto, en comparación con las familias normales, están marcadas por el conflicto y son descritas por el adicto como muy negativas con disciplinas groseras e incoherentes y, generalmente, son padres que consumen alcohol. Stanton, Todd y asociados (2006).

Stanton, Todd y Cols (2006), según se cita en Schwartzman, describen dos tipos de padres adictos: el primero es un hombre violento, pero fácilmente controlable por su madre; y el segundo tipo es un padre distante que es el segundo después de su madre en el poder de la familia. Los hermanos del adicto pueden tener una relación más positiva con el padre. A diferencia de los hombres, las mujeres adictas tienen madres consideradas sobre protectoras y autoritarias, y sus padres son considerados no aptos, sexualmente agresivos, alcohólicos, y el incesto y la violencia sexual son frecuentes. Según las estimaciones,

en el 90% de los casos también es posible verificar la presencia de la privación parental, en la que hombres y mujeres podrían experimentar la muerte o la separación de uno de los progenitores, comúnmente ocurre la pérdida del padre.

Los autores mencionados señalan que en los estudios sobre el uso indebido de drogas, el grado en que los consumidores de drogas se relacionan con las personas que las crearon pasa desapercibido, y que hay pruebas de que a pesar de demostrar un comportamiento independiente, la mayoría de los FD mantienen estrechos lazos familiares y, aunque no vivan con sus padres, pueden residir cerca. Sin embargo, cabe señalar que el hecho de vivir con sus padres o de verlos con frecuencia no es en sí mismo un indicio de disfunción. Tales situaciones pueden ser naturales dependiendo del contexto sociocultural. El apego a la familia no implica adicción a las drogas. Lo que debe observarse es la calidad de las relaciones familiares y la estructura operativa y funcional dentro de las familias en las que hay DQ. Stanton, Todd y empleados (2006).

Según Stanton, Todd y Cols (2006), numerosos factores extra familiares también pueden influir y amenazar el sistema familiar y desencadenar el ciclo de la adicción, que puede incluir la pérdida de un empleo, la muerte de los padres, una enfermedad grave en un miembro de la familia, el matrimonio o la partida de un hermano. Los sistemas sociales y las instituciones jurídicas también pueden afectar al adicto, pero la influencia de la familia es primordial y primordial. Esta influencia familiar puede suavizar o acentuar el impacto de las fuerzas internas. Cualesquiera que sean las variables que afectan al inicio de la adicción, en los casos en que hay familias presentes, podemos mantener que la familia es un

factor crucial para determinar si se debe o no permanecer en la adicción a las drogas.

Hacemos hincapié en que con un tratamiento eficaz, la familia puede contribuir a que el adicto abandone la droga. Los padres se encargan de interceptar los viejos hábitos y producir otros nuevos en los que las relaciones y los patrones de comportamiento aprendidos pierden fuerza. El hecho de tener en cuenta el papel de la familia y su funcionamiento puede suponer un riesgo o una protección y hacer posible los éxitos o fracasos del tratamiento. En algunas familias, la presencia del adicto en un programa de tratamiento es suficiente para mantener la estabilidad familiar, pero en otras, esto no es suficiente, y ante una crisis o problema familiar, el adicto abandona el tratamiento reanudando el comportamiento de uso de la droga. Stanton, Todd y asociados (2006).

Jungermam y Zanelatto (2007) señalan que los estudios demuestran la importancia de la familia. Está estrechamente relacionado con el aumento de la demanda de tratamiento por DQ. Cuando el QD busca ayuda, la familia se siente más feliz sin importar el comportamiento del familiar adicto.

Jungermam y Zanelatto (2007) señalan en su libro para el tratamiento de los consumidores de marihuana y sus familiares que muchos estudios han demostrado que cuando las familias participan activamente, es decir, con un tratamiento adecuado para ellos, esto corrobora el cese del comportamiento del adicto en el uso de la droga. Esto confirma la hipótesis de que es positivo seguir no sólo al adicto, sino a toda la familia, incluso en los casos en que hay muchas recaídas, hay una mejora en la relación familiar, que es un factor de protección.

Los autores mencionados también señalan el gran apoyo familiar que el grupo Al-Anon ha ofrecido durante mucho tiempo en nuestra sociedad y que las familias que reciben este apoyo han demostrado en estudios que existe una considerable disminución del estrés, la depresión y los sentimientos negativos, y esto es un aspecto positivo. Jungermam y Zanelatto (2007).

También cabe destacar la presencia de numerosas casas de recuperación para adictos que mantienen grupos de apoyo enfocados a las familias, comunidades terapéuticas, la Red de Abrazos, CAPS, CAPS AD, clínicas privadas que dedican esfuerzos a cambiar el comportamiento adictivo y ayudan a la familia a proporcionar calidad en la recuperación y el tratamiento de la dependencia química.

Tercera parte: Estrategias de Afrontamiento

Por estrategias de afrontamiento, nos referimos a las acciones, comportamientos y pensamientos de la persona para hacer frente a situaciones estresantes. Folkman y Lázaro (1980) se dan cuenta de que el mayor uso de la estrategia de afrontamiento en el medio ambiente se centra en el problema y también está el Abordaje en la emoción. De este modo, el afrontamiento se entiende como el esfuerzo cognitivo y de comportamiento para hacer frente a la adversidad, el estrés, las situaciones externas o internas, sin importar si estas situaciones provienen de la familia, el trabajo o si son causadas por un evento emocional.

Como nos muestran Antoniazzi, Dell'Aglio y Bandeira (1998), las estrategias de afrontamiento son utilizadas por la gente como un esfuerzo para tratar situaciones crónicas y agudas y su investigación es amplia.

Rice (1984) nos enseña que enfrentarse significa, literalmente, enfrentarse a un obstáculo, enfrentarse también significa superar una amenaza, algo que debe ser superado. Sin embargo, los esfuerzos del afrontamiento no siempre son saludables y constructivos, y a menudo son perjudiciales porque hay sujetos que adoptan estrategias que conducen a otros problemas.

Para abordar la cuestión de las estrategias de afrontamiento, es necesario comprender el concepto de evaluación (Appraisal). Camerini (2008) nos dice que la evaluación consiste en establecer la relación entre la situación y el entorno y los objetivos personales. Este no es un proceso consciente, sino inconsciente y automático, no consiste en pasos, pero podemos analizarlo y describirlo como un proceso integrado por un proceso de evaluación primaria y secundaria, integrado por tres componentes: La evaluación primaria se refiere a la forma en que

la situación afecta a los objetivos de la persona. Está integrado por tres consideraciones, a saber: la relevancia o no relevancia es si la situación influye en las metas y objetivos. La congruencia dice si la situación es propicia para el logro del objetivo, o si es desfavorable. La clase de implicación del ego significa saber qué aspectos afectan a la identidad de la persona, es decir, si afecta a la autoestima, a la estima social, a los valores morales, a las creencias, a los objetivos vitales, a otras personas y a su bienestar. La evaluación secundaria se refiere a las posibilidades de afrontamiento, los recursos disponibles y las expectativas de un futuro.

Debido a la función de adaptación de las emociones, esta evaluación es esencial. La capacidad de afrontamiento se refiere a las habilidades que la persona cree tener para enfrentar la situación, las posibilidades que la persona cree tener para resolver los inconvenientes, para superar los obstáculos y vencerlos. (Camerini, 2008).

Compas (1987) nos dice que la definición de afrontamiento incluye las reacciones al estrés y todas las formas de lidiar con el estrés. Los esfuerzos de afrontamiento pueden estar centrados en el problema (el afrontamiento centrado en el problema) o centrados en la emoción, las propuestas originales de Lázaro y Folkman, es decir, el esfuerzo de actuar en el acontecimiento estresante incluye estrategias entre el individuo y el entorno.

Carver, Scheier & Weintraub (1989); Endler & Parker (1999); Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro & Becker (1985) informan que clasifican las estrategias de afrontamiento como función en dos categorías: afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción. Cuando pensamos en el

afrontamiento centrado en el problema, podemos percibir que el individuo se compromete a gestionar o modificar el problema o la situación que causa el estrés, en un intento de controlar o hacerle frente a la amenaza, el daño o el desafío; por lo tanto, tenemos estrategias activas de contacto con el hecho estresante, como la solución de problemas y la planificación. El afrontamiento centrado en la emoción regula la respuesta emocional causada por el problema por el que atraviesa la persona, y puede haber un comportamiento de retraimiento, como la negación o la evasión. Sin embargo, se pueden utilizar simultáneamente diferentes estrategias de afrontamiento para lidiar con la fuente de estrés. Los estudios también han identificado otras estrategias de afrontamiento, como la búsqueda de apoyo social, la religiosidad y la distracción.

Los autores destacan que el afrontamiento en el modelo interactivo de estrés observa los resultados de la adaptación y no los aspectos psicopatológicos de las posibles respuestas al afrontamiento; valora las diferencias individuales, tanto en la evaluación como en el uso de las estrategias de afrontamiento; entiende el afrontamiento en el contexto de la situación específica y las demandas particulares, es decir, la singularidad presente en el contexto del acontecimiento estresante. Carver, Scheier & Weintraub (1989); Endler & Parker (1999); Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro & Becker (1985).

Los autores que consideran el afrontamiento como una respuesta a acontecimientos estresantes reconocen que ciertas estrategias pueden estar más influenciadas por características de la personalidad, pero también pueden estar más influenciadas por aspectos situacionales. (Folkman & cols., 1986).

Antoniazzi, Dell'Aglio, y Bandeira (1998) nos dicen que los comportamientos asociados con el afrontamiento pueden ser aprendidos, usados o descartados, y pueden ser flexibles e intencionales dentro de una realidad dada y orientados al futuro.

Lazarus y Folkman (1984) nos traen una perspectiva para el afrontamiento a través de un Abordaje cognitivo. Esta estrategia de afrontamiento se ha vinculado a situaciones estresantes. Así pues, este pensamiento sobre las estrategias de afrontamiento pone de relieve que estas pueden variar de un momento a otro durante las diversas circunstancias estresantes. (Antoniazzi, Dell'Aglio, y Bandeira, 1998).

Cabe señalar que los autores Lázaro y Folkman (1984) señalan que el modelo de estrés y afrontamiento implica algunos aspectos a destacar, como: El afrontamiento es un proceso y su función es lidiar con el evento estresante y no

controlarlo, otro aspecto y todo el proceso de afrontamiento implica una evaluación donde el sujeto hace esfuerzos cognitivos y de comportamiento para lidiar con el estrés ocurrido. (Antoniazzi, Dell'Aglio, y Bandeira, 1998).

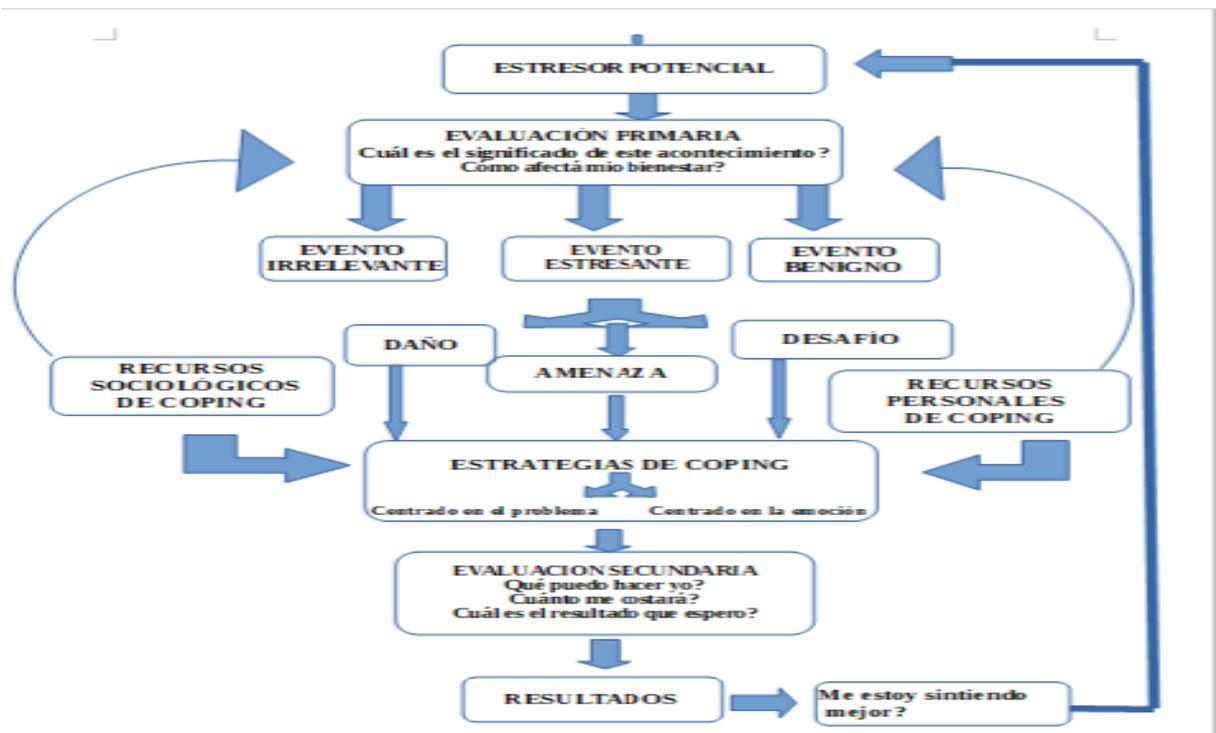


Figura 3: Modelo de afrontamiento, propuesto por Lázaro y Folkman (1984)
Fuente: Lázaro y Folkman (1984)

De la tabla anterior, podemos afirmar que las estrategias empleadas por el sujeto dependerán de la evaluación que haga de la situación, es decir, de lo que implique este evento... ¿Cómo influye en mi vida? Luego, a partir de esta evaluación, el sujeto definirá el tipo de acontecimiento al que se somete, si es irrelevante, si es estresante o incluso benigno, con preguntas para sí mismo, se pregunta si es un desafío, si es una amenaza o un daño. De este modo, se percibe que depende mucho de cómo el sujeto ve una circunstancia adversa. Posteriormente, la persona utilizará recursos de *coping* de naturaleza interna y social y podrá utilizar estrategias de *coping* centradas en la emoción y el problema. Después de esto, hay aún una evaluación secundaria donde se pregunta: ¿qué

puedo hacer? ¿Qué estrategias puedo usar? Y así llegar a un resultado satisfactorio o no.

Como vemos en Lázaro y Folkman (1985), el inventario de estrategias de afrontamiento es un cuestionario que contiene 66 frases que abarcan los pensamientos y acciones que las personas utilizan para hacer frente a las demandas internas o externas de un evento estresante específico. En las entrevistas, normalmente se cuenta lo que pasó.

Sávoia, Mejias y Santana (1996), en sus estudios sobre la validación del inventario de Lázaro y Folkman, verificaron que hay eficacia para los estudios de afrontamiento (*coping*), según las normas de la psicología. A menudo, las formas de estrategias se refieren a tipos de acción reconocibles (Lázaro, 1996). Al mismo tiempo, las categorías deben clasificarse en un orden superior (por ejemplo, el abordaje centrado en las emociones para afrontamiento de la situación) de acuerdo con sus funciones de adaptación. Si bien éstas también suelen ser categorías de afrontamiento, nos referimos a ellas como "familias" de "*coping*" para explicar que representan una categoría de orden más amplia dentro de la cual se anidan las formas inferiores de orden de afrontamiento y que son, en su mayor parte, multidimensionales y multifuncionales.

Los abordajes ascendentes se refieren a las estrategias utilizadas para clasificar los casos de afrontamiento en categorías de orden inferior. En general, esas clasificaciones se basan en elementos individuales en los que los participantes indican la medida en que presentaron un comportamiento de afrontamiento específico (por ejemplo, "traté de averiguar qué hacer", "recibí consejos

de alguien", "ignoré", "bebí mucho") para hacer frente al acontecimiento estresante o al estrés en general. La estrategia más utilizada para clasificar los artículos es la exploratoria. (Skinner *et al*, 2003)

Desde el punto de vista cognitivo, las estrategias de afrontamiento, según Folkman y Lázaro (1980), se dividen en dos categorías funcionales: afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción. Por lo tanto, el afrontamiento se define como un conjunto de esfuerzos, cognitivos y de comportamiento, que surgen en situaciones de estrés. Esta definición demuestra que las estrategias de afrontamiento son acciones deliberadas que pueden aprenderse, utilizarse y desecharse.

Las estrategias de afrontamiento se dividen en Estrategias de afrontamiento, estrategias de retirada, estrategias de autocontrol, estrategias de apoyo social, estrategias de aceptación de responsabilidad, estrategias de fuga-evasión, estrategias de solución de problemas, estrategias de re evaluación positiva.

La estrategia de afrontamiento se produce cuando la persona presenta una actitud activa hacia el factor estresante.

La estrategia de salida está relacionada con las estrategias para a la defensiva. El individuo evita enfrentar la amenaza, no cambia la situación.

La estrategia de autocontrol se refiere a los esfuerzos de la persona por buscar el control de las emociones frente a los estímulos estresantes.

La estrategia de apoyo social está relacionada con el apoyo que se encuentra en las personas y el medio ambiente.

La estrategia de aceptar la responsabilidad corresponde a la aceptación de la realidad y a la participación en el proceso de hacer frente a la situación estresante.

La estrategia de fuga-evasión se produce cuando el individuo fantasea con posibles soluciones al problema, pero no toma medidas para cambiarlas realmente. Tiende a huir o evadirse evitando el sufrimiento.

La estrategia de resolución de problemas presupone una planificación adecuada para hacer frente a los factores estresantes, tratando de modificar lo que está causando el estrés.

La estrategia de re evaluación positiva se dirige al control de las emociones relacionadas con la tristeza como forma de re interpretación, crecimiento y cambio personal.

Por lo tanto, la identificación y comprensión de las estrategias de afrontamiento que el miembro de la familia utiliza cuando se enfrenta a una recaída debería ser útil para prevenir las recaídas, reducir el sufrimiento psíquico presente en las familias con este problema y ayudar en el proceso de adaptación a la situación de la drogadicción.

1.0 Afrontamiento de problemas y afrontamiento de emociones

Lázaro y Folkman (1984) nos muestran que una de las formas de tratar de cambiar los problemas es tratando de cambiar la relación entre la UE y el medio ambiente. Este tipo de estrategia de afrontamiento se centraría en el problema. Esta sería una forma más racional de tratar el evento estresante o de resolver el problema. Antoniazzi, Dell'Aglio y Bandeira (1998) aclaran que las estrategias centradas en el problema son las más utilizadas para modificar una

determinada situación de estrés. A partir de ellos, puede producirse una reestructuración cognitiva o una re significación del elemento estresante.

Lidiar con eventos estresantes causa reacciones emocionales. El afrontamiento o el afrontamiento centrada en la emoción tiende a reducir el sufrimiento o el dolor emocional. Rice (1984) nos muestra un importante factor a tener en cuenta. Argumenta que el afrontamiento de los problemas y el afrontamiento de las emociones no se producen de forma independiente. Sabemos que las estrategias centradas en las emociones implican pensar más que actuar y se utilizan en situaciones difíciles de cambiar. Estos incluyen temas como: aceptación de una enfermedad, recursos de apoyo social, distanciamiento, distracciones, pensamiento positivo, uso de sustancias. Lázaro y Folkamn (1984).

También es imperante señalar que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción o el problema no pueden o deben verse independientemente una de otra, ya que ambas se complementan entre sí, exhortan a Lázaro y Folkman (1984). También podemos entender que ambas estrategias se utilizan a mayor o menor escala y son apropiadas para cada tipo de situación o razón estresante.

Según Khalili, Farajzadegan, Mokarian y Bahrami (2013), las estrategias de afrontamiento que tienden a centrarse en la emoción son más abordadas por las mujeres. En la evaluación de la capacidad de afrontamiento hay que tener en cuenta, sin embargo, situaciones del sujeto como: la cultura, el nivel socio económico, es decir, todo el contexto social del individuo y sus características de personalidad.

3 Marco conceptual

A partir de la revisión de la literatura contemplada en esta tesis doctoral, presentamos en este capítulo el marco conceptual de nuestra investigación. Se basa en los resultados interpretados en este estudio. Las estrategias de afrontamiento de la familia de adolescentes adictos en recaída se destacan como nuestro principal objeto de estudio, y es necesaria la definición conceptual de estas variables. También presentamos el actual estado del arte. En este punto, presentamos la investigación encontrada en las bases de datos Scielo, Redalyc y Pubmed. Privilegiamos las publicaciones de los últimos 10 años. Estas fueron investigadas durante el período de tres meses (enero a marzo de 2015), en una búsqueda con las palabras clave: familia, adictos, estrategias de afrontamiento, recaída, drogas, adolescentes, entre otras que aseguran la originalidad de esta tesis y señalan su importancia.

Sin embargo, hacemos hincapié en que los conceptos de control de calidad son extremadamente importantes y presentamos aquí nuestra posición sobre estos conceptos. Así, contemplaremos los siguientes conceptos que nos ayudan a entender los fenómenos estudiados aquí.

Primero, nos acercaremos al concepto de familia porque es el centro de nuestra pregunta. Luego, el concepto de adolescencia porque es un factor relevante en nuestra investigación para conocer y definir el significado de esta población que estudiamos. En tercer lugar, contemplaremos el concepto de estrategias de afrontamiento porque es necesario, a partir de los resultados, señalar la importancia que tiene esta variable. Cuarto, veremos el concepto de FD, en el que la familia del adicto está involucrada y ciertamente afectada. Y quinto, no

porque sea más o menos importante, el concepto de recaída, un fenómeno que hemos observado en familias que viven o conviven con un FD.

El orden en que se presentan los conceptos no los define como de mayor o menor importancia, sino que cumple los criterios de selección de este estudio. Sabemos lo relevante que es, por tantos autores que se estudian en esta tesis, definir estos conceptos a los que podríamos llegar a partir de los resultados encontrados y obtener definiciones aproximadas de una realidad empírica.

Por ello, es importante mencionar que los conceptos son definiciones que, a lo largo del estudio, han sido exploradas e investigadas y, aunque muchos autores ya lo han dicho, podemos posicionarnos en cuanto al concepto más adecuado para nuestra tesis aquí defendida, el concepto que, sin duda, nos encuadra dentro del tema abordado.

1.0 Estado del arte actual

1.1 Encuestas sobre la familia de los adictos

1. Paz F. P; Colossi P, M. (2013) Aspectos de la dinámica familiar con dependencia química.

Objetivo: Identificar la dinámica de las relaciones en el contexto familiar, así como comprender la dinámica de la familia químico-dependiente.

Abordaje: familia sistémica

Muestra: Se trata de un estudio de caso exploratorio, un caso único de una familia compuesta por dos personas (un familiar y un dependiente químico). La familia fue acompañada en la psicoterapia y tenía como criterio incluir la frecuencia del paciente al programa CAPS.

Resultados: Los resultados determinan que la presencia de la familia puede considerarse un factor de riesgo o de protección en relación con el consumo de drogas. Comprende que el síntoma regula el sistema familiar, pero también denuncia sus dificultades para hacer frente a crisis específicas a lo largo del ciclo de vida.

2. Baharudin, D. F; Zakaria, M.Z; Ahmad, Z.A.; Hussin, A.H.M.; Mohamed, S.; Sumari, M.; Perdani, R. Sawai (2012) The experience of Family support by people in the recovery of drug addiction. Facultad de liderazgo y administración. La Universidad Sains Islam. Malasia.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue examinar las experiencias de apoyo familiar en relación con las drogas.

Muestra: Se trata de un estudio cualitativo que utiliza entrevistas semiestructuradas con cuatro consumidores de drogas en recuperación. Se identificaron varios temas en relación con la literatura sobre el apoyo familiar a las personas en recuperación.

Abordaje: Sistémico.

Resultados: Los resultados señalaron la importancia del apoyo familiar en la drogodependencia.

3. Abbas, S, Farhad, A. Sajjad, S. Nikooy, K.E. (2014) La relación entre la cohesión familiar y las estrategias de afrontamiento con una actitud positiva ante la adicción entre los estudiantes universitarios. Universidad de Guilan, Irán.

Objetivo: El objetivo del estudio era investigar la relación entre la cohesión familiar y las estrategias de afrontamiento con actitudes positivas ante la adicción entre los estudiantes.

Abordaje: Cognitivo-conductual.

Muestra: Se trata de un estudio descriptivo con una muestra de 200 estudiantes universitarios seleccionados de la Facultad de Letras de la Universidad de Guilan, a través de una muestra aleatoria, en 2013 y 2014. Se aplicó un inventario para situaciones de estrés y también un cuestionario.

Resultados: Los resultados expresan que había una relación positiva significativa entre las actitudes positivas hacia la adicción con la emoción y la evaluación con las estrategias de afrontamiento específicas. Además, los resultados mostraron que había relaciones significativas entre las actitudes positivas hacia la adicción con las estrategias de afrontamiento y la cohesión familiar.

4. O' Farrell, T.J.; Clements, K. (2012) Review of outcome research on Marital and Family therapy in treatment for alcoholism. Diario Familia Marital. Boston

Objetivo: Esta es una revisión de estudios controlados con terapia de pareja y familiar en el tratamiento del alcoholismo.

Abordaje: MFT (Terapia de Pareja y Familia) sistémica.

Muestra: Estudios revisados desde 2003.

Resultados: Se llegó a la conclusión de que cuando un alcohólico no está dispuesto a buscar ayuda, la MFT es eficaz para ayudar a la familia a manejar mejor y motivar a los alcohólicos a entrar en el tratamiento, por lo que a partir de este estudio se pudo concluir que el abordaje de la terapia de transferencia de material es claramente más eficaz que el tratamiento individual.

5. Horta, R., L., (2007) *Women and Drugs: What does the family have with it?* Argumentos del discurso contemporáneo. Universidad Católica de Rio Grande do Sul.

Objetivo: Este estudio amplía la perspectiva del fenómeno desde una perspectiva de género, centrándose en el examen de la relación entre las mujeres y las sustancias psicoactivas.

Abordaje: Psicología social

Muestra: El espacio mediático, a través de los vehículos de la prensa escrita *Veja*, *Zero Hora*, *Diário Gaúcho* y *Correio do Povo*, se toma como fuente documental para responder a la pregunta del título: ¿Qué tiene que ver la familia con eso? Los textos fueron seleccionados por minería (extracción) de textos y sometidos a un análisis argumentativo que conduce a la identificación de las principales proposiciones, cada una de las cuales se despliega en datos, garantías, apoyos y refutaciones.

Resultados: Se destacaron dos conclusiones: la aparición de estereotipos -algunos de ellos de género- y la importancia de los silencios percibidos. Se destacaron tres estereotipos: la distinción de sexo para las categorías profesionales, los matrimonios mencionados siendo todos heterosexuales, y las medidas terapéuticas mencionadas incluyen sólo la hospitalización y la orientación médica para detener el uso de la sustancia. El silencio pasa casi desapercibido. El silencio es el hecho de que, en ningún texto, las cuestiones relacionadas con las sustancias psicoactivas se relacionan con el orden político y económico o con las dimensiones sociales e históricas de las comunidades. La proximidad entre

estos silencios y estereotipos (de género o relacionados con las funciones parentales) da lugar a una pauta repetitiva de atribución de los problemas de drogas a los individuos o las familias. Esto establece una forma discreta de apoyo tanto al Estado como a los mercados vigentes, manteniendo el tejido social permeable a los productos que son las sustancias psicoactivas. El estudio lleva a recomendar el desarrollo de una nueva pedagogía para las familias, a través de un trabajo conjunto entre la población general y los profesionales de los medios de comunicación, la salud, la educación y las ciencias sociales. Esta propuesta debe garantizar siempre espacios de diálogo con menos silencio.

1.2 Investigación sobre la recuperación de los adictos

1. Sousa, P. F.; Ribeiro, L.C.M.; Melo, J.R.F.; Maciel, S.C; Oliveira, M.X. (2013). Los dependientes químicos en el tratamiento: un estudio sobre la motivación para el cambio

Objetivo: Identificar las etapas de motivación para el cambio en los consumidores de alcohol y crack institucionalizados.

Abordaje: Psicología del comportamiento.

Muestra: 200 dependientes químicos en tratamiento.

Resultados: Se encontró que la mayoría de los participantes están en la etapa de contemplación, mientras que los que están en recuperación debido al uso de crack presentan una mayor motivación para el cambio en comparación con los individuos dependientes del alcohol.

2. Costa C. B, Cenci, C.M.B., Spies, D.W. (2014). La unión y la crianza de los hijos frente a la adicción al crack de un niño

Abordaje: Familia Sistémica

Objetivo: Conocer las repercusiones de la adicción al crack de un niño en la dinámica conyugal y paterna según la percepción de los padres.

Muestra: Se trata de un estudio cualitativo y exploratorio con tres parejas elegidas a través del análisis de los registros de los niños adictos al crack de una Clínica de Rehabilitación ubicada en el interior del estado de Rio Grande do Sul.

Resultados: El estudio identificó que la adicción al crack de un niño repercute negativamente en la relación conyugal e implica mucho sufrimiento para la pareja paterna. Durante el intento de resolver el problema del crack, puede haber espacios para que la pareja conyugal y paterna re signifique las relaciones familiares.

3. Haas, J. Angonese, A.S. Oliveira, L.A. (2013) La imagen que tienen de sí mismos los adolescentes varones en el tratamiento de la dependencia química. Unoesc y la ciencia. ACHS. 110-119.

Abordaje: Fenomenología

Objetivo: Conocer la autoimagen y los sentimientos implicados en los adolescentes, en la experiencia de un momento de privación de libertad, es decir, conocer a estos adolescentes para hacer futuras intervenciones.

Muestra: Cuatro adolescentes varones. Se utilizaron dibujos y entrevistas.

Resultados: Utilizando los elementos percibidos en los dibujos, fue posible ver la correlación entre éstos y las declaraciones obtenidas en las entrevistas. En un ambiente interno de conformismo con la situación actual, esta imagen de sí mismo demuestra ser feliz por las verbalizaciones de los entrevistados, aunque demuestra ser dependiente. Así pues, al final de esta investigación, se puede pensar ahora en formas de intervención en nuestra región, que no cuenta

con un servicio especializado para el tratamiento de la dependencia química.4. Rojas, E.; Real, T. Silberman, S.G.; Mora, E.M. (2011) Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de La Fuente Múniz, México. Salud Mental V.34 N°4. Objetivo: Conocer lo que se había investigado, a través de una revisión sistemática de los estudios revisados, y así evaluar los programas de tratamiento.

Abordaje: Investigación conceptual

Muestra: Se realizó una revisión bibliográfica publicada desde 1980 hasta 2010 en bases de datos y centros de documentación especializados.

Resultados: en México se localizaron 220 publicaciones sobre el tratamiento, de las cuales sólo 26 (11,6%) eran ensayos clínicos para evaluar el impacto de diferentes intervenciones.

Al analizar las publicaciones, se encontró que el tipo de tratamiento más utilizado es la terapia breve cognitivo-conductual y motivacional, el programa "La familia enseñante" y la terapia de resolución de problemas. Se subrayó la importancia de ejecutar programas dirigidos a poblaciones específicas y según cada tipo de droga.

1.3 Investigación sobre la recaída

1. Silva, A.C. y otros. (2011). Situaciones de recaída y familia de origen: un estudio sobre la percepción de los dependientes químicos. Centro de Estudios de la Familia y del Individuo / Núcleo de Investigación.

Objetivo: Este estudio tenía como objetivo relacionar la percepción de la familia de origen y las situaciones de recaída que más aparecen en los dependientes químicos en tratamiento, además de puntualizar qué estrategias de afrontamiento se utilizan en las situaciones de riesgo.

Abordaje: Cognitivo-conductual

Muestra: 50 pacientes en tratamiento por dependencia química vinculados al Centro de Estudios Familiares e Individuales, siendo 21 residentes de una comunidad terapéutica vinculada a la sede del CEFI en Cuiabá/MT y 29 pacientes vinculados a la sede en Porto Alegre/RS. Todos los participantes son varones y tienen entre 17 y 56 años de edad. Se trata de una encuesta cuantitativa que adoptó como instrumentos un cuestionario sociodemográfico, el Cuestionario de antecedentes familiares y el Inventario de estrategias de afrontamiento.

Resultados: Los resultados de la adaptación se mostraron en el promedio debido a que son participantes en el tratamiento de la dependencia química que ya reflejan su recuperación. Sin embargo, son puntuaciones que pueden mejorarse mediante técnicas de tratamiento específicas. Las estrategias de afrontamiento pueden y deben aprenderse en el contexto en el que el niño es educado, es decir, en su familia de origen.

2. Alvares, A.M.A. (2007) Factores de riesgo que fomentan la recaída en el alcoholismo. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.

Objetivo: Se estima una prioridad del 11,2% de alcoholismo en el Brasil. Los intentos de muchos alcohólicos de abandonar el consumo dan lugar a fracasos y recaídas. La frecuencia de las recaídas, según los estudios, oscila entre el

10% y el 30%, señalando diferentes causas. El objetivo del presente estudio fue conocer los factores que favorecen las recaídas.

Abordaje: Cognitivo-conductual

Muestra: Las entrevistas y los cuestionarios "Factores de choque" y "Razones para beber" se aplicaron a 105 alcohólicos primarios de ambos sexos y con predominio del alcoholismo puro.

Resultados: Los principales factores de la recaída son la presión social, los conflictos interpersonales, los estados emocionales negativos, así como la propia dependencia fisiológica y psicológica.

3. Rezende, M.M, Pelicia, B. (2013). Representación de la recaída en los adictos al crack. Rev. Electronics Mental Health Drug Alcohol. (Ed. port.) vol.9 no. 2 Ribeirão Preto.

Objetivo: Esta investigación tenía como objetivo verificar las representaciones de la recaída en los adictos al crack a la luz de la teoría de Moscovici.

Abordaje: Representaciones sociales

Muestra: El estudio se realizó con seis participantes que estaban en tratamiento de dependencia química en una residencia terapéutica. Para la recopilación de datos se utilizó una entrevista semiestructurada; el tratamiento de los datos se hizo con el Análisis de Contenido.

Resultados: El estudio se llevó a cabo con seis participantes que estaban en tratamiento de dependencia química en una residencia terapéutica: Los resultados apuntan a la dificultad de los entrevistados para superar la desintoxicación y el objetivo de la abstinencia. Se concluye que la idealización del objetivo

de la abstinencia es inseparable de la amenaza constante de recaída, representada por cualquier consumo de sustancia psicoactiva durante o después del tratamiento.

4. Piresl F.B.; SchneiderII, D.R. (2013) Proyectos de vida y recaídas en pacientes alcohólicos. Arq. bras. psicol. vol.65 no.1 Rio de Janeiro jun.

Objetivo: El objetivo de esta investigación era revelar los proyectos de vida de un grupo de alcohólicos y explorar las posibles relaciones entre dichos proyectos y las recaídas en el consumo de alcohol, por un lado, y por otro lado las posibilidades de recuperación,

Abordaje: Psicología Socio-Histórica.

Muestra: Se realizaron entrevistas semiestructuradas con alcohólicos admitidos en una sala especializada de un hospital general, las cuales fueron codificadas y analizadas de acuerdo con la Teoría de la Base de Datos.

Resultados: Entre los resultados, destaca la postura pasiva de la mayoría de los entrevistados: predominan los informes de esperanza de recuperación y de mejora en diversos aspectos de la vida, pero con pobreza de planes concretos y tendencia a orientar sus vidas según el tratamiento.

5. Waters, M.R. Andrew, J.; Wetering, V. Ben, J.M.; Franken, H.A. (2013) Las cogniciones implícitas y explícitas relacionadas con las drogas durante el tratamiento de desintoxicación se asocian con la recaída en las drogas: un estudio de evaluación momentánea ecológica. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 81(1), Feb.

Objetivo: Utilizando evaluaciones ecológicas momentáneas, examinamos si el deseo y las cogniciones evaluadas durante el tratamiento de desintoxicación se asociaron con la recaída.

Abordaje: Cognitivo-conductual

Muestra: participaron 68 pacientes heroinómanos sometidos a desintoxicación clínica en un centro de tratamiento de drogas. Los participantes completaron evaluaciones aleatorias (RAS) por día. También completaron una evaluación cuando experimentaron una tentación de usar drogas (AT). En cada evaluación, los participantes informaron sobre su ansiedad y sus actitudes hacia la droga. Las cogniciones implícitas se evaluaron con una tarea de drogas de Stroop (sesgo intencional) y una prueba de asociación implícita (actitudes implícitas).

Resultados: Las personas que sufrieron una recaída durante la semana de estudio tenían un mayor sesgo de atención y actitudes implícitas más positivas hacia las drogas. Los procesos cognitivos relacionados con la droga, analizados con evaluaciones ecológicas, se asociaron con la recaída durante la desintoxicación de la droga. La evaluación en tiempo real del deseo y la cognición puede ayudar a identificar qué personas corren el riesgo de recaer y cuándo lo hacen.

1.4 Investigación sobre estrategias de afrontamiento no sesgadas

1. Carver, Charles S.; Scheier, Michael F.; Weintraub, Jagdish K. (1989) Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 56 (2) Feb.

Objetivo: Desarrollar un inventario multidimensional para evaluar las diferentes formas en que las personas responden al estrés.

Abordaje: Cognitivo-conductual

Muestra: Cinco escalas (Con cuatro ítems cada una) miden aspectos conceptualmente distintos del afrontamiento centrada en el problema (afrontamiento activo), la planificación, la supresión de actividades en competencia, la contención del afrontamiento, en busca de apoyo social instrumental; cinco escalas miden aspectos de lo que puede considerarse centrado en la emoción como: búsqueda de apoyo social emocional, re interpretación positiva, aceptación, negación, giro hacia la religión. Esto muestra una cierta similitud con nuestra investigación.

Resultados: El estudio informa sobre la evolución de los elementos de la escala, señala informes de correlaciones entre las diversas escalas de afrontamiento y diversas medidas de personalidad relevantes en un esfuerzo por proporcionar información preliminar sobre la validez convergente y discriminante del inventario. Es posible observar que el inventario para evaluar las respuestas de afrontamiento de un grupo de estudiantes universitarios que intentaba hacer frente a un episodio estresante específico también permitió un primer análisis de las asociaciones entre las tendencias de afrontamiento situacional. Esto demuestra lo bastante que esta investigación se parece a la nuestra basada en la suposición de que las estrategias no son sólo construcciones de la personalidad, sino que sólo pueden ser vinculadas a la situación o fuente de estrés.

2.0 Conclusión y discusión del estado del arte

En el estado del arte, a partir de una revisión de la literatura de las bases de datos Scielo, Pubmed y Redalyc, fue posible ver que hay pocos estudios en la comunidad científica que se refieran a las estrategias de afrontamiento relacionadas a las familias de los adictos en recuperación ante una recaída. Estos estudios se centran en el tratamiento de los adictos, su percepción, sus creencias, las dificultades para hacer frente a este problema, pone de manifiesto para la psicología, la importancia de la familia, pero no habla directamente de las estrategias de afrontamiento del miembro de la familia en relación con la recaída. Las investigaciones demuestran que la recuperación de algunas drogas, como el alcohol, tiene más probabilidades de éxito.

Así pues, la cuestión de las drogas relacionadas con las estrategias de afrontamiento para la familia del adolescente adicto que se enfrenta a una recaída hace que nuestra investigación sea original, ampliando la visión que antes sólo se dedicaba al adicto, dilucidando la importancia de saber cómo la familia construye sus estrategias de afrontamiento ante una recaída. Estas investigaciones contribuyen de manera significativa a este estudio porque abordan las relaciones familiares, las situaciones en las que se producen las recaídas, los factores de riesgo, las etapas de cambio de comportamiento en el adicto, y son conceptos importantes para esta investigación. Por lo tanto, también podemos cuestionar si la familia del adicto se convierte en un factor de riesgo o de protección para la recaída, y podemos encontrar estrategias de afrontamiento positivas o negativas para la situación de recaída del adicto.

También consideramos la presencia de investigaciones en el campo del tratamiento centradas en señalar la eficacia de un tratamiento particular para el adicto.

Es relevante señalar que este diálogo con otras investigaciones es un movimiento importante para la ciencia porque fomenta una reflexión sobre lo que se ha investigado y lo que podría ser en un futuro próximo. Sabemos que toda investigación tiene sus limitaciones y que la investigación puede ser muy amplia, especialmente en la psicología, donde se recogen tantas demandas. A través de esta posibilidad de diálogo con otras investigaciones, podemos penetrar en un contexto y también demostrar la importancia de esta investigación, de modo que nuestro estudio sirva a la sociedad en su conjunto de una manera práctica.

3.0 Delimitación del concepto de familia

Para abordar el tema de la familia, este estudio se basa teóricamente en el modelo de familia sistémica. Este modelo permite comprender la dinámica familiar. Esto, a su vez, ha sido objeto de muchas áreas de investigación que nos permiten ampliar el concepto de familia, construyendo nuevas concepciones que, actualmente, se diferencian de la familia nuclear compuesta por padre, madre e hijos, a una familia ampliada.

Basándose en esta suposición, Minuchin (1999) nos muestra que la familia es una pequeña sociedad humana en la que los miembros tienen contacto directo entre sí, donde hay interacción. Existe, entonces, un movimiento en el que sus miembros también saldrán a formar nuevas familias. Para este autor, las familias son sistemas sociales en los que es necesario prestar atención en el propio sistema, porque una parte influirá en la otra, de esta manera, hace que

todo el sistema pase por innumerables cambios, períodos de estabilidad e inestabilidad.

Minuchim (1974) subraya que la familia, en su funcionamiento, debe estar atenta a los patrones disfuncionales. Los límites deben ser claros, ya que las familias que funcionan bien tienen límites bien definidos.

Este estudio nos permite conocer la dinámica más amplia de las familias, es decir, hay familias en las que incluso los amigos cercanos han sido considerados miembros de la familia. La familia pertenece al individuo que muestra preocupación, coexistencia e interés, formando grupos que residen en el mismo ambiente. Se caracteriza por pertenecer a quien participa en los gastos, la división de tareas y tiene reglas a seguir o no.

Así, ante la trama familiar, se pensó en la posibilidad de demostrar, a través del modelo a seguir, el concepto actual de familia considerado en esta investigación:

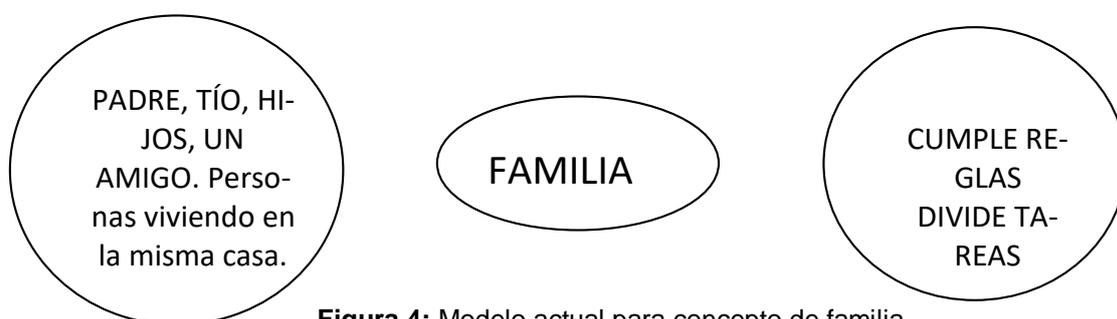


Figura 4: Modelo actual para concepto de familia
Fuente: elaborado por la autora

Minichiello, Maglio e Schmidt (2010) nos muestran que, desde la década 50, muchos ejes de familia han sido discutidos. Hay tentativas de especificar las características de la dinámica familiar. Las autoras plantean que el modelo sirve

tanto para motivos lógicos como epistemológicos, posibilitando nuevas investigaciones y explicando ciertos fenómenos.

Como nos enseñan Minichiello, Maglio y Schmidt (2010) como fue citado en Walsh y Crosser (2000), el modelo psicoanalítico mantenía la atención de los estudios con familias en la relación madre e hijo, mas, al final de la década del 50, surgieron nuevas teorías tales como: sistemática, cibernéticas y de la comunicación humana. Comenzó, entonces, a contemplarse el concepto de familia a partir de las interacciones familiares. De este modo, se puede considerar una primera etapa, en lo que atañe a los estudios con familias, abarcando modelos de funcionamiento familiares como el ejemplo del modelo de funcionamiento familiar de Minuchin. Ya, en un segundo momento, se aprecia una perspectiva más amplia donde se considera la cultura y la historia de vida.

4.0 Delimitación del Concepto de adolescencia

La adolescencia se ha considerado una fase de conflicto, cambio y transición a la vida adulta. En esa etapa, por diversas razones, el adolescente se ve ante su familia en algún tipo de conflicto, lo cual es bastante común de observar socialmente. Así, lo que proponemos, en esta etapa de nuestra tesis, es delimitar el concepto de adolescencia considerando el psicoanálisis como una propuesta de esta delimitación. Destacamos que es perceptible una ausencia de teorías conceptuales del campo de la TCC sobre la adolescencia. Lo que encontramos son definiciones del campo de la psicología del desarrollo. Nos identificamos con los conceptos traídos por Susana Quiroga.

Quiroga (2007) demuestra, en su estudio, la definición de la adolescencia como un factor multideterminado. En esta etapa se producen cambios biológicos

y fenómenos culturales. Nos presenta una cronología para la adolescencia que se subdivide en: temprana, media y tardía. También señala un punto de vista biológico que contempla el cuerpo y su funcionamiento sexual, y un punto de vista antropológico que considera la cultura y sus diversas formas de interacción con el hombre.

En la adolescencia podemos entender una fase en la que se produce el crecimiento del cuerpo y el desarrollo de las hormonas sexuales, pero existe, por otro lado, un proceso psicosocial que varía según las culturas. En nuestra cultura, esto dura, en promedio, 20 años. Se observa una transición de la infancia a la edad adulta. (Quiroga, 2007)

En la adolescencia, podemos enfrentarnos al desafío de la autoridad adulta. Esto muestra un deseo de independencia de los padres. En esta etapa, casi todo lo que ya se le ha enseñado o imputado no prevalece. Estos comportamientos comprometen la integridad física y psíquica, con la presencia de sexo prematuro, escapes repentinos, acciones arriesgadas que son ejemplos de desafío a la autoridad. (Quiroga, 2007).

Este estudio abarca en su repertorio la adolescencia media que, según Quiroga (2007), comienza entre los 15 y 16 años y termina alrededor de los 18 años. Este adolescente se caracteriza por terminar de estabilizar el proceso de crecimiento, permitiéndole salir en busca del otro en los intentos libidinosos. (Quiroga, 2007).

5.0 Delimitación del concepto de estrategias de afrontamiento

El concepto de *coping* o afrontamiento ha sido muy estudiado en diferentes frentes importantes para la psicología durante más de 40 años. Esto se ha

discutido, desde 1940 y 1950, en diferentes áreas con un abordaje en las psicoterapias y también en la educación. El término afrontamiento se ha usado coloquialmente y también científicamente. Inicialmente, en 1940, se había entendido como un mecanismo de defensa vinculado a la función del ego, teoría que se basaba en el psicoanálisis, según Lázaro y Folkman (1984). En otras épocas, el *coping* se asociaba a un mecanismo orientado al futuro y de alcance consciente. Y luego, en los años 60, Richard S. Lazarus y Susan Folkman (1984) aportaron otra mirada sobre la adaptación que explicaremos más adelante.

En este capítulo es primordial destacar el concepto que se ha aplicado y que ha sido muy discutido por los autores Lázaro y Folkman (1984). Estos definieron el *coping* desde diferentes abordajes ya no desde la perspectiva psicoanalítica rodeada de contribuciones tradicionales. Ahora, Lázaro y Folkman traen la mirada de la teoría cognitiva que estaría más vinculada a las situaciones estresantes. Señalan las limitaciones y defectos de las teorías tradicionales. Citan que las mayores dificultades son la medición y la puesta en marcha de estrategias. Es importante señalar que nos basamos en las definiciones aclaradas por Lázaro y Folkman (1984). Estos nos traen el *coping* como un proceso con múltiples funciones e influencias en un contexto donde hay estrés. Se señala que la función principal es lidiar con el estrés y no con la dominación o el control.

Podemos entonces definir, según Lázaro y Folkman (1984), el *coping* como un esfuerzo constante de cambio cognitivo y conductual para el manejo de una situación estresante específica que puede provenir de un estímulo externo o interno, según la evaluación de la persona.

Sin embargo, el *coping* necesita tener en cuenta algunos elementos, tales como: el *coping* como proceso - Un proceso de *coping* tendrá tres factores a considerar: En primer lugar, observar lo que la persona piensa o hace actualmente en contraste con lo que suele hacer; en segundo lugar, examinar lo que la persona suele hacer y pensar según el contexto, ya que el *coping* está estrechamente vinculado al contexto social de la persona. En tercer lugar, para hablar del afrontamiento como un proceso, es necesario hablar de cambio. (Lázaro y Folkman 1984).

Además, los autores nos traen importantes conceptos y las múltiples funciones de afrontamiento. El *coping* también puede ser dirigido o centrado en la emoción o en el problema. (Lázaro y Folkman, 1980, citado en Lázaro y Folkman 1984). El afrontamiento centrado en las emociones consiste en un proceso cognitivo e incluye estrategias para minimizar el problema, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones, el uso de sustancias, el apoyo social, la distracción. Y, como nos muestran Lázaro y Folkman, 1984:

Many of these strategies derive from theory and research on defensive processes and are used in virtually every type of stressful encounter. A smaller group of cognitive strategies is directed at increasing emotional distress." (Lazarus & Folkman, 1984, p. 150).

Lázaro y Folkman (1984) nos muestran que otra forma sería el afrontamiento enfocado en el problema, es decir, utilizar estrategias para resolverlo, y de esta forma poder definirlo y obtener alternativas de solución. Tal propuesta incluye la re evaluación o el cambio cognitivo.

Así, podemos entender que el afrontamiento se produce ante el esfuerzo de superar una situación estresante. Este estrés puede estar relacionado con eventos internos del sujeto, como: una situación depresiva, una enfermedad; así

como eventos externos, como: la pérdida de un trabajo, una desaprobación en la universidad. Y ante estos acontecimientos internos o externos, el individuo recurre a estrategias enfocadas en la emoción o el problema, también dejamos claro que una forma no es independiente de la otra, sino que puede ocurrir de forma concomitante.

6.0 Delimitación del concepto de dependencia química

En este estudio, la dependencia química ha sido un concepto importante porque nos permite comprender mejor este fenómeno que ha plagado a la sociedad con una gran demanda, que abarca las drogas conocidas como: marihuana, alcohol, crack, cocaína, entre otras. En esta tesis, nos centramos en delimitar el concepto de QD del DSM V 2015 y de los teóricos de la teoría cognitiva que se han preocupado por permitir que los tratamientos psicoterapéuticos ayuden a los trastornos debidos a sustancias.

Según el DSM V, los síntomas centrales del DQ son: la exposición excesiva y compulsiva a la sustancia y un deseo incontrolable de consumirla a pesar de las consecuencias. Según Negrão, Cordeiro e Hijo en Dihel, Cordeiro y Laranjeiras y Cols (2010), es un consenso que los QD están más presentes en ciertas familias y que se conoce mucho sobre la influencia genética, por lo que los autores señalan que es necesario tener en cuenta que los QD son enfermedades que resultan de la interacción de factores genéticos con al menos un factor ambiental y el consumo de la sustancia de uso o abuso.

Dihel, Cordeiro e Laranjeiras y Cols (2010) aclaran que los criterios de diagnóstico mencionan la dificultad de abandonar el uso, incluso si se quiere colocarla como prioridad en la vida. Destacamos que el QD no depende sólo de

la droga, sino de todo el contexto en el que se inserta el sujeto, el conjunto de interacciones sociales que facilitan y/o estimulan el abuso y su permanencia.

Para la OMS, el uso problemático de las drogas sería el que causa daños a la salud, ya sea de naturaleza física, mental o social. El CIE 10 ha estado presentando criterios de diagnóstico para el abuso de drogas. En este caso, el diagnóstico requiere que se haya causado un daño real a la salud física y mental del consumidor, las detenciones y las peleas matrimoniales no son prueba de un uso nocivo, la resaca y la intoxicación tampoco son prueba de un daño a la salud, y no se debe diagnosticar el uso nocivo si hay comorbilidades como los trastornos psicóticos.

Así, podemos afirmar que el concepto de QD es amplio y que debemos considerar el daño a la salud, el perjuicio social y moral del sujeto observando el contexto geográfico, económico, social, cultural y de historia de personal.

7.0 Delimitación del concepto de recaída

La dependencia química, ha sido en este estudio, un importante concepto ya que nos permite comprender mejor este fenómeno que ha plagado la sociedad con gran demanda, abarcando drogas conocidas como: marihuana, alcohol, crack, cocaína, etc. En esta tesis, nos centramos en delimitar el concepto de DQ a partir de DSM V 2015 y los teóricos de la teoría cognitiva que buscan la recuperación en clínicas o comunidades terapéuticas. En este estudio, nuestra variable es muy significativa porque los familiares de los adictos han expuesto sus estrategias de afrontamiento en la condición de recaída. Por lo tanto, traemos aquí el concepto y la delimitación de la recaída de la revisión de la literatura mencionada.

Dihel, Cordeiro y Laranjeiras y Cols (2010) nos muestran que la vulnerabilidad crónica a la recaída es un gran desafío en el QD porque dicha recaída, es un riesgo que hace posible el tratamiento continuo para el adicto. Uno de los factores más presentes y precipitantes de la recaída es el crack o el deseo incontrolable de usar que se produce provocada por el estrés, el entorno y también la ansiedad, lo que promovería la búsqueda de la droga.

Vale la pena considerar que existen muchos aspectos neuronales involucrados en este proceso de recaída y como nos muestran Dihel, Cordeiro y Laranjeiras y Cols (2010):

En la recaída, al riesgo que representa el deseo se le suman los síntomas del síndrome de abstinencia prolongada, resultante de las adaptaciones neurológicas inducidas por la droga, así como los factores de riesgo de recaída, las comorbilidades psiquiátricas, las condiciones socio económicas que generan estrés, la desprotección y la disponibilidad de la droga. (Dihel, Cordeiro y Laranjeiras, 2010, pág. 31).

Así, destacamos que la recaída puede entenderse y conceptualizarse como el acto de volver a la conducta de uso de la droga, de buscarla con elocuencia y así abandonar el tratamiento, dedicando tiempo al abuso y por tanto causando al sujeto y a su familia un grave daño.

5 Desarrollo empírico

1.0 Problema de investigación

En las comunidades terapéuticas, la recaída es muy frecuente. Dada la relevancia de este fenómeno, que se había observado en el servicio prestado durante un año a la Asociación de Asistencia Social - Projeto Vida, en la ciudad de Vila Velha - Espírito Santo, Brasil. Durante ese tiempo trabajamos directamente con las familias de los adictos. Nuestro objetivo era proporcionarles ayuda en relación a la drogadicción. Nuestra estrategia fue lograr que entendieran la droga, sus efectos, y tratar al adicto desde una perspectiva psicoeducativa. En ese momento nació el deseo de buscar estrategias para que estos familiares enfrenten situaciones de recaída.

De esta manera, se pudo ver la gran relevancia de centrar las estrategias de la familia según la clase económica, el tiempo de dependencia y la cantidad de recaída, ya que se había posibilidades de encontrar diferencias en las estrategias según los estratos sociales, o incluso el tiempo de dependencia y la cantidad de recaída del familiar, entonces era plausible intervenir con un programa de afrontamiento dirigido a este tipo de familiar. Seguidamente se abordó la siguiente cuestión:

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento de los familiares (miembros de la familia motivados) de los adictos de diferentes niveles socio económicos con el alcohol y otras drogas que están siendo tratados por una recaída? ¿Existe una correlación entre las variables de clase social, tiempo de dependencia y cantidad de recaídas ante las estrategias de afrontamiento?

Esto nos permitirá ampliar nuestro conocimiento acerca de las estrategias de afrontamiento que aparecen según el nivel socio económico al que pertenezca el familiar del dependiente químico y saber si existe una correlación entre las estrategias de afrontamiento, el tiempo de dependencia y la cantidad de recaídas, y así contribuir al campo de la psicología cognitiva con un abordaje en las conductas adictivas. Además, podemos mejorar la relación del adicto con su familia y el miembro de la familia puede contribuir asertivamente con la recuperación del adicto previniendo las recaídas. Es necesario conocer las diferentes estrategias de afrontamiento que pueden surgir en los familiares de los adictos según los niveles socio económicos, el tiempo de dependencia y la cantidad de recaídas para luego desarrollar proyectos de intervención adecuados para cada individuo según su realidad social.

2.0 Objetivos

2.1 *Objetivos generales*

Analizar las estrategias de afrontamiento de los familiares de los adolescentes adictos de ambos sexos de 14 a 18 años de edad en diferentes niveles socio económicos, correlacionando las estrategias con el tiempo de dependencia química y la cantidad de recaída, que estén en recuperación frente a dicha recaída.

2.2 *Objetivos específicos*

2.2.1 Evaluar las estrategias de afrontamiento, retraimiento, autocontrol, apoyo social, aceptación y responsabilidad, fuga y evasión, solución de problemas y re evaluación positiva que se encuentran en las familias de los adictos que han recaído en las drogas.

2.2.2 Correlacionar las estrategias de afrontamiento de los miembros de la familia entre los niveles socio económicos para saber si se centran en la resolución activa de problemas, la emoción y el retraimiento.

2.2.3 Correlacionar las estrategias de afrontamiento de los miembros de la familia para ver si varían con el tiempo de dependencia del adicto.

2.2.4 Correlacionar las estrategias de afrontamiento para comprobar si existe asociación con la cantidad de recaídas.

3.0 Hipótesis

1. Las familias de alto nivel socio económico presentan más estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

2. Las familias de nivel socio económico medio presentan más estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

3. Se estima que existe una fuerte y significativa correlación entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de dependencia. Además, existe una correlación entre las estrategias de afrontamiento y la cantidad de recaídas.

4. Las estrategias de afrontamiento están vinculadas y asociadas entre sí.

6 Delineando la encuesta

Al delinear la encuesta con los familiares de los adictos, fue necesario cubrir algunos requisitos para el manejo del grupo ahora estudiado. A fin de mantener la originalidad de la encuesta, se eligieron algunos criterios importantes, como el tamaño de la muestra, el lugar de reunión de datos, la participación en un grupo de apoyo, la prioridad de la recaída o la reincidencia del adicto. Sin embargo, la encuesta sufrió algunos reveses. Algunos miembros de la familia expresaron su deseo de no participar por temor a la exposición y, tal vez, por temor a lo desconocido. Por lo tanto, se necesitaba un abordaje más cauteloso. Es posible notar, muchas veces, la aparición de mecanismos de defensa de la negación. Incluso después de tantos años de buscar ayuda contra las drogas, muchas familias sentían miedo de participar en la encuesta.

Cabe señalar que esta encuesta se llevó a cabo en grupos que ya habían aprendido sobre estrategias de afrontamiento en calidad de psicoeducadores, en el grupo de apoyo donde compartieron sus historias de vida, problemas relacionados con el uso o la dependencia del miembro de la familia. La psicoeducación consistía en enseñar, a través de charlas, formas de tratar al adicto. En estas ocasiones, los participantes aprendieron sobre la dependencia química, los tipos de drogas, las estrategias de afrontamiento y otros temas relevantes. Durante la acogida en el grupo de apoyo, el familiar adicto recibía un tratamiento adecuado combinado con la hospitalización en la Comunidad Terapéutica o en la práctica privada.

Cabe destacar que el trabajo a solas con los familiares de la lugar a una mayor eficacia en el tratamiento del adicto, ya que la familia se fortalece para

hacer frente al problema que ahora se discute de manera más positiva. Enseñar estrategias de afrontamiento también es terapéutico, y por qué no decir didáctico, ya que se aplican las herramientas y conceptos experimentados anteriormente por los miembros de la familia. Esto facilita la aplicación.

También queremos señalar que, en un principio, se pretendía aplicar una entrevista semiestructurada, que se dejó de lado, puesto que ya disponíamos del material necesario para un análisis cuantitativo tan importante. A pesar de ser cuantitativo, no podemos descartar el aspecto subjetivo contenido en el inventario utilizado. Esto nos deja con la libertad, ya que tenemos como contenido estrategias centradas en el campo emocional y estrategias centradas en el campo del problema. Tales estrategias nos permiten acercarnos a la realidad del sujeto de nuestra muestra. Todavía podemos considerar que, al aplicar el cuestionario socio económico, podemos encontrar diferentes estrategias de afrontamiento correlacionadas con la clase social perteneciente al miembro de la familia, lo que para nosotros es desde el campo de la psicología extremadamente importante en el sentido de trabajar estrategias más asertivas en cada grupo según su realidad social.

1.0 Método

1.1 Diseño del estudio:

El diseño utilizado en esta tesis doctoral no es experimental. Se trata de un estudio de campo de carácter descriptivo y correlativo cuyo abordaje es de naturaleza cuantitativa.

Lo que se propuso en el estudio correlacional es describir las estrategias de afrontamiento (variables) y correlacionarlas con la clase social, el tiempo de

dependencia y la cantidad de recaídas, sin establecer una relación causal entre ellas, a fin de averiguar si las estrategias de los familiares varían en relación con estas variables.

El estudio no es experimental, ya que se observan fenómenos existentes como la familia antes de la recaída. La recaída sería nuestra variable independiente, es decir, no podemos modificarla ni controlarla.

En vista de lo anterior, organizamos tres grupos de 30 familiares de adictos según las clases sociales. Se agruparon de la siguiente manera: Grupo 1: Llamaremos a la clase alta (Clase A y B1); Grupo 2: Llamaremos a la clase media (Clase B2 y C1); Grupo 3: Llamaremos a la clase baja (Clase C2 y D, E); para responder al inventario de estrategias de afrontamiento.

1.2 Criterios de inclusión

Familiares de adolescentes adictos de entre 14 y 20 años que han estado en tratamiento durante más de un año y han tenido episodios de recaída.

Los criterios para la inclusión de los casos se hicieron en una comunidad terapéutica de la ciudad de Vila Velha y en una clínica privada de la ciudad de Vitória, ambas en Espírito Santo, que también tienen reclusos en recuperación (Associação de Assistência Social - Projeto Vida) de entre 14 y 20 años de edad que han estado en recuperación durante más de un año, acompañados por sus familiares. Además, para comprender mejor este proceso se estableció con criterio que el familiar y el pasante hayan asistido a un grupo de apoyo en ambos proyectos y que el adicto haya experimentado al menos un episodio de recaída. Han participado familiares mayores de 18 años que han seguido el curso de la

adicción de su familiar y han participado en el grupo de apoyo de esa clínica o proyecto de bienestar social.

Los criterios de exclusión se refieren a los familiares de los adictos menores de 18 años, o que no participaban en el grupo de apoyo de la clínica o del proyecto de atención social, y cuyo adicto no sufrió una recaída durante el tratamiento o estuvo en tratamiento durante menos de un año.

2.0 Población y muestra

2.1 Definición de población

Este estudio trabajó con la población de familiares de adolescentes adictos de 14 a 20 años de edad a quienes se les diagnosticó dependencia química y fueron admitidos en una clínica o comunidad terapéutica. También tenían que haber experimentado recaídas y el familiar participaba en algún grupo de apoyo. Familiares de diferentes clases sociales, distribuidos en tres grupos de 30, totalizando 90 personas. Como se muestra en la siguiente tabla.

Clase social	Considerada
A - B1	Clase Alta
B2 – C1	Clase Media
C2 – D-E	Clase Baja

Tabela 1: Clase social

Fuente: elaborada por la autora

2.2 Determinación de la muestra: muestra no probabilística

2.2.1 Descripción de la muestra

Un total de 94 personas participaron en el estudio según los criterios de inclusión.

Cabe señalar que los familiares de los adictos, hombres y mujeres, que viven en Gran Victoria, participaron en esta encuesta. Describimos los grupos según su género, educación y estado civil.

Las variables que se analizan en este estudio dan la dirección de lo que se está analizando, entendiéndose por variable la característica de interés que se mide en cada elemento de la muestra o población donde sus valores varían de un elemento a otro. Las variables pueden tener valores numéricos o no numéricos.

La variable dependiente es la variable que tendrá su cambio medido en un experimento. En este estudio la variable dependiente son las estrategias de afrontamiento.

Las variables independientes estudiadas son la clase social a la que pertenece el familiar del adicto, el momento de la dependencia química y la cantidad de recaída (reincidencia), es decir, lo que no se puede controlar y cambiar.

Se trata de entender cómo los cambios en la variable independiente causan cambios en la variable dependiente. Para identificar la variable dependiente, es necesario entender que depende de la variable independiente.

Se hizo un análisis inicial de las variables referentes a los datos personales presentados en el cuadro 2.

Variable	Categoría	Frecuencia	Frecuencia relativa
----------	-----------	------------	---------------------

Género	Masculino	32	34,0%
	Femenino	62	66,0%
Color	Blanco	37	39,4%
	Negro	15	16,0%
	Pardo	38	40,4%
	Amarillo	3	3,2%
	Indígena	1	1,1%
Estado Civil	Soltero	36	38,3%
	Casado	41	43,6%
	Divorciado	10	10,6%
	Viudo	6	6,4%
	Unión Estable	1	1,1%

Tabela 2: Tabla de frecuencia datos personales- Familiares de adolescentes

Fuente: tabla elaborada por la autora

Analizando la Tabla 2, se puede ver que la mayoría de los miembros de la familia entrevistados eran mujeres. También se puede observar que más del 50 de los entrevistados eran solteros, divorciados o viudos.

En el cuadro 3 se presenta un análisis inicial de datos socio económicos.

Variable	Categoría	Frecuencia	Frecuencia relativa
Dónde y con quién vive?	Casa o apartamento, con su familia	80	85,1%
	Casa o apartamento, solo(a)	10	10,6%
	Cuarto o mono ambiente alquilado, solo (a)	0	0,0%
	Casa de otros familiares	3	3,2%
	Casa de amigos	0	0,0%
	Residencia colectiva	0	0,0%
	Casa o apartamento mantenidos por la familia	0	0,0%
	Otra situación	1	1,1%
Con quién vive?	Vivo solo(a)	11	11,7%
	Padre o madre	25	26,6%
	Esposa, marido o compañero	39	41,5%

	Hijos	12	12,8%
	Hermanos	4	4,3%
	Otros parientes	3	3,2%
	Amigos o colegas	0	0,0%
	2 personas	11	11,7%
	3 personas	44	46,8%
	4 personas	18	19,1%
Cuántas personas viven contigo?	5 personas	6	6,4%
	6 personas	4	4,3%
	Más de 6 personas	0	0,0%
	Vive solo	11	11,7%
	Clase baja	33	35,1%
Clase Social	Clase media	29	30,9%
	Clase alta	32	34,0%

Tabela 3: Tabla de frecuencias datos socio económicos

Fuente: tabla elaborada por la autora

La tabla 3 muestra que los entrevistados, en el caso de la clase social, están presentes, en la misma proporción, en las diferentes categorías. La mayoría vivía en casa o en un apartamento con sus familias, la mayoría de las familias estaban compuestas por 3 miembros.

En el cuadro 2 se presenta el resultado de un análisis inicial relativo a la información sobre la familia.

Variable	Categoría	Frecuencia	Frecuencia relativa
Parentesco	Padre o madre	20	21,3%
	Esposa, esposo o compañero	5	5,3%
	Hijo (a)	14	14,9%
	Hermano (a)	38	40,4%
	Otro parentesco	14	14,9%
	Amigo	3	3,2%
Posee Plan de Salud	Sí	50	53,2%

	No	44	46,8%
Participó de grupo de apoyo	Sí	86	91,5%
	No	8	8,5%
Tiempo de dependencia	0-6 años	78	83,0%
	6-10 años	16	17,0%
Cantidad de Recaída	1-3 recaídas	70	74,5%
	Más de 3	24	25,5%
Procedencia	Clínica particular	24	25,5%
	Comunidad terapéutica	64	68,1%
	No pasó por tratamiento	6	6,4%

Tabela 4: Tabla de frecuencias informaciones familiares

Fuente: tabla elaborada por la autora

Observando la Tabla 4, se puede ver que el 61,7% de los entrevistados eran parientes de primer grado del adicto. La participación en los grupos de apoyo fue considerada por más del 90%.

Las variables "Tiempo de dependencia" y "Cantidad de recaída" se re codificaron para la aplicación de las pruebas que se presentarán más adelante, ya que el número de entrevistados en algunas categorías de estas variables hacía inviábiles algunas pruebas.

Habiendo analizado todas las variables categóricas del estudio, el análisis para la variable cuantitativa será considerado ahora.

En el cuadro 5 se presenta un análisis inicial de la variable de edad, basado en sus medidas resumidas.

Variable	N	Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío patrón
Edad	94	18	84	39,89	15,767

Tabela 5: Medidas- Resumen datos personales

Fuente: tabla elaborada por la autora

El cuadro 5 muestra que la edad media de los encuestados se situaba entre los 39 y 40 años. Se organizó un histograma para visualizar mejor la disposición de los datos.

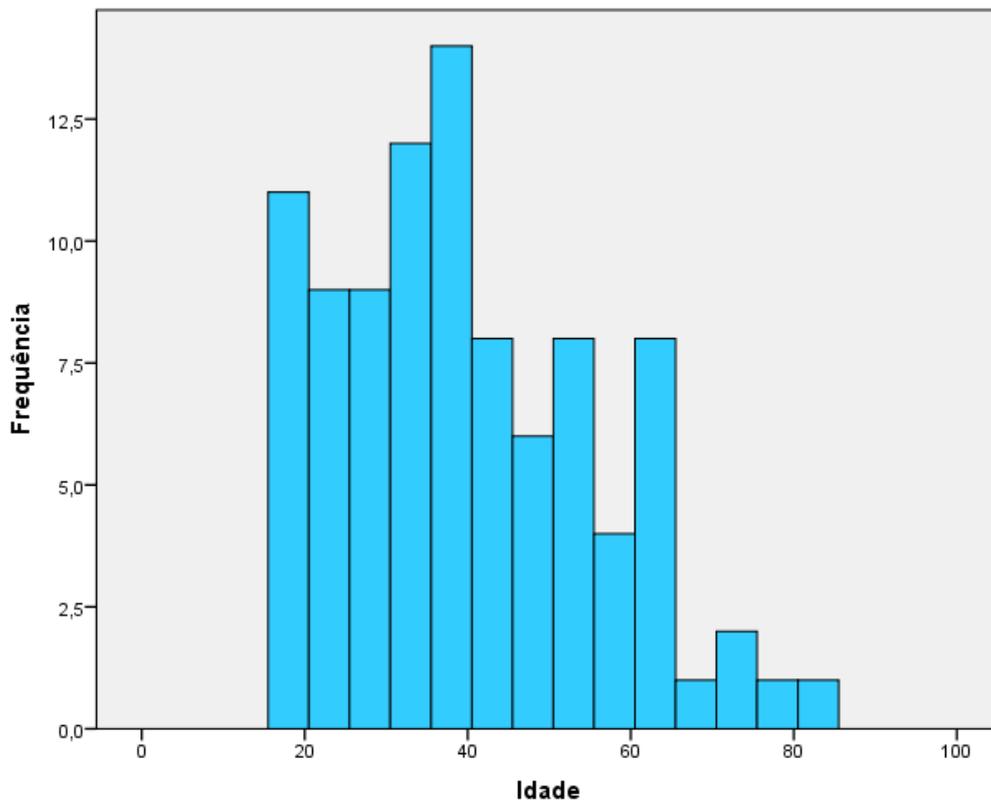


Figura 5: Histograma de la variable edad
Fuente: elaborado por la autora

Las entrevistas se realizaron con personas mayores de 18 años, la mayoría de ellas entre 20 y 65 años de edad. Esta información se representa gráficamente en la figura 5.

3.0 Instrumentos

Como instrumento de reunión de datos se utilizó el cuestionario socio económico según el criterio de clase económica de Brasil, mediante el cual fue posible reunir datos sobre la condición económica y el Inventario de estrategias de *coping* de Folkmann y Lazarus (1985), validado en Brasil por Savoia, Santana y Mejias (1996).

Según Savoia (1999), las estrategias de afrontamiento son las formas que desarrollan los individuos para controlar las situaciones de estrés como si se tratara de una respuesta destinada a aumentar el control personal. Así, se percibe que cada persona reacciona de manera diferente a las situaciones de estrés, eligiendo su estrategia de afrontamiento para hacer frente a la demanda.

La técnica consiste en aplicar el inventario de estrategias de afrontamiento a una muestra de 94 sujetos en dos comunidades terapéuticas de la ciudad de Vila Velha Espirito Santo, Brasil con el fin de descubrir qué estrategias de afrontamiento están incluidas en su repertorio cognitivo. Savoia y Mejias (1996) del Instituto de Estadística y Psicología de la USP validaron y tradujeron el inventario en Brasil, adaptándolo al portugués. Según el estudio, se pudo comprobar que se trata de una traducción fiable en la que se utilizó la técnica de prueba y ensayo y el método de las mitades, ya para la validez, la validez con-

corriente, la consistencia factorial y la consistencia interna. Se llegó a la conclusión de que la adaptación era satisfactoria, presentando coherencia en relación a los grupos estudiados.

El inventario de estrategias de afrontamiento fue creado por Lázaro y Folkman (1985) y contiene 66 preguntas que abarcan los pensamientos, actitudes y comportamientos que las personas utilizan para afrontar un determinado hecho estresante, exigencias que pueden ser externas o internas. Además de este instrumento, existen otros, aunque se eligió el mismo para ser adaptado por sus criterios técnicos y su aceptabilidad.

3.1 *Validad del Inventario*

Según Savoia y Mejías (1996), se verificó la validez en 100 asignaturas universitarias que se esperaba volvieran a una situación que se produjo en la última semana. Al igual que el estudio de Lázaro y Folkman (1985), se realizó un análisis de factores oblicuos, es decir, se encontraron grupos de elementos que se relacionan entre sí y evalúan el comportamiento.

3.2 *Consistencia interna*

En relación a la consistencia interna, Savoia y Mejias (1996) nos muestran que la correlación entre la puntuación total y el factor fue calculada, esto se hizo tanto con los sujetos de validez como con los sujetos de estudio de precisión.

3.3 Comprobación de fiabilidad

La fiabilidad fue verificada en 76 estudiantes universitarios brasileños en dos situaciones consecutivas con un intervalo de 15 días, realizando la prueba y el test. Teniendo en cuenta la misma situación de estrés que debería haber ocurrido antes de la primera solicitud. Se calcularon los coeficientes de prueba y de re examen. (Savóia y Mejías, 1996).

Los resultados mostraron que los sujetos respondieron de manera coherente, es decir, las respuestas obtenidas en la repetición de la prueba se mantuvieron estables en relación con la prueba. El estudio demostró que el inventario es preciso y válido para comprobar las estrategias de afrontamiento según las normas de la psicología. Existe una correspondencia entre la versión original y la versión portuguesa, todavía es posible verificar que hay estabilidad temporal. (Savóia y Mejías, 1996).

Según los autores Savóia y Mejias (1996), las diferencias observadas se deben a cuestiones culturales entre los norteamericanos y los brasileños.

Como nos muestran Escobar y Martínez (2008), la validez del contenido se establece en diferentes situaciones, siendo la más frecuente el delineamiento de la prueba, la validación de un instrumento producido para una población diferente, pero adaptado a un procedimiento de traducción.

También se utilizó un cuestionario socio económico utilizando Brasil para los criterios de clase económica a fin de reunir datos sobre el nivel socio económico del grupo estudiado.

En esta tesis doctoral hemos contemplado que el interés por la situación económica también impregna el campo de la psicología y que en nuestro país hay muchas formas de clasificar la situación económica de la población, sin embargo, la elegida para trabajar en esta propuesta fue el criterio de Brasil para clase económica que explicaremos a continuación. La división de la población distribuida por clases, existe desde hace mucho tiempo y ha sido modificada por los estudiosos de la economía que han hecho cada vez más la asociación con el consumo.

El criterio de clase económica se utilizó porque depende de nosotros saber si el acceso a ciertos recursos materiales, puede o no influir en el afrontamiento. Tal vez el apoyo instrumental o una cierta cultura sobre las drogas pueda influir en la forma en que un miembro de la familia elabora su afrontamiento para tratar este problema.

El Criterio Brasil para la clase económica subdivide la clase económica de acuerdo con el ingreso promedio de los hogares, por lo que se subdivide de la siguiente manera: Estrato socio económico A, B1, B2, C1, C2, D-E. Neri (2010) nos muestra que hay ocho grupos clasificados según el acceso a una serie de bienes y servicios en el criterio de Brasil, considerando algunas variables sociales.

4.0 Procedimientos

Los familiares acompañaron al adicto durante la hospitalización participando en reuniones semanales, y se hizo contacto con las familias en los lugares donde se celebran esas reuniones de grupos de apoyo, que tienen lugar una vez por semana y se seleccionan según los criterios de inclusión. Estos familiares fueron seguidos en el grupo por el psicólogo desde enero de 2015 hasta mayo de 2016. Cabe señalar que las familias estaban integradas en el grupo, ya integradas en el conocimiento de las estrategias de afrontamiento y ya estaban psicoeducadas. La educación psicosocial consistía en explicar sobre las drogas, la adicción, la codependencia, preparar a la familia para salir de la adicción, enseñarles estrategias de afrontamiento sobre la dependencia química. Hubo una buena colaboración en el intercambio de historias de vida y también en la participación en la investigación.

En primer lugar, explicamos cómo se realizaría la investigación con los familiares de los adictos, seguidamente presentamos el formulario de consentimiento informado, que los familiares deben firmar, demostrando el conocimiento de la participación en este estudio y todas las consideraciones éticas pertinentes. Después de leer y presentar el formulario de consentimiento informado, los cuestionarios socio-económicos fueron entregados y completados por todos los miembros de la familia.

Posteriormente, este psicólogo les aplicó a los participantes el inventario de estrategias de afrontamiento, que los familiares respondieron según sus experiencias y vivencias ante la recaída. Es importante informar, que muchos miembros de la familia quisieron comentar en la reunión del grupo lo que sintieron al responder la encuesta, permitiendo la apertura de este espacio, para que se convirtiera en un momento de intercambio de experiencias. Las variables que no se controlaron fueron la "necesidad de hablar" de la representación, es decir, el significado en la respuesta al inventario, los sentimientos que surgieron durante la exploración del inventario, así como la ansiedad del participante. Variables que deberían explorarse en futuras investigaciones cualitativas.

5.0 Análisis de Datos

Este estudio tiene como objetivo analizar las estrategias de afrontamiento de los miembros de la familia de los adictos que recaen según las clases sociales a las que pertenecen, el tiempo de dependencia y la cantidad de recaídas.

"El Inventario de Estrategias de Adaptación de Folkman y Lázaro (1985) es un cuestionario de 66 ítems que abarca los pensamientos y acciones que las personas utilizan para enfrentar las demandas internas o externas de un evento estresante específico. Este inventario fue utilizado en este estudio como objeto de análisis.

Además de los artículos del inventario de estrategias de afrontamiento de Folkman y Lazarus (1985), en este estudio se consideraron variables relativas a los datos personales, socio económicos y familiares.

5.1 Análisis descriptivo

Los análisis descriptivos que se presentan en este capítulo son análisis iniciales de los datos, realizados con el objetivo de visualizar el comportamiento de cada variable, y verificar posibles problemas en la base de datos.

5.2 Pruebas de asociación

Las tablas de contingencia se utilizan para evaluar la asociación entre las variables según dos modos, la homogeneidad y la independencia. Las pruebas de asociación o independencia se utilizan, basándose en la tabla de contingencia, para comprobar si existe asociación entre las variables, entre ellas podemos citar la prueba de Chi cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fisher.

La prueba de Chi cuadrado de Pearson se utiliza teniendo como hipótesis nula la existencia de independencia entre las variables, realizándose en datos que obedecen a una restricción definida, lo que la hace inviable fuera de este contexto. La prueba exacta de Fisher es una prueba alternativa que se hace cuando no es posible utilizar la prueba de Chi cuadrado de Pearson, demostrada en el adjunto de esta tesis.

5.3 Pruebas de normalidad

Parte de los problemas encontrados en las estadísticas se tratan suponiendo que los datos siguen una distribución específica, por lo que para simplificar el análisis, inicialmente asumimos que los datos siguen una distribución normal. Sin embargo, es necesario comprobar si es una suposición verdadera.

La prueba de Kolmogorov-Smirnov es una prueba realizada en la validación del supuesto inicial, teniendo como hipótesis nula que los datos siguen, de hecho, una distribución normal.

5.4 Pruebas de diferencia promedio

Método común utilizado para investigar la afirmación de que todas las medias entre los niveles son iguales, algunos ejemplos de este método son el Test T y el Test ANOVA (Utilizada cuando se valida la suposición de que los datos siguen una distribución normal. En nuestro estudio, la suposición fue validada para todas las variables de interés).

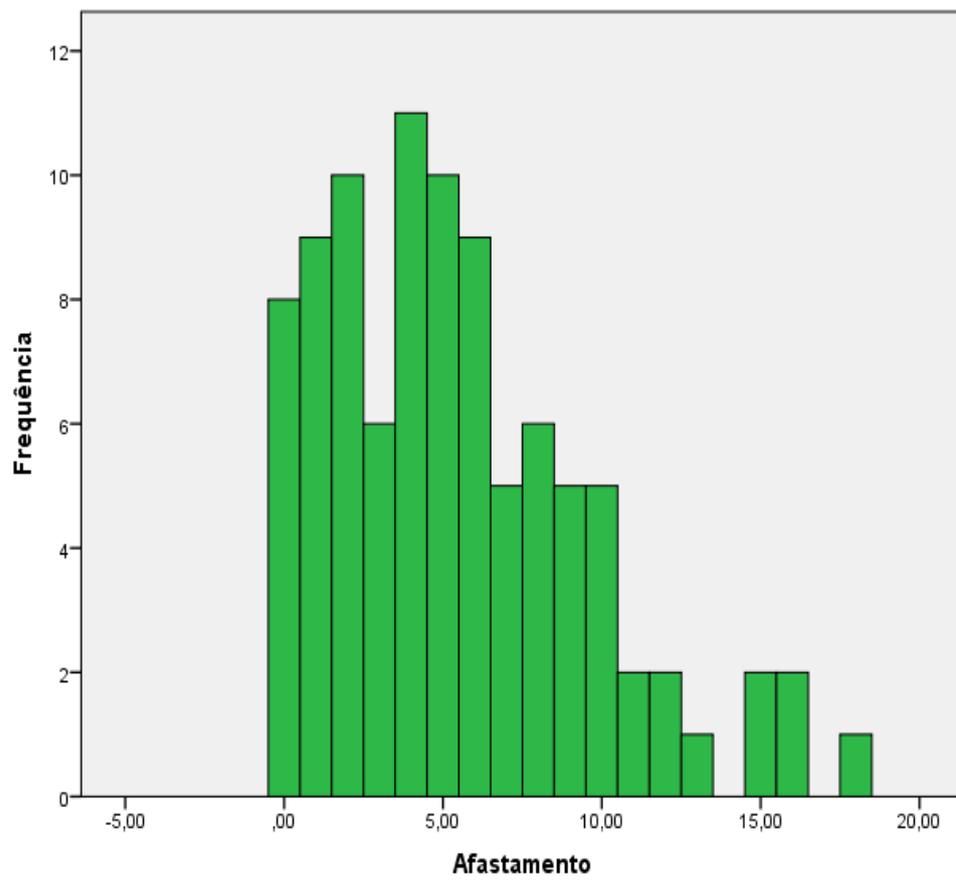
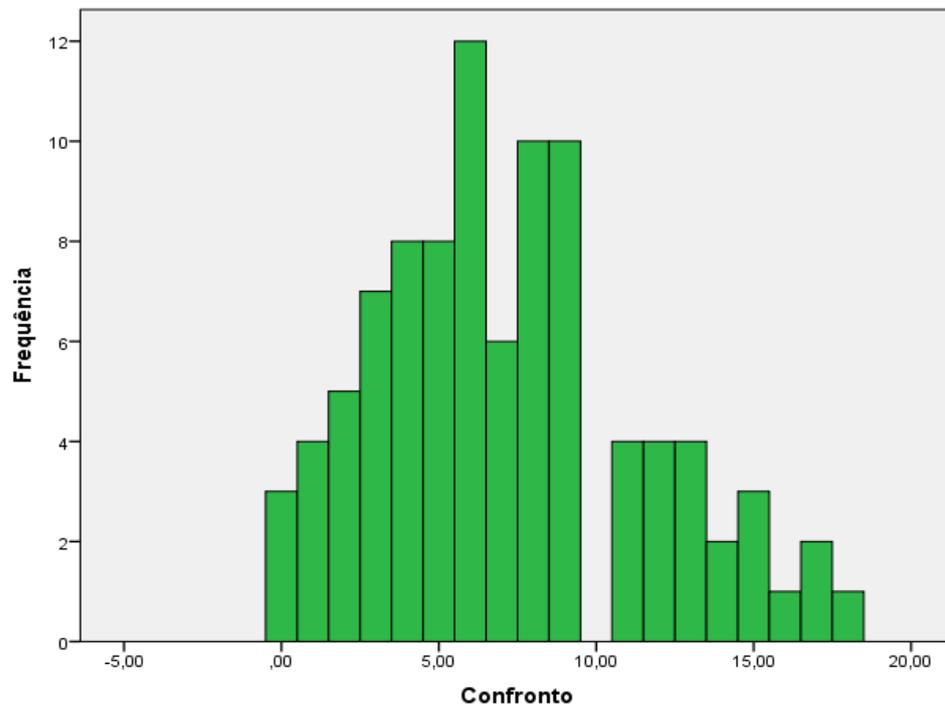
7 Resultados

1.0 Análisis exploratoria

Análisis del inventario de la estrategia de afrontamiento de Folkman y Lazarus

Los artículos del Inventario de la Estrategia de Adaptación de Folkman y Lazarus se han agrupado en factores según se definen en la sección 3.5. El método de análisis era la suma de los elementos de cada factor. Así pues, cada factor se convirtió en una nueva variable que puede interpretarse como una medida de puntuación para cada estrategia de afrontamiento presente en el inventario.

La figura 6 presenta los histogramas de los factores de afrontamiento, distanciamiento, autocontrol y apoyo social.



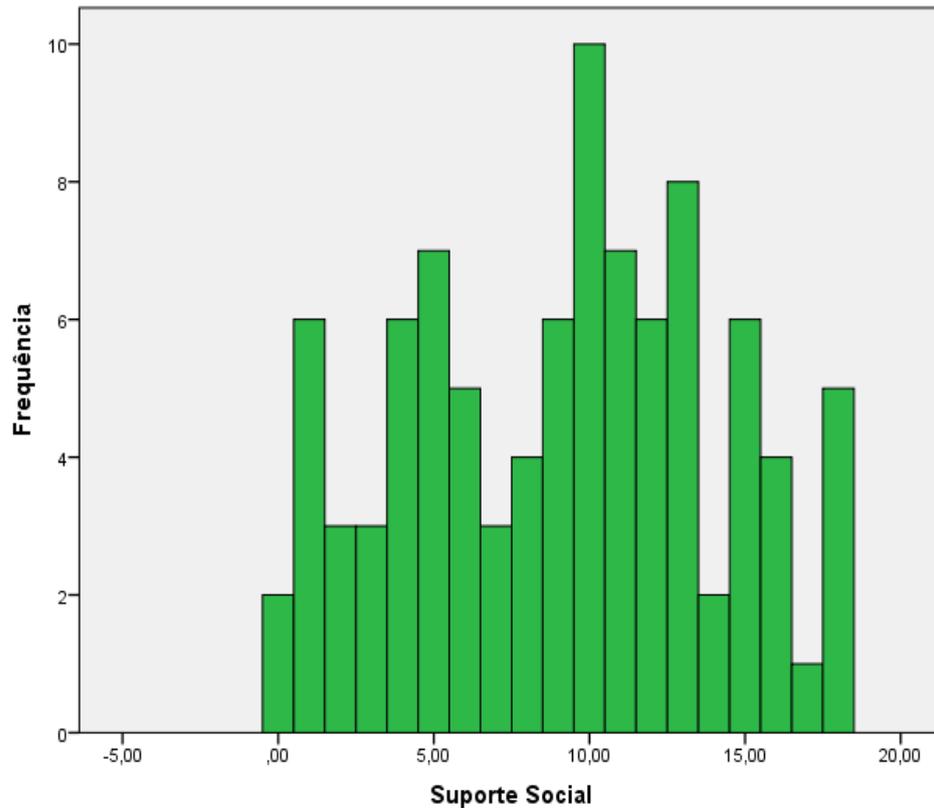
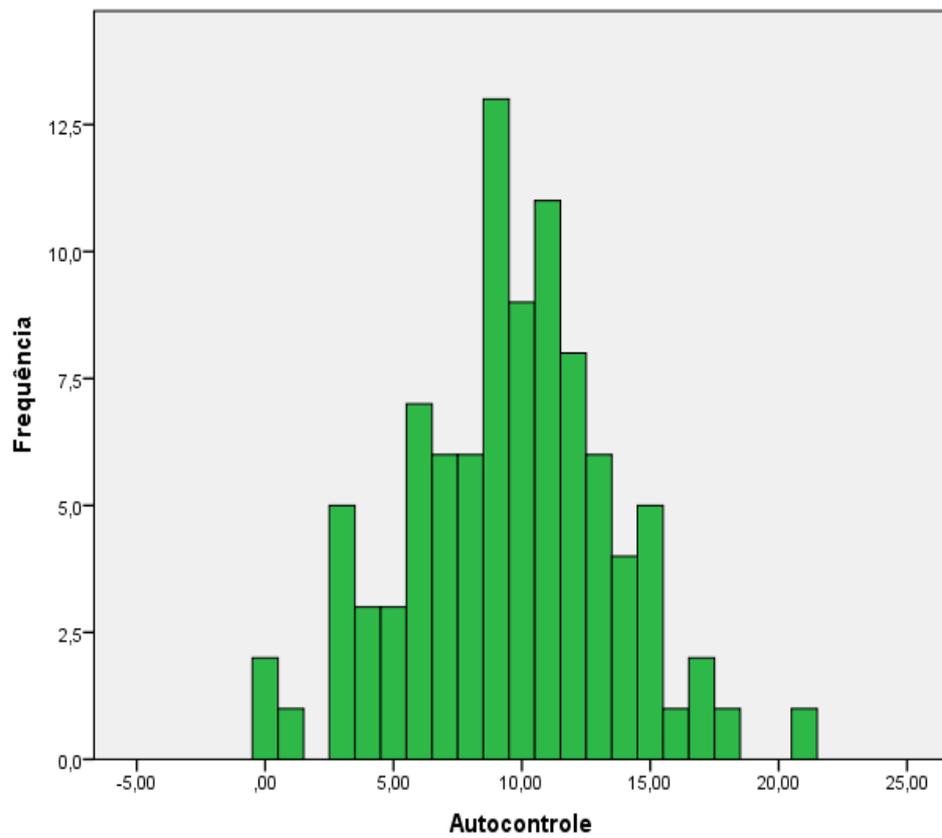
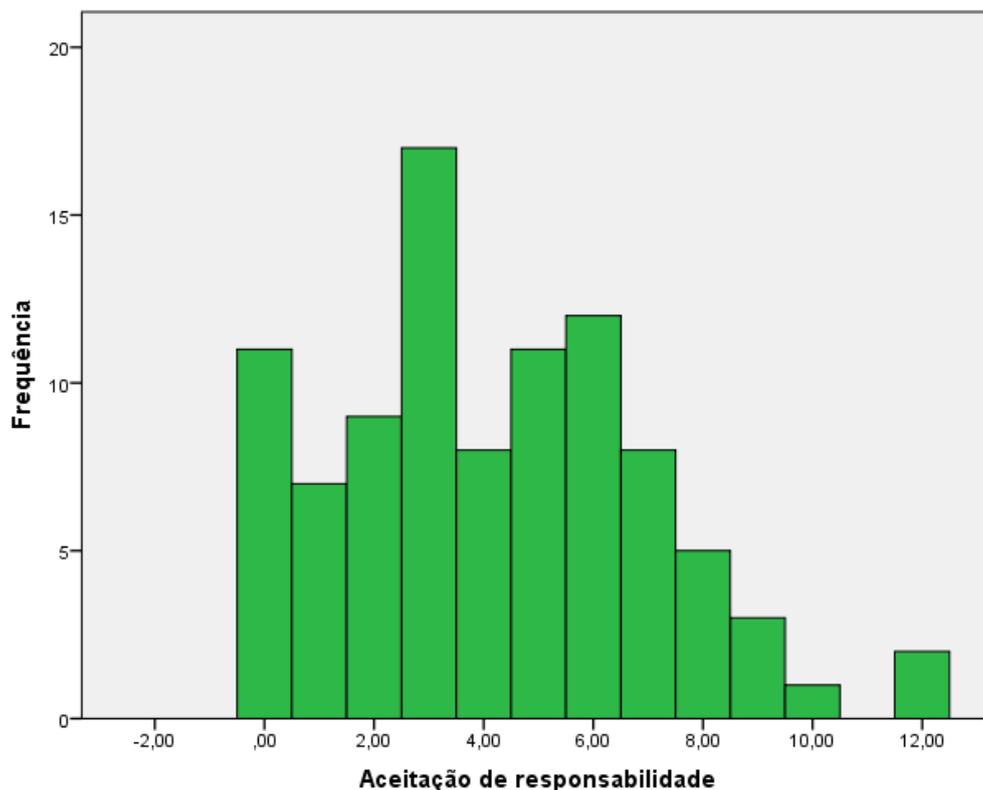
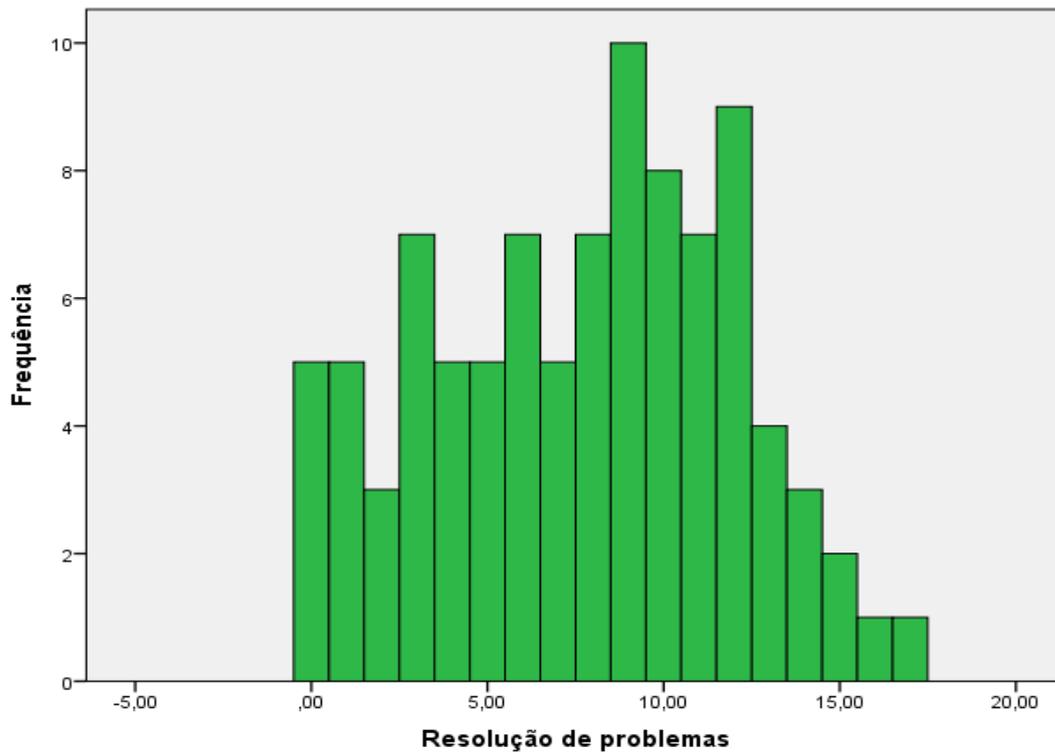
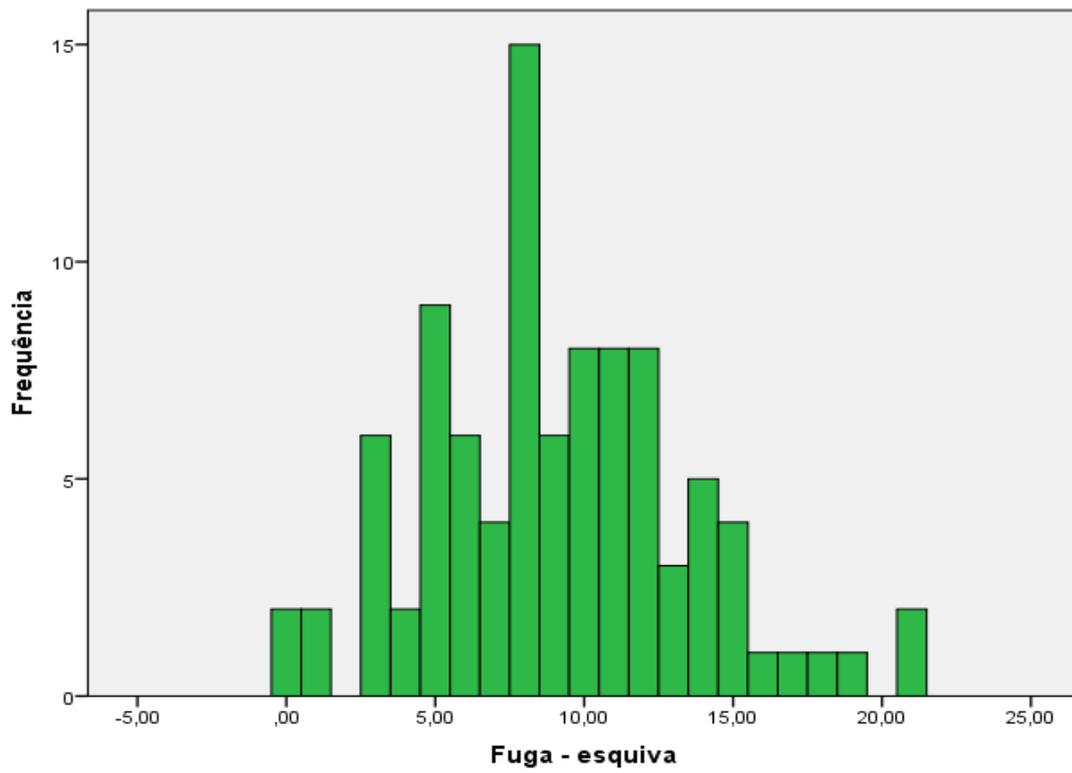


Figura 6: Histogramas de los factores de afrontamiento, distanciamiento, autocontrol y apoyo social
Fuente: elaborado por la autora

Si se observa la figura 6, puede decirse que la mayoría de las personas entrevistadas a menudo no utilizan la estrategia de afrontamiento o retirada ante una recaída. Esto se observa al identificar que las frecuencias más altas de las puntuaciones son alrededor de 5. Las estrategias de autocontrol y apoyo social tienden a ser vistas como mejores opciones, ya que tienen una frecuencia más alta de puntuaciones, alrededor de 10. Esto, en este escenario, puede ser considerado como una puntuación moderadamente alta.

En la figura 7 se presentan los histogramas de los factores aceptación de responsabilidad, fuga-evasión, solución de problemas, re evaluación positiva.





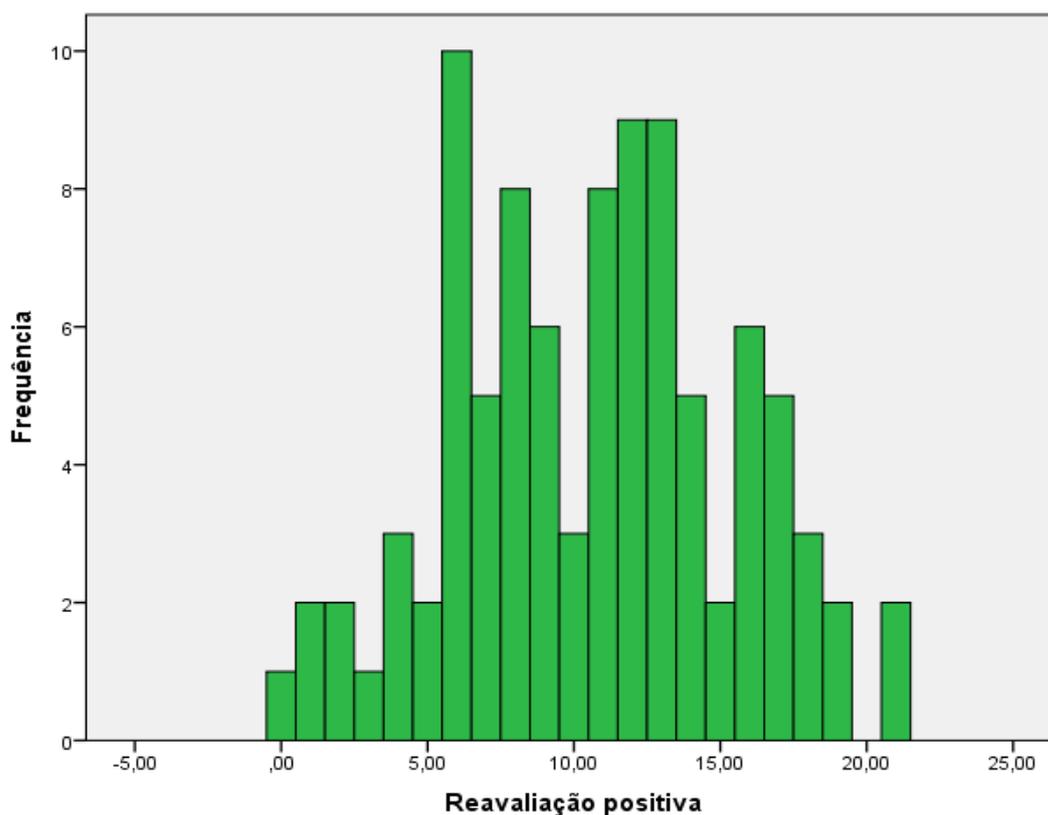


Figura 7: . Histogramas de factores de aceptación de responsabilidad, fuga- evasión, so-lución de problemas y re evaluación positiva

Fuente: elaborado por la autora

La estrategia de aceptación de responsabilidad fue poco utilizada entre los encuestados, con altas frecuencias en puntuaciones inferiores a 8 y ninguna puntuación superior a 12. Las estrategias de evasión, la resolución de problemas y la re evaluación positiva tuvieron frecuencias más altas en puntuaciones entre 5 y 15. Estas conclusiones se definen a partir del análisis de la figura 7.

La figura 8 presenta los diagramas de recuadro de factores. Estos diagramas presentan, de manera más simplificada, la información contenida en las figuras 6 y 7.

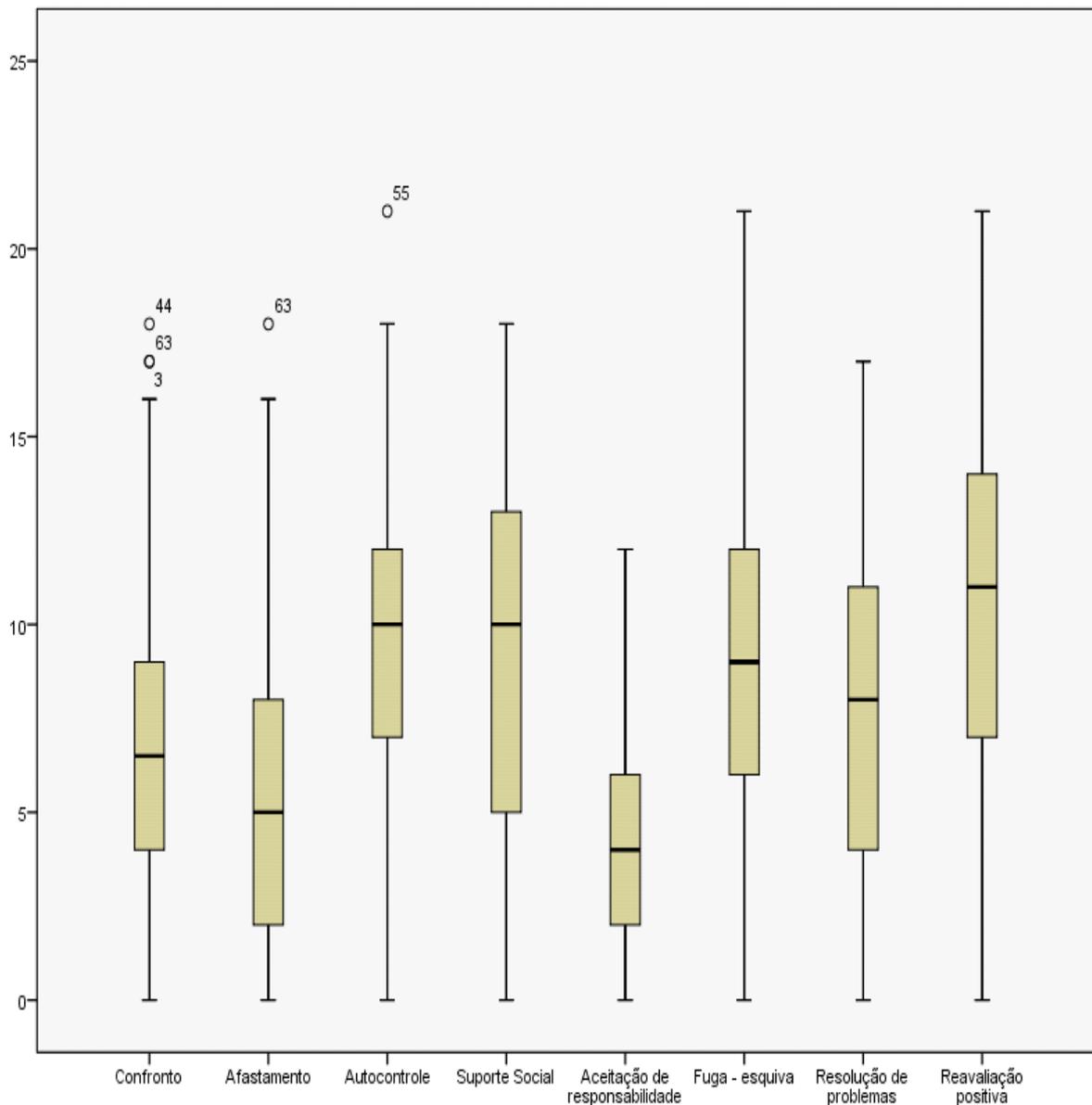


Figura 8: Box-plots de los factores del inventario
Fuente: elaborada por la autora

Es fácil de comprender, si observamos la figura 8, que las puntuaciones mínimas para todas las estrategias de afrontamiento están muy cerca de cero y las puntuaciones máximas están alrededor de 15 y 20 puntos, con la excepción de las estrategias de evasión y la re evaluación positiva. El interés por comparar los promedios de las diferentes estrategias de afrontamiento requiere la validación de la distribución de los factores, siendo el supuesto inicial que los factores

siguen una distribución normal. Así, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, que tiene como hipótesis el supuesto inicial. Los resultados se presentan en el cuadro 6.

Factor	Afrontamiento	Distanciamiento	Autocontrol	Soporte Social	Aceptación de Responsabilidad	Evasión	Resolución de problemas	Re evaluación positiva
Test Kolmogorov-Smirnov (valo-p)	0,1865	0,1486	0,3623	0,4252	0,0874	0,4491	0,3040	0,6926

Tabela 6: Test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov

Fuente: elaborada por la autora

La prueba mostró normalidad en todos los factores, es decir, no rechazamos la hipótesis nula de que los factores sigan una distribución normal, a nivel de $\alpha=5\%$ de significación. Las conclusiones se basan en la información contenida en el Cuadro sobre el tiempo de dependencia de la asociación frente al inventario de estrategias de afrontamiento de Folkman y Lázaro, que figura en los apéndices.

La prueba T se utilizó como prueba de comparación de medias en las variables cantidad de recaída y tiempo de dependencia (variables recodificadas) porque es una comparación entre dos grupos y, en la variable de clase social, se utilizó la prueba de análisis de la varianza (ANOVA).

En el cuadro 7 se presentan los resultados de la prueba T considerando la variable cantidad de recaídas como una variable de grupo de los factores de inventario.

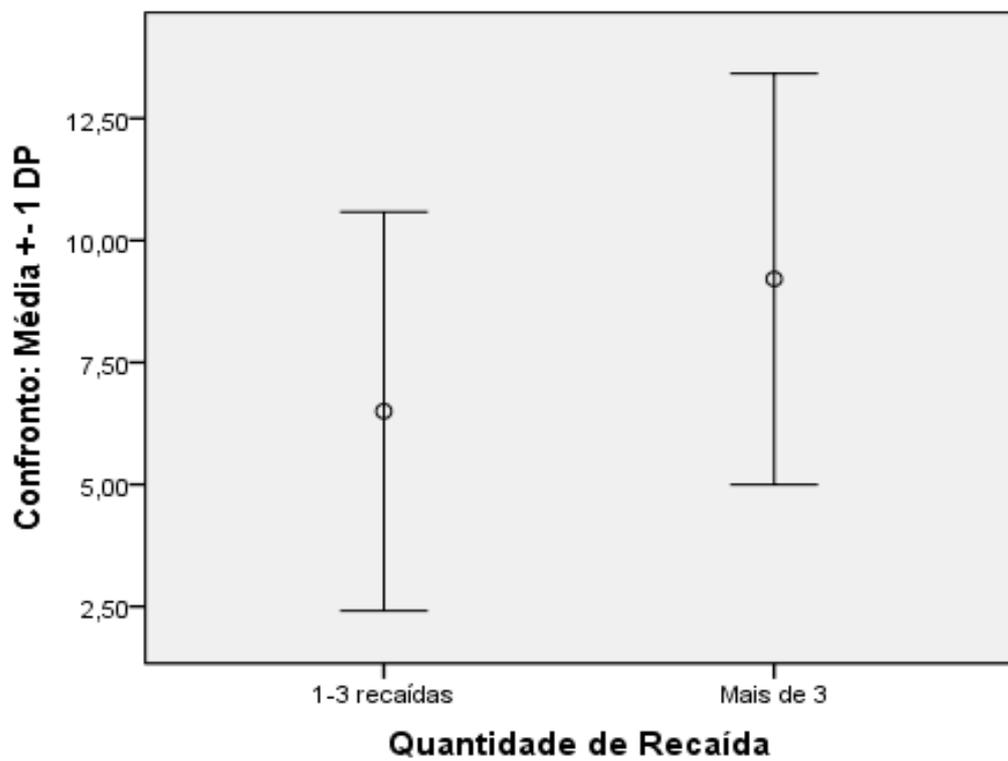
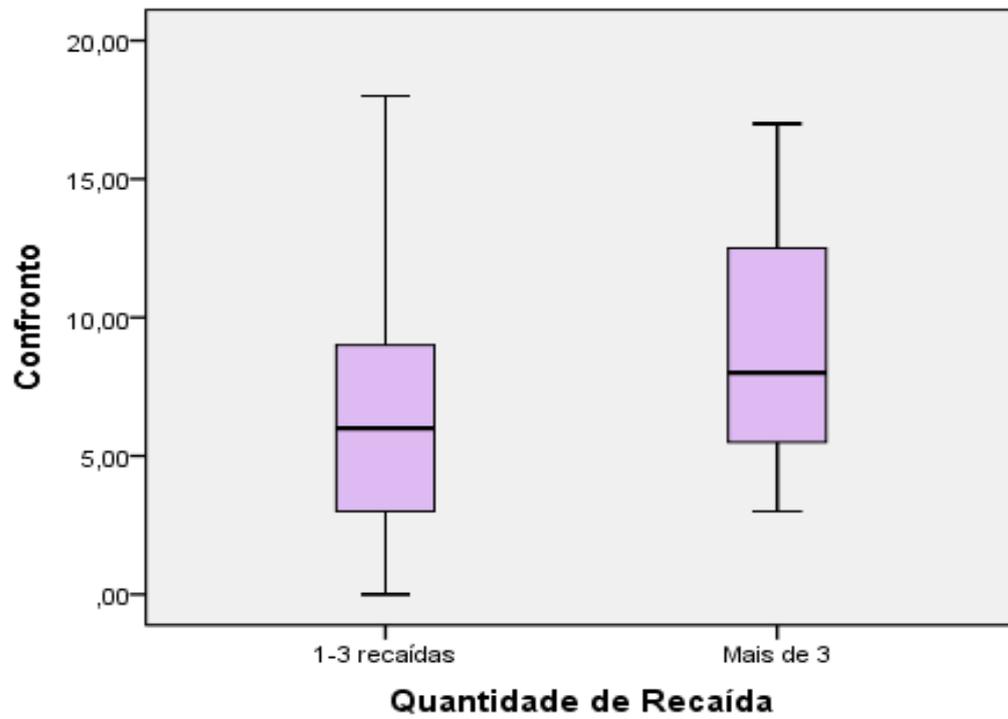
Estrategias de Afrontamiento	Cantidad de recaídas	N	Promedio	Desvío Patrón	valor-p
Afrontamiento	1 hasta 3	70	6,5000	4,08514	0,007
	Más de 3	24	9,2083	4,21157	
Distanciamiento	1 hasta 3	70	5,0143	3,96906	0,083
	Más de 3	24	6,7083	4,39841	
Autocontrol	1 hasta 3	70	9,0143	4,06289	0,028

	Más de 3	24	11,0833	3,50052	
Soporte Social	1 hasta 3	70	8,7000	4,55991	0,200
	Más de 3	24	10,4167	5,84523	
Aceptación de responsabilidad	1 hasta 3	70	4,0000	2,82843	0,320
	Más de 3	24	4,6667	2,79233	
Evasión	1 hasta 3	70	8,9714	4,38036	0,614
	Más de 3	24	9,5000	4,50121	
Resolución de problemas	1 hasta 3	70	7,2571	4,34953	0,101
	Más de 3	24	8,9167	3,85517	
Re evaluación positiva	1 hasta 3	70	10,3571	4,87833	0,296
	Más de 3	24	11,5417	4,39347	

Tabela 7: Test T considerando la Variable cantidad de recaídas como Variable de grupo
Fuente: elaborada por la autora

La información contenida en el cuadro 11 muestra que sólo las estrategias de afrontamiento y autocontrol presentaron una diferencia entre las medias de los grupos de la cantidad variable de recaídas, es decir, rechazamos la hipótesis nula de que las medias no presenten una diferencia, a nivel de $\alpha=5\%$ de significación.

Las figuras 9 y 10 presentan los gráficos de caja y de error de las variables que la prueba T mostró diferencia en las medias para una mejor visualización del comportamiento de estas variables.



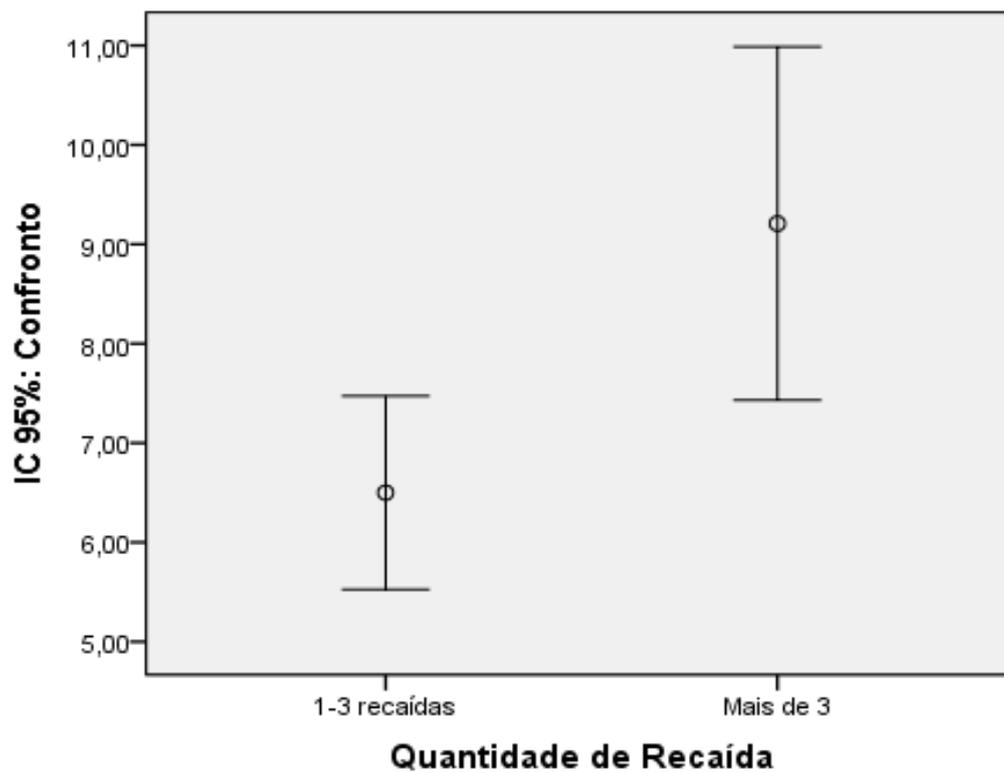
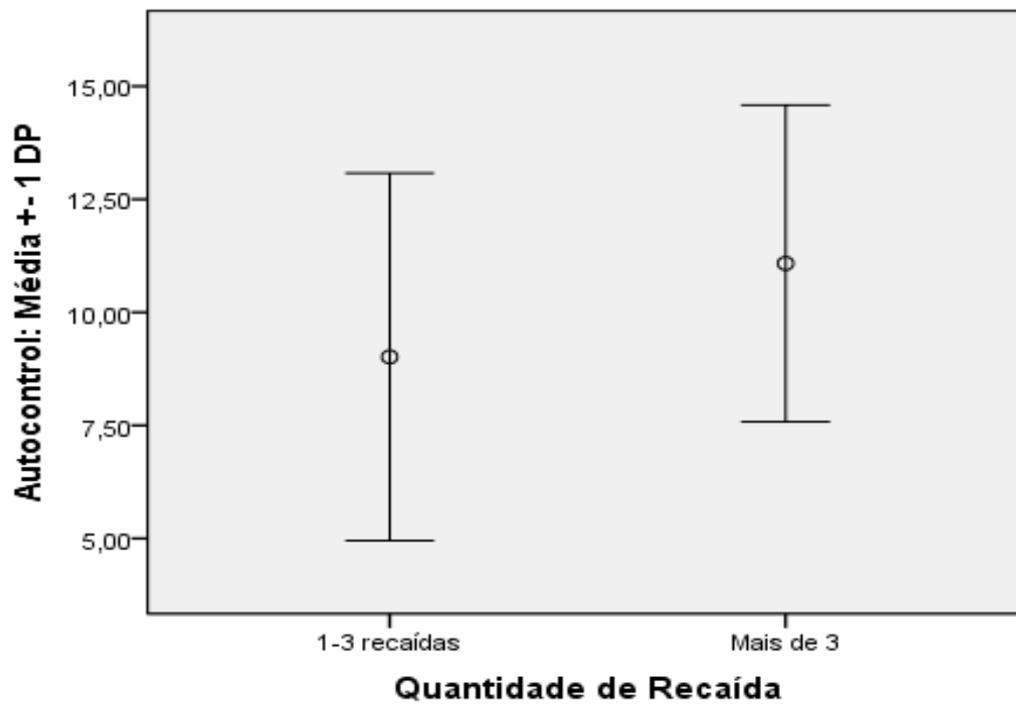
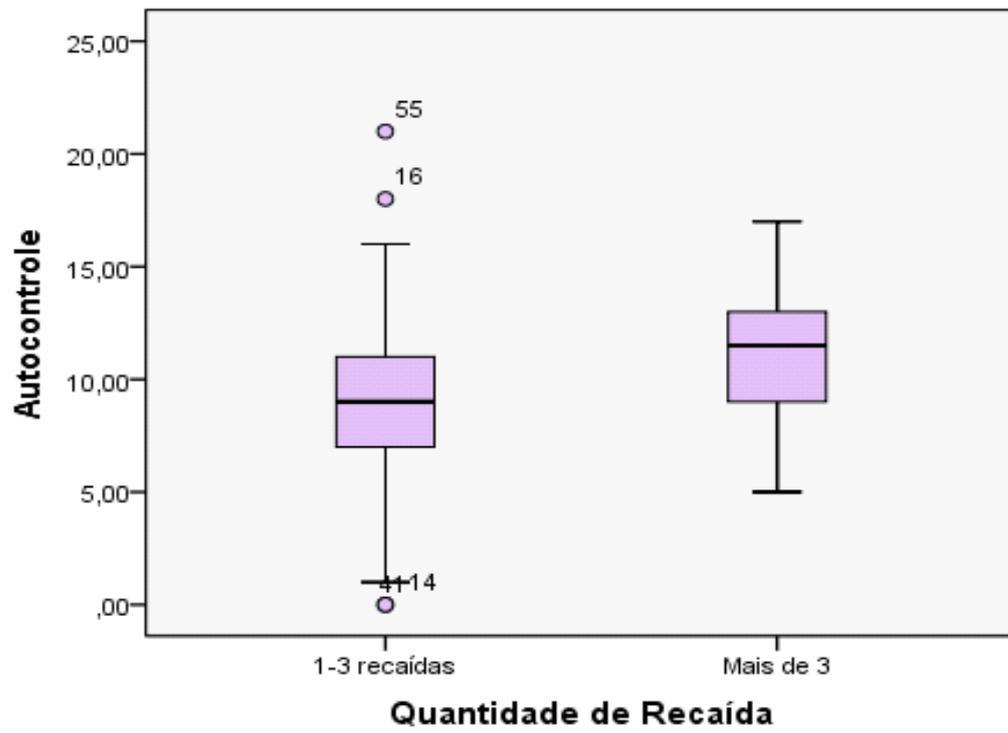


Figura 9: Box-plots, intervalo de confianza del promedio y gráfico de barras de error de la Variable confronto

Fuente: elaborada por la autora

La figura 9 muestra, visualmente, el resultado de la Tabla 11 considerando la variable de afrontamiento. La puntuación promedio de la variable de afrontamiento es más alta cuando se trata de adictos que han tenido más de 3 recaídas, y no hay una diferencia visible en las variabilidades de grupo.



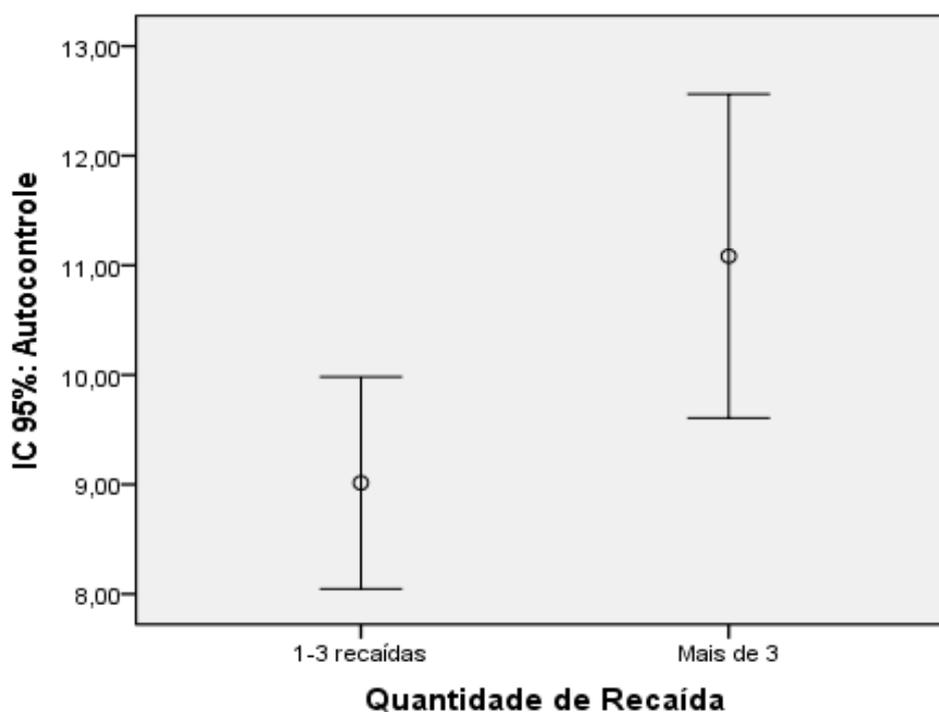


Figura 10: Box-plots, intervalo de confianza del promedio y gráfico de barras de error de la Variable Autocontrol

Fuente: elaborada por la autora

Mirando la figura 10, la variable Autocontrol tiene una puntuación promedio más alta para los adictos que han tenido más de 3 recaídas. En la condición de los adictos que han tenido de 1 a 3 recaídas, se pueden observar valores extremos y discrepantes.

Los resultados de la prueba T realizada en la variable de tiempo de dependencia de los adictos como variable de grupo se presentan en el cuadro 8.

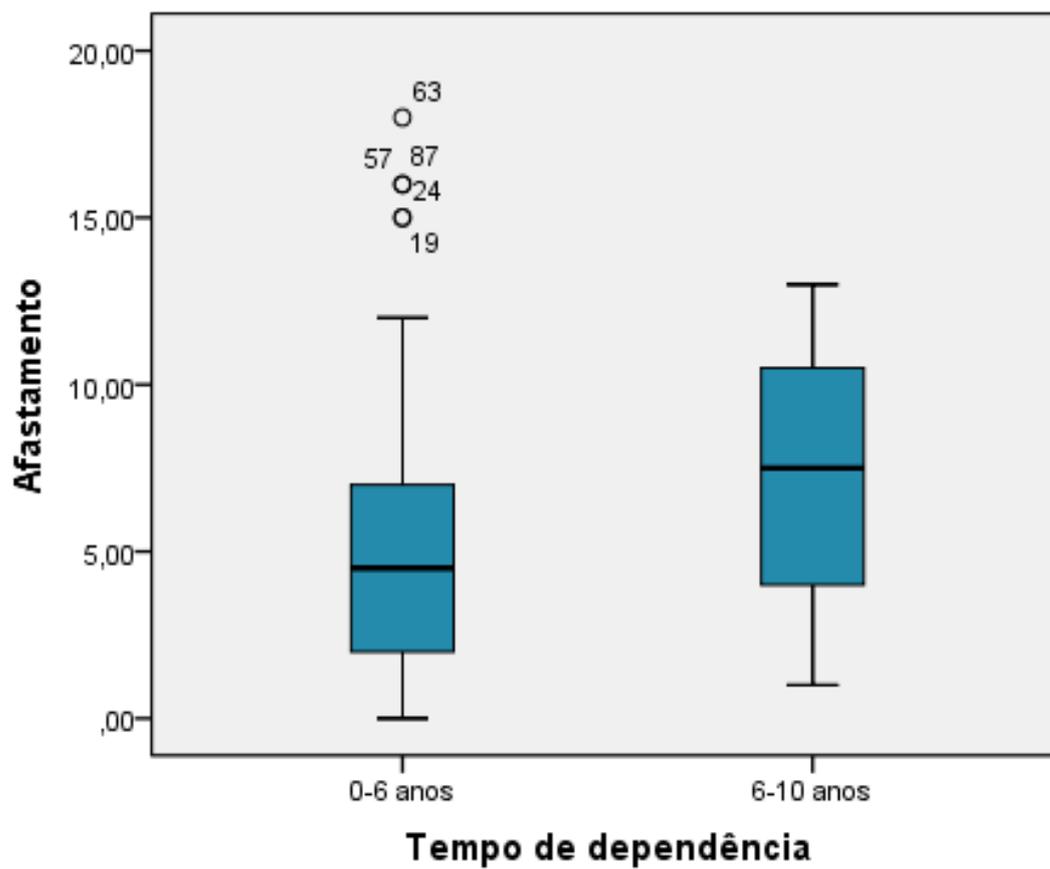
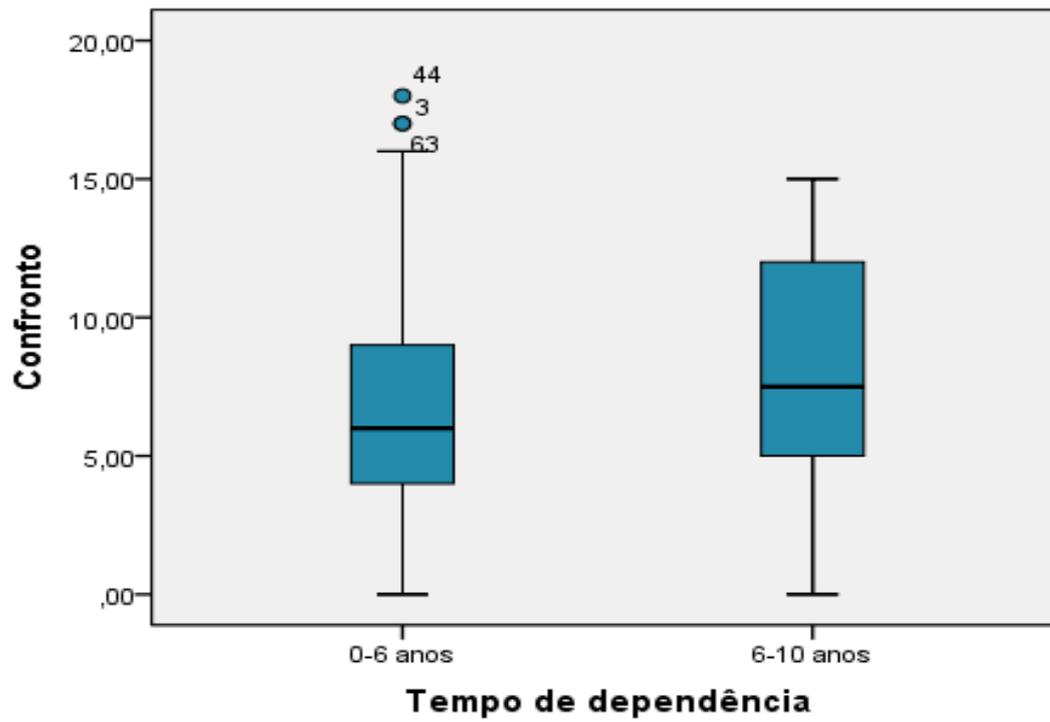
Estrategias de Afrontamiento	Tiempo de dependencia	N	Promedio	Desvío Patrón	valor-p
Afrontamiento	0-6 años	78	6,9487	4,24844	0,225
	6-10 años	16	8,3750	4,27200	
Distanciamiento	0-6 años	78	5,1026	4,11393	0,074
	6-10 años	16	7,1250	3,87943	
Autocontrol	0-6 años	78	9,3333	4,05055	0,267
	6-10 años	16	10,5625	3,77657	
Soporte Social	0-6 años	78	8,8590	4,75838	0,228
	6-10 años	16	10,5000	5,73876	
Aceptación de Responsabilidad	0-6 años	78	4,1795	2,74332	0,944
	6-10 años	16	4,1250	3,26343	
Evasión	0-6 años	78	9,1026	4,43595	0,985
	6-10 años	16	9,1250	4,31856	
Resolución de problemas	0-6 años	78	7,3718	4,34878	0,090
	6-10 años	16	9,1875	3,61882	
Re evaluación positiva	0-6 años	78	10,4744	4,77473	0,408

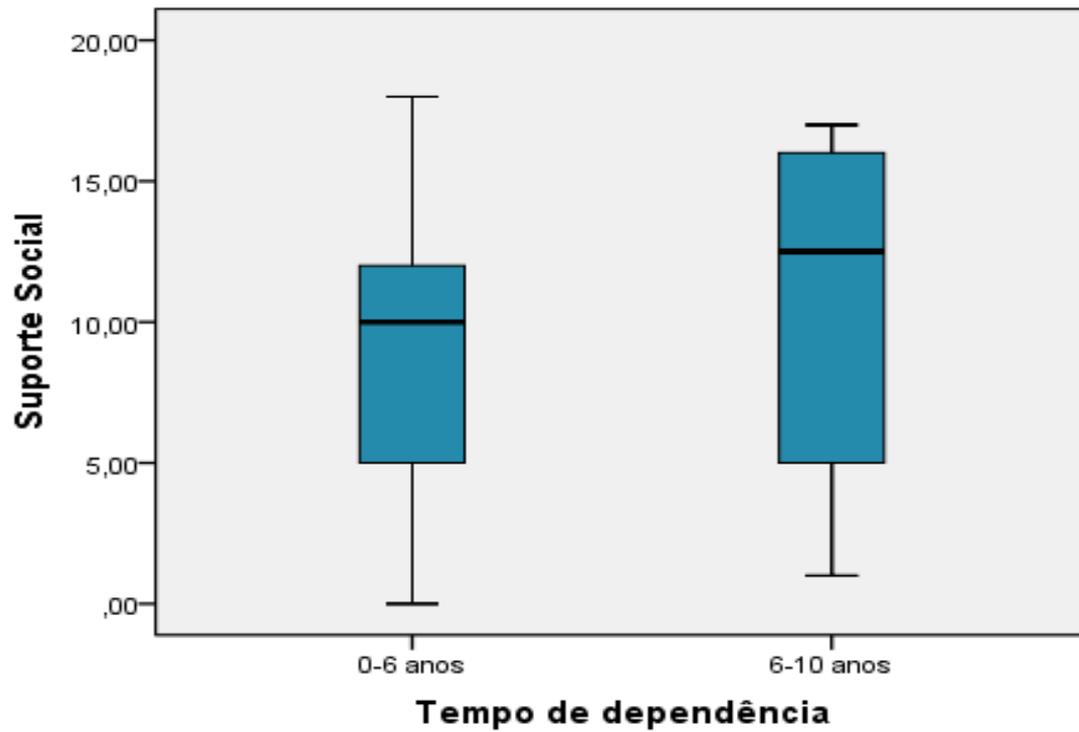
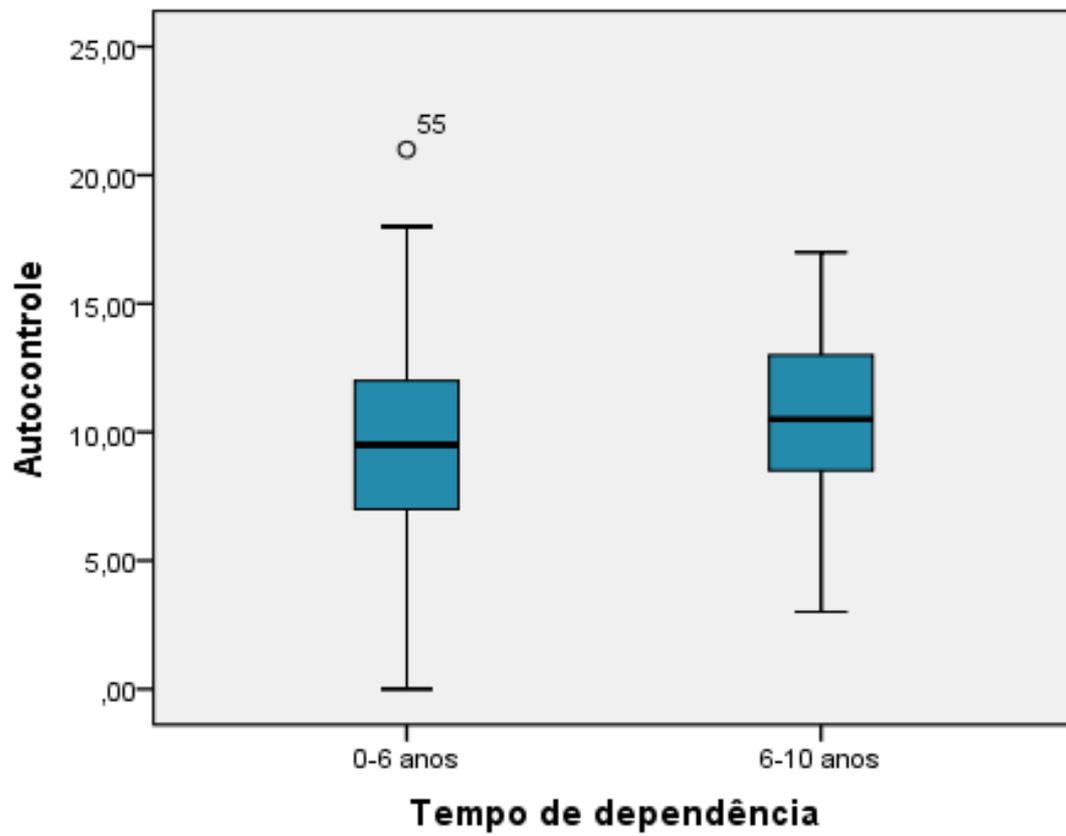
	6-10 años	16	11,5625	4,76051	
--	-----------	----	---------	---------	--

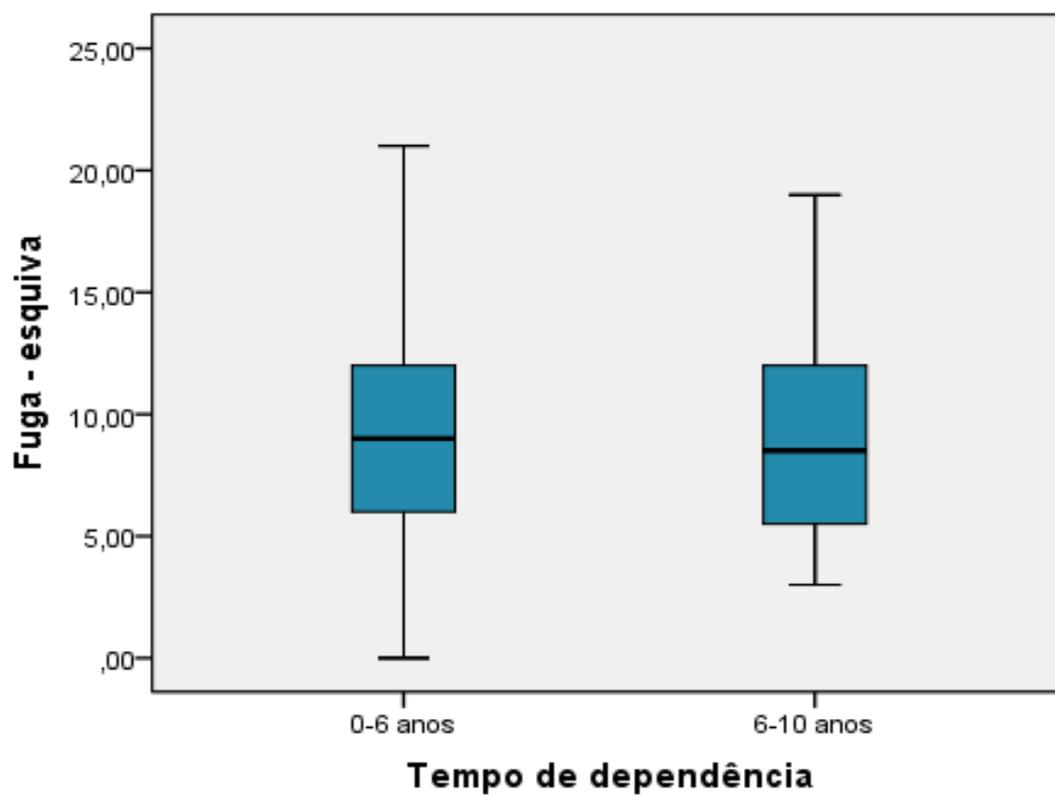
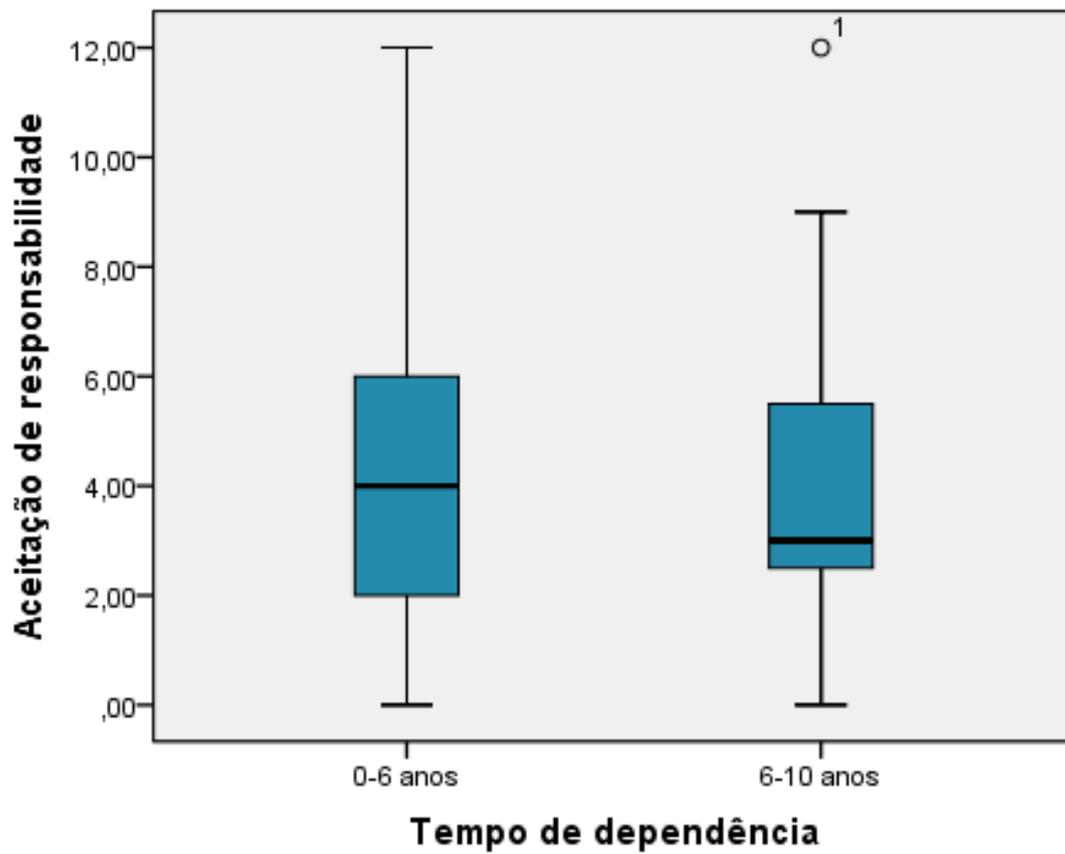
Tabela 8: Test T considerando a Variable tiempo de dependencia como Variable de grupo

Fuente: elaborada por la autora

No hay diferencia entre las medias de los grupos de la variable tiempo de dependencia, es decir, para todas las variables que se refieren a los factores que determinan las estrategias de afrontamiento, no rechazamos la hipótesis nula de que las medias de los grupos de la variable tiempo de dependencia son iguales, a un nivel de $\alpha=5\%$ de significación. Para una mejor visualización de los resultados, los gráficos de caja se presentan en la figura 11.







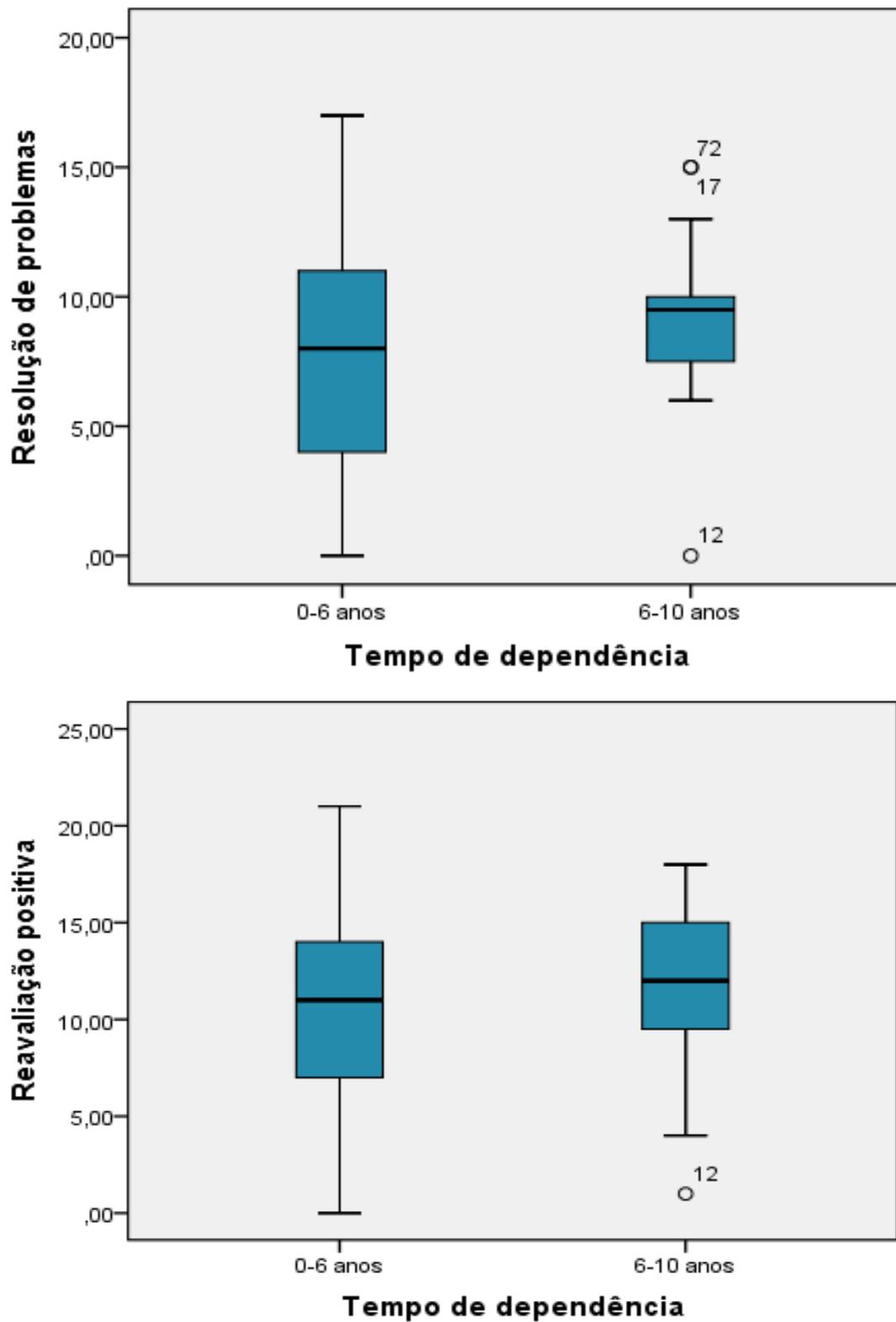


Figura 11: Box-plots de los factores del inventario considerando la Variable tiempo de de-pen-dencia como Variable de grupo
Fuente: elaborada por la autora

Analizando la figura 11, se puede observar que, de hecho, ninguna de las variables parece presentar una diferencia de promedio entre los grupos, excepto las variables solución de problemas, afrontamiento y distanciamiento. Es notable la presencia de valores discrepantes en estas variables. En algunos de los grupos, estos valores pueden estar influyendo en promedio, de modo que ésta no resume adecuadamente los datos, influyendo también en el resultado de la prueba.

El Test de Análisis de Varianza (ANOVA), como se mencionó anteriormente, se utilizó como prueba para comparar las medias considerando la variable de grupo de clases sociales.

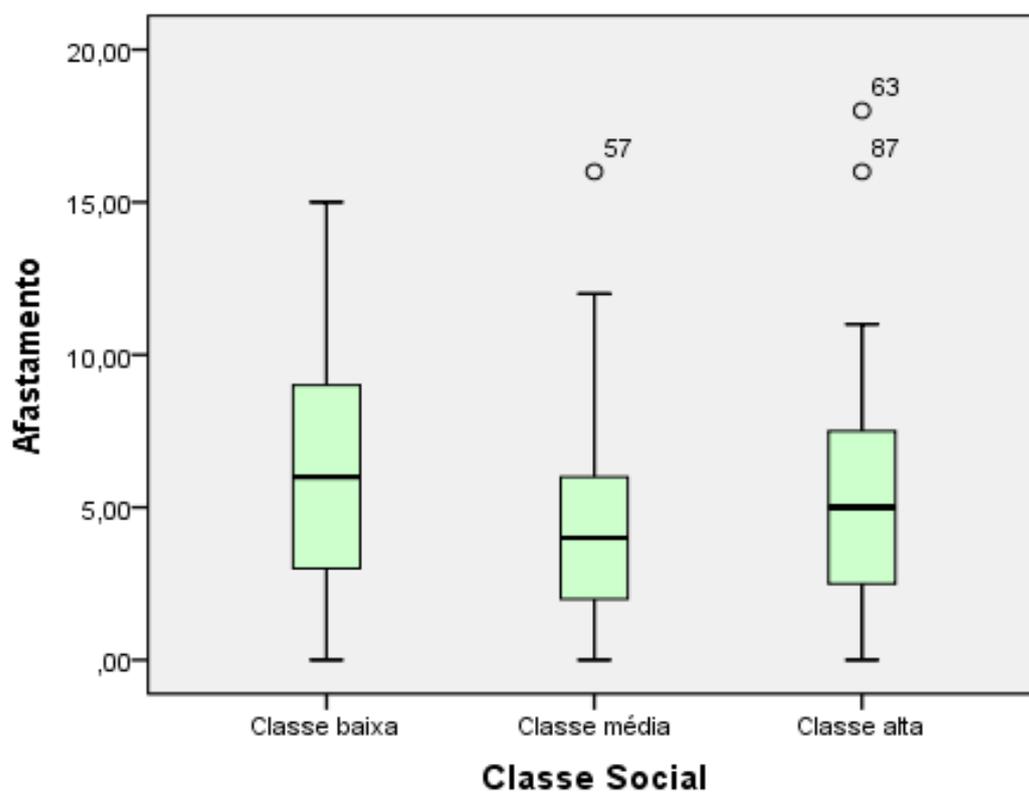
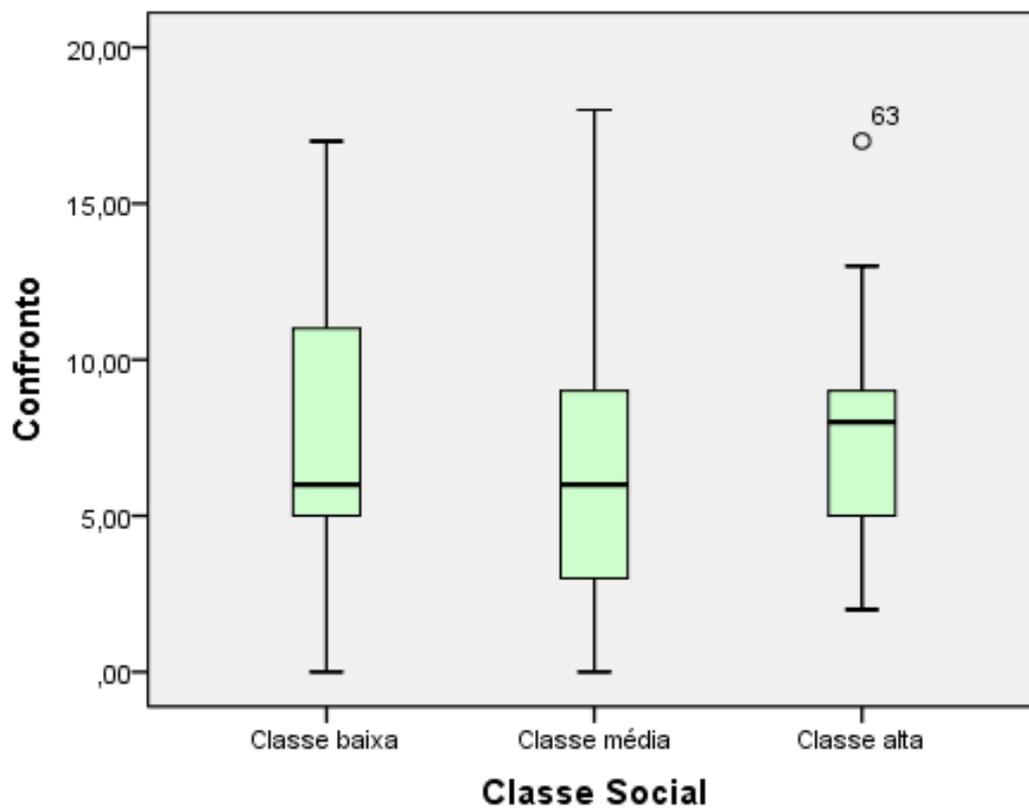
La tabla 9 contiene los resultados de la prueba de ANOVA realizada.

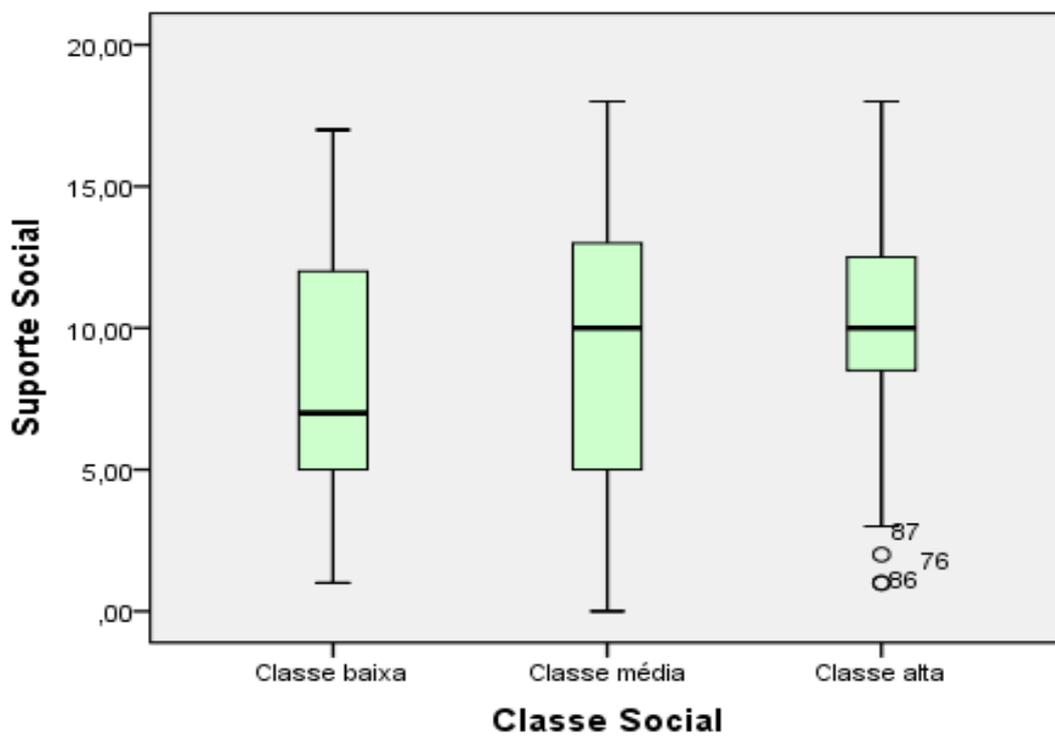
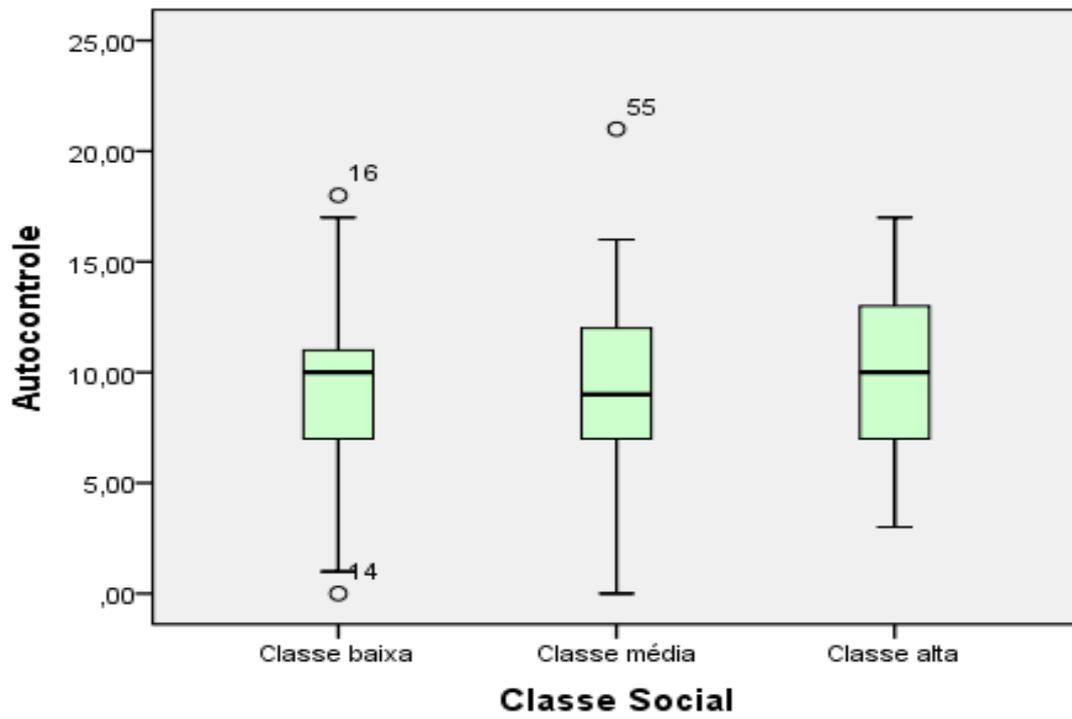
Estrategias de Afrontamiento	Clase Social	N	Promedio	Desvío Patrón	valor-p
Afrontamiento	Clase baja	33	7,3636	4,37191	0,904
	Clase media	29	6,8966	5,03803	
	Clase alta	32	7,2813	3,42886	
	Total	94	7,1915	4,26357	
Distanciamiento	Clase baja	33	6,2424	4,15354	0,188
	Clase media	29	4,3448	3,84778	
	Clase alta	32	5,6250	4,24834	
	Total	94	5,4468	4,12602	
Autocontrol	Clase baja	33	9,3939	4,04614	0,898
	Clase media	29	9,4138	4,18771	
	Clase alta	32	9,8125	3,93034	
	Total	94	9,5426	4,01252	
Soporte Social	Clase baja	33	8,4242	4,78951	0,418
	Clase media	29	8,9655	5,15116	
	Clase alta	32	10,0313	4,92842	
	Total	94	9,1383	4,94399	
Aceptación de Responsabilidad	Clase baja	33	4,3030	2,77809	0,384
	Clase media	29	3,5862	3,02982	
	Clase alta	32	4,5625	2,66322	
	Total	94	4,1702	2,81943	
Evasión	Clase baja	33	9,0303	3,90100	0,532
	Clase media	29	8,4828	5,13128	
	Clase alta	32	9,7500	4,19677	
	Total	94	9,1064	4,39322	
Resolución de problemas	Clase baja	33	6,7879	4,02925	0,108
	Clase media	29	7,3103	4,74420	
	Clase alta	32	8,9375	3,87663	
	Total	94	7,6809	4,27096	
Re evaluación positiva	Clase baja	33	11,0909	4,50946	0,107
	Clase media	29	9,1379	4,66541	
	Clase alta	32	11,5938	4,91777	
	Total	94	10,6596	4,76446	

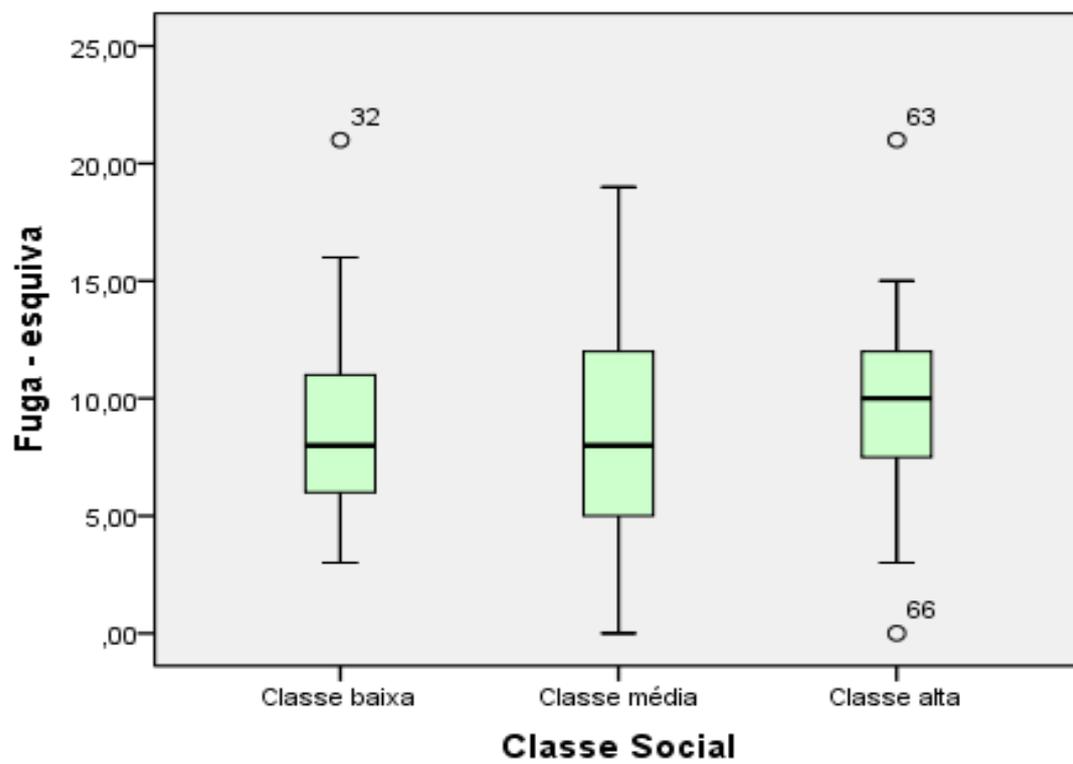
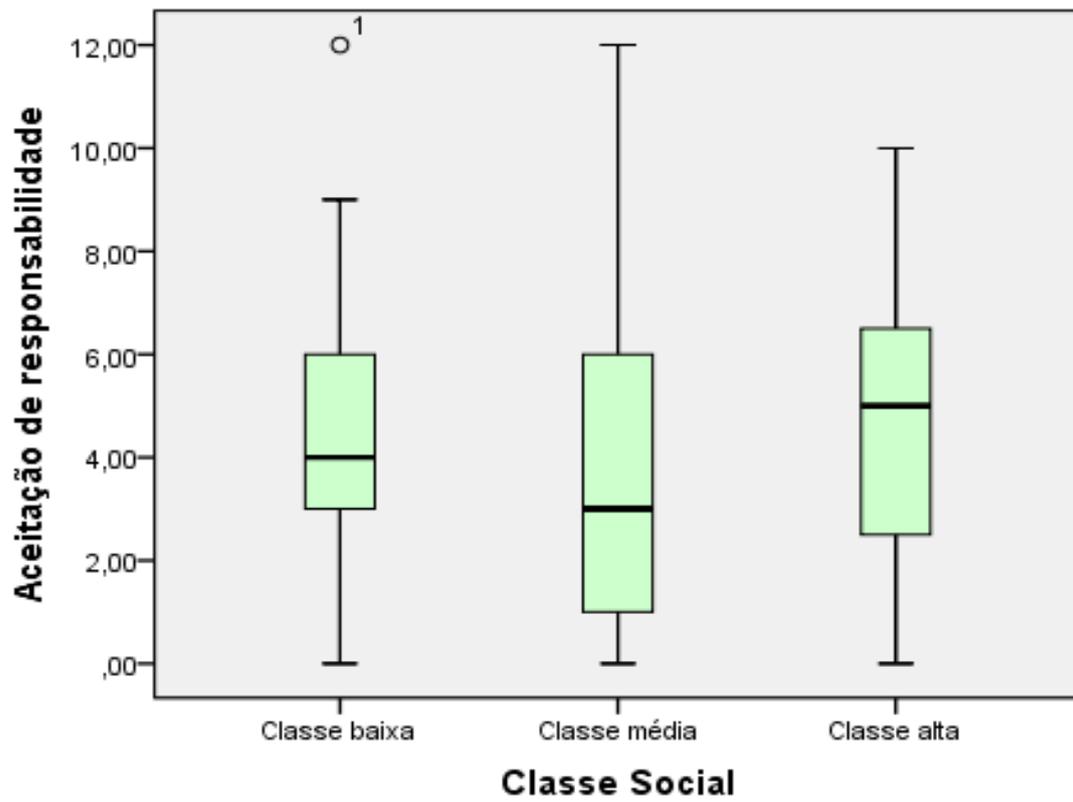
Tabla 9: Test ANOVA considerando la Variable clase social como Variable de grupo

Fuente: elaborada por la autora

Para todas las variables definidas en la Tabla 9, no rechazamos la hipótesis de que las medias son iguales en los diferentes grupos de la variable clase social, a un nivel de $\alpha=5\%$ de significación. La figura 12 presenta los gráficos de recuadro de estas variables para un análisis más detallado.







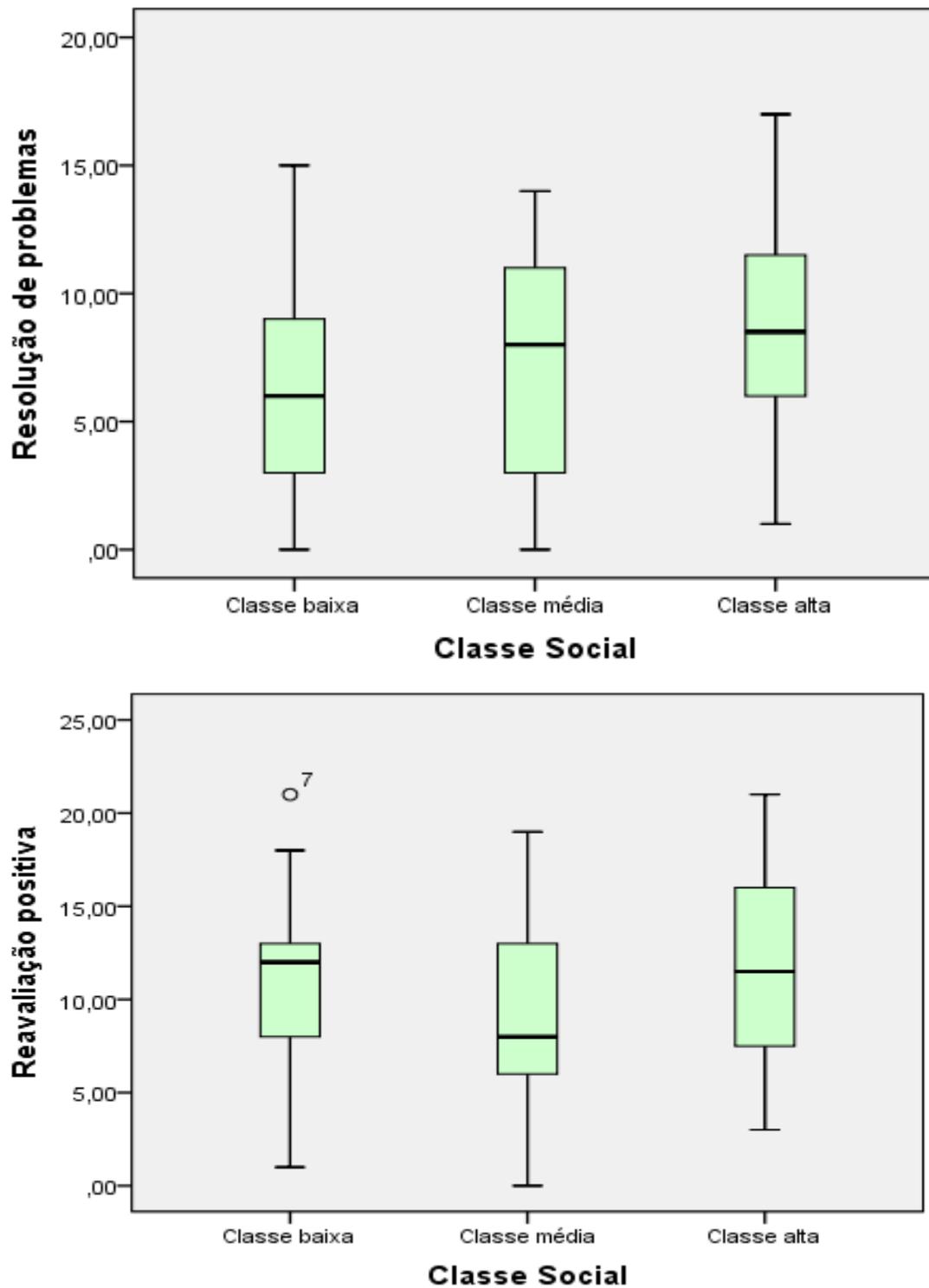


Figura 12: Box-plots dos factores do inventario considerando la variable classe social co-mo variable de grupo
 Fuente: elaborada por la autora

De hecho, analizando el rango intercuartílico, el promedio de las variables no parece ser diferente en los diferentes grupos. Algunas variables, como la distanciamiento, el apoyo social y la evasión, tienen valores aberrantes en algunos de los grupos que influyen fuertemente en el valor del promedio.

8 Discusión de los resultados

Los resultados que presentamos en esta investigación bajo el tema de alta relevancia: Estrategias de afrontamiento de familiares de adictos ante una recaída, nos permiten conocer diferentes estrategias que los familiares de los adictos utilizan para enfrentar este problema. La investigación realizada nos ha permitido abarcar el universo personal de cada miembro de la familia explorando el significado de la recaída para cada uno de ellos, y a través de este estudio es posible conocer las diferentes formas de enfrentar la recaída de sus familiares, es decir, lo que hacen para transformar esta difícil realidad familiar.

Así pues, fue posible verificar, mediante el análisis de los datos reunidos, diversas estrategias centradas en la emoción y también en el problema.

1.0 Estrategias de afrontamiento y su correlación con la clase social

Los resultados muestran que la llamada clase social baja presentó como estrategias más utilizadas el distanciamiento, el autocontrol y la re evaluación positiva. Sin embargo, los resultados apuntan a iguales medios en la mayoría de los factores. La clase media presentó como estrategias de afrontamiento más utilizadas para lidiar con las recaídas: autocontrol, fuga- evasión y aceptación de Responsabilidad.

La clase alta presentó como las estrategias más utilizadas: apoyo social, re evaluación positiva, resolución de problemas y autocontrol.

A través de este estudio, se observa que las estrategias comúnmente más encontradas, centradas en la emoción fueron: el apoyo social, la re evaluación positiva y el autocontrol. Cabe señalar que las estrategias, que frecuentemente,

se enfocaban en el problema eran la búsqueda de la solución, la búsqueda de información, es decir, aprender más sobre la enfermedad.

Comparando los estudios presentados en el estado del arte con el presente estudio, es importante destacar que la investigación sobre los familiares de los adictos trató de identificar la dinámica relacional de la familia con la dependencia química, donde se consideró que dicha familia podía funcionar como factor de riesgo o protección, sin embargo, no se exploraron estrategias para enfrentar la situación de dependencia química. Así pues, puede deducirse que al comparar sólo a la familia como factor de riesgo o protección no se tienen en cuenta las estrategias de afrontamiento utilizadas por la familia para hacer frente a este problema. Se concluye que para evaluar si una familia es un factor de riesgo o de protección es necesario comprender la dinámica familiar, pero sobre todo, comprender cómo se enfrentan y atraviesan las recaídas.

El estudio sobre la experiencia de la familia en relación con las drogas mostró que en estos casos existía una relación positiva importante. Entre las actitudes positivas frente a la adicción están las acciones con emoción y evasivas, con estrategias de afrontamiento orientadas y cohesión familiar, lo que muestra cierta similitud con los resultados aquí presentados, porque donde existe una relación positiva, afrontamiento orientado y cohesión familiar, se pueden enfrentar mejor las recaídas.

Entre las investigaciones sobre la recaída, se destaca la que estudió la relación entre las situaciones de recaída y la familia de origen: un estudio sobre la percepción de los adictos, puntualizando las estrategias de afrontamiento utilizadas en las situaciones de riesgo. Este estudio señala que los resultados se

mostraron en el promedio, debido a que los sujetos son participantes en el tratamiento de la dependencia química y que ya reflejan su recuperación. Sin embargo, las investigaciones mencionadas ponen de relieve que los resultados pueden mejorarse, ya que las estrategias de afrontamiento pueden aprenderse en el contexto de la familia de origen. Comparando los resultados producidos en nuestra investigación, es importante señalar que el grupo investigado ya estaba bajo psicoeducación y aprendiendo sobre estrategias de afrontamiento, lo que puede de alguna manera interferir positivamente en el afrontamiento y los resultados presentados aquí.

En el estudio presentado en el estado del arte sobre estrategias de afrontamiento, el objetivo era elaborar un inventario multidimensional de afrontamiento para evaluar las diferentes formas en que las personas responden al estrés. El estudio informa sobre el desarrollo de los elementos de la escala, señala informes, de las correlaciones entre las diversas escalas de afrontamiento, además de manifestar lo que se confirma en nuestro estudio, porque las estrategias de afrontamiento no sólo son un constructo de la personalidad, sino que pueden estar vinculadas a la situación o fuente de estrés.

Durante el presente estudio no se observaron casos en los que el familiar utilizara un solo tipo de estrategia, centrada únicamente en la emoción o en el problema. Este hecho corrobora, positivamente, con el sentido de que las personas utilizan diferentes estrategias y pueden utilizarlas de manera concomitante o en diferentes momentos. Ahora el individuo utiliza estrategias centradas en la emoción, ahora centradas en los problemas, de modo que este hecho refuta la

hipótesis de que existe una correlación entre las estrategias de afrontamiento y la clase socio-económica.

2.0 Estrategias de afrontamiento y su correlación con el tiempo de dependencia

Las estrategias de afrontamiento correlacionadas con el tiempo de dependencia no presentan una gran significación, es decir, los promedios son prácticamente iguales a la utilización de las estrategias que las correlacionan con el tiempo de dependencia química.

3.0 Estrategias de afrontamiento y su correlación con la cantidad de recaídas

Las estrategias de afrontamiento correlacionadas con el número de recaídas tienen una amplia significación en las variables de afrontamiento y autocontrol, con una diferencia en los promedios en los casos en que los adictos han tenido más de tres recaídas. Las estrategias de afrontamiento y autocontrol indican que los individuos tienden a buscar la confrontación como una alternativa al afrontamiento, lo que significa controlar sus conductas, pensamientos y actitudes hacia el problema relacionado, y el autocontrol se refiere a sus emociones al tratar el problema relacionado, es decir, cómo hace el miembro de la familia para controlarse emocionalmente frente a las recaídas. Recurre a factores como la actividad física o desahogarse con un amigo para encontrar un enfrentamiento efectivo.

La investigación nos muestra que las respuestas son muy activas, siempre demostrando la dedicación por parte del miembro de la familia, utilizando con frecuencia:

- Traté de analizar el problema para entenderlo mejor (aceptación de responsabilidad);
- Dejo pasar el tiempo, el tiempo es la mejor medicina (abstinencia);
- Me critiqué, me reprendí (evasivo);
- Esperaba un milagro (re evaluación positiva);
- Lo hice como si nada hubiera pasado (fuga y evasión);
- Traté de mantener mis sentimientos para mí mismo (desapego);
- Traté de olvidar el problema (el desapego);
- Hablé con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema (aceptación de responsabilidad);
- Encontré nuevas creencias (re evaluación positiva);
- Busqué a un amigo para pedirle consejo (apoyo social); entre otros.

Se percibe que en los miembros de la familia investigados, un mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en las emociones en comparación con las estrategias centradas en el problema. Consideramos que la gente de clase media y baja utiliza en mayor medida estrategias centradas en la emoción y la gente de clase alta se centra más en las estrategias relacionadas con el problema. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas, lo que nos lleva a interpretar que las estrategias de afrontamiento utilizadas, no tienen relevancia en comparación con la clase social. Además, los miembros de la familia utilizan tanto estrategias centradas en los problemas como en las emociones.

Factores como "esperaba un milagro" o "recé" aparecen con alta frecuencia en las clases bajas y medias, mostrándonos que, tal vez, deberíamos apostar por estrategias religiosas. Esto podría ser un factor para prevenir una recaída.

Además, en las clases altas aparecen estrategias como "busqué ayuda de un experto". Factores como el síndrome de abstinencia también aparecen en el grupo estudiado. Existe una prioridad en las respuestas de los miembros de la familia de todas las clases sociales en relación con la estrategia: "Hablé con otras personas sobre el problema, buscando más datos sobre la situación", "Hablé con alguien que podía hacer algo concreto sobre el problema", de modo que la búsqueda de apoyo social se presenta en la mayoría de las respuestas de los miembros de la familia que utilizaron la estrategia: "Busqué a un amigo o pariente para pedirle consejo", lo que demuestra que se trata de una estrategia ampliamente utilizada en todas las clases sociales.

El factor de distanciamiento también nos parece una estrategia ampliamente utilizada por los familiares que señalan la estrategia: "Me negué a creer lo que estaba sucediendo" o "Deseé que la situación terminara o que de alguna manera desapareciera".

Así, se comprobó que las familias utilizan diferentes estrategias de afrontamiento y las mismas ante la reincidencia, sin embargo no hay correlación entre las estrategias de afrontamiento y la clase social a la que pertenece la familia. La clase alta tiende a buscar una ayuda más profesional o a entender lo que está sucediendo, en contraste con la clase baja que recurre más a fenómenos espirituales como la espera de un milagro o la oración, mientras que la clase media, podemos decir que presenta tanto la búsqueda de ayuda profesional como de

apoyo social o incluso la distanciamiento, la fuga y la evasión. Todas las clases sociales utilizan estrategias centradas en la emoción y el problema, lo que nos muestra que no hay estrategias más o menos importantes.

Las estrategias de afrontamiento encontradas en los miembros de la familia refuerzan la evidencia encontrada en toda la literatura investigada. Las personas, en general, con diferentes culturas, hábitos, formas de pensar, también se comportan de manera diferente incluso frente al mismo problema, es decir, la recaída en las drogas de sus familiares.

Volviendo a las hipótesis reivindicadas en este estudio, es necesario estratificar cada una de ellas como se explica a continuación:

Hipótesis 1: Las familias de alto nivel socio-económico presentan más estrategias de afrontamiento centradas en el problema. Esta hipótesis podría confirmarse, ya que las estrategias de afrontamiento pueden clasificarse como centradas en el problema o centradas en la emoción (FOLKMAN; LAZARO, 1980). Cuando se centran en el problema, el individuo se esfuerza por gestionarlo o bien por mejorar su relación con el entorno y cuando se centran en la emoción, las estrategias de afrontamiento tratan de sustituir o regular el impacto emocional del estrés en el individuo, que se origina principalmente en los procesos defensivos, haciendo que las personas eviten enfrentarse conscientemente a la realidad de la amenaza y se confirmen. En este sentido, la clase alta presentó estrategias de alto control, re evaluación positiva, resolución de problemas y aceptación de responsabilidad.

Hipótesis 2. Las familias de nivel socio económico medio presentan más estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. Esta hipótesis no puede ser confirmada considerando que no hubo valores significativos de las diferencias en las correlaciones entre las clases sociales altas, medias y bajas.

Hipótesis 3: Se estima que existe una fuerte y significativa correlación entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de dependencia, así como una correlación entre las estrategias de afrontamiento y la cantidad de recaídas. Esta hipótesis se refuta cuando se discute la correlación entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de dependencia química, donde los resultados señalan que los valores no presentan una gran significación, es decir, los medios son prácticamente iguales al uso de las estrategias cuando se correlacionan con el tiempo de dependencia química. Sin embargo, fue posible confirmar la hipótesis de que las estrategias de afrontamiento relacionadas con la cantidad de recaídas tienen una amplia significación en las variables de afrontamiento y autocontrol en los casos en que los adictos tuvieron más de tres recaídas.

Hipótesis 4: Los miembros de la familia de los adictos tienen diferentes estrategias de afrontamiento y existe una correlación significativa entre las variables, es decir, incluso en diferentes estrategias de afrontamiento existe una correlación relevante entre las variables tiempo de dependencia química, número de recaídas y clase social. Tras el análisis estadístico se refuta esta hipótesis, ya que no fue posible confirmar una correlación pertinente entre las variables tiempo de dependencia, en que los resultados muestran que la mayoría de los artículos del inventario no tienen una asociación estadísticamente significativa con la variable tiempo de dependencia, Cabe señalar que esta conclusión sólo no se aplica a los puntos 18 (acepté la simpatía y comprensión de la gente), 46 (me negué a retroceder y luché por lo que quería), 48 (busqué una situación similar en experiencias pasadas) y 57 (soñé despierto o imaginé un lugar o un momento mejor que en el que estaba). En estos puntos, la prueba de asociación señaló que existía una asociación estadísticamente significativa en cuanto a la correlación entre las estrategias de afrontamiento y la clase social, y los resultados revelan que no existe una asociación significativa. En la hipótesis de que existía una correlación entre las cantidades de recaída y las estrategias de afrontamiento, se concluye que éstas se confirman y tienen una amplia significación.

4.0 Limitaciones del estudio

Señalamos que, durante la aplicación del inventario, algunos familiares que acompañan a su familiar en un programa de recuperación solicitaron no participar (6 participantes de un total de 97) en la investigación, tal es el sufrimiento psíquico demostrado al entrar en contacto con algo que los ha angustiados. Consideramos que estos datos son importantes porque podemos considerar que

también demuestran un tipo de estrategia de afrontamiento, el hecho de "necesitarse a responder al inventario". Hecho que, en la investigación cualitativa, debe alcanzar una mayor relevancia.

También es importante señalar que podemos señalar limitaciones en este estudio, ya que no se evalúa desde un punto de vista cualitativo. Esto reduce nuestra contextualización y fue posible observar, durante la aplicación del inventario, un fuerte deseo de "complementar" con su historia de vida, lo que ciertamente puede hacerse en estudios futuros. En vista de todas las investigaciones, se plantearon preguntas y se observaron, dada la recopilación de datos, la aplicación del instrumento que se utiliza actualmente. Fue posible percibir el deseo, por parte de la familia, de hablar y contar su historia de vida, sus dificultades y confrontaciones. Entendemos que este es un factor importante y debe ser reportado en este estudio. A partir de una observación no sistemática, percibimos cuánto apoyo religioso ha estado presente en esta audiencia, los familiares de los adictos, ya que muchos participantes informaron buscar ayuda religiosa para enfrentar las recaídas. Es sumamente importante considerar esta cuestión, ya que en el cuerpo del instrumento tenemos declaraciones (de un total de 66) que aclaran la adaptación religiosa.

Brunoro (2014) aclara que hay un gran número de investigaciones sobre cómo hacer frente a la situación, destacando que la búsqueda de apoyo religioso siempre destaca y ayuda a minimizar el sufrimiento. Así, los autores destacan la posibilidad de implementar una nueva categoría o factor sobre la religiosidad.

De lo anterior, también debemos señalar que la mayoría de las comunidades terapéuticas (CT) aportan su filosofía de funcionamiento de un aparato

religioso y se dedican a la recuperación de los adictos. Sin embargo, mantienen un sesgo religioso al incluir en sus prácticas de oraciones, momentos de canto, reflexiones de forma existencial y trascendental. Este hecho puede tal vez integrarse en las estrategias de afrontamiento, funcionando como una sugerencia al tema.

Marlatt y Donovan (2005), como se cita en Avants, Warburton y Margolin (2001) nos traen el conocimiento de que los pacientes en permanencia con los altos índices de apoyo espiritual pueden mantenerse abstemios por más tiempo durante los 6 meses de tratamiento en comparación con otros que no tienen apoyo espiritual o religioso. La búsqueda de este factor es un fuerte indicador de abstinencia. Este hecho puede verse en nuestro estudio ya que los participantes también presentan estrategias para buscar apoyo religioso, lo que nos lleva a pensar que esto puede ser una característica cultural. Esto debería ser investigado en futuras investigaciones.

9 Consideraciones finales

En este estudio se presentó un análisis de las estrategias para el afrontamiento de los familiares de los alcohólicos y otros drogadictos en la situación de recaída, es decir, las estrategias que utilizan los familiares para hacerle frente a la recaída. Las estrategias también se correlacionaron con sus respectivas situaciones socio económicas. Buscamos saber si los individuos de las clases alta, media o baja poseían diferentes estrategias para hacerle frente a la situación y cuáles eran esas estrategias para medirlas mediante un análisis estadístico descriptivo. Así pues, utilizando como método de análisis la suma de los elementos referidos a cada factor del Inventario de estrategias de Coping de Folkman y Lázaro, se hace evidente que la estrategia de los familiares de los adictos ante una recaída no tiene ninguna relación estadística significativa con la clase social del familiar e incluso con el tiempo de dependencia del adicto.

Sin embargo, el grado de recaída del adicto tiene una influencia estadísticamente significativa en la estrategia de afrontamiento de su familiar.

Se pudo refutar la hipótesis de que los miembros de la familia de los adictos tienen diferentes estrategias de afrontamiento según las clases sociales a las que pertenecen. También se refuta la importante correlación entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de dependencia. Sin embargo, se confirma la importante correlación entre las estrategias de afrontamiento y la cantidad de recaídas.

También fue posible confirmar la hipótesis de que los familiares de los adictos de las clases C1, C2, D-E (media y baja) podían presentar estrategias de

afrontamiento, distanciamiento, fuga-evasión, así como una re evaluación positiva. Se complementó la necesidad de contar con un factor de estrategia de afrontamiento "Búsqueda de apoyo religioso que aparezca en las clases C1, C2, D-E (media y baja) con alta prioridad". Ese factor puede, en futuros estudios, ser evaluado y confirmado, si no se trata de un dato de cultivo determinado.

Se estima que esta investigación servirá como base de datos sobre estrategias de afrontamiento a las familias con casos de recaída y también apoyará futuras investigaciones, quizás ampliando el aspecto más cualitativo. Además, puede ser interesante para otros investigadores proponer un estudio longitudinal que acompañe el aprendizaje de las estrategias de coping y compare, antes y después de la psicoeducación, el grupo a analizar, de modo que se puedan observar otras variaciones. ¿Modificaría la psicoeducación o el aprendizaje las estrategias de afrontamiento? Es una cuestión que debe ser evaluada en el futuro.

Observamos que pocos estudios han abordado la familia del adicto en recaída. Así, a partir de estos resultados, podemos dar un nuevo significado y repensar sobre el sufrimiento que padece la familia utilizando proyectos adecuados para hacerle frente a la recaída, un fenómeno que se produce tan a menudo en las comunidades terapéuticas y en las clínicas privadas. Además, es importante destacar que las políticas públicas centradas en la familia pueden y deben formar parte de los programas de recuperación de adictos.

Las estrategias de afrontamiento pueden aprenderse y deben incorporarse a programas dirigidos a las familias de los adictos, proporcionando un aprendizaje que sin duda influirá en menores demandas de recaídas. Estos aprendizajes ayudarán a las familias a lidiar de manera más adaptativa y asertiva

con este problema con el que hemos luchado tanto. Esperamos y sabemos que el camino a recorrer es largo, y la psicología forma parte de él al comprender y colaborar con la familia que experimenta la adicción y las recaídas.

REFERENCIAS

- Álvarez, A. M. A. (2007). Factores de riesgo que favorecen la recaída en el alcoholismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 188-193.
- Andrade, T. M. (2011). Reflexiones sobre la política de drogas en Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4665-4674. Extraído de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300015>
- Andretta, I. (2009). La eficacia de la entrevista motivacional sobre los consumidores adolescentes de drogas que cometieron la infracción [Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]. <http://memoria.pucrs.br/dspace/handle/10923/4848>
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., y Bandeira, D. R. (1998). El concepto de afrontamiento: una visión teórica. *Estudios de Psicología*, 3(2), 273-294.
- Arterburn, S., & Burns, J. (2012). *Cómo hablar de las drogas en casa*. Universidad de la Familia.
- Baus, J. (1999). Prevención de accidentes: Un programa para ayudar a los drogadictos en recuperación. *Humanities Journal*, 25, 162-168. Recuperado de: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/23716>
- Beattie, M. (2007). *La co-dependencia nunca más (10a)*. New Age.
- Beck, A. T. (2013). *La terapia cognitiva y los trastornos emocionales*. International Universities Press.
- Beck, A. T. (1976). *La terapia cognitiva y los trastornos emocionales*. International Universities Press.
- Becoña, E., y Vazquez, F. L. (2017). La psicopatología y el tratamiento de la dependencia química en niños y adolescentes. En V. E. Caballo y M. A. Simón (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Trastornos Gerais. Santos Editora.
- Brown, S. A., Tate, S. R., Vik, P. W., & Aarons, G. A. (1999). La modelación del consumo de alcohol promedio el efecto de los antecedentes familiares de alcoholismo en las expectativas de alcohol de los adolescentes. *Psicofarmacología Experimental y Clínica*, 7(1), 20-27.
- Bursztein, P. A., y Stempliuk, V. A. (1999). La cocaína y la familia. En C. M. Leite y A. G. Guerra (Eds.), *Cocaína y crack: De los fundamentos al tratamiento*. Artmed.
- Camerini, J. A. O. (2008). *La Terapia Cognitiva Integrada y actualización (1a)*. C.A.T.R.E.C.

- Cardim, E., & Lourenço, J. (n.a.). Intervenciones familiares en el tratamiento de la dependencia química. Recuperado de: http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/ensino/Interv_Familiares_Tratamento_Dependencia_Quimica.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Evaluación de las estrategias de afrontamiento: Un Abordaje basado en la teoría. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 56, 267-283. Obtenido de: <http://psycnet.apa.org/journals/psp/56/2/267/>
- Castañón, G.A.O. (2006). Cognitivismo y el desafío de la psicología científica [Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Extraído de: http://files.anajatubaate-niense-blogspot-con.webnode.com/200000295-8e8148f7aa/O_COGNITIVISMO_Y_EL_DESAFIO.pdf
- Castañón, G.A.O. (2005). El constructivismo y la terapia cognitiva: cuestiones epistemológicas. *Revista brasileña de terapias cognitivas. Revista Brasileña de Terapias Cognitivas*, 1(2), 31-42. Extraído de: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872005000200004> HYPERLINK "<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872005000200004> HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872005000200004&script=sci_arttext"& HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872005000200004&script=sci_arttext"script=sci_arttext" HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872005000200004&script=sci_arttext"& HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872005000200004&script=sci_arttext" HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872005000200004&script=sci_arttext"& HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872005000200004&script=sci_arttext"script=sci_arttext"script=sci_arttext
- Chamon, E. M. Q. O., Santos, O. A. S., & Chamon, M. A. (2008). Estrategias de estrés y afrontamiento: instrumentos de evaluación y aplicaciones. ANPAD. Recuperado de: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/GPR-A1015.pdf>
- Compas, B.E. (1987). Hacer frente al estrés durante la infancia y la adolescencia. *Boletín de Psicología*, 10(3), 393-403. Obtenido de: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1987-24692-001>
- Davidoff, L. L. (2001). *Introducción a la psicología (3a)*. Libros Pearson Makron.
- Dessen, M. A. (1998). ¿Cómo estudiar la familia y el padre? *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 8(1-2), 105-121. Extraído de: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v8n14-15/09.pdf>
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2011). Dependencia química: tratamiento de prevención y políticas públicas. *Artmed*.

- Dobson, K., & Dozois, D. J. A. (2006). Bases históricas y filosóficas de las terapias cognitivo-conductuales. En K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies (2a)*. Guilford Press.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1999). Inventario de afrontamiento de situaciones estresantes (CISS). Multi-Health Systems Inc.
- Escobar-Pérez, J., y Cuervo-Martínez. (2008). Validez del contenido y de los conocimientos técnicos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27-36.
- Ferreira, M. P., y Laranjeira, R. (1998). Dependencia de sustancias psicoactivas. En *Terapia Cognitiva Conductual para trastornos psiquiátricos*. Artes médicas.
- Gardner, H. (1996). *Mentes que crean*. Artmed.
- Gardner, H. (1995). *La nueva ciencia de la mente, una historia de la revolución cognitiva (V. 09)*. Edusp.
- Gomes, W., & Rigotto, S. D. (2002). Contextos de abstinencia y recaída en la recuperación de la dependencia química. *Psicología: Teoría e Investigación*, 18(1), 095-106. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n1/a11v18n1.pdf>
- Hodkin, B., Vacheresse, A., & Buffet, S. (1996). Concepto de familia: Cuestiones metodológicas para evaluar la percepción de la pertenencia a una familia. En C. M. (Ed.), *Research on family resources and needs across the world* (págs. 45 a 54). LED.
- Horta, R. L. (2007). Las mujeres y las drogas: ¿qué tiene que ver la familia con esto? Argumentos del discurso contemporáneo [Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]. Recuperado de: <http://me-ri-va.pucrs.br/dspace/handle/10923/4904>
- Inaba, D. S., & Cohen, W. E. (1991). *Drogas estimulantes, depresivos, alucinógenos. Los efectos físicos y mentales de las drogas psicoactivas*. Editora Jorge Zahar.
- Jungerman, F.S. y Zanelatto, N.A. (2007). *Tratamiento psicológico de los consumidores de marihuana y sus familias. Un manual para terapeutas*. Editora Roca.
- Khalili, N., Farajzadegan, Z., Mokarian, F., & Bahrami, F. (2008). Estrategias de afrontamiento, calidad de vida y dolor en mujeres con cáncer de mama. *Iranian Journal Nursing Midwifery Research*, 18, 105-111.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceptuales, aplicaciones e investigación de la terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 54-64.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Estrés, evaluación y afrontamiento*. Springer.

- Marlatt, G. A. (1985). Prevención de la recaída: Fundamentos teóricos y visión general del modelo. En G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention* (1st ed.). Guilford Press.
- Marlatt, G. A. (1999). Prevención de recaídas. Artimed.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). Prevención de recaídas. Estrategias de mantenimiento en el tratamiento de conductas adictivas. Artmed.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980). Determinantes de la recaída: Implicaciones para el mantenimiento del cambio de comportamiento. En P.O. Davidson & S.M. Davidson (Eds.), *Behavior medicine: Changing health lifestyles*. Brunner/Mazel.
- Minuchin, S. (1992). *Familias: funcionamiento y tratamiento*. Artes médicas.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Harvard University Press.
- Minuchin, S., Colapinto, J., & Minuchin, P. (1999). *Trabajando con gente pobre*. Artes médicas.
- Motta, A. B. (2014). Comportamientos de afrontamiento en el contexto de la hospitalización de un niño. *Estudios de Psicología*, 32(2), 331-341. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11449/127302>
- Neri, M. (2010). *La nueva clase media: el lado bueno de los pobres*. FGV/CPS.
- OMS, O. (2007). *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - CIE 10*.
- Paz, F. M., & Colossi, P. M. (2013). Aspectos de la dinámica familiar con dependencia química. *Estudios de Psicología*, 18(3), 551-558.
- Pinho, L. B., Oliveira, I. R., Gonzales, R. I. C., & Hartes, J. (2012). Consumo de crack: repercusiones en la estructura y en la dinámica de las relaciones familiares. *Enfermería Global*, 11(25), 139-149. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100009
- Popper, K. (1959). *A lógica da pesquisa Científica*. Editora Cultrix.
- Quiroga, S. E. (1999). *Adolescencia del goce organico ao hallazgo de objeto*. Eudeba.
- Sampaio, D. (1984). Terapia Familiar sistêmica: um novo conceito, uma nova prática. *Acta Médica Portuguesa*, 5, 67-70.
- Santos, M. A., & Pratta, E. M. M. (2007). Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia Em Estudo*, 12, 247-256. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a05>

- Savoia, M. G. (1999). Escalas de eventos vitais e de Estratégias de enfrentamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(2), 57–67. Recuperado de: [http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo\(57\).htm](http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo(57).htm)
- Savoia, M. G., Mejias, N. P., y Santana, P. R. (1996). Adaptação do Inventario de Estratégias de Coping de Larazus e Folkman para o Português. *Psicologia USP*, 7(1/2), 183–201.
- Scheffer, M., Pasa, G. G., & Almeida, R. M. M. (2010). Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 533–541. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000300016&lng=en&nrm=iso
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707–717. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 299–306. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100022&script=sci_abstract&lng=pt
- Schmidt, V., Barreyro, J. P., & Maglio, A. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, 3, 30–36.
- Seadi, S. M. S., & Oliveira, M. S. (2009). A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. *Psicologia Clínica*, 21(2), 363–378. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652009000200008&lng=pt&nrm=iso
- Skinner, E. A., Edge, K., Altaman, K., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269.
- Stanton, M. D., & Todd, T. Y. (2010). *Terapia familiar Del abuso Y Adicción A Las Drogas (3a)*. Editora Ave Maria.
- V, D. (2014). *Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5a)*. Artes Médicas.
- Zampieri, M. A. J. (2010). *Codependência – O transtorno e a intervenção em rede*. Agora.

ANEXO A

Inventario de estrategias de afrontamiento de Folkman y Lazarus

Lea cada uno de los puntos que figuran a continuación e indique, haciendo un círculo en la categoría apropiada, lo que hizo en la situación _____, de acuerdo con la siguiente clasificación:

0. No usé esta estrategia.

1. Usé un poco.

2. Usé mucho.

3. Usé mucho.

- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 1. | Me concentré en lo que debería ser hecho en seguida, en el próximo paso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Intenté analizar el problema para entenderlo mejor | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Busqué trabajar o hacer alguna actividad para distraerme | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Dejé el tiempo pasar – la mejor cosa que podría hacer era esperar, el tiempo es el mejor remedio. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Busqué sacar alguna ventaja de la situación. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Hice alguna cosa que creía que daría resultado, más o menos yo estaba haciendo alguna cosa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Intenté encontrar a la persona responsable para cambiar sus ideas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Conversé con otras persona (s) sobre el problema, buscando más datos sobre la situación. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Me critiqué, me reprendí. | 0 | 1 | 2 | 3 |

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 10. Intenté no hacer nada que fuese irreversible, buscando dejar otras opciones. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Esperé que sucediera un milagro. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Estuve de acuerdo con el hecho, acepté mi destino. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Hice como si nada hubiese pasado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Busqué guardarme para mí mismo (a) mis sentimientos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Busqué encontrar el lado bueno de la situación. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Dormí más de lo normal. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Mostré la rabia que sentía a las personas que causaron el problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Acepté la simpatía y la comprensión de las personas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me dije cosas a mí mismo (a) que me ayudasen a sentirme bien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Me inspiró a hacer algo creativo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Busqué olvidar la situación desagradable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Busqué ayuda profesional. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Cambié o crecí como persona de una manera positiva. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Esperé para ver lo que sucedía antes de hacer alguna cosa. | 0 | 1 | 2 | 3 |

25. Me disculpé o hice alguna cosa para reparar los 0 1 2 3
daños.
26. Hice un plan de acción y lo seguí. 0 1 2 3
27. Saqué lo mejor que podía de la situación que no 0 1 2 3
era a esperada.
28. De alguna forma se desbordaron mis sentimien- 0 1 2 3
tos.
29. Comprendí que yo provoqué el problema. 0 1 2 3
30. Salí de la experiencia mejor de lo que yo esperaba. 0 1 2 3
31. hablé con alguien que podría hacer alguna cosa 0 1 2 3
concreta sobre el problema.
32. Intenté descansar, salir de vacaciones para olvi- 0 1 2 3
darme del problema.
33. Busqué sentirme mejor comiendo, fumando, utili- 0 1 2 3
zando drogas o medicación.
34. Enfrenté como un gran desafío, hice algo muy 0 1 2 3
arriesgado.
35. Busqué no hacer nada apresuradamente o seguir 0 1 2 3
o mi primer impulso.
36. Encontré nuevas creencias 0 1 2 3
37. Mantuve mi orgullo no demostrando mis senti- 0 1 2 3
mientos.
38. Redescubrí lo que es importante en la vida. 0 1 2 3

39. Modifiqué aspectos de la situación para que todo salga bien al final. 0 1 2 3
40. Busqué huir de todas las personas . 0 1 2 3
41. No me dejé impresionar, me negué a pensar mucho en esta situación 0 1 2 3
42. Busqué a un amigo o a un pariente para pedirle consejo. 0 1 2 3
43. No dejé que otros supieran sobre la situación real. 0 1 2 3
44. Minimicé la situación al negarme a preocuparme seriamente por ella. 0 1 2 3
45. Hablé con alguien sobre cómo me sentía. 0 1 2 3
46. Me negué a retroceder y luché por lo que quería. 0 1 2 3
47. Descargué mi ira en otra(s) persona(s). 0 1 2 3
48. Busqué una situación similar en mis experiencias pasadas. 0 1 2 3
49. Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para hacer lo que fuera necesario. 0 1 2 3
50. Me negué a creer lo que estaba sucediendo. 0 1 2 3
51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían diferentes la próxima vez. 0 1 2 3
52. Encontré algunas soluciones diferentes para el problema. 0 1 2 3
53. Acepté, no se podía hacer nada. 0 1 2 3

54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran mucho en las otras cosas que yo estaba haciendo. 0 1 2 3
55. Desearía poder cambiar lo que pasó o la forma en que me sentía. 0 1 2 3
56. He cambiado algo de mí, he cambiado de alguna manera 0 1 2 3
57. Estaba soñando despierto (a) imaginando un mejor lugar o momento que en el que estaba. 0 1 2 3
58. Deseaba que la situación terminara lo que de alguna manera desapareciera 0 1 2 3
59. Tenía fantasías sobre cómo sucederían las cosas tal y como iban a suceder. 0 1 2 3
60. Recé. 0 1 2 3
61. Me preparé para lo peor. 0 1 2 3
62. Analicé mentalmente lo que hacer y decir. 0 1 2 3

ANEXO B**Cuestionario socio demográfico - Criterio de Brasil**

Conteste las preguntas de abajo según los artículos que tenga en su casa:

TIENES 1 2 3 4+

Número de coches de pasajeros exclusivamente para uso privado;

Número de empleados mensuales, considerando sólo aquellos que trabajan al menos cinco días a la semana;

Número de lavadoras, excluyendo pileta de lavar ropa;

Número de baños;

DVD, incluyendo cualquier dispositivo que lea DVD y sin tener en cuenta

DVD del coche;

Cantidad de heladeras;

Cantidad de Freezers independientes o parte del freezer doble;

Cantidad de microcomputadoras, considerando las computadoras de escritorio, portátiles, notebooks y netbooks y no considerando las tabletas, palmas o smartphones;

Cantidad de lavavajillas;

Cantidad de hornos de microondas;

Cantidad de motocicletas, sin tener en cuenta las utilizadas exclusivamente para uso profesional;

Cantidad de secadoras de ropa, considerando la lava y la seca;

El agua utilizada en este hogar proviene de...

1 Red de distribución general

2 Bien o primavera

3 Otros medios

Teniendo en cuenta el tramo de calle en su casa, se diría que la calle es:

1 Asfaltado/Pavimentada

2 Tierra/grava

¿Qué tan educado es el jefe de la familia? Considere como cabeza de familia a la persona que aporta la mayor parte de los ingresos del hogar.

Analfabeto / Primaria I Incompleta Analfabeto / Primaria Incompleto

Primaria completa / incompleta

Básica completa/ Básica incompleta

Básica completa / secundaria incompleta

Secundaria completa / incompleta

Secundaria Completa/Superior Incompleta Secundaria Completa/Superior Incompleta

Superior completa

ANEXO C

“Estrategias de Afrontamiento los familiares de adictos ante la recaída “

Investigadora responsable: Juliana de la Conceição Sampaio Lóss

Dirección: Rua Henrique Moscoso - 717, 904 - Centro - Vila Velha -

ES CEP: 29100021 - Teléfono: (27) 32291967 -

E-mail: ju.sampaio23@hotmail.com

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se invita al Sr. a) _____ a participar como voluntario en el estudio "Estrategias para hacer frente a las recaídas de familiares de adictos". En este estudio, nos proponemos examinar las estrategias para hacer frente a las recaídas de los familiares de adolescentes adictos de ambos sexos de diferentes niveles socio-económicos entre los 14 y los 18 años de edad que se están recuperando.

La razón por la que estudiamos es que nos damos cuenta de lo amplios que son los estudios que se ocupan sólo del adicto, sus dificultades, percepciones, creencias, pero no se refieren al miembro de la familia, específicamente en lo que respecta a las recaídas. Dado que las recaídas tienen una alta prioridad, existe demasiado sufrimiento por parte de los miembros de la familia que siguen el proceso de recuperación de su familiar.

La importancia de este estudio es profundizar los estudios sobre las estrategias para enfrentar los problemas relacionados con los consumidores de

drogas ilícitas y alcohol frente a su familia cuando atraviesan por la situación de recaída y, así, promover el apoyo psicológico a los familiares de los adictos, identificar y analizar críticamente las acciones para enfrentar las drogas que existen en su repertorio. En vista de lo anterior, es pertinente comprender qué estrategias de afrontamiento poseen estos miembros de la familia en su repertorio cognitivo, comparar si estas estrategias variarán según la clase social, así como según el momento de la dependencia química, y también según la cantidad de recaídas y, de esta manera, contribuir a que las recaídas sean menos frecuentes.

Para este estudio, adoptaremos los siguientes procedimientos: aplicación de un inventario de estrategias de afrontamiento y un cuestionario socio-económico.

Por participar en este estudio, no tendrá ningún costo ni recibirá ninguna ventaja financiera. Se le informará sobre el estudio en cualquier aspecto que desee y será libre de participar o de no hacerlo. Puede retirar su consentimiento o dejar de participar en cualquier momento. Su participación es voluntaria y su negativa no supondrá ninguna penalización ni cambio en la forma en que lo atiende el investigador

El investigador tratará su identidad con estándares profesionales de confidencialidad.

Los resultados de la investigación estarán a su disposición cuando terminen. Su nombre o el material que indique su participación no será divulgado sin su permiso.

No se le identificará en ninguna publicación que pueda resultar de este estudio.

Este formulario de consentimiento se imprime en dos copias, una de ellas será archivada por el investigador responsable en la Oficina de Juliana Lóss y la otra le será proporcionada.

Los riesgos que pueden surgir en esta investigación son bajos, y el entrevistado puede sentirse incómodo, avergonzado o tímido, sin embargo la gestión de la aplicación del inventario tratará de no causar ninguna molestia a los participantes, dejándolos a gusto para responder.

En caso de daños derivados de los riesgos previstos, el investigador asumirá la responsabilidad de los mismos.

Yo, _____, fui informado de los objetivos del estudio "Estrategias de los familiares de adictos que han sufrido una recaída" de manera clara y detallada, y aclaré mis dudas. Sé que en cualquier momento puedo solicitar nueva información y cambiar mi decisión de participar si así lo deseo.

Declaro que acepto participar en este estudio. He recibido una copia de este formulario de consentimiento informado y se me ha dado la oportunidad de leer y aclarar mis preguntas.

Vila Velha, _____ de _____ 2016.

1. Firma del participante: _____.

ANEXO D

Análisis Exploratoria utilizando: q: Test Qui-cuadrado de Pearson e f: Test de Fisher

Los resultados obtenidos de la asociación entre las variables del Inventario de Estrategias de *Coping* de Folkman y Lazarus están representados en Tabla 7.

Ítems	Categorías	Clase Social						Test de asociación (valor-p)
		Clase baja		Clase media		Clase alta		
		Cantidad	Porcentual	Cantidad	Porcentual	Cantidad	Porcentual	
Ítem 1	No usé esta estrategia.	19	57,6%	9	27,3%	5	15,2%	0,003 f
	Usé un poco esta estrategia.	5	21,7%	8	34,8%	10	43,5%	
	Usé bastante esta estrategia.	2	9,1%	7	31,8%	13	59,1%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	7	43,8%	5	31,3%	4	25,0%	
Ítem 2	No usé esta estrategia.	7	41,2%	7	41,2%	3	17,6%	0,318 f
	Usé un poco esta estrategia.	7	38,9%	3	16,7%	8	44,4%	
	Usé bastante esta estrategia.	8	23,5%	12	35,3%	14	41,2%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	11	44,0%	7	28,0%	7	28,0%	
Ítem 3	No usé esta estrategia.	7	26,9%	11	42,3%	8	30,8%	0,517 f
	Usé un poco esta estrategia.	10	47,6%	3	14,3%	8	38,1%	
	Usé bastante esta estrategia.	6	28,6%	7	33,3%	8	38,1%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	10	38,5%	8	30,8%	8	30,8%	
Ítem 4	No usé esta estrategia.	9	29,0%	13	41,9%	9	29,0%	0,126 f
	Usé un poco esta estrategia.	6	24,0%	9	36,0%	10	40,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	10	62,5%	1	6,3%	5	31,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	8	36,4%	6	27,3%	8	36,4%	
Ítem 5	No usé esta estrategia.	27	38,6%	23	32,9%	20	28,6%	0,054 f
	Usé un poco esta estrategia.	4	30,8%	1	7,7%	8	61,5%	
	Usé bastante esta estrategia.	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	2	22,2%	5	55,6%	2	22,2%	
Ítem 6	No usé esta estrategia.	8	26,7%	12	40,0%	10	33,3%	0,311 f
	Usé un poco esta estrategia.	14	46,7%	5	16,7%	11	36,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	5	31,3%	4	25,0%	7	43,8%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	6	33,3%	8	44,4%	4	22,2%	
Ítem 7	No usé esta estrategia.	14	41,2%	10	29,4%	10	29,4%	0,808 f
	Usé un poco esta estrategia.	9	42,9%	6	28,6%	6	28,6%	
	Usé bastante esta estrategia.	4	22,2%	6	33,3%	8	44,4%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	6	28,6%	7	33,3%	8	38,1%	
Ítem 8	No usé esta estrategia.	12	42,9%	10	35,7%	6	21,4%	0,487 f
	Usé un poco esta estrategia.	6	42,9%	4	28,6%	4	28,6%	
	Usé bastante esta estrategia.	9	34,6%	8	30,8%	9	34,6%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	6	23,1%	7	26,9%	13	50,0%	
Ítem 9	No usé esta estrategia.	18	39,1%	16	34,8%	12	26,1%	0,429 f
	Usé un poco esta estrategia.	6	26,1%	6	26,1%	11	47,8%	
	Usé bastante esta estrategia.	4	28,6%	3	21,4%	7	50,0%	

	Usé en grande cantidad esta estrategia.	5	45,5%	4	36,4%	2	18,2%	
Ítem 10	No usé esta estrategia.	13	32,5%	12	30,0%	15	37,5%	0,722 f
	Usé un poco esta estrategia.	12	44,4%	9	33,3%	6	22,2%	
	Usé bastante esta estrategia.	4	23,5%	6	35,3%	7	41,2%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	4	40,0%	2	20,0%	4	40,0%	
Ítem 11	No usé esta estrategia.	7	26,9%	10	38,5%	9	34,6%	0,810 f
	Usé un poco esta estrategia.	4	40,0%	4	40,0%	2	20,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	6	37,5%	5	31,3%	5	31,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	16	38,1%	10	23,8%	16	38,1%	
Ítem 12	No usé esta estrategia.	22	34,4%	20	31,3%	22	34,4%	0,716 f
	Usé un poco esta estrategia.	2	22,2%	2	22,2%	5	55,6%	
	Usé bastante esta estrategia.	3	50,0%	1	16,7%	2	33,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	6	40,0%	6	40,0%	3	20,0%	
Ítem 13	No usé esta estrategia.	17	29,8%	21	36,8%	19	33,3%	0,772 f
	Usé un poco esta estrategia.	6	46,2%	2	15,4%	5	38,5%	
	Usé bastante esta estrategia.	3	37,5%	2	25,0%	3	37,5%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	7	43,8%	4	25,0%	5	31,3%	
Ítem 14	No usé esta estrategia.	7	25,0%	9	32,1%	12	42,9%	0,342 f
	Usé un poco esta estrategia.	10	47,6%	4	19,0%	7	33,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	5	26,3%	6	31,6%	8	42,1%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	11	42,3%	10	38,5%	5	19,2%	
Ítem 15	No usé esta estrategia.	17	30,4%	21	37,5%	18	32,1%	0,314 f
	Usé un poco esta estrategia.	2	20,0%	3	30,0%	5	50,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	7	63,6%	1	9,1%	3	27,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	7	41,2%	4	23,5%	6	35,3%	
Ítem 16	No usé esta estrategia.	23	34,8%	22	33,3%	21	31,8%	0,373 f
	Usé un poco esta estrategia.	2	20,0%	3	30,0%	5	50,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	5	62,5%	0	0,0%	3	37,5%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	3	30,0%	4	40,0%	3	30,0%	
Ítem 17	No usé esta estrategia.	16	30,2%	17	32,1%	20	37,7%	0,373 f
	Usé un poco esta estrategia.	4	26,7%	6	40,0%	5	33,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	5	71,4%	0	0,0%	2	28,6%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	8	42,1%	6	31,6%	5	26,3%	
Ítem 18	No usé esta estrategia.	10	45,5%	6	27,3%	6	27,3%	0,657 f
	Usé un poco esta estrategia.	7	25,0%	10	35,7%	11	39,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	7	29,2%	9	37,5%	8	33,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	9	45,0%	4	20,0%	7	35,0%	
Ítem 19	No usé esta estrategia.	9	47,4%	6	31,6%	4	21,1%	0,691 f
	Usé un poco esta estrategia.	6	25,0%	8	33,3%	10	41,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	7	33,3%	5	23,8%	9	42,9%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	11	36,7%	10	33,3%	9	30,0%	
Ítem 20	No usé esta estrategia.	18	40,0%	14	31,1%	13	28,9%	0,526 f
	Usé un poco esta estrategia.	4	22,2%	7	38,9%	7	38,9%	
	Usé bastante esta estrategia.	7	46,7%	2	13,3%	6	40,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	4	25,0%	6	37,5%	6	37,5%	
Ítem 21	No usé esta estrategia.	13	38,2%	13	38,2%	8	23,5%	0,515 f
	Usé un poco esta estrategia.	6	26,1%	8	34,8%	9	39,1%	
	Usé bastante esta estrategia.	7	43,8%	4	25,0%	5	31,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	7	33,3%	4	19,0%	10	47,6%	
Ítem 22	No usé esta estrategia.	15	36,6%	13	31,7%	13	31,7%	0,643 f
	Usé un poco esta estrategia.	6	46,2%	2	15,4%	5	38,5%	
	Usé bastante esta estrategia.	2	15,4%	5	38,5%	6	46,2%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	10	37,0%	9	33,3%	8	29,6%	
	No usé esta estrategia.	9	37,5%	11	45,8%	4	16,7%	0,081 f

Ítem 23	Usé un poco esta estrategia.	4	28,6%	3	21,4%	7	50,0%	0,105 f
	Usé bastante esta estrategia.	9	50,0%	6	33,3%	3	16,7%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	11	28,9%	9	23,7%	18	47,4%	
Ítem 24	No usé esta estrategia.	13	35,1%	15	40,5%	9	24,3%	
	Usé un poco esta estrategia.	5	25,0%	4	20,0%	11	55,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	4	23,5%	5	29,4%	8	47,1%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	11	55,0%	5	25,0%	4	20,0%	
Ítem 25	No usé esta estrategia.	11	37,9%	10	34,5%	8	27,6%	
	Usé un poco esta estrategia.	6	30,0%	7	35,0%	7	35,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	5	21,7%	6	26,1%	12	52,2%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	11	50,0%	6	27,3%	5	22,7%	
Ítem 26	No usé esta estrategia.	19	46,3%	12	29,3%	10	24,4%	
	Usé un poco esta estrategia.	5	23,8%	7	33,3%	9	42,9%	
	Usé bastante esta estrategia.	3	17,6%	7	41,2%	7	41,2%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	6	40,0%	3	20,0%	6	40,0%	
Ítem 27	No usé esta estrategia.	17	39,5%	13	30,2%	13	30,2%	
	Usé un poco esta estrategia.	5	25,0%	7	35,0%	8	40,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	5	29,4%	6	35,3%	6	35,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	6	42,9%	3	21,4%	5	35,7%	
Ítem 28	No usé esta estrategia.	13	39,4%	13	39,4%	7	21,2%	
	Usé un poco esta estrategia.	6	33,3%	3	16,7%	9	50,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	3	20,0%	3	20,0%	9	60,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	11	39,3%	10	35,7%	7	25,0%	
Ítem 29	No usé esta estrategia.	23	33,3%	24	34,8%	22	31,9%	
	Usé un poco esta estrategia.	5	50,0%	2	20,0%	3	30,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	1	20,0%	1	20,0%	3	60,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	4	40,0%	2	20,0%	4	40,0%	
Ítem 30	No usé esta estrategia.	10	28,6%	16	45,7%	9	25,7%	
	Usé un poco esta estrategia.	10	45,5%	4	18,2%	8	36,4%	
	Usé bastante esta estrategia.	4	22,2%	6	33,3%	8	44,4%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	9	47,4%	3	15,8%	7	36,8%	
Ítem 31	No usé esta estrategia.	9	39,1%	8	34,8%	6	26,1%	
	Usé un poco esta estrategia.	6	60,0%	3	30,0%	1	10,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	4	17,4%	7	30,4%	12	52,2%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	14	36,8%	11	28,9%	13	34,2%	
Ítem 32	No usé esta estrategia.	20	31,3%	25	39,1%	19	29,7%	
	Usé un poco esta estrategia.	5	35,7%	1	7,1%	8	57,1%	
	Usé bastante esta estrategia.	3	37,5%	2	25,0%	3	37,5%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	5	62,5%	1	12,5%	2	25,0%	
Ítem 33	No usé esta estrategia.	25	36,2%	23	33,3%	21	30,4%	
	Usé un poco esta estrategia.	4	40,0%	2	20,0%	4	40,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	2	33,3%	0	0,0%	4	66,7%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	2	22,2%	4	44,4%	3	33,3%	
Ítem 34	No usé esta estrategia.	18	34,6%	20	38,5%	14	26,9%	
	Usé un poco esta estrategia.	6	31,6%	4	21,1%	9	47,4%	
	Usé bastante esta estrategia.	5	41,7%	1	8,3%	6	50,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	4	36,4%	4	36,4%	3	27,3%	
Ítem 35	No usé esta estrategia.	12	40,0%	7	23,3%	11	36,7%	
	Usé un poco esta estrategia.	6	28,6%	7	33,3%	8	38,1%	
	Usé bastante esta estrategia.	8	33,3%	9	37,5%	7	29,2%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	7	36,8%	6	31,6%	6	31,6%	
Ítem 36	No usé esta estrategia.	16	31,4%	21	41,2%	14	27,5%	
	Usé un poco esta estrategia.	5	31,3%	4	25,0%	7	43,8%	
	Usé bastante esta estrategia.	4	40,0%	1	10,0%	5	50,0%	

	Usé en grande cantidad esta estrategia.	8	47,1%	3	17,6%	6	35,3%	
Ítem 37	No usé esta estrategia.	16	29,6%	19	35,2%	19	35,2%	0,201 f
	Usé un poco esta estrategia.	6	33,3%	4	22,2%	8	44,4%	
	Usé bastante esta estrategia.	3	50,0%	0	0,0%	3	50,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	8	50,0%	6	37,5%	2	12,5%	
Ítem 38	No usé esta estrategia.	6	26,1%	11	47,8%	6	26,1%	0,524 f
	Usé un poco esta estrategia.	6	42,9%	2	14,3%	6	42,9%	
	Usé bastante esta estrategia.	10	34,5%	9	31,0%	10	34,5%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	11	39,3%	7	25,0%	10	35,7%	
Ítem 39	No usé esta estrategia.	11	35,5%	13	41,9%	7	22,6%	0,211 f
	Usé un poco esta estrategia.	5	50,0%	1	10,0%	4	40,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	11	39,3%	9	32,1%	8	28,6%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	6	24,0%	6	24,0%	13	52,0%	
Ítem 40	No usé esta estrategia.	19	33,9%	20	35,7%	17	30,4%	0,491 f
	Usé un poco esta estrategia.	4	26,7%	3	20,0%	8	53,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	6	60,0%	2	20,0%	2	20,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	4	30,8%	4	30,8%	5	38,5%	
Ítem 41	No usé esta estrategia.	16	34,0%	17	36,2%	14	29,8%	0,637 f
	Usé un poco esta estrategia.	8	36,4%	4	18,2%	10	45,5%	
	Usé bastante esta estrategia.	6	42,9%	3	21,4%	5	35,7%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	3	27,3%	5	45,5%	3	27,3%	
Ítem 42	No usé esta estrategia.	11	42,3%	9	34,6%	6	23,1%	0,640 f
	Usé un poco esta estrategia.	6	40,0%	5	33,3%	4	26,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	8	33,3%	5	20,8%	11	45,8%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	8	27,6%	10	34,5%	11	37,9%	
Ítem 43	No usé esta estrategia.	20	52,6%	11	28,9%	7	18,4%	0,045 f
	Usé un poco esta estrategia.	5	23,8%	5	23,8%	11	52,4%	
	Usé bastante esta estrategia.	5	27,8%	5	27,8%	8	44,4%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	3	17,6%	8	47,1%	6	35,3%	
Ítem 44	No usé esta estrategia.	11	25,0%	17	38,6%	16	36,4%	0,182 f
	Usé un poco esta estrategia.	10	40,0%	9	36,0%	6	24,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	6	40,0%	2	13,3%	7	46,7%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	6	60,0%	1	10,0%	3	30,0%	
Ítem 45	No usé esta estrategia.	9	39,1%	7	30,4%	7	30,4%	0,811 f
	Usé un poco esta estrategia.	8	34,8%	5	21,7%	10	43,5%	
	Usé bastante esta estrategia.	10	35,7%	11	39,3%	7	25,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	6	30,0%	6	30,0%	8	40,0%	
Ítem 46	No usé esta estrategia.	9	33,3%	10	37,0%	8	29,6%	0,888 f
	Usé un poco esta estrategia.	6	30,0%	5	25,0%	9	45,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	5	33,3%	4	26,7%	6	40,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	13	40,6%	10	31,3%	9	28,1%	
Ítem 47	No usé esta estrategia.	24	38,1%	20	31,7%	19	30,2%	0,576 f
	Usé un poco esta estrategia.	5	29,4%	3	17,6%	9	52,9%	
	Usé bastante esta estrategia.	3	37,5%	3	37,5%	2	25,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	1	16,7%	3	50,0%	2	33,3%	
Ítem 48	No usé esta estrategia.	16	42,1%	12	31,6%	10	26,3%	0,377 f
	Usé un poco esta estrategia.	6	28,6%	5	23,8%	10	47,6%	
	Usé bastante esta estrategia.	6	27,3%	10	45,5%	6	27,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	5	38,5%	2	15,4%	6	46,2%	
Ítem 49	No usé esta estrategia.	8	30,8%	13	50,0%	5	19,2%	0,249 f
	Usé un poco esta estrategia.	7	33,3%	4	19,0%	10	47,6%	
	Usé bastante esta estrategia.	7	43,8%	3	18,8%	6	37,5%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	11	35,5%	9	29,0%	11	35,5%	

Ítem 50	No usé esta estrategia.	18	47,4%	10	26,3%	10	26,3%	0,004 f
	Usé un poco esta estrategia.	6	28,6%	3	14,3%	12	57,1%	
	Usé bastante esta estrategia.	1	6,3%	11	68,8%	4	25,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	8	42,1%	5	26,3%	6	31,6%	
Ítem 51	No usé esta estrategia.	13	38,2%	14	41,2%	7	20,6%	0,049 f
	Usé un poco esta estrategia.	6	31,6%	5	26,3%	8	42,1%	
	Usé bastante esta estrategia.	3	18,8%	2	12,5%	11	68,8%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	11	44,0%	8	32,0%	6	24,0%	
Ítem 52	No usé esta estrategia.	11	34,4%	11	34,4%	10	31,3%	0,003 f
	Usé un poco esta estrategia.	16	64,0%	3	12,0%	6	24,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	1	5,0%	8	40,0%	11	55,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	5	29,4%	7	41,2%	5	29,4%	
Ítem 53	No usé esta estrategia.	22	36,1%	18	29,5%	21	34,4%	0,854 f
	Usé un poco esta estrategia.	4	22,2%	7	38,9%	7	38,9%	
	Usé bastante esta estrategia.	3	60,0%	1	20,0%	1	20,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	4	40,0%	3	30,0%	3	30,0%	
Ítem 54	No usé esta estrategia.	6	35,3%	7	41,2%	4	23,5%	0,260 f
	Usé un poco esta estrategia.	4	19,0%	9	42,9%	8	38,1%	
	Usé bastante esta estrategia.	11	45,8%	7	29,2%	6	25,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	12	37,5%	6	18,8%	14	43,8%	
Ítem 55	No usé esta estrategia.	4	28,6%	4	28,6%	6	42,9%	0,179 f
	Usé un poco esta estrategia.	4	22,2%	10	55,6%	4	22,2%	
	Usé bastante esta estrategia.	8	30,8%	6	23,1%	12	46,2%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	17	47,2%	9	25,0%	10	27,8%	
Ítem 56	No usé esta estrategia.	5	31,3%	7	43,8%	4	25,0%	0,390 f
	Usé un poco esta estrategia.	3	18,8%	6	37,5%	7	43,8%	
	Usé bastante esta estrategia.	13	40,6%	6	18,8%	13	40,6%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	12	40,0%	10	33,3%	8	26,7%	
Ítem 57	No usé esta estrategia.	9	45,0%	4	20,0%	7	35,0%	0,258 f
	Usé un poco esta estrategia.	3	18,8%	7	43,8%	6	37,5%	
	Usé bastante esta estrategia.	2	20,0%	6	60,0%	2	20,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	19	39,6%	12	25,0%	17	35,4%	
Ítem 58	No usé esta estrategia.	5	50,0%	3	30,0%	2	20,0%	0,630 f
	Usé un poco esta estrategia.	3	20,0%	7	46,7%	5	33,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	4	28,6%	5	35,7%	5	35,7%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	21	38,2%	14	25,5%	20	36,4%	
Ítem 59	No usé esta estrategia.	11	37,9%	9	31,0%	9	31,0%	0,554 f
	Usé un poco esta estrategia.	3	21,4%	7	50,0%	4	28,6%	
	Usé bastante esta estrategia.	9	33,3%	9	33,3%	9	33,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	10	41,7%	4	16,7%	10	41,7%	
Ítem 60	No usé esta estrategia.	4	30,8%	6	46,2%	3	23,1%	0,505 f
	Usé un poco esta estrategia.	5	50,0%	1	10,0%	4	40,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	2	22,2%	2	22,2%	5	55,6%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	22	35,5%	20	32,3%	20	32,3%	
Ítem 61	No usé esta estrategia.	6	23,1%	8	30,8%	12	46,2%	0,388 f
	Usé un poco esta estrategia.	9	37,5%	6	25,0%	9	37,5%	
	Usé bastante esta estrategia.	5	31,3%	5	31,3%	6	37,5%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	13	46,4%	10	35,7%	5	17,9%	
Ítem 62	No usé esta estrategia.	4	30,8%	5	38,5%	4	30,8%	0,961 f
	Usé un poco esta estrategia.	8	28,6%	9	32,1%	11	39,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	10	38,5%	7	26,9%	9	34,6%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	11	40,7%	8	29,6%	8	29,6%	
Ítem 63	No usé esta estrategia.	17	40,5%	13	31,0%	12	28,6%	0,690 f
	Usé un poco esta estrategia.	3	25,0%	6	50,0%	3	25,0%	

	Usé bastante esta estrategia.	7	30,4%	6	26,1%	10	43,5%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	6	35,3%	4	23,5%	7	41,2%	
Ítem 64	No usé esta estrategia.	16	44,4%	12	33,3%	8	22,2%	0,046 f
	Usé un poco esta estrategia.	5	23,8%	10	47,6%	6	28,6%	
	Usé bastante esta estrategia.	6	26,1%	3	13,0%	14	60,9%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	6	42,9%	4	28,6%	4	28,6%	
Ítem 65	No usé esta estrategia.	8	27,6%	8	27,6%	13	44,8%	0,485 f
	Usé un poco esta estrategia.	10	32,3%	12	38,7%	9	29,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	10	55,6%	4	22,2%	4	22,2%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	5	31,3%	5	31,3%	6	37,5%	
Ítem 66	No usé esta estrategia.	16	31,4%	18	35,3%	17	33,3%	0,395 f
	Usé un poco esta estrategia.	4	23,5%	5	29,4%	8	47,1%	
	Usé bastante esta estrategia.	8	50,0%	5	31,3%	3	18,8%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	5	50,0%	1	10,0%	4	40,0%	

q: Test Qui-cuadrado de Pearson

f: Test de Fisher

Tabela 10: Asociación Clase social versus Inventario de Estrategias de Coping de Folkman y Lazarus

Fuente: tabla elaborada por la autora

Analizando la Tabla 10, considerando el nivel de $\alpha = 5\%$ de significación, se observa que todos los ítems, con excepción de los ítems 1 (me concentré en lo que debería hacerse a continuación, en el siguiente paso), 50 (me negué a creer que estaba sucediendo), 51 (me prometí a mí mismo (a) que las cosas serían diferentes la próxima vez), 52 (encontré algunas soluciones diferentes al problema) y 62 (analicé mentalmente qué hacer y qué decir), no tienen ninguna asociación estadísticamente significativa con la variable clase social, es decir, tenemos suficientes pruebas para no rechazar la hipótesis nula de que no hay asociación entre las variables.

En el cuadro 11 se presentan los resultados de la interacción de los artículos del inventario y la Variable tiempo de dependencia del adicto.

Ítems	Categorías	Tiempo de dependencia				Test de asociación (valor-p)
		Hasta 6 años		Hasta 10 años		
		Cantidad	Porcentual	Cantidad	Porcentual	
Ítem 1	No usé esta estrategia o.	26	78,8%	7	21,2%	0,269 f
	Usé un poco esta estrategia.	22	95,7%	1	4,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	17	77,3%	5	22,7%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	13	81,3%	3	18,8%	
Ítem 2	No usé esta estrategia.	14	82,4%	3	17,6%	0,659 f
	Usé un poco esta estrategia.	15	83,3%	3	16,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	30	88,2%	4	11,8%	

	Usé en grande cantidad esta estrategia.	19	76,0%	6	24,0%	
Ítem 3	No usé esta estrategia.	20	76,9%	6	23,1%	0,139 f
	Usé un poco esta estrategia.	19	90,5%	2	9,5%	
	Usé bastante esta estrategia.	20	95,2%	1	4,8%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	19	73,1%	7	26,9%	
Ítem 4	No usé esta estrategia.	26	83,9%	5	16,1%	0,811 f
	Usé un poco esta estrategia.	22	88,0%	3	12,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	13	81,3%	3	18,8%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	17	77,3%	5	22,7%	
Ítem 5	No usé esta estrategia.	55	78,6%	15	21,4%	0,249 f
	Usé un poco esta estrategia.	13	100,0%	0	0,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	2	100,0%	0	0,0%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	8	88,9%	1	11,1%	
Ítem 6	No usé esta estrategia.	26	86,7%	4	13,3%	0,863 f
	Usé un poco esta estrategia.	25	83,3%	5	16,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	13	81,3%	3	18,8%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	14	77,8%	4	22,2%	
Ítem 7	No usé esta estrategia.	27	79,4%	7	20,6%	0,368 f
	Usé un poco esta estrategia.	17	81,0%	4	19,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	14	77,8%	4	22,2%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	20	95,2%	1	4,8%	
Ítem 8	No usé esta estrategia.	23	82,1%	5	17,9%	0,274 f
	Usé un poco esta estrategia.	14	100,0%	0	0,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	20	76,9%	6	23,1%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	21	80,8%	5	19,2%	
Ítem 9	No usé esta estrategia.	36	78,3%	10	21,7%	0,601 f
	Usé un poco esta estrategia.	21	91,3%	2	8,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	12	85,7%	2	14,3%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	9	81,8%	2	18,2%	
Ítem 10	No usé esta estrategia.	33	82,5%	7	17,5%	0,659 f
	Usé un poco esta estrategia.	23	85,2%	4	14,8%	
	Usé bastante esta estrategia.	15	88,2%	2	11,8%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	7	70,0%	3	30,0%	
Ítem 11	No usé esta estrategia.	24	92,3%	2	7,7%	0,090 f
	Usé un poco esta estrategia.	10	100,0%	0	0,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	11	68,8%	5	31,3%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	33	78,6%	9	21,4%	
Ítem 12	No usé esta estrategia.	54	84,4%	10	15,6%	0,266 f
	Usé un poco esta estrategia.	8	88,9%	1	11,1%	
	Usé bastante esta estrategia.	6	100,0%	0	0,0%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	10	66,7%	5	33,3%	
Ítem 13	No usé esta estrategia.	50	87,7%	7	12,3%	0,068 f
	Usé un poco esta estrategia.	12	92,3%	1	7,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	6	75,0%	2	25,0%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	10	62,5%	6	37,5%	
Ítem 14	No usé esta estrategia.	23	82,1%	5	17,9%	0,132 f
	Usé un poco esta estrategia.	19	90,5%	2	9,5%	
	Usé bastante esta estrategia.	18	94,7%	1	5,3%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	18	69,2%	8	30,8%	
Ítem 15	No usé esta estrategia.	48	85,7%	8	14,3%	0,670 f
	Usé un poco esta estrategia.	8	80,0%	2	20,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	8	72,7%	3	27,3%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	14	82,4%	3	17,6%	

Ítem 16	No usé esta estrategia.	53	80,3%	13	19,7%	0,066 f
	Usé un poco esta estrategia.	10	100,0%	0	0,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	5	62,5%	3	37,5%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	10	100,0%	0	0,0%	
Ítem 17	No usé esta estrategia.	44	83,0%	9	17,0%	0,097 f
	Usé un poco esta estrategia.	15	100,0%	0	0,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	6	85,7%	1	14,3%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	13	68,4%	6	31,6%	
Ítem 18	No usé esta estrategia.	19	86,4%	3	13,6%	0,003 f
	Usé un poco esta estrategia.	25	89,3%	3	10,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	23	95,8%	1	4,2%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	11	55,0%	9	45,0%	
Ítem 19	No usé esta estrategia.	15	78,9%	4	21,1%	0,561 f
	Usé un poco esta estrategia.	21	87,5%	3	12,5%	
	Usé bastante esta estrategia.	19	90,5%	2	9,5%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	23	76,7%	7	23,3%	
Ítem 20	No usé esta estrategia.	38	84,4%	7	15,6%	0,225 f
	Usé un poco esta estrategia.	17	94,4%	1	5,6%	
	Usé bastante esta estrategia.	10	66,7%	5	33,3%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	13	81,3%	3	18,8%	
Ítem 21	No usé esta estrategia.	28	82,4%	6	17,6%	0,152 f
	Usé un poco esta estrategia.	22	95,7%	1	4,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	11	68,8%	5	31,3%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	17	81,0%	4	19,0%	
Ítem 22	No usé esta estrategia.	33	80,5%	8	19,5%	0,161 f
	Usé un poco esta estrategia.	12	92,3%	1	7,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	13	100,0%	0	0,0%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	20	74,1%	7	25,9%	
Ítem 23	No usé esta estrategia.	21	87,5%	3	12,5%	0,607 f
	Usé un poco esta estrategia.	13	92,9%	1	7,1%	
	Usé bastante esta estrategia.	14	77,8%	4	22,2%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	30	78,9%	8	21,1%	
Ítem 24	No usé esta estrategia.	33	89,2%	4	10,8%	0,066 f
	Usé un poco esta estrategia.	19	95,0%	1	5,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	12	70,6%	5	29,4%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	14	70,0%	6	30,0%	
Ítem 25	No usé esta estrategia.	24	82,8%	5	17,2%	0,187 f
	Usé un poco esta estrategia.	18	90,0%	2	10,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	21	91,3%	2	8,7%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	15	68,2%	7	31,8%	
Ítem 26	No usé esta estrategia.	34	82,9%	7	17,1%	0,227 f
	Usé un poco esta estrategia.	20	95,2%	1	4,8%	
	Usé bastante esta estrategia.	12	70,6%	5	29,4%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	12	80,0%	3	20,0%	
Ítem 27	No usé esta estrategia.	37	86,0%	6	14,0%	0,412 f
	Usé un poco esta estrategia.	18	90,0%	2	10,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	13	76,5%	4	23,5%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	10	71,4%	4	28,6%	
Ítem 28	No usé esta estrategia.	29	87,9%	4	12,1%	0,341 f
	Usé un poco esta estrategia.	16	88,9%	2	11,1%	
	Usé bastante esta estrategia.	13	86,7%	2	13,3%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	20	71,4%	8	28,6%	
Ítem 29	No usé esta estrategia.	55	79,7%	14	20,3%	0,380 f
	Usé un poco esta estrategia.	10	100,0%	0	0,0%	

	Usé bastante esta estrategia.	5	100,0%	0	0,0%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	8	80,0%	2	20,0%	
Ítem 30	No usé esta estrategia.	28	80,0%	7	20,0%	0,702 f
	Usé un poco esta estrategia.	17	77,3%	5	22,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	16	88,9%	2	11,1%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	17	89,5%	2	10,5%	
Ítem 31	No usé esta estrategia.	21	91,3%	2	8,7%	0,474 f
	Usé un poco esta estrategia.	8	80,0%	2	20,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	20	87,0%	3	13,0%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	29	76,3%	9	23,7%	
Ítem 32	No usé esta estrategia.	52	81,3%	12	18,8%	0,190 f
	Usé un poco esta estrategia.	14	100,0%	0	0,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	6	75,0%	2	25,0%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	6	75,0%	2	25,0%	
Ítem 33	No usé esta estrategia.	55	79,7%	14	20,3%	0,502 f
	Usé un poco esta estrategia.	10	100,0%	0	0,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	5	83,3%	1	16,7%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	8	88,9%	1	11,1%	
Ítem 34	No usé esta estrategia.	43	82,7%	9	17,3%	0,858 f
	Usé un poco esta estrategia.	15	78,9%	4	21,1%	
	Usé bastante esta estrategia.	11	91,7%	1	8,3%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	9	81,8%	2	18,2%	
Ítem 35	No usé esta estrategia.	25	83,3%	5	16,7%	0,462 f
	Usé un poco esta estrategia.	17	81,0%	4	19,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	22	91,7%	2	8,3%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	14	73,7%	5	26,3%	
Ítem 36	No usé esta estrategia.	44	86,3%	7	13,7%	0,393 f
	Usé un poco esta estrategia.	11	68,8%	5	31,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	9	90,0%	1	10,0%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	14	82,4%	3	17,6%	
Ítem 37	No usé esta estrategia.	43	79,6%	11	20,4%	0,290 f
	Usé un poco esta estrategia.	17	94,4%	1	5,6%	
	Usé bastante esta estrategia.	6	100,0%	0	0,0%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	12	75,0%	4	25,0%	
Ítem 38	No usé esta estrategia.	19	82,6%	4	17,4%	0,880 f
	Usé un poco esta estrategia.	12	85,7%	2	14,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	25	86,2%	4	13,8%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	22	78,6%	6	21,4%	
Ítem 39	No usé esta estrategia.	27	87,1%	4	12,9%	0,319 f
	Usé un poco esta estrategia.	10	100,0%	0	0,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	22	78,6%	6	21,4%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	19	76,0%	6	24,0%	
Ítem 40	No usé esta estrategia.	43	76,8%	13	23,2%	0,257 f
	Usé un poco esta estrategia.	14	93,3%	1	6,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	10	100,0%	0	0,0%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	11	84,6%	2	15,4%	
Ítem 41	No usé esta estrategia.	41	87,2%	6	12,8%	0,242 f
	Usé un poco esta estrategia.	18	81,8%	4	18,2%	
	Usé bastante esta estrategia.	9	64,3%	5	35,7%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	10	90,9%	1	9,1%	
Ítem 42	No usé esta estrategia.	19	73,1%	7	26,9%	0,247 f
	Usé un poco esta estrategia.	14	93,3%	1	6,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	22	91,7%	2	8,3%	

	Usé en gran cantidad esta estrategia.	23	79,3%	6	20,7%	
Ítem 43	No usé esta estrategia.	31	81,6%	7	18,4%	0,714 f
	Usé un poco esta estrategia.	19	90,5%	2	9,5%	
	Usé bastante esta estrategia.	14	77,8%	4	22,2%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	14	82,4%	3	17,6%	
Ítem 44	No usé esta estrategia.	38	86,4%	6	13,6%	0,582 f
	Usé un poco esta estrategia.	20	80,0%	5	20,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	13	86,7%	2	13,3%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	7	70,0%	3	30,0%	
Ítem 45	No usé esta estrategia.	21	91,3%	2	8,7%	0,560 f
	Usé un poco esta estrategia.	19	82,6%	4	17,4%	
	Usé bastante esta estrategia.	23	82,1%	5	17,9%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	15	75,0%	5	25,0%	
Ítem 46	No usé esta estrategia.	23	85,2%	4	14,8%	0,023 f
	Usé un poco esta estrategia.	20	100,0%	0	0,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	13	86,7%	2	13,3%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	22	68,8%	10	31,3%	
Ítem 47	No usé esta estrategia.	54	85,7%	9	14,3%	0,467 f
	Usé un poco esta estrategia.	14	82,4%	3	17,6%	
	Usé bastante esta estrategia.	6	75,0%	2	25,0%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	4	66,7%	2	33,3%	
Ítem 48	No usé esta estrategia.	35	92,1%	3	7,9%	0,023 f
	Usé un poco esta estrategia.	18	85,7%	3	14,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	18	81,8%	4	18,2%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	7	53,8%	6	46,2%	
Ítem 49	No usé esta estrategia.	23	88,5%	3	11,5%	0,117 f
	Usé un poco esta estrategia.	20	95,2%	1	4,8%	
	Usé bastante esta estrategia.	11	68,8%	5	31,3%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	24	77,4%	7	22,6%	
Ítem 50	No usé esta estrategia.	29	76,3%	9	23,7%	0,568 f
	Usé un poco esta estrategia.	19	90,5%	2	9,5%	
	Usé bastante esta estrategia.	14	87,5%	2	12,5%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	16	84,2%	3	15,8%	
Ítem 51	No usé esta estrategia.	27	79,4%	7	20,6%	0,806 f
	Usé un poco esta estrategia.	17	89,5%	2	10,5%	
	Usé bastante esta estrategia.	14	87,5%	2	12,5%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	20	80,0%	5	20,0%	
Ítem 52	No usé esta estrategia.	26	81,3%	6	18,8%	0,625 f
	Usé un poco esta estrategia.	19	76,0%	6	24,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	18	90,0%	2	10,0%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	15	88,2%	2	11,8%	
Ítem 53	No usé esta estrategia.	48	78,7%	13	21,3%	0,665 f
	Usé un poco esta estrategia.	16	88,9%	2	11,1%	
	Usé bastante esta estrategia.	5	100,0%	0	0,0%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	9	90,0%	1	10,0%	
Ítem 54	No usé esta estrategia.	13	76,5%	4	23,5%	0,556 f
	Usé un poco esta estrategia.	19	90,5%	2	9,5%	
	Usé bastante esta estrategia.	21	87,5%	3	12,5%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	25	78,1%	7	21,9%	
Ítem 55	No usé esta estrategia.	13	92,9%	1	7,1%	0,245 f
	Usé un poco esta estrategia.	16	88,9%	2	11,1%	
	Usé bastante esta estrategia.	23	88,5%	3	11,5%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	26	72,2%	10	27,8%	

Ítem 56	No usé esta estrategia.	13	81,3%	3	18,8%	0,162 f
	Usé un poco esta estrategia.	16	100,0%	0	0,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	24	75,0%	8	25,0%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	25	83,3%	5	16,7%	
Ítem 57	No usé esta estrategia.	17	85,0%	3	15,0%	0,027 f
	Usé un poco esta estrategia.	16	100,0%	0	0,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	10	100,0%	0	0,0%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	35	72,9%	13	27,1%	
Ítem 58	No usé esta estrategia.	8	80,0%	2	20,0%	0,257 f
	Usé un poco esta estrategia.	13	86,7%	2	13,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	14	100,0%	0	0,0%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	43	78,2%	12	21,8%	
Ítem 59	No usé esta estrategia.	24	82,8%	5	17,2%	0,980 f
	Usé un poco esta estrategia.	12	85,7%	2	14,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	23	85,2%	4	14,8%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	19	79,2%	5	20,8%	
Ítem 60	No usé esta estrategia.	13	100,0%	0	0,0%	0,314 f
	Usé un poco esta estrategia.	8	80,0%	2	20,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	7	77,8%	2	22,2%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	50	80,6%	12	19,4%	
Ítem 61	No usé esta estrategia.	22	84,6%	4	15,4%	0,482 f
	Usé un poco esta estrategia.	22	91,7%	2	8,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	12	75,0%	4	25,0%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	22	78,6%	6	21,4%	
Ítem 62	No usé esta estrategia.	13	100,0%	0	0,0%	0,242 f
	Usé un poco esta estrategia.	24	85,7%	4	14,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	20	76,9%	6	23,1%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	21	77,8%	6	22,2%	
Ítem 63	No usé esta estrategia.	35	83,3%	7	16,7%	1,000 f
	Usé un poco esta estrategia.	10	83,3%	2	16,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	19	82,6%	4	17,4%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	14	82,4%	3	17,6%	
Ítem 64	No usé esta estrategia.	28	77,8%	8	22,2%	0,706 f
	Usé un poco esta estrategia.	18	85,7%	3	14,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	19	82,6%	4	17,4%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	13	92,9%	1	7,1%	
Ítem 65	No usé esta estrategia.	21	72,4%	8	27,6%	0,304 f
	Usé un poco esta estrategia.	27	87,1%	4	12,9%	
	Usé bastante esta estrategia.	15	83,3%	3	16,7%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	15	93,8%	1	6,3%	
Ítem 66	No usé esta estrategia.	42	82,4%	9	17,6%	0,975 f
	Usé un poco esta estrategia.	14	82,4%	3	17,6%	
	Usé bastante esta estrategia.	14	87,5%	2	12,5%	
	Usé en gran cantidad esta estrategia.	8	80,0%	2	20,0%	

q: Test Qui-cuadrado de Pearson

f: Test de Fisher

Tabela 11: Asociación Tiempo de dependencia versus Inventario de Estrategias de Coping de Folkman y Lazarus

Fuente: tabla elaborada por la autora

La conclusión es que la mayoría de los artículos del inventario no tienen una asociación estadísticamente significativa con la variable de tiempo de dependencia, considerando $\alpha=5\%$ de significación. Esta conclusión sólo no se aplica a los puntos 18 (acepté la simpatía y comprensión de la gente), 46 (me negué a retroceder y luché por lo que quería), 48 (busqué una situación similar en experiencias pasadas) y 57 (soñé despierto o imaginé un lugar o un momento mejor que en el que estaba). En estos artículos, la prueba de asociación indicó que había una asociación estadísticamente significativa.

La tabla 12 muestra la asociación de los artículos del inventario con la variable de tiempo de recaída del adicto.

Ítems	Categorías	Cantidad de Recaída				Test de asociación (valor-p)
		1 hasta 3		Más de 3		
		Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	
Ítem 1	No usé esta estrategia.	24	72,7%	9	27,3%	0,082 f
	Usé un poco esta estrategia.	21	91,3%	2	8,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	16	72,7%	6	27,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	9	56,3%	7	43,8%	
Ítem 2	No usé esta estrategia.	14	82,4%	3	17,6%	0,307 f
	Usé un poco esta estrategia.	12	66,7%	6	33,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	28	82,4%	6	17,6%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	16	64,0%	9	36,0%	
Ítem 3	No usé esta estrategia.	17	65,4%	9	34,6%	0,352 f
	Usé un poco esta estrategia.	17	81,0%	4	19,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	18	85,7%	3	14,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	18	69,2%	8	30,8%	
Ítem 4	No usé esta estrategia.	26	83,9%	5	16,1%	0,262 f
	Usé un poco esta estrategia.	19	76,0%	6	24,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	12	75,0%	4	25,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	13	59,1%	9	40,9%	
Ítem 5	No usé esta estrategia.	53	75,7%	17	24,3%	0,696 f
	Usé un poco esta estrategia.	9	69,2%	4	30,8%	
	Usé bastante esta estrategia.	1	50,0%	1	50,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	7	77,8%	2	22,2%	
Ítem 6	No usé esta estrategia.	27	90,0%	3	10,0%	0,058 f
	Usé un poco esta estrategia.	21	70,0%	9	30,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	9	56,3%	7	43,8%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	13	72,2%	5	27,8%	
Ítem 7	No usé esta estrategia.	25	73,5%	9	26,5%	1,000 f
	Usé un poco esta estrategia.	16	76,2%	5	23,8%	
	Usé bastante esta estrategia.	13	72,2%	5	27,8%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	16	76,2%	5	23,8%	
Ítem 8	No usé esta estrategia.	21	75,0%	7	25,0%	0,640 f

	Usé un poco esta estrategia.	11	78,6%	3	21,4%	
	Usé bastante esta estrategia.	21	80,8%	5	19,2%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	17	65,4%	9	34,6%	
Ítem 9	No usé esta estrategia.	32	69,6%	14	30,4%	
	Usé un poco esta estrategia.	20	87,0%	3	13,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	8	57,1%	6	42,9%	0,110 f
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	10	90,9%	1	9,1%	
Ítem 10	No usé esta estrategia.	29	72,5%	11	27,5%	
	Usé un poco esta estrategia.	22	81,5%	5	18,5%	
	Usé bastante esta estrategia.	13	76,5%	4	23,5%	0,575 f
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	6	60,0%	4	40,0%	
Ítem 11	No usé esta estrategia.	20	76,9%	6	23,1%	
	Usé un poco esta estrategia.	9	90,0%	1	10,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	10	62,5%	6	37,5%	0,493 f
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	31	73,8%	11	26,2%	
Ítem 12	No usé esta estrategia.	49	76,6%	15	23,4%	
	Usé un poco esta estrategia.	7	77,8%	2	22,2%	
	Usé bastante esta estrategia.	5	83,3%	1	16,7%	0,590 f
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	9	60,0%	6	40,0%	
Ítem 13	No usé esta estrategia.	48	84,2%	9	15,8%	
	Usé un poco esta estrategia.	8	61,5%	5	38,5%	
	Usé bastante esta estrategia.	4	50,0%	4	50,0%	0,037 f
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	10	62,5%	6	37,5%	
Ítem 14	No usé esta estrategia.	22	78,6%	6	21,4%	
	Usé un poco esta estrategia.	18	85,7%	3	14,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	14	73,7%	5	26,3%	0,291 f
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	16	61,5%	10	38,5%	
Ítem 15	No usé esta estrategia.	45	80,4%	11	19,6%	
	Usé un poco esta estrategia.	6	60,0%	4	40,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	7	63,6%	4	36,4%	0,339 f
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	12	70,6%	5	29,4%	
Ítem 16	No usé esta estrategia.	48	72,7%	18	27,3%	
	Usé un poco esta estrategia.	9	90,0%	1	10,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	5	62,5%	3	37,5%	0,605 f
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	8	80,0%	2	20,0%	
Ítem 17	No usé esta estrategia.	41	77,4%	12	22,6%	
	Usé un poco esta estrategia.	14	93,3%	1	6,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	5	71,4%	2	28,6%	0,048 f
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	10	52,6%	9	47,4%	
Ítem 18	No usé esta estrategia.	17	77,3%	5	22,7%	
	Usé un poco esta estrategia.	22	78,6%	6	21,4%	
	Usé bastante esta estrategia.	23	95,8%	1	4,2%	<0,001 f
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	8	40,0%	12	60,0%	
Ítem 19	No usé esta estrategia.	16	84,2%	3	15,8%	
	Usé un poco esta estrategia.	16	66,7%	8	33,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	17	81,0%	4	19,0%	0,493 f
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	21	70,0%	9	30,0%	
Ítem 20	No usé esta estrategia.	34	75,6%	11	24,4%	
	Usé un poco esta estrategia.	15	83,3%	3	16,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	8	53,3%	7	46,7%	0,241 f
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	13	81,3%	3	18,8%	
Ítem 21	No usé esta estrategia.	26	76,5%	8	23,5%	
	Usé un poco esta estrategia.	17	73,9%	6	26,1%	0,940 f

	Usé bastante esta estrategia.	11	68,8%	5	31,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	16	76,2%	5	23,8%	
Ítem 22	No usé esta estrategia.	30	73,2%	11	26,8%	0,404 f
	Usé un poco esta estrategia.	10	76,9%	3	23,1%	
	Usé bastante esta estrategia.	12	92,3%	1	7,7%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	18	66,7%	9	33,3%	
Ítem 23	No usé esta estrategia.	19	79,2%	5	20,8%	0,889 f
	Usé un poco esta estrategia.	10	71,4%	4	28,6%	
	Usé bastante esta estrategia.	14	77,8%	4	22,2%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	27	71,1%	11	28,9%	
Ítem 24	No usé esta estrategia.	33	89,2%	4	10,8%	0,022 f
	Usé un poco esta estrategia.	11	55,0%	9	45,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	13	76,5%	4	23,5%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	13	65,0%	7	35,0%	
Ítem 25	No usé esta estrategia.	23	79,3%	6	20,7%	0,355 f
	Usé un poco esta estrategia.	16	80,0%	4	20,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	18	78,3%	5	21,7%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	13	59,1%	9	40,9%	
Ítem 26	No usé esta estrategia.	30	73,2%	11	26,8%	0,559 f
	Usé un poco esta estrategia.	18	85,7%	3	14,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	12	70,6%	5	29,4%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	10	66,7%	5	33,3%	
Ítem 27	No usé esta estrategia.	36	83,7%	7	16,3%	0,004 f
	Usé un poco esta estrategia.	18	90,0%	2	10,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	8	47,1%	9	52,9%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	8	57,1%	6	42,9%	
Ítem 28	No usé esta estrategia.	29	87,9%	4	12,1%	0,081 f
	Usé un poco esta estrategia.	14	77,8%	4	22,2%	
	Usé bastante esta estrategia.	10	66,7%	5	33,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	17	60,7%	11	39,3%	
Ítem 29	No usé esta estrategia.	51	73,9%	18	26,1%	0,548 f
	Usé un poco esta estrategia.	9	90,0%	1	10,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	3	60,0%	2	40,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	7	70,0%	3	30,0%	
Ítem 30	No usé esta estrategia.	28	80,0%	7	20,0%	0,609 f
	Usé un poco esta estrategia.	15	68,2%	7	31,8%	
	Usé bastante esta estrategia.	12	66,7%	6	33,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	15	78,9%	4	21,1%	
Ítem 31	No usé esta estrategia.	20	87,0%	3	13,0%	0,417 f
	Usé un poco esta estrategia.	7	70,0%	3	30,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	17	73,9%	6	26,1%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	26	68,4%	12	31,6%	
Ítem 32	No usé esta estrategia.	49	76,6%	15	23,4%	0,809 f
	Usé un poco esta estrategia.	10	71,4%	4	28,6%	
	Usé bastante esta estrategia.	6	75,0%	2	25,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	5	62,5%	3	37,5%	
Ítem 33	No usé esta estrategia.	50	72,5%	19	27,5%	0,693 f
	Usé un poco esta estrategia.	9	90,0%	1	10,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	4	66,7%	2	33,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	7	77,8%	2	22,2%	
Ítem 34	No usé esta estrategia.	42	80,8%	10	19,2%	0,343 f
	Usé un poco esta estrategia.	12	63,2%	7	36,8%	
	Usé bastante esta estrategia.	9	75,0%	3	25,0%	

	Usé en grande cantidad esta estrategia.	7	63,6%	4	36,4%	
Ítem 35	No usé esta estrategia.	24	80,0%	6	20,0%	0,330 f
	Usé un poco esta estrategia.	14	66,7%	7	33,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	20	83,3%	4	16,7%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	12	63,2%	7	36,8%	
Ítem 36	No usé esta estrategia.	42	82,4%	9	17,6%	0,079 f
	Usé un poco esta estrategia.	8	50,0%	8	50,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	7	70,0%	3	30,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	13	76,5%	4	23,5%	
Ítem 37	No usé esta estrategia.	42	77,8%	12	22,2%	0,768 f
	Usé un poco esta estrategia.	13	72,2%	5	27,8%	
	Usé bastante esta estrategia.	4	66,7%	2	33,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	11	68,8%	5	31,3%	
Ítem 38	No usé esta estrategia.	18	78,3%	5	21,7%	0,058 f
	Usé un poco esta estrategia.	9	64,3%	5	35,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	26	89,7%	3	10,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	17	60,7%	11	39,3%	
Ítem 39	No usé esta estrategia.	23	74,2%	8	25,8%	0,824 f
	Usé un poco esta estrategia.	8	80,0%	2	20,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	22	78,6%	6	21,4%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	17	68,0%	8	32,0%	
Ítem 40	No usé esta estrategia.	41	73,2%	15	26,8%	0,749 f
	Usé un poco esta estrategia.	11	73,3%	4	26,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	9	90,0%	1	10,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	9	69,2%	4	30,8%	
Ítem 41	No usé esta estrategia.	36	76,6%	11	23,4%	0,182 f
	Usé un poco esta estrategia.	18	81,8%	4	18,2%	
	Usé bastante esta estrategia.	7	50,0%	7	50,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	9	81,8%	2	18,2%	
Ítem 42	No usé esta estrategia.	18	69,2%	8	30,8%	0,312 f
	Usé un poco esta estrategia.	13	86,7%	2	13,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	20	83,3%	4	16,7%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	19	65,5%	10	34,5%	
Ítem 43	No usé esta estrategia.	29	76,3%	9	23,7%	0,727 f
	Usé un poco esta estrategia.	17	81,0%	4	19,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	12	66,7%	6	33,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	12	70,6%	5	29,4%	
Ítem 44	No usé esta estrategia.	33	75,0%	11	25,0%	0,409 f
	Usé un poco esta estrategia.	21	84,0%	4	16,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	10	66,7%	5	33,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	6	60,0%	4	40,0%	
Ítem 45	No usé esta estrategia.	18	78,3%	5	21,7%	0,193 f
	Usé un poco esta estrategia.	19	82,6%	4	17,4%	
	Usé bastante esta estrategia.	22	78,6%	6	21,4%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	11	55,0%	9	45,0%	
Ítem 46	No usé esta estrategia.	23	85,2%	4	14,8%	0,124 f
	Usé un poco esta estrategia.	16	80,0%	4	20,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	12	80,0%	3	20,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	19	59,4%	13	40,6%	
Ítem 47	No usé esta estrategia.	50	79,4%	13	20,6%	0,127 f
	Usé un poco esta estrategia.	10	58,8%	7	41,2%	
	Usé bastante esta estrategia.	7	87,5%	1	12,5%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	3	50,0%	3	50,0%	

Ítem 48	No usé esta estrategia.	31	81,6%	7	18,4%	0,190 f
	Usé un poco esta estrategia.	17	81,0%	4	19,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	15	68,2%	7	31,8%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	7	53,8%	6	46,2%	
Ítem 49	No usé esta estrategia.	23	88,5%	3	11,5%	0,221 f
	Usé un poco esta estrategia.	15	71,4%	6	28,6%	
	Usé bastante esta estrategia.	10	62,5%	6	37,5%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	22	71,0%	9	29,0%	
Ítem 50	No usé esta estrategia.	28	73,7%	10	26,3%	0,938 f
	Usé un poco esta estrategia.	15	71,4%	6	28,6%	
	Usé bastante esta estrategia.	13	81,3%	3	18,8%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	14	73,7%	5	26,3%	
Ítem 51	No usé esta estrategia.	27	79,4%	7	20,6%	0,577 f
	Usé un poco esta estrategia.	15	78,9%	4	21,1%	
	Usé bastante esta estrategia.	12	75,0%	4	25,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	16	64,0%	9	36,0%	
Ítem 52	No usé esta estrategia.	28	87,5%	4	12,5%	0,024 f
	Usé un poco esta estrategia.	13	52,0%	12	48,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	16	80,0%	4	20,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	13	76,5%	4	23,5%	
Ítem 53	No usé esta estrategia.	45	73,8%	16	26,2%	0,668 f
	Usé un poco esta estrategia.	15	83,3%	3	16,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	3	60,0%	2	40,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	7	70,0%	3	30,0%	
Ítem 54	No usé esta estrategia.	14	82,4%	3	17,6%	0,347 f
	Usé un poco esta estrategia.	18	85,7%	3	14,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	17	70,8%	7	29,2%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	21	65,6%	11	34,4%	
Ítem 55	No usé esta estrategia.	12	85,7%	2	14,3%	0,022 f
	Usé un poco esta estrategia.	17	94,4%	1	5,6%	
	Usé bastante esta estrategia.	20	76,9%	6	23,1%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	21	58,3%	15	41,7%	
Ítem 56	No usé esta estrategia.	11	68,8%	5	31,3%	0,236 f
	Usé un poco esta estrategia.	15	93,8%	1	6,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	22	68,8%	10	31,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	22	73,3%	8	26,7%	
Ítem 57	No usé esta estrategia.	15	75,0%	5	25,0%	0,527 f
	Usé un poco esta estrategia.	13	81,3%	3	18,8%	
	Usé bastante esta estrategia.	9	90,0%	1	10,0%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	33	68,8%	15	31,3%	
Ítem 58	No usé esta estrategia.	7	70,0%	3	30,0%	0,019 f
	Usé un poco esta estrategia.	15	100,0%	0	0,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	12	85,7%	2	14,3%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	36	65,5%	19	34,5%	
Ítem 59	No usé esta estrategia.	20	69,0%	9	31,0%	0,712 f
	Usé un poco esta estrategia.	11	78,6%	3	21,4%	
	Usé bastante esta estrategia.	22	81,5%	5	18,5%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	17	70,8%	7	29,2%	
Ítem 60	No usé esta estrategia.	11	84,6%	2	15,4%	0,839 f
	Usé un poco esta estrategia.	8	80,0%	2	20,0%	
	Usé bastante esta estrategia.	7	77,8%	2	22,2%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	44	71,0%	18	29,0%	
Ítem 61	No usé esta estrategia.	20	76,9%	6	23,1%	0,529 f
	Usé un poco esta estrategia.	17	70,8%	7	29,2%	

	Usé bastante esta estrategia.	14	87,5%	2	12,5%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	19	67,9%	9	32,1%	
Ítem 62	No usé esta estrategia.	12	92,3%	1	7,7%	0,303 f
	Usé un poco esta estrategia.	22	78,6%	6	21,4%	
	Usé bastante esta estrategia.	18	69,2%	8	30,8%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	18	66,7%	9	33,3%	
Ítem 63	No usé esta estrategia.	32	76,2%	10	23,8%	0,711 f
	Usé un poco esta estrategia.	10	83,3%	2	16,7%	
	Usé bastante esta estrategia.	17	73,9%	6	26,1%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	11	64,7%	6	35,3%	
Ítem 64	No usé esta estrategia.	25	69,4%	11	30,6%	0,276 f
	Usé un poco esta estrategia.	14	66,7%	7	33,3%	
	Usé bastante esta estrategia.	18	78,3%	5	21,7%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	13	92,9%	1	7,1%	
Ítem 65	No usé esta estrategia.	20	69,0%	9	31,0%	0,260 f
	Usé un poco esta estrategia.	25	80,6%	6	19,4%	
	Usé bastante esta estrategia.	11	61,1%	7	38,9%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	14	87,5%	2	12,5%	
Ítem 66	No usé esta estrategia.	40	78,4%	11	21,6%	0,387 f
	Usé un poco esta estrategia.	10	58,8%	7	41,2%	
	Usé bastante esta estrategia.	13	81,3%	3	18,8%	
	Usé en grande cantidad esta estrategia.	7	70,0%	3	30,0%	

q: Test Qui-cuadrado de Pearson

f: Test de Fisher

Tabla 12: Asociación Cantidad de recaídas versus Inventario de Estrategias de Coping de Folkman y Lazarus

Fuente: tabla elaborada por la autora

Puede observarse que, según los resultados presentados en el cuadro 12, los puntos 13 (hice como si nada hubiera sucedido), 24 (esperé a ver qué sucedía antes de hacer algo), 27 (saqué lo mejor de la situación, que no era lo que esperaba), 52 (encontré algunas soluciones diferentes al problema), 55 (desearía poder cambiar lo que había sucedido o cómo me sentía), 58 (deseaba que la situación terminara o desapareciera de alguna manera) del inventario presentaban una asociación estadística significativa con la cantidad variable de recaídas.

La variable de cantidad de recaída era la variable que tenía más elementos asociados.