



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Posgrado
Programa de Magíster en Psicología Clínica de Adultos

FUNCIÓN DEL APOYO SOCIAL FAMILIAR EN LA RECUPERACIÓN Y RECAÍDA DE SUJETOS DEPENDIENTES Y ABUSADORES DE SUSTANCIAS

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos

ALUMNO: CÉSAR AUGUSTO OSSORIO PORTALES

PROFESOR GUÍA: CLAUDIO JAVIER PIZARRO HIDALGO, Ph. D.

SANTIAGO
2015

AGRADECIMIENTOS

Especial agradecimiento al Profesor Claudio Pizarro Hidalgo, que con sus conocimientos, habilidad y paciencia, me orientó y motivó, haciendo posible esta formativa experiencia científica.

A todos mis profesores, que directa o indirectamente, contribuyeron con las enseñanzas que permitieron la elaboración de esta tesis.

A las instituciones de salud dedicadas al tratamiento de adicciones: CRA, CENTERAVID, COTEMUAZ y CREIAD, cuyos directores y personal abrieron puertas y voluntades, lo que permitió la realización del estudio empírico.

Y por último, a los participantes de los grupos de estudio, que voluntaria y desinteresadamente, contribuyeron en esta investigación, sin lo cual nunca hubiera sido posible.

*Dedicada a mi padre:
Augusto Ossorio Farías
Por su amor incondicional, apoyo y ejemplo.*

RESUMEN

Se ha demostrado que el apoyo social se relaciona con la abstinencia después del tratamiento por dependencia o abuso de sustancias. Sin embargo existe muy poca investigación que se oriente a determinar la relación del apoyo familiar y la remisión sintomatológica. La presente investigación se propuso determinar la relación existente entre el apoyo social de origen familiar y la remisión sintomatológica de las personas después del tratamiento residencial para el abuso y dependencia de sustancias. Para ello se realizó un estudio comparativo transversal en el que participaron dos grupos de sujetos diagnosticados de abuso o dependencia de sustancias. El primer grupo estuvo constituido por 35 pacientes reingresados a tratamiento por presentar recaída sintomatológica. El segundo grupo estuvo integrado por 35 individuos que después de recibir tratamiento residencial, mantenían ausencia de síntomas por más de doce meses. Los sujetos fueron evaluados mediante la escala ASSIS adaptada y una ficha de datos de identificación e inclusión elaborada para este estudio.

Los resultados indicaron que el grupo de remisión presentó, en todas las dimensiones, niveles de apoyo familiar más altos que los recaídos, aunque las diferencias no fueron significativas en todas ellas.

Las cónyuges e hijos cumplen una importante función de apoyo en los sujetos con ausencia de síntomas, mientras que la presencia familiares consumidores no se relaciona con la recaída pero sí la presencia de otros consumidores cercanos.

El apoyo familiar se relaciona con la remisión de síntomas, pero es necesario investigar aún más en los aspectos subjetivos y en los efectos de la recaída, para comprender con mayor profundidad la manera en que se da esta relación.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1. Apoyo social	11
2.2. Consideraciones diagnósticas	13
2.3. Una lectura constructivista del fenómeno de la adicción y el apoyo social	16
2.4. Familia y tratamiento de las adicciones en Ecuador	21
2.5. Estado del arte	23
3. OBJETIVOS	32
3.1. Objetivo general	32
3.2. Objetivos específicos	32
4. MARCO METODOLÓGICO	33
4.1. Hipótesis	33
4.2. Enfoque, diseño y alcance	33
4.3. Muestreo	34
4.4. Muestra	34
4.5. Variables	36
4.6. Instrumentos	38
4.7. Procedimiento	40
4.8. Análisis	41
5. RESULTADOS	42
5.1. Objetivo específico 1	42
5.2. Objetivo específico 2	46
5.3. Objetivo específico 3	49
5.4. Objetivo específico 4	50
5.5. Otros objetivos interesantes	57

5.6. Resultados de las hipótesis	63
6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	64
7. BIBLIOGRAFÍA	71
8. ANEXOS	75
8.1. Anexo 1	75
8.2. Anexo 2	76
8.3. Anexo 3	82
8.4. Anexo 4	83

1. INTRODUCCIÓN

El abuso y dependencia de sustancias es un área de la psicopatología que ha sido ampliamente investigada, en razón de su alta incidencia en la salud pública a nivel mundial (Murray y López, 1996), y como consecuencia de ello, las propuestas teóricas y terapéuticas sobre la materia también son numerosas y variadas.

La abundante investigación sobre el tema, pone en evidencia la alta complejidad, multifactorialidad y multicausalidad de este fenómeno psicopatológico (Moral, 2006), factores que hacen que su proceso terapéutico sea también complejo, y que por ese motivo requiera enfoques integrales, interdisciplinarios y multimodales (Nizama, Cachay, Sanz y Lavarello, 1994).

Existe una gran cantidad de variables, que en sus diversas combinaciones pueden dar resultados diferentes al comparar las investigaciones disponibles.

La predisposición genética, los factores ambientales (relacionales), los trastornos de personalidad, las alteraciones del ánimo y la ansiedad, son algunos ejemplos de las múltiples variables que se relacionan con el abuso y dependencia de sustancias y su correspondiente abordaje terapéutico (Moral, 2006).

En la década de los 70's Cassel y Cobb sostuvieron que el apoyo social tiene una estrecha relación con la salud general de las personas, ya que facilita la aparición y mantenimiento de conductas adaptativas en situaciones de estrés (citado en Castro, Campero y Hernández, 1997); y a partir de ese momento el apoyo social se convirtió en una variable más a considerar en los procesos de salud y enfermedad.

Asimismo, las redes sociales y el apoyo social se han convertido en una línea de investigación en la clínica y tratamiento de las adicciones a sustancias (Galván, Serna y Hernández, 2008).

De acuerdo con la investigación disponible, es claro que el apoyo social tiene vinculación con los resultados posteriores a un tratamiento para abuso o dependencia de sustancias. Así, Havassy, Hall y Wasserman (1991), concluyen que los niveles altos de apoyo social estructural general (cantidad de personas de la red de apoyo no específica al tema de la abstinencia o remisión) y de apoyo social específico funcional (disponibilidad y cualidad de apoyo orientado puntualmente a la abstinencia o remisión), disminuye el riesgo de recaída. De igual manera Ellis, Bernichon, Yu, Roberts y Herrell (2004), concluyen que un apoyo de la red social de origen familiar, cónyuges y amistades, reduce la probabilidad de recaída después de seis meses del tratamiento. Por otra parte, Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino (2008), también afirman que el apoyo social protege contra la recurrencia en el consumo de drogas, al menos hasta los seis meses después del tratamiento.

La mayoría de los estudios relativos al tema, abordan el apoyo social sin discriminar su origen (formal, informal o familiar) y son muy pocos los que se centran en el apoyo social proporcionado por la familia.

Parte de la relevancia de esta investigación radica en la observación y evaluación de la incidencia del apoyo social de origen familiar en los resultados terapéuticos en Ecuador, pues no existen estudios locales al respecto.

Al plantearnos esta investigación, necesariamente nos referimos al contexto familiar ecuatoriano y su impacto en la recuperación de personas con trastornos de consumo de sustancias.

Cuando nos referimos al contexto familiar en Ecuador, lo entendemos como una estructura social, lo que implica un criterio colectivo de normalidad al respecto, determinado por la cultura.

Consideramos que esto conlleva una expectativa específica del sujeto sobre su entorno familiar, y por tanto un efecto psicológico específico sobre el individuo, resultante de la dinámica de relación entre éste y su familia.

Ecuador, pese a los constantes cambios modernos y diversidades propias de toda sociedad, mantiene una tradición familiar conservadora, que implica una fuerte influencia paterna (León y Méndez, 2004), que genera lazos familiares firmes y jerarquías marcadas.

Este hecho puede establecer diferencias en cuanto a los efectos del apoyo social familiar, con otras culturas cuyas estructuras y dinámicas sean menos influyentes y/o en que los sujetos sean menos susceptibles al accionar de sus parientes cercanos.

En razón de lo expuesto, esta investigación se propone medir cuantitativamente el apoyo social de origen familiar (apoyo familiar) en sus diferentes tipos, en sujetos de sexo masculino, adultos, abusadores y dependientes de sustancias, recaídos por un lado, y en remisión total sostenida (sin síntomas después de un año de la finalización del tratamiento) por otro, con la finalidad de conocer la relación entre el apoyo social proporcionado por la familia y el curso psicopatológico (remisión y recaída) posterior al tratamiento residencial.

El presente estudio propone un aporte teórico al modelo de apoyo social en el ámbito del abuso y la dependencia de sustancias. Es el primero en Ecuador enfocado al apoyo social proveniente de la familia y su relación con la recaída o remisión sintomatológica del abuso y dependencia de sustancias. Cabe agregar que incluso a nivel mundial las investigaciones relativas a este tema específico son muy escasas.

La temática de la presente investigación se circunscribe al campo de la salud mental, y dentro de éste, al de la psicología clínica de adultos, por cuanto se consideran exclusivamente sujetos mayores de edad.

Pretende constituir un aporte en el ámbito de la psicopatología y aspecto psicoterapéutico de los trastornos por consumo de sustancias, pues al comprenderse mejor la influencia de las relaciones familiares en la recuperación y recaída de los sujetos, se genera un conocimiento útil para la consideración y/o investigación psicoterapéutica posterior.

En este sentido, Beattie y Longabaugh (1999) concluyen en la necesidad de mayor investigación específica sobre la influencia diferencial del apoyo de amigos, familiares, cónyuge y compañeros de trabajo, en la conducta de beber.

Los mismos autores sugieren evaluar los diferentes métodos terapéuticos con el fin de aprovechar la red social para la optimización de sus resultados, planteamiento que proporciona un nuevo fundamento a la necesidad de ampliar el conocimiento teórico, psicopatológico y psicoterapéutico del consumo de sustancias psicoactivas y su relación con el apoyo social.

Por lo anteriormente expuesto, esta investigación se basa en la pregunta investigativa siguiente: ¿Cuál es la relación entre el apoyo social familiar y la remisión sintomatológica de una persona después del tratamiento por abuso y/o dependencia de sustancias?

De esta pregunta investigativa se desprende el objetivo general de *comparar el tipo y magnitud del apoyo social de origen familiar entre personas adultas en remisión total sostenida y personas con recaída*; desprendiéndose a su vez los siguientes objetivos específicos:

1.-Caracterizar el apoyo social de origen familiar de personas adultas dependientes y/o abusadores de sustancias que hayan sido reingresados a tratamiento por presentar recaída sintomatológica.

2.-Caracterizar el apoyo social de origen familiar de personas adultas dependientes y/o abusadores de sustancias que, después del tratamiento, hayan mantenido remisión de síntomas por un año o más.

3.-Comparar el tipo de apoyo social de origen familiar entre personas adultas en remisión total sostenida y personas con recaída.

4.-Comparar la magnitud del apoyo social de origen familiar entre personas adultas en remisión total sostenida y personas con recaída.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Apoyo social

En la actualidad existe aceptable consenso acerca de la influencia de los factores ambientales/sociales en los resultados del tratamiento de la adicción al alcohol y otras drogas (Galanter, 1993). Dentro de estos factores se incluye al apoyo social como un elemento de relevancia, por constituir una variable capaz de favorecer la abstinencia y mitigar la posibilidad de recaída después del tratamiento (Havassy y Wasserman, 1991; Ellis, Bernichon, Yu, Roberts y Herrell, 2004; Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino, 2008).

Se han elaborado muchas definiciones para este constructo, que han dado lugar a perspectivas muy diversas (Dobkin, De Civita, Paraherakis y Gill, 2002). En este estudio entendemos el apoyo social como “el conjunto de contactos personales por medio de los cuales el sujeto mantiene su identidad social e intercambia apoyo afectivo, ayuda material y otros servicios tales como, información y contactos sociales” (Aravena & Estévez, 1988, p. 256).

Cabe destacar que, en este estudio, cuando hablamos de apoyo social, necesariamente hacemos referencia al apoyo social percibido por el sujeto, o sea “a la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que fluyen desde ella, lo que implica destacar el grado de satisfacción que obtiene del apoyo disponible” (Gracia, 1997, citado en Méndez y Barra, 2008, p. 60).

El apoyo social puede ser clasificado como estructural: relativo a la cantidad de personas que constituyen la red de apoyo; y funcional: relacionado con la percepción de disponibilidad y cualidades del apoyo (Hernández, Pozo, Alonso y Martos, 2005; Dobkin, De Civita, Paraherakis y Gill, 2002).

A su vez la clasificación anterior puede diferenciarse en apoyo general, cuando hablamos de las características generales de una red de apoyo, que no están orientadas a un efecto específico; y

apoyo social específico, al referirnos a un apoyo sobre un tema puntual como la abstinencia de alcohol (Beattie y Longabaugh, 1999).

También es posible diferenciar las fuentes de apoyo social que tiene un sujeto, las que pueden clasificarse en formal: los profesionales o instituciones destinadas a brindar apoyo; informal: las amistades, conocidos, compañeros e instituciones no especializadas; y familiar, constituida por la red de apoyo conformada por la familia del sujeto (Pizarro, 1998).

El apoyo social según Barrera y Ainlay (1983, citado en Pizarro, 1998) se divide en seis categorías o dimensiones:

1.-Ayuda Material: Hace referencia a la provisión de tangibles como dinero u objetos.

2.-Asistencia de Acción o Asistencia Física: Se refiere a la ayuda que recibe una persona en tareas que requieren acciones y tiempo.

3.-Interacciones de Confianza o de Intimidad Psicológica: Se refiere a acciones que evocan las intervenciones tradicionales no directivas como escuchar, aceptar, etc. además de la expresión de estima, preocupación y comprensión.

4.-Consejo u Orientación: Se refiere a la acción de brindar consejo, información, o instrucción.

5.-Retroalimentación Positiva: Se refiere a la acción de brindar una opinión respecto a conductas, pensamientos, o sentimientos. Por ejemplo, el decir: "me gustó tu trabajo," "tienes un buen corazón," etc.

6.-Interacción de Diversión o Participación Social: Se refiere a la participación con otros en actividades de entretenimiento y esparcimiento.

Adicionalmente Pizarro incluye una séptima dimensión de apoyo social, las *Interacciones Negativas*, que se refiere a aquellas relaciones interpersonales que producen disgusto, incomodidad o son desagradables para el sujeto (Bravo y Caro, 2002).

Diversas investigaciones han versado sobre el tema del apoyo social, sin embargo no se ha logrado llegar a un real consenso sobre la manera específica en que éste influye en la conducta adictiva y el curso psicopatológico de ésta después de un tratamiento (Rosenberg, 1983; Beattie y Longabaugh, 1999; Dobkin, De Civita, Paraherakis y Gill, 2002).

Sin embargo existe evidencia que indica que los pacientes que completan un tratamiento residencial, perciben un mayor apoyo social general y familiar (cuantitativa y cualitativamente), asociado a una mayor satisfacción, que los que abandonan el tratamiento prematuramente (Richardson, 2002).

2.2. Consideraciones diagnósticas

En mayo de 2013 la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos, publicó la 5ª edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), conocido como DSM-V, el que trajo algunas variaciones respecto de la edición anterior (DSM-IV-TR) que fue publicada en el año 2000, algunas de las cuales están en el capítulo de los *Trastornos relacionados con sustancias*.

Pese a que ya está disponible el texto en inglés, y que existe un breviario de criterios diagnósticos en español publicado en febrero de 2014, la mayoría de los servicios de salud mental en Ecuador siguen utilizando el manual en su 4ª edición (texto revisado), razón por la cual los criterios de internamiento de los usuarios se rigen por sus normas, lo que implica que todos los sujetos incluidos en este estudio han sido diagnosticados bajo la nomenclatura de la mencionada edición.

La principal razón para mantener la versión anterior, es la compatibilidad con la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), cuya nosología es la oficialmente utilizada y exigida por las instituciones de salud pública de Ecuador.

Por este motivo, en la presente investigación utilizamos los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, considerando adicionalmente, que los cambios de la última versión (5ª) no modifican consistentemente la especificación nosológica en materia de trastornos relacionados con sustancias, objeto de nuestro estudio.

En la tabla 1 y 2, se exponen los criterios diagnósticos para el abuso y dependencia de sustancias del DSM-IV-TR, en los que basamos la presente investigación.

Tabla 1: Criterios diagnósticos para el abuso de sustancias (DSM-IV-TR).

<p>Criterios para el abuso de sustancias</p> <p>A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none">1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física) <p>B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.</p>

Tabla 2: Criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias (DSM-IV-TR)

<p>Criterios para la dependencia de sustancias</p> <p>Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none">1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:<ol style="list-style-type: none">(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

<p>(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)</p> <p>(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia</p> <p>3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía</p> <p>4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia</p> <p>5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia</p> <p>6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia</p> <p>7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)</p> <p>Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)</p> <p><i>Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:</i></p> <p>0 Remisión total temprana 0 Remisión parcial temprana 0 Remisión total sostenida 0 Remisión parcial sostenida 2 En terapéutica con agonistas 1 En entorno controlado 4 Leve/moderado/grave</p>
--

Los criterios de curso se refieren al desarrollo del trastorno e incluyen la especificación de las remisiones del cuadro. Así, tenemos cuatro etiquetas de curso:

- Remisión total temprana: Sin presencia de síntomas de dependencia o abuso entre 1 y 12 meses.
- Remisión parcial temprana: Presencia de uno o más síntomas de dependencia o abuso, sin que se cumplan los criterios de dependencia, en un lapso entre 1 y 12 meses.
- Remisión total sostenida: Ningún síntoma de dependencia o abuso presente en un lapso de 12 meses o más.
- Remisión parcial sostenida: Presencia de uno o más síntomas de dependencia o abuso, sin que se cumplan los criterios de dependencia, en un lapso de 12 meses o más.

Cabe resaltar que, para que pueda considerarse una remisión como tal, debe cumplirse el criterio básico de ausencia total de síntomas (criterios diagnósticos) por al menos un mes.

Asimismo, para considerarse una recaída como tal, debe existir después del tratamiento, un período mínimo de un mes en ausencia de síntomas, pues de lo contrario se considera una continuidad del cuadro psicopatológico y no una recaída.

Existen algunos estudios que han determinado la edad de inicio de consumo entre los 13 y 19 años (Herrera-Vázquez, M., Wagner, F. A., Velasco-Mondragón, E., Borges, G., & Lazcano-Ponce, E., 2004; Santos, Palomares y Pastor, 2000), y de acuerdo con el DSM-IV-TR, la dependencia puede aparecer a cualquier edad, siendo lo más común a los 20, 30 y 40 años.

2.3. Una lectura constructivista del fenómeno de la adicción y el apoyo social

Con el fin de ampliar el entendimiento sobre la naturaleza de la adicción a sustancias, procuraremos comprender este fenómeno, además, desde una óptica constructivista. Para ello será necesario explicar la psicopatología y sus manifestaciones sintomatológicas con una nosología distinta a la anteriormente expuesta. Sin embargo, esta empresa no será posible sin abordar las concepciones teóricas básicas de la epistemología constructivista de la que se desprenden las diferentes teorías psicológicas de esta corriente.

El constructivismo propone una teoría del conocimiento distinta a la imperante en la tradición científica, eminentemente positivista en su epistemología: el sujeto ya no es entendido como un mero observador pasivo del fenómeno universal externo y “objetivo” (positivismo), ni el conocimiento como el producto de esa observación pasiva; muy por el contrario, la realidad es comprendida como una construcción activa en la experiencia particular del sujeto, “un universo propio entrelazado en una red de relaciones ordenadas en el lenguaje” (Yáñez, Gaete, Harcha, Kühne, Leiva y Vergara, 2001, p. 103). La realidad es inseparable del observador o, en palabras de Humberto Maturana:

No existe ningún método verificable para establecer un nexo entre las propias afirmaciones y una realidad independiente del observador cuya existencia uno a lo mejor da por sentada. Nadie puede reclamar un acceso privilegiado a una verdad o realidad externa (Maturana y Pörksen, 2004, p. 17).

Para Guidano (1987) el fenómeno experiencial del sujeto se constituye en dos niveles interrelacionados: un nivel tácito, de vivencia inmediata, de contenido emocional, esencialmente inconsciente (pre-racional), un nivel de experiencia concreta; y un nivel explícito, lingüístico (semántico), racional, básicamente conciente, un nivel abstracto.

El nivel explícito intenta, permanentemente, dar explicaciones (razonamientos) acerca de las vivencias del nivel tácito, procurando dar sentido a éstas. Sin embargo, el nivel explícito sería un subordinado del tácito ya que este último tiene la particularidad de organizar al nivel explícito; la capacidad de simbolizar o dar sentido está originada por elementos de la experiencia tácita inmediata (Guidano, 1987; Yáñez, Gaete, Harcha, Kühne, Leiva y Vergara, 2001). Este *dar sentido* que elabora el nivel explícito sobre el tácito, se da por una especie de *pareo*, en el que son aceptados en la conciencia sólo los elementos que concuerdan entre ambos, dándose así un proceso autorreferente y de reorganización (Guidano, 1987). Entonces la experiencia constituye una dialéctica en la que se experimenta el mundo, produciéndose un proceso de apropiación de esta experiencia, para luego ser estructurada y explicada narrativamente, siendo integrada al sentido de sí mismo como parte de la experiencia conciente de una persona.

Desde esta perspectiva la psicopatología emerge como resultado de un concretismo, una dificultad en la generación de teorías suficientes que le permitan al individuo integrar ciertas experiencias al sentido de sí mismo (Guidano, 2001). Esto quiere decir que en la dialéctica experiencial habría un conflicto: la experiencia no podría ser apropiada ni explicada, y por tanto quedaría “des-integrada”. Esta experiencia en su imposibilidad de integración atenta contra el sentido de sí mismo del sujeto, al no existir una estructura que pueda reconocerla (Molledo, 2004). Probablemente el nivel de abstracción del sujeto sea limitado, lo que pudiera determinar su ineptitud.

Arciero y Guidano proponen que el sentido de permanencia de sí mismo o la sensación de estabilidad, unicidad y pertenencia de la experiencia de una persona, fenómeno denominado *mismidad*, se produce por una sedimentación histórica de experiencias emocionales, lo que permite reconocer y apropiarse de las experiencias presentes y directas, fenómeno denominado *ipseidad* (Arciero y Guidano, 2000; Arciero, 2009).

Sin embargo, la construcción de la identidad personal podrá orientarse más a la mismidad o ipseidad, de acuerdo al estilo de apego temprano que haya tenido el sujeto con sus figura significativa (madre generalmente).

En el caso de un patrón de relación de apego predecible, existirá una tendencia al flujo emocional interno y una clara identificación de la experiencia propia; y, por el contrario, la inconsistencia o ambigüedad en las respuestas de la figura de apego provocará una dificultad en la discriminación de los estados internos, y por tanto la construcción de la identidad personal se orientará hacia la variabilidad de los acontecimientos externos (Arciero, 2000). La identidad personal necesariamente se forma en la interacción social del sujeto (Ovejero, 2000).

La psicopatología emerge como un fracaso de la dialéctica de apropiación dada por la incapacidad de reconocer una determinada experiencia emocional al no existir una sedimentación histórica que permita tal reconocimiento.

Mahoney (2003) afirma lo común que es en los pacientes que llegan a consulta, la serie de “problemas”, que en realidad son una serie de discrepancias entre como son las cosas y como se espera que sean, afirmación que puede ser un ejemplo simplificado de discrepancia entre la experiencia directa e inmediata y la forma de apropiársela, estructurarla o aceptarla como válida.

El síntoma emerge como una forma de evitar el re-procesamiento fallido de la experiencia des-integrada, dándole al sujeto un sentido nuevo que proporciona coherencia, sentido de unicidad y continuidad (Zagmutt y Ferrer, 2003, citado en Moltedo, 2004).

El caso de la adicción no es excepción: el consumo de sustancias psicoactivas puede verse como una forma de evitar entrar en contacto con ciertas experiencias que no logran ser integradas, una especie de distractor de la discrepancia (Spinelli, Ocampo, Minacore, Castillo y De Rosa, 2000), la que atenta contra la identidad personal. El adicto puede ser conceptualizado como un sujeto con crisis de identidad, que busca con su síntoma, una nueva identidad personal (Ovejero, 2000).

Esta afirmación puede validar aquel simplista y coloquial discurso que explica la conducta del abusador de sustancias como una forma de “evasión”, que en realidad sería, la búsqueda de identidad nueva mediante el fenómeno sintomático.

Esto puede ejemplificarse más claramente con el siguiente párrafo del Libro Blanco de Narcóticos Anónimos:

Uno de los aspectos de nuestra adicción era nuestra incapacidad para tratar con la vida tal cual es. Probábamos drogas y combinaciones de drogas para hacer frente a un mundo aparentemente hostil. Soñábamos con encontrar la fórmula mágica que resolviera nuestro problema principal: nosotros mismos (Narcóticos Anónimos, 1991, p. 4).

En consecuencia el síntoma se presenta como una forma de remediar el conflicto en la apropiación de la experiencia, dando una alternativa de coherencia y evitando el contacto con la discrepancia.

Una vez iniciado el fenómeno sintomático se activa un proceso de auto-alimentación del mismo (Arciero, 2009), por cuanto la conducta de consumo se va impulsando por evitación de entrar en conflicto nuevamente, y esta evitación a su vez determinará el consumo. Por ejemplo, un paciente que bebía inicialmente ante la “sensación de vacío”, posteriormente desarrollará una tendencia a evitar experimentar esa sensación, por tanto beberá cada vez que pueda para no sentirse “vacío otra vez”, mantendrá una suerte de intolerancia a ese fenómeno psicológico, es decir, el síntoma se auto-alimenta, adquiere inercia propia. Esto podría explicar en parte el hallazgo de que “los estudios prospectivos están demostrando gradualmente (...) el hecho sorprendente de que la mayor parte de la psicopatología que se observa en el alcohólico es el resultado y no la causa del abuso del alcohol” (Vaillant, 1983, citado en Kaplan y Sandock, 1996, p. 470). El síntoma auto-alimentado, probablemente va produciendo deterioros en otras áreas (social, familiar, laboral, afectivo, etc.), lo que va complejizando el cuadro psicopatológico en el sentido de mayor cantidad de experiencias en conflicto y mayor necesidad de síntoma: un efecto de “bola de nieve”.

A partir de lo anteriormente expuesto es posible explicar también la presencia de ambivalencia respecto de la disposición para el cambio (recuperación), común en los sujetos abusadores y dependientes de sustancias, descrito por algunos teóricos como Rollnick y Miller (1996).

La ambivalencia en la disposición al cambio, creemos está determinada por una serie de elementos contradictorios que se dan en el proceso psicopatológico: el hecho que el síntoma (consumir) resuelve un conflicto, o más bien lo mantiene de forma oculta, esconde su desintegración al no ser posible su procesamiento (la integración). Por otro lado, el síntoma en sí es causa de una serie de conflictos y deterioros que muchos adictos conocen claramente. En síntesis, el síntoma adictivo es causa y efecto de conflicto, y también una estrategia de solución del mismo. Así comprendido el tema, la ambivalencia motivacional al cambio resulta bastante explicable y, más aún, al tratarse de sujetos con tendencia al concretismo y baja capacidad de abstracción en la generación de teorías que les permitan la integración experiencial.

Es probable que el estilo de apego tenga relación con en el fenómeno experiencial del adicto, ya que se ha observado que en estos existe una mayor prevalencia del apego inseguro en comparación con la población general; y por otra parte, las personas con apegos seguros tienen una percepción más positiva del apoyo social recibido (Markus, 2003).

Así mismo, hay evidencia que indica que la percepción de apoyo social es mayor en los sujetos que llevan más de 10 años de abstinencia (Markus, 2003).

Al entender al apoyo social como “el conjunto de contactos personales por medio de los cuales el sujeto mantiene su identidad social e intercambia apoyo afectivo, ayuda material y otros servicios tales como, información y contactos sociales” (Aravena & Estévez, 1988, p. 256), es posible que en el sujeto abusador y dependiente de sustancias, cumpla además la función de regulación emocional, ayudando a mitigar ciertas disforias, disminuyendo el impacto de experiencias conflictivas y contribuyendo a mantener estados motivacionales elevados. Sobre esto, hay evidencias que afirman el efecto positivo del apoyo social sobre la disminución de los síntomas de ansiedad, depresión y consumo de heroína (Rhoads, 1983).

En Ecuador, al existir una sociedad que mantiene una tradición de corte conservador, con una importante influencia del rol paterno (León y Méndez, 2004), de lazos firmes, es probable que el impacto de regulación del apoyo familiar sea alto.

Finalmente es importante recordar que el concepto de apoyo social utilizado en este estudio, necesariamente se refiere al apoyo social percibido, subjetivo, o sea “a la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que fluyen desde ella” (Gracia, 1997, citado en Méndez y Barra, 2008, p. 60), lo que consecuentemente se traduce en una valoración de la experiencia subjetiva de la interacción familiar del individuo y su incidencia en el proceso de recuperación o recaída, dentro del fenómeno psicopatológico ya descrito.

2.4. Familia y tratamiento de las adicciones en Ecuador

Uno de los más antiguos referentes en el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en el mundo, son las conocidas agrupaciones de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos posteriormente, que no tardaron en sugerir que la mencionada patología abarcaba aspectos familiares y por tanto requería de un tratamiento que incluyera a la familia (Ortiz, 2009).

Bajo esta concepción se funda en 1951 en Estados Unidos de América el primer grupo para familiares de personas con problemas de alcoholismo: Al-Anon, el que generaría la posterior fundación de grupos iguales en gran parte del mundo, incluyendo Ecuador.

Si bien es cierto que Al-Anon no es un sistema estructurado específicamente para un tratamiento residencial, concibió la “enfermedad familiar” que conlleva el alcoholismo, a lo que se denominó *codependencia* (Ortiz, 2009).

Así entendiendo las cosas, los grupos Al-Anon funcionan en base a reuniones destinadas a compartir vivencias relativas a la adicción de otros, sin que haya un moderador o consejero (Al-Anon, s.f.). Sin embargo las reuniones son exclusivas para los familiares, sin que participe el sujeto adicto (Marcos y Garrido, 2009).

Probablemente uno de los primeros centros de tratamiento residencial en Ecuador que instauró un modelo terapéutico para la familia, fue el Instituto Ecuatoriano de Adicciones y Psicoterapia (Insecadi). Fundado en enero de 1984, fue de los pioneros en el tratamiento especializado del alcoholismo y drogodependencia de modalidad residencial, sin ser un hospital psiquiátrico, importó y adaptó modelos provenientes de Alemania y Estados Unidos (Velasco, 1994), y sirvió de ejemplo para gran parte de las instituciones de rehabilitación que hoy en día operan en el país.

Insecadi establecía reuniones con grupos de familiares a lo largo de todo el tratamiento, las que necesariamente estaban dirigidas por profesionales de la salud mental calificados (Velasco, 1994). Básicamente el tratamiento se orientaba a entender la forma en que la familia se “enferma”, y en superar una serie de secuelas tales como: resentimiento, culpabilización, angustia, temor, inseguridad, etc., producidas en la convivencia con un sujeto alcohólico o drogadicto (Velasco, 1994). Los temas se trabajaban no solo en grupos de familias, sino también en terapia de pareja y con el grupo familiar específico del paciente, siendo el objetivo final producir una resolución y un nuevo comienzo (Velasco, 1994).

El tema del apoyo familiar era un elemento primordial en el abordaje terapéutico. Dicho en palabras del propio director de la institución, Rafael Velasco Terán (1994):

El paciente adicto necesita sentir que cuenta con el apoyo de sus allegados, padres o cónyuge. Que no es rechazado, que no es tratado como un leproso, que no se avergüenzan de él y que es apoyado moralmente durante el internamiento y posteriormente a la salida de la clínica (p.97).

En consecuencia, las secuelas familiares irresolutas significarían una barrera en la posibilidad de brindar el apoyo mencionado.

En la actualidad los centros de tratamiento para trastornos relacionados con el consumo de sustancias en Ecuador, trabajan con un modelo muy similar. Claramente existen algunos cambios metodológicos producidos por el avance en los conocimientos psicoterapéuticos desde 1984 hasta la actualidad (ej., conceptos de la terapia familiar sistémica moderna); sin embargo, consideramos que los objetivos finales son los mismos.

Desafortunadamente no existe un procedimiento terapéutico determinado, de una estructura clara, ya que difiere según el terapeuta familiar o el centro de tratamiento.

De acuerdo a la experiencia de este autor, en general podríamos resumir el tratamiento familiar actual brindado por los centros terapéuticos residenciales ecuatorianos, en los siguientes lineamientos generales:

1. Maneja el formato de grupos de familias, pareja y grupo familiar específico del paciente.
2. Procura educar a los asistentes sobre las manifestaciones patológicas del individuo en tratamiento y la familia.
3. Intenta, en los familiares, eliminar o mitigar elementos psicológicos que pudieran interferir en el apoyo que le brindan al paciente.
4. En función del punto anterior, se orienta a establecer una forma de relación entre los integrantes del grupo familiar que propicie sensaciones de bienestar tanto al sujeto como a su familia.
5. Formula estrategias para la resolución de problemas que suelen presentarse en familias con un integrante egresado de tratamiento residencial.

En conclusión, el abordaje terapéutico familiar de un sujeto sometido a tratamiento residencial se orienta principalmente al hecho de habilitar y/o capacitar a los familiares en la tarea de brindarle un apoyo que reduzca su probabilidad de recaída.

2.5. Estado del arte

El apoyo social se ha vinculado estrechamente con el mantenimiento de la salud tanto física como mental y se ha convertido en una línea de investigación relevante (Castro, Campero y Hernández, 1997). Asimismo, los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas relacionados con el apoyo social, también han contado con nutrida investigación, enfocándose especialmente en los factores sociales que influyen en la etiopatogenia (factores de riesgo).

Algo menos abundante es la investigación que intenta relacionar las recaídas y remisiones sintomatológicas de abusadores o dependientes de sustancias, posterior a un tratamiento, con el apoyo social; y existen solo dos estudios que procuran sacar conclusiones específicas sobre el tema del apoyo social de origen familiar (apoyo familiar) en relación con los resultados posteriores al tratamiento.

Es importante recalcar que en Ecuador no existe ninguna investigación específica sobre el apoyo social en relación con los resultados terapéuticos en adicciones.

Un único estudio realizado en Ecuador que tiene alguna vinculación con nuestra investigación, evaluó el ambiente familiar de 100 sujetos de edades entre 8 y 12 años, con el fin de determinar factores de riesgo presentes en ese ambiente que pudieran relacionarse con un futuro abuso de sustancias (Ramírez y De Andrade, 2005). Se define “Factor de Riesgo” como “aquellas circunstancias personales y sociales, que relacionadas con las drogas aumentan la probabilidad que un sujeto se inicie en el consumo” (p. 814). Para la recolección de datos se elaboraron cuestionarios de preguntas abiertas y cerradas sobre el nivel socioeconómico, número de miembros de la familia y factores de riesgo para el consumo de alcohol y tabaco. Desafortunadamente no se especifica claramente el marco teórico mediante el cual se considera un “factor de riesgo” como tal, y no existe un grupo control de referencia o una comparación longitudinal.

Los resultados arrojan datos que se relacionan con probabilidades de consumo futuro, tales como escolaridad baja, ingresos inferiores al salario mínimo, e integrantes de la familia que consumen bebidas alcohólicas.

No existen otras investigaciones en Ecuador relativas al tema del apoyo social o familiar relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas.

En Chile se efectuó una investigación con 306 pacientes que fueron tratados en los centros de adicción a las drogas financiados por el CONACE (Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino,

2008). El tema central se orienta a esclarecer el papel del apoyo social en la mantención de la abstinencia de drogas después del tratamiento. Al momento del alta terapéutica se tomaron datos generales, se evaluó salud mental mediante el cuestionario de salud general de Goldberg, y apoyo social mediante el cuestionario autoadministrado MOS. Seis meses después se les encuestó evaluando consumo de sustancias y variables de apoyo social.

Los resultados concluyen que el apoyo social, expresado en el índice global, protege contra la recurrencia en el consumo de drogas, al menos hasta seis meses después de un tratamiento; y que los efectos a largo plazo deben ser evaluados en investigaciones posteriores. El abandono anticipado del tratamiento se relaciona significativamente con la recaída. No se aborda el tema del apoyo social de origen familiar.

Beattie y Longabaugh (1999) estudiaron la relación entre el apoyo social general y específico para el alcoholismo, y los resultados a corto y largo plazo después del tratamiento. Los sujetos fueron evaluados en apoyo social general y específico para abstinencia por medio de las escalas *General Social Support* y *Support for Abstinence*, respectivamente; además fueron evaluados sobre consumo mediante entrevista cada mes durante 18 meses. Se estableció el corto plazo en 3 meses y el largo plazo en 15 meses.

Esta investigación concluye que el apoyo social general (no destinado específicamente a la abstinencia) y específico (apoyo orientado a la abstinencia) son predictores independientes de abstinencia sólo a corto plazo. El apoyo específico contribuye relativamente más que el apoyo social general a corto y largo plazo. Por consiguiente los resultados sugieren que a corto plazo tanto el apoyo general como específico contribuyen al logro de mejores resultados para la abstinencia, pero a largo plazo es el apoyo específico por sí solo el de mayor impacto en los resultados. Los autores concluyen en la necesidad de estudiar el tema en mayor profundidad, con el fin de determinar específicamente la forma en que el apoyo de amigos, familia, cónyuge y compañeros de trabajo, influyen en los resultados del tratamiento.

Un estudio en que se considera el tema familiar es el llevado a cabo por Ellis, Bernichon, Yu, Roberts y Herrell (2004). En él se procura esclarecer la influencia del funcionamiento familiar,

las actividades de amistades y abuso de sustancias por parte de cónyuges o parejas, sobre la recaída en abuso de sustancias en mujeres dentro de los 6 meses posteriores a un tratamiento. Para esto se entrevistaron a 1.758 sujetos, de los cuales a 1.181 se les realizó seguimiento seis meses después del alta. La evaluación se llevó a cabo mediante cuestionarios elaborados para medir apoyo social, función familiar y conductas riesgosas de sus parejas o familiares. Los cuestionarios se suministraron al ingreso y durante el tratamiento. Seis meses después del alta se contactó a los sujetos y se les interrogó sobre posible recaída e ítems anteriores. Los autores consideran “recaída” a cualquier consumo de alcohol o sustancia ilegal. Se les preguntó la frecuencia con que la familia se llevaba bien, qué tan a menudo los miembros de la familia se emborrachaban juntos, con qué frecuencia utilizaban drogas juntos, la frecuencia con que se ayudaban mutuamente, y la frecuencia con que los miembros de la familia peleaban y discutían. Para cada comportamiento, los sujetos podían elegir: nunca, raramente, a veces, a menudo, y muy a menudo.

Los resultados arrojan que las pacientes con interacciones familiares cualitativamente negativas son más propensas a recaer que aquellas que no cuentan con esta característica. Por otra parte los sujetos que reportan abuso de sustancias por parte de sus cónyuges o personas cercanas tienen más probabilidad de recaer que aquellos que no informan este fenómeno. La investigación concluye la importancia significativa del apoyo social a través de las relaciones familiares, relaciones entre pares y conyugales, en la abstinencia a los 6 meses después de un tratamiento.

Cabe destacar que la presente investigación se orienta a relacionar el apoyo familiar con la recaída o remisión total sostenida (ausencia de síntomas por más de un año) en sujetos adultos de sexo masculino, con diagnóstico de dependencia o abuso de sustancias, que se hayan sometido a tratamiento; lo que lo diferencia del estudio de Ellis, Bernichon, Yu, Roberts y Herrell (2004) antes mencionado.

Por otra parte, en este mismo estudio se discute el tema de la causalidad como posible sesgo, ya que en ocasiones no es claro que la recaída se produzca, entre otras cosas, por falta de apoyo, o que, por el contrario, la falta de apoyo se produzca como consecuencia de la recaída. Nuestro

estudio considera las relaciones temporales, incluyendo datos que puedan determinar, en la medida de lo posible, si existen pérdidas de apoyo como consecuencia de la recaída.

Dobkin, De Civita, Paraherakis y Gill (2002) investigaron la relación entre el apoyo social funcional (percepción de disponibilidad y cualidades), la retención del tratamiento y resultados de éste. Se evaluaron a los sujetos al momento de ingresar a un tratamiento ambulatorio y después de 6 meses. Los resultados son significativos en la relación entre el apoyo social funcional y la retención del tratamiento, pero de significación modesta (6%) en relación con la reducción del consumo. Subrayan la necesidad de mayor investigación para determinar las variables que representen el éxito o fracaso del tratamiento, pero no especifican temas en particular.

En 1983, Rosenberg investigó las diferencias que existían entre alcohólicos crónicos recaídos y no recaídos en cuanto a sus habilidades de afrontamiento, sus acontecimientos de la vida y apoyo social. Los resultados de apoyo social, aunque algunos ítems indican un mayor apoyo en los no recaídos, estadísticamente no fueron significativos. Rosenberg propone dos elementos metodológicos que no se tomaron en cuenta y que deberán considerarse en futuras investigaciones: En primer lugar en su estudio no se observó el sesgo del recuerdo, olvido y reactividad al evaluar elementos y fenómenos del pasado. En segundo lugar el muestreo no fue al azar; por ejemplo, los recaídos que se evaluaron fueron solo los reingresados a la unidad de desintoxicación.

Havassy y Wasserman (1991) estudiaron la relación entre apoyo social y recaída en pacientes alcohólicos, consumidores de opiáceos y cigarrillos. Se interesaron en considerar el apoyo estructural general (cantidad de personas de la red de apoyo que no se orientan específicamente a la abstinencia), el apoyo funcional (percepción de disponibilidad y cualidades) general y específico. Los resultados indican que el apoyo estructural general se relaciona con una significativa reducción del riesgo de recaída; así como la mayor integración social y la mantención de una relación de pareja. El apoyo específico funcional (percepción de disponibilidad y calidad de apoyo dirigida específicamente a la abstinencia) predice menor riesgo de recaída. En esta investigación el apoyo funcional general no se relaciona con la abstinencia. El abuso de drogas por parte de miembros de la red social se asocia a un mayor

riesgo de recaída, sin embargo este dato no es estadísticamente significativo. No existen consideraciones específicas sobre el apoyo social de origen familiar más que el hecho de estar incluido dentro del apoyo social general.

Cabe destacar que, pese a que en la investigación anteriormente descrita, el abuso de drogas por parte de la red social no se relaciona significativamente con la recaída, existe evidencia que concluye que una de las estrategias más utilizadas por los adictos en remisión de síntomas es precisamente la evitación de la red social consumidora de drogas (McIntosh & McKeganey, 2000).

En 2004 en España se llevó a cabo una investigación sobre el apoyo social y familiar en reos que recibían tratamiento de drogodependencia al interior de un recinto penal (Rodríguez, Pinzón, Máiquez, Herrera, De Benito y Cuesta, 2004). Este estudio solo procura medir y describir el apoyo social y familiar con que contaban los reclusos en tratamiento; no intenta establecer una relación entre los resultados del tratamiento y el apoyo social. Para esto se utilizó la escala DUKE-UNC-11 para medir apoyo social funcional; el cuestionario MOS para apoyo social global; el inventario APGAR II y el método simplificado de Blake y McKay para apoyo estructural; y el APGAR FAMILIAR para medir el grado de satisfacción en relación con la función familiar del sujeto. Los resultados de esta investigación indican que la red social de apoyo de los encuestados está constituida esencialmente por otros reos y familiares, y no así por trabajadores penitenciarios. Estos resultados no son relevantes para la presente investigación puesto que no intentan relacionar el apoyo social y familiar con la abstinencia, sin embargo, este es uno de los pocos estudios que, dentro del modelo de apoyo social, considera y evalúa el tema del apoyo familiar de forma específica.

Anderson, Ramo, Schulte, Cummins y Brown (2007) realizaron una investigación con jóvenes de edades comprendidas entre 12 y 18 años, que versa sobre el problema de los resultados terapéuticos y su relación con los factores personales y ambientales. Evaluaron 424 jóvenes que ingresaron a un tratamiento residencial para el abuso de sustancias, los que fueron valorados en las siguientes áreas: historia familiar, autoestima, uso de sustancias, factores de personalidad, psicopatologías, expectativas, motivación, apoyo social y contexto familiar. Se efectuaron

entrevistas a los 6 meses y 1 año después de terminado el tratamiento con el fin de evaluar recaída y síntomas de dependencia.

Los resultados indican que el tipo de recaída es predicha por la edad: entre los sujetos que recayeron durante el año después del tratamiento, los más jóvenes mostraron recaídas menos graves. Los factores ambientales (apoyo social) y variables personales contribuyen positivamente con los resultados del tratamiento, mientras que los síntomas de dependencia son predichos por el patrón de consumo por sí mismo.

En esta investigación no se encuentran datos relativos al apoyo familiar que contribuyan a la comprensión de los resultados del tratamiento después de 1 año, sin embargo los autores consideran que este dato pudo ser mitigado al no haber tomado en cuenta el grado de abuso de sustancias en la familia del sujeto, por un lado, y por el hecho de incluir dentro de la medición de apoyo social, a la familia y amigos, lo que pudiera haber eclipsado el resultado específico del apoyo familiar y su relación con los resultados después del tratamiento.

Otro estudio relacionado, aunque de forma más indirecta, aborda los patrones de interacción familiar, grado de adaptabilidad de ésta y su vulnerabilidad, con el fin de determinar los factores protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes (Cid-Monckton y Pedrão, 2011). Para ello se evaluaron 80 adolescentes de 1° a 4° año de educación media (secundaria), mediante el cuestionario “¿Cómo es tu familia?”. El mencionado test evalúa la adaptabilidad y vulnerabilidad familiar, variables relativas que actuarían como factores protectores y de riesgo respectivamente. Los factores de riesgo que arroja como resultado este estudio son la falta de apoyo religioso y dificultades de comunicación intrafamiliar.

Existen dos estudios exploratorios en los que se utilizó la escala ASSIS, que investigaron el apoyo social, en un caso en jubilados, y en el otro en inmigrantes marroquíes, realizados en Chile y España respectivamente (Bravo y Caro, 2002; Hernández, Pozo, Alonso y Martos, 2005).

Es importante mencionar que en los resultados de ambos estudios las interacciones de intimidad psicológica aparecen como el tipo de apoyo social de mayor magnitud, siendo el caso de los

jubilados el más particular, ya que en su mayoría no poseían apoyo de ningún tipo excepto el de intimidad psicológica.

Los grupos de personas que se contemplaron en estos estudios, a juicio de este autor, poseen dos características básicas: son grupos con un grado de vulnerabilidad que lógicamente conlleva un nivel de necesidad de apoyo, y no presentan necesariamente sintomatología psicopatológica; las cuales permiten deducir una relación entre estos grupos de personas y los sujetos en remisión de síntomas que aborda la presente tesis.

Todas las investigaciones antes descritas nos hacen concluir lo siguiente:

En primer lugar, como ya se mencionó, no existen estudios ecuatorianos en relación con el efecto del apoyo social y/o familiar en la abstinencia y recaída de sujetos consumidores problemáticos de sustancias. En general, la mayoría de los estudios a nivel mundial reconocen la relación del apoyo social, en sus diferentes tipos, con los resultados después de un tratamiento. Solo dos de las investigaciones consultadas no ratifican esta hipótesis: Rosenberg (1983) encuentra que los resultados de apoyo social no son estadísticamente significativos, pero observa posibles sesgos metodológicos. Y Dobkin, De Civita, Paraherakis y Gill (2002) concluyen una pobre relación entre el apoyo social y la abstinencia, pero subrayan la necesidad de mayores investigaciones para determinar las variables que influyen en los resultados de un tratamiento.

El tema del efecto del apoyo familiar ha sido menos estudiado. Dos investigaciones sugieren que la presencia de consumidores de drogas cercanos al sujeto predice mayor riesgo de recaída. Por otra parte, Ellis, Bernichon, Yu, Roberts y Herrell (2004) concluyen una clara relación entre el apoyo familiar y la reducción de la probabilidad de recaída. Igualmente en este mismo tema, Anderson, Ramo, Schulte, Cummins y Brown (2007) no logran determinar la influencia del apoyo familiar, específicamente, en la abstinencia o recaída de jóvenes (12 a 18 años), pero sí la del apoyo social en general. Ellos explican un posible sesgo metodológico.

Se acepta que el apoyo social ayuda a mantener la abstinencia pero se desconoce en gran medida cómo y qué específicamente produce este beneficio, por lo cual se considera de capital importancia la producción de investigación específica y acotada al tema.

El constructo “apoyo social” resulta extremadamente amplio a la hora de esclarecer la influencia de dicho fenómeno en la mantención de la abstinencia en drogodependientes y alcohólicos. Esto, ya que existe una gran cantidad de formas en que se expresa el mencionado apoyo.

La presente investigación se enfoca puntualmente en las características del apoyo social proveniente de la familia (apoyo familiar) y su influencia en la recaída o abstinencia de sujetos abusadores o dependientes de sustancias que hayan sido sometidos a tratamiento residencial. Se incluye el tema de la relación entre la presencia o no de integrantes de la familia que sean consumidores de sustancias, y la abstinencia o recaída consecuente, como un elemento de investigación relevante.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

-Comparar el tipo y magnitud del apoyo social de origen familiar entre personas adultas en remisión total sostenida y personas con recaída.

3.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar el apoyo social de origen familiar de personas adultas dependientes y/o abusadores de sustancias que hayan sido reingresados a tratamiento por presentar recaída sintomatológica.

2. Caracterizar el apoyo social de origen familiar de personas adultas dependientes y/o abusadores de sustancias que, después del tratamiento, hayan mantenido remisión de síntomas por un año o más.

3. Comparar el tipo de apoyo social de origen familiar entre personas adultas en remisión total sostenida y personas con recaída.

4. Comparar la magnitud del apoyo social de origen familiar entre personas adultas en remisión total sostenida y personas con recaída.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Hipótesis

Objetivo específico del que se desprende	Hipótesis teórica	Hipótesis Estadística
1	Las personas adultas dependientes y/o abusadoras de sustancias que han recaído presentarán con mayor frecuencia el tipo de apoyo de interacciones negativas.	$f_{interacciones\ negativas} > las\ demás$
2	Las personas adultas dependientes y/o abusadoras de sustancias que, después del tratamiento, hayan mantenido remisión de síntomas por un año o más, presentarán con mayor frecuencia interacciones de intimidad psicológica.	$f_{intimidad\ psic.} > las\ demás$
3	Existen diferencias entre personas adultas en remisión y personas con recaída en relación al tipo de apoyo predominante.	$[(\chi^2)_{recaída} > (\chi^2)_{remisión}$
4	Las personas adultas en remisión total sostenida presentan niveles de apoyo más altos que las personas con recaída.	$\overline{X}_{recaída} > \overline{X}_{remisión}$

4.2. Enfoque, diseño y alcance

La presente investigación utiliza un enfoque cuantitativo, ya que se utilizan indicadores numéricos derivados de los instrumentos aplicados (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Además, cabe señalar que el objetivo del presente estudio es determinar la relación entre diferentes variables, por lo que es un estudio de carácter descriptivo-correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Utiliza un diseño no-experimental de encuesta descriptiva, debido a que no se manipulan variables y se realiza una mínima intervención al aplicar los instrumentos (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). En esta investigación, la recolección de datos se dará sólo en un momento temporal, por lo que es un estudio transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

4.3. Muestreo

La selección de los individuos se realizó a través de un muestreo no probabilístico y por bola de nieve (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). En general, los muestreos no probabilísticos se caracterizan porque la elección de los elementos que componen la muestra depende de razones relacionadas con las características de la investigación. Esto implica que la selección de los individuos que constituyen la muestra no dependió de la probabilidad o del azar, sino de la accesibilidad de los participantes y de su voluntad de participar en el estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

El muestreo no probabilístico por bola de nieve, también conocido como muestreo “por redes” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), consiste en una estrategia donde se le consulta a los individuos de la muestra inicial si tienen acceso a otros sujetos que comparten los criterios de inclusión, los que son contactados y posteriormente incorporados a la muestra definitiva. Este tipo de muestreo es ampliamente utilizado en estudios cualitativos, si bien no es privativo de este tipo de investigaciones.

4.4. Muestra

Para responder a los objetivos de la presente investigación, se trabajó con dos grupos, compuestos en su totalidad por sujetos de sexo masculino, los cuales son detallados a continuación.

El primer grupo estuvo conformado por 35 personas que fueron diagnosticados de dependencia o abuso de alcohol, marihuana o cocaína (incluyendo la pasta base de cocaína), que fueron tratados anteriormente en un sistema residencial durante al menos un mes y fueron reingresados a tratamiento por presentar recaída sintomatológica.

Los sujetos de este grupo debían haber podido mantener ausencia de síntomas por un mes o más y no superar los doce meses desde el término del tratamiento anterior, y por tanto, no haber

cumplido el curso diagnóstico de Remisión Total Sostenida de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR (Asociación de Psiquiatría de Estados Unidos, 2000).

El criterio de exclusión para este grupo fue el diagnóstico de enfermedad mental, trastorno orgánico cerebral y ser menor de edad.

El segundo grupo estuvo integrado por 35 sujetos diagnosticados de dependencia o abuso de alcohol, marihuana o cocaína (incluyendo la pasta base de cocaína), que habiendo recibido tratamiento anterior, mantuvieron remisión total sostenida (ausencia de síntomas por más de doce meses). Para efectos de simplificación metodológica de este estudio se les consideró en remisión total sostenida a los participantes que informaron no haber consumido ninguna cantidad de alcohol u otras drogas, así como a los que informaron haber consumido alcohol ocasionalmente y sin llegar a la embriaguez. Los sujetos no debían mantener un tiempo asintomático mayor a cinco años para evitar modificaciones de la red de apoyo a lo largo del tiempo.

En ambos grupos, el criterio de exclusión correspondió a todas aquellas personas que fueran menores de edad, tuvieran alguna enfermedad mental y/o presentaran algún trastorno orgánico cerebral.

Respecto a la composición de la muestra, es posible mencionar que la media de edad del grupo de recaídos fue de 35,31 (DS = 15,427), mientras que la del grupo de abstinentes correspondió a 44,14 (DS = 12,754). La media de tiempo de abstinencia de este último grupo fue de 38,83 meses (DS = 21,31), lo que expresado en años es 3,24.

Sobre los diagnósticos presentados por ambos grupos (tabla 3), conviene mencionar que el trastorno más común en los participantes fue la dependencia de alcohol, si bien cerca del 15% de la muestra presentaba una dependencia de más de una sustancia.

Tabla 3: Diagnósticos de los participantes

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Abuso de Alcohol	2	2,9	2,9	2,9
Dep. de Alcohol	47	67,1	67,1	70,0
Dep. de Marihuana	4	5,7	5,7	75,7
Válidos Abuso de Cocaína	1	1,4	1,4	77,1
Dep. de PBC	6	8,6	8,6	85,7
Dep. Combinada	10	14,3	14,3	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Al analizar los datos referidos al número de tratamientos incluyendo el actual, en general la media es de 3 tratamientos ($\bar{X} = 2.61$; DS = 2.6). Al separar esta información en los grupos conformados, es posible identificar que los recaídos presentan una media de 3.43 tratamientos (DS = 3.247), en comparación con los 1.8 tratamientos promedio de los abstinentes (DS = 1.346).

4.5. Variables

El presente estudio trabaja principalmente con dos variables teóricas: dependencia-remisión y apoyo social. A continuación ambas variables son definidas.

Respecto de la dependencia-remisión, esta variable se ha construido como una dicotomía a partir de los criterios diagnósticos utilizados en el DSM-IV-TR mencionados en el marco teórico de la presente investigación. En este sentido, una persona con dependencia es aquella que cumple con los criterios expuestos en la Tabla 2. Operacionalmente, se consideró que una persona tenía dependencia cuando fue diagnosticada de dependencia o abuso de alcohol, marihuana o cocaína (incluyendo la pasta base de cocaína), fue tratada anteriormente en un sistema residencial durante al menos un mes y fue reingresada a tratamiento por presentar recaída sintomatológica. Así, quienes correspondieron a este grupo podían haber mantenido ausencia de síntomas por un mes o más pero no superar los doce meses desde el término del tratamiento anterior, y por tanto, no haber cumplido el curso diagnóstico de Remisión Total Sostenida de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR (Asociación de Psiquiatría de Estados Unidos, 2000). En cambio, una persona con remisión es aquella que no cumplió con los criterios de la Tabla 2. Es decir, que fue diagnosticada de dependencia o abuso de alcohol, marihuana o cocaína (incluyendo la pasta base

de cocaína), y habiendo recibido tratamiento anterior, mantuvo remisión total sostenida (ausencia de síntomas por más de doce meses).

Conviene mencionar, que operacionalmente, se consideró en remisión total sostenida a los participantes que informaron no haber consumido ninguna cantidad de alcohol u otras drogas, así como a los que informaron haber consumido alcohol ocasionalmente y sin llegar a la embriaguez. Los sujetos no debían mantener un tiempo asintomático mayor a cinco años para evitar modificaciones de la red de apoyo a lo largo del tiempo.

El apoyo social, por su parte, es comprendido como “el conjunto de contactos personales por medio de los cuales el sujeto mantiene su identidad social e intercambia apoyo afectivo, ayuda material y otros servicios tales como, información y contactos sociales” (Aravena & Estévez, 1988, p. 256). Está compuesto por siete dimensiones, que son:

- *Interacciones de intimidad psicológica*: Es la escucha y posibilidad de conversación con personas significativas frente a problemas íntimos del sujeto.
- *Ayuda material*: Es el apoyo en dinero o bienes materiales de personas cercanas ante las necesidades del sujeto.
- *Orientación*: Alude al consejo o guía por parte de gente cercana frente a algún problema del sujeto.
- *Retroalimentación positiva*: Se refiere al refuerzo verbalizado por parte de integrantes de la red social sobre las opiniones e ideas que tenga el sujeto.
- *Asistencia física*: Es el apoyo práctico por parte de personas cercanas al sujeto para ayudarlo en situaciones en que se encuentre físicamente impedido o circunstancialmente imposibilitado.
- *Participación social*: Corresponde a los amigos, familiares o pareja con quienes socializa y se divierte el sujeto.
- *Interacciones negativas*: Aquellas relaciones interpersonales que producen disgusto, incomodidad o son desagradables para él.

El Apoyo Social como variable fue evaluado con el ASSIS de Barrera, adaptado por Pizarro, que cubre estas siete dimensiones a partir de una serie de preguntas. De esta forma, la definición operacional de la variable corresponde a las respuestas de cada individuo a estos ítems.

4.6. Instrumentos

Para responder a los objetivos de la presente investigación, en primer lugar se utilizó la Escala ASSIS de evaluación de apoyo social [Arizona Social Support Interview Scale] de Barrera (1980), en la versión adaptada y traducida al español por C. J. Pizarro. Esta versión fue utilizada en el estudio *Redes de Apoyo Social en Adolescentes Institucionalizados* (Pizarro, 1998), realizado en Chile.

Este instrumento fue seleccionado ya que corresponde a una escala capaz de abarcar ampliamente el apoyo social. Esto, ya que no se orienta a un elemento específico, sino que permite adaptar el análisis a la variable estudiada.

Corresponde a una entrevista estructurada, donde a cada individuo se le formulan cuatro preguntas en cada una de las seis categorías de apoyo social (Ayuda Material, Asistencia de Acción; Interacciones de Confianza; Consejo; Retroalimentación Positiva; Interacción de Diversión) que identifica el instrumento. Las preguntas son:

1. A quién se percibe dispuesto a brindar el tipo de apoyo de la categoría indicada.
2. Quién efectivamente ha dado ese tipo de apoyo durante las últimas cuatro semanas.
3. Qué tan satisfactorio es el apoyo recibido.
4. Qué tanta necesidad de ese apoyo experimentó durante las últimas cuatro semanas.

Respecto de la corrección y posterior tabulación del instrumento, es importante destacar que éste posee una grilla de respuesta (ver Anexos) donde el administrador debe colocar las respuestas dadas por los participantes. Asimismo, existe un puntaje para cada respuesta ofrecida, las que pueden expresar cantidad o categoría, según la pregunta. Estos resultados luego son sumados para

generar los puntajes totales. A continuación, las respuestas son tabuladas en una planilla Excel, que luego es exportada a SPSS.

El ASSIS fue traducido y adaptado a los patrones lingüísticos y la realidad chilena. La traducción fue probada en un estudio piloto, donde se evaluó tanto la redacción y la comprensión de los reactivos como las reacciones de los entrevistados hasta llegar a la versión final.

En el caso de los recaídos e internados, se modificó el tiempo al último mes antes del internamiento, para excluir los apoyos disponibles en la institución de salud, que no guardan relación con la recaída del sujeto.

Además, el ASSIS corresponde a una escala ampliamente utilizada a nivel internacional (López, Menéndez, Lorence, Jiménez, Hidalgo y Sánchez, 2007), y que ha sido utilizada en Chile (Pizarro, 1998; Bravo y Caro, 2002). En este país, se estudió la confiabilidad del instrumento para evaluar qué tan precisas eran las mediciones. En esta línea, Bravo y Caro (2002) identificaron una confiabilidad de 0.88 tres días luego de la primera aplicación y de 0.7 un mes después.

Para satisfacer las necesidades específicas de la presente investigación, se buscó establecer la relación entre la presencia de consumidores de sustancias en la red de apoyo y la recaída. Por ello, se agregó una pregunta para ambos grupos que indagó sobre la cantidad de integrantes de la red que mantienen consumo de alcohol o drogas; y se preguntó sobre la frecuencia de ese consumo, estableciendo tres alternativas: una vez a la semana o más, una o dos veces al mes y menos de una vez al mes.

En el caso del grupo de recaídos, específicamente se adicionó una pregunta sobre las personas de la red de apoyo que se alejaron o dejaron de brindar apoyo después de la recaída, entendiendo que estas ausencias de apoyo eran consecuencia y no la causa de recaída.

El inventario cuenta con preguntas destinadas a reconocer características personales de los integrantes de la red de apoyo. Para esta investigación se consideraron las preguntas que buscan determinar el sexo, edad, relación, y frecuencia de interacción.

Para finalizar, se utilizó una ficha elaborada especialmente para este estudio, que incluía una serie de preguntas sobre datos de especificación e inclusión, y en la que se registraron datos generales como nombre, edad, estado civil, diagnóstico, tiempo de abstinencia, etc.

4.7. Procedimiento

Para contactar a los participantes, en primer lugar se realizó un contacto inicial con pacientes y ex pacientes de las instituciones de salud que participaron en la presente investigación, con datos facilitados por los departamentos de Trabajo Social y Psicología. A cada participante que cumplía con los criterios de inclusión se le solicitó contactos de individuos que tuvieran condiciones similares (muestreo a través del método de “bola de nieve”). Este método se instauró ya que la distribución de los sujetos que cumplen con los criterios de inclusión es extremadamente dispersa en la población (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Cabe destacar que el criterio básico de internamiento en los centros de tratamiento residencial para adultos en Ecuador, es el diagnóstico de dependencia o abuso de sustancias, siendo la dependencia la más común, que supera el 70% de la población interna.

Posteriormente, cada participante fue contactado mediante llamada telefónica e invitado a participar en sesiones individuales de una hora en las que se explicó los objetivos del estudio, se firmó el consentimiento informado y se levantó la información pertinente.

4.8. Análisis

Una vez recogidos los datos, éstos fueron tabulados en el software Office Excel v.14 para Windows. Posteriormente, fueron traspasados al programa IBM SPSS Statistics, versión 19.0. En dicho programa, se llevaron a cabo los análisis que se reportan en el presente estudio.

En primer lugar, se llevó a cabo una caracterización de la muestra, identificando las principales características de las personas que conformaban los grupos a través de tablas de frecuencia y estadísticos descriptivos, específicamente medias y desviaciones estándar. Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo de las muestras, determinando el tipo y el nivel de apoyo social a través de medidas de resumen como la media y la desviación estándar.

Luego se desarrollaron análisis inferenciales para determinar si existían diferencias entre los grupos en relación a variables de categorización sociodemográfica y también en relación a las variables teóricas analizadas en el presente estudio. En este sentido, se utilizó estadística paramétrica (específicamente pruebas T para la diferencia de media) cuando los datos así lo permitieron, y estadística no paramétrica cuando los datos no cumplieron los supuestos estadísticos que fundamentan el uso de la anterior.

Las pruebas T para muestras independientes fueron seleccionadas debido a que la naturaleza de los datos permitió el uso de estadística paramétrica. Al compararse grupos independientes, se seleccionó dicha modalidad.

Sin embargo, otros datos no cumplieron los supuestos considerados para el uso de las pruebas T para muestras independientes. En dichos casos, se utilizó estadística no paramétrica, específicamente la prueba de Chi Cuadrado, que permite evaluar la independencia entre dos o más variables.

5. RESULTADOS

A continuación, se describen los resultados obtenidos de los diferentes análisis realizados a los datos recopilados. En primer lugar, se exponen una serie de análisis descriptivos de las muestras, determinando el tipo y el nivel de apoyo social a través de distintas medidas de resumen como el porcentaje, la media y la desviación estándar.

Posteriormente, se exponen los análisis inferenciales para determinar si existen diferencias entre los grupos en relación a variables de categorización sociodemográfica cuando corresponde y también en relación a las variables teóricas. En este sentido, para hacer más comprensible la exposición de resultados se ha optado por describir los análisis siguiendo el orden de los objetivos específicos a los que responden. Por ello, esta sección se organiza en torno a los objetivos de investigación.

5.1. Objetivo específico 1

Caracterizar el apoyo social de origen familiar de personas adultas dependientes y/o abusadores de sustancias que hayan sido reingresados a tratamiento por presentar recaída sintomatológica.

Para responder este objetivo en función del tipo de apoyo familiar, se analizaron las medias grupales para cada indicador del ASSIS.

Tabla 4: Promedios obtenidos del ASSIS para recaídos

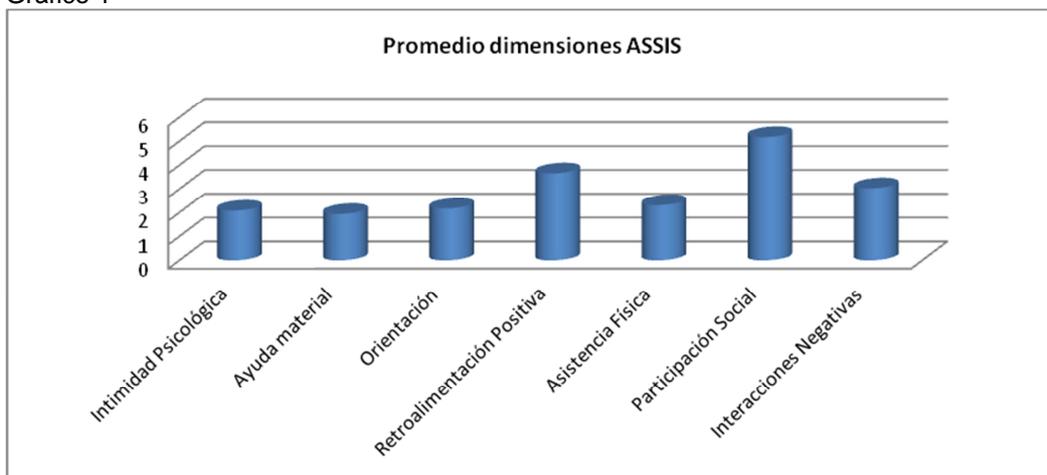
N=35	Intimidad Psicológica	Ayuda material	Orientación	Retroalimentación Positiva	Asistencia Física	Participación Social	Interacciones Negativas
Media	2,08	1,94	2,17	3,65	2,31	5,17	3,02
Desv. tıp.	1,80	0,99	1,50	1,92	1,34	3,20	1,63

Así, en la Tabla 4 se puede observar que dentro del grupo de personas que presentan recaídas predomina la participación social como forma de apoyo social ($\bar{X} = 5.17$; DS = 3.20), por sobre la retroalimentación positiva ($\bar{X} = 3.65$; DS = 1.92), las interacciones negativas ($\bar{X} = 3.02$; DS =

1.63), la asistencia física ($\bar{X} = 2.31$; DS = 1.34), la orientación ($\bar{X} = 2.17$; DS = 1.5), la intimidad psicológica ($\bar{X} = 2.08$; DS = 1.80) y la ayuda material ($\bar{X} = 1.94$; DS = .99).

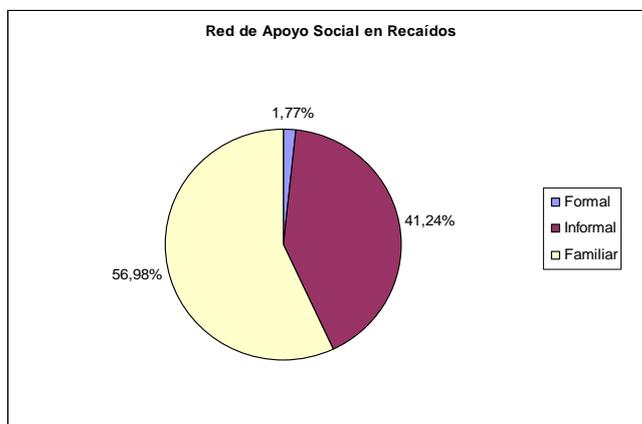
La misma información es recogida de forma visual en el gráfico 1, donde es posible observar las diferencias que existen entre la participación social y la ayuda material como apoyo para aquellas personas que han recaído.

Gráfico 1



Con el fin de determinar el origen del apoyo social, se analizó la red de apoyo social general (N=35) en función de su relación con el sujeto: formal, informal, familiar. Los resultados porcentuales se grafican a continuación:

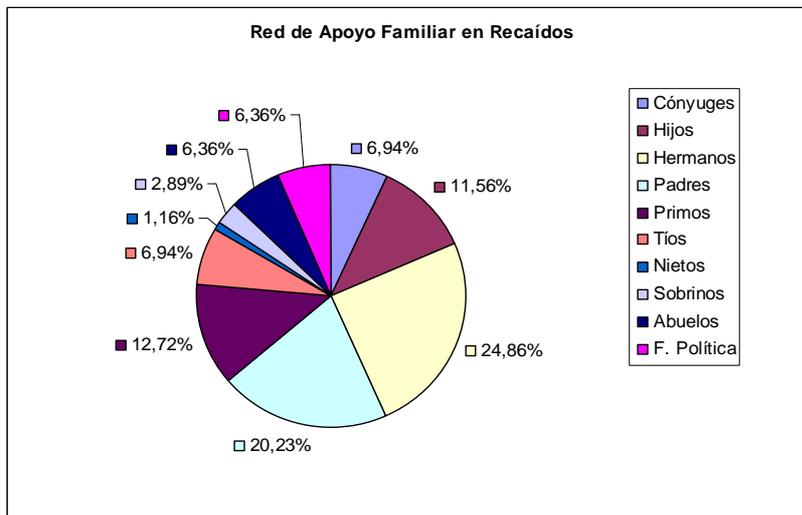
Gráfico 2



A partir del gráfico 2 es posible afirmar que la red de apoyo social de mayor magnitud es la familiar (56,98%), seguida de la informal (41,24%) y la formal (1,77%).

De igual forma se analizó la red de apoyo familiar (N=35), según el tipo de relación específica con el sujeto: cónyuges o convivientes, hijos, hermanos, padres, primos, tíos, nietos, sobrinos, abuelos y familia política. Los resultados se grafican a continuación:

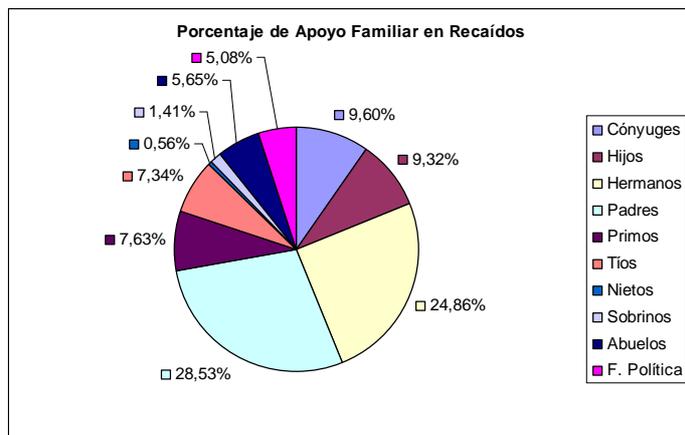
Gráfico 3



Es posible apreciar que la red de apoyo familiar de mayor magnitud es la de hermanos (24,86%), seguida por la de padres (20,23%), primos (12,72%), hijos (11,56%), cónyuges o convivientes (6,94%), tíos (6,94%), abuelos (6,36%), familia política (6,36%), sobrinos (2,89%) y nietos (1,16%).

Para determinar la cantidad de apoyo que proporcionan los diferentes integrantes de la familia se calcularon los porcentajes de apoyo para cada tipo de familiar. A continuación se grafica el apoyo porcentual que brindan los diferentes integrantes de la red familiar:

Grafico 4



Del total de apoyo familiar percibido por los sujetos recaídos y reingresados a tratamiento residencial, el 28,53% proviene de los padres, un 24,86% de los hermanos, un 9,60% de los cónyuges o convivientes, 9,32% de los hijos, 7,63% de los primos, 7,34% de los tíos, 5,65% de los abuelos, 5,08% de la familia política, 1,41% de los sobrinos y 0,56% de los nietos.

Después de obtener estos resultados resulta importante analizar la densidad del apoyo familiar con el fin de determinar cuáles son los familiares que más apoyo proporcionan. Para esto se calculó la media de densidad de apoyos proporcionados por cada categoría de relación de la red de apoyo familiar.

Tabla 5: Densidad del apoyo familiar en recaídos

	Cónyuges	Hijos	Hermanos	Padres	Primos	Tíos	Nietos	Sobrinos	Abuelos	F. Política
Media	2,83	1,65	2,05	2,89	1,23	2,17	1,00	1,00	1,82	1,64
Des. típica	1,85	1,86	2,16	1,91	1,66	1,57	0,00	0,58	1,69	2,37
N° Pers. red	12	20	43	35	22	12	2	5	11	11
N° Apoyos	34	33	88	101	27	26	2	5	20	18
N° Sujetos	12	12	24	24	9	11	1	3	8	7

Como se puede ver en la tabla 5, la mayor densidad de apoyo familiar es la proporcionada por los padres ($\bar{X} = 2,89$; DS = 1,91), seguido de las cónyuges o convivientes ($\bar{X} = 2,83$; DS = 1,85), los tíos ($\bar{X} = 2,17$; DS = 1,57), los hermanos ($\bar{X} = 2,05$; DS = 2,16), los abuelos ($\bar{X} = 1,82$; DS = 1,69), la familia política ($\bar{X} = 1,64$; DS = 2,37), los hijos ($\bar{X} = 1,65$; DS = 1,86), los primos ($\bar{X} = 1,23$; DS = 1,66), los sobrinos ($\bar{X} = 1,00$; DS = 0,58) y los nietos ($\bar{X} = 1,00$; DS = 0,00).

5.2. Objetivo específico 2

Caracterizar el apoyo social de origen familiar de personas adultas dependientes y/o abusadores de sustancias que, después del tratamiento, hayan mantenido remisión de síntomas por un año o más.

Para responder a este objetivo en función del tipo de apoyo también se analizaron las medias grupales y sus desviaciones para cada indicador del ASSIS.

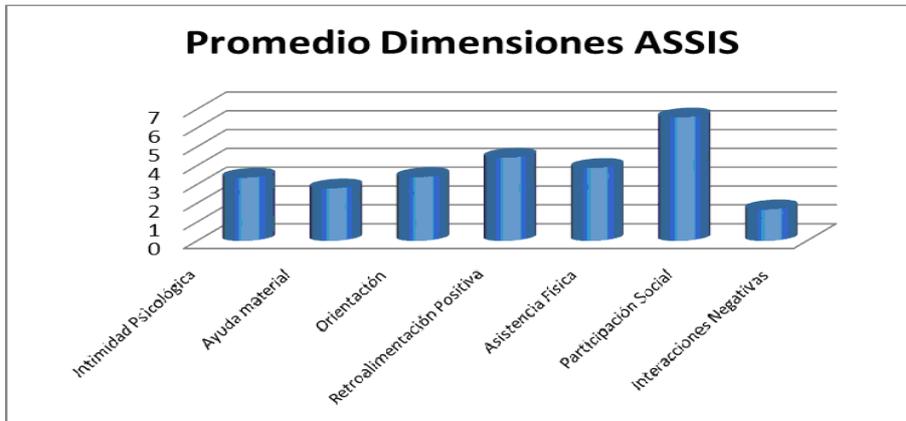
Tabla 6: Promedio Dimensiones ASSIS para abstinentes

Grupo al que pertenece		Intimidad Psicológica	Ayuda material	Orientación	Retroalimentación Positiva	Asistencia Física	Participación Social	Interacciones Negativas	
Abstinentes	N	Válidos	35	35	35	35	35	35	
		Perdidos	0	0	0	0	0	0	
		Media	3,37	2,80	3,40	4,42	3,88	6,57	1,68
		Desv. típ.	1,41	1,51	1,89	2,27	2,24	3,38	1,99

La información resumida en la Tabla 6, indica que dentro del grupo de personas que presentan abstinencia predomina la participación social como forma de apoyo social ($\bar{X} = 6.17$; DS = 3.38), por sobre la retroalimentación positiva ($\bar{X} = 4.42$; DS = 2.27). Sin embargo, en relación al grupo anterior, existen diferencias en el ordenamiento. En el grupo de los abstinentes predominan también la asistencia física ($\bar{X} = 3.88$; DS = 2.24), la orientación ($\bar{X} = 3.4$; DS = 1.89), la intimidad psicológica ($\bar{X} = 3.37$; DS = 1.41), la ayuda material ($\bar{X} = 2.8$; DS = 1.51) y las interacciones negativas ($\bar{X} = 1.68$; DS = 1.99).

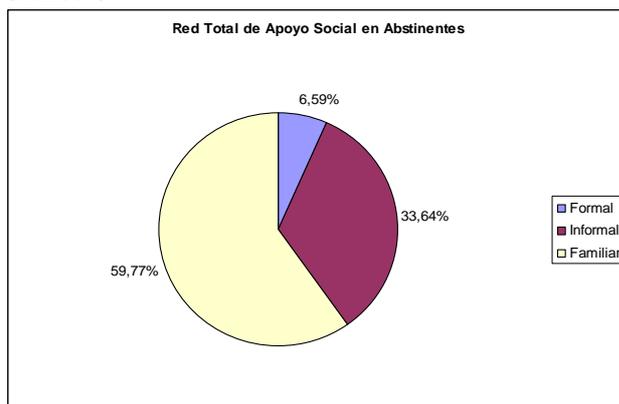
Paralelamente, la información es presentada a continuación de forma gráfica (gráfico 5). En el caso de aquellas personas que son abstinentes, la participación social presenta la media más alta, mientras en contraste las interacciones negativas presentan la media más baja del conjunto de indicadores.

Gráfico 5



De igual forma, como en el objetivo anterior, con el fin de determinar el origen del apoyo social, se analizó la red de apoyo social general de los sujetos en remisión sintomatológica (N=35) en función de su relación con éste.

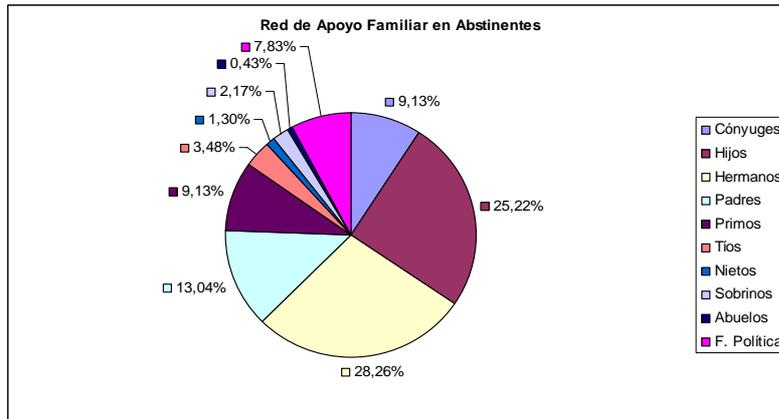
Gráfico 6



En el gráfico 6 se puede constatar que la red familiar es la de mayor magnitud (59,77%), seguida por la red informal (33,64%), y en mucho menor tamaño, la formal (6,59%).

Luego, con la finalidad de determinar las características específicas de la red de apoyo familiar, se analizaron los porcentajes de ésta (N=35), según el tipo de relación con los sujetos en remisión de síntomas (abstinentes).

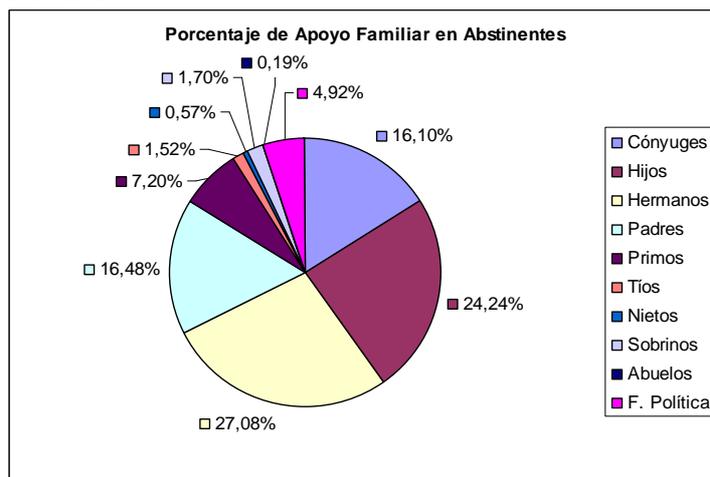
Gráfico 7



Como se ve en el gráfico 7, la red de apoyo familiar más numerosa es la de hermanos (28,26%), seguida de la constituida por los hijos (25,22%), los padres (13,04%), las cónyuges o convivientes (9,13%), los primos (9,13%), la familia política (7,83%), los tíos (3,48%), los sobrinos (2,17%), los nietos (1,30%) y los abuelos (0,43%).

Posteriormente para determinar la cantidad de apoyo proveniente de los diferentes familiares del sujeto, se analizó el apoyo social de cada tipo de familiar, calculándose los porcentajes de apoyo que cada uno proporciona.

Gráfico 8



Como se puede apreciar en el gráfico 8, del total de apoyo social proporcionado por la red familiar, un 27,08% corresponde a los hermanos, seguido de los hijos con un 24,24%, los padres

con un 16,48% y las cónyuges o convivientes con un 16,10%. Por debajo se encuentran los primos (7,20%), la familia política (4,92%), los sobrinos (1,70%), los tíos (1,52%), los nietos (0,57%) y abuelos (0,19%).

Como ya se realizó respecto del grupo de recaídos, se analizó la densidad del apoyo, con el fin de determinar la cantidad promedio de apoyos que proporciona cada familiar. Los resultados se muestran en la tabla 7.

Tabla 7: Densidad del apoyo familiar en abstinentes

N=35	Cónyuges	Hijos	Hermanos	Padres	Primos	Tíos	Nietos	Sobrinos	Abuelos	F. Política
Media	4,05	2,21	2,20	2,90	1,81	1,00	1,00	1,80	1,00	1,44
Des. típica	1,32	4,44	3,53	1,96	1,64	0,52	0,00	2,65	0,00	2,14
N° Pers. red	21	58	65	30	21	8	3	5	1	18
N° Apoyos	85	128	143	87	38	8	3	9	1	26
N° Sujetos	21	23	24	22	9	6	1	3	1	11

Las cónyuges o convivientes son quienes proporcionan el apoyo social más denso ($\bar{X} = 4,05$; DS = 1,32), y más de un punto por debajo se ubica el apoyo social de los padres ($\bar{X} = 2,90$; DS = 1,96), los hijos ($\bar{X} = 2,21$; DS = 4,44) y los hermanos ($\bar{X} = 2,20$; DS = 3,53). Le siguen primos, sobrinos, familia política, tíos, nietos y abuelos.

5.3. Objetivo específico 3

Comparar el tipo de apoyo social de origen familiar entre personas adultas en remisión total sostenida y personas con recaída.

Tabla 8: Pruebas de chi-cuadrado

N=70	Valor Chi Cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Intimidación Psicológica	17,548 ^a	8	0,025
Ayuda Material	10,913 ^a	7	0,142
Orientación	21,602 ^a	9	0,010
Retroalimentación Positiva	7,310 ^a	8	0,504
Asistencia Física	18,838 ^a	10	0,042
Participación Social	13,633 ^a	15	0,553
Interacción Negativa	19,723 ^a	7	0,006

En la tabla 8, es posible mencionar que el tipo de apoyo difiere entre los recaídos y los abstinentes, ya que se observan probabilidades menores a 0.05 entre los diferentes tipos de apoyo. Estas diferencias son estadísticamente significativas en cuatro de las siete variables, a saber: Intimidad Psicológica, Orientación, Asistencia Física e Interacción Negativa. Por su parte, en las variables Ayuda Material, Retroalimentación Positiva y Participación Social no se observaron diferencias significativas entre los grupos ($p > 0.05$). Todo lo anterior implica que existen diferencias en el tipo de apoyo social percibido como más importante para los grupos.

5.4. Objetivo específico 4

Comparar la magnitud del apoyo social de origen familiar entre personas adultas en remisión total sostenida y personas con recaída.

Para responder este objetivo, se utilizó la prueba estadística denominada “Prueba T para muestras independientes”, que permitió identificar si existían diferencias en los niveles promedio de cada dimensión del ASSIS. Previamente se llevó a cabo una prueba de Levene, la que permitió evaluar si las varianzas entre los grupos eran iguales o distintas y aplicar correcciones en el cálculo de T donde correspondiera. Se seleccionó esta prueba debido a que la cantidad de casos y las pruebas asociadas a la naturaleza de los datos arrojaron la factibilidad de su uso. A continuación se reportan los resultados más importantes que se desprenden de este análisis.

Tabla 9: Prueba de muestras independientes

N=70		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Intimidad Psicológica	Se han asumido varianzas iguales	0,841	0,362	-3,316	68	0,001	-1,28571	0,38775	-2,05945	-0,51198
	No se han asumido varianzas iguales			-3,316	64,356	0,002	-1,28571	0,38775	-2,06025	-0,51118
Ayuda material	Se han asumido varianzas iguales	3,541	0,064	-2,8	68	0,007	-0,85714	0,30608	-1,46792	-0,24637
	No se han asumido varianzas iguales			-2,8	58,938	0,007	-0,85714	0,30608	-1,46962	-0,24466
Orientación	Se han asumido varianzas iguales	0,322	0,572	-3,002	68	0,004	-1,22857	0,40932	-2,04535	-0,4118
	No se han asumido varianzas iguales			-3,002	64,644	0,004	-1,22857	0,40932	-2,04612	-0,41103
Retroalimentación Positiva	Se han asumido varianzas iguales	1,075	0,304	-1,53	68	0,131	-0,77143	0,50415	-1,77744	0,23458
	No se han asumido varianzas iguales			-1,53	66,143	0,131	-0,77143	0,50415	-1,77795	0,2351
Asistencia Física	Se han asumido varianzas iguales	2,867	0,095	-3,551	68	0,001	-1,57143	0,44257	-2,45457	-0,68829
	No se han asumido varianzas iguales			-3,551	55,614	0,001	-1,57143	0,44257	-2,45814	-0,68471
Participación Social	Se han asumido varianzas iguales	0,29	0,592	-1,778	68	0,08	-1,4	0,78726	-2,97096	0,17096
	No se han asumido varianzas iguales			-1,778	67,805	0,08	-1,4	0,78726	-2,97104	0,17104
Interacciones Negativas	Se han asumido varianzas iguales	0	0,991	3,078	68	0,003	1,34286	0,43629	0,47226	2,21346
	No se han asumido varianzas iguales			3,078	65,465	0,003	1,34286	0,43629	0,47165	2,21407

Tal como se puede observar en la tabla 9, existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos en las dimensiones “Intimidad Psicológica”, “Ayuda Material”, “Orientación”, “Asistencia Física” e “Interacciones Negativas” ($p < 0.05$). Por su parte, no existen diferencias entre los puntajes de las dimensiones “Retroalimentación Positiva” y “Participación Social” ($p > 0.05$).

Tabla 10: Estadísticos de grupo

	Grupo al que pertenece	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Intimidad Psicológica	Recaídos	35	2,0857	1,80476	0,30506
	Abstinentes	35	3,3714	1,41600	0,23935
Ayuda Material	Recaídos	35	1,9429	0,99832	0,16875
	Abstinentes	35	2,8000	1,51075	0,25536
Orientación	Recaídos	35	2,1714	1,50461	0,25433
	Abstinentes	35	3,4000	1,89737	0,32071
Retroalimentación Positiva	Recaídos	35	3,6571	1,92419	0,32525
	Abstinentes	35	4,4286	2,27888	0,38520
Asistencia Física	Recaídos	35	2,3143	1,34539	0,22741
	Abstinentes	35	3,8857	2,24619	0,37968
Participación Social	Recaídos	35	5,1714	3,20373	0,54153
	Abstinentes	35	6,5714	3,38062	0,57143
Interacciones Negativas	Recaídos	35	3,0286	1,63574	0,27649
	Abstinentes	35	1,6857	1,99664	0,33749

Para examinar la dirección de las relaciones encontradas, se analizaron las medias para cada variable. Este análisis se observa en la tabla 10, y reflejó que el grupo de abstinentes obtuvo puntajes superiores en todas las dimensiones a excepción de “Interacciones Negativas”, donde los participantes recaídos tuvieron una mayor puntuación media.

Por otra parte se analizaron las diferencias de magnitud del total de apoyo familiar general percibido por ambos grupos, resultados que se muestran a continuación:

Tabla 11: Estadísticos de grupo

Grupo		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Cantidad de apoyo social	Recaídos	35	10,17	4,475	0,756
	Abstinentes	35	15,14	6,040	1,021

Tabla 12: Prueba de muestras independientes

N=70		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Cantidad de apoyo social	Se han asumido varianzas iguales	3,123	,082	-3,913	68	,000	-4,971	1,271	-7,507	-2,436
	No se han asumido varianzas iguales			-3,913	62,687	,000	-4,971	1,271	-7,511	-2,432

Al comparar la magnitud del apoyo social entre ambos grupos, la prueba T para muestras independientes arrojó que existen diferencias significativas entre recaídos y abstinentes ($t = -3,913$; $p < 0,05$), existiendo una mayor magnitud en los abstinentes. Los estadísticos descriptivos se muestran en la tabla 11, mientras que los resultados de la prueba inferencial se exponen en la tabla 12.

A continuación, con el fin de discriminar el origen del apoyo familiar general, se calcularon las diferencias de magnitud de apoyo social provenientes de los diferentes familiares del sujeto. Los resultados se reportan en la siguiente tabla:

Tabla 13: Promedios de apoyo social de familiares

Grupo		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Cónyuges	Recaídos	35	0,97	1,723	0,291
	Abstinentes	35	2,43	2,253	0,381
Hijos	Recaídos	35	0,94	1,697	0,287
	Abstinentes	35	3,66	4,465	0,755
Hermanos	Recaídos	35	2,51	2,478	0,419
	Abstinentes	35	4,09	4,039	0,683
Padres	Recaídos	35	2,89	2,529	0,428
	Abstinentes	35	2,49	2,478	0,419
Primos	Recaídos	35	0,77	1,555	0,263
	Abstinentes	35	1,09	2,035	0,344
Tíos	Recaídos	35	0,74	1,400	0,237
	Abstinentes	35	0,23	0,547	0,092
Nietos	Recaídos	35	0,06	0,338	0,057
	Abstinentes	35	0,09	0,507	0,086
Sobrinos	Recaídos	35	0,14	0,494	0,083
	Abstinentes	35	0,26	1,067	0,180
Abuelos	Recaídos	35	0,57	1,313	0,222
	Abstinentes	35	0,03	0,169	0,029
F. Política	Recaídos	35	0,51	1,442	0,244
	Abstinentes	35	0,63	1,497	0,253

Tal como se desprende de la tabla 13, es posible observar que en el caso de los cónyuges, hijos, hermanos, primos, nietos, sobrinos y familia política las medias fueron mayores en el grupo de

abstinentes que en el de recaídos. Por su parte, en el caso de padres, tíos y abuelos, el grupo de recaídos presentó mayores promedios que el grupo de abstinentes.

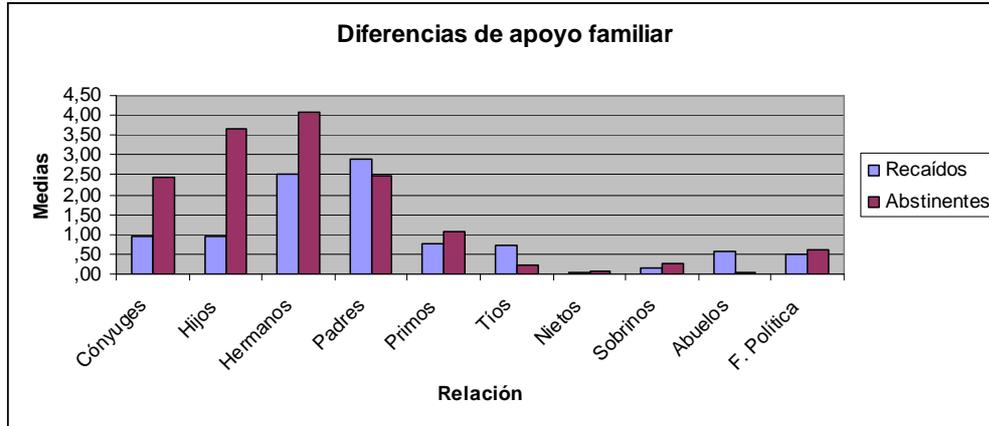
Tabla 14: Prueba de muestras independientes

N=70		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Cónyuges	Se han asumido varianzas iguales	9,824	,003	-3,039	68	,003	-1,457	,479	-2,414	-,500
	No se han asumido varianzas iguales			-3,039	63,640	,003	-1,457	,479	-2,415	-,499
Hijos	Se han asumido varianzas iguales	15,386	,000	-3,362	68	,001	-2,714	,807	-4,325	-1,103
	No se han asumido varianzas iguales			-3,362	43,619	,002	-2,714	,807	-4,342	-1,087
Hermanos	Se han asumido varianzas iguales	13,402	,000	-1,962	68	,054	-1,571	,801	-3,170	,027
	No se han asumido varianzas iguales			-1,962	56,414	,055	-1,571	,801	-3,176	,033
Padres	Se han asumido varianzas iguales	,180	,673	,668	68	,506	,400	,599	-,794	1,594
	No se han asumido varianzas iguales			,668	67,971	,506	,400	,599	-,794	1,594
Primos	Se han asumido varianzas iguales	3,022	,087	-,726	68	,470	-,314	,433	-1,178	,549
	No se han asumido varianzas iguales			-,726	63,609	,470	-,314	,433	-1,179	,550
Tíos	Se han asumido varianzas iguales	13,727	,000	2,024	68	,047	,514	,254	,007	1,021
	No se han asumido varianzas iguales			2,024	44,136	,049	,514	,254	,002	1,026
Nietos	Se han asumido varianzas iguales	,327	,570	-,277	68	,782	-,029	,103	-,234	,177
	No se han asumido varianzas iguales			-,277	59,237	,782	-,029	,103	-,235	,178
Sobrinos	Se han asumido varianzas iguales	1,411	,239	-,575	68	,567	-,114	,199	-,511	,282
	No se han asumido varianzas iguales			-,575	47,925	,568	-,114	,199	-,514	,285
Abuelos	Se han asumido varianzas iguales	25,198	,000	2,427	68	,018	,543	,224	,096	,989
	No se han asumido varianzas iguales			2,427	35,127	,020	,543	,224	,089	,997
F. Política	Se han asumido varianzas iguales	,019	,891	-,325	68	,746	-,114	,351	-,815	,587
	No se han asumido varianzas iguales			-,325	67,907	,746	-,114	,351	-,815	,587

Al analizar si estas diferencias resultaban significativas se obtuvo la tabla 14, en la que se muestra que las diferencias solo resultan estadísticamente significativas en el caso de las cónyuges, hijos, tíos y abuelos ($p < ,05$).

Esta información antes mencionada también es presentada de forma gráfica en el gráfico 9. En éste, se observa que los grupos con medias más altas corresponden a hermanos, padres e hijos, mientras que las medias más bajas corresponden a nietos, sobrinos y abuelos.

Gráfico 9



Para comparar la magnitud del apoyo entre ambos grupos, se tomó la cantidad de personas que componen la red de apoyo familiar (apoyo estructural), y se comparó a través de la prueba estadística T de Student.

Se analizaron los datos, obteniéndose los resultados que se exponen en las tablas 15 y 16.

Tabla 15: Prueba de muestras independientes

N=70		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
Personas de la red de apoyo familiar	Se han asumido varianzas iguales	5,367	,024	-2,511	68	,014	-1,629	,648	-2,923	-,335
	No se han asumido varianzas iguales			-2,511	57,597	,015	-1,629	,648	-2,927	-,330

Tabla 16: Estadísticos de grupo

Grupo		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Personas de la red de apoyo familiar	Recaídos	35	4,94	2,057	0,348
	Abstinentes	35	6,57	3,238	0,547

Tal como se observa, se reportaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre ambos grupos, por lo que se puede concluir que existen diferencias en la magnitud del apoyo social estructural entre ambos grupos, siendo los sujetos en remisión total sostenida (abstinentes) los que cuentan con la red de apoyo familiar más numerosa.

Para complementar la información anterior, se comparó el número de personas de la red de apoyo familiar, de acuerdo al tipo de relación, resultados que se muestran en las tablas 17 y 18.

Tabla 17: Estadísticos de grupo

Grupo	N	Media	Desviación tıp.	Error tıp. de la media
Cónyuges	Recaídos	35	0,34	0,482
	Abstinentes	35	0,60	0,497
Hijos	Recaídos	35	0,57	0,884
	Abstinentes	35	1,66	1,552
Hermanos	Recaídos	35	1,23	1,060
	Abstinentes	35	1,86	2,031
Padres	Recaídos	35	1,00	0,804
	Abstinentes	35	0,86	0,772
Primos	Recaídos	35	0,63	1,165
	Abstinentes	35	0,60	1,241
Tíos	Recaídos	35	0,34	0,539
	Abstinentes	35	0,23	0,547
Nietos	Recaídos	35	0,06	0,338
	Abstinentes	35	0,09	0,507
Sobrinos	Recaídos	35	0,14	0,494
	Abstinentes	35	0,14	0,494
Abuelos	Recaídos	35	0,31	0,631
	Abstinentes	35	0,03	0,169
F. Política	Recaídos	35	0,31	0,758
	Abstinentes	35	0,51	0,887

En relación a la red de los participantes, la red de apoyo familiar que en promedio fue mayor en abstinentes estuvo integrada por: cónyuges, hijos, hermanos, nietos y familia política. Por su parte, las personas de la red que tienen mayor promedio en el grupo de recaídos fueron: padres, primos, tíos, sobrinos y abuelos.

Tabla 18: Prueba de muestras independientes

N=70		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tıp. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Cónyuges	Se han asumido varianzas iguales	,922	,340	-2,198	68	,031	-,257	,117	-,491	-,024
	No se han asumido varianzas iguales			-2,198	67,932	,031	-,257	,117	-,491	-,024
Hijos	Se han asumido varianzas iguales	14,286	,000	-3,596	68	,001	-1,086	,302	-1,688	-,483
	No se han asumido varianzas iguales			-3,596	53,964	,001	-1,086	,302	-1,691	-,480
Hermanos	Se han asumido varianzas iguales	6,262	,015	-1,623	68	,109	-,629	,387	-1,401	,144
	No se han asumido varianzas iguales			-1,623	51,227	,111	-,629	,387	-1,406	,149
Padres	Se han asumido varianzas iguales	,006	,941	,758	68	,451	,143	,189	-,233	,519
	No se han asumido varianzas iguales			,758	67,888	,451	,143	,189	-,233	,519
Primos	Se han asumido varianzas iguales	,053	,818	,099	68	,921	,029	,288	-,546	,603
	No se han asumido varianzas iguales			,099	67,730	,921	,029	,288	-,546	,603
Tíos	Se han asumido varianzas iguales	1,363	,247	,880	68	,382	,114	,130	-,145	,373
	No se han asumido varianzas iguales			,880	67,986	,382	,114	,130	-,145	,373
Nietos	Se han asumido varianzas iguales	,327	,570	-,277	68	,782	-,029	,103	-,234	,177
	No se han asumido varianzas iguales			-,277	59,237	,782	-,029	,103	-,235	,178
Sobrinos	Se han asumido varianzas iguales	,000	1,000	0,000	68	1,000	0,000	,118	-,235	,235
	No se han asumido varianzas iguales			0,000	68,000	1,000	0,000	,118	-,235	,235
Abuelos	Se han asumido varianzas iguales	35,519	,000	2,587	68	,012	,286	,110	,065	,506
	No se han asumido varianzas iguales			2,587	38,853	,014	,286	,110	,062	,509
F. Política	Se han asumido varianzas iguales	1,662	,202	-1,014	68	,314	-,200	,197	-,594	,194
	No se han asumido varianzas iguales			-1,014	66,393	,314	-,200	,197	-,594	,194

Al analizar las diferencias entre los grupos de recaídos y abstinentes para cada tipo de relación familiar, se pudieron observar diferencias significativas en algunos grupos, a saber: cónyuges, hijos y abuelos ($p < ,05$). Los demás grupos no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Por otra parte, parece interesante comparar la magnitud del apoyo social en función de la densidad que cada tipo de familiar proporciona, teniendo en cuenta que existen familiares que no excederán de uno o dos por cada sujeto evaluado (ej. cónyuges o padres), mientras que otros podrían eventualmente superar holgadamente ese número.

Tabla 19: Estadísticos de grupo

	Grupo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Cónyuges	Abstinentes	21	4,0476	1,32198	0,28848
	Recaídos	12	2,8333	1,85047	0,53418
Hijos	Abstinentes	23	5,5652	4,43976	0,92575
	Recaídos	12	2,7500	1,86474	0,53831
Hermanos	Abstinentes	24	5,9583	3,53220	0,72101
	Recaídos	24	3,6667	2,16025	0,44096
Padres	Abstinentes	22	3,9545	1,96341	0,41860
	Recaídos	24	4,2083	1,91059	0,39000
Primos	Abstinentes	9	4,2222	1,64148	0,54716
	Recaídos	9	3,0000	1,65831	0,55277
Tíos	Abstinentes	6	1,3333	0,51640	0,21082
	Recaídos	11	2,3636	1,56670	0,47238
Nietos	Abstinentes	1	3,0000	.	.
	Recaídos	1	2,0000	.	.
Sobrinos	Abstinentes	3	3,0000	2,64575	1,52753
	Recaídos	3	1,6667	0,57735	0,33333
Abuelos	Abstinentes	1	1,0000	.	.
	Recaídos	8	2,5000	1,69031	0,59761
F. Política	Abstinentes	12	2,1667	2,12489	0,61340
	Recaídos	7	2,5714	2,37045	0,89595

Al analizar la densidad del apoyo familiar, es posible observar mayor densidad en el grupo de abstinentes, en los apoyos proporcionados por cónyuges, hijos, hermanos, primos y sobrinos. Por su parte, el grupo de recaídos cuenta con apoyos más densos en las relaciones de padres, tíos, abuelos y familia política. En el caso de los nietos, al no haber dispersión los datos no pudieron ser calculados.

Tabla 20: Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Cónyuges	Se han asumido varianzas iguales	4,597	,040	2,192	31	,036	1,21429	,55386	,08468	2,34389
	No se han asumido varianzas iguales			2,000	17,532	,061	1,21429	,60710	-,06364	2,49221
Hijos	Se han asumido varianzas iguales	3,705	,063	2,091	33	,044	2,81522	1,34663	,07548	5,55496
	No se han asumido varianzas iguales			2,629	32,062	,013	2,81522	1,07088	,63406	4,99637
Hermanos	Se han asumido varianzas iguales	6,236	,016	2,712	46	,009	2,29167	,84516	,59045	3,99289
	No se han asumido varianzas iguales			2,712	38,094	,010	2,29167	,84516	,58087	4,00247
Padres	Se han asumido varianzas iguales	,366	,548	-,444	44	,659	-,25379	,57143	-,140543	,89785
	No se han asumido varianzas iguales			-,444	43,413	,660	-,25379	,57212	-,140727	,89969
Primos	Se han asumido varianzas iguales	,004	,950	1,571	16	,136	1,22222	,77778	-,42659	2,87104
	No se han asumido varianzas iguales			1,571	15,998	,136	1,22222	,77778	-,42661	2,87105
Tíos	Se han asumido varianzas iguales	3,552	,079	-,1546	15	,143	-,103030	,66662	-,245117	,39057
	No se han asumido varianzas iguales			-,1992	13,323	,067	-,103030	,51729	-,214508	,08448
Nietos	Se han asumido varianzas iguales				0		1,00000			
	No se han asumido varianzas iguales						1,00000			
Sobrinos	Se han asumido varianzas iguales	7,000	,057	,853	4	,442	1,33333	1,56347	-,300756	5,67423
	No se han asumido varianzas iguales			,853	2,190	,477	1,33333	1,56347	-,486417	7,53083
Abuelos	Se han asumido varianzas iguales			-,837	7	,430	-,150000	1,79284	-,573940	2,73940
	No se han asumido varianzas iguales						-,150000			
F. Política	Se han asumido varianzas iguales	,446	,513	-,384	17	,706	-,40476	1,05329	-,262700	1,81748
	No se han asumido varianzas iguales			-,373	11,558	,716	-,40476	1,08581	-,278061	1,97109

Al analizar la significancia de las relaciones, es posible concluir que sólo existen diferencias estadísticamente significativas entre hijos y hermanos ($p < ,05$), que favorece a los abstinentes. Tal como en el caso anterior, la categoría de nietos no pudo ser incluida al no reportarse dispersión suficiente en los datos.

5.5. Otros objetivos interesantes

Frecuencia de contacto con la red familiar

Tabla 21: Prueba de muestras independientes

N=70		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
	Se han asumido varianzas iguales	3,123	,082	-,128	68	,898	-,08571	,66719	-,141706	1,24564
	No se han asumido varianzas iguales			-,128	60,945	,898	-,08571	,66719	-,141986	1,24843

En primer lugar, la prueba de Levene para la igualdad de varianzas arrojó que el estadístico F no es significativo, por lo que las varianzas se consideraron iguales. En segundo lugar, y tal como se

observa en la tabla 21, no existen diferencias estadísticamente significativas ($t = -0.128$; $p > 0.05$) en la frecuencia de contacto con la red familiar entre ambos grupos.

Respuestas ante la recaída (ítem H) e incidencia de familiares en la recaída

Tabla 22: Estadísticos

		Respuestas negativas ante la recaída	Respuestas negativas ante la recaída de parte de familiares
N	Válidos	35	35
	Perdidos	0	0
Media		1,8571	1,6857
Desv. típ.		1,81728	1,74510
a. Grupo = Recaído			

Tal como se puede observar en la tabla 22, los promedios de respuestas negativas por parte de la red general de apoyo, en comparación a la red de apoyo familiar son muy similares ($t = 0.403$; $p < 0.05$). Como la red de apoyo familiar se desprende de la red de apoyo general, se puede desprender la hipótesis de que ante la recaída son los familiares y no otras personas quienes tienen las respuestas negativas.

Para determinar cuáles son los familiares que más retiran apoyos después de una recaída, se calcularon los porcentajes de personas que tuvieron esta respuesta, los que se exponen en la tabla 23.

Tabla 23: Respuestas negativas ante la recaída

	Red familiar										Formal	Informal
	Cónyuges	Hijos	Hermanos	Padres	Primos	Tíos	Nietos	Sobrinos	Abuelos	F. Política		
Media	0,50	0,21	0,30	0,18	0,21	0,31	0,00	0,29	0,11	0,04	0,00	0,03
N	14	24	64	39	39	29	2	7	9	24	8	186
%	50	21	30	18	21	31	0	29	11	4	0	3

Los familiares que más reaccionaron retirando apoyo social después de una recaída fueron los cónyuges, ya que un 50% de ellas respondió de esta forma, seguido por los hermanos (30%), los tíos (31%), los sobrinos (29%), los primos (21%), los hijos (21%), los padres (18%), los abuelos (11%) y la familia política (4%).

Cabe destacar que este resultado indica el número de personas que retiraron apoyos después de la recaída, sin embargo no es capaz de discriminar la cantidad y tipo de apoyo que retiraron.

Número de personas de la red general y la red familiar que consumen sustancias.

RED GENERAL:

Tabla 24: Estadísticos descriptivos

Recaído	N	Válidos	35
		Perdidos	0
	Media		5,8286
	Desv. típ.		3,4341
Abstinentes	N	Válidos	35
		Perdidos	0
	Media		3,1714
	Desv. típ.		2,2027

Tabla 25: Prueba de muestras independientes

N=70		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	5,887	,018	3,853	68	,000	2,65714	,68962	1,28102	4,03327	
No se han asumido varianzas iguales			3,853	57,927	,000	2,65714	,68962	1,27667	4,03761	

Para evaluar esta hipótesis, se construyó una prueba T para muestras independientes que permitiera contrastar las muestras en relación al número de personas cercanas que consumen. Las pruebas, tal como se observa en las tablas 24 y 25, arrojaron que existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre la cantidad de personas cercanas que consumen y la recaída o abstinencia. Las medias de ambos grupos sugieren que son las personas que han recaído quienes tienen en sus redes de apoyo una mayor cantidad de personas que consumen sustancias.

RED FAMILIAR:

Tabla 26: Prueba de muestras independientes

N=70		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
	Se han asumido varianzas iguales	,012	,914	,800	68	,426	,37143	,46423	-,55493	1,29779
	No se han asumido varianzas iguales			,800	67,932	,426	,37143	,46423	-,55495	1,29780

Por el contrario, tal como se observa en la tabla 26, la prueba realizada a la red familiar permite concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p > 0.05$); es decir, la cantidad de personas de la familia que consumen no difiere entre quienes presentan abstinencia y quienes han recaído.

Edad

Para determinar si existe algún tipo de influencia respecto de la edad de los sujetos en relación a los grupos constituidos, se realizó una prueba T para muestras independientes. En primer lugar, la prueba de Levene que evaluaba la igualdad de las varianzas de los grupos, arrojó que se asumían varianzas iguales ($p > 0.05$). En segundo lugar, la prueba T para muestras independientes arrojó que los grupos diferían ($p < 0.05$), indicando que la edad es un factor que pudiese determinar los resultados obtenidos.

Tabla 27: Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Edad	Se han asumido varianzas iguales	1,492	,226	-2,609	68	,011	-8,82857	3,38333	-15,57990	-2,07724
	No se han asumido varianzas iguales			-2,609	65,678	,011	-8,82857	3,38333	-15,58422	-2,07292

En relación a la magnitud de dichas diferencias, las medias (analizadas en detalle en la tabla 28) indican que el grupo de los recaídos posee casi 10 puntos de diferencia respecto de los

abstinentes. En otras palabras, los abstinentes tienen en promedio 44.14 años (DS = 12.75), mientras que los recaídos exhiben una edad promedio de 35.31 (DS = 15.42). Todo esto indica que el grupo de recaídos es casi 10 años más joven que el grupo de abstinentes.

Tabla 28: Estadísticos de grupo

	Grupo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Edad	Recaído	35	35,3143	15,42681	2,60761
	Abstinentes	35	44,1429	12,75365	2,15576

Estas diferencias podrían indicar que la edad puede resultar un elemento a considerar al momento de analizar las diferencias teóricas entre los grupos. Sin embargo, debido a la planificación en la recolección de datos, esto no se consideró al momento de generar los grupos, por lo que no se pudo establecer categorías que permitiesen comparar la división de ellos por edad, para determinar diferencias entre grupos segmentados. Por ello, para abordar esta discusión se calcularon correlaciones parciales que tuviesen como variable controlada la edad. Esto permitió abordar la relación entre las variables teniendo en consideración la edad, lo que arrojó que ninguna correlación resultó significativa ($p > 0.05$), descartando así de manera preliminar la influencia de la edad como variable moduladora de los resultados obtenidos.

Análisis comparativo del grado de satisfacción del apoyo social recibido

Para determinar si existen diferencias en el grado de satisfacción del apoyo social recibido entre abstinentes y recaídos, se utilizó la prueba T para muestras independientes. En primer lugar, se realizó la prueba de Levene para evaluar la igualdad de las varianzas entre los grupos, a fin de poner a prueba este supuesto de las pruebas T, las que posteriormente fueron ejecutadas y analizadas en concordancia.

Tabla 29: Prueba de muestras independientes

N=70		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Intimidad Psicológica	Se han asumido varianzas iguales	14,142	,000	-4,505	68	,000	-1,42857	,31710	-2,06133	-,79581
	No se han asumido varianzas iguales			-4,505	52,243	,000	-1,42857	,31710	-2,06481	-,79233
Ayuda Material	Se han asumido varianzas iguales	2,784	,100	-2,264	68	,027	-,80000	,35334	-1,50508	-,09492
	No se han asumido varianzas iguales			-2,264	63,574	,027	-,80000	,35334	-1,50597	-,09403
Orientación	Se han asumido varianzas iguales	10,346	,002	-3,938	68	,000	-1,08571	,27571	-1,63588	-,53555
	No se han asumido varianzas iguales			-3,938	54,359	,000	-1,08571	,27571	-1,63839	-,53304
Retroalimentación Positiva	Se han asumido varianzas iguales	21,553	,000	-2,379	68	,020	-,88571	,37227	-1,62856	-,14287
	No se han asumido varianzas iguales			-2,379	44,313	,022	-,88571	,37227	-1,63582	-,13561
Asistencia Física	Se han asumido varianzas iguales	5,933	,017	-2,809	68	,006	-,65714	,23397	-1,12402	-,19026
	No se han asumido varianzas iguales			-2,809	54,247	,007	-,65714	,23397	-1,12618	-,18811
Participación Social	Se han asumido varianzas iguales	18,798	,000	-3,983	68	,000	-1,11429	,27977	-1,67256	-,55601
	No se han asumido varianzas iguales			-3,983	42,414	,000	-1,11429	,27977	-1,67872	-,54985

Tal como se puede observar, existen diferencias estadísticamente significativas entre todas las dimensiones ($p < 0.05$). Esto indica que existirían diferencias entre los abstinentes y los recaídos en todas las dimensiones de del ASSIS, respecto del grado de satisfacción del apoyo social percibido.

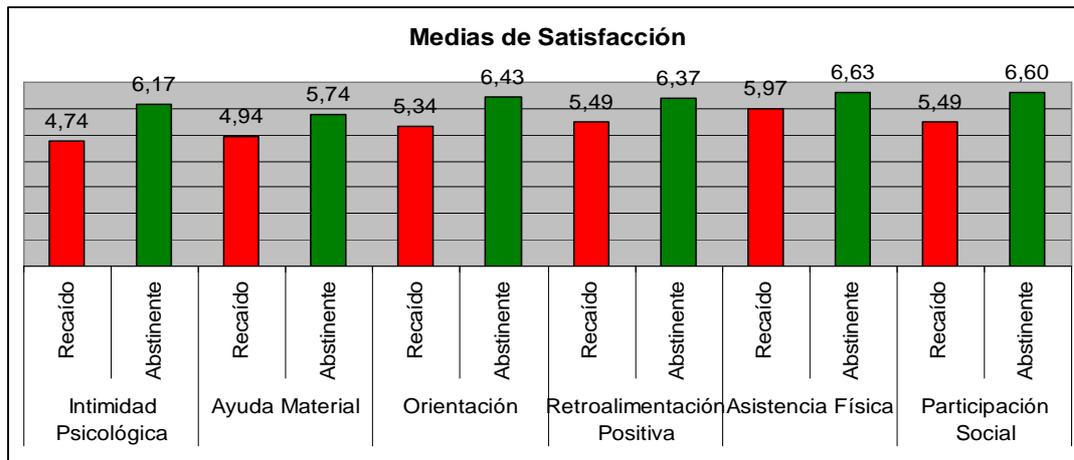
Tabla 30: Estadísticos de grupo

	Grupo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Intimidad Psicológica	Recaído	35	4,7429	1,65108	0,27908
	Abstinente	35	6,1714	0,89066	0,15055
Ayuda Material	Recaído	35	4,9429	1,66173	0,28088
	Abstinente	35	5,7429	1,26823	0,21437
Orientación	Recaído	35	5,3429	1,41302	0,23884
	Abstinente	35	6,4286	0,81478	0,13772
Retroalimentación Positiva	Recaído	35	5,4857	2,04898	0,34634
	Abstinente	35	6,3714	0,80753	0,13650
Asistencia Física	Recaído	35	5,9714	1,20014	0,20286
	Abstinente	35	6,6286	0,68966	0,11657
Participación Social	Recaído	35	5,4857	1,56000	0,26369
	Abstinente	35	6,6000	0,55307	0,09349

Al analizar la magnitud de dichas diferencias, se obtuvo la tabla 30. En ella, es posible observar que en todas las dimensiones la diferencia de medias estuvo a favor del grupo de los abstinentes. Es decir, los abstinentes presentan mayores niveles de satisfacción respecto del apoyo social que los participantes que recaen.

En el gráfico 10 se observan las medias de satisfacción de los dos grupos de estudio y cada una de las dimensiones de apoyo social. El ordenamiento de mayor a menor satisfacción en el grupo de abstinentes es: *asistencia física* ($\bar{X} = 6,63$; DS = 0,69), *participación social* ($\bar{X} = 6,60$; DS = 0,55), *orientación* ($\bar{X} = 6,43$; DS = 0,81), *retroalimentación positiva* ($\bar{X} = 6,37$; DS = 0,81), *intimidad psicológica* ($\bar{X} = 6,17$; DS = 0,89) y *ayuda material* ($\bar{X} = 5,74$; DS = 1,27).

Gráfico 10



5.6. Resultados de las hipótesis

Objetivo específico del que se desprende	Hipótesis	Resultado
1	Las personas adultas dependientes y/o abusadoras de sustancias que han recaído presentarán con mayor frecuencia el tipo de apoyo de interacciones negativas.	No se cumple.
2	Las personas adultas dependientes y/o abusadoras de sustancias que, después del tratamiento, hayan mantenido remisión de síntomas por un año o más, presentarán con mayor frecuencia interacciones de intimidad psicológica.	No se cumple.
3	Existen diferencias entre personas adultas en remisión y personas con recaída en relación al tipo de apoyo predominante.	Se cumple.
4	Las personas adultas en remisión total sostenida presentan niveles de apoyo más altos que las personas con recaída.	Se cumple.

6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Habiéndose cumplido los objetivos propuestos en esta investigación, desarrollados en el capítulo anterior, pasaremos exponer las conclusiones y correspondiente discusión de resultados.

Pese a que la teoría previa ha indicado que las relaciones familiares cualitativamente negativas tienen una importante relación con la recaída (Ellis, Bernichon, Yu, Roberts y Herrell, 2004), se pudo constatar que, si bien existen diferencias significativas con el grupo de abstinentes, no es la característica más frecuente en el grupo de recaídos, ya que apoyo social de origen familiar que presentó mayor frecuencia en estos sujetos fue el del tipo “participación social”, seguido de “retroalimentación positiva”, y luego por “interacciones negativas”.

Las personas del entorno familiar con quienes se divierten y quienes les proporcionan afirmaciones positivas ante sus actos e ideas consideradas acertadas, son las dos principales fuentes de apoyo en el grupo de recaídos.

Sin embargo es importante observar que el ordenamiento según el predominio del tipo de apoyo es diferente en ambos grupos. En el caso de las personas con recaída, la secuencia, yendo de mayor a menor predominio, es la siguiente: “participación social”, “retroalimentación positiva”, “interacciones negativas”, “asistencia física”, “orientación”, “intimidad psicológica” y “ayuda material”; mientras que en el grupo de remisión sintomatológica el ordenamiento es “participación social”, “retroalimentación positiva”, “asistencia física”, “orientación”, “intimidad psicológica”, “ayuda material” e “interacciones negativas”; lo que significa que el ordenamiento de ambos grupos es el mismo excepto por la dimensión de “interacciones negativas”, que pasa de un 3º lugar en los recaídos, a un 7º (último) en el grupo de remisión.

Este resultado nos lleva a concluir que si bien no se cumple la hipótesis de que las interacciones negativas presentan la mayor frecuencia del grupo de recaídos, las relaciones conflictivas dentro de la red de apoyo familiar sí son un elemento de relevancia que genera mayores probabilidades de recaída dentro de los primeros doce meses, lo cual concuerda con la teoría previa.

Por otra parte, el grupo de sujetos en remisión total sostenida, también presentó los mayores niveles de apoyo en la dimensión “participación social” seguido por “retroalimentación positiva”. La “intimidad psicológica” se encuentra en el 5° lugar de relevancia, por lo que no es posible confirmar los antecedentes teóricos que indicaron la mayor frecuencia de intimidad psicológica en sujetos vulnerables (Bravo y Caro, 2002; Hernández, Pozo, Alonso y Martos, 2005). Esto sugiere que no es posible asociar las características del apoyo social de adultos mayores e inmigrantes, utilizada como referencia teórica, con las de abusadores y dependientes de sustancias en remisión.

En este estudio se pudo determinar que existen diferencias entre personas adultas en remisión y personas con recaída en relación al tipo de apoyo predominante, ya que los tipos “intimidad psicológica”, “orientación”, “asistencia física” e “interacciones negativas”, presentaron una organización diferente en ambos grupos. Sin embargo, cabe destacar que al eliminar el ítem de “interacciones negativas” (que en estricto rigor no es una forma de apoyo), el ordenamiento jerárquico de ambos grupos es el mismo, lo que sugiere que a excepción de las interacciones negativas, ambos grupos tienen igual ordenamiento.

Comparativamente, el grupo de remisión total sostenida, obtuvo valores superiores de apoyo en todas las dimensiones a excepción de las “interacciones negativas”, sin embargo no hubo diferencias estadísticamente significativas en los tipos “retroalimentación positiva” y “participación social”, lo que sugiere que éstos tienen una menor incidencia en la remisión sintomatológica. Sin embargo los niveles de satisfacción con el apoyo recibido por parte de los abstinentes fueron significativamente superiores en todos los tipos de apoyo, lo que se relaciona estrechamente con el estudio de Ellis, Bernichon, Yu, Roberts y Herrell (2004), que concluye que los pacientes con interacciones familiares cualitativamente negativas son más propensos a recaer que aquellos que no cuentan con esta característica.

Lo anteriormente dicho implica que la calidad en las interacciones familiares guarda relación con la recaída y abstinencia. Al hablar de calidad, necesariamente se hace referencia a una percepción o valoración subjetiva del apoyo, lo que a su vez implica la satisfacción que se obtiene de éste,

conclusión que se relaciona con el concepto de apoyo social percibido (Gracia, 1997, citado en Méndez y Barra, 2008).

La variable de satisfacción resulta importante para profundizar el conocimiento de la forma en que el apoyo de personas cercanas influye en el consumo después del tratamiento, objetivo de relevancia para Beattie y Longabaugh (1999).

La sensación de satisfacción derivada de la red de apoyo familiar resulta ser un elemento relevante en los resultados del tratamiento después de un año, por lo que debe ser considerado igualmente relevante en los planes de intervención terapéutica familiar.

La superioridad significativa de las “interacciones negativas” en el grupo de recaídos es un fenómeno totalmente acorde con la tendencia del resto de las dimensiones, teniendo en cuenta que ésta es una categoría inversamente proporcional al concepto de apoyo social percibido, en el sentido de la satisfacción que produce: a mayores interacciones negativas, menor satisfacción (menor apoyo).

Ambos grupos presentan predominio de las dimensiones “participación social” y “retroalimentación positiva”, y como ya se mencionó, las diferencias entre ellos no son significativas, lo que sugiere que estos tipos de apoyo familiar no se relacionan con la recaída o remisión de síntomas de dependencia o abuso. Este fenómeno puede ser interpretado en función de la naturaleza de la muestra: ambos grupos han sido sometidos a tratamiento residencial, procedimiento en el cual necesariamente existe una participación familiar: por lo general son persuadidos a seguir tratamiento, justificados en sus obligaciones cotidianas, financiados, y representados en el centro de tratamiento por familiares. Esto quiere decir que los sujetos de ambos grupos mantienen un nivel básico de apoyo que se reflejaría en estas dos dimensiones, las que probablemente requieren de menor esfuerzo por parte de los demás. Claramente divertirse y reconocer aspectos positivos de una persona requiere una concentración y esfuerzo menor que ayudarlo, orientarlo, escucharlo o cubrirle necesidades económicas.

Tener dentro del ambiente familiar a alguien capaz de hacer un favor en caso de requerirlo (asistencia física), dar un consejo o sugerencia (orientación), conversar cosas personales y privadas (intimidad psicológica), contar con alguien capaz de ayudar en caso de necesidad económica (ayuda material) y vivir en un ambiente de pocos disgustos o desacuerdos (interacciones negativas), son los factores de mayor relevancia en las personas que han podido mantener remisión total por más de doce meses, y por tanto deben ser objetivos terapéuticos incluidos en el plan de tratamiento.

Por otra parte, la red familiar de apoyo de los abstinentes es significativamente mayor que la de los recaídos. En este sentido se concuerda con los antecedentes teóricos, que relacionan el apoyo social estructural general con una significativa reducción del riesgo de recaída (Havassy y Wasserman, 1991), pudiéndose especificar que en el ámbito familiar se mantiene la misma regla, y dentro de éste, son las cónyuges e hijos los que proporcionan apoyo estructural de significancia estadística.

Respecto de la magnitud del apoyo familiar, se pudo determinar que éste se relaciona significativamente con la abstinencia, siendo igualmente, los apoyos de cónyuges e hijos los que guardan una relación significativa. Estos resultados se relacionan con un estudio previo que concluye que el apoyo social de la familia y cónyuges tiene una importancia significativa en la abstinencia después de 6 meses (Ellis, Bernichon, Yu, Roberts y Herrell, 2004), a lo cual podemos agregar que esta relación se mantiene después de los 12 meses, y que los hijos, al igual que las cónyuges, también cumplen una función importante.

El estudio de Dobkin, De Civita, Paraherakis y Gill (2002), indica una superioridad de apoyo social (funcional) no significativa en los abstinentes, sin embargo no contempla al apoyo familiar puntualmente, por lo que nuestro estudio lo complementa al abocarse a un apoyo social de origen específicamente familiar.

Por otra parte la presencia de consumidores de sustancias dentro de la red familiar no parece ser un aspecto relevante en relación con la remisión total sostenida, pero sí la presencia de consumidores cercanos ajenos a la familia. La presencia de amigos, compañeros y conocidos (red

de apoyo informal) consumidores de sustancias se relaciona con la recaída sintomatológica antes de los doce meses; por lo que las estrategias de evitación de la red social consumidora de sustancias y realización de actividades incompatibles con el consumo de éstas, propuestas en el estudio de McIntosh & McKeganey (2000), se corroboran y recomiendan en el tratamiento de las adicciones.

De esta forma, es posible confirmar parcialmente las conclusiones expresadas en un estudio anterior referente a que la presencia de consumidores en la red de apoyo general predice mayor riesgo de recaída (Havassy y Wasserman, 1991), sin embargo los resultados no fueron estadísticamente significativos, fenómeno que puede explicarse por la diferenciación específica del origen del apoyo que se dio en nuestro estudio, y que llevó a determinar que dentro de la red general, la influencia familiar no guarda relación, pero sí en la red de apoyo informal.

Sobre este mismo tema, el estudio de Ellis, Bernichon, Yu, Roberts y Herrell (2004) concluyó que la presencia de cónyuges u otros significativos consumidores de sustancias se relaciona con la recaída, lo que es contradictorio con los resultados de nuestra investigación. Sobre esto cabe resaltar que existe una diferencia de género en la muestra de ambos estudios, pues el estudio previo fue constituido por sujetos de sexo femenino, mientras que el nuestro, por sujetos de sexo masculino.

Así también en otro estudio con una muestra de sujetos de 8 a 12 años de edad, se determinó que la presencia de familiares consumidores es un factor de riesgo de futuro abuso de sustancias (Ramírez y De Andrade, 2005).

Lo anterior nos lleva a preguntarnos si existen diferencias en la influencia de consumidores, según el género, para lo que se recomienda un estudio que contemple esta variable.

La recaída produce modificaciones en el apoyo proporcionado por la red social, en el sentido de una tendencia a perder apoyos. Pero esta modificación se produce casi exclusivamente en la red de apoyo familiar, y dentro de ésta, son las cónyuges las que más retiran apoyo. Probablemente la recaída produce en los familiares del individuo, sentimientos de frustración, enojo o tristeza, que

los lleva a retirar apoyos. Sin embargo los datos manejados en este estudio no son suficientes para determinar el tipo y cantidad de apoyo social que el individuo pierde como consecuencia de la recaída.

Se torna particularmente interesante el comportamiento de las cónyuges, ya que junto con los hijos, son las que proporcionan mayor apoyo social tanto estructural como funcional a los abstinentes, lo que se relaciona con el estudio de Havassy y Wasserman (1991), que indica que la mantención de la relación de pareja predice una significativa reducción del riesgo de recaída. Sin embargo son también las cónyuges las que más reaccionan retirando apoyo frente a la recaída, pues un 50% de éstas responden de esa forma.

Se recomienda en investigaciones posteriores, profundizar en el apoyo social proporcionado por las cónyuges, manejando con mayor prolijidad la variable de respuesta ante la recaída, siendo el estudio que mejor se ajusta a esta necesidad, el de tipo longitudinal.

Probablemente el apoyo familiar cumpla una importante función en la tarea de dar al paciente un nuevo sentido de sí mismo y del mundo, lo que pudiera servir como factor coadyuvante a la resignificación de experiencias en conflicto. Parece que el proceso terapéutico influye en la forma en que se percibe el apoyo, brindándole al sujeto una vivencia de recuperación que fomenta las experiencias de pertenencia y satisfacción familiar. Sin embargo, como es lógico, la culminación del proceso terapéutico completo es un elemento relevante en lo que respecta a positivas experiencias de apoyo del paciente (Richardson, 2002), más aún al considerar las características del abordaje familiar incluido en éste. En este sentido estamos de acuerdo con que el abandono anticipado del tratamiento es un factor de riesgo de recaída (Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino, 2008).

Al existir evidencia de la relación entre el apoyo social y los síntomas de adicción, ansiedad y depresión (Rhoads, 1983), resultaría interesante en futuras investigaciones indagar en los procesos subjetivos que pudieran relacionar el apoyo familiar, la regulación emocional y la abstinencia o recaída, y con ello generar una mayor comprensión del proceso de cambio. Más aún al considerar que los patrones de apego de tipo inseguro se relacionan con la percepción subjetiva

de bajo apoyo social (Markus, 2003), la que correspondería a nuestro concepto de apoyo social percibido, la que a su vez, según los resultados de nuestro estudio, se relaciona con la reaparición del síntoma adictivo (recaída).

No es claro que la edad de los pacientes en tratamiento guarde relación con la recaída y abstinencia después de un año.

La teoría ha indicado la existencia de una tendencia a que los pacientes de mayor edad culminen el tratamiento respecto de los de menor edad, quienes presentan un mayor índice de alta por abandono (Santos, Palomares y Pastor, 2000), y que los sujetos que abandonan anticipadamente el tratamiento tienen mayor posibilidad de recaída (Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino, 2008), lo que sugiere que los sujetos más jóvenes tendrían un índice mayor de recaída.

Sin embargo las correlaciones parciales en nuestro estudio indicaron que la edad no guarda relación con la recaída o abstinencia, y al no haber sido ésta una variable específica de estudio en nuestra investigación, los datos no son suficientes para afirmar tal relación.

Por tanto se recomienda en futuras investigaciones indagar esta variable y/o mantener edades homólogas en los grupos de estudio.

El instrumento ASSIS modificado resulta útil en las mediciones de apoyo social general y familiar en el ámbito de los trastornos relacionados con sustancias, dada sus características versátiles que se ajustan a las necesidades de la investigación.

El apoyo social de origen familiar se relaciona con la remisión de síntomas de abuso o dependencia de sustancias después de los doce meses, sin embargo es necesario profundizar aún más en los procesos subjetivos relacionados, así como también en las modificaciones del apoyo producidas como consecuencia de la recaída.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Al-Anon (s.f.). En *Cómo me ayuda Al-Anon*. Recuperado de <http://al-anon.alateen.org/como-me-ayuda-al-anon>
- Anderson, K., Ramo, D., Schulte, M., Cummins, K. & Brown, S. (2007). Substance use treatment outcomes for youth: Integrating personal and environmental predictors. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 42-48.
- Aravena, A. & Estévez, A. (1988). Conocidos amigos y salud mental: La red personal y las transiciones de la vida adulta. *Revista de Psiquiatría*, 5, 251-261.
- Arciero, G. (2000). Las organizaciones de personalidad: El enfoque postracionalista. *Revista de psicoterapia*, 11(41), 93-102.
- Arciero, G. (2009). *Tras las Hullas del Sí Mismo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Arciero, G. y Guidano, V. (2000). Experience, explanation, and the quest for coherence. In Neimeyer A.R., Raskin D.J. (Eds). *Constructions of Disorder*. Washington, D.C: APA Press.
- Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos. (2000). *Manual de diagnóstico y estadísticas de desórdenes mentales*, (4ª ed. revisada). Washington, DC: Autor.
- Barrera, M. (1980). A method for the assessment of social support net-works in community survey research. *Connections*, 3, 8-13.
- Beattie, M. y Longabaugh, R. (1999). General and alcohol-specific social support following treatment. *Addictive Behaviors*, 24(5), 593-606.
- Bravo, C. y Caro, M. (2002). Efectos psicosociales de la jubilación por vejez en las variables de autoestima y apoyo social en el adulto mayor afiliado al Instituto de Normalización Provisional (INP) de la Región Metropolitana. *Revista Psykhe*, 11(2), 89-108.
- Castro R., Campero L. y Hernández B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: Situación actual y nuevos desafíos. *Rev. Saúde Pública*, 31(4), 425-35.
- Cid-Monckton, P. y Pedrão L. J. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19, 738-745.
- Dobkin, P., De Civita, M., Paraherakis, A. y Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 93(3), 347-356.

- Ellis, B., Bernichon, T., Yu, P., Roberts, T. y Herrell J. M. (2004). Effect of social support on substance abuse relapse in a residencial treatment setting for women. *Evaluation and Program Planning*, 27, 213-221.
- Galanter, M. (1993). Network therapy for addiction: A model for office practice. *American Journal of Psychiatry*, 150(1), 28-36.
- Galván, J., Serna, G. y Hernández, A. (2008). Aproximación de las redes sociales: una vía alterna para el estudio de la conducta de uso de drogas y su tratamiento. *Salud Mental*, 31, 391-402.
- Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M. y Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista Médica Chile*, 136, 169-178.
- Guidano, V. (1987). *Complexity of the Self*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V. (2001). *Vittorio Guidano en Chile*. Recuperado desde www.posracionalismo.cl
- Havassy, B., Hall, S. y Wasserman, D. (1991). Social support and relapse: commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16, 235-246.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill
- Hernández, S., Pozo, C., Alonso, E. y Martos, M. (2005). Estructura y funciones del apoyo social en un colectivo de inmigrantes marroquíes. *Anales de psicología*, 21(2), 304-315.
- Herrera-Vázquez, M., Wagner, F. A., Velasco-Mondragón, E., Borges, G., & Lazcano-Ponce, E. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 46(2), 132-140.
- Kaplan, H. & Sandock, B. (1996). *Terapia de Grupo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- León, N. C. y Méndez, C. (2004). Poder y Amor: Articulaciones e Instituciones Familiares de Larga Duración, Ecuador. En P. Rodríguez (Ed.), *La Familia en Iberoamérica 1550-1980* (pp. 291-325). Bogotá: Edición del Convenio Andrés Bello.
- López, I., Menéndez, S., Lorence, B., Jiménez, L., Hidalgo, M. y Sánchez, J. (2007). Evaluación del apoyo social mediante la escala ASSIS: Descripción y resultados en una muestra de madres en situación de riesgo psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 16(3), 323-337.
- Mahoney, M. (2003/2005). *Psicoterapia Constructiva*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

- Marcos, J. A. y Garrido, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 339-362.
- Markus, D. R. (2003). *Addiction, attachment and social support*. (Tesis Doctoral). Alliant International University, California School of Professional Psychology, Los Angeles.
- Maturana, H. y Pörksen, B. (2004). *Del Ser al Hacer: Orígenes de la Biología del Conocer*. Santiago: Comunicaciones Noreste Ltda.
- McIntosh, J. & McKeganey, N. (2000). The Recovery from Dependent Drug Use: addicts' strategies for reducing the risk of relapse. *Drugs: education, prevention, and policy*, 7(2), 179-192.
- Méndez, P., y Barra, E. (2008). Apoyo Social Percibido en Adolescentes Infractores de Ley y no Infractores. *Revista Psykhe*, 17(1), 59-64.
- Molledo, A. (2004). Más allá de la nosografía: La explicación cognitivo procesal sistémica del síntoma. *Psicoperspectivas*, 3, 85-93.
- Moral, J. (2006). Adicción a las drogas: El problema y sus posibles soluciones desde una perspectiva biopsicosocial. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9(1), 1-20. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/>
- Murray, J. C. y López, A. (1996). Evidence-based health policy: lessons from the global burden of disease study. *Science*, 274, 740-743.
- Narcóticos Anónimos (1991). *Libro Básico*. U.S.A.: Narcotics Anonymous World Services, Inc.
- Nizama, M., Cachay, C., Sáñez, Y. y Lavarello, H. (1994). Proyecto de un plan nacional para la prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de las adicciones. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 57, 25-45.
- Ortiz, D. R. (2009). Codependencia: una revisión histórica del término I. *Acesso em*, 20.
- Ovejero, A. (2000). La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una intervención eficaz. *Intervención Psicosocial*, 9(2), 199-215.
- Pizarro, C. J. (1998). Redes de apoyo social en adolescentes institucionalizados. *Terapia Psicológica*, 7(1), 25-33.
- Ramírez, M. y De Andrade, D. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 813-818.

- Rhoads, D. L. (1983). A longitudinal study of life stress and social support among drug abusers. *Substance Use & Misuse*, 18(2), 195-222.
- Richardson, L. (2002). Substance abusers' friendships and social support networks in the therapeutic community. *Therapeutic Communities*, 23 (2), 85-104.
- Rodríguez, M., Pinzón, S., Máiquez, A., Herrera, J., De Benito, M. y Cuesta, E. (2004). ¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa «libre de drogas» en prisión? *Medicina de Familia*, 5, 16-26.
- Rollnick, S. y Miller, W. (1996). ¿Qué es la Entrevista Motivacional? *Revista de Toxicomanía*, 6, 3-7.
- Rosenberg, H. (1983). Relapsed versus not-relapsed alcohol abusers: Coping skills, life events, and social support. *Addictive Behaviors*, 8, 183-186.
- Santos, P., Palomares, J. V. y Pastor M. A. (2000). Variables predictoras de evolución en una unidad de deshabitación residencial. *Adicciones*, 12 (4), 487-491.
- Spinelli, F.; Ocampo, E.; Minacore, A.; Castillo, J. y De Rosa, H. (2000). *Una Experiencia con Terapia Cognitiva Posracionalista en el Tratamiento de las Adicciones*. Recuperado desde www.centroguidano.com.ar
- Velasco, R. (1994). *Adicto y Adicciones*. Quito: Instituto Ecuatoriano de Adiccionesología y Psicoterapia.
- Yáñez, J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne, W., Leiva, V. y Vergara, P. (2001). Hacia una Metateoría Constructivista Cognitiva de la Psicoterapia. *Revista de Psicología*, 10(1), 97-110.

8. ANEXOS

8.1. Anexo 1

Ficha de Datos de Especificación e Inclusión

Nombre: _____ Participante #: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
Número de hijos: _____ Vive con: _____
Fono domicilio: _____ Celular: _____ Ciudad residencia: _____
E-mail: _____ Lugar o vía de primer contacto: _____
Fecha de contacto: _____ Diagnóstico: _____
Curso patológico: _____
Número de tratamientos: _____ Lugar y tipo de tratamiento (anterior)/fecha aprox./
duración/tiempo sin síntomas desde el término del tratamiento: _____

Inclusión: Si: No:

8.2. Anexo 2

Entrevista sobre Lazos Sociales de Arizona

Nota: Las instrucciones para el entrevistador están escritas entre paréntesis. Las respuestas se deben anotar en la hoja de respuestas ASSIS.

(PARA LEER AL ENTREVISTADO)

En los próximos minutos me gustaría tener una idea acerca de la gente que, de alguna forma, es importante para usted. Le leeré situaciones que indican algunas formas en que las personas son importantes para nosotros. Después de que haya leído cada situación, le pediré que me dé el primer nombre, iniciales, o apodo de las personas que encajan con la situación. Estas personas pueden ser amigos, compañeros, familiares, profesores, sacerdotes, pastores, doctores, tíos, o cualquier persona conocida suya.

Si tuviera alguna pregunta sobre las descripciones después que las haya leído, por favor pregúnteme y trataré de hacerlas más claras.

A. (INTERACCIONES DE INTIMIDAD PSICOLÓGICA)

A1. Si quisiera conversar con alguien acerca de cosas personales o privadas, ¿con quién las conversaría? (fuera de su internamiento, en caso de recaídos). Deme el primer nombre, iniciales, o apodo de las personas con quienes conversaría de sus cosas personales o privadas.

(SI EL ENTREVISTADO ES INCAPAZ DE NOMBRAR A ALGUIEN, VAYA A LA PREGUNTA A4)

(SI EL ENTREVISTADO NOMBRA UNA O MÁS PERSONAS, PREGUNTE POR ALGÚN NOMBRE ADICIONAL): ¿No hay nadie más a quien pueda nombrar?

A2. Durante el último mes (previo a su internamiento, en caso de recaídos), ¿con cuál de estas personas efectivamente habló de cosas personales o privadas?

(PREGUNTE ESPECÍFICAMENTE ACERCA DE AQUELLAS PERSONAS QUE APARECIERON MENCIONADAS FRENTE A LA PREGUNTA A1 Y QUE NO FUERON MENCIONADAS FRENTE A LA PREGUNTA A2)

A3. En términos de sentirse conforme o satisfecho con la conversación, ¿cómo calificaría las veces que habló durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos) de sus cosas y sentimientos personales?

Mire esta tarjeta (MUESTRE LA TARJETA DE SATISFACCIÓN) y dígame cuál número describe mejor su calificación. (MARQUE UN NÚMERO DEL 1 AL 7 EN LA HOJA DE RESPUESTAS).

A4. Durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos), ¿cuánto piensa usted que necesitó de alguna persona para conversar acerca de cosas que eran personales o privadas?

Mire esta tarjeta (MUÉSTRESE LA TARJETA NECESIDAD) y dígame cuál número describe mejor esa necesidad.

B. (AYUDA MATERIAL)

B1. Si necesitara pedir prestado USD \$100 o algo de valor, ¿cuál de las personas que conoce le prestaría o regalaría esa cantidad o más, o le prestaría o regalaría algo de valor (un objeto material)?

Puede nombrar algunas de las personas que ya ha nombrado si ellas también encajan con esta situación, o puede nombrar a alguna otra.

(SI EL ENTREVISTADO NO ES CAPAZ DE NOMBRAR A ALGUIEN, VAYA A LA PREGUNTA B4)

(SI EL ENTREVISTADO NOMBRA UNA O MÁS PERSONAS, PREGUNTE POR NOMBRES ADICIONALES DE LA SIGUIENTE FORMA): ¿Existe alguien más a quien pueda nombrar?

B2. Durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos), ¿cuál de estas personas efectivamente le prestó o dio una cantidad mayor a USD \$100 o le prestó o dio algo de valor que necesitaba?

(PREGUNTE ESPECÍFICAMENTE ACERCA DE AQUELLAS PERSONAS ENLISTADAS EN LA PREGUNTA B1 Y QUE NO FUERON MENCIONADAS EN LA PREGUNTA B2)

B3. Durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos), ¿qué tan a gusto quedó con las cosas que la gente le prestó o dio?

(MUESTRE LA TARJETA DE SATISFACCIÓN Y MARQUE LA RESPUESTA EN LA HOJA DE RESPUESTAS)

B4. Durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos), ¿en qué medida cree que necesitó de alguna persona que le prestara o diera cosas que necesitaba?

(MUESTRE LA TARJETA DE NECESIDAD Y REGISTRE LA RESPUESTA EN LA HOJA DE RESPUESTAS)

C. (ORIENTACION)

C1. ¿A quién recurriría si estuviera en una situación en que necesitara de algún consejo? (fuera de su internamiento, en caso de recaídos)

Recuerde que puede nombrar alguna de las personas que ha mencionado antes, o puede nombrar a alguna nueva.

(SI EL ENTREVISTADO ES INCAPAZ DE NOMBRAR A ALGUIEN; VAYA A LA PREGUNTA C-4)

(SI EL ENTREVISTADO NOMBRA UNA O MÁS PERSONAS, BUSQUE ALGÚN NOMBRE ADICIONAL PREGUNTANDO:) ¿Hay alguien más a quien pueda nombrar?

C2. Durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos), ¿cuál de estas personas le dio efectivamente algún consejo importante?

(REVISE AQUELLAS PERSONAS NOMBRADAS EN C1 Y QUE NO FUERON NOMBRADAS EN C2)

C3. Durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos), ¿qué tan satisfecho se sintió con el o los consejos que le dieron?

(MUESTRE LA TARJETA DE SATISFACIÓN Y REGISTRE LA RESPUESTA EN LA HOJA DE RESPUESTAS)

C4. Durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos), ¿en qué medida piensa usted que necesitó de algún consejo?

(MUESTRE LA TARJETA DE NECESIDAD Y REGISTRE LA RESPUESTA EN LA HOJA DE RESPUESTAS)

D. (RETROALIMENTACIÓN POSITIVA)

D1. ¿Quiénes son las personas que le harían saber si las cosas que usted hace o sus ideas les gustan? (fuera de su internamiento, en caso de recaídos). Ellos podrían ser gente que ya mencionó antes o personas nuevas.

(SI EL ENTREVISTADO ES INCAPAZ DE NOMBRAR A ALGUIEN, VAYA A LA PREGUNTA D4)

(SI EL ENTREVISTADO NOMBRA UNA O MÁS PERSONAS, PREGUNTE POR ALGÚN NOMBRE ADICIONAL DE LA SIGUIENTE FORMA:) ¿Existe alguien más a quien pueda nombrar?

D2. Durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos), ¿cuál de estas personas realmente le mencionó que le gustaban algunas ideas suyas o cosas que usted hizo?

(REVISE AQUELLAS PERSONAS NOMBRADAS EN D1 Y QUE NO FUERON NOMBRADAS EN D2)

D3. Durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos), ¿qué tan satisfecho o insatisfecho se sintió cuando esas personas le dijeron que les gustaban sus ideas o cosas que usted había hecho?

(MUESTRE LA TARJETA DE SATISFACIÓN Y REGISTRE LA RESPUESTA EN LA HOJA DE RESPUESTAS)

D4. Durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos), ¿en qué medida cree usted que necesitó de alguna persona que le hubiese dicho o comentado que le gustaban sus ideas o cosas que había hecho?

(MUESTRE LA TARJETA DE NECESIDAD Y REGISTRE LA RESPUESTA EN LA HOJA DE RESPUESTAS)

E. (ASISTENCIA FÍSICA)

E1. ¿Cuáles son las personas a las que podría recurrir y que le pudieran dar de su tiempo y energías para ayudarle o que hagan por usted algo que necesite; cosas como llevarle a algún lugar que necesite ir, lavarle la ropa cuando no puede hacerlo, ir a comprar cosas por usted, etc.? (fuera de su internamiento, en caso de recaídos). Recuerde que pueden ser personas ya nombradas o nuevas.

(SI EL ENTREVISTADO ES INCAPAZ DE NOMBRAR A ALGUIEN, VAYA A LA PREGUNTA E4)

(SI EL ENTREVISTADO NOMBRA UNA O MÁS PERSONAS, PREGUNTE POR ALGÚN NOMBRE ADICIONAL DE LA SIGUIENTE FORMA:) ¿Existe alguien más a quien pueda nombrar?

E2. Durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos), ¿cuáles de esas personas realmente le ayudaron en cosas que necesitaba hacer?

(PREGUNTE POR AQUELLAS PERSONAS NOMBRADAS EN E1 Y QUE NO FUERON NOMBRADAS EN E2)

E3. Durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos), ¿qué tan satisfecho o insatisfecho se sintió con la ayuda recibida para hacer esas cosas que necesitaba hacer?

(MUESTRE LA TARJETA DE SATISFACIÓN Y REGISTRE LA RESPUESTA EN LA HOJA DE RESPUESTAS)

E4. Durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos), ¿en qué medida crees usted que necesitó de gente que le hubiese ayudado a hacer cosas?

(MUESTRE LA TARJETA DE NECESIDAD Y REGISTRE LA RESPUESTA EN LA HOJA DE RESPUESTAS)

F. (PARTICIPACIÓN SOCIAL)

F1. ¿Quiénes son las personas con quienes se junta para divertirse o pasarlo bien? (antes de su internamiento, en caso de recaídos). Ellos podrían ser personas que ya mencionó antes o personas nuevas.

(SI EL ENTREVISTADO ES INCAPAZ DE NOMBRAR A ALGUIEN, VAYA A LA PREGUNTA F4)

(SI EL ENTREVISTADO NOMBRA UNA O MÁS PERSONAS, PREGUNTE POR ALGÚN NOMBRE ADICIONAL DE LA SIGUIENTE FORMA:) ¿Existe alguien más a quien pueda nombrar?

F2. Durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos), ¿Con cuál de estas personas realmente se juntó para entretenerse o pasarlo bien?

(REVISE AQUELLAS PERSONAS NOMBRADAS EN F1 Y QUE NO FUERON NOMBRADAS EN F2)

F3. Durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos), ¿qué tan satisfecho o insatisfecho se sintió esas veces que se juntó con esas personas para divertirse y pasarlo bien?

(MUESTRE LA TARJETA DE SATISFACIÓN Y REGISTRE LA RESPUESTA EN LA HOJA DE RESPUESTAS)

F4. ¿Qué tanto necesitó, durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos), de gente con quien divertirse y pasarlo bien?

(MUESTRE LA TARJETA DE NECESIDAD Y REGISTRE LA RESPUESTA EN LA HOJA DE RESPUESTAS)

G. (INTERACCIONES NEGATIVAS)

G1. ¿Quiénes son las personas con quienes no se lleva bien, tiene desacuerdos, o puede esperar tener algún disgusto? (antes de su internamiento, en caso de recaídos). Ellos podrían ser gente que ya mencionó antes o personas nuevas.

(SI EL ENTREVISTADO NO IDENTIFICA A NADIE, VAYA A H)

G2. Durante el mes pasado (previo a su internamiento, en caso de recaídos), ¿Con cuál de estas personas realmente tuvo desacuerdos desagradables, o realmente se enojó o se molestó?

(REVISE AQUELLAS PERSONAS NOMBRADAS EN G1 Y QUE NO FUERON NOMBRADAS EN G2)

H. (RESPUESTA FRENTE A LA RECAÍDA)

¿Hubo personas que se alejaron o dejaron de brindarle apoyo después de su recaída? Ellos podrían ser gente que ya mencionó antes o personas nuevas.

(SI EL ENTREVISTADO NO IDENTIFICA A NADIE O NO EXISTE RECAÍDA, DEJE ESPACIO EN BLANCO EN HOJA DE RESPUESTAS)

I. (RED SOCIAL CONSUMIDORA DE SUSTANCIAS)

I1. ¿Hay personas cercanas a usted que consumen drogas y/o alcohol? Ellos podrían ser gente que ya mencionó antes o personas nuevas.

I2. ¿Aproximadamente con qué frecuencia consume?

1. 1 VEZ A LA SEMANA O MÁS
2. 1 O 2 VECES AL MES
3. MENOS DE 1 VEZ AL MES

J. (CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LAS PERSONAS DEL NETWORK)

Ahora me gustaría obtener alguna información sobre las personas que ha mencionado (DE CADA PERSONA DE LA LISTA). Podría decirme:

Relación: ¿Cuál es la relación de esta persona contigo? (Familiar: hermano, tío, madre, abuela, etc. Profesional: profesor, A.T.A., doctor, psicólogo, asistente social, etc. Amigo: de la iglesia, del club, del barrio, del hogar, del colegio, etc.)

Edad (E.): ¿Qué edad tiene esta persona?

Sexo (S.): ¿Es hombre o mujer?

Frecuencia (F.): ¿Con qué frecuencia ha conversado con esta persona durante las últimas cuatro semanas?

(MUESTRE LA TARJETA DE FRECUENCIA Y REGISTRE LA RESPUESTA EN LA HOJA DE RESPUESTAS)

TARJETA DE FRECUENCIA

1. CASI TODOS LOS DÍAS.
2. ALGUNAS VECES A LA SEMANA.
3. UNA VEZ A LA SEMANA.
4. UNA O DOS VECES DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS.
5. NINGUNA VEZ.

TARJETA DE NECESIDAD

1. NINGUNA NECESIDAD.
2. POCA NECESIDAD.
3. MODERADA NECESIDAD.
4. MUCHA NECESIDAD.
5. MUCHÍSIMA NECESIDAD.

TARJETA DE SATISFACCIÓN

1. MUY INSATISFECHO.
2. MODERADAMENTE INSATISFECHO.
3. UN POCO INSATISFECHO.
4. NI SATISFECHO NI INSATISFECHO.
5. UN POCO SATISFECHO.
6. MODERADAMENTE SATISFECHO
7. MUY SATISFECHO.

8.3. Anexo 3

Hoja de respuestas del Arizona Social Support Interview Schedule

Participante #: _____ Fecha: _____ Dx: _____ Curso pat.: _____

Período de abstinencia: _____ Lugar de administración: _____

	A				B				C				D				E				F				G		H	I		J							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2		1	2	Relación		E.	S.	F.			
Nombre o iniciales																																					
1.-																																					
2.-																																					
3.-																																					
4.-																																					
5.-																																					
6.-																																					
7.-																																					
8.-																																					
9.-																																					
10.-																																					
11.-																																					
12.-																																					
13.-																																					
14.-																																					
15.-																																					
16.-																																					
17.-																																					
18.-																																					
19.-																																					
Totales:																																					

8.4. Anexo 4



Consentimiento Informado Participante

Esta investigación, en que se solicita su participación, tiene por objetivo conocer las redes sociales y familiares, de hombres mayores de edad con problemas de consumo de alcohol y/o drogas, que hayan recibido tratamiento residencial (internamiento). El propósito de este documento consiste en ofrecer información que le permita decidir su participación, en forma libre y voluntaria en este estudio.

Esta actividad dura aproximadamente entre 20 y 40 minutos, en una sola sesión. No tendrá ningún costo económico para usted. Consiste en proporcionar al examinador algunos datos relativos a su estado de salud y responder una serie de preguntas dirigidas a conocer aspectos de su red social y familiar.

No se consideran beneficios ni compensaciones directas de ningún tipo asociados a su participación en este estudio; sin embargo significa un aporte para la investigación científica en psicología. Su participación no conlleva riesgos ni perjuicios de ninguna clase.

La información se tratará de manera colectiva, sus respuestas serán codificadas y manejadas de manera anónima y con absoluta confidencialidad. Los datos recolectados serán almacenados en las oficinas del Investigador Responsable, quien velará porque nadie ajeno al proyecto tenga acceso a sus respuestas. Los datos se ocuparán exclusivamente para fines asociados a la presente investigación.

Si tiene cualquier duda posterior sobre esta investigación comuníquese con el Investigador Responsable (datos de contacto al pie de página), o con el Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades, de la Universidad de Chile, al correo electrónico rvillarr@uchile.cl o al teléfono (56-2) 29787023.

Si usted decide no participar en este estudio, comuníquese a la persona que le está entregando el presente documento. Tal decisión no afectará en ningún sentido la atención que está recibiendo actualmente por la institución de salud (en caso de estar en tratamiento). Para ello no es preciso que entregue ninguna explicación. Tampoco ello acarreará para usted ninguna consecuencia negativa ni pérdida de derechos ya adquiridos. De igual forma usted tiene derecho a retractarse de participar en cualquier momento.

Una vez que se hayan analizado los datos, si lo deseara podrá acceder a un resumen de los resultados, para lo cual debe proporcionar sus datos de contacto con el fin de hacerle llegar la información correspondiente.

Usted tiene derecho a hacer todas las preguntas que le parezcan necesarias al Investigador Responsable respecto de las características de este estudio y de su participación en él.

Yo, declaro haber leído y comprendido este documento, y después de haberseme contestado satisfactoriamente todas mis preguntas, acepto voluntariamente participar en este estudio, entendiendo que puedo retirarme en cualquier momento, sin que ello signifique perjuicio alguno para mí. Esto queda expresado en la firma que se indica a continuación:

Firma participante: _____ Firma Investigador Responsable: _____

Recibo copia idéntica a este documento.

Fecha: _____

Nombre y apellidos del Investigador Responsable: **Ps. C. César Ossorio Portales**
Teléfono y correo electrónico de contacto: **09-91287357 / pscsaraop@ug.uchile.cl**