



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APOYO SOCIAL EN DROGODEPENDIENTES**

**TUTOR:**

MARÍA VERÓNICA MARTÍNEZ

**AUTORES:**

BLANMYLL ESCALONA  
ALEXANDER SAAVEDRA

**CARACAS, MARZO DE 2016**



**Universidad Central de Venezuela**  
**Facultad de Humanidades y Educación**  
**Escuela de Psicología**  
**Departamento de Psicología Clínica**

**Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes.**

(Trabajo de Licenciatura presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito parcial para optar al título de Licenciado en Psicología)

**Tutor:**

María Verónica Martínez

**Autores:**

Blanmyll Escalona<sup>1</sup>

Alexander Saavedra<sup>2</sup>

**Caracas, marzo de 2016**

<sup>1</sup>Blanmyll Escalona angelyescalona@gmail.com

<sup>2</sup>Alexander Saavedra alexandersaavedra211@hotmail.com

Para comunicarse en relación al presente trabajo de investigación, favor escribir a las direcciones de correo electrónico antes descritas.

## **Agradecimientos**

A la Universidad Central de Venezuela por brindarnos sus espacios como una segunda casa, en la cual la guía en formación intelectual y enseñanzas de vida estuvieron garantizadas. Gracias por enseñarnos porqué eres “La casa que vence la sombra”, por ti la lucidez estará siempre garantizada.

A la Institución HUMANA y al Centro de Rehabilitación Clínica Tía Panchita, por servirnos de espacios en donde se pudo desarrollar el grueso de nuestro proceso investigativo, gracias por ayudarnos a la consecución de nuestros objetivos en esta etapa de formación como psicólogos.

A la Licenciada. Yajaira Brito por tendernos puentes necesarios para la aplicación de los instrumentos en las Instituciones –HUMANA y Tía Panchita-. A la Licenciada. Ana Teresa Urdaneta por la asesoría brindada en distintas fases de trabajo. A todos los representantes Institucionales que fueron cumbre en el desenvolvimiento del proceso de investigación, su participación y colaboración hicieron este trabajo muy gratificante.

A los participantes de la investigación, quienes con su mayor disposición ayudaron a la recolección de los datos necesarios que se transformaron en aportes en materia intelectual y en pro a la mejora del tratamiento a la problemática en la cual están inmersos.

A nuestras familias y amigos de la Universidad por acompañarnos durante todo el proceso formativo y más aún por brindarnos su apoyo, motivación y dirección en la elaboración de la presente investigación, sin duda fueron un eslabón esencial del convertirnos en psicólogos.

A la Profesora María Verónica Martínez por su apoyo en el desarrollo de este trabajo bajo el rol de tutora, gracias por ayudarnos a conseguir uno de los más grandes logros académicos que se traduce en esta tesis bajo el emblema del esfuerzo y la perseverancia. Al Profesor Dimas Sulbarán por la asesoría metodológica, gracias a sus aportes y vasto conocimiento en el área pudimos encausar los resultados obtenidos y ajustarlos a un modelo lógico lo cual permitió un mayor alcance interpretativo.

## **Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes.**

Escalona, B. y Saavedra, A.

Universidad Central de Venezuela.

Marzo, 2016.

### **Resumen**

El objetivo de la investigación fue determinar la asociación entre la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social como componentes de la adherencia al tratamiento en una muestra de 54 pacientes drogodependientes de sexo masculino entre 18 y 47 años que se encuentran hospitalizados/internos en diferentes etapas de tratamiento para drogodependencias en el Centro de Rehabilitación Clínica Tía Panchita, institución dedicada al tratamiento y la rehabilitación de adicciones. La investigación estuvo compuesta por dos etapas de trabajo, en la primera etapa (Etapa Preparatoria) se llevó a cabo la validación de los instrumentos a utilizar: Cuestionario de Apoyo Social MOS y APGAR Familiar, dicha validación se realizó a través de jueces expertos con el fin de evaluar la pertinencia y redacción de los ítems que componen los instrumentos. Posteriormente, se procedió a validar si los instrumentos resultan sensibles a ser aplicados a pacientes drogodependientes, para ello se llevó a cabo la aplicación de una prueba piloto, donde se encontró que la muestra podía responder de manera efectiva los instrumentos sin ningún problema. La segunda etapa (Etapa de Trabajo de Campo) consistió en la aplicación de los instrumentos antes validados. Como resultado de dicha aplicación se obtuvo que aquellos pacientes que poseen una familia normofuncional tienden a percibir el Apoyo Social como suficiente (,277), lo que significa que a medida que se encuentran índices altos o bajos en el cuidado y el apoyo que un individuo recibe de su propia familia (Funcionalidad Familiar), los participantes tienden a mostrar mayor o menor satisfacción de necesidades sociales básicas -afiliación, afecto, pertenencia, seguridad, entre otros- (Apoyo Social). Por lo tanto se debe considerar el trabajo en dichas variables al momento de diseñar intervenciones para el tratamiento en drogodependencias.

*Palabras clave:* Drogodependencia, Funcionalidad Familiar, Apoyo Social, Adherencia, Familia, Drogas.

## **Family Functionality and Social Support Drug Addiction.**

Escalona, B. and Saavedra, A.

Universidad Central de Venezuela.

Marzo 2016.

### **Abstract**

The objective of this research is to determine the association between family function and social support as components of adherence to treatment in a sample of 54 male patients with drug addiction between the ages of 18 and 47 who are hospitalized/inmates at different stages of treatment for drug addiction at the Centre for Rehabilitation Clinic Tia Panchita, an institution dedicated to the treatment and rehabilitation of addictions. The research consisted of two stages of work. In the first stage, (the preparatory stage) it was carried out to validate the instruments to be used: Expert judges performed Social Support Questionnaire, MOS Questionnaire and Family APGAR, this validation was done in order to assess the relevance and redaction of the items that make up the instruments. Subsequently, we proceeded to verify if the instruments were sensitive to be applied to drug dependent subjects; a pilot test was done for that, where it was found that the sample could respond effectively to the instruments without any problem. The second stage (fieldwork stage) involved the implementation of the instruments; As a result of the application it was found that patients who have a normofunctional family tend to perceive social support as sufficient (,277), which means that as high or low levels in the care and support are an individual receives from his own family (family functioning), participants tend to show greater or lesser satisfaction -afiliación basic social needs, affection, belonging, security, among others (social Support). Therefore you should consider working in these variables when designing interventions for drug addiction treatment.

*Keywords:* Drug Addiction, Family Functioning, Social Support, Adherence, Family, Drugs.

**Tabla de Contenidos**

Agradecimientos.....	iii
Resumen .....	iv
Abstract .....	v
I. Introducción.....	1
II. Marco Referencial.....	4
Drogodependencias.....	4
Qué son las drogas.....	4
Clasificación de las drogas.....	4
Tipos de consumo.....	7
Impacto social.....	8
Qué es la Drogodependencia.....	9
La familia .....	10
Factores Familiares de Riesgo.....	13
Otras investigaciones.....	14
Funcionalidad Familiar .....	17
Adherencia.....	20
Adherencia al tratamiento .....	20
Apoyo Social .....	23
Tipos de Apoyo Social .....	24
III. Planteamiento del Problema .....	26
IV. Objetivos.....	33
Objetivo general.....	33
Objetivos específicos .....	33
V. Marco Metodológico y Resultados .....	34
Etapa Preparatoria.....	34
Fase I. Validación de los instrumentos.....	35
Fase II. Prueba piloto.....	39
Etapa de Trabajo de Campo .....	43
Objetivo.....	43

Muestra .....	43
Materiales .....	45
Instrumentos .....	46
Tipo de investigación .....	50
Diseño de Investigación .....	51
Procedimiento .....	53
Consideraciones Éticas.....	55
Resultados .....	55
VI. Discusión y Conclusiones. ....	79
VII. Limitaciones y Recomendaciones .....	96
Limitaciones.....	96
Recomendaciones .....	98
VIII. Referencias .....	100
IX. Apéndices .....	107

**Índice de tablas**

Tabla 1. <i>Resumen de las Fases de la Etapa Preparatoria</i> .....	34
Tabla 2. <i>Datos de los Expertos en Drogodependencias</i> .....	36
Tabla 3. <i>Resultados del Grado de Acuerdo en Cuanto a Redacción y Pertinencia de los Ítems</i> .....	38
Tabla 4. <i>Tiempo Promedio de Ejecución por Instrumento</i> .....	42
Tabla 5. <i>Grado de Acuerdo de los Participantes en la Comprensión de los Instrumentos</i> .....	42
Tabla 6. <i>Variables, Dimensiones e Instrumentos Asociados</i> .....	49
Tabla 7. <i>Estructura de la Sesión de Evaluación</i> .....	55
Tabla 8. <i>Datos Básicos</i> .....	58
Tabla 9. <i>Funcionalidad Familiar. Estadísticos Descriptivos</i> .....	61
Tabla 10. <i>Funcionalidad Familiar. Clasificación de los Resultados</i> .....	61
Tabla 11. <i>Apoyo Social</i> .....	64
Tabla 12. <i>Apoyo Social y sus Dimensiones</i> .....	65
Tabla 13. <i>Correlación Entre las Variables y sus Dimensiones</i> .....	69
Tabla 14. <i>Influencias Directas</i> .....	72
Tabla 15. <i>Influencias Indirectas</i> .....	74
Tabla 16. <i>Correlaciones Entre Variables</i> .....	76



**Índice de Figuras**

*Figura 1.* Resumen de las Etapas y Fases de la Investigación ..... 34

*Figura 2.* Droga de Impacto ..... 59

*Figura 3.* Droga de Preferencia..... 60

*Figura 4.* Funcionalidad Familiar ..... 62

*Figura 5.* Apoyo Social Cuestionario Mos. .... 63

*Figura 6.* Ruta de Ecuaciones Estructurales ..... 70

*Figura 7.* Influencias Directas..... 73

*Figura 8.* Influencias Indirectas ..... 75

*Figura 9.* Análisis de Dispersión. Droga de Impacto y Funcionalidad Familiar . 77

*Figura 10.* Análisis de Dispersión. Droga de Impacto y Apoyo Social. .... 78

**Índice de Apéndices**

Apéndices A. Formato de validación de expertos .....	108
Apéndice B. Instrumentos. APGAR Familiar .....	113
Apéndice C. Instrumentos. MOS.....	114
Apéndice D. Recolección de datos básicos .....	115
Apéndices E. Permiso a las Instituciones .....	116
Apéndices F. Consentimiento informado .....	118
Apéndices G. Artículos del Código de Ética Considerados en la Investigación .....	119

## **I. Introducción**

En la actualidad se cuenta con estudios que han logrado identificar características que enmarcan la influencia de diversos aspectos de la adherencia al tratamiento en pacientes drogodependientes, entre dichos factores, el medio de desenvolvimiento del individuo –sobre todo en la etapa de la adolescencia- promueve y mantiene el tipo de afrontamiento, tanto en el núcleo familiar así como en el grupo de referentes sociales. Sin embargo, variables inherentes al paciente como la Funcionalidad Familiar y variables inherentes al tratamiento como el Apoyo Social, no han sido relacionadas ni estimado su impacto en conjunto sobre la adherencia al tratamiento en drogodependencias.

El abordaje de estas variables resulta oportuno tomando en cuenta que la no adherencia al tratamiento es un fenómeno mundial considerado como grave debido a la pérdida del control de la enfermedad y que además genera costos elevados para el sistema de salud por factores tales como las recaídas en las enfermedades (Correa, Galeno y Silva, 2005). Aunado a lo anterior, se tiene que la mayoría de los estudios realizados sobre la adherencia al tratamiento hacen referencia a enfermedades crónicas (Peralta, 2012); sin embargo, resulta importante la incorporación de la drogodependencia dado el alto nivel de abandono del tratamiento y recaídas en el consumo, lo cual trae consecuencias a nivel social, tales como: mal desempeño y abandono escolar, falta de productividad en el trabajo y el desempleo, costos económicos altos para el enfermo y su familia, implicación en actos delictivos y de violencia (OEA, 2013).

En concordancia con lo anterior, debido a que se han realizado estudios donde se ha delimitado la constitución del drogodependiente desde el inicio hasta el mantenimiento de la problemática del consumo, la presente investigación pretende estudiar la asociación entre la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social, identificándolas como referentes que fomentan y mantienen la adherencia al tratamiento, de manera tal, que logrando esclarecer dichas asociaciones, se presentará una aproximación en cuanto a la importancia que cobran al momento de promover y/o

mantener a una persona con problemas de consumo, en un tratamiento de drogodependencias.

En principio, se enmarcará una concepción global de la temática de las drogas, pasando por los aspectos constituyentes tales como: qué son y cómo se clasifican, los tipos de consumo, el proceso de la conducta adictiva, la drogodependencia, la familia y sus funciones como agente protector o promotor de las conductas adictivas; los tipos de familia y la Funcionalidad Familiar de pacientes drogodependientes. Posteriormente, se describirá el concepto de adherencia al tratamiento, la no adherencia, las conductas que incluyen adhesión y los factores que la afectan y por consiguiente se permitirá esclarecer cómo el Apoyo Social es una variable de peso para dicho constructo.

Con el propósito de determinar la asociación entre la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social en pacientes drogodependientes en programa de hospitalización, se llevó a cabo una investigación de tipo correlacional de campo-no experimental, cuya metodología constó de dos etapas de trabajo: la primera -Etapa Preparatoria-, la cual se sub divide en una primera fase de validación de instrumentos por expertos en el área de drogodependencias y una segunda fase que constituye la aplicación de la prueba piloto con el fin de validar la comprensión, reacción y tiempo de ejecución al responder los instrumentos en ocho (8) participantes con edades comprendidas de 19 a 54 años, con heterogeneidad en cuanto a las características de la Funcionalidad Familiar, historial de drogodependencia y Apoyo Social. Los participantes estaban adscritos a la Institución HUMANA, en donde se encontraban bajo la aplicación de un programa llamado "Hospital Día" el cual consiste en dirigirse a la Institución diariamente.

La segunda etapa -Etapa Trabajo de Campo-, en la cual se determinó la asociación entre la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social en drogodependientes en una muestra obtenida de manera intencional compuesta por 54 pacientes de sexo masculino entre 18 y 47 años que se encuentran hospitalizados/internos en diferentes etapas de tratamiento para drogodependencias en el Centro de Rehabilitación Clínica Tía Panchita, Institución dedicada al tratamiento y la rehabilitación de adicciones. Posteriormente, se realizó el análisis de los resultados obtenidos mediante el uso de estadísticos no paramétricos –dado el tamaño de la muestra-, y consecuentemente se

## **Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes** 3

llevó a cabo la discusión de los mismos en donde se dilucidaron los aportes provenientes de dichos datos y las implicaciones que conlleva para la adherencia al tratamiento.

## **II. Marco Referencial.**

### **Drogodependencias**

#### **Qué son las drogas**

En el abordaje de las drogodependencias ha existido una variación en cuanto a la manera de entenderlas y/o clasificarlas, además, a partir de esa denominación la estructura de los planes de tratamiento suelen variar dada la multicausalidad del fenómeno.

Teniendo en cuenta la consideración anterior, son distintos los organismos y/o entidades que han definido la droga como tal, sin embargo, la referencia de mayor relevancia la establece la Organización Mundial de la Salud (1997, c.p Soto, 2010) quien define las drogas como: “toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas” (p. 156).

A su vez Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo (2009) aportan una definición que permite enmarcar la presente investigación, definiendo las drogas como “todas aquellas sustancias psicoactivas que con acción reforzadora positiva, son capaces de generar dependencia psicológica y también física, y que ocasionan en muchos casos, un deterioro psicoorgánico, y de conducta social” (p.2).

#### **Clasificación de las drogas**

De igual manera, aún y cuando se cuenta con diversas clasificaciones de las drogas, Rossi (2008) indica que se las puede agrupar según los efectos que producen, la procedencia, la intensidad de la adicción que provocan, el tipo de dependencia, la potencialidad farmacológica, si son legales o ilegales, suaves o duras, y muchas otras variantes.

Serrano (2002) ofrece una clasificación basada en tres criterios, efectos en el Sistema Nervioso Central, su aceptación social y su peligrosidad, a continuación se detallan de mejor manera:

- Según sus efectos en el Sistema Nervioso Central:
  - Depresoras: son aquellas que bloquean el funcionamiento del cerebro con efectos que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma, en un progresivo proceso de enlentecimiento cerebral.
    - Opiáceos: heroína, morfina, dolantina, buprenorfina, metadona, entre otros.
    - Alcohol y derivados:
    - Hipnóticos: barbitúricos, benzodiazepinas, entre otros.
    - Tranquilizantes: Valium, rohipnol, tranxilium, trankimazin, entre otros.
  - Estimulantes: son aquellas que aceleran el funcionamiento del cerebro, en algunos casos pueden llevar a su destrucción por agotamiento neuroendocrino.
    - Estimulantes mayores: cocaína (crack), anfetaminas, entre otros.
    - Estimulantes menores: nicotina, xantinas (té, café, cola, chocolate, entre otros.)
  - Perturbadoras: son aquellas que alteran el normal funcionamiento del cerebro con alteraciones de la percepción, alucinaciones e incluso psicosis.
    - Alucinógenos: dietilamida de ácido lisérgico (LSD) y derivados.
    - Cannabis y derivados: marihuana, hachís, grifa, entre otros.
    - Inhalantes: pegamentos, barnices, acetonas, quitamanchas, entre otros.
  - Drogas de síntesis: también conocida como de diseño, por ejemplo: el éxtasis, píldora del amor, Eva, Adán, entre otros.
- Según su aceptación social, la cual las divide en:
  - Drogas ilegales: son aquellas cuya comercialización o consumo está perseguida por la ley, debido a que son drogas no institucionalizadas y cuentan además con rechazo social.
  - Drogas legales: son aquellas que su comercialización no es perseguida por la ley, sino que en muchos casos se encuentra fomentada y

favorecida desde las propias administraciones públicas, con amplia integración y reconocimiento social como lo son el alcohol, café, tabaco y algunos fármacos.

- Según su peligrosidad:
  - Drogas más peligrosas: aquellas que generan dependencia física velozmente y poseen mayor toxicidad.
  - Drogas menos peligrosas: aquellas que crean dependencia psíquica con menor velocidad y toxicidad. (p.184)

Aunado a lo anterior, otra de las clasificaciones relevantes de las drogas la ofrece Carlson (1996) de la siguiente manera:

- Drogas que provocan sedación: algunas drogas deprimen la conducta, provocan relajación, sedación o incluso pérdida de conciencia. En esta categoría se incluyen los barbitúricos, ansiolíticos, el alcohol etílico y los anestésicos.
- Drogas que provocan excitación: son aquellas que estimulan el sistema nervioso central y por tanto activan la conducta. Entre ellas se incluyen la cafeína, la nicotina, la anfetamina y la cocaína. Debido a que algunas de estas drogas presentan un sistema de reforzamiento en el cerebro las personas suelen abusar de ellas.
- Drogas que modifican las percepciones o producen alucinaciones: son aquellas que alteran la conciencia. Como LSD, PCPA, psilocibina, Dimetilriptamina (DTM), mezcalona, clorhidrato de fenciclidina (PCP), tetrahidrocannabinol (THC).
- Drogas psicoterapéuticas: son aquellas que pueden disminuir o eliminar síntomas de la esquizofrenia o de desórdenes afectivos. Como las antiesquizofrénicas o antidepresivas.
- Drogas analgésicas: su uso principal es la reducción del dolor, no producir inconsciencia como la aspirina y los opiáceos. (p. 74-81)



### **Tipos de consumo**

Habiendo delimitado algunas de las tantas clasificaciones de las drogas encontradas en la literatura, se debe dar cuenta del proceso ante el cual se considera el consumo problemático, de esta manera Rossi (2008) describe:

La dependencia a las drogas deriva de una compleja interrelación entre la personalidad del individuo, la situación social y el efecto de la sustancia elegida. En consecuencia, resulta muy difícil tipificar la “personalidad adictiva”. Por el mismo motivo, no se puede hablar de sustancias que generan abuso dado que esto no depende solamente de la droga en sí sino de otros factores (p. 27).

A su vez, este mismo autor indica que para que una conducta sea considerada como adictiva debe existir:

- Una sustancia con características capaces de generar abuso
- Un individuo con necesidad de un consumo frecuente
- La concurrencia de factores tales como tolerancia, dependencia física y dependencia psíquica
- Deterioro del individuo, de su relación con el medio familiar y con el medio social (p. 39).

Conociendo los factores a considerar para que el consumo de sustancias se derive en un consumo problemático, interesa ahondar en las fases de consumo ante los cuales dicha transición forma parte de la conducta adictiva del individuo. Al respecto Martínez y Rubio (2002) señalan lo siguiente:

- Periodo de uso experimental o social: las razones para el consumo suelen ser para satisfacer la curiosidad, por la presión de grupo de amigos, para conseguir aceptación social, como medida de desafío a las normas familiares, para aparentar madurez, aliviar determinados estados emocionales o conseguir sensaciones placenteras.
- Fase de uso o abuso: la frecuencia del consumo se hace más regular. Los motivos para consumir suelen relacionarse con el manejo de estados emocionales displacenteros, de ahí que se refieran efectos tales como la euforia y la reducción de la ansiedad. Algunas de las

actividades del individuo comienzan a centrarse en la obtención de la droga.

- Fase de dependencia: el consumo suele ser continuo, la obtención de la droga se realiza por medios legales o ilegales. Los motivos para consumir están relacionados con la evitación del síndrome de abstinencia o de estados emocionales desagradables (p.19-21).

### **Impacto social**

Como ha sido señalado anteriormente, el consumo de drogas genera dependencia de la sustancia por diversas razones, bien sea desde el inicio y/o durante el mantenimiento de la conducta adictiva. Esto representa una problemática importante a nivel social, puesto a que el individuo que se encuentra en fase de abuso o dependencia, puede recurrir a conductas ilícitas para conseguir la droga (Martínez y Rubio, 2002). Ejemplo de lo anterior se ilustra en que el mercado en América Latina se muestra creciente, lo cual es directamente proporcional a las ganancias obtenidas (en materia de droga), además genera una cantidad importante de empleo directo en actividades conexas e indirecto en lavado de dinero. Arriagada y Hopenhayn (2000) a su vez señalan lo siguiente:

En muchos enclaves urbanos de América Latina, el tráfico de drogas genera o refuerza una cultura de la ilegalidad que corroe las normas mínimas de sociabilidad. De esta manera la violencia originada en factores políticos y económicos ha sido reforzada por violencias generadas en actividades criminales, especialmente por el narcotráfico (p. 16).

Uno de los factores más resaltantes en cuanto al impacto social del consumo de drogas es el costo de la rehabilitación de los adictos debido al ferviente aumento en el consumo de drogas. Es pertinente conocer sobre los costos que tienen que asumir las familias o la sociedad como consecuencia del tratamiento de enfermedades causadas por el abuso de drogas, además dicha problemática está asociada a otros factores como lo es la violencia doméstica, a la delincuencia causada por el efecto y por la

necesidad que siente el adicto de procurarse drogas (Observatorio Peruano de Drogas, 2010).

La Comisión de Drogas de África Occidental (2014) indica que es importante considerar y abordar el consumo de drogas el cual va creciendo con el pasar de los años como un problema de salud pública dado a las causas y consecuencias socioeconómicas que se vienen presentando en los últimos años.

Aunado a lo anterior, la Organización de Estados Americanos (OEA, 2013) hace referencia a que el hecho de considerar el consumo de drogas como un problema de salud pública implica que se analice el problema de las drogas a nivel poblacional, por tanto debe existir un equipo multidisciplinario que incluye las ciencias biomédicas básicas, sociales, económicas, ambientales, políticas y poblacionales. Desde la salud pública se busca identificar las necesidades de una población y sus factores determinantes, así como la organización de la respuesta en servicios integrales con una base definida de población. Además, buscar asegurar que los daños asociados con las intervenciones de control no sobrepasen los daños de las sustancias mismas. El sistema de salud influye en las consecuencias de la enfermedad, para lo cual el acceso a servicios resulta fundamental. Por tanto el integrar el problema del consumo de drogas a la salud pública puede disminuir la vulnerabilidad y ejercer un impacto sobre la calidad de vida de los individuos y sus familias

### **Qué es la Drogodependencia**

Sobre la base de las consideraciones anteriores, entre las cuales se ha podido delimitar la concepción de la droga, sus tipos, fases de consumo y sus consecuencias a nivel social, se debe demarcar el constructo de la **drogodependencia**, debido a que es la problemática que engloba todo lo anterior y propósito de la investigación actual, por tanto, la **drogodependencia** ha sido definida por la OMS (1964, c.p Ladero y Cols, 2009) como:

El estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizada por:

- Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física y, generalmente, psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga.
- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad. (p. 5)

Tal como describen Flint y García (2012) la **drogodependencia** implica el deterioro del control de su consumo, el consumo persistente a pesar de las consecuencias perjudiciales, la asignación de mayor prioridad al consumo de la droga que a otras actividades, aumento de la tolerancia y reacción de abstinencia cuando se deja de consumirla.

### **La familia**

**La drogodependencia** influye en las áreas de desenvolvimiento y/o formación del individuo, por tanto, siendo que **la familia** es uno de los elementos de mayor influencia en la persona debe ser delimitada, comprendida y estudiada en cuanto al fenómeno. En este sentido Pierrri (s.f) indica que **la familia** funciona como un sistema en el que el lugar de un integrante de la misma se explica por el lugar que ocupan los otros miembros. El comportamiento de un miembro está dado por el comportamiento de los otros. De ahí que el uso indebido o el abuso de sustancias psicoactivas de un individuo debe ser conceptualizado y abordado dentro del contexto relacional en el que la persona está inmersa.

Partiendo del planteamiento anterior, la Maestría Iberoamericana en Drogodependencias (2002) indica que si se modifica la posición de una persona en relación con su familia, se estaría modificando su experiencia, y en consecuencia la manera en cómo manejará sus conflictos y su proyecto de vida.

**La familia** es la principal instancia encargada del proceso de humanización de las personas. En ella no sólo se verifica la subsistencia en cuanto proceso biológico sino que, además, se construyen las bases de la personalidad y de las modalidades de interacción social. Como grupo primario por excelencia, dota al infante de afecto y se constituye en la vía que le permite metabolizar sus emociones; siendo así, el contexto

desde el cual se asume la realidad social (Sáenz, 2003). Además, la estructura de **la familia** en la que están inmersos los elementos anteriores, supone una red invisible de exigencias funcionales que organiza la manera de interactuar de sus miembros, dicta pautas relacionales y la repetición de estas pautas indica cuándo, cómo y con quién se relacionan entre sí. Estas pautas relacionales, derivan de la función socializante de **la familia** para con la persona, y en ella los padres controlan el contacto de sus hijos con la sociedad en un doble sentido: ayudándoles a defenderse de las agresiones del entorno -funciones protectoras- y orientándoles sobre cómo tratar a los otros -funciones normativas- (Maestría Iberoamericana en Drogodependencias, 2002). A su vez, dicha Institución describe:

Una familia funciona si sus miembros se encuentran en un estado de bienestar que les permite llevar a cabo tareas claras, unos roles adecuados a su edad y género, donde pueden evolucionar según sus necesidades y aceptar las diferentes etapas evolutivas de los individuos y del sistema general llegando a una buena emancipación (para. 3).

De hecho, la relación dialéctica entre familia, individuo y sociedad implica una interdependencia en que la sociedad moldea a **la familia** y al individuo, este, como parte integral de la estructura familiar, y **la familia** de la estructura social (Sáenz, 2003)

La problemática de la drogodependencia, suele mostrar sus más altos índices de inclusión al consumo en la adolescencia, en consecuencia **la familia** juega un papel importante en la socialización del adolescente, ya que es en el contexto familiar donde se comienzan a adquirir las creencias, los valores y los hábitos que van a condicionar la probabilidad de consumir alcohol y/o drogas. El núcleo familiar posee, por tanto, factores y características que están presentes en las relaciones entre sus miembros produciendo una influencia constante durante todo el proceso de las drogodependencias bien sea el inicio del consumo y/o mantenimiento del consumo y/o demanda de tratamiento (Bulas, León, López y Ramírez, 2005).

Dentro de la perspectiva anterior, la Maestría Iberoamericana en Drogodependencias (2002), describe que siendo **la familia** el conjunto de miembros que interaccionan entre sí desempeñando distintos roles, se deben tener en consideración su estilo de interacción. A continuación dicha Institución denota

elementos claves para la evaluación, los cuales resultan de gran relevancia para ser considerados en la dinámica del drogodependiente:

- Alianza: Designa una afinidad positiva entre dos miembros de un sistema, unidos en una empresa, actitud o conjunto de valores común. Una alianza es de por sí potencialmente neutra, aunque tiende a producir exclusión de los miembros que no forman parte de dicha alianza sobre todo si no es de tipo normal sino de tipo sobre involucrada.
- Coalición: Es el estilo relacional que se produce cuando una fuerte alianza entre dos miembros va dirigida contra un tercero en el ámbito de excluirle activamente de los intercambios, o desde una postura combativa de enfrentamiento o queja continua.
- Triangulación: consiste en la expansión de una relación conflictiva entre dos personas, incluyendo a un tercero, para canalizar a través de él los conflictos de la pareja (para. 5-7).

Teniendo en consideración **la familia** como elemento que pudiese condicionar la relación del sujeto con su entorno, Cooper (1981, c.p. Sáenz, 2003) menciona que su inclusión resulta importante en el contexto de la **drogodependencia** debido a que la conformación de la estructura familiar, propia de las sociedades occidentales, son generadoras de problemas de salud mental, como por ejemplo, convirtiendo en anónimas las relaciones de sus miembros, filtrando y tamizando sus experiencias, por tanto, éstas no toleran la duda ni el cuestionamiento, además que proyectan sus problemáticas sobre los integrantes, induciendo al conformismo y produciendo un modo de vida aglutinado, mediante el condicionamiento.

Evidencia de lo anterior, es señalada por Calvo (2007, c.p Fuertes y Maya, 2001), quien indica que a lo largo de las últimas décadas ha comenzado a hacerse especial énfasis en los beneficios obtenidos de la consideración del sistema familiar como objeto de intervención en situaciones tales como la existencia de una enfermedad física crónica en uno de los miembros, familias con pacientes terminales, familias con enfermos mentales, familias de alcohólicos y ahora ha resultado de importancia la inclusión de la familia en pacientes drogodependientes.

Para muchos individuos las interacciones con **la familia** provoca una dinámica para el uso de sustancia, de modo que las interacciones con miembros de la familia pueden agravar o perpetuar al problema o ayudar a resolverlo (Hervás y Gradolí, 2004).

### **Factores Familiares de Riesgo**

En concordancia con lo anterior Sandí, Díaz, Blanco y Murrelle (1995, c.p. Sáenz, 2003) mencionan que se observa que la **drogodependencia** no escapa de la dinámica familiar y/o estructural antes descrita, reconociendo la existencia de factores familiares de riesgo para el consumo de sustancias adictivas.

**La familia** de la persona que se encuentra en el proceso de dejar las drogas forma parte del entorno más cercano, y como tal ejerce influencias que pueden ser a veces bastante negativas (Martínez, Molina, Ruiz y Torres, 2000). Dentro de las características que pudiesen estar presentes en **la familia** como agente promotor de la drogodependencia se tiene: el consumo de drogas por parte de los padres, la actitud favorable o permisiva de los padres hacia las drogas, las prácticas parentales débiles, los intensos conflictos familiares producto de la discordia marital y los pobres vínculos afectivos al interior del grupo familiar, entre otros (Sandí y cols. 1995, c.p. Sáenz, 2003)

De acuerdo a Pierri (s.f) los factores de riesgo que se encuentran vinculados a la dinámica familiar, son: la exposición a las drogas, la existencia de un acuerdo parental respecto al consumo de drogas y la existencia de un modelo adictivo familiar el cual se define por patrones de conducta familiar que actúan como modelos de referencia para sus miembros, como por ejemplo, la necesidad de calmar tensiones a través de elementos externos, además se caracteriza por gran interdependencia, así como también incluye la dificultad en la puesta de límites a los hijos y en la dificultad en instrumentarlos en la capacidad de esperar para la satisfacción. A su vez, el autor señala factores de riesgo inespecíficos, tales como:

La ausencia de modelos definidos de autoridad y afecto, conflictos en el sistema conyugal, el predominio de formas de comunicación conflictiva, fallas en las fronteras intergeneracionales en la interna de la familia, límites difusos dentro del sistema familiar, doble discurso familiar en lo

ético y en lo moral, el dinero funcionando como sustituto de lo afectivo y de lo educativo. (p.73)

En el proceso de tratamiento de la persona, **la familia** puede ser fuente de marginalización cuando actúa inadecuadamente con el miembro consumidor de drogas o en proceso de dejarlas, en este sentido, Martínez y Cols. (2000), describen que esto ocurre cuando se emiten comentarios negativos respecto al drogodependiente, bien con otros miembros de **la familia**, o demás personas del entorno, potenciando la creación de juicios de valor inadecuados respecto a la persona y a las posibilidades de cambio. A su vez, describen que la poca confianza, tanto en el familiar como en el proceso de tratamiento, incide de manera negativa en la integración familiar.

### **Otras investigaciones**

De acuerdo con el bagaje realizado en cuanto a estudios e investigaciones, resulta evidente que **la familia** se ve inmersa en la problemática del consumo de drogas, en este sentido, diversas investigaciones han arrojado resultados importantes, tales como los que describe Ruiz (1992, c.p. Sáenz, 2003) quien encontró que si las relaciones intrafamiliares son estables, entonces el grupo de pares no tiene mayor influencia en lo relativo al consumo de drogas. Sin embargo, tal y como menciona La Fundación Universitaria Luis Amigo (s.f) la recaída al consumo de sustancias psicoactivas pudiera denominarse “Enfermedades de Transmisión Social”, ya que comprende la influencia la interacción social en la reinserción del sujeto.

Tomando en cuenta el ejemplo anterior, donde se denota que **la familia** tiene un peso importante en tanto los modelos interactivos del sujeto para con su ambiente, se apunta que en la problemática de **la drogodependencia**, no es el único factor importante para su evolución en el proceso de desintoxicación y reinserción, en base a ello, dada la multiplicidad de resultados que se encuentran, se enfoca la mirada en que **la familia** es el punto de contacto con la sociedad normativa. Durante todo el proceso de adicción, el drogodependiente ha ido reduciendo sus relaciones sociales, las normas y valores a las del grupo de consumo (Fundación Universitaria Luis Amigo, s.f). A continuación, se mencionan los resultados de distintas investigaciones en donde se evidencia el papel que juega **la familia** en la problemática de las drogodependencias:



- Seldin (1972, c.p. Sáenz, 2003) efectuó una revisión de las investigaciones sobre familias de adictos desde diversas disciplinas científicas, determinando que las investigaciones de carácter sociológico encontraron una alta presencia de familias de origen caracterizadas por el divorcio, la separación o la evidente hostilidad entre los miembros de la pareja; mientras tanto, las investigaciones psicológicas, psiquiátricas y de trabajo social hallaron familias sumamente inestables, marcadas por el divorcio o la separación.
- Camerini (1979, c.p. Sáenz, 2003) encontró que entre un 40% y un 45% de las familias de pacientes adictos presentaban un padre ausente o una familia incompleta.
- Pierri, G (s.f) indica que las consecuencias más graves respecto al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas operan no solamente sobre aspectos biomédicos del individuo consumidor sino también sobre las relaciones de pareja, familiares, laborales y sociales del mismo.
- Ress y Wilborn (1983, c.p. Bulas y cols., 2005) sostienen que los participantes con trastornos adictivos perciben a sus padres como más rechazantes, irritables, negligentes, intrusivos, posesivos, sobreprotectores, manipuladores de sentimientos de culpa, sin una dirección y criterio precisos en las reglas.
- Stoker y Swadi (1990) encuentran que los consumidores de alcohol y drogas describen la relación entre sus padres como distante y aislada, con frecuentes discusiones y conflictos, con dificultades de comunicación entre ambos padres, quienes, a su vez, tienden a ser desconfiados, verbalmente punitivos y críticos respecto al hijo.
- Johnson y Pandina (1991) encuentran que los participantes consumidores de alcohol y/o drogas describían las relaciones parentales como aversivas frente a los no consumidores que las describían como afectivas. La percepción de los hijos drogodependientes acerca de sus

padres provocan estados de ánimo negativos que facilitan el mantenimiento del comportamiento adictivo.

- Ayerbe, Espina, García, Pumar y Santos (1997) englobando los resultados de diversas investigaciones como las de Craig y Brown (1975); Gantman (1978); Stern y cols., (1984) y Selnow (1985) señalan que un hogar monoparental, debido a separación, divorcio o muerte, es un factor de riesgo para desajustes psicológicos y consumo de drogas. También indican que aunque varios de estos autores, acaban concediendo más importancia a la calidad de las relaciones, domina la idea de que las familias monoparentales son negativas para el desarrollo de los hijos y propicia la aparición de la toxicomanía.

Parece, por tanto, que la ausencia de apoyo familiar, la disfuncionalidad en las relaciones y la falta de habilidades para resolver problemas con los hijos están relacionadas con el consumo de alcohol y/o drogas. Tal y como describen Bulas, León, López y Ramírez (2005) los padres ejercen una influencia sobre el inicio y mantenimiento de la conducta adictiva de sus hijos. Sus actitudes y valores, los mensajes implícitos y explícitos, la manera de relacionarse, de solucionar conflictos o gestionar emociones ejercen un notable impacto sobre el ajuste psicosocial de sus hijos.

En consonancia con el planteamiento anterior, otros estudios (Bishop, 1995; Hoelter y Harper, 1987; Jacob y Seilhamer, 1985, c.p. Bulas y cols., 2005) ponen de manifiesto que en las drogodependencias no es crucial la presencia o ausencia de los padres sino la naturaleza de la relación familiar, puesto que como indica la Fundación Universitaria Luis Amigo (s.f) es el marco familiar en donde el drogodependiente en proceso de rehabilitación empieza a poner en marcha las pautas de funcionamiento socialmente aceptadas. En **la familia**, el drogodependiente empieza a adaptarse a las normas de convivencia, aprende a escuchar, a negociar, a respetar a los demás, a expresar sentimientos, a interpretar las relaciones interpersonales como un intercambio, a aceptar sus limitaciones personales: en definitiva, a desarrollar un estilo de vida sano y socialmente válido.

En el marco de las observaciones expuestas, la Maestría Iberoamericana en Drogodependencias (2002), señala que, la funcionalidad de la conducta toxicómana puede ser estudiada analizando su funcionamiento en cuatro contextos esenciales en la organización familiar:

- La relación individuo-familia es esencial en la formación de la identidad personal que se logra a través de un proceso de autonomía / pertenencia como conceptos complementarios.
- Las familias siguen una evolución a lo largo de su vida afrontando las crisis que suponen los cambios naturales evolutivos y adaptándose a cada momento de su evolución (formación de la pareja, llegada de los hijos, salida de los hijos de casa, entre otros.) con flexibilidad.
- La estructura familiar para poder adquirir la flexibilidad necesaria y poder construir la identidad personal en ese juego de autonomía / pertenencia **la familia** se estructura en subsistemas que separan las generaciones y definen el rol de sus componentes.
- La relación sociedad-familia: las familias poseen unos límites funcionales respecto a su entorno social. Estos límites o membrana que separa e identifica a cada familia de su entorno social son cambiantes y evolucionan con la época, no son rígidos permitiendo el intercambio de información con el exterior ni excesivamente permeable para conseguir la diferenciación del medio (para. 2-5).

### **Funcionalidad Familiar**

En el marco de las funcionalidades de la conducta toxicómana, interesa delimitar a su vez la **Funcionalidad Familiar**, puesto que en ella, se engloba el cómo **la familia** aporta a la activación o no de la conducta toxicómana.

La **Funcionalidad Familiar** es definida como “el resultado de los esfuerzos familiares para conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una situación de crisis familiar” (McCubbin y McCubbin, 1993, c.p Caqueo y Lemos, 2008). Otra de las definiciones que se enmarca la literatura indica que se refiere a “la capacidad del sistema para enfrentar y superar las etapas del ciclo vital y los eventos

críticos que se puedan presentar, la cual va a depender del manejo adecuado de la red de **Apoyo Social** y familiar disponible” (González, Mejía, Angulo, y D’Avila, 2003).

Aun y cuando se presentan las definiciones anteriores, una de las concepciones de la **Funcionalidad Familiar** que mayor relevancia ha tenido a través del tiempo la ofrece Smilkstein (1978, c.p Moreno y Chauta, 2008):

La **Funcionalidad Familiar** o una familia funcional, es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud favorable en ellos; donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos. (p.156).

Dicho constructo resulta un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros (Rangel, Valeiro, y Patiño, 2004). En base a ello, estos autores han clasificado la familia bajo su tipo de funcionalidad:

Con base en que **la familia** cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de **familia funcional** o **disfuncional**, ya que la **Funcionalidad Familiar** es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (p.24)

El funcionamiento de la familia resulta determinante en la conservación o deterioro de la salud en sus miembros. A continuación, se delimitan la **familia normofuncional** de acuerdo a diversos autores:

- Se define a la familia sana como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones, y es por tanto normofuncional (Bellón, Luna del Castillo, y Lardelli., 1996).
- En la dinámica familiar **normofuncional** se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás (Méndez, Gómez, García, Pérez, y Navarrete, 2003).

- En la **familia normofuncional** se mantiene el equilibrio estable. Sus normas de funcionamiento interno regulan las relaciones entre sus miembros garantizando su homeostasia (De La Revilla y Fleitas, 1994).

Dentro de los resultados significativos, en cuanto al funcionamiento normal de la familia, Saunders, (2003) indican que “un buen funcionamiento familiar está asociado con el mayor uso de estrategias de afrontamiento, más **Apoyo Social** familiar, menos estrés psicológico familiar y pocos problemas conductuales del paciente”.

Ya conocidas las delimitaciones más relevantes en cuanto a la **familia normofuncional** y su impacto, interesa el abordaje de diversos autores en cuanto a la **familia disfuncional**, a saber:

- Una **familia disfuncional** es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno (Bellón, Luna del Castillo y Lardelli, 1996).
- Las **familias disfuncionales** se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas (Méndez, Gómez, García, Pérez y Navarrete, 2003)
- **Familia Disfuncional** es aquella que carece de recursos y, por tanto, es incapaz de resolver las crisis. En esta situación el equilibrio homeostático se rompe y el sistema entra en un estadio transitorio (De La Revilla y Fleitas, 1994).

Dentro de los resultados significativos de la **familia disfuncional** Avendaño, Campo, Duarte y Forero (2006) indican que esta “se asocia con resultados negativos durante la adolescencia, como embarazos no planeados, consumo de sustancias enfermedades de transmisión sexual y trastornos depresivos” (p. 3)

En general, tal y como describen Bellón, Luna del Castillo, y Lardelli (1996) el impacto de la función familiar sobre la salud se ha comprobado sobre muchas variables: la mortalidad de los viudos, el control de la presión arterial o la diabetes, los resultados obstétricos o la adherencia a los tratamientos.

Es necesario entender, en base a las consideraciones realizadas que **la familia** es uno de los componentes esenciales en el abordaje de las drogodependencias de la presente investigación y por tanto: “**La familia** es una institución cuya finalidad no es sólo el pertenecer a 'algo', sino que desarrolla una serie amplia de funciones cuyo objetivo es proporcionar una autonomía al individuo para que pueda sostener un desarrollo evolutivo satisfactorio” (Maestría Iberoamericana en Drogodependencias, 2002) (para. 7).

### **Adherencia.**

Una vez delimitado el constructo de las drogas, y la problemática asociada a su consumo –**drogodependencia**-, destacando la variable de la **Funcionalidad Familiar**, se debe dar paso a la atención de dicha problemática, es decir, al tratamiento.

### **Adherencia al tratamiento**

El proceso de tratamiento de cualquier problemática en general, está sujeto a la participación que tenga la persona y/o paciente en él. Específicamente, Meichenbaum y Turk (1991) refieren dicha participación bajo el término de **adherencia** y/o adhesión, la cual se emplea para dar cuenta de un compromiso de colaboración activa e intencionada del paciente, con un curso de conducta mutuamente aceptado con el fin de producir el resultado preventivo o terapéutico deseado. En este sentido, tal y como describen los autores, la **adherencia** cubre una variedad de conductas diversas entre las que se incluyen:

- Tomar parte y continuar un programa de tratamiento.
- Mantener las horas de consulta con otros especialistas y acudir a las revisiones.
- Tomar correctamente la medicación prescrita.
- Seguir desempeñando cambios adecuados en el estilo de vida.
- Realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario.
- Evitar comportamientos que conlleven un riesgo para la salud (p.6).

**La adherencia** presenta distintos niveles de acuerdo a variables disposicionales tanto del organismo como del ambiente, esto ha sido demostrado a

través de características y/o situaciones tales como: cuando son los propios pacientes los que demandan la consulta, la tasa de mantenimiento de las citas es del 75% (Sackett y Snow, 1979, c.p. Meichenbaum y Turk, 1991).

Cuando el paciente continúa asistiendo al tratamiento, se calcula que entre un 20% del mantenimiento de las citas y un 60% de los pacientes a los que se prescribe medicación, dejarán de tomarla antes de que se les diga que pueden hacerlo; entre un 19 y un 74% no seguirá las instrucciones que se les da y entre un 25% y un 60% cometerá errores en la autoadministración, y el 35% de tales errores serán lo suficientemente graves como para poner en peligro la salud del paciente (Stimoson, 1974, c.p. Meichenbaum y Turk, 1991).

En la misma línea de resultados, Podell y Gary (1976, c.p. Meichenbaum y Turk, 1991) señalan que, como regla general, un tercio de los pacientes siempre parece tomar la medicación de acuerdo al modo prescrito, un tercio lo hace a veces y el tercio restante casi nunca sigue el régimen terapéutico.

Así como **la adherencia** implica un conjunto de conductas activas por parte del paciente para mantenerse bajo un régimen de permanencia en el tratamiento, por su parte, la **no adherencia**, implica una conducta más bien pasiva respecto al abordaje y/o concepción de la enfermedad, esto se evidencia por: una incapacidad para mantener las citas, el abandono prematuro de los tratamientos, la insistencia por obtener el alta en contra de la voluntad facultativa, la falta de disciplina en la toma de medicación, un fracaso para evitar realizar la conducta proscrita o cumplir el régimen de tratamiento prescrito, la falta de adhesión a los consejos médicos o sanitarios (Meichenbaum y Turk 1991).

El nivel de falta de adhesión terapéutica varía dependiendo de la forma de tratamiento, presentándose los niveles más altos de adhesión en aquellos tratamientos que requieren medicación directa (inyecciones, quimioterapia, entre otros), niveles elevados de supervisión y registro e inicio agudo (Meichenbaum y Turk 1991).

Específicamente, en cuanto a las tasas de recaída para las conductas adictivas oscilan entre el 50% y el 90%, estabilizándose la tasa de recaída para las diferentes toxicomanías (heroína, tabaco y alcohol) dentro de los tres primeros meses (Brownell, 1986, c.p. Meichenbaum y Turk, 1991).

Estos autores indican que dentro de los factores que afectan a **la adherencia**, se tiene una multiplicidad de variables estudiadas, las cuales pueden categorizarse de manera general del siguiente modo:

- Características del paciente;
- Características del régimen de tratamiento;
- Rasgos de la enfermedad;
- Relación entre el profesional de la salud y el paciente; y
- El contexto clínico (p. 39).

Aunado a lo anterior, los autores describen una serie de variables que permiten brindar base y/o estructura en el desarrollo de la presente investigación:

- Características del individuo.
- Características de la situación social del individuo.
- Falta de **Apoyo Social**.
- Inestabilidad o falta de armonía familiar.
- Expectativas y actitudes de los padres hacia el tratamiento.
- Medio ambiente que refuerza comportamientos de falta de adhesión.
- Demandas conflictivas o problemáticas, u otro tipo de situaciones que acarreen estrés.
- Falta de recursos (p. 40).

Las variables mencionadas con anterioridad, dan a entender, en palabras de Sánchez (1995) que se debe concebir el fenómeno de **las drogodependencias** como la interrelación de tres elementos: individuo - sustancia - contexto social, en un momento determinado y en un espacio concreto introduce la necesidad de articular el trabajo social como profesión para la puesta en marcha, desarrollo y evaluación de los proyectos sociales cuyos objetivos apuntan a prevenir dicho fenómeno y a atender las consecuencias producidas por la presencia del mismo. De lo anterior se desprende que el individuo se encuentra en un proceso de co-construcción, en el sentido que las variables que se encuentran en su entorno, como por ejemplo, el contexto social (amigos, familia, entre otros) van formando conjunto a las experiencias particulares, las representaciones y/o características específicas de las personas; así como la emisión de conductas del individuo generará un cambio en el medio de contacto directo.



### **Apoyo Social**

Dentro de las variables adscritas a la problemática de **adherencia** al tratamiento, se destaca el “**Apoyo Social**” como uno de los componentes de interés para el trabajo de dicho constructo, por tanto este componente ha sido delimitado de distintas maneras, como por ejemplo:

- Factores existentes en el ambiente y que promueven el curso favorable de la enfermedad (Beels, 1981).
- Conjunto de aportaciones de tipo emocional, material, informacional o de compañía que la persona percibe o recibe de distintos miembros de su red social (Gracia, Herrero, y Musitu, 1995).
- Proceso interactivo, gracias al cual, el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social en la que se encuentra inserto (Cava y Musitu, 2003).
- Un proceso de interacción entre personas o grupos de personas, que a través del contacto sistemático establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis (González y Vega, 2009).
- Lazos perdurables que desempeñan un papel importante en la integración psicológica y física de una persona (Kaplan 1974, c.p González y Vega, 2009).
- Los individuos se encuentran dentro de una red de relaciones sociales y estas se vuelven importantes cuando proveen el apoyo necesario en situaciones de crisis en la vida en general (Beigel, Naparstek y Khan 1980, c.p González y Vega, 2009).

Teniendo las definiciones antes descritas en cuanto al **Apoyo Social**, Marín (2002 c.p. González y Vega, 2009) refiere que dicho constructo es importante pues permite el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo y que sus funciones primarias son aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales.

### **Tipos de Apoyo Social**

En el orden de las delimitaciones anteriores, Alvarado, Garmendía, Montenegro y Pino (2008), han descrito cuatro tipos de **Apoyo Social**: a) emocional, que comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza; b) instrumental, caracterizado por conductas específicas que directamente ayudan a quien lo necesita; c) informativo, que provee conocimientos a las personas afectadas para que éstas puedan enfrentar situaciones problemáticas y d) evaluativo, que implica sólo transmisión de información (p. 169).

En este sentido, teniendo en cuenta la definición y dimensiones que componen el **Apoyo Social** como componente de la adherencia al tratamiento, se destaca su utilidad en cuanto al mantenimiento de la salud, mejora de la enfermedad, prevención de psicopatologías y de enfermedades en general. Los individuos que cuentan con **Apoyo Social** se enfrentan mejor a las situaciones vitales estresantes que los que carecen de él (Rodríguez, Pinzón, Máiquez, Herrera, De Beito y Cuesta, 2004).

Reflejo de lo anterior, estriba en que las habilidades sociales aprendidas en el contexto familiar y, probablemente, también el tipo de vínculo establecido con los padres influye en el tipo y calidad de las relaciones de amistad que el hijo establece con sus iguales, tal y como lo señala Dishion (1990, c.p. Cava y Musitu, 2003).

En el mismo orden de ideas, Martínez y Cols (2000) indican que el entorno sociocultural que rodea al sujeto es el principal responsable de los procesos de marginación que conducen las conductas de consumo de drogas (sobre todo las ilegales), por tanto es fundamental que la intervención se lleve a cabo en el mismo si se desea que todo vuelva a la normalidad.

Además, la presencia del Apoyo Social-familiar influye en variables como la autoestima y autoeficacia, siendo que, quienes contaban con dicho apoyo, puntuaban con mayor índice en dichas variables que quienes no recibían el apoyo (López, 2005). Por su parte, García y Sebastián (1995) concluyen que a través de la integración de **la familia** al proceso se consigue que el paciente se sienta más partícipe en el proceso de tratamiento, con recursos que generen cambios positivos dentro de la dinámica familiar.

Como se ha descrito, el componente de la red de **Apoyo Social** en la **adherencia** al tratamiento o retención es el primer objetivo terapéutico en **drogodependencias**, ya que al estar el paciente en contacto con los recursos sanitarios se podrá actuar sobre las posibles complicaciones y el consumo. Contar con **Apoyo Social** y una red social suficiente es un predictor positivo de continuidad en el tratamiento de la drogadicción, afecta al ajuste psicológico del paciente y aumenta su autoestima. El **Apoyo Social** además disminuye la influencia de los acontecimientos estresantes sobre el «craving» o deseo de consumir (Rodríguez y cols., 2004).

De acuerdo con los razonamientos que se han venido desmesurando, la Maestría Iberoamericana en Drogodependencias (2002) agrega:

En el marco de **la drogodependencia**, se deben identificar las condiciones que hacen que el encuentro entre los efectos de la droga y las necesidades de una persona y/o el sistema interpersonal del que forma parte pueda ser una vivencia positiva e importante, hasta el punto de tener que repetirse de un modo obsesivo y desmesurado (para. 3).

Aunado a lo anterior, la Institución señala que “en **la familia** y en la red microsocial de las relaciones están los recursos para afrontar positivamente las situaciones con una sintomatología de las toxicomanías” (para. 2).

### **III. Planteamiento del Problema**

Los avances tecnológicos del mundo moderno han permitido e impulsado el desarrollo de potentes medicamentos y técnicas para tratamientos que han incrementado la esperanza de vida de las personas, puesto que es posible curar o hasta prevenir el desarrollo de muchas enfermedades. A pesar de esto, el impacto positivo de estos avances pierde alcance en la medida en que los pacientes no siguen las indicaciones de los especialistas. En este sentido Silva, Galeno y Correa (2005) sostienen que muchos pacientes realizan un análisis propio de riesgo-beneficio de la necesidad versus la conveniencia de tomar ciertos medicamentos o seguir ciertas indicaciones; frecuentemente basados en:

La evaluación de la importancia de cuatro factores que son: que tan alta es la prioridad de tomar la medicación, la percepción de la gravedad de la enfermedad, la credibilidad en la eficiencia del tratamiento y la aceptación personal de los cambios recomendados (p. 269).

En concordancia con lo anterior, en investigaciones como la de Peralta (2008) se señala que al menos el 50% de los pacientes no sigue adecuadamente el tratamiento farmacológico y una cantidad menor a un tercio de ellos cambia sus hábitos o estilo de vida.

Actualmente la **no adherencia** al tratamiento es un fenómeno mundial considerado como grave debido a la pérdida del control de la enfermedad, los altos costos para el sistema de salud por el incremento de ingresos y readmisiones hospitalarias, altos costos familiares, pérdida de calidad de vida, entre otros. Además, es importante tomar en cuenta que la **no adherencia** al tratamiento es un problema que afecta a todas las edades, desde niños hasta ancianos; observándose con frecuencia en todos los estados de las enfermedades y empeorando en los casos que requieren terapias prolongadas (Correa, Galeno y Silva, 2005).

Por tanto, se considera que la **falta de adherencia** a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas así como económicas constituyen temas prioritarios de salud pública ya que los pacientes toman decisiones acerca de su medicación considerando factores personales relativos a sus creencias, la percepción

de la causa de su enfermedad o la manera como creen que deben enfrentarlo (OMS, 1994). De manera que no se les puede considerar como cumplidores de las prescripciones médicas sino como personas que toman decisiones autónomas, por lo cual el médico debe establecer una fuerte alianza con ellos con el fin de mejorar la efectividad de los tratamientos (Peralta, 2008).

Es en esta alianza donde juega un papel importante la **adherencia** terapéutica y los pasos a seguir para alcanzarla. El término **adherencia** da un aspecto activo de compromiso por parte del paciente y responsabiliza al médico en generar un contexto para que el paciente entienda mejor su problema de salud, las consecuencias de cumplir un tratamiento, facilite la toma de decisiones compartidas y como resultado mejore la efectividad de los tratamientos farmacológicos (Peralta, 2008).

La mayoría de los estudios realizados hasta el momento sobre la **adherencia** al tratamiento hacen referencia a enfermedades crónicas, por lo que los tratamientos de las mismas tienen un costo elevado para el cliente y el sector salud; entre los más destacados que se han estudiado se encuentran pacientes hipertensos, con dislipidemia, tuberculosis, diabetes mellitus y VIH (Peralta, 2008). En el caso de la **adherencia** al tratamiento en pacientes drogodependientes se tiene que las tasas de recaída oscilan entre el 35 y el 85% en población adolescente (Catalano y cols, 1990 c.p Luego, Romero y Gómez, 2001) y el mismo porcentaje en adultos en períodos de dos (02) y tres (03) meses respectivamente (Hunt, Barnett y Branch, 1997., c.p Luego, Romero y Gómez, 2001).

Como se observa, **la drogodependencia** no escapa de la problemática que refiere la no **adherencia** al tratamiento, además, ha tenido incidencia a nivel mundial lo cual incluye repercusiones tales como: el mal desempeño y el abandono escolar, la falta de productividad en el trabajo y el desempleo, los costos económicos para el enfermo y su familia, el delito y la violencia (OEA, 2013). Tal como describen las Oficinas de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2014) las principales consecuencias en el ámbito social, se evidencian en el crecimiento a nivel mundial del consumo de drogas, se calcula que en el año 2012, entre 162 y 324 millones de personas, es decir del 3,5% al 7,0% de la población de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita. Además señala:

El consumo de drogas problemático se mantiene estable en una cifra situada entre los 16 y los 39 millones de personas. Sin embargo, subsisten deficiencias en la prestación de servicios, y en los años recientes solo uno de cada seis consumidores de drogas problemáticos del mundo ha tenido acceso a tratamiento de la **drogodependencia** cada año (UNODC, 2014).

En el caso de Venezuela, el “Sistema Nacional de Tratamiento” tiene como objetivo “mejorar la estructura actual de atención, además de ofrecerle una alternativa viable a las personas que padecen de adicción a estupefacientes y sustancias psicotrópicas” (Fondo Nacional Antidrogas, 2015). Dentro de las instituciones más importantes adscritas a dicho sistema se tiene: Alcohólicos anónimos; Alianza para una Venezuela sin drogas; Fundación José Félix Ribas; Comunidad Terapéutica Socialista “Casa de la vida”; Fundación CENTEGRUPO; Fundación HUMANA; Hogares CREA; Fundación Misión Negra Hipólita, Centro de Rehabilitación Clínica Tía Panchita, entre otras.

Aunque se procure la unicidad de tratamiento y multiplicidad de centros de atención, Venezuela no escapa de los altos índices que acarrea a nivel social la **drogodependencia**. En este sentido, la Oficina Nacional Antidrogas –ONA- (s.f, c.p Dos Ramos, Echenique y Moncada, 2015) indica que para el año 2011 se cuenta con un total de 270.096 personas que mantienen un consumo regular de drogas ilícitas. Dichas cifras corresponden a personas entre los 12 y 65 años de edad lo que equivale al 1.28% de la población.

Siguiendo con las repercusiones sociales del consumo de drogas ilícitas, la Organización de Estados Americanos (OEA, 2013) señala que estas “contribuyen con el 0,8% y el alcohol con el 0,7% de la carga mundial de mortalidad y discapacidad”. Otra publicación basada en el informe de Carga Global de la Enfermedad (Global Burden of Disease, GBD) encontró que “en 2010, los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas (sin incluir alcohol y tabaco) contribuyeron con 16.412.000 de años saludables perdidos durante este período” (para. 4)

Entre uno de los factores que propicia el crecimiento del consumo, se tiene la creación de sustancias nuevas por la combinación de las drogas más conocidas, como lo son: heroína, marihuana, cocaína, éxtasis, entre otros. Con ello el progreso en el

tratamiento de las **drogodependencias** ha ido en forma creciente, en el sentido que, tanto las investigaciones como los centros de atención especializados han ido abordando la problemática desde distintas perspectivas, bien sea trabajando factores como el policonsumo, prevención de consumo, prevención de recaídas, entre otros (UNODC, 2012).

Calatayud y cols. (2010) describen que dentro de las drogas de mayor prevalencia e impacto social -tanto por su repercusión en edades tempranas de consumo, como por el costo en producción y distribución- la cocaína puntúa como una de las de mayor impacto, siendo además la base para la constitución de distintas drogas elaboradas. Al respecto, y específicamente hablando de la adherencia al tratamiento en adictos a la cocaína, estos autores sostienen que en las últimas investigaciones que se han realizado acerca de la adicción a la cocaína, especificándose en la derivación de los posibles factores que intervienen en el abandono del tratamiento, se ha determinado la heterogeneidad de dichos factores, estableciendo dos categorías principales: aquellos relacionados con el paciente y los relacionados con el tratamiento.

Así mismo, las investigaciones en el área de **drogodependencia** han estado centradas en proveer estrategias de intervención dirigidas a la creación de programas de tratamientos más efectivos basados en ciertas características claves como: la tasa de retención, las necesidades del paciente al ingresar al tratamiento, los recursos disponibles, entre otros. De ello deriva la importancia de congruencia que debería existir entre las características de los pacientes que buscan el tratamiento y del centro asistencial al cual acuden (Calatayud y cols, 2010).

En la investigación de estos autores titulada “Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína” propusieron como objetivo: identificar predictores de la finalización prematura de un programa de tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. Tras los resultados obtenidos en el estudio se identifican los predictores asociados a la **adherencia** al tratamiento. En este sentido, la presente investigación se desprende la siguiente laguna de conocimiento:

Entre las variables a considerar como influyentes en **la adherencia** al tratamiento se ha demostrado que la gravedad adictiva debe

considerarse por generar repercusiones bidireccionales tanto con el paciente así como también por parte del centro asistencial, de esta manera se esperaría establecer la asociación entre las variables adscritas en la problemática de **la drogodependencia** para determinar diversos patrones asociados al curso del tratamiento (Calatayud y cols, 2010).

Según describen los autores, una futura línea de investigación podría dirigirse a establecer posibles relaciones entre las variables del paciente, modalidades de tratamiento, el mantenimiento de la abstinencia o las recaídas continuas, y la permanencia o no en los tratamientos.

En relación a lo mencionado anteriormente, la Maestría Iberoamericana en Drogodependencias (2002), propone que aquellas intervenciones que incluyen a **la familia** y al entorno del paciente en cualquier propuesta de tratamiento mejoran sensiblemente el pronóstico.

En basamento a lo descrito con anterioridad, la presente investigación permite dilucidar acerca de la **Funcionalidad Familiar** y el **Apoyo Social** como componentes de la adherencia al tratamiento que se suscriben al paciente y a las modalidades de tratamiento que estos reciben en los centros de atención para drogodependencias.

Tomando en cuenta lo expuesto, la investigación es pertinente en cuanto al conocimiento de las relaciones que permitan dilucidar las variables de abordaje inmediato y/o importante al momento de considerar: (a) el contexto del cual deviene el individuo drogodependiente, (b) el tipo de **Apoyo Social** que resulta más conveniente en el tratamiento del individuo drogodependiente, (c) el tipo de abordaje al paciente de acuerdo a su gravedad adictiva, (d) los factores a potenciar para promover un tratamiento efectivo y (e) las variables que deben problematizarse y/o potenciarse en miras del inicio del tratamiento de individuos con altas probabilidades del consumo de drogas.

En este sentido, la investigación cobra relevancia social en cuanto a que no se está considerando al individuo drogodependiente como causa y efecto de su condición sino que al evaluar el tipo de familia constitutiva se podrían esclarecer factores como: (a) tipos de crianza, (b) manejo de la drogodependencia por parte de **la familia**, (c)



manejo de conductas consideradas problemáticas dentro del entorno familiar, (d) tipo de **Funcionalidad Familiar**, (e) visión de la formación del individuo, entre otros. Conjunto a ello, la evaluación del **Apoyo Social** podría brindar aportes en el sentido de promover y/o instaurar modificaciones en cuanto al abordaje o tratamiento que reduzcan el riesgo de que un individuo recurra a las drogas y que en caso de recurrir a ellas, que dicho enfoque de intervención considere los factores que orienten la prospección durante la intervención.

Las consecuencias de la relevancia social descritas podrían potenciar el modelo de abordaje de **las drogodependencias** tanto a nivel de atención primaria como secundaria, pudiendo tener un impacto importante dado a que en Venezuela se procura seguir el mismo programa de tratamiento en las diversas instituciones.

Conforme al apartado anterior las consecuencias estriban y/o apuntan a que en los niveles de prevención de la problemática se tomen en cuenta las evaluaciones y/o modificaciones de las variables ambientales que constituyen el problema, como lo son: **la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social**.

Dentro de los aspectos a considerar como aportes de lo anterior, se tiene que la incorporación social es uno de los objetivos de mayor peso en el proceso de rehabilitación del individuo, Martínez y Cols (2000).

La problemática de **la drogodependencia** resulta multicausal y por tanto su tratamiento ha procurado la evolución conforme a dicha característica, es por ello que mientras más se aporte en materia de las variables constituyentes del individuo y del contexto en donde este se forma y se desenvuelve, se permitirá promover avances en materia de tratamientos en el área; es por ello que la presente investigación tiene implicaciones teóricas importantes.

Por las consideraciones anteriores se pretende arrojar resultados en materia de valoración teórica y utilidad metodológica en el sentido que sus beneficios apunten a:

- Esclarecer la relación entre variables inherentes al paciente y variables inherentes al tratamiento.
- Aproximar la elaboración de programas de tratamientos que se enmarquen bajo las relaciones encontradas para el tratamiento de la drogodependencia.

- Aproximar hacia el manejo de las variables en cada fase del tratamiento.
- Aporte teórico en cuanto a las variables relacionadas con la adherencia al tratamiento en cada fase del mismo.
- Creación de programas eficaces de incorporación y mantenimiento de pacientes.

La factibilidad de la investigación se estima conforme a que la problemática de la **drogodependencia** es abordada a nivel nacional por distintas instituciones, lo que permite una aproximación al fenómeno de estudio, además, al tratarse de pacientes institucionalizados se cuenta con (a) los participantes de estudio, (b) la data en cuanto a la constitución del núcleo familiar del paciente y (c) el historial de visitas que reciben. En este sentido la **Funcionalidad Familiar** y el **Apoyo Social**, pueden estudiarse a través de la estructura de tratamiento que están recibiendo. A su vez, dado que la **drogodependencia** resulta una problemática mundial, son innumerables los instrumentos que permiten el estudio de las distintas variables que son consideradas como influyentes y de la misma manera ocurre con la **adherencia** al tratamiento, puesto que al tratarse de una variable tan amplia los instrumentos para su evaluación son numerosos y su accesibilidad es posible.

Ante la situación planteada se deriva la necesidad de una investigación que logre correlacionar las variables expuestas, tanto del paciente como de la **adherencia** al tratamiento de manera que se logre una aproximación a la incorporación y mantenimiento de los pacientes en los centros de tratamiento. La siguiente pregunta de investigación, permite dilucidar al respecto:

*¿Cómo se asocia la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social en pacientes drogodependientes?*

#### **IV. Objetivos**

##### **Objetivo general**

Determinar la relación entre Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en pacientes drogodependientes en programa de hospitalización.

##### **Objetivos específicos**

Identificar el tipo de Funcionalidad Familiar asociado a pacientes drogodependientes que se encuentran bajo un programa de hospitalización.

Especificar el tipo de Apoyo Social en pacientes drogodependientes en programas de hospitalización.

Categorizar las asociaciones entre la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social del paciente drogodependiente.

**V. Marco Metodológico y Resultados**

La investigación está compuesta por dos etapas de trabajo las cuales se denominan Etapa Preparatoria y Etapa de Trabajo de Campo, las cuales según se muestra a continuación persiguen objetivos y se buscó alcanzarlos mediante componentes estructurales. En la Figura 1 se bosqueja de manera general dichas etapas:

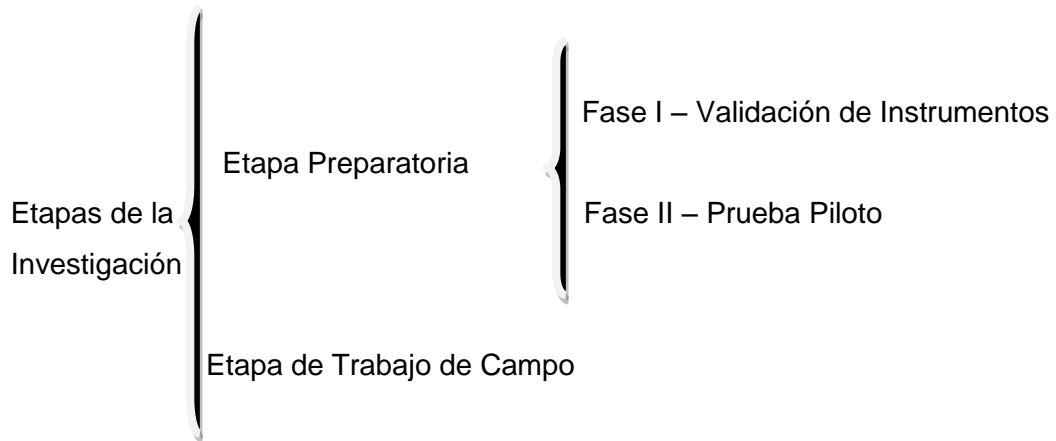


Figura 1. Resumen de las Etapas y Fases de la Investigación

**Etapa Preparatoria**

A continuación se muestra en la Tabla 1 un resumen de las fases que componen la Etapa Preparatoria.

Tabla 1. *Resumen de las Fases de la Etapa Preparatoria*

Fase	Objetivos
<b>Fase I. Validación de los Instrumentos</b>	Validar el uso de los instrumentos en pacientes drogodependientes a través de jueces expertos en cuanto a la redacción y pertinencia de los ítems.
<b>Fase II. Prueba Piloto</b>	Aplicar los instrumentos a pacientes drogodependientes para validar su comprensión, reacción y tiempo de ejecución al responder los instrumentos.

**Fase I. Validación de los instrumentos.**

***Objetivos***

Validar el uso de los instrumentos en pacientes drogodependientes a través de jueces expertos.

***Participantes***

Para la validación se contó con la ayuda de tres (3) jueces expertos en el área de drogodependencias a nivel nacional, los cuales son psicólogos egresados de la Universidad Central de Venezuela, con distintos años de trayectoria en el área y experiencia que fluctúa entre la prevención y/o atención de casos clínicos por drogodependencia.

El tipo de muestra que se utilizó para la elección de estos expertos fue de tipo no probabilístico, la cual según Hernández, Fernández y Baptista (2007) entiende que “la elección de los elementos depende de las causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra”. En la Tabla 2 se detallan los datos de los expertos en el área.

Tabla 2. Datos de los Expertos en Drogodependencias.

Experto	Profesión	Experiencia
1	Psicólogo. Especialización en Terapia de la Conducta Infantil y Adolescentes. Diplomado en Psicología Positiva.	Cinco (5) años de Experiencia en el área en el Instituto Autónomo de Derechos del Niño, Niña y Adolescentes (IDENA) – Labor en la comunidad terapéutica y posteriormente en el ambulatorio.
2	Psicólogo. Especialización en Psicología Clínica.	Dieciocho (18) años de experiencia en el área – centro de atención CENTEGRUPO.
3	Psicólogo. Diplomado en tratamiento de adicciones en el Centro de Estudios Superiores en Materia de Drogas adscrito a la Oficina Nacional Antidrogas (ONA).	Cinco (5) años de experiencia en el Centro Especializado de Prevención y Atención Integral (CEPAI) Alí Primera.

**Materiales**

- Tres (3) formatos de “Cuestionario de Validación de Expertos”. Ver apéndice A.
- Tres (3) formatos del instrumento “El cuestionario de adaptabilidad, participación, crecimiento, y resolución (APGAR FAMILIAR)”. Ver Apéndice B.
- Tres (3) formatos del instrumento “Cuestionario de Apoyo Social Medical Outcomes Study (MOS)”. Ver Apéndice C

**Instrumentos**

**Cuestionario de Validación de Expertos:** es un cuestionario creado por los autores de la presente investigación, el cual es dirigido a expertos en el área de

drogodependencias, y que tiene como objetivo validar el contenido de los instrumentos: Cuestionario de Adaptabilidad, Participación, y Resolución (APGAR FAMILIAR Familiar) y el Cuestionario de Apoyo Social Medical Outcomes Study (MOS). Es un cuestionario de autoadministración y su validación estriba en la redacción de los ítems constituyentes, así como también su pertinencia; además se brinda la oportunidad de que el experto describa sus observaciones y/o impresiones en cuanto a los instrumentos en basamento a los objetivos de la investigación.

### ***Procedimiento***

En primera instancia, se realizó una búsqueda de los profesionales en el área de drogodependencias que estuviesen a disposición de colaborar con la investigación. Posteriormente, se concretó una cita con tres (3) de ellos para discutir de manera general, la investigación que se estaba desarrollando y los instrumentos que se consideraban para la ejecución de la misma.

Una vez que se discutieron los aspectos generales de la investigación, se hizo entrega de los formatos de manera física y a través de correo electrónico –Formato de Validación de Expertos y los Cuestionarios MOS y APGAR FAMILIAR-, además se les explicó en lo que consistía dicha validación, y se les brindó el tiempo necesario para contestar cada uno de los formatos, posteriormente, se discutieron las observaciones que realizaron en cuanto a los instrumentos, y seguidamente se recibieron las validaciones incluyendo las observaciones generales en cuanto a ellos.

**Resultados**

Los resultados de la validación de expertos se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. *Resultados del Grado de Acuerdo en Cuanto a Redacción y Pertinencia de los Ítems.*

Instrumento	Redacción		Pertinencia	
	Grado de Acuerdo por Cantidad de Ítems	Grado de Desacuerdo (inadecuado) por Cantidad de Ítems	Grado de Acuerdo por Cantidad de Ítems	Grado de Desacuerdo (inadecuado) por Cantidad de Ítems
MOS	17/19	02/19	18/19	01/19
APGAR FAMILIAR	04/05	01/05	05/05	0/05

En la Tabla 3, se evidencia que a nivel de redacción para el cuestionario MOS, los expertos muestran un grado de acuerdo en 17 ítems y un grado de desacuerdo en los dos (02) restantes, las consideraciones realizadas en los dos ítems hacían referencia a la modificación de palabras por sinónimos, sin embargo, fueron descartadas debido a que dos (02) de los expertos no lo consideraron necesario. En el caso de la pertinencia de los ítems, los expertos concuerdan en 18 ítems y uno (01) de ellos fue calificado como inadecuado, a pesar de esto no se consideró dicha calificación debido a que no se especificó por qué le resultaba inadecuado el ítem.

En lo que respecta a la redacción del APGAR Familiar, los expertos muestran un grado de acuerdo de la redacción en cuatro (04) ítems y un grado de desacuerdo en uno (01) de ellos; las consideraciones realizadas en el ítem hacían referencia a la modificación de una de las palabras por sinónimos, pero se descartó debido a que dos (02) de los expertos no consideraron necesaria la modificación. Por otro lado, los tres (3) expertos coincidieron en que los cinco (5) ítems eran pertinentes, sin hacer ningún tipo de observación al respecto.



Finalmente, los expertos sugirieron la necesidad de enumerar los ítems, lo cual facilitaría la ubicación de los mismos, por tanto se consideró pertinente dicha recomendación, y se procedió a realizarla.

## **Fase II. Prueba piloto**

### ***Objetivos***

Aplicar los instrumentos a pacientes drogodependientes para validar su comprensión, reacción y tiempo de ejecución al responder los instrumentos.

### ***Participantes***

Los instrumentos fueron aplicados a un total de ocho (8) participantes con edades comprendidas entre los 19 hasta los 54 años, con características de estructura familiar, historial de drogodependencia y Apoyo Social heterogéneas. Los participantes se encontraban en la Institución HUMANA, esta es una institución privada donde los integrantes de la rehabilitación se encuentran bajo la aplicación de un programa llamado "Hospital Día" en donde deben dirigirse a la Institución diariamente y cumplir con los lineamientos de las sesiones establecidos en donde se contempla, además, psicoeducación a los familiares.

Se consideró pertinente la aplicación en este grupo de participantes, debido a que contaban con una serie de características similares a la muestra en la que se aplicarían los instrumentos en la segunda etapa, siendo que son de: género masculino, mayores de 18 años, alfabetas, con consumo de sustancia considerado como problemático, estaban de acuerdo con participar y se encontraban en proceso de rehabilitación.

El tipo de muestra que se utilizó para la elección de los participantes fue de tipo no probabilístico la cual según Hernández, Fernández y Baptista (2007) entiende que "la elección de los elementos depende de las causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra".

***Materiales***

- Ocho (8) formatos de Recolección de Datos Básicos. Ver apéndice D.
- Ocho (8) formatos del cuestionario APGAR FAMILIAR. Ver apéndice B
- Ocho (8) formatos del cuestionario MOS. Ver apéndice C
- Ocho (8) lápices con borrador
- Ocho (8) pupitres

***Instrumentos***

*Cuestionario de Recolección de Datos Básicos:* es un instrumento creado por los autores de la investigación el cual comprende la autoadministración por los participantes y que permite obtener información personal como: datos básicos de identificación (nombre, edad, estado civil, entre otros), datos acerca del consumo (tiempo de consumo), su contexto (cantidad de personas con que vivían y ocupación previa al inicio del consumo), las sustancias utilizadas (droga de impacto y droga de preferencia) y datos acerca de las intervención actual o antecedentes de intervención (fecha de inicio de la intervención actual, cantidad de intervenciones previas, cuánto tiempo y en qué centros).

Se aplicaron los cuestionarios APGAR Familiar y MOS, los cuales serán descritos en la etapa de trabajo de campo.

***Procedimiento***

Se contactó a la representante de la Institución HUMANA, quien posee una experiencia vasta en el área de drogodependencias; se procedió a explicarle los objetivos de la investigación y posteriormente los de la prueba piloto para la validación de los instrumentos que se utilizaría en el desarrollo de la misma. Una vez obtenido el aval de la representante y de la Institución se procedió a programar la fecha de aplicación del pilotaje. Ver apéndice E.

El día de la aplicación, se ingresaron a los pacientes a un espacio dispuesto por la Institución, el cual contaba con los inmuebles necesarios -salón con pupitres- y dónde además se garantizaba el control de variables extrañas en cuanto a la administración. Posteriormente se indicó a los participantes los objetivos de la

investigación, y luego se administró un formato de consentimiento informado –ver Apéndice F- el cual les garantizó la confidencialidad. Seguidamente, se les mencionó que en caso de tener alguna observación y/o duda en cuanto a los instrumentos que se les iban a administrar, debían levantar la mano y esperar que alguno de los investigadores se dirigiera a su puesto para tomar nota y aclararla.

Se inició con la entrega del cuestionario de Recolección de Datos Básicos, y se les indicó a los participantes la modalidad de respuesta que debían dar ante los ítems. Ante la ejecución de los participantes, se tomó el tiempo que se demoraban en contestar el cuestionario y al finalizar, los investigadores se dirigieron a cada uno de ellos para evaluar las observaciones y sugerencias que se tuviesen de manera individual (ver Tabla 4).

Seguidamente, se leyó junto a los participantes las instrucciones del instrumento incluyendo la modalidad de respuesta realizando el mismo procedimiento con los dos instrumentos (APGAR FAMILIAR y MOS); una vez descritas las indicaciones, se tomó el tiempo en que los participantes tardaban en contestar y al finalizar, se procedía a evaluar sus observaciones y/o sugerencias. Una vez procesadas se indicó que podían pasar al siguiente cuestionario (MOS) y se ejecutó la misma dinámica. Finalizada la ejecución se agradeció a los participantes por la colaboración brindada (ver Tabla 4).

Mientras los participantes completaban los cuestionarios, se tomó en cuenta las actitudes y comentarios que realizaban durante el proceso, de manera tal de poder contemplar la mayor cantidad de aspectos que están presentes en la administración de los instrumentos.

### ***Resultados***

Uno de los indicadores a evaluar dentro de la prueba piloto era la duración de la aplicación, en este caso se obtuvo que se necesita en promedio de 18 a 20 minutos en completarla. En la Tabla 4 se muestra el tiempo de ejecución de acuerdo a los instrumentos suministrados.

Tabla 4. *Tiempo Promedio de Ejecución por Instrumento*

<b>Instrumento</b>	<b>Tiempo Promedio de Ejecución</b>
Recolección de Datos Básicos	5 minutos
MOS	10 minutos
APGAR FAMILIAR	3 minutos

En cuanto a los ítems constituyentes de cada Instrumento, los participantes indicaron que estaban redactados de forma clara, su contenido era preciso, el lenguaje utilizado era adecuado y que no poseían mayor grado de dificultad para contestarlos. En la Tabla 5 se muestra el grado de acuerdo en la comprensión de los instrumentos.

Tabla 5. *Grado de Acuerdo de los Participantes en la Comprensión de los Instrumentos.*

<b>Instrumento</b>	<b>Comprensión</b>	
	<b>Grado de Acuerdo por Cantidad de Ítems</b>	<b>Grado de Desacuerdo por Cantidad de Ítems</b>
Recolección de Datos Básicos	8/8	0/8
MOS	8/8	0/8
APGAR FAMILIAR	8/8	0/8

Los participantes mostraron algunas observaciones en cuanto al cuestionario de Recolección de Datos Básicos, en donde se contemplaba indicar su nombre y apellido (dado a que posteriormente se debía revisar en el archivo de la Institución, el historial de visitas o participación familiar), sin embargo, al manifestar que no estaban de acuerdo en revelar su identidad, se decidió modificar y hacer la solicitud de la siglas del nombre y apellido, para aumentar el grado de confidencialidad. Otro aspecto a considerar en cuanto al cuestionario fue que los participantes no manejaban con claridad la diferencia entre la droga de impacto y droga de preferencia, por tanto, hubo que agregar una explicación de los conceptos en la administración del instrumento.

Dentro de las observaciones generales encontrada por los investigadores, se evidenció que la temática expuesta en los instrumentos podrían aperturar procesos psicológicos durante su administración, dado que tres (3) de los ocho (8) participantes manifestaron en voz alta: “No sabía que contaba con tan pocos amigos/familiares”, “nunca me había cuestionado la calidad de mi relación con amigos/familiares”. Incluso, se observó como la deseabilidad social en algunas respuestas jugaba un papel importante, pues la manera de contestar de un sujeto contiguo al otro, podría influir en cuanto a su ejecución.

### **Etapa de Trabajo de Campo**

#### **Objetivo**

Determinar la asociación entre la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social en drogodependientes

#### **Muestra**

La muestra estuvo compuesta por un grupo de 54 pacientes drogodependientes del sexo masculino, con edades comprendidas entre 18 y 47 años, que se encontraban hospitalizados/internos en tratamiento para drogodependencias en el Centro de Rehabilitación Tía Panchita (CRTP, 2010), el cual comprende dentro de su programa de tratamiento siete (7) fases:

- Fase de Desintoxicación: En esta primera fase, la atención del paciente se rige bajo un modelo médico en el cual se utilizan agentes farmacológicos para paliar los síntomas de la abstinencia a drogas, síntomas psicóticos, así como también otra patología médica concomitante. La desintoxicación va a depender del tiempo de consumo, tipo de sustancia y cantidad de drogas.
- Fase de Adaptación: En esta etapa los objetivos van dirigidos hacia el aprendizaje y reconocimiento de las normas cardinales y generales, junto a los límites del proceso de rehabilitación, favoreciendo la integración del participante dentro de las actividades que conforman el encuadre terapéutico e inicia el desarrollo de la responsabilidad y el

interés por asistir a las terapias y conocer los objetivos e importancia de las mismas.

- Fase de Compromiso: A partir de este momento y hasta el final del tratamiento el participante asume que tiene una problemática y que necesita permanecer en el centro para adquirir las herramientas necesarias para manejar los conflictos, y desarrollar estrategias de prevención de recaídas y enfocarse en el trabajo emocional.
- Fase de Reinserción Familiar: Consiste en propiciar un espacio para encontrar y restaurar los vínculos familiares entre padres, hermanos, esposas, hijos, usualmente deteriorados por la conducta del paciente farmacodependiente producto del consumo de drogas y por métodos empleados por estos para conseguir la sustancia.
- Fase de Reinserción Social: Posteriormente a la reinserción familiar y bajo la guía y vigilancia del familiar, quien representa la figura de seguimiento en el tratamiento, se le da la oportunidad de tener encuentros sociales y se miden las respuestas obtenidas a través del comportamiento del residente.
- Fase de Reinserción Laboral o Académica: En esta etapa se le realiza una evaluación al participante con la intención de atender sus perspectivas y favorecer el reconocimiento de sus habilidades e integración en el plan estudiantil o laboral ajustado a sus necesidades y bajo estricta supervisión del médico tratante y de los familiares.
- Fase de Egreso: Esta es la fase final, se prepara al residente para su alta médica por haber culminado satisfactoriamente su proceso de rehabilitación y se le compromete a una asistencia regular a consultas con su médico tratante y a la participación en los grupos de apoyo.  
(para. 2-7) (CRTP, 2010)

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo de tipo no probabilístico el cual ha sido definido por Malhorta (2004) como aquel que se basa en el juicio personal de investigador más que en la oportunidad de seleccionar elementos de la muestra. Hernández, Fernández y Baptista (2006) señalan que la ventaja de una

muestra no probabilística es su utilidad para determinado diseño de estudio que requiere no tanto una “representatividad” de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de participantes con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema. A su vez, según la clasificación que establece Ávila (2006) se trata de una muestra intencional, por tanto el investigador puede decidir de manera arbitraria o consciente que elementos incluir en la muestra; ya que es un procedimiento que permite seleccionar los casos característicos de la población limitando la muestra a un grupo específico, este tipo de muestreo suele utilizarse en situaciones en las que la población es muy variable y consecuentemente la muestra es de tamaño reducido.

Los aspectos considerados para el proceso de selección e inclusión en la investigación, fueron los siguientes:

- Ser del género masculino.
- Ser mayor de edad.
- Ser alfabeto.
- Encontrarse en proceso de tratamiento (hospitalizado/internado) en el Centro de Rehabilitación Clínica Tía Panchita.
- Haber sido consumidor de algún tipo de droga.
- Estar de acuerdo en la participación de la investigación.

No se realizó algún tipo de exclusión en cuanto a raza, etnia, creencias religiosas, patología dual presente o fase de tratamiento durante el proceso de administración de los instrumentos.

### **Materiales**

- Sesenta (60) lápices con borra.
- Sesenta (60) copias del Consentimientos Informados para los participantes.
- Sesenta (60) copias del Cuestionario de Recolección de Datos Básicos.
- Sesenta (60) copias del Cuestionario MOS.
- Sesenta (60) copias del Cuestionario APGAR familiar.
- Salón con 30 mesas y 30 sillas.

### Instrumentos

**“Cuestionario de Recolección de Datos Básicos”:** Es un instrumento diseñado por los autores de la presente investigación que permite obtener información personal como: datos básicos de identificación (iniciales del nombre y apellido, edad, estado civil, entre otros), datos acerca del consumo (tiempo de consumo), su contexto (cantidad de personas con que vivían y ocupación previa al inicio del consumo) y las sustancias utilizadas (droga de impacto y droga de preferencia) y datos acerca de las intervenciones actuales o antecedentes de intervención (fecha de inicio de la intervención actual, cantidad de intervenciones previas, cuánto tiempo y en qué centros).

**“Cuestionario de Apoyo Social ‘Medical Outcomes Study’” (MOS):** Desarrollado por Sherbourne en 1991, y adaptado al español por López, F., permite investigar junto al apoyo global, otras cuatro dimensiones: 1) afectiva (demostración de amor, cariño y empatía); 2) de Interacción Social Positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse); 3) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica); y 4) emocional/informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información). Tiene 20 ítems; en donde el primero de ellos, tiene como objetivo discernir la red social de la persona, preguntando por el número de amigos íntimos y familiares cercanos que posee. Los ítems restantes se evalúan, mediante escala de Likert puntuando de 1 (nunca) a 5 (siempre) (Cuesta y Cols. 2004). En lo que respecta a sus propiedades psicométricas, la consistencia interna obtenida es de 0.919 según el alfa de Cronbach; la solución trifactorial hallada (Varimax) explica el 59.86% de la varianza. Lo que indica que es un instrumento válido y confiable para la evaluación del Apoyo Social Percibido (Enrique y Rodríguez, s/f).

**Cuestionario de Adaptabilidad, Crecimiento, Participación, y Resolución (APGAR FAMILIAR):** Desarrollado por Smilksteing y adaptado al español por Bellón, J., permite medir el tamaño (número de personas a las que se pide ayuda con más frecuencia), la composición de la red social (relación social que se tiene con estas personas) y el tipo de relación afectiva (buena, regular o mala) que se conservan con cada componente de la red, organizándolos además por orden, según la frecuencia con la que se pide ayuda (Cuesta y Cols., 2004). En lo referente a sus propiedades psicométricas, la consistencia interna medida con la prueba de alfa de Cronbach fue



0,793; a su vez el análisis factorial mostró que la escala estaba compuesta por un único factor que explicaba el 55,6% de la varianza, lo que indica que se trata de un instrumento válido y confiable (Avendaño, Campo, Duarte y Forero, 2006).

### ***Variables Estudiadas***

#### *Funcionalidad Familiar:*

- Definición conceptual: el cuidado y el apoyo que un individuo recibe de su propia familia (Smilkstein, s.f, c.p Gómez y Ponce, 2010)
- Definición operacional: se medirá la variable a partir del instrumento Cuestionario de Adaptabilidad, Crecimiento, Participación, y Resolución (APGAR FAMILIAR). En relación a los puntajes obtenidos y su clasificación, se tiene:
  - Familia normofuncional: puntajes entre 7-10
  - Familia moderadamente disfuncional: puntajes entre 4-6
  - Familia gravemente disfuncional: puntajes entre 0-3

#### *Apoyo Social:*

- Definición conceptual: grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación (Thoits, 1982).
- Definición operacional: se obtendrá el Apoyo Social a través del Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS). En relación a los puntajes obtenidos y su clasificación se medirá:
  - Apoyo Social Escaso: puntajes menores o igual a 57
  - Apoyo Social Suficiente: puntajes mayores o igual a 58

#### Definición de las dimensiones del Cuestionario de Apoyo Social MOS

Dentro del cuestionario de Apoyo Social MOS tal como explican Costa, Salamero y Gil (2007) se evalúan distintas variables que conforman un índice global de Apoyo Social como lo son:

*Apoyo Emocional:*

- Definición conceptual: expresión de afecto, comprensión empática, guía de consejo e información.
- Definición operacional: evaluado dentro de los ítems: 3-4-8-9-13-16-17-19. Para su clasificación acorde al puntaje obtenido se tiene:
  - Falta de Apoyo Emocional: puntajes menores o igual a 24
  - Suficiente Apoyo Emocional: puntajes mayores o igual a 25

*Interacción Social Positiva:*

- Definición conceptual: disponibilidad de otras personas para reunirse, divertirse o pasarla bien.
- Definición operacional: evaluado dentro de los ítems 7-11-14-18. Para su clasificación acorde al puntaje obtenido se tiene:
  - Falta de Interacción Social Positiva: puntajes menores o igual a 12
  - Suficientes Interacción Social Positiva: puntajes mayores o igual a 12

*Apoyo Afectivo:*

- Definición conceptual: demostraciones reales de amor, cariño o empatía.
- Definición operacional: Evaluado dentro de los ítems 6-10-20. Para su clasificación acorde al puntaje obtenido se tiene:
  - Falta de Apoyo Afectivo: puntajes menores o igual a 9
  - Suficiente Apoyo Afectivo: puntajes mayores o igual a 9

*Apoyo Instrumental:*

- Definición conceptual: la provisión de ayuda material o tangible que la persona pueda percibir.
- Definición operacional: Evaluado dentro en los ítems 2-5-12-15. Para su clasificación acorde al puntaje obtenido se tiene:
  - Falta de Apoyo Instrumental: puntajes menores o igual a 12
  - Suficiente Apoyo Instrumental: puntajes mayores o igual a 12

En la tabla 6 se muestran las variables de investigación conjunto a los instrumentos asociados a su medición.

Tabla 6. *Variables, Dimensiones e Instrumentos Asociados*

<b>Variables</b>	<b>Instrumentos Asociados</b>	<b>Categorías/Dimensiones de la Variable por Instrumento</b>
		Familia Normofuncional
	APGAR FAMILIAR	Familia Medianamente Disfuncional
Funcionalidad Familiar		Familia Gravemente Disfuncional
		Apoyo Emocional
Apoyo Social	MOS	Apoyo Instrumental
		Interacción Social
		Apoyo Afectivo

***Variables Controladas***

Es importante identificar y realizar un acuerdo acerca el control de las variables intervinientes para obtener confiabilidad sobre la correlación entre la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social, ya que es posible que la presencia de variables intervinientes alteren la relación (Beltra y Bueno, 1995). Entre las variables que se consideraron, se encuentran:

- Mayores de edad.
- Género masculino.
- Instrucciones estandarizadas
- Materiales estandarizados para los participantes

***Variables Extrañas***

Estas variables causan un efecto no deseado en los resultados de la correlación (Beltra y Bueno, 1995). Entre estas variables se encuentran:

- Las condiciones del espacio de trabajo de los participantes fueron distintos.
- Los ruidos ambientales al momento de la aplicación, que incluían música.
- El espacio limitado, por lo que los participantes podían tener acceso a las respuestas de sus compañeros más cercanos; lo cual puede afectar su ejecución debido a la deseabilidad social.
- La fase de Intervención en la que se encontraban los participantes no eran las mismas, un grupo de participantes –cinco (5)- se encontraba en “cuarentena” lo que consiste en un periodo de cuarenta días donde no se les permite recibir visitas de familiares.
- Debido al consumo de drogas podría existir deterioro cognitivo en mayor o menor grado, de un participante a otro.
- El nivel de Instrucción de los participantes.
- Algunos de los participantes habían estado anteriormente en intervención.

### **Tipo de investigación**

Según Hernández, Fernández y Baptista (2006) el alcance dentro de las investigaciones está clasificado de la siguiente manera: exploratorias, descriptivas, correlacionales y explicativas. Además, teniendo en cuenta el punto de partida para la elección del tipo de investigación: el conocimiento actual del tema de investigación y la visión que los investigadores pretendan dar a su estudio, el tipo de investigación que se desarrollará es correlacional, el cual “tiene como propósito evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables (en un contexto en particular)”. Posteriormente, se deben evaluar de forma conjunta las variables (Funcionalidad Familiar y Apoyo Social) en un nivel cuantitativo (para conocer el coeficiente de correlación) lo que permitirá predecir el comportamiento de una variable, si se conoce la otra.

Esta investigación es del tipo correlacional-causal debido a que estos diseños describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un

momento determinado, que para el caso particular se refiere a la relación entre la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Con lo anterior, siendo que se busca correlacionar las variables de la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social en pacientes drogodependientes su utilidad y/o propósito principal, es saber cómo se puede comportar alguna de las variables conociendo el comportamiento de las otras variables relacionadas (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Es importante tener en cuenta, que dentro de este tipo de investigación, se trabajó en el marco de establecer la naturaleza de las relaciones, siendo positiva o negativa: si es positiva, significa que participantes con altos valores en una variable tenderán a mostrar altos valores en la otra variable. Si es negativa, significa que participantes con altos valores en una variable tenderán a mostrar bajos valores en la otra variable. En caso de que no exista correlación entre las variables, esto indica que éstas varían sin seguir un patrón sistemático entre sí (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Las especificaciones anteriores resultan de importancia, dado a que, como se ha descrito en la bibliografía de los apartados previos, son diversos los resultados en las investigaciones acerca del tema, por lo cual interesa dilucidar con mayor claridad si el tipo de Funcionalidad Familiar que posee la persona, guarda relaciones significativas o no para con el Apoyo Social, siendo estos factores relevantes al momento de inicio, mantenimiento y posible reinserción social en pacientes drogodependientes. De aquí, se desprende el alcance explicativo, aunque parcial, de las investigaciones de corte correlacional.

### **Diseño de Investigación**

La investigación se enmarca dentro de los parámetros de las investigaciones de campo, dado a que consisten en la recolección de datos directamente de los participantes investigados, o de la realidad donde ocurran los hechos, sin manipular o controlar variable alguna, a pesar de estar éstas claramente identificadas (Arias, 2006).

Por otro lado Hernández, Fernández y Baptista (2006), se refieren a este tipo de estudio bajo la etiqueta de investigación no experimental, que de acuerdo con

Kerlinger (1979, p.116, cp. Hernández et al. 2006) “es cualquier tipo de investigación en la que resulta imposible manipular variables, o bien asignar aleatoriamente a los participantes o las condiciones”.

A continuación se encausará lo que constituye el plan y la estructura de la investigación, es decir, el diseño, el cual se concibe de determinada manera con el fin de obtener respuestas a las preguntas de investigación. El plan es el esquema o programa general de la investigación; incluye un bosquejo de lo que el investigador hará, desde formular las hipótesis y sus implicaciones operacionales hasta el análisis final de los datos (Kerlinger y Lee, 2001).

La presente investigación corresponde al tipo no experimental de corte transversal, la cual según describen Kerlinger y Lee (2001), son aquellas en las que no es posible manipular las variables y asignar aleatoriamente a los participantes y tratamientos debido a la naturaleza de las variables que imposibilita que se manipulen; es decir, los fenómenos se observan tal y como se dan en su contexto natural para ser analizados (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Dentro de la investigación no experimental, las variables independientes ya han ocurrido debido a que los participantes ya pertenecían a un grupo o nivel determinado de la variable independiente por autoselección y no es posible manipularlas; el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, ni puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Ejemplo de las delimitaciones anteriores, se observa en que los participantes ya poseían la variable que se pretende medir, es decir, se trata de pacientes drogodependientes en proceso de tratamiento, los cuales tienen una historicidad en cuanto a sus Funcionalidad Familiar y Apoyo Social, y no son los investigadores quienes asignan ni la condición de drogodependencia a los participantes, ni el tipo de Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social que poseen al momento de recaudar los datos.

En cuanto a la temporalidad, ésta se determina según el número de momentos o puntos en el tiempo, en los cuales se recolectan datos. Esta investigación es de tipo transversal o transeccional debido a que la recolección de datos se realiza en un único

momento, siendo su propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

### **Procedimiento**

Con el objetivo de determinar la asociación entre la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social en drogodependientes se ha efectuado la aplicación de los instrumentos en una muestra compuesta por un grupo de 54 pacientes drogodependientes del sexo masculino, con edades comprendidas entre 18 y 47 años, quienes se encontraban hospitalizados/internos en tratamiento para drogodependencias en el Centro de Rehabilitación Clínica Tía Panchita. La cual posee dos métodos de ingreso, el primero es mediante la remisión al centro por parte del seguro social para recibir tratamiento en rehabilitación y la segunda es que el tratamiento sea costado por el paciente y/o familiares.

Se realizó el contacto con la Institución antes mencionada, a fin de concertar una entrevista con la persona encargada de coordinar el tratamiento de rehabilitación, especificándole los objetivos de la investigación e información pertinente al proyecto (instrumentos, participantes de aplicación y tiempo de aplicación) y se le solicitó el permiso para que los pacientes en tratamiento de hospitalización en la Institución participaran como muestra para la investigación. Tras haber sido aceptada la solicitud se acordó la fecha de aplicación de los instrumentos por parte de los investigadores. Ver apéndice E.

La aplicación de los instrumentos se realizó de forma colectiva con grupos conformados alrededor entre 15 y 20 personas aproximadamente, con una duración estimada de 25 minutos. Una vez delimitado el espacio en donde los participantes contestarían los instrumentos, los investigadores procedieron a presentarse ante el grupo y se les explicó la dinámica a los participantes, siendo que: “deben tener en sus manos cuatro (4) hojas, la primera de ellas tiene por título ‘Consentimiento Informado’ – ver apéndice F-, la segunda ‘Recolección de Datos Básicos’, la tercera ‘Cuestionario MOS’ y la cuarta ‘APGAR Familiar’; deben esperar las instrucciones para completar cada una de ellas y la indicación por parte de los investigadores para que pasen de una prueba a la otra”.

Seguidamente, se ubicó a los participantes en el Consentimiento Informado, se leyó junto con ellos en qué consistía y se hizo hincapié en el salvaguardado de las consideraciones éticas.

Posteriormente se comenzó la aplicación del cuestionario de Recolección de Datos Básicos: se leyeron las instrucciones para su llenado, se consultó que los participantes supieran la diferencia entre droga de impacto y droga de preferencia, y se repetía según la definición de cada una de ellas, además de brindarles un ejemplo. Se esperó a que todos los participantes indicaran que habían terminado de contestar el cuestionario y una vez hecho esto, se daba paso al siguiente cuestionario –MOS-.

Al revisar que todos estuviesen situados en Cuestionario MOS, se procedió a dar las instrucciones para su completación, se hizo hincapié en contestar el ítem número uno (1) dado a que este se encuentra separado (por estructura propia del instrumento) del resto de los ítems. Posteriormente, se explicó el modo en el cual debían contestar los demás ítems haciendo hincapié en el funcionamiento de la escala tipo Likert y seguidamente se brindó un ejemplo de llenado con el primer ítem del instrumento. Se esperó hasta que todos los participantes culminaran el llenado del cuestionario para pasar al siguiente.

Se les indicó que por último encontrarían el instrumento APGAR Familiar, el cual tiene las mismas instrucciones que el Cuestionario MOS. Posteriormente, se dio comienzo a la completación de los cuestionarios y al verificar que todos los participantes terminaron, se realizó la recogida de todos los instrumentos.

Finalmente se les agradeció por su participación en la investigación y el tiempo invertido en la misma.

A continuación, se presenta la Tabla 7 que resume la estructura de la sesión de evaluación.



Tabla 7. *Estructura de la Sesión de Evaluación.*

<b>Fase</b>	<b>Procedimiento</b>
Presentación (3min)	Los investigadores se presentan ante los participantes y se explica brevemente los objetivos de la sesión. Solicitando su colaboración y mencionando la confidencialidad de la información brindada.
Aplicación (15min)	Se le entregan los materiales a cada uno de los participantes (Lápiz, Consentimiento Informado, Cuestionario de Recolección de Datos Básicos, Cuestionario de Apoyo Social MOS y APGAR Familiar). Posteriormente se dan las instrucciones de cada uno de los Instrumentos, se señala la diferencia entre las drogas de impacto y las drogas de preferencia y una vez aclaradas las dudas se les indica a los participantes que pueden iniciar.
Cierre (2min)	Recolección de los instrumentos y materiales. Agradecimiento por la colaboración y participación dentro de la prueba.

### **Consideraciones Éticas.**

En consideración a lo expuesto dentro del Código Profesional del Psicólogo y al Código de Bioética, se informa que dentro de esta investigación, no se agredió o perjudicó a ningún participante y se ha garantizado la confidencialidad de los mismos, para la especificación de los artículos considerados (Ver Apéndice G).

### **Resultados**

Como se describió con anterioridad la muestra utilizada para la investigación estuvo compuesta por 54 participantes, lo cual implica el uso de estadísticos no paramétricos por el tamaño de la misma, aunado a ello se mostrarán los resultados obtenidos tras la corrida de datos, lo que implica tener en cuenta: el diagrama de variables; la manera en la cual se correlacionan las variables Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social, incluyendo las dimensiones de esta última. Además, se permitirá dilucidar acerca del coeficiente de determinación de las variables antes mencionadas y sus dimensiones.

***Comportamiento descriptivo de la muestra***

En primer lugar, se presentan los datos de los participantes recogidos a través del Cuestionario de Recolección de Datos Básicos -edad, personas con las que vivían al comienzo del consumo, ocupación previa al consumo, tiempo de consumo, droga de impacto, droga de preferencia, cantidad de personas que lo han visitado- (ver Tabla 8).

Respecto a la edad, se tiene que los participantes se distribuyen entre un puntaje mínimo de 18 años y un máximo de 47 años, siendo la media de (27.94) y la asimetría de (0,741) lo que quiere decir que esta medida se encuentra sesgada por puntajes extremos. En cuanto al nivel de dispersión se encontró una desviación estándar de (7,367) asociada a una curtosis de (-0.153) lo que refiere que los puntajes presentan poca dispersión con respecto a la media. En consideración a lo anterior, se tiene un comportamiento de la muestra de tipo homogénea (ver Tabla 8).

En cuanto al número de personas que vivían con los participantes antes de iniciar el consumo de drogas tal como se evidencia en la Tabla 8 tiene un puntaje mínimo de cero (0) personas y un máximo de 12 personas, con una media de (3,59) y asimetría de (1,883) lo que indica que esta medida se encuentra sesgada por valores extremos. La desviación estándar de (2,176) asociada a una curtosis de (4.736) indica que los puntajes presentan amplia dispersión con respecto a la media, por tanto el comportamiento de la muestra en este aspecto es heterogéneo.

La ocupación de los participantes previo al inicio del consumo, refiere que 37 de ellos –lo que corresponde al 68.5%- eran estudiantes, 10 de los pacientes -18.5%- se encontraban trabajando y los siete (7) restantes -13%- tenían otros oficios. La muestra establece una media de (0,44) y asimetría de (1,313) lo que indica que la medida se encuentra sesgada por los valores extremos. La desviación estándar de (0,718) asociada a una curtosis de (0,269) revela que los puntajes presentan una baja dispersión con respecto a la media. En cuanto a ocupación se refiere la muestra es homogénea (ver Tabla 8).

Seguidamente los resultados en cuanto al tiempo de consumo –medido en años- de los participantes de la investigación indica que se distribuyen desde un puntaje mínimo de cero (0) lo que indica un tiempo menor a un año y un puntaje máximo de 32 años. Con una media de (11,31) y una asimetría de (1,084) indica que

dicho resultado se encuentra sesgado por los valores extremos. En cuanto al nivel de dispersión se encontró una desviación estándar de (6.911) asociada a una curtosis de (1.243) lo que refiere que los puntajes presentan una amplia dispersión con respecto a la media. Lo que refiere a que la muestra es heterogénea a nivel de tiempo de consumo (ver Tabla 8).

En lo que respecta a la cantidad de personas que han visitado a los participantes mientras se encontraban en intervención, la Tabla 8 describe que el puntaje mínimo ha sido de cero (0) y el máximo de 30. Con una media de (4,77) y una asimetría de (3.191) denota que el resultado de la media se encuentra sesgado por los valores extremos. Por otro lado, desviación estándar es de (4,972) y la curtosis de (13,343) observándose que las puntuaciones se encontraron concentradas por encima de la media.

Tabla 8. *Datos Básicos*

	Media	Desviación estándar	Varianza	Asimetría	Curtosis	Mín	Máx
Edad	27,94	7,367	54,28	0,741	-0,153	18	47
Personas que vivían con el participante al comenzar el consumo	3,59	2,176	4,737	1,883	4,736	0	12
Profesión del participante	0,44	0,718	0,516	1,313	0,269	0	2
Tiempo de Consumo	11,31	6,911	47,767	1,084	1,243	0	32
Droga de Impacto	3,15	2,558	6,544	0,672	-0,733	0	8
Droga de Preferencia	2,44	2,353	5,535	1,129	0,382	0	8
Cantidad de personas que lo han visitado en la intervención actual	4,77	4,972	24,717	3,191	13,343	0	30

En cuanto a los resultados por droga de impacto, entendiéndose esta como la sustancia que el paciente identifica como aquella que genera mayor cantidad de efectos negativos, bien sea en las alteraciones neuroquímicas, así como también en los contextos en donde se desenvuelve y que por consecuente lo motiva a buscar tratamiento (Flint y García, 2012) se obtuvo que la droga de impacto que puntúa con mayor frecuencia de consumo en la población estudiada es el Crack -13 personas- lo que representa al 24.1% de la muestra; tal como se demuestra en la Tabla 8 el puntaje mínimo de cero (0) y un puntaje máximo de ocho (8), con una media de (3,15) y una asimetría de (0,672) indica que dicho resultado se encuentra sesgado por los valores extremos inferiores a la media. En cuanto al nivel de dispersión se encontró una

desviación estándar de (2,558) asociada a una curtosis de (-0,733) lo que refiere que los puntajes presentan una amplia dispersión con respecto a la media. Véase la Figura 2 para la descripción gráfica de lo mencionado anteriormente.

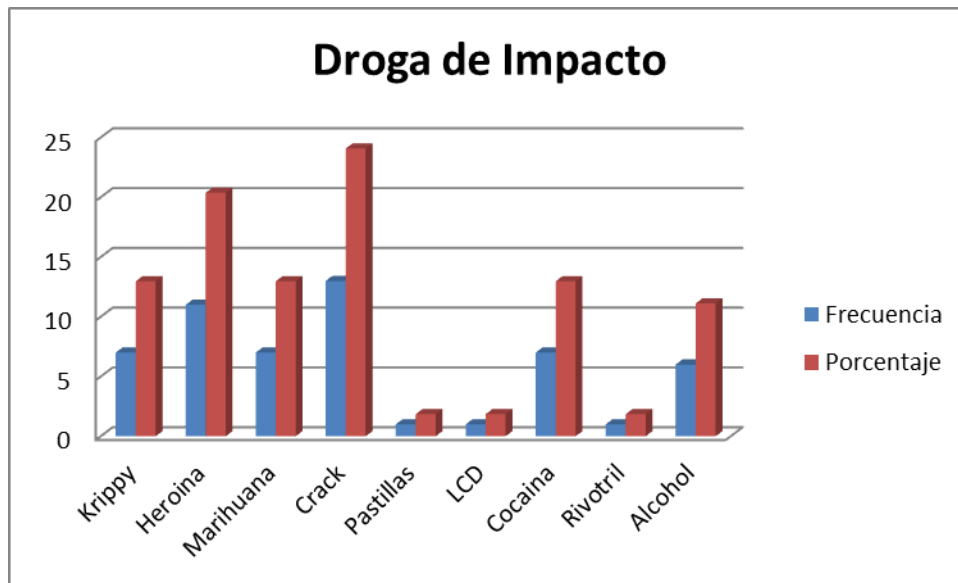


Figura 2. Droga de Impacto

Por su parte, los resultados referidos a las drogas de preferencia, entendidas como aquellas sustancias que el paciente identifica como la que produce los efectos placenteros que se ajustan a las necesidades particulares, bien sea por satisfacción de una necesidad biológica (inhibir o excitar algún mecanismo) y/o por la satisfacción de una adaptación social (ajuste al contexto de desenvolvimiento) (Flint y García, 2012) apuntan a que la droga de preferencia seleccionada por la mayoría de los participantes es la marihuana -37%-; tal como se demuestra en la Tabla 8 el puntaje mínimo de cero (0) y un puntaje máximo de ocho (8), Con una media de (2,44) y una asimetría de (1,129) indica que dicho resultado se encuentra sesgado por los valores extremos. En cuanto al nivel de dispersión se encontró una desviación estándar de (2,353) asociada a una curtosis de (0,382) lo que refiere que los participantes tuvieron un comportamiento que se ajusta a la normal.

Véase la Figura 3 para la descripción gráfica de lo mencionado anteriormente.

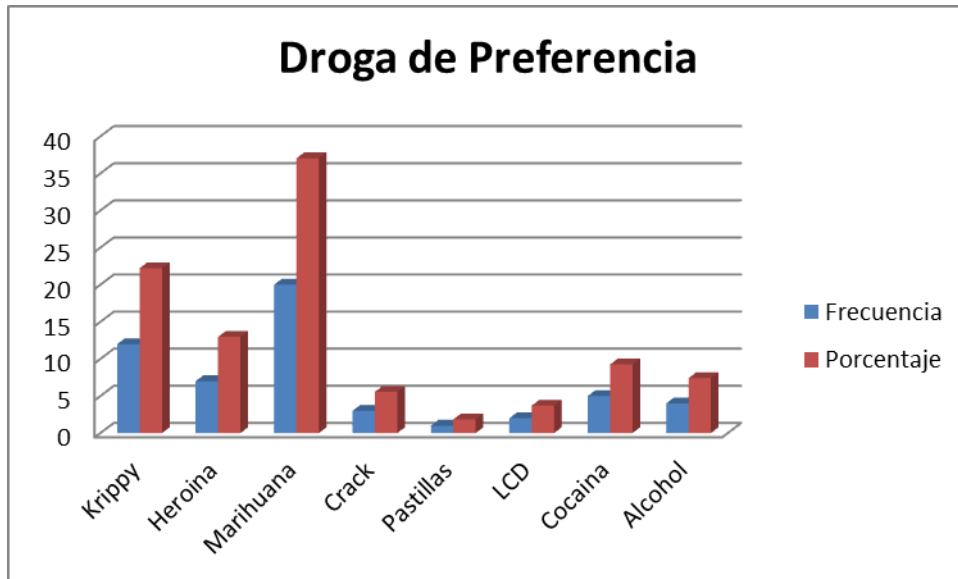


Figura 3. Droga de Preferencia

**Comportamiento de la muestra en cuanto a variables de estudio.**

Los datos descritos con anterioridad, refieren la constitución de la muestra en cuanto a sus características básicas; a continuación, se describen los resultados en cuanto a las variables de estudio.

Los resultados correspondientes a la Funcionalidad Familiar representados en la Tabla 9, muestran que el intervalo va desde un puntaje mínimo de cero (0) a un puntaje máximo de 10, con una media de (6,69) y una asimetría de (-0,547) lo que denota que la muestra se encuentra sesgada por valores extremos. La desviación estandar de (2,196) y la curtosis de (0,146) indica que las puntuaciones se encontraron concentradas en los valores por encima de la media.

Tabla 9. *Funcionalidad Familiar. Estadísticos Descriptivos.*

<b>Funcionalidad Familiar</b>	
Media	6,69
Desviación estándar	2,196
Varianza	4,824
Asimetría	-,547
Curtosis	,146
Mínimo	0
Máximo	10

A continuación, en la Tabla 10 se clasifican los resultados de la Funcionalidad Familiar, en donde se denota que 30 de los participantes poseen una familia normofuncional lo cual representa al 55.6% de la muestra poblacional, 20 de los participantes poseen una familia moderadamente disfuncional lo que representaría al 37% de la muestra y por último, cuatro (4) de los participantes poseen una familia gravemente disfuncional, representando al 7.4% de la muestra poblacional.

Tabla 10. *Funcionalidad Familiar. Clasificación de los Resultados*

<b>Funcionalidad Familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Familia Normofuncional	30	55,6
Familia Moderadamente Disfuncional	20	37,0
Familia Gravemente Disfuncional	4	7,4
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>

Para la descripción gráfica de lo mencionado anteriormente véase la Figura 4.

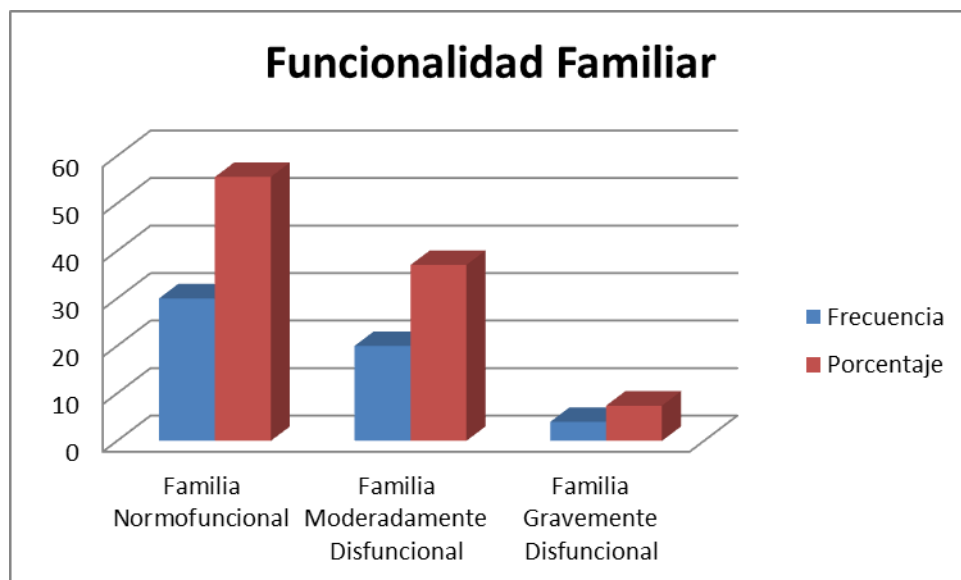


Figura 4. Funcionalidad Familiar

Los resultados correspondientes al Apoyo Social en el grupo de estudio se muestran en la Tabla 11, en donde se presenta un intervalo que va de un puntaje mínimo de 38 a un puntaje máximo de 92, con una media de (70,22) y una asimetría de (-0,298) lo que demuestra que la muestra no fue sesgada por valores extremos. Asimismo se obtuvo una desviación estándar de (14,005) y una curtosis de (-0,928) reflejando que las puntuaciones se encontraron concentradas en los valores por debajo de la media.

Para una descripción gráfica de lo mencionado anteriormente Véase Figura 5.



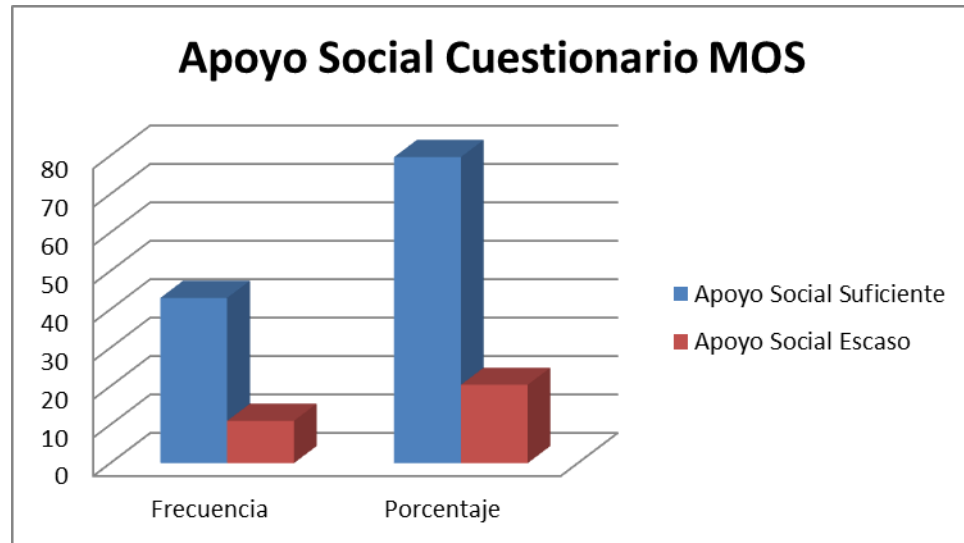


Figura 5. Apoyo Social Cuestionario Mos.

El Apoyo Afectivo tal como se evidencia en la Tabla 11 presenta un intervalo de un puntaje mínimo de seis (6) y un puntaje máximo de 15, con una media de (11,87) y una asimetría de (-0,422) lo que refiere que la muestra ha sido sesgada por valores inferiores con una desviación estándar de (2,775) y una curtosis de (-1,019) encontrándose las puntuaciones concentradas en valores por debajo de la media.

En cuanto a la Interacción Social la Tabla 11 indica que el puntaje mínimo obtenido es de seis (6) y el máximo de 20. Asimismo se obtuvo un puntaje medio de (13,83) y una asimetría de (-0,124) que hace referencia a que la muestra se encuentra sesgada por valores extremos. Presentando una desviación estándar de (4,069) y una curtosis de (-1,229) encontrándose que las puntuaciones se concentran en valores por debajo de la media.

El Apoyo Emocional como se puede observar en la Tabla 11, presenta puntaje mínimo de 16 y un puntaje máximo de 40. La puntuación media ha sido de (28,72) y la asimetría de (-0,54) lo que indica que los resultados con respecto a la media se encuentran distribuidos en los valores inferiores. La desviación estándar de (6,535) y una curtosis de (-0,885) indican que las puntuaciones se encuentran concentradas en valores por debajo de la media.

El Apoyo Instrumental obtuvo un puntaje mínimo de ocho (8) y un puntaje máximo de 20 tal como se evidencia en la Tabla 11. La media obtenida fue de (15,80) y la asimetría de (-0,673) lo que refiere a que los resultados con respecto a la media se encuentran distribuidos en los valores inferiores. La desviación estándar fue (3,493) y la curtosis de (-0.703) indicando que las puntuaciones se encuentran concentradas en valores por debajo de la media.

Tabla 11. *Apoyo Social*

	<b>Apoyo Social</b>	<b>Apoyo Afectivo</b>	<b>Interacción Social Positiva</b>	<b>Apoyo Emocional</b>	<b>Apoyo Instrumental</b>
Media	70,22	11,87	13,83	28,72	15,80
Desviación estándar	14,005	2,775	4,069	6,525	3,493
Varianza	196,138	7,700	16,557	42,582	12,203
Asimetría	-,298	,422	-,124	-,054	-,673
Curtosis	-,928	1,019	-1,229	-,885	-,703
Mínimo	38	6	6	16	8
Máximo	92	15	20	40	20

Estos resultados denotan que la muestra se comportó de manera heterogénea con respecto a las distintas dimensiones. Debido a que los datos presentan escalas que varían por dimensión, la comparación entre ellas se realiza siguiendo una categorización entre: suficiente o escasa presencia de las variables estudiadas en los participantes.

En la Tabla 12 se encuentran los resultados del Apoyo Social en los cuales se muestran que el 79,6% posee una percepción del Apoyo Social como suficiente. En cuanto a sus dimensiones se tiene que el 74,1% poseen suficiente Apoyo Afectivo, el 57,4% posee suficiente Interacción Social Positiva, el 75,9% posee Apoyo Emocional Suficiente y el 79,6% posee suficiente Apoyo Instrumental. Por tanto el rendimiento de la muestra en cuanto al Apoyo Social ha sido estable.

Tabla 12. *Apoyo Social y sus Dimensiones*

<b>Frecuencia Relativa al Grupo</b>	<b>Escaso</b>	<b>Suficiente</b>
<i>Apoyo Social</i>	20,4%	79,6%
Apoyo Afectivo	25,9%	74,1%
Interacción Social Positiva	42,6%	57,4%
Apoyo Emocional	24,1%	75,9%
Apoyo Instrumental	20,4%	79,6%

***Asociaciones entre variables de estudio***

Una vez detallados los resultados descriptivos de la investigación se debe dar cuenta de los alcanzados respecto a sus objetivos. En primera instancia, el objetivo general planteaba determinar la asociación entre la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social en pacientes drogodependientes en programa de hospitalización, en base a ello se estiman los siguientes resultados:

Para dar cuenta de la correlación entre ambas variables se hizo uso del estadístico para correlaciones bivariadas de Spearman a través del programa de análisis estadístico SPSS el cual permitió indicar que la correlación entre ambas la cual resultó baja, positiva y significativa ( $r=0,277$ ) lo que significa que a medida que se encuentran índices altos o bajos en el cuidado y el apoyo que un individuo recibe de su propia familia (Funcionalidad Familiar), los participantes tienden a mostrar mayor o menor satisfacción de necesidades sociales básicas -afiliación, afecto, pertinencia, seguridad, entre otros- (Apoyo Social). Es decir, al encontrar índices altos en una de las variables la otra variable también se presentará en niveles elevados; en el caso que se encuentren índices bajos en alguna de las variables la otra también se encontrará en un nivel inferior.

En cuanto al nivel de influencia que ejerce la Funcionalidad Familiar sobre el Apoyo Social (.84), se debe tener en cuenta que en la medida que se procuren intervenciones y/o modificaciones intencionales focalizadas hacia la primera de ellas, esto acarreará un cambio sucesivo en la segunda. En los apartados subsiguientes se permitirá dilucidar más al respecto de la correlación-causal descrita.

En lo que refiere a los objetivos específicos, se tiene:

El tipo de Funcionalidad Familiar asociado a pacientes drogodependientes que se encuentran bajo un programa de hospitalización es de tipo Normofuncional (55% de los participantes) lo cual se traduce en un balance entre los componentes que estructuran la Funcionalidad Familiar (adaptación, participación, gradiente de recursos, afectividad, recursos o capacidad resolutive), y el 45% restante se categoriza como una Familia Disfuncional, lo cual supone un desbalance de distintos gradientes entre los componentes antes mencionados.

El tipo de Apoyo Social recibido en pacientes drogodependientes en programas de hospitalización se categoriza en suficiente (80%) y escaso (20%), lo que indica que el grado de satisfacción respecto a las necesidades sociales básicas a través de la interacción con otros, es alto en pacientes de este tipo.

#### ***Asociaciones entre variables de estudio y sus dimensiones.***

Seguidamente, se describen las correlaciones significativas entre las variables y sus dimensiones, teniendo en cuenta un índice de confiabilidad del  $p < 0,05$  (95%). Siguiendo el orden estructural en cuanto a las correlaciones se especifican: (a) Funcionalidad Familiar y Apoyo Social; (b) Funcionalidad Familiar y Dimensión Apoyo Afectivo; (c) Apoyo Social y la Dimensión Apoyo Afectivo; (d) Apoyo Social y la Dimensión Interacción Social Positiva; (e) Apoyo Social y la Dimensión Apoyo Emocional; (f) Apoyo Social y la Dimensión Apoyo Instrumental;

Por otro lado, las correlaciones entre (g) Funcionalidad Familiar y la Dimensión Interacción Social Positiva; (h) Funcionalidad Familiar y la Dimensión Apoyo Emocional; (i) y Funcionalidad Familiar y Dimensión Apoyo Instruccional, no mostraron un nivel de significación adecuado para ser analizadas.

Así:

(a) Los pacientes que poseen una familia normofuncional tienden a percibir el Apoyo Social como suficiente, dicha tendencia se establece a partir de una correlación baja y positiva (0,277) lo que significa que a medida que se encuentran índices altos en el cuidado y el apoyo que un individuo que recibe de su propia familia (Funcionalidad Familiar), los participantes tienden a mostrar mayor satisfacción de necesidades sociales básicas -afiliación, afecto, pertinencia, seguridad, entre otros- (Apoyo Social). Y en la medida que se encuentren índices bajos en la Funcionalidad Familiar tenderán a mostrar índices bajos en el Apoyo Social. Debe tenerse en cuenta, que dado el índice de correlación bajo, otras variables podrían influir en la relación descrita.

(b) Los pacientes que poseen una familia normofuncional tienden a percibir el Apoyo Afectivo como suficiente, esto se determina a través de una correlación positiva aunque baja (0,286) lo que significa que a medida que se encuentran índices altos en la satisfacción del nivel de cuidado y el apoyo que un individuo recibe de su propia familia (Funcionalidad Familiar), los participantes tienden a realizar mayores demostraciones reales de amor, cariño o empatía (Apoyo Afectivo). Por tanto, si se tienen índices bajos en la Funcionalidad Familiar tenderán a mostrar índices bajos en el Apoyo Afectivo. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que dado el bajo índice de correlación entre ambas, hay otras variables que pudiesen influir en dicha correlación.

(c) Los pacientes que poseen un Apoyo Social suficiente tienden a percibir el Apoyo Afectivo como suficiente, dicha tendencia se establece a través de una correlación alta y positiva (0.806) lo que hace referencia a que: a medida que se encuentran índices altos en la satisfacción de necesidades sociales básicas -afiliación, afecto, pertinencia, seguridad, entre otros- (Apoyo Social) los participantes tienden a realizar mayores demostraciones reales de amor, cariño o empatía (Apoyo Afectivo). Y en caso contrario, encontrándose índices bajos en el Apoyo Social se tenderán a mostrar índices bajos en el Apoyo Emocional.

(d) Los pacientes que poseen un Apoyo Social suficiente tienden a percibir el Interacción Social Positiva como suficiente, debido a que a partir de una correlación moderada alta y positiva (0.798) se encuentran índices altos en la satisfacción del nivel de necesidades sociales básicas -afiliación, afecto, pertinencia, seguridad, entre otros-

(Apoyo Social) los participantes tienden disponer de otras personas para reunirse, divertirse o pasarla bien (Interacción Social Positiva). Y en la medida que se encuentren índices bajos en el Apoyo Social tenderán a mostrar índices bajos en la Interacción Social Positiva.

(e) Los pacientes que poseen un Apoyo Social suficiente tienden a percibir el Apoyo Emocional como suficiente, dicha tendencia se establece a partir de una correlación alta y positiva (0,912) lo que representa que a medida que se encuentran índices altos en el nivel en la satisfacción de necesidades sociales básicas -afiliación, afecto, pertinencia, seguridad, entre otros- (Apoyo Social) los participantes tienden a la expresión de afecto, comprensión empática, guía de consejo e información (Apoyo Emocional). Por otro lado, si se encuentran índices bajos en el Apoyo Social tenderán a mostrar índices bajos en el Apoyo Emocional.

(f) Los pacientes que poseen un Apoyo Social suficiente tienden a percibir el Apoyo Instrumental como suficiente, esto se establece a través de una correlación moderada y positiva (0,683) lo que significa que a medida que se encuentran índices altos en el nivel en la satisfacción de necesidades sociales básicas -afiliación, afecto, pertinencia, seguridad, entre otros- (Apoyo Social) los participantes tienden a la provisión de ayuda material o tangible que la persona pueda percibir (Apoyo Instrumental). Sin embargo, índices bajos en el Apoyo Social tenderán a mostrar índices bajos en el Apoyo Instrumental.

Una vez descritos las correlaciones entre las variables y sus dimensiones, en la Tabla 13 se presenta el índice de correlación entre ellas, su significación a nivel estadístico y la interpretación de los mismos.

Tabla 13. *Correlación Entre las Variables y sus Dimensiones*

Correlaciones	Apoyo Social	Apoyo Afectivo	Interacción Social Positiva	Apoyo Emocional	Apoyo Instrumental
Funcionalidad Familiar	,277*	,286*	0,217	0,268	0,217
Apoyo Social	1	,806**	,798**	,912**	,683**
Apoyo Afectivo		1	,574**	,612**	,556**
Interacción Social Positiva			1	,635**	,351**
Apoyo Emocional				1	,532**
Apoyo Instrumental					1

0.00 mp existe correlación alguna entre las variables

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).  
 +0.10 correlación positiva débil  
 +0.50 correlación positiva media  
 +0.75 correlación positiva considerable  
 +0.90 correlación positiva muy fuerte

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

***Influencias causales entre las variables y sus dimensiones.***

Seguidamente se muestran los resultados obtenidos (tipificados) del coeficiente de determinación que denotan la causalidad en las correlaciones que tiene una variable sobre otra, la Figura 6 delimita la ruta a proseguir:

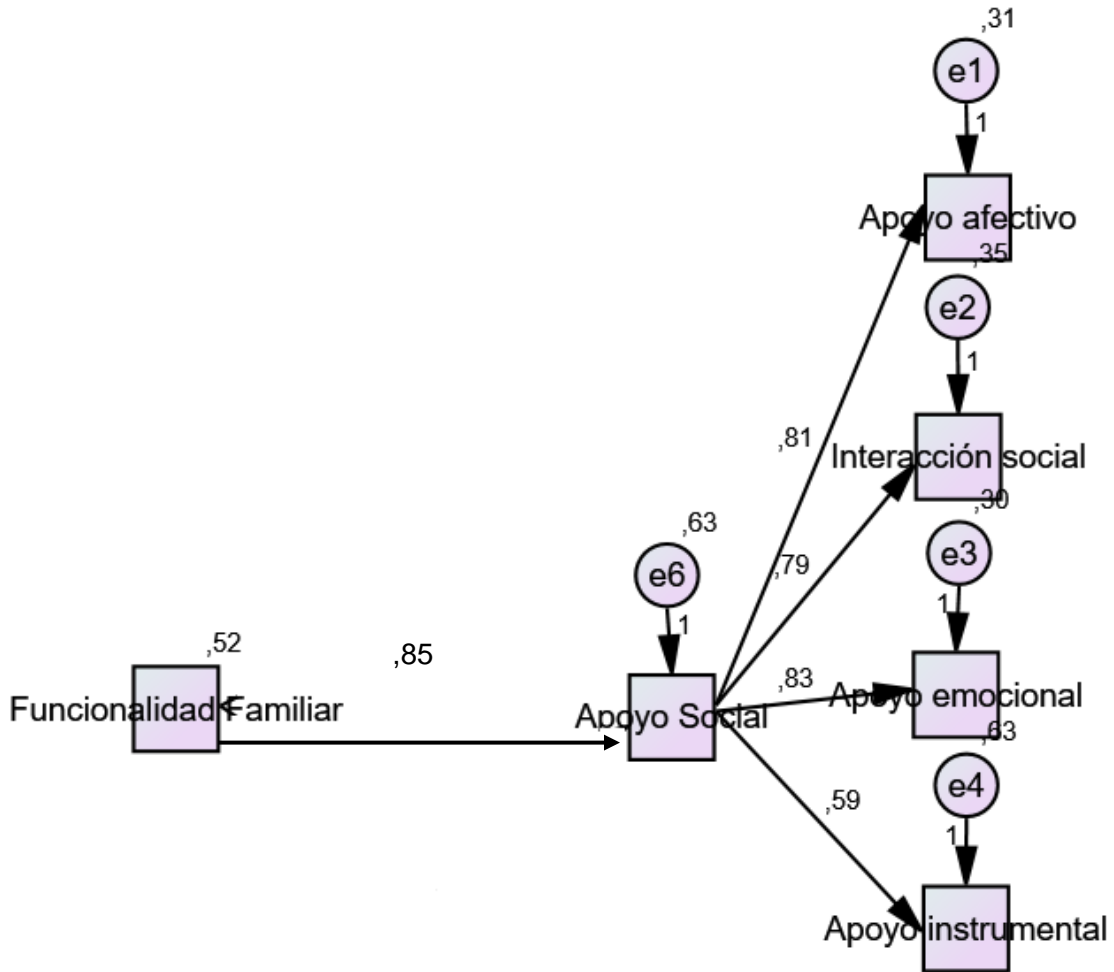


Figura 6. Ruta de Ecuaciones Estructurales

A través de la visualización de la Figura 6, se describe el efecto del peso directo e indirecto de una variable sobre otra, incluyendo las dimensiones de las mismas, a saber: (a) Funcionalidad Familiar sobre Apoyo Social; (b) Apoyo Social sobre dimensión de Apoyo Afectivo; (c) Apoyo Social sobre dimensión de Interacción Social Positiva; (d) Apoyo Social sobre Apoyo Emocional; (e) Apoyo Social sobre Instrumental; (f) Funcionalidad Familiar sobre Apoyo Instrumental; (g) Funcionalidad Familiar sobre Apoyo Emocional; (h) Funcionalidad Familiar sobre Interacción Social Positiva; (i) Funcionalidad Familiar sobre Apoyo Afectivo.



Partiendo de la estructura mencionada es pertinente inferir a partir de la recolección de datos mediante los instrumentos asociados a las variables lo siguiente:

(a) La Funcionalidad Familiar influyen de manera directa y muy fuerte ( $.89$ ) sobre el Apoyo Social tal como muestra la Tabla 14, lo que indica que en la medida que se efectúen variaciones en la Funcionalidad Familiar, se obtendrán variaciones significativas en el Apoyo Social; para la apreciación gráfica ver la Figura 7.

(b) El Apoyo Social influye de manera directa y fuerte ( $.81$ ) sobre el Apoyo Afectivo lo que se puede observar en la Tabla 14, por tanto, en la medida en que se fomenten cambios en el Apoyo Social, se obtendrán cambios significativos en el Apoyo Afectivo, véase la Figura 7 para la representación gráfica de lo mencionado.

(c) El Apoyo Social como se refleja en la Tabla 14 influye de manera directa y fuerte ( $.79$ ) sobre la Interacción Social Positiva, lo que significa que los cambios que se procuren en el Apoyo Social, repercutirán en la Interacción Social Positiva de manera significativa. La descripción gráfica de lo mencionado anteriormente se encuentra en la Figura 7.

(d) El Apoyo Social influye de manera directa y fuerte ( $.83$ ) sobre el Apoyo Emocional como lo muestra la Tabla 14, lo que denota que cambios en el Apoyo Social, incidirán de manera significativa en el Apoyo Emocional. Para la representación gráfica ver la Figura 7.

(e) El Apoyo Social como se evidencia en la Tabla 14 influye de manera directa y moderada ( $.59$ ) sobre el Apoyo Instrumental, lo que demuestra que en las variaciones en el Apoyo Social, efectuarán variaciones significativas en el Apoyo Instrumental, la descripción graficas de estos resultados se encuentran en la Figura 7.

Tabla 14. *Influencias Directas*

<b>Peso de la Regresión Estandarizada</b>		<b>Estimado</b>
Apoyo Social ←	Funcionalidad Familiar	0,611
Apoyo Afectivo ←	Apoyo Social	0,825
Interacción		
Social Positiva ←	Apoyo Social	0,799
Apoyo Emocional ←	Apoyo Social	0,836
Apoyo Instrumental ←	Apoyo Social	0,601

Aunado a las indicaciones anteriores, la Figura 7 ilustra el nivel de peso entre las influencias directas.

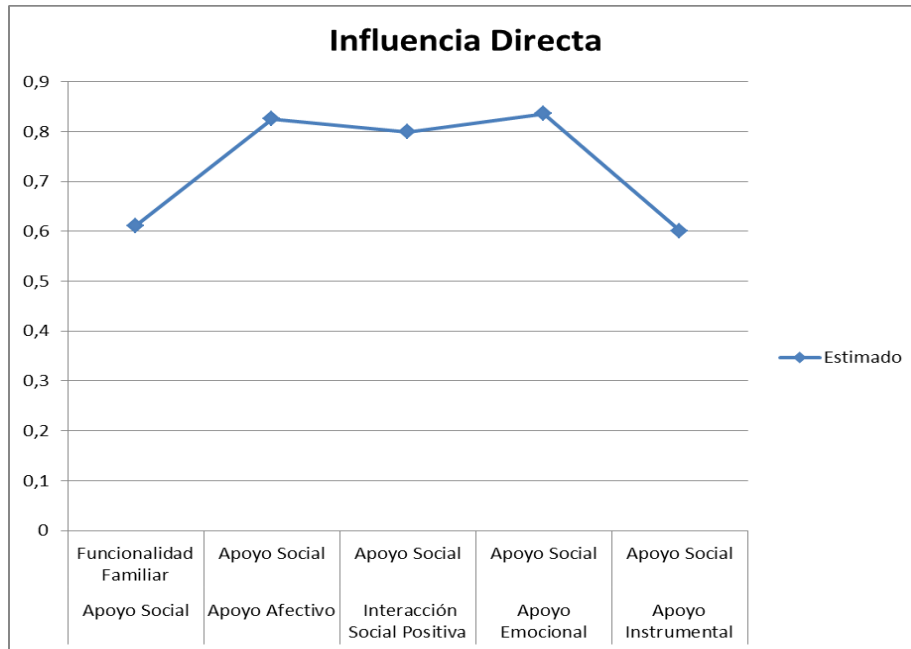


Figura 7. Influencias Directas

(f) La Funcionalidad Familiar influyen de manera indirecta y débil ( $,36$ ) sobre el Apoyo Instrumental tal como se observa en la Tabla 15, lo que evidencia que los cambios en la Funcionalidad Familiar, tendrán un efecto indirecto -que pasa por el Apoyo Social- pero significativo sobre el Apoyo Instrumental. Para mayor comprensión de los resultados ver Figura 8.

(g) La Funcionalidad Familiar influyen de manera indirecta y moderada ( $,51$ ) sobre el Apoyo Emocional, como se muestra en la Tabla 15 lo que muestra que variaciones que se procuren en la Funcionalidad Familiar, incidirá en el efecto indirecto -que pasa por el Apoyo Social- pero significativo sobre el Apoyo Emocional. Véase la Figura 8 para la representación gráfica de los datos.

(h) La Funcionalidad Familiar influyen de manera indirecta y moderada ( $,48$ ) sobre las Interacciones Sociales Positivas como se indica en la Tabla 15, esto indica que si se efectúan variaciones en la Funcionalidad Familiar, se obtendrá un efecto indirecto -que pasa por el Apoyo Social- pero significativo sobre las Interacciones Sociales Positivas. La descripción graficas de estos resultados se encuentran en la Figura 8.

(n) La Funcionalidad Familiar influyen de manera indirecta y moderada (.48) sobre el Apoyo Afectivo descrito en la Tabla 15, lo que indica que en la medida en que se efectúen variaciones en la Funcionalidad Familiar, se obtendrá un efecto indirecto - que pasa por el Apoyo Social- pero significativo sobre el Apoyo Afectivo. Para mayor comprensión de los resultados ver Figura 8.

A continuación, en la tabla 15, se muestran los coeficientes de determinación de la correlación causal indirecta, de una variable sobre otra

Tabla 15. *Influencias Indirectas*

	<b>Funcionalidad Familiar</b>	<b>Significación Estadística</b>
Apoyo Instrumental	0,367	Débil
Apoyo Emocional	0,51	Moderado
Interacción Social Positiva	0,488	Moderado
Apoyo Afectivo	0,504	Moderado

La Figura 8 que se muestra a continuación, ayuda a percibir de manera gráfica los pesos de las influencias indirectas, a saber:

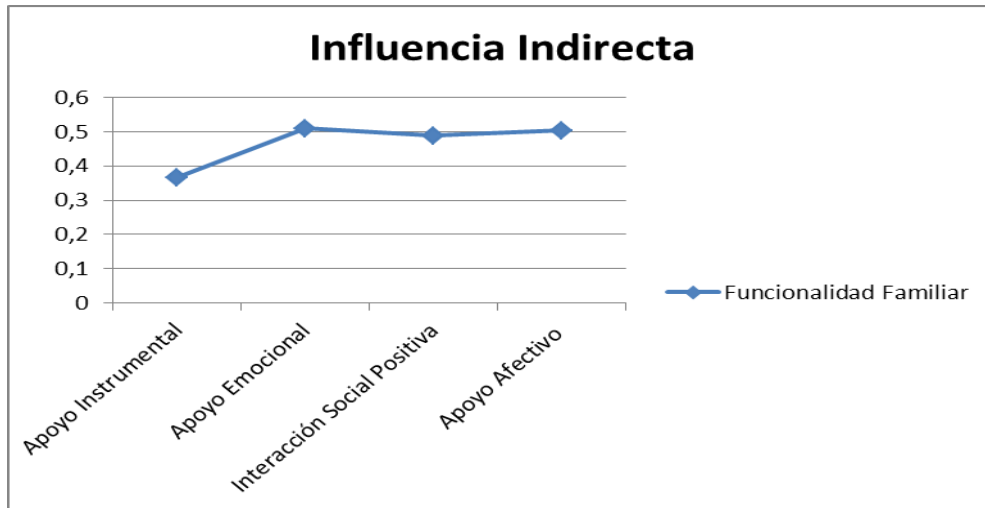


Figura 8. Influencias Indirectas

***Asociaciones entre datos descriptivos de la muestra y variables de estudio.***

Una vez delimitados los resultados inherentes a los objetivos de investigación, se prosigue a describir correlaciones y comportamientos que resultan de interés dadas las características particulares de la muestra en relación a algunas variables de estudio que resultan de importantes a considerar:

En primera instancia, interesa describir las correlaciones significativas entre el número de amigos íntimos o familiares y las variables Funcionalidad Familiar y Apoyo Social, teniendo en cuenta un índice de confiabilidad del  $p < 0,05$  (95%). Dichas correlaciones seguirán el siguiente orden estructural: (a) Amigos Íntimos y Apoyo Social; (b) Amigos Íntimos y Cantidad de Personas que lo han visitado en la intervención actual; y (c) Amigos Íntimos y la Funcionalidad Familiar.

Mientras que las correlaciones entre (d) Apoyo Social y Cantidad de Personas que lo han venido a visitar en la intervención actual; (e) Cantidad de Personas que lo han venido a visitar en la intervención actual y Funcionalidad Familiar, no se encuentran registradas en el apartado anterior, dado a que estas no mostraron un nivel de significación adecuado para ser analizadas. Además, las correlaciones entre: (f) Apoyo Social y Funcionalidad Familiar, fueron descritas en apartados anteriores.

De esta manera:

(a) A medida que se encuentran índices altos en la Cantidad de Amigos y Familiares Íntimos que reportan poseer los participantes, tenderán a mostrar mayor nivel de satisfacción de necesidades sociales básicas -afiliación, afecto, pertinencia, seguridad, entre otros- (Apoyo Social). Y en la medida que se encuentren índices bajos en la Cantidad de Amigos y Familiares Íntimos tenderán a mostrar índices bajos en el Apoyo Social (ver Tabla 16).

(b) Los índices altos en la Cantidad de Amigos y Familiares Íntimos que reportan poseer los participantes, tenderán a aumentar la Cantidad de Personas que los visitan en programas de tratamiento en drogodependencias. Por otro lado, índices bajos en la Cantidad de Amigos y Familiares Íntimos tenderán a disminuir la Cantidad de Personas que los visiten (ver Tabla 16).

(c) En cuanto a puntajes altos en la Cantidad de Amigos y Familiares Íntimos que reportan poseer los participantes, tenderán a poseer el cuidado y el apoyo que el individuo recibe de su propia familia (Funcionalidad Familiar). Sin embargo, puntajes bajos en la Cantidad de Amigos y Familiares Íntimos tenderán a disminuir la calidad de la Funcionalidad Familiar (ver Tabla 16).

Tabla 16. *Correlaciones Entre Variables*

		<b>Correlaciones</b>		
		<b>Apoyo Social</b>	<b>Cantidad de personas que lo han visitado en la intervención actual</b>	<b>Funcionalidad Familiar</b>
Rho de Spearman	Amigos Íntimos o Familiares	,353**	,271*	,378**
<p>** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).</p> <p>* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).</p>				

Otra de las descripciones que se permite obtener en cuanto al comportamiento de la muestra, se denota en el gráfico de dispersión en la Figura 9, en el cual se evidencian los valores de dos (02) de las variables para un conjunto de datos, léase, se

encuentran representadas las drogas de impacto –Krippy (0); Heroína (1); Marihuana (2); Crack (3); Pastillas (4); LCD (5); Cocaína (6); Rivotril (7); Alcohol (8)- y la Funcionalidad Familiar de cada uno de los participantes.

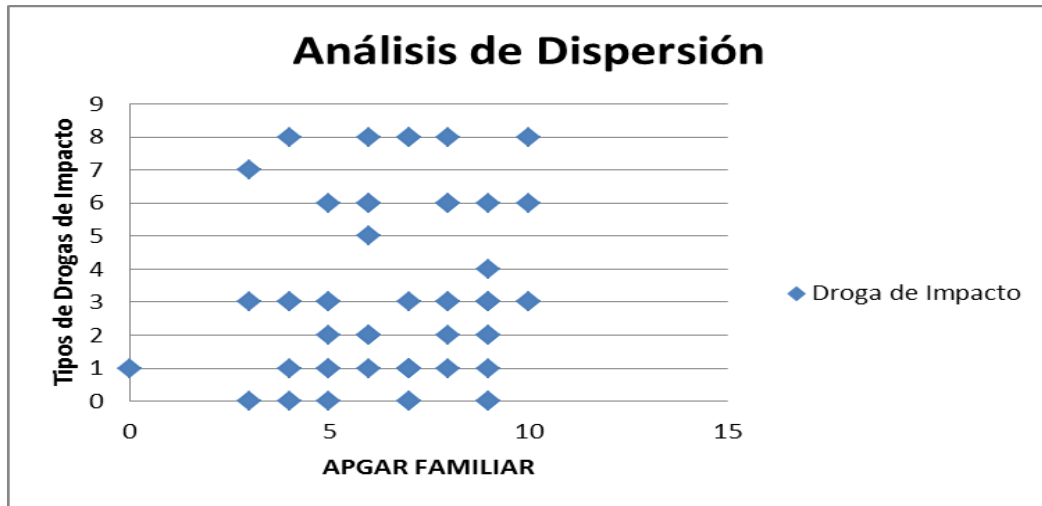


Figura 9. Análisis de Dispersión. Droga de Impacto y Funcionalidad Familiar

Al observar la dispersión, se evidencia que el tipo de droga de impacto no repercute en el nivel de Funcionalidad Familiar que los participantes poseen; dado a que como se evidencia en la heterogeneidad de la sustancia, se mantiene el tipo de Funcionalidad Familiar inherente a la evaluación.

Seguidamente, en la Figura 10 se muestra el análisis de dispersión en el cual se encuentra representadas las variables droga de impacto –Krippy (0); Heroína (1); Marihuana (2); Crack (3); Pastillas (4); LCD (5); Cocaína (6); Rivotril (7); Alcohol (8)- y Apoyo Social de cada uno de los participantes.

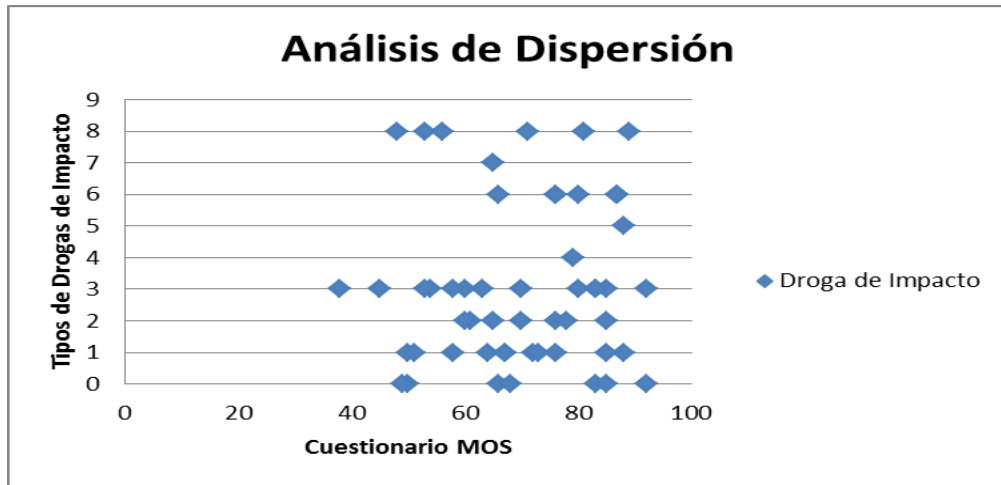


Figura 10. Análisis de Dispersión. Droga de Impacto y Apoyo Social.

La dispersión obtenida hace referencia a que el tipo de droga de impacto, no influye en el Apoyo Social, tal como se evidencia en su mayoría poseen un Apoyo Social Suficiente a pesar la heterogeneidad del consumo de los participantes.

Es importante resaltar que el uso de gráficos de dispersión para obtener dichos resultados se debe a que la variable “droga de impacto” es de tipo nominal por tanto no es estadísticamente posible correlacionarla con una variable del tipo intervalo como lo son la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social.



## **VI. Discusión y Conclusiones.**

La problemática de la drogodependencia ha sido de interés social a nivel mundial, por lo cual ha conllevado a la realización de múltiples estudios en cuanto a las variables que fomentan, instauran y mantienen a las personas –sociedades- a la concurrencia en materia de drogas. El interés de la presente investigación estuvo centrado en delimitar alguna de las razones por las cuales los individuos drogodependientes se mantienen o en su defecto abandonan los programas de tratamiento, léase, se adhieren o no a ellos.

La investigación tuvo como objetivo general determinar la asociación entre la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social en drogodependientes en programa de hospitalización. En este sentido, se encontró que los pacientes poseen familias normofuncionales -caracterizadas por el cuidado y apoyo que perciben- y con ello tienden a describir el Apoyo Social como suficiente, lo cual indica una satisfacción de necesidades sociales básicas como la afiliación, afecto, pertenencia, seguridad, entre otros. Por tanto, en la medida que se encuentren índices altos o bajos en la Funcionalidad Familiar se corresponderán con la obtención de índices altos o bajos en el Apoyo Social.

La correlación entre ambas variables puede ser explicada a través del carácter de causalidad que ejerce la Funcionalidad Familiar sobre el Apoyo Social, por tanto, variaciones realizadas en ese sentido, acarrearán a variaciones directas sobre la otra variable; ello supondría que el seguir una línea de trabajo en la cual la Funcionalidad Familiar sea objeto de modificación y/o intervención, tendrá una influencia directa sobre el Apoyo Social de la persona, lo que se traduciría en aportes para la adherencia al tratamiento de los pacientes drogodependientes.

Siendo que en su mayoría, los pacientes reportaron una percepción normofuncional de la familia, se infiere que en la medida que ha transcurrido el tratamiento, se ha procurado el desarrollo integral de sus miembros destacando el estado de salud –en este caso representado por la condición del drogodependiente- lo cual se ve representado por el cumplimiento de parámetros como la participación, el crecimiento, transmisión de afectos y otros recursos. En contraposición, aún existe un

porcentaje de pacientes (45%) que perciben el funcionamiento familiar como disfuncional, lo que indica que existe un desequilibrio y/o desajuste en cuanto a la asignación de roles y sus cumplimientos dentro del funcionamiento familiar al encontrarse en tratamiento para su condición.

Las especificaciones en cuanto al Apoyo Social en este tipo de pacientes es congruente con las descripciones anteriores, es decir, en su mayoría perciben dicho apoyo como suficiente, lo cual es producto del tipo de funcionamiento familiar que se ha reportado. Por consiguiente, se puede decir que el Apoyo Social en pacientes drogodependientes bajo programa de hospitalización, será percibido como suficiente en función de tener una percepción normofuncional de la familia.

Respecto al tipo de asociaciones que pueden establecerse entre la Funcionalidad Familiar, acorde a los resultados obtenidos se tiene:

Pacientes drogodependientes que perciban la Funcionalidad Familiar como Normofuncional, tenderán a percibir el Apoyo Social como Suficiente, así como también en cada una de las dimensiones que lo componen: Apoyo Afectivo, Emocional, Instrumental y las Interacciones Sociales Positivas.

Pacientes drogodependientes que perciban la Funcionalidad Familiar como Moderadamente disfuncional, tenderán a percibir el Apoyo Social como Escaso, lo cual indica alguna deficiencia en cuanto a la satisfacción de sus necesidades básicas, lo que además puede reflejarse en el desequilibrio existente en algunas de las dimensiones que lo componen.

Pacientes drogodependientes que perciban la Funcionalidad Familiar como Gravemente Disfuncional, tenderán a percibir el Apoyo Social como Escaso, lo cual indica deficiencias y desequilibrios importantes en el establecimiento de roles y consecución de los objetivos de los mismos. Además dichas alteraciones se verán reflejadas en la mayoría de las dimensiones que lo componen.

En basamento de las delimitaciones anteriores, Martínez y Cols (2000) indican que el entorno sociocultural que rodea a la persona es el principal responsable de los procesos de marginación que conducen las conductas de consumo de drogas, por tanto, es fundamental la intervención en el mismo si deseamos que todo vuelva a la normalidad. Los resultados obtenidos de la presente investigación, permiten avalar lo

anterior, siendo que la intervención en la Funcionalidad Familiar permitió establecer cambios en el Apoyo Social lo que se traduce en una adherencia al tratamiento – abstinencia de consumo- en los participantes.

Por su parte, Dishion (1990, c.p. Cava y Musitu, 2003) indica que las habilidades sociales aprendidas en el contexto familiar y, probablemente, también el tipo de vínculo establecido con los padres influye en el tipo y calidad de las relaciones de amistad que el hijo establece con sus iguales. En consecuencia, la intervención que se procura en el tipo de tratamiento en el que se enmarcan los participantes de esta investigación, fomenta la generalización de lo establecido por los autores, siendo que al modificar los vínculos intrafamiliares, se verán reflejados cambios en tanto a la calidad de las relaciones con los pares.

Por su parte, la Fundación Universitaria Luis Amigo (s.f) indica que es el marco familiar en donde el drogodependiente en proceso de rehabilitación empieza a poner en marcha las pautas de funcionamiento socialmente aceptadas. En la familia, el drogodependiente empieza a adaptarse a las normas de convivencia, aprende a escuchar, a negociar, a respetar a los demás, a expresar sentimientos, a interpretar las relaciones interpersonales como un intercambio, a aceptar sus limitaciones personales: en definitiva, a desarrollar un estilo de vida sano y socialmente válido; de ahí que exista una satisfacción de las necesidades básicas –afiliación, afecto, pertenencia, seguridad- reportadas por la muestra utilizada, teniendo como foco la intervención a nivel familiar.

Dentro de las investigaciones que buscan correlacionar ambas variables en el contexto de las drogodependencias, Jiménez, Musitu y Murgui (2014) indican que el Apoyo Social no media la relación entre características familiares y consumo de sustancias. En contraposición a estos resultados, la presente investigación indica que existe una correlación causal entre la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social, lo que se traduce en que las intervenciones que se procuren en ese sentido acarrearán modificaciones en la otra variable, y por consiguiente, se repercutirá en la adherencia al tratamiento, lo que incluye una abstinencia en el consumo.

En consonancia con lo anterior, los resultados de la investigación pueden atribuirse a que las mediciones fueron realizadas bajo un programa de tratamiento de hospitalización el cual incluye a la familia como uno de los focos de intervención, sin

embargo, es importante tomar en cuenta que el índice de correlación entre las variables es bajo, por tanto, pueden estar interviniendo factores como la deseabilidad social al momento de responder, la percepción de avance por el hecho de estar en tratamiento, distorsión por el daño cognitivo consecuencia del consumo, entre otros.

Otro orden de relaciones importantes se establece entre la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Afectivo, en este sentido Zaldivar (s.f) indica que la familia otorga el componente afectivo –entre otros- que forman al individuo; además, establece que un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales. Acorde a este planteamiento, la presente investigación muestra una correlación positiva entre ambas variables, lo cual resulta coherente, dado a que es en la familia en donde se conciben y/o estructuran el modo en el cual dicho componente afectivo mediará ante las situaciones y/o contextos de desenvolvimiento de la persona, como lo supone el tratamiento en drogodependencias. Pi Osoria y Cobián (2009) agregan: “es en la función afectiva familiar donde se constituyen una de las formas de proteger la salud familiar integral” (para. 1).

En la actualidad no se cuentan con investigaciones en el área de drogodependencias que estudien dichas variables como incidentes en la adherencia al tratamiento, por tanto, se procura el aporte al conocimiento teórico la cual estriba en poder estimar una aproximación en cuanto a su relación.

Dentro de las explicaciones que sustentan la relación causal que se establece entre la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Afectivo –a través del Apoyo Social-, puede derivarse que es en núcleo familiar donde la persona aprende los modos de afecto y cómo se verán involucrados en los procesos psicosociales, por tanto, al verse potenciado el funcionamiento familiar en el tratamiento para drogodependencias, se estarán dando variaciones en el cómo el paciente concibe afectivamente el Apoyo Social.

Uno de los aspectos a tener presentes al momento de analizar dicha relación, es que la muestra trabajada es de género masculino, lo que implica según describe Fernández y Vergara (2014) que sus reacciones emocionales están basadas en los

atributos internos y la expresión emociones, necesitan de un mayor control interno, enfatizando así el autocontrol de emociones negativas.

Además, el hombre realiza una transformación en la expresión de las emociones a través del uso de la fuerza o la imposición para resolver sus conflictos. En cambio, la identidad femenina se caracteriza por la dependencia emocional, la comprensión y el cuidado de otros (Barberá y Martínez Benlloch, 2004; Burin y Meler, 1998; Connell, 1996., c.p Martínez, Bonilla, y Gómez., 2008)

Lo expuesto resulta de interés analítico por cuanto al trabajarse con personas del género masculino, existe una serie de procesos psicosociales que han sido instaurados culturalmente, de donde se desprende que el recurrir a instancias como el Apoyo Afectivo, puede verse tergiversado como señal de debilidad, por tanto, la deseabilidad social en cuanto a la suficiencia en este aspecto, pudo haber mediado la calidad de las respuestas.

Otro grupo de relaciones importantes a señalar se establecen entre el Apoyo Social y las dimensiones que lo componen –Apoyo Afectivo, Emocional, Instrumental e Interacción Social Positiva-. La investigación denota que los cambios generados en la percepción de la satisfacción de necesidades básicas del individuo acarrea automáticamente –además con un efecto causal- cambios en las expresiones de afecto, capacidad para ocupar el lugar del otro, disponer de ayuda material o tangible además de la disponibilidad de un grupo social con el cual realizar dichos intercambios afectivos, emocionales e instrumentales.

Con lo anterior se indica que las relaciones establecidas entre el Apoyo Social y sus dimensiones resultan indivisibles al momento de trabajar con pacientes drogodependientes, como resultado de ello, el profesional de la salud dispone de información específica acerca de las variables y/o componentes del Apoyo Social, que deban potenciarse para favorecer la adherencia al tratamiento en este tipo de pacientes. Además tras los resultados obtenidos se indica que las intervenciones y/o modificaciones enfocadas en la Funcionalidad Familiar conllevan a transformaciones – indirectas- sobre cada una de las dimensiones antes delimitadas.

En concordancia con lo anterior, Bravo y Fernández (2003) indican que “la necesidad de disponer de una buena red de Apoyo Social es fundamental para

asegurar su capacidad de afrontamiento a los numerosos eventos negativos que tendrá que superar” (p.140). Por ello debe tenerse en cuenta el papel que juegan las familias y otras figuras de la red social al momento de evaluar el Apoyo Social.

En este sentido, la investigación cobra un valor teórico por cuanto a la necesidad de establecer relaciones claras entre las variables que afectan la adherencia al tratamiento, además de tener en cuenta que la drogodependencia es un fenómeno multicausal, y en la medida que se puedan ir esclareciendo las interacciones entre sus variables se puede procurar efectos importantes tanto en la prevención como en el tratamiento de las adicciones.

Debe tenerse en consideración que los resultados señalados en el apartado anterior, pueden verse influenciados por aspectos como el intercambio afectivo que es propio del rol que juega la familia ante la concepción de la enfermedad, por cuanto el estado de drogodependencia implica deterioro en el paciente y se vincula con variables que ponen en riesgo la salud, y por consiguiente, se promueve el intercambio –positivo o negativo- de expresiones afectivas o instrumentales (prestar ayuda) lo cual repercute de manera directa sobre cómo el paciente evalúa su percepción del Apoyo Social en general.

En lo que se refiere específicamente a la Funcionalidad Familiar en pacientes drogodependientes bajo tratamiento de hospitalización, se tiene que el 55% de los participantes describen una percepción de tipo Normofuncional lo cual se traduce en la mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás (Méndez, Gómez, García, Pérez, y Navarrete., 2003). Además en concordancia con el autor del APGAR Familiar, Smilkstein, (1978, c.p Moreno y Chauta, 2008) indica que este tipo de familia logra promover el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud favorable en ellos.

Dado el bagaje teórico realizado en apartados previos, en donde se denota que existen factores de riesgo asociados a la familia para el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias, podría deducirse que los pacientes formaban parte de una familia disfuncional. Sin embargo, los procesos familiares se deben a ciclos que se ven

enmarcados por los momentos y/o contextos de desenvolvimiento, en este sentido la situación ante la cual se encuentran los participantes de la investigación y el papel activo que se fomenta ante el tratamiento por parte de la familia, conlleva a la percepción de la misma como normofuncional, de ahí la importancia en que la familia logre mantener las pautas relacionales al momento del egreso del paciente.

Muestra de lo expuesto, lo refiere Pierri (s.f) quien indica que el comportamiento de un miembro de la familia está dado por el comportamiento de los otros y que de ahí que el uso indebido o el abuso de sustancias psicoactivas de un individuo debe ser conceptualizado y abordado dentro del contexto relacional en el que la persona está inmersa.

Lo anterior cobra mayor peso por cuanto la Maestría Iberoamericana en Drogodependencias (2002) refiere “si modificamos la posición de una persona en relación con su familia, estamos modificando su experiencia, y en consecuencia la manera de cómo afrontará su proyecto de vida y cómo manejará sus conflictos”. Ciertamente, se evidencia una vez más que la inclusión de la familia como parte del tratamiento en este tipo de pacientes modifica la percepción de ellos con respecto al funcionamiento familiar y como consecuencia se crean intervenciones que apuntan hacia la adherencia al tratamiento.

En cuanto al resto de la muestra se tiene que el 37% percibe una Funcionalidad Familiar de tipo Moderadamente Disfuncional y el 7% restante como Gravemente Disfuncional. Estos porcentajes resultan de interés, -sobre todo el de la percepción Moderadamente Disfuncional- porque debe tenerse como premisa que estas percepciones y modos de funcionamiento no son estáticos en la familia, siendo que lo que las está caracterizando es el incumplimiento de funciones en tanto a las demandas del entorno (Bellón, Luna del Castillo, y Lardelli., 1996), por consiguiente se trata de elementos que son sensibles a cambios y/o modificaciones. En este sentido, la Maestría Iberoamericana en Drogodependencias (2002) agrega que una familia funciona si sus miembros se encuentran en un estado de bienestar que les permite llevar a cabo tareas claras, unos roles adecuados a su edad y género, y donde puedan evolucionar según sus necesidades. Por tanto, si todos los pacientes se encuentran en mayor o menor medida –acorde a la fase de tratamiento y disponibilidad de los

recursos familiares- recibiendo tratamiento conjunto a sus familias, se estima que la tendencia sea siempre a percibir la familia como normofuncional, en la medida en que sus miembros formen parte activa del tratamiento.

Otro de los aportes acorde a las derivaciones anteriores, se refleja ante la afirmación de Cooper (1981, c.p. Sáenz, 2003) en la cual menciona que la inclusión de la familia resulta importante en el contexto de la drogodependencia debido a que la conformación de la estructura familiar, propia de las sociedades occidentales, son generadoras de problemas de salud mental. Esto se nutre con los resultados obtenidos siendo que la familia como parte del tratamiento de hospitalización en drogodependencias, supone cambios importantes dentro de la estructura y su funcionalidad que inciden además en la adherencia al tratamiento.

Bulas, León, López y Ramírez, (2005) agregan que el núcleo familiar posee, factores y características que están presentes en las relaciones entre sus miembros produciendo una influencia constante durante todo el proceso de las drogodependencias bien sea el inicio del consumo y/o mantenimiento del consumo y/o demanda de tratamiento. Como agregado de los resultados de esta investigación, se debe considerar que estos factores y características a los cuales refieren los autores, son influencia constante además **durante** la fase de tratamiento (hospitalización).

El agregado que se realiza a la descripción de los autores deviene de lo indicado por García y Sebastián (1995) quienes establecen que a través de la integración de la familia al proceso se consigue que el paciente se sienta más partícipe en el proceso de tratamiento, con recursos que generen cambios positivos dentro de la dinámica familiar. Por tanto los factores y características que indican Bulas, León, López y Ramírez, son también importantes **durante** la fase de tratamiento de hospitalización en drogodependencias.

Dentro de la relevancia social que cobra la investigación se estima el manejo de la drogodependencia por parte de la familia, en este sentido, se considera que dicho manejo debe procurarse durante todas las etapas de tratamiento, además debe extenderse al tipo de prevención primaria, siendo que se procure un manejo adecuado del funcionamiento familiar y se reduzcan las conductas de riesgo.



Lo anterior implica que tras los resultados encontrados, la incorporación de la familia al tratamiento debe ser bajo un rol activo en el manejo de la drogodependencia, lo cual es distinto a establecer un vínculo con el paciente que se caracterice por la ausencia de conocimiento acerca de su condición y que se base únicamente en las visitas a la Institución donde este se encuentra.

En lo referente al Apoyo Social en drogodependientes bajo tratamiento de hospitalización se tiene que el 80% de los participantes perciben el Apoyo Social como Suficiente lo que indica una satisfacción con el grado en que las necesidades sociales básicas están siendo atendidas a través de la interacción con otros (Thoits, 1982). La obtención de estos resultados, se compagina con la afirmación realizada por Rodríguez y cols. (2004) en donde describen que el contar con Apoyo Social y una red social suficiente es un predictor positivo de continuidad en el tratamiento de la drogadicción, afecta al ajuste psicológico del paciente y aumenta su autoestima.

Acorde al bagaje teórico en donde se estima que la persona que incurre en el consumo de sustancias posee deficiencias, -en cuanto a la satisfacción de sus necesidades sociales básicas- y a los resultados obtenidos se debe considerar una vez más, que los participantes se encuentran bajo un modelo de tratamiento de hospitalización, lo cual podría estar influyendo en ellos de la siguiente manera: al convivir muchas personas bajo una misma condicionalidad -temática- y estar recibiendo el mismo tratamiento, se procura la puesta en marcha de las características y/o capacidades socialmente aceptadas y que además procuran el desvinculamiento con conductas de alto riesgo asociadas al consumo.

Por otra parte, la Institución no limita la participación en el tratamiento únicamente a los pacientes y sus familiares, sino que también, se invita a todas aquellas personas que son consideradas dentro de sus relaciones estrechas a ser partícipes del tratamiento, con la finalidad de promover la generalización de las habilidades y/o capacidades desarrolladas, así como también para educarse en cómo las modalidades de interacción con el paciente promueven el Apoyo Social que se estima como suficiente/necesario en su contexto de desenvolvimiento.

Además, dada la correlación causal en cuanto a la influencia de la Funcionalidad Familiar sobre el Apoyo Social, es de esperar que las directrices antes

expuestas en cuanto a la primera, influyen de manera directa sobre la percepción que tiene el paciente entorno al Apoyo Social.

En seguimiento con los planteamientos anteriores, Ruiz (1992, c.p. Sáenz, 2003) expone que si las relaciones intrafamiliares son estables, entonces el grupo de pares no tiene mayor influencia en lo relativo al consumo de drogas. En contraposición a los resultados obtenidos en la presente investigación, se ha encontrado que las variaciones que se realicen en torno a la Funcionalidad Familiar conllevan a variaciones en el Apoyo Social y viceversa, lo que significa que estos elementos no se pueden separar al momento de aproximarse en el estudio de las variables que influyen en consumo de drogas, por tanto, el grupo de pares resulta de importancia al igual que el núcleo familiar dado a que sus intervenciones, procuran resultados indivisibles.

Por su parte, Marín (2002 c.p. González y Vega, 2009) refiere que el Apoyo Social es importante pues permite el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo y que sus funciones primarias son aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales. En este sentido, los participantes de la investigación denotan tal aumento a través de la satisfacción de necesidades básicas. Además, el desarrollo de estas capacidades, la factibilidad de puesta en marcha durante el tratamiento y su perdurabilidad en el tiempo permite que los individuos se enfrentan mejor a las situaciones vitales estresantes que los que carecen de él (Rodríguez, Pinzón, Máiquez, Herrera, De Beito, y Cuesta, 2004)

Muestra del desarrollo en cuanto a las habilidades de afrontamiento para los momentos de crisis generada por el Apoyo Social, se evidencia en las dimensiones que comprende dicha variable. Los participantes mostraron existencia y/o suficiencia en todas las dimensiones constitutivas del instrumento, las cuales se traducen en:

Validación en cuanto a la expresión de afecto, comprensión empática, guía de consejo e información (76%) -Apoyo Emocional-

Provisión de ayuda material o tangible que el paciente percibe (80%) -Apoyo Instrumental-

Cuentan con la disponibilidad y/o acceso a otras personas para reunirse, divertirse o pasarla bien (57%) -Interacción Social-

Validan las demostraciones reales de amor, cariño o empatía (75%) –Apoyo Afectivo-

Debe tenerse en cuenta que los pacientes de estudio poseen un deterioro a nivel psicofisiológico producto del consumo prolongado de sustancias, y que además dicho consumo conlleva a consecuencias a nivel social para la persona; por tanto, la valoración de la percepción realizada debe ponerse en contraste con la percepción tanto del entorno familiar para con el paciente así como de su contexto de desenvolvimiento, siendo que derivado de las consecuencias sociales, el drogodependiente ha fracturado o marginado vínculos que puede estar percibiendo como fuentes de apoyo “suficientes” pero que realmente no sea de esa manera.

Dentro de las variables que pudiesen estar influyendo en la distorsión antes señalada se pueden encontrar: la deseabilidad social, la fatiga al contestar los instrumentos, el momento actual del paciente respecto a la visita familiar, entre otros.

Dentro de las fases de trabajo que se transitaron en la elaboración de la investigación, se contempló la validación de expertos como una de las medidas de certificación y/o aprobación de que los Instrumentos podrían ser utilizados ante la población de estudio, además dicha validación resulta congruente con modelos de diversas investigaciones como la de Dos Ramos, Echenique y Moncada (2015) en donde la verificación del uso, constitución (redacción y pertinencia de los ítems), y adaptación de los instrumentos, permitió una aproximación para estimar el comportamiento de los participantes ante la presentación de los mismos.

Otro de los elementos que condujo a realizar la validación por expertos, tiene que ver con la revisión bibliográfica en cuanto al uso del Instrumento APGAR Familiar, en donde se expone que el registro de la percepción de la Funcionalidad Familiar a través de este instrumento corresponde su utilidad a programas de tratamiento ambulatorio en basamento a que en este tipo de programas no es común que los pacientes manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas (Suarez y Alcalá, 2014).

Como resultado de esta fase de trabajo, los expertos validaron la redacción y pertinencia de los ítems constituyentes de cada uno de los Instrumentos, además

estuvieron de acuerdo en que los objetivos que se pretenden alcanzar a través de la utilización de los mismos resultan adecuados. En cuanto a la observación que realizan Suarez y Alcalá referente al APGAR Familiar, los expertos estuvieron de acuerdo en que los participantes en tratamiento de hospitalización podrían responder al instrumento sin ningún tipo de inconvenientes, por tanto, en basamento a dicha validación y al trabajo in vivo con los participantes, se puede generalizar el uso del instrumento más allá de la práctica ambulatoria, pues los pacientes drogodependientes que se encuentran hospitalizados, pudieron manifestar directamente su Funcionalidad Familiar a través del instrumento.

Aunado a lo anterior, la segunda fase de la etapa preparatoria, consistió en la aplicación de una prueba piloto con la finalidad de identificar y eliminar posibles problemas, tal y como los encontrados por Dos Ramos, Echenique y Moncada (2015) al momento de aplicar los Instrumentos a la muestra de drogodependientes, a saber: confusión ante ítems de doble negación o para entender el significado de algunas palabras. Dentro de las variables a considerar como influyentes en ese sentido, se indicó que podían influenciar el nivel académico de los participantes, así como también el deterioro cognitivo producto del consumo prolongado de alguna sustancia.

Acorde a lo anterior, y como resultado de la prueba piloto, se obtuvo que los participantes se mostraron capaces de entender las instrucciones, la composición, redacción y maneras de responder de los instrumentos aun y cuando existían variaciones en las escalas tipo Likert que constituían cada uno de ellos -lo que se estimaba como un posible factor de confusión al momento de la ejecución-. Las consecuencias de la gravedad adictiva en los participantes pareciera no haber sido un factor de inconveniencia para la ejecución, lo que es más, los participantes mantuvieron observaciones que reflejaban un estado de alerta en cuanto a la temática que se abordaba, siendo que manifestaban con preocupación su percepción tanto de la Funcionalidad Familiar como del Apoyo Social.

En concordancia con la teoría, los resultados obtenidos y las limitaciones encontradas por Dos Ramos, Echenique y Moncada (2015), la presente investigación hace hincapié en que al trabajar con este tipo de pacientes, resulta necesaria la aplicación de una prueba piloto, puesto que a partir de ello se permite estimar si

variables adjudicadas -como el deterioro cognitivo- actuarán como limitantes ante la comprensión y posterior completación de los Instrumentos.

Además de los aspectos señalados, la investigación tiene un alcance importante en cuanto a las características de los pacientes y la relación de ellas con las variables de estudio.

En primera instancia, siendo que la edad promedio de los participantes se encontraba entre los 20 y 22 años, y que en su mayoría reportaron haber iniciado el consumo hace 10 años, se identifica la adolescencia como la edad en la cual la muestra poblacional inició el consumo de sustancias. Ello concuerda con lo planteado por la UNICEF (s.f) quienes indican que “el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquieren en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta” (para. 8)

En lineamiento con lo anterior, Bulas, León, López y Ramírez (2005) describen que la problemática de la drogodependencia, suele mostrar sus más altos índices de inclusión al consumo en la adolescencia, en consecuencia la familia juega un papel importante en la socialización del adolescente, ya que es en el contexto familiar donde se comienzan a adquirir las creencias, los valores y los hábitos que van a condicionar la probabilidad de consumir alcohol y/o drogas. En este sentido, la investigación se ajusta a los lineamientos anteriores, siendo que al reportar el funcionamiento normal de la familia, esto puede estar pasando por el tamiz de que estos participantes y sus familias bajo el programa de hospitalización trabajan en conjunto la modificación de creencias, valores y hábitos que moldean dicho funcionamiento, tal y como reportan los autores antes señalados.

Además de que la familia suponga un factor de riesgo en tanto a su funcionamiento y el consumo de sustancias, la UNICEF (s.f) indica que existe un riesgo asociado a la necesidad de pertenencia en los contextos de desenvolvimiento del adolescente. En concordancia con ello, los resultados de esta investigación muestran que al inicio del consumo –adolescencia- el 40% de los participantes se encontraban estudiando, lo cual avala el hecho de que la necesidad de pertenencia al grupo de iguales en los cuales se desenvuelve la persona, forma parte de otro de los factores de riesgo ante los cuales se debe procurar la prevención secundaria y terciaria, motivado

a que estas contemplan reducir la prevalencia de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas enfermas –respectivamente- (Redondo, 2004).

García-Rodríguez y López (1998), indican un tipo de prevención que resulta relevante en el campo de las drogodependencias y es la que distingue entre: prevención dirigida a la sustancia (por ejemplo reduciendo su oferta), prevención orientada hacia el sujeto que podría consumirla, y prevención centrada en los diferentes contextos (familiar, laboral, grupal, comunitario, entre otros). La presente investigación permite establecer que la prevención centrada en el contexto posee una relevancia fundamental, siendo que se ha determinado el nivel de influencia que posee la Funcionalidad Familiar sobre los distintos tipos de apoyo que contempla el individuo se traduce en que la focalización de este factor como elemento preventivo, repercutirá en los demás contextos de desenvolvimiento del individuo.

Otra de las características de la muestra de estudio es que en su mayoría (70%) los participantes convivían al momento de comenzar el consumo con -entre dos (2) y cuatro (4)- personas, esta característica resulta de importancia dado que autores como Bishop, (1995); Hoelter y Harper, (1987); Jacob y Seilhamer, (1985, c.p. Bulas y cols., 2005) ponen de manifiesto que en las drogodependencias no es crucial la presencia o ausencia de los padres sino la naturaleza de la relación familiar.

En adición al planteamiento anterior, se indica que además de la presencia o ausencia de los padres, la presencia de personas que componen el núcleo familiar influye en la funcionalidad de la misma, lo que se traduce en que: a medida que se encuentra un mayor número de personas que vivían con el participante al comenzar el consumo, se muestra una tendencia a mostrar un mayor cuidado y apoyo que un individuo recibe de su propia familia (Funcionalidad Familiar) en la fase de tratamiento de hospitalización. Y en la medida que es menor la cantidad de personas que vivían con los participantes, la puntuación en la Funcionalidad Familiar, se ve afectada de manera directa.

Explicación de lo anterior podría deberse al hecho que mientras mayor es la cantidad de personas con las que se convive, hay una mayor probabilidad de tener una tendencia determinante en la Funcionalidad Familiar, por tanto, si es mayor el número de miembros, se aumenta la probabilidad de que estos participen y consecuentemente

modifiquen las pautas relacionales de la familia en lineamiento con lo que se trabaje en el tratamiento del paciente drogodependiente.

En cuanto a la droga de impacto de mayor frecuencia se tienen las siguientes representaciones: Crack (24%), Heroína (20%), Marihuana (7); y en cuanto a la drogas de preferencia se obtuvo las siguientes representaciones: Marihuana (37%), Krippya (22%), Heroína (13%), Crack (5%). Los resultados de la investigación resultan acorde con el informe de la UNODC (2014), en donde se establece que en el último decenio ha aumentado notoriamente el número de personas que se somete a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de cannabis, y la cocaína.

En basamento con lo expuesto por la UNODC y los resultados obtenidos de la esta investigación, los participantes muestran las mismas tendencias en cuanto a las drogas de mayor impacto y/o frecuencia de uso a nivel mundial, lo que sugiere que así como existe una regularidad en las drogas de consumo, probablemente la influencia de las variables que conllevan y mantienen el consumo, sean también generalizables y, por consiguiente, el modo de intervención (primaria, secundaria y/o terciaria) debería contemplar las variables inherentes al paciente y al tratamiento, como por ejemplo, la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social.

Es de interés considerar –siendo que la cocaína puntúa como la de mayor impacto- que las consecuencias a nivel familiar según se señala en Efectos físicos psicológicos y sociales del consumo de la cocaína (s.f), estriban en la focalización familiar para con el adicto, lo que incluye el hacerse responsables económicamente de él con la intención de alejarlo del consumo, sin embargo, este acaba gastando el dinero en el consumo de la sustancia. Además, otro de los efectos en la familia es que “el adicto consume la gran parte de los recursos morales y espirituales de sus seres queridos lo que impide que el núcleo familiar piense en otra cosa diferente al problema de dependencia” (para.2). Incluso, la familia a menudo debe pasar por estados de desconfianza o situaciones como el robo, la mentira, e incluso los incidentes de violencia generados por el miembro de la familia que es adicto.

Lo anterior resulta de interés dado a que aún y cuando los vínculos familiares pueden verse afectados tal y como se describió, el tipo de droga de impacto no mostró diferencias significativas –con respecto a otras- en cuanto a su correlación con la

Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social, lo que indica de primera mano, que en la fase de tratamiento ambas variables siguen ejerciendo un efecto de cambio positivo para con la adherencia al tratamiento.

Aunado a lo anterior, debe tenerse en cuenta que se está procurando la percepción del drogodependiente y no del núcleo familiar, por tanto, si se hiciera la evaluación desde este otro punto de vista, probablemente la percepción de la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social, fuese distinto.

Dentro de los aportes que se buscó dilucidar en cuanto al tratamiento en drogodependencias, se destaca el tipo de abordaje al paciente de acuerdo a su gravedad adictiva, pues esta pareciera ser una variable relevante para fomentar la adherencia al tratamiento debido a las implicaciones tanto a nivel fisiológico como psicológico que de ello deviene. En este sentido, Calatayud y cols (2010) indican que debe existir congruencia entre las características de los pacientes que buscan el tratamiento y del centro asistencial al cual acuden. Es decir, los factores a potenciar para promover un tratamiento efectivo, deben incluir la evaluación de las características del paciente como lo es la Funcionalidad Familiar, así como también, el programa que concibe la Institución dedicada al tratamiento en cuanto a factores que promuevan la adherencia tales como el Apoyo Social.

En definitiva siguiendo lo planteado por Meichenbaum y Turk (1991) si se concibe a la familia como un sistema en el que el lugar de un integrante de la misma se explica por el lugar que ocupan los otros miembros, las intervenciones que se procuren en alguno de ellos incidirán de manera directa sobre los demás. Por tanto, en un primer momento se podría considerar a la familia como promotora de conductas de riesgo ante el consumo de sustancias, sin embargo, en caso de que el individuo se encuentre inmerso en la problemática, las intervenciones que contemplen a la familia de drogodependiente tendrán un efecto positivo sobre el paciente bajo programa de tratamiento.

Por consiguiente, la drogodependencia debe ser entendida, -desde el modelo Conductual- como una problemática ambiental, entendiendo que el ambiente incluye al individuo (interna y externamente) y al contexto en donde este se desenvuelve. En este sentido, la presente investigación estima que si la Funcionalidad Familiar (Disfuncional)



es uno de los factores que propician el consumo de sustancias, esto es debido a que en la relación de la persona con su núcleo familiar, se gestan procesos que refuerzan dicho comportamiento y siendo la familia un agente de socialización primario, la persona generaliza la emisión de conductas en los demás entornos de desenvolvimiento, lo que se traduce en consecuencias en el Apoyo Social -lo que implica la satisfacción de necesidades básicas-. Sumado a ello, el propio efecto de la droga a nivel fisiológico como reforzador positivo, incrementa las creencias y los modelos interactivos del individuo con su entorno.

Por tanto, los procesos de desintoxicación no deben enfocarse únicamente en el control de los niveles neurofisiológicos, sino también procurar los cambios en el ambiente con la ayuda del profesional de la salud para reducir la probabilidad de que se emitan nuevamente conductas que han sido reforzadas en el pasado, y en contraposición, se propicie la adaptación de la persona a los contextos de desenvolvimiento, lo que además conlleva a beneficios en la satisfacción de sus necesidades.

En basamento a lo anterior, se enfatiza el hecho de no considerar al drogodependiente como causa y efecto de su condición, sino más bien como uno de los elementos resultantes de la interacción entre el consumidor y sus medios de formación y/o desenvolvimiento, los cuales inciden de manera directa tanto en el inicio, mantenimiento y posible solución ante la drogodependencia. Además no se pretende limitar la comprensión de la problemática a estas dos variables de influencia, sino más bien promover el trabajo de todos los demás factores que influyen en la adherencia al tratamiento en materia de drogodependencias a sabiendas de que estas dos variables -Funcionalidad Familiar y Apoyo Social- ejercen una influencia importante sobre la problemática en general.

## **VII. Limitaciones y Recomendaciones**

### **Limitaciones**

La delimitación de la variable a trabajar respecto a la adherencia al tratamiento resultó compleja por ser una variable amplia en cuanto a sus componentes.

Incapacidad del módulo de SPSS –AMOS- para calcular el nivel de significación  $p$  en los coeficientes de determinación, por tratarse de una muestra de cincuenta y cuatro -54- personas, lo cual resulta pequeña para correr dicho estadístico, en donde se necesitarían aproximadamente cien -100- personas o más y como consecuencia el nivel de confiabilidad en el coeficiente de determinación no se pudo estimar.

La aplicación de la prueba piloto fue llevada a cabo en un centro de rehabilitación con características de ingreso distintas al centro donde se realizó la aplicación de campo.

No se pudo determinar con precisión la fase de tratamiento en la que se encuentran la mayoría de los participantes porque el Cuestionario de Recolección de Datos Básicos no contemplaba dicha variable.

No se pudo cortejar que la cantidad de visitas que expresaban los participantes, fueran realmente las que estaban recibiendo en la fase de tratamiento, debido a que el registro por parte de la Institución presenta debilidades en la consecución de la información.

Las definición conceptual de la variable Apoyo Social realizada por los autores del MOS, no estaba disponible en la bibliografía y el contacto directo fue nulo, por tanto, se trabajó con definiciones que utilizaron otros autores al momento hacer uso del instrumento en sus investigaciones, además se contó con el aval de los jueces expertos al momento de revisar la definición para el Instrumentos en base a los objetivos de los mismos.

No se cuenta con un registro de los participantes antes de comenzar cualquier tipo de intervención en relación a la medición de las variables, por tanto, el hecho de haber estado en fase de tratamiento –el cual incluye talleres familiares obligatorios- puede incidir sobre las respuestas que se obtuvieron.

Por razones de tiempo no se pudo aumentar el tamaño de la muestra.

En Venezuela no se encuentran publicadas las cifras actualizadas de la población drogodependiente.

Imposibilidad de estudiar la población ubicada en centros públicos, debido al acceso impedido a dichos centros.

### **Recomendaciones**

Aumentar el tamaño de la muestra, para poder correr el nivel de significancia  $p$  en los coeficientes de determinación entre las variables y sus dimensiones.

Incluir en la muestra a evaluar pacientes que se encuentren en centros de tratamiento de rehabilitación públicos, de manera que se puedan considerar distintos factores que median ante las variables estudiadas.

Delimitar la fase de tratamiento en la cual se encuentran los participantes para establecer relaciones entre ellas y las variables de estudio.

Realizar la investigación de las variables en personas (no pacientes) que se encuentren en consumo de droga para aportar mayor significación a la relación de la problemática y las variables aquí estudiadas.

Incluir en los instrumentos de recolección entrevistas de tipo cualitativa a los participantes, con el fin de obtener información de su percepción individual.

Evaluar las características socioculturales de los participantes y contrastar los resultados, con el fin de conocer si existen diferencias según los estratos sociales.

Realizar la investigación en otros tipos de tratamiento, como por ejemplo, ambulatorio, o en otro en donde no se tenga como requisito y/u obligación que los familiares formen parte del tratamiento.

Realizar investigaciones correlacionando otras de las variables que pueden intervenir dentro de la adherencia al tratamiento, con el fin de generar planes de rehabilitación más efectivos.

Disminuir la incidencia de las variables extrañas antes expuestas.

Contactar con los autores de los Instrumentos para tener una mayor precisión en cuanto a la definición conceptual de la variable Apoyo Social.

Tomar en cuenta, además de la variable de Apoyo Social, otras que competen a la Adherencia al Tratamiento, para aumentar el número de variables que se deben procurar para un mejor abordaje en el tratamiento de las drogodependencias.

Tomar en cuenta, además de la variable de Funcionalidad Familiar, otras variables que competen netamente al paciente drogodependiente (como por ejemplo,

tipos de personalidad) para aumentar el número de variables que se deben procurar para un mejor abordaje en el tratamiento de las drogodependencias.

Interesaría medir la Funcionalidad Familiar y el Apoyo Social en aquellos pacientes que han abandonado el tratamiento de hospitalización en drogodependencias.

Realizar investigaciones en una muestra de mujeres, para así poder conocer cómo se relacionan las variables en dicha población y realizar comparaciones con los resultados obtenidos en los estudios previos con población masculina.

Se debe procurar una validación de los instrumentos utilizados en Venezuela, con una muestra poblacional mucho mayor a fin de obtener puntos de comparación para con los resultados obtenidos en la investigación.

Establecer diferencias entre un manejo adecuado de la drogodependencia por la familia y manejos que se limiten a la visita del drogodependiente de manera tal que se divise el efecto del rol activo respecto al pasivo de la familia en este tipo de tratamientos.

### VIII. Referencias

- Alcalá, M. y Suarez, M. (2014). Apgar Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica*, La Paz. 20(1).
- Alvarado, M., Garmendia, M., Montenegro, M. y Pino, P. (2008). Importancia del Apoyo Social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. Recuperado en Junio 08 del 2015 de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000200005&script=sci_arttext)
- Angulo, L., D'Avila, M., González, C. y Mejía, M. (2005). Funcionalidad Familiar, estrato socio-económico y red de Apoyo Social de los residentes de postgrado de La Facultad de medicina de la Universidad de los Andes, Mérida. Venezuela. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes*. 12(1-4), 26-30. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21847/2/articulo5.pdf>
- Arias, F. (2006). El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. (5ta ed.). Caracas, Venezuela: Episteme.
- Arriagada, I., y Hopenhayn, M. (2000). Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina. Chile: Naciones Unidas.
- Avendaño, M., Campo, A., Duarte, J. y Forero, L. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. Recuperado en Enero 09 del 2016 de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502006000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000100003)
- Avendaño, M., Campo, A., Duarte, Z. y Forero, L. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatria*.25(1), 23-29 recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n1/v35n1a03.pdf>
- Ávila, L. (2006). Introducción a la metodología de la investigación. Edición electrónica. Recuperado el 6 de enero de 2016 de [www.eumed.net/libros/2006c/203/](http://www.eumed.net/libros/2006c/203/)

- Ayerbes, B., Cols. (1997). Clima familiar y características sociodemográficas en familias de toxicómanos. *Adicciones*. 9(3), 375-390.
- Beels, S. (1981). Revista de psicología social y personalidad. Vol1, n° 2. Asociación mexicana de psicología social.
- Bellon, J., Delgado, A., D Luna, j. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención primaria*. 18(6). Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-funcion-14357>
- Beltran, J. y Bueno, J. (1995). *Psicología de la educación*. Barcelona, España: Editorial Boixareu Universitaria.
- Berenson, M., y Levine, D. (1996). *Estadística básica en administración, conceptos y aplicaciones*. México: Pearson Educación. Recuperado el 6 de enero de 2016 de [https://books.google.co.ve/books?id=2N09O8-Oe0QC&pg=PA22&dq=prueba+piloto&hl=es&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=prueba%20piloto&f=false](https://books.google.co.ve/books?id=2N09O8-Oe0QC&pg=PA22&dq=prueba+piloto&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=prueba%20piloto&f=false)
- Bravo, A. y Fernández, J. (2003). Las redes de Apoyo Social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. Recuperado el 04 de febrero de 2016 de <http://www.psicothema.com/pdf/1035.pdf>
- Bulas, M., León, R., López, F. y Ramírez, I., (2005). Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones*. 17(3), 241.249.
- Calatayud, M., García, G., García, O., Sánchez, E., Secades, R., Santoja, F., y Zacarés, F. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. Recuperado en Octubre 20 del 2014, de <http://www.adicciones.es/files/59-64%20sanchez-hervas.pdf>
- Calvo, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. *Salud y Drogas*. Recuperado el 06 de mayo de 2015 de <http://www.asecedi.org/PDF/V7N1.pdf#page=46>
- Caqueo, A. y Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*. 20(4), 577-582. Recuperado de

[http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II\\_EMF\\_50-59.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II_EMF_50-59.pdf)

- Carlson, N. (1996). *Fundamentos de la psicología fisiológica*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana. S.A.
- Cava, M., y Musitu, G. (2003). El rol del Apoyo Social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*. 12(2), 179-192.
- Centro de Rehabilitación Tía Panchita. (2010). Tratamiento.
- Chauta, L. y Moreno, J. (2012). Funcionalidad Familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 6(1), 155-166. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225770006.pdf>
- Cobian, A. y Pi Osoria, A. (2009). Componentes de la función afectiva familiar: una nueva visión de sus dimensiones e interrelaciones [artículo en línea]. MEDISAN; 13(6)<[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_6\\_09/san16609.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san16609.htm)>
- De La Revilla, L. y Fleitas, L. (1994). Función y disfunción familiar. Conceptos e instrumentos de la Atención familiar. 91-100. Recuperado de [http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II\\_EMF\\_50-59.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II_EMF_50-59.pdf)
- Dos Ramos, L., Echenique, A. y Moncada, S. (2015). Funciones Ejecutivas y Habilidades para la Vida en Pacientes con Drogodependencia. (Trabajo de Grado Licenciatura no Publicado). Universidad Central de Venezuela, Ciudad Universitaria, Venezuela.
- Efectos físicos psicológicos y sociales del consumo de la cocaína. (s.f). Recuperado el 04 de febrero del 2016 de <http://cocainaefectos.com/familia-y-sociedad/cocaina-efectos-en-la-familia/>
- Enrique, H., y Rodríguez, S. (s/f). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. Recuperado en Enero 09 del 2016 de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2010.pdf>
- Federación de Psicología de Venezuela (1981). Código de Ética del Psicólogo Venezolano, Barquisimeto, Venezuela.



- Fernández, I. y Vergara, A. (2014). La dimensión de masculinidad-feminidad y los antecedentes, las reacciones mentales y los mecanismos de autocontrol emocional
- Flint, M. y García, J. (2012, mayo). Introducción a la drogodependencia. Artículo presentado en la asignatura Introducción a la Drogodependencia en Psicología, Universidad central de Venezuela.
- Fondo Nacional Antidrogas (2015). Sistema Nacional de Tratamiento. Recuperado el 20 de agosto de 2015 de <http://www.fona.gob.ve/index.php/noticias/87-tratamiento>
- Fuertes, M., y Maya, M. (2001). Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concreta. ANALES, 24(2)
- García, J., y López, C. (1998). Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias. Madrid: Editorial Síntesis.
- García, M., Gómez, V., Méndez, D., Navarrete, A. y Pérez, J. (2003). Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Instituto Mexicano del Seguro Social*. 42(4), 281-284. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im044b.pdf>
- García, R., y Sebastián, P. (1995). Experiencia grupal con familiares de drogodependientes. *Cuaderno de trabajo social*. 8, pp. 161-167.
- Gómez, F. y Ponce, R. (2010). Una nueva propuesta para la interpretación de Apgar Familiar. *ATEN Fam.* 17(4), 102-106 recuperado de [http://revistas.unam.mx/index.php/atencion\\_familiar/article/viewFile/21348/20149](http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/viewFile/21348/20149)
- González, D. y Vega, O. (2009). *Apoyo Social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica*. Recuperado en Junio 08 del 2015 de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000200021&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000200021&script=sci_arttext)
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (1995). *El Apoyo Social*. Barcelona: PPU.
- Hart, S. y Roesch, R. (1998). *Psychology and law*. New York: Kluwer Academics.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

- Hervás, V., y Gradolí, T. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Revista Trastornos adictivos*. 6(03). Recuperado el 1 de junio de 2015 de <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-un-modelo-tratamiento-psicoterapeutico-adicciones-13065158>
- Hogan, T. (2004). *Pruebas psicológicas una introducción práctica*. D.F., México: Manual Moderno.
- Jiménez, T., Musitu, G. y Murgui, S. (2014). Funcionamiento y comunicación familiar y consumo de sustancias en la adolescencia: el rol mediador del Apoyo Social. *Revista de Psicología Social*. (21) 1, pp. 21-34 recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/021347406775322214>
- Johnson, V., Pandina, R. (1991). Effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency, and coping styles. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 17(1):71-88. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?Db=pubmed&cmd=DetailsSearch&Term=2038985%5BUID%5D>
- Kaplan, R. y Saccuzzo, D. (2006) *Pruebas Psicológicas. Principios, aplicaciones y temas*. (6ta ed). México: Thomson.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2001). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. (4<sup>ta</sup> ed). Distrito Federal, México: Mc Graw Hill.
- La Fundación Universitaria Luis Amigo (S.f)
- Ladero, J., y Cols. (2009). *Drogodependencia*. Madrid: Medica Panamericana.
- López, F. (2005). Influencia del apoyo familiar e la autoeficacia de los drogodependientes. *Revista Adicciones*. 17(3), 241-249.
- Luengo, M., Romero, E., y Gómez, J. (2001). Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas. Recuperado el 04 de febrero del 2016 de <http://www.usc.es/udipre/es/pdf/informe%20final%20ph.pdf>
- Maestría iberoamericana en drogodependencias. (2002). Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD).
- Malhorta, N. (2004). *Investigación de mercados*. México: Pearson educación.  
Recuperado el 6 de enero de 2016 de

[https://books.google.co.ve/books?id=SLmEbIVK2OQC&pg=PA301&dq=prueba+piloto&hl=es&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=prueba%20piloto&f=true](https://books.google.co.ve/books?id=SLmEbIVK2OQC&pg=PA301&dq=prueba+piloto&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=prueba%20piloto&f=true)

- Martínez, I., Bonilla, A. y Gómez, L. (2008). Identidad de género y afectividad en la adolescencia: asimetrías relacionales y violencia simbólica. Recuperado el 4 de febrero de 2016 de <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/99374/159766>
- Martínez, J., Molina, B., Ruiz, M., y Torres, A. (2000). *La familia en el tratamiento drogodependiente*. Granada: Diputación de Granada.
- Martínez, M., y Rubio, G. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Martínez, R. (1996) *Psicometría: Teoría de los test psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis
- Meichenbaum, D., y Turk, D. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de tratamientos terapéuticos*. Guía. México: Desclee de Brouwer.
- Mooney, M. y Stotts, A. (2007). Illusory Predictors: Generalizability of Findings in Cocaine Treatment Retention Research. Recuperado el 28 de octubre de 2014 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2249556/#!po=57.5000>
- OMS (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid, España: Ministerio de sanidad y consumo centro de publicaciones.
- OPD: Observatorio Peruano de drogas. (2010). Impacto social y económico del consumo de drogas en Perú. Recuperado de <http://www.devida.gob.pe/2010/12/estudio-del-impacto-social-y-economico-del-consumo-de-drogas-en-el-peru-informe-final-2010>
- Organización de los Estados Americanos. (2013). El Problema de Drogas en las Américas: Estudios. Recuperado el 17 de agosto de 2015 de [http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth\\_ESP.pdf](http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Otto, R. y Weiner, I. (2013). *Handbook of Psychology*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.

- Peralta, M. (2008). Adherencia al tratamiento. *Revista Centro Dermatol Pascua*. 17(3). Recuperado el 17 de marzo de 2015 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>
- Pierri, G. (s.f). *Familia y Drogodependencia*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2015 de [http://www.sup.org.uy/Clinicas\\_del\\_Sur/web/pdf/clinicas%20del%20sur\\_01\\_8.pdf](http://www.sup.org.uy/Clinicas_del_Sur/web/pdf/clinicas%20del%20sur_01_8.pdf)
- Redondo, P. (2004). *Prevención de la enfermedad*. Recuperado el 28 de Enero de 2016 de <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>
- Rodríguez, A., Pinzón, S., Máiquez, A., Herrera, J., De Beito, 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(1).
- Rossi, P. (2008). *Las drogas y los adolescentes. Lo que los padres deben saber sobre las adicciones*. Madrid: Editorial Tébar.
- Sáenz, M. (2003). Aportes sobre la familia del narcodependiente. *Ciencias Sociales*. 99(1), pp. 25-44.
- Sánchez, M. (1995). El trabajo social en las actuaciones grupales con padres y madres ante el fenómeno de las drogodependencias: necesidad de una metodología participativa. *Cuaderno de trabajo social*. N°8, pp. 181-199.
- Saunders, J. (2003). Families living whit severe mental illness: a literatura rewiw. *Issues in Mental Health Nursing*. (24). 175-198. Recuperado de <http://www.psychodyssey.net/wp-content/uploads/2012/05/Families-Living-with-Severe-Mental-Illness.pdf>
- Serrano, M. (2002). *La educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y Salud*. Madrid: Alezeia.
- Silva, G., Galeno, E., y Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no adherencia. *Colombia: Acta médica colombiana*. 30(4). Recuperado el 17 de marzo de 2015 de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf>
- Soto, H. (2010). *Riesgos y peligros*. Estados Unidos de América: Palibrio.
- Stoker, A., Swadi, H. (1990). Perceived family relationships in drug abusing adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*. (25), 293-297. Recuperado de

[http://www.drugandalcoholdependence.com/article/0376-8716\(90\)90154-7/abstract](http://www.drugandalcoholdependence.com/article/0376-8716(90)90154-7/abstract)

Thoits, P. (1982) Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Social Behavior*. (2) 145-159.

UNICEF: Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. (S.F). Adolescencia Temprana y Tardía. Recuperado de <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>

UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2014). Informe mundial sobre las drogas. Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/wdr/2014/V1403603\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr/2014/V1403603_spanish.pdf)

WACD: Comisión de Drogas de África Occidental. (2014). No solo en tránsito: Las drogas, el Estado y la Sociedad en África Occidental. Recuperado de <http://www.wacommissionondrugs.org/report/>

Zaldívar, D. (s.f). Funcionamiento Familiar Saludable. *Rehabilitación temprana*. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/021347406775322214>

# **Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes**

## **IX. Apéndices**

# Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes

## Apéndices A. Formato de validación de expertos



### Formato Validación de Expertos

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Años de experiencia en el área \_\_\_\_\_

Estudios realizados: \_\_\_\_\_

### **VALIDACIÓN DE CONTENIDO**

Anexo a la presente, se remite un ejemplar del instrumento diseñado para la recolección de datos, el cual se piensa aplicar en un estudio que se adelanta para optar al título de Licenciado en Psicología, Mención "Clínica"

Dicha investigación es avalada por la Universidad Central de Venezuela y es titulada "*Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes*".

Para tal efecto, es necesario contar con la valiosa opinión de un experto/a como usted, motivo por el cual se solicita su colaboración a fin de enriquecer el contenido definitivo del instrumento a aplicar.

A continuación, se presentan una serie de preguntas relacionadas con la exploración del instrumento "**APGAR FAMILIAR**". El siguiente cuadro está compuesto por tres columnas: la primera referida a la redacción de la pregunta, la segunda relacionada con la pertinencia de la pregunta a la. Marque con una "X" si la pregunta le parece **Adecuada (A)** o **Inadecuada (I)** para cada columna. En caso que la considere inapropiada describa en el apartado "**Observaciones**" los elementos que cambiaría de la pregunta o sugerencias de cómo modificarla.

## Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes

Pregunta	Redacción	Pertinencia	Observaciones
1	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
2	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
3	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
4	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
5	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	

### 1. Orden:

1.1. ¿Considera adecuado el orden de presentación de las preguntas?

Sí\_\_\_ No\_\_\_

1.2. En caso de haber respondido No ¿Qué orden recomendaría usted?

### 2. Contenido:

2.1. ¿Considera que la entrevista está acorde a los objetivos mencionados anteriormente? Sí\_\_\_ No\_\_\_

2.2. En caso de haber respondido No ¿Qué preguntas eliminaría y/o agregaría?

2.3 ¿Considera adecuada la estructura del instrumento?

2.4 ¿Considera adecuadas las instrucciones del instrumento?

### 3. Recomendaciones y/o Sugerencias:



## Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes



### Formato Validación de Expertos

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Años de experiencia en el área: \_\_\_\_\_

Estudios realizados: \_\_\_\_\_

### **VALIDACIÓN DE CONTENIDO**

Anexo a la presente, se remite un ejemplar del instrumento diseñado para la recolección de datos, el cual se piensa aplicar en un estudio que se adelanta para optar al título de Licenciado en Psicología, Mención "Clínica"

Dicha investigación es avalada por la Universidad Central de Venezuela y es titulada "*Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes*".

Para tal efecto, es necesario contar con la valiosa opinión de un experto/a como usted, motivo por el cual se solicita su colaboración a fin de enriquecer el contenido definitivo del instrumento a aplicar.

A continuación, se presentan una serie de preguntas relacionadas con la exploración del "**CUESTIONARIO MOS**". El siguiente cuadro está compuesto por tres columnas: la primera referida a la redacción de la pregunta, la segunda relacionada con la pertinencia de la pregunta a la. Marque con una "X" si la pregunta le parece **Adecuada (A)** o **Inadecuada (I)** para cada columna. En caso que la considere inapropiada describa en el apartado "**Observaciones**" los elementos que cambiaría de la pregunta o sugerencias de cómo modificarla.

## Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes

Pregunta	Redacción	Pertinencia	Observaciones
1	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
2	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
3	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
4	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
5	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
6	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
7	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
8	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
9	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
10	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
11	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
12	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
13	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
14	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	

## Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes

15	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
16	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
17	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
18	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	
19	A ( ) I ( )	A ( ) I ( )	

### 1. Orden:

1.1. ¿Considera adecuado el orden de presentación de las preguntas?

Sí\_\_\_ No\_\_\_

1.2. En caso de haber respondido No ¿Qué orden recomendaría usted?

### 2. Contenido:

2.1. ¿Considera que la entrevista está acorde a los objetivos mencionados anteriormente? Sí\_\_\_ No\_\_\_

2.2. En caso de haber respondido No ¿Qué preguntas eliminaría y/o agregaría?

2.3 ¿Considera adecuada la estructura del instrumento?

2.4 ¿Considera adecuadas las instrucciones del instrumento?

### 3. Recomendaciones y/o Sugerencias:

## Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes

### Apéndice B. Instrumentos. APGAR Familiar

#### CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

En la siguiente lista se exponen una serie de hechos o circunstancias que la gente nos puede dar u ofrecer y que nos sirven de ayuda o apoyo. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y coloque una señal en el espacio que más se acerque a su situación.

#### APGAR FAMILIAR

PREGUNTA	Casi		
	Nunca	A Veces	Siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que ud y su familia comparten?			
¿Siente que su familia le quiere?			

## Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes

### Apéndice C. Instrumentos. MOS

#### CUESTIONARIO MOS

Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.?  
(Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre)

N.º de amigos íntimos o familiares

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

PREGUNTA	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La Mayor ía De Veces	Siempre
Alguien que le ayude cuando se encuentre incapacitado en cama					
Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
Alguien que le aconseje cuanto tenga problemas					
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
Alguien que le muestre amor y afecto					
Alguien con quien divertirse					
Alguien que le ayude a entender una situación					
Alguien en quien pueda confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
Alguien que le abrace					
Alguien con quien pueda relajarse					
Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo					
Alguien cuyo consejo realmente desee					
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo					
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
Alguien con quien divertirse					
Alguien que comprenda sus problemas					
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido					

## Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes

### Apéndice D. Recolección de datos básicos



#### Recolección de datos básicos.

<b>Siglas del Nombre y Apellido</b>	
<b>Edad</b>	
<b>Estado civil</b>	
<b>Hijos</b>	
<b>Personas que vivían con Ud. al comenzar el consumo</b>	
<b>Ocupación previa a comenzar el consumo</b>	
<b>Tiempo de consumo</b>	
<b>Droga de impacto</b>	
<b>Droga de preferencia</b>	
<b>Fecha de inicio de intervención actual</b>	
<b>¿Ha estado usted intervenido previamente?</b>	Si:___ No:___ De ser afirmativa la pregunta anterior indique ¿Cuántas veces? _____ ¿En qué centros?_____ Fecha: _____
<b>Historial de visitas</b>	

# Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes

## Apéndices E. Permiso a las Instituciones



*HUMANA.*

Presente-

Reciba un cordial saludo. Por medio de la presente solicitamos su autorización para que los Br. Escalona, Blanmyll. y Br. Saavedra, Alexander., estudiantes de Psicología de la mención Clínica en la Universidad Central de Venezuela, quienes actualmente se encuentran realizando su trabajo de grado acerca de *Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes*. Dispongan de su consentimiento para la permanencia en las instalaciones con la finalidad de llevar a cabo la recolección de datos.

La investigación tiene como objetivo constatar la asociación entre las relaciones familiares como variable inherente al paciente drogodependiente y el Apoyo Social como variable inherente a la adherencia al tratamiento.

Para la realización de este proyecto solicitamos su colaboración con el fin de poder aplicar los siguientes instrumentos: Cuestionario "Medical Outcomes Study" (MOS) de Apoyo Social; Cuestionario de adaptabilidad, participación, crecimiento, participación, crecimiento y resolución (APGAR) II, a los pacientes de la unidad de farmacodependencias de la institución.

Sin más que agregar, agradecemos su colaboración

María Verónica Martínez  
Atte. Tutor del trabajo de grado

Eduardo Santoro  
Director de la Escuela de Psicología

Blanmyll Escalona.

Alexander Saavedra.

## Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes



*Centro de Rehabilitación Clínica Tía Panchita.*

Presente-.

Reciba un cordial saludo. Por medio de la presente solicitamos su autorización para que los Br. Escalona, Blanmyll. y Br. Saavedra, Alexander., estudiantes de Psicología de la mención Clínica en la Universidad Central de Venezuela, quienes actualmente se encuentran realizando su trabajo de grado acerca de *Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes*. Dispongan de su consentimiento para la permanencia en las instalaciones con la finalidad de llevar a cabo la recolección de datos.

La investigación tiene como objetivo constatar la asociación entre las relaciones familiares como variable inherente al paciente drogodependiente y el Apoyo Social como variable inherente a la adherencia al tratamiento.

Para la realización de este proyecto solicitamos su colaboración con el fin de poder aplicar los siguientes instrumentos: Cuestionario “Medical Outcomes Study” (MOS) de Apoyo Social; Cuestionario de adaptabilidad, participación, crecimiento, participación, crecimiento y resolución (APGAR) II, a los pacientes de la unidad de farmacodependencias de la institución.

Sin más que agregar, agradecemos su colaboración

María Verónica Martínez  
Atte. Tutor del trabajo de grado

Eduardo Santoro  
Director de la Escuela de Psicología

Blanmyll Escalona.

Alexander Saavedra.



# Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes

## Apéndices F. Consentimiento informado



### Consentimiento Informado

Por medio de la presente, yo: \_\_\_\_\_, C.I.\_\_\_\_\_. Hago constar que los Br. Escalona, Blanmyll. y Br. Saavedra, Alexander.; estudiantes de Psicología y constructores de la tesis de grado **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APOYO SOCIAL EN DROGODEPENDIENTES.”**, me han informado y comunicado suficiente información sobre el proyecto y su finalidad, por lo que estoy de acuerdo en participar de manera libre y voluntaria.

Nota: Le recordamos que cualquier información que necesite sobre el proyecto estará a su disposición. Los resultados de su participación no serán juzgados o interpretados de manera alguna, el único fin es la obtención de información para comparar dos variables; Por lo que estos resultados serán tratados bajo el Código de Ética del Psicólogo Venezolano en especial atendiendo al siguiente.

Artículo 60: “El investigador deberá garantizar el anonimato de las respuestas de los sujetos sometidas a investigaciones y evitar aminorar la posibilidad de cualquier daño moral a aquellos.”

Muchas gracias de antemano por su colaboración.

## **Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes**

### **Apéndices G. Artículos del Código de Ética Considerados en la Investigación**

Artículo 10: Al igual que la honradez moral, la honradez intelectual es un deber ético esencial del profesional de la Psicología. Si en el fondo aquella constituye un escrupuloso respeto por las reglas de lo justo, esta última constituye un respeto escrupuloso por la verdad, que en el Psicólogo siempre debe manifestarse en el ejercicio de todo quehacer profesional.

Artículo 11: El Psicólogo debe presentar la información psicológica de manera objetiva y precisa.

Artículo 15: El respeto a la integridad de la persona humana en los distintos ámbitos donde se desempeñe como profesional, constituye uno de los más sagrados deberes del Psicólogo, quien en todo momento debe velar por el bienestar individual y social en la prestación de sus servicios a personas naturales o a instituciones públicas o privadas, y en los campos de la investigación pura o aplicada.

Artículo 57: Para proteger la integridad física y mental de la persona, la experimentación con humanos debe cumplir los siguientes requisitos:

a) Toda persona debe expresar con absoluta libertad su voluntad de aceptar o rechazar su condición de sujeto de experimentación, salvo los casos contemplados en el artículo anterior.

b) Debe tener la facultad de suspender la experiencia en cualquier momento.

c) Debe estar suficientemente informado acerca de la naturaleza, alcance, fines y consecuencias que pudieran esperarse de la experimentación, excepto en aquellos casos en que la información pudiera alterar los resultados de la misma.

d) Debe garantizársele la asistencia médica y psicológica necesaria durante todo el tiempo que dure la experimentación, y aun después de concluida esta, por las consecuencias que puedan resultar de la misma.

e) Deben establecerse procedimientos que permitan compensarle por los riesgos que se deriven de la experiencia efectuada.

## **Funcionalidad Familiar y Apoyo Social en Drogodependientes**

Artículo 60: El investigador deberá garantizar el anonimato de las respuestas de los sujetos sometidos a investigaciones y evitar aminorar la posibilidad de cualquier daño moral a aquellos.