

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL CLINICO QUIRURGICO "10 DE OCTUBRE"

VULNERABILIDAD AL ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO
EN FAMILIARES DE ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

AUTOR: Lic. Josefa Ventura Castillo
Defectóloga en la Especialidad de Logopedia y Foniatría

TUTOR: Dr. Guillermo Barrientos de Llano
Doctor en Ciencias Médicas
Profesor Consultante
Especialista de Segundo Grado en Psiquiatría

CO-TUTOR: Dra. Vivian Blanco Lezcano
Especialista I Grado en Psiquiatría.
Master en Psiquiatría Social

ASESOR: Lic. Teresita Hernández González
Especialista en Defectología
Trabajadora Social Psiquiátrica

TRABAJO PARA OPTAR POR EL TITULO
DE MASTER EN PSIQUIATRIA SOCIAL.

2004

DEDICATORIA

A mi madre.

A mi hija.

A todas aquellas personas, que encuentren
en él,
una Vía para Construir otra investigación.

AGRADECIMIENTOS

A Lissy por ser lo mejor que me ha sucedido en la vida. Gracias por comprender por qué te dediqué poco tiempo en las vacaciones pasadas.

A mi madre por su preocupación constante y su apoyo incondicional.

A todos los trabajadores del Centro Comunitario de Salud Mental, principalmente al equipo de trabajo, gracias por haberme esperado.

A Luis Diez por su ayuda, apoyo y preocupación por tal motivo se ha ganado el derecho de estar en la memoria escrita de esta investigación.

Le agradezco a mi tutor el Prof. Guillermo Barrientos, por ofrecerme la oportunidad de realizar esta maestría y por su constante afán de prepararnos de forma integral.

A las doctoras Vivian Blanco e Ileana Trevin por su valiosa ayuda y entrega total.

A las compañeras de la OPS por su ayuda incondicional. Gracias a Julita, Amparo y Liliana.

Al equipo de la UIC del Hospital Clínico Quirúrgico de “10 de Octubre” por brindarnos sus experiencias y habernos acogido como parte del equipo.

A Zoila y Teresita por su destacada labor como profesoras y coordinadoras, gracias por los conocimientos que nos impartieron y por permitirnos hacer esta maestría.

A la Arq. Georgina Ravelo, por su ayuda y dedicación, en la edición de la tesis.

A todas las personas que de una forma u otra han contribuido en el desempeño exitoso de esta investigación por sus pensamientos positivos, preocupación, sugerencias y acciones, haré el intento y escribiré algunos nombres: Orlando, Delia, Neryda, Vilma, Julio, Oxana, Yuray, Pedro, Teleforo, Sabina, Norma, Liliam, Mercedes, Yuriam, Graciela.....

A todos los familiares que contribuyeron a este estudio, **muchas gracias**.

La autora

¿Qué no dan los
hombres por una
hora de pureza? ¿por

el instante en que
vuelven a ser como
cuando corrían
detrás de las
mariposas?

Martí

José

RESUMEN

Se realizó un estudio analítico de corte transversal, retrospectivo en el Centro Comunitario de Salud Mental del Municipio Playa, a los familiares que demandaron ayuda en el período comprendido desde marzo hasta junio del 2004.

Este trabajo se realizó con el objetivo de caracterizar los procesos de afrontamiento y la vulnerabilidad al stress de familiares de pacientes con conductas adictivas. El universo estuvo constituido por los familiares de los pacientes que demandaron atención en la consulta de adicciones, quedando la muestra conformada por 30 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Para el estudio se empleo la encuesta de Lazarus, el test de vulnerabilidad al stress y como método cualitativo se utilizó la entrevista a profundidad obteniéndose como resultados fundamentales que existe un predominio del sexo femenino que demandó ayuda estuvo compuesto fundamentalmente por las esposas.

La raza blanca prevaleció entre los familiares, la edad varía y en cuanto al estado civil, predominan las mujeres casadas, la escolaridad está conformada por pre-universitario, la mayoría son técnicos medios.

El modo de afrontamiento más utilizado fue el centrado en el problema. La forma más utilizada se evidencio que fue búsqueda de apoyo social siendo la más socorrida, fundamentalmente por las esposas y la mayoría son vulnerables al stress, principalmente las madres y esposas. Generalmente los familiares han buscado ayuda, información, pienso que le han dado gran connotación al hecho tener un familiar adicto, han intentado modificar el problema utilizando estrategias diversas la gran mayoría están muy estresados y angustiados a pesar de todo esto existe una búsqueda constante de información y exponen ideas muy acertadas para proteger a sus miembros de la droga.

INDICE

Introducción

Revisión bibliográfica crítica

Hipótesis

Objetivos

Material y método

Análisis y discusión de los resultados

Conclusiones

Recomendaciones

Bibliografía

Anexos

INTRODUCCION

Existen documentos que expresan que el hombre ha utilizado diversas sustancias psicoactivas desde épocas muy remotas, por lo que consideramos que el consumo de dichas sustancias no es un fenómeno nuevo, sino algo que se ha manifestado siempre adoptando diversas formas de acuerdo a cada contexto histórico. ⁽¹⁾ Mediante la recolección el hombre descubre que existen plantas con efectos diversos y comienza a interesarse por ellas, esto lo lleva a constatar sus efectos. Sus conocimientos rudimentarios pronto fueron exclusivos de una “elite” de chamanes, brujos, hechiceros y sacerdotes cuyos poderes se basaban fundamentalmente en los viajes alucinóticos, experiencia transmitida a sus descendientes más próximos desde varios miles de años antes de que apareciera la escritura. ⁽²⁾

Un ejemplo de ello lo encontramos en los hallazgos realizados en las cuevas de Shanidar Irak, las cuales fueron habitadas hace 6000 años por los hombres de Neandertal y en las que se han encontrado restos de sustancias psicoactivas. De igual modo se conoce que el uso de sustancias se empleaba en los rituales religiosos, en actividades festivas esporádicas y con fines terapéuticos. ⁽³⁾

La drogadicción o el abuso de drogas, es considerado por la mayoría de las personas e incluso las autoridades gubernamentales, como un fenómeno puramente social. Para muchos, aquellos que consumen drogas, son individuos débiles con conductas adictivas. Los expertos en el tema consideran a la drogadicción una verdadera enfermedad, que exhibe múltiples factores causales, con profundos cambios a nivel biológico, muchas veces irreversibles y toda una gama de síntomas y signos.

La ciencia ha demostrado que si la adicción se trata solamente con medicamentos no es tan eficaz como cuando se usa conjuntamente con un enfoque conductual. Aunque se ha logrado un progreso substancial en desarrollar tratamientos farmacológicos y conductuales que han probado ser efectivos para muchas personas, todavía queda mucho por hacer. ⁽⁴⁾

Nosotros consideramos que la psicoterapia en general debe estar unida al tratamiento farmacológico.

La toxicomanía es un verdadero problema de salud en el mundo, afecta a un importante número de personas y tiene diversas repercusiones en todos los aspectos de la vida: individual, laboral, familiar y social.

La incorporación masiva de la droga al estilo de vida hedónico, que prolifera en las sociedades de consumo, se establece con mayor nitidez a partir de la década del sesenta y coincide con la nefasta y progresiva caracterización de la droga como mercancía de comercialización altamente rentable y solo superada por el tráfico de armamentos en un mundo regido por las actuales tendencias neoliberales, donde el estilo de vida consumista pretende establecerse como paradigma y las crudas leyes del mercado se priorizan con mucho sobre el bienestar individual y social. ⁽²⁾

Los problemas relacionados con el abuso de drogas y alcohol están aumentando en todas partes del mundo, no solo la producción de drogas y el narcotráfico van en aumento sino también la repercusión médico social de la conducta adictiva, sus consecuencias no solo afectan al consumidor en particular, traduciéndose en una alta cuota de sufrimiento humano para las familias y son responsables de grandes gastos médicos y sociales en muchos países.

El aumento global del abuso y de la dependencia de drogas, de acuerdo a los últimos datos del Programa de Naciones Unidas para el Control de Drogas (PNCUD), se traduce en que existen 235 millones de consumidores de estupefacientes en el mundo.

Solo en América Latina alrededor del 6% de la población total consume marihuana y cocaína; pero también hay consumo de heroína, crack, LSD, éxtasis, anfetaminas y psicotrópicos.

Aproximadamente 30 millones de latinoamericanos han consumido drogas ilícitas por lo menos una vez en su vida, según Cristian Prado, Presidente de la Asociación Iberoamericana para el Estudio del Alcohol y las Drogas (AIEPAD).

En Estados Unidos de Norteamérica la mitad de las camas hospitalarias se dedican al tratamiento de problemas vinculados a las drogas y todos los años nacen 350000 niños bajo la influencia de las mismas, con las secuelas neurológicas y la teratogenia conductual consecuentes. En este país hay aproximadamente 66 millones de consumidores de marihuana y 27 millones de cocaína y cerca de 1 millón de adictos a la heroína.

Los principales países de tránsito son Argelia, Chile y Uruguay, dirigido fundamentalmente por Canadá, Europa y los Estados Unidos, principal consumidor donde 1kg de heroína vale \$150 000 dólares.

Antes del año 1959 en nuestro país el tráfico y consumo ilícito de drogas fundamentalmente de marihuana y en menor medida de cocaína, constituía un problema social en algunas capas y sectores de la nación, tal situación fue erradicada tras el triunfo de la revolución como resultado de sus profundas transformaciones políticas, económicas y sociales y el éxodo hacia Estados Unidos de los grandes traficantes expedidores y consumidores. Sin embargo en el momento actual por la globalización y el turismo se está fomentando un incipiente mercado y consumo, ínfimo comparado con otras naciones. Estas drogas provienen de recalos originados por bombardeo e incursiones de narcotraficantes en nuestras aguas jurisdiccionales en su ruta hacia Estados Unidos y en menor medida introducida a través de puertos y aeropuertos. ⁽⁵⁾⁽⁶⁾

En la década del 60 se generaliza el consumo de sustancias ilícitas en el seno de la juventud. América del Norte se convierte en el principal destino de este tipo de producto. En países como Colombia, hasta la década del 80, el principal consumo era de marihuana. A partir de esa época surge la cocaína y ya en los 90 aparecen grandes extensiones cultivadas de Amapolas, de donde se extrae la Heroína. El comercio de esta sustancia

estuvo dominado por el triangulo de oro (Tailandia, Birmania y Laos), hasta la década del 90. ⁽⁷⁾

Existen algunas personas que están afectadas por las adicciones y la familia sufre inmensamente, con frecuencia acuden a nuestro Centro Comunitario de Salud Mental familiares de adictos refiriendo síntomas diversos, ansiedad marcada, impotencia, culpa, frustración, agobio y preocupaciones por considerar haber fallado en las estrategia utilizadas con anterioridad.

En nuestra sociedad no debe existir ni un solo caso y el mundo es testigo de este creciente y acelerado fenómeno, por lo que se ha proclamado la acción mancomunada en el esfuerzo de todos por conquistar la esperanza.

En Cuba existe un profundo y serio trabajo para enfrentar este problema de salud, el Ministerio de Salud Publica cuenta con el Grupo Operativo de Salud Mental y Drogas (GOSMA), sus funciones se descentralizan hasta la Atención Primaria en Salud, en este nivel es el Centro Comunitario de Salud Mental, el responsable de desarrollar acciones de prevención y promoción de salud en la comunidad y de tratamiento y rehabilitación de los individuos afectados. Estas acciones se fundamentan en el Programa de Atención a la Drogodependencia y en el Equipo de Atención a las Adicciones.

Una parte muy importante en el enfrentamiento al problema de las drogas, bien definida por la OMS, lo constituyen las investigaciones que a nivel de la Comunidad se realicen para estudiar los factores de riesgo psicosocial asociados al consumo de sustancias psicoactivas y las características de estos individuos, así como las referidas a la familia del paciente adicto, su afrontamiento y las consecuencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas de sus familiares.

En Cuba no es posible aún definir el perfil del drogodependiente, en diferentes investigaciones se han identificado algunas características que describen incluso un perfil según el tipo de droga, pero esto es solo una orientación que no se puede generalizar. Se

han realizado recientemente estudios que nos acercan a dicho perfil y que constituyen un punto de referencia a un fenómeno que no puede ser simplificado a aspectos solo individuales por la dimensión social y familiar que implica; en la tesis de maestría ⁽¹⁾ realizada por el Dr. Calderón Rodríguez se realiza un estudio exhaustivo del perfil psicosocial del paciente adicto a sustancias psicoactivas y aporta luz sobre la edad de comienzo del consumo, la procedencia familiar y otras características de estos pacientes, no obstante nos deja interrogantes sobre como este fenómeno es percibido y afrontado por la familia, en el seno de la cual transcurre el proceso de adicción y en que medida este se ha convertido en un estresante importante para esas familias. ⁽¹⁾

La familia como célula fundamental de la sociedad, es el grupo social más afectado con este grave problema de salud, al sufrimiento humano de padres, hijos, cónyuges se unen los problemas de disfunción familiar, los divorcios, la violencia intrafamiliar, por eso la familia es un grupo vulnerable al que se le debe prestar especial atención en las acciones de prevención y promoción de salud que se planifiquen en una comunidad.

Los factores estresantes que afectan a la familia y más aun al familiar co-dependiente o co-adicto están relacionados con síntomas de depresión y ansiedad.

El estar viviendo situaciones estresantes exige no solo el despliegue de recursos externos, como el apoyo social, sino también de recursos personales lo que implica poner en práctica diversas modalidades de afrontamiento para manejar las situaciones que han sido estresantes para el individuo, derivadas de la conducta adictiva de su familiar.

El estrés y el afrontamiento han sido estudiados por numerosos investigadores con enfoques diferentes, nosotros tomaremos las definiciones de Lazarus y Folkman, considerando que son las más aceptadas.

Compartimos el criterio de la Dra. Trevín ⁽⁸⁾ cuando plantea que es importante profundizar en este sentido, dado el papel primordial de la familia en el desarrollo del proceso adictivo, este es el núcleo rector de creencias, valores sociales, culturales y espirituales. El

fortalecimiento de las familias en estos ámbitos produce individuos de elevados valores, adecuada auto estima y autenticidad de principios de esto se deriva que utilizaran mejores y más variadas estrategias de afrontamiento y tendrán mayor capacidad adaptativa lo mismo para prevenir la adicción o como factores protectores una vez establecida esta.

Es en la familia donde se fomentarán los valores, la confianza, el afecto, donde no exista una distribución y cumplimiento de los mismos y la permisividad o exigencia a la autoridad se fomenta la duda, dando lugar a un campo labrado para que germine la adicción.

Una persona adicta no es un sujeto aislado, es alguien que vive en sociedad y que deviene de una familia con determinadas referencias, tiene todo un sistema de criterios, aptitudes y merece ser atendido no solo desde el punto de vista más elemental, sino en una visión integradora que abarque lo social y su complejo mundo interior. ⁽⁶⁾

El estrés es uno de los principales riesgos que se corre en el afrontamiento de las crisis y es justamente el uso de alcohol y droga a lo que acuden algunas personas para “aliviar” la intensa angustia que se sufre amparados en conocida y falsa creencia de que el alcohol y las drogas mitigan el dolor y las penas, por lo que se adopta como un mecanismo de afrontamiento fallido ante situaciones valoradas como difíciles que después se convierten en un estilo de vida al establecerse la drogodependencia o el alcoholismo.

En la medida que seamos capaces de conocer mejor los factores estresantes, sus modos de afrontamiento y vulnerabilidad al estrés, podemos realizar acciones rápidas y efectivas en aras del bienestar y mejor calidad de vida no solo de los miembros de la familia sino también de la comunidad y la sociedad en general

En nuestro trabajo en el Centro Comunitario de Salud Mental de Playa, hemos podido intercambiar con familiares de pacientes adictos a sustancias psicoactivas, hemos constatado su agobio, su preocupación, su angustia y su necesidad de recibir ayuda especialmente dirigida a ellos, teniendo en cuenta las características especiales de la

situación que ellos están afrontando, es por eso que nos propusimos realizar un estudio que nos permitiera caracterizar como se manifestaba el estrés y los mecanismos de afrontamiento en estos familiares co-dependientes de pacientes con conducta adictiva, que reciben atención en nuestro Centro Comunitario de Salud Mental de Playa.

Consideramos que la información obtenida será útil para desarrollar programas de tratamiento prevención y promoción más efectivo de salud mental que involucren tanto al paciente como a su familia, en la propia comunidad.

REVISION BIBLIOGRAFICA CRITICA

Siempre las adicciones han sido motivo de preocupación, la Biblia dice....

“salvaguardemos la capacidad de pensar, que no la arruinemos mediante abusar de sustancias químicas (proverbio 321).⁽²⁰⁾ **(Ver Anexo 7)**

Para empezar nuestro trabajo abordaremos el concepto de droga desde la perspectiva de diferentes autores.

La OMS define las drogas como toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración puede alterar de algún modo el sistema nervioso central (SNC) del individuo y que es además susceptible de crear dependencia ya sea psicológica, física o ambas.⁽²¹⁾ **(Ver Anexo 8)**

El Dr. Ricardo González Menéndez en su libro “Cómo enfrentar el peligro de las drogas” considera que los **tóxicos o drogas**: Son sustancias naturales o sintéticas, médicas y no médicas, legales o ilegales que cuando son consumidas producen algún efecto sobre las funciones psíquicas y determinan además, tolerancia y dependencia, así como diferentes acciones perjudiciales que pueden dañar la salud en sus aspectos físicos, mentales, sociales, espirituales.⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾

Estudios muy recientes realizados por las Licenciadas Fátima Langer Brancolini y Francisca López Montoro en Barcelona, España exponen que las drogas son sustancias farmacológicas que actúan sobre el sistema nervioso central y que introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones del comportamiento. Son capaces de generar abuso o dependencia, en la actualidad tiende a hablarse de sustancia psicoactiva. Su efecto no depende solo de sus características farmacológicas sino sobretodo de lo que se espera de ellas.⁽²⁵⁾

No estamos plenamente de acuerdo con lo planteado por las autoras, ya que no vemos la droga simplemente como una sustancia farmacológica, puesto que existen innumerables sustancias que ni por un momento podemos pensar que formen parte de la farmacopea,

ejemplo de ello son algunas sustancias de uso industrial, como inhalantes, diluyentes, barnices, etc. También existen sustancias farmacológicas que si no se utilizan adecuadamente y bajo prescripción facultativa pueden asumirse como drogas.

Si coincidimos plenamente con la definición planteada por el Dr. Ricardo González Menéndez, creemos que es más integral.

Otros autores como Anselma Betancourt han añadido a la definición anterior de drogas, que en el caso de algunas sustancias, a los procesos de dependencia y tolerancia, se le agrega el síndrome de abstinencia como consecuencia de la suspensión en el consumo de esta. ⁽²⁶⁾

Algunas investigaciones científicas afirman que es posible saber con mucho tiempo de anticipación si una persona va a ser adicta o no en alguna etapa de su vida. Estos eruditos aseguran que desde temprana edad un niño o niña se comporta de tal manera que se va preparando el terreno para que desarrolle la adicción al alcohol o a las drogas algunos años después. Ellos hablan de los niños que son muy nerviosos, hiperactivos e inestables. Esta idea no es nueva, pero también tenemos que decir que esos niños pueden cambiar su manera de comportarse al ser presionados por el medio familiar o social o, sencillamente, al llegar a la pubertad pueden sufrir cambios en su manera de ser que se deban más a las crisis propias de esta etapa de la vida y, por lo tanto, esa supuesta "personalidad preadictiva " (riesgo de convertirse en adictos) desaparece para siempre. ⁽²⁷⁾

En todas las sociedades se ha consumido drogas desde la antigüedad, pero con el tiempo han cambiado las características de consumo, debido a la influencia de factores sociales y sanitarios, como factores sociales podemos señalar el consumo de drogas conocidas en sociedades y contextos culturales que antes no lo eran, además el consumo se atribuye fundamentalmente a los más jóvenes de la sociedad.

Desde el punto de vista sanitario se pueden observar en la aparición de nuevas patologías y reaparición de otras casi erradicadas en las sociedades avanzadas como por ejemplo la tuberculosis asociada ahora a portadores del virus de inmunodeficiencia humana (SIDA), sobre todo en adictos a drogas por vía parenteral. ^{(1) (28) (29) (30) (31) (32)}

Existen seis vías básicas que conducen a la toxicomanía, como mecanismos patogénicos en las adicciones. ⁽²⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁶⁾

Se debe señalar, la existencia de seis vías básicas que conducen a las toxicomanías como mecanismos patógenos en las adicciones, ellas son: ⁽³³⁾

- La sociocultural
- La hedónica
- La asertiva
- La evasiva
- La sintomática
- La constitucional

VIA SOCIOCULTURAL

Esta es producto de las costumbres, tradiciones y convenciones de las diferentes culturas, se relaciona íntimamente con a presión ejercida por los grupos humanos grandes o pequeños. Se ejemplifica por el adolescente que dice si a la droga para demostrar “audacia” ante sus congéneres que lo subvaloran en esa etapa de inmadurez por no “haberse iniciado”.

VIA HEDONICA

Se plantea que estrechamente vinculada con lo anterior, esta se caracteriza por ser la búsqueda de “placer” y esta es su principal motivación más importante. Esta vía es la más importante en pacientes con rasgos disociales a la adicción.

VIA ASERTIVA

La esencia de esta es la utilización de las sustancias para enfrentar situaciones específicas o determinadas de inseguridad o ansiedad para el uso, esta vía se establece con frecuencia en personas tímidas.

VIA EVASIVA

Se considera como la vía más importante. Se basa en la pretensión de “ahoga” penas presentes o pasadas y de carácter consciente o inconsciente.

VIA SINTOMATICA

Es aquella en que la persona utiliza la sustancia para aliviar o calmar un determinado síntoma, por lo general existe una enfermedad de base, con frecuencia psiquiátrica como la depresión, ansiedad, obsesiones, fobias y otras.

VIA CONSTITUCIONAL

Se plantea que es la más cuestionada y debe ser tenida en cuenta, fundamentalmente, en personas que combinan una gran carga familiar de toxicómanos con un inicio temprano, ausencia de otros mecanismos patógenos hegemónicos y tendencias disociales.

En nuestro estudio se ponen de manifiesto diferentes hábitos tóxicos, los familiares refieren, el consumo de diversas sustancias por parte de los pacientes y en algunos casos el policonsumo.

El Dr. Ricardo González Menéndez considera que los **hábitos tóxicos** son el consumo frecuente de alguna sustancia que actúa sobre las funciones psíquicas y produce efectos dañinos para la salud, pese a lo cual resulta a veces difícil de superar aun conociendo los peligros que su utilización ocasiona, repercutiendo negativamente en el organismo. ⁽²²⁾

Como reportan las licenciadas Fátima Langer Brancolini y Francisca López Montoro ⁽²⁵⁾ los hábitos tóxicos conllevaron a la drogadicción, estado de intoxicación periódica o crónica originado por el consumo repetido de una sustancia psicoactiva y sus características principales son:

- Deseo irresistible y/o necesidad de seguir consumiendo droga y de procurársela por todos los medios.
- Tendencia a aumentar la dosis.
- Una dependencia de orden psíquico y generalmente físico en cuanto a los efectos de la droga.
- Efectos nocivos para el individuo y la sociedad.

Coincidimos plenamente con lo planteado por estas autoras, ya que pudimos constatar que el hecho de consumir con frecuencia alguna sustancia generalmente da paso a que se instaure la drogadicción. Ellas exponen que la drogadicción crea dependencia, un estado psíquico y/o físico que es causado por la interacción que se establece entre el organismo, la sustancia y el medio, provocando un impulso irreprimible hacia el consumo de la sustancia. Se pueden diferenciar dos tipos de dependencia. ⁽²⁵⁾

Dependencia física: Estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la sustancia. ⁽²⁰⁾

Dependencia psíquica: Situación en la que existe un sentimiento de insatisfacción y un impulso psíquico que exige la administración regular o continua de la droga para producir placer o para evitar malestar.

La dependencia psíquica viene determinada por un Síndrome de Querencia, es decir, un conjunto de manifestaciones conductuales, cognitivas, emocionales, etc. que determinan el deseo de consumir una droga; es un deseo aparentemente irresistible. ⁽²⁵⁾

No siempre el paciente adicto es portador de ambas y una vez que se instaure la dependencia con facilidad se logra la **tolerancia**, la cual no es más que el resultado de la habituación del organismo a cualquier sustancia; debido a ello necesita administrarse una dosis mayor para obtener los efectos iniciales. Podemos mencionar varios tipos de tolerancia. ⁽²⁵⁾

Tolerancia inicial o congénita: Capacidad del organismo para asimilar una sustancia sin padecer trastornos, en función de las características individuales.

Tolerancia aumentada o adquirida: Es la necesidad de aumentar la dosis para obtener el mismo efecto o dicho al revés, si mantenemos estable la dosis cada vez el efecto conseguido es menor.

Tolerancia cruzada: Tolerancia a varias sustancias, por ejemplo: alcohol y barbitúricos.

Para su mejor estudio y tratamiento el Dr.: Ricardo González Menéndez establece la siguiente **clasificación de las drogas:**

Legales: cola, té, café, tabaco y alcohol. ⁽²²⁾

De prescripción médica: narcóticos, sedantes, tranquilizantes, hipnóticos, antiparkinsonianos, simpaticotónicos, vagolíticos y antianoréxicos. (Entre los años cincuenta y los ochenta se recetaban a menudo tranquilizantes innecesarios y mucha gente se dio cuenta de que había acabado siendo adicta. Actualmente, la mayoría de los médicos opinan que los tratamientos con dichos tranquilizantes deberían limitarse a dosis mínimas durante el período de tiempo más corto posible. ⁽³⁴⁾

Ilegales: marihuana, cocaína, heroína, LSD, hongos, polvo de ángel y drogas de síntesis como el ICE, éxtasis y desafortunadamente muchas más.

Inhalantes: derivados del tolueno presentes en pegamentos plásticos, disolventes y barnices, así como otras sustancias donde se cuentan los combustibles, betunes y descongelantes. (En nuestro país no es frecuente ver la adicción a inhalantes)

Las estadísticas internacionales identifican a las drogas legales como las más consumidas por los jóvenes (alcohol y tabaco), causando alto índice de enfermedades y muerte, por lo que consideramos que es importante desde nuestros centros comunitarios continuar

apoyando la campaña contra las drogas legales, principalmente el tabaco y el alcohol. **(Ver Anexo 9)**

Según el DSM-IV hay 11 clases de sustancias psicoactivas: ⁽³⁵⁾

1. Alcohol.
2. Cafeína
3. Nicotina
4. Anfetaminas y simpaticomiméticos de acción similar.
5. Fenciclidina y arilciclohexilaminas de acción similar.
6. Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.
7. Alucígenos
8. Cannabis.
9. Cocaína.
10. Opiáceos
11. Inhalantes.

Después de analizar todos los daños ocasionados por las adicciones podemos entender con mayor claridad el porque de la vulnerabilidad al estrés de los familiares de pacientes que conviven o no con el adicto, pero que se encuentra involucrado afectivamente con él.

La Dra. Rojas en su artículo “Enemigo dentro del cuerpo” señala: ⁽³⁶⁾

Todas las drogas tienen efectos devastadores en el organismo por ser sustancias altamente tóxicas. Y aquí también debe destacarse el cigarrillo, droga legal pero altamente dañina con una demostrada relación directa con el cáncer de pulmón, boca y faringe, entre otros. El daño inicial que producen estas sustancias es a nivel del sistema nervioso central. Luego le llega su turno al hígado, el laboratorio químico del cuerpo, que tiene que hacer un esfuerzo desmedido para depurar los tóxicos que éstas contienen. Muchos drogadictos terminen sus días con cirrosis o cáncer al hígado. Pero el mayor daño, se produce a nivel cerebral. "El adicto sufre pérdida de la concentración y la memoria. Puede llegar a tener alucinaciones, paranoia y un comportamiento agresivo. En muchos casos se produce daño cerebral permanente por la destrucción de neuronas. Muchos adictos mueren por una

sobredosis de droga mientras que otros por una intoxicación a largo plazo. A todo ello hay que sumarle el gran dolor de la familia que por este problema sufre tanto o más que el adicto".

Existen personas más vulnerables que otras para contraer una enfermedad. A continuación expondremos algunos criterios sobre vulnerabilidad para poder estudiar mejor a los familiares de nuestra muestra.

Para la Dra. Alicia Rodríguez Martos ⁽³⁷⁾ la vulnerabilidad puede ser tanto genética como adquirida y está sujeta a múltiples variables e incluso a una variabilidad temporal y evolutiva: al primera experiencia será más o menos gratificante, no solo en función de la reacción biológica y de la disposición psicológica del sujeto, sino también en función de su edad, su grado de madurez y del contexto socioambiental.

Coincidimos con lo planteado por la autora, pero consideramos más completo el enfoque de Zukerfeld para su estudio y tratamiento.

El Dr. argentino Roberto Sivak ⁽³⁸⁾, en su artículo sobre la clínica de la vulnerabilidad, expone los criterios de Zukerfeld referentes a la vulnerabilidad, de que depende la misma y sus manifestaciones clínicas más importantes.

Para Zukerfeld **vulnerabilidad** es un concepto interdisciplinario que permite el estudio de los factores predisponentes y desencadenantes o que exacerben tanto los trastornos psicológicos como los somáticos y a la repercusión psicológica de estos últimos. Existe en todos los seres humanos y se revela en tiempos de crisis, estrés, calamidades y amenazas. Representa la tendencia a angustiarse y mostrar extremos emocionales como por ejemplo la depresión, mientras se intenta manejar situaciones complejas, reflejo de una dificultad cognitiva y a la vez predispone a reacciones neurovegetativas automáticas y a lesiones tisulares.

La vulnerabilidad entonces requiere definir los modos de afrontar las dificultades cotidianas y entre estas también la enfermedad

Para este autor la vulnerabilidad depende del interjuego de:

- Sucesos vitales de valor traumático.
- Red vincular.
- Calidad de vida

En relación a los sucesos vitales (S V) deben considerarse:

- Tipo, intensidad y secuencia temporal de los estímulos estresantes y/o traumáticos.
- Duración, continuidad/intermitencia, frecuencia y agudeza / cronicidad del estímulo estresante.
- Grado de predictibilidad y de controlabilidad del estímulo estresante por parte del sujeto.
- Variables del sujeto: estado neuroendocrino, e inmunológico (afectado por factores genéticos, edad, sexo, nutrición), administración de medicamentos, factores psicosociales actuales y antecedentes biográficos de estrés y estilo de su afrontamiento.
- Tiempo que transcurre entre la aplicación del estresor y la evaluación inmunológica o clínica. (Bayés y Borrás, 1999).
- La eficacia traumática del estresor.
- Aspecto relacional y significación del mismo para ese sujeto.

García Badaracco coincide con el valor de la eficacia traumática del evento para ese sujeto:

"... ciertas situaciones vitales pueden tener efectos devastadores porque hacen que el sujeto se perciba, consciente o inconscientemente, en una situación de indefensión intolerable, paralizante y aterradora en la que el monto o nivel de sufrimiento psíquico es vivido como insoportable..."

Apoyamos dicho planteamiento ya que hemos constatado que muchas situaciones que se dan en la vida diaria como por ejemplo tener un familiar portador de alguna adicción

genera efectos devastadores, en la inmensa mayoría de las familias poseen modos de afrontamientos inadecuados.

Red vincular (R V):

Incluye los recursos socioeconómicos y culturales que brinden apoyo, sostén, seguridad y auto estima. Deben considerarse los vínculos con amigos, pareja, familia, compañeros de trabajo, compañeros de estudio; la pertenencia a un club o comunidad religiosa.

Calidad de vida del sujeto (C V):

Es la surgida del conjunto de cogniciones, sentimientos y conductas del sujeto. Esto constituye hábitos y estilos de vida que incrementan la vulnerabilidad (factores de riesgo) o la disminuyan (factores protectores). Pueden relacionarse con los indicadores de modalidad de afrontamiento descriptos por Weisman más adelante. Para apreciarla debe evaluarse el grado de satisfacción o insatisfacción en diversos aspectos:

- Percepción de salud y bienestar.
- Responsabilidad familiar.
- Papel marital y sexual.
- Empleo y dinero.
- Autoimágen y sentimiento de inadecuación.
- Expectativas y grado de aprobación del entorno social.
- Aspectos existenciales.

Indicadores clínicos de vulnerabilidad

- Desesperanza.
- Perturbación -confusión.
- Frustración.
- Abatimiento- depresión.
- Incapacidad -impotencia.
- Ansiedad- miedo.
- Apatía.

- Aislamiento, doloroso- abandono.
- Negación –evitación
- Agresividad -irritación.
- Rechazo hacia los demás.
- Perspectiva temporal cerrada.

Los indicadores expresados anteriormente se corresponden en gran medida con los reportados por los familiares de pacientes estudiados, generalmente una sola persona tiene varios indicadores incluidos, los mismos dan paso al estrés sino los canalizamos adecuadamente.

Según el Dr. español Francisco Javier Labrador ⁽³⁹⁾, el estrés es la epidemia de nuestros tiempos, todos tenemos que lidiar con él, es capaz de alterar nuestro sistema inmunológico, sueño, vida sexual y capacidad intelectual, pero no siempre constituye, sin embargo, un enemigo a batir, heredamos la respuesta de estrés de épocas pretéritas de nuestra especie, cuando para sobrevivir era decisivo escapar de las garras de un depredador o cazar una presa para comerla, por lo que este se sigue asociando con situaciones negativas como huir de un peligro; pero también permite conseguir cosas: es un recurso que tenemos, y no necesariamente malo, disponemos de él como de unos cuantos caballos adicionales para tirar de un coche: podemos utilizarlo para escapar, pero también para llegar antes, por lo que es importante sacarle partido.

Estamos plenamente de acuerdo con lo señalado por Labrador y consideramos que ciertamente es así, puesto que hoy en día muchas personas están expuestas al mismo, este es justificado en gran medida por las múltiples exigencias de la vida diaria o grandes cambios, se expresa de diversas maneras, mediante síntomas físicos o emocionales. No es malo tener algunas respuestas de estrés, estamos preparados para eso, lo que debemos tener en cuenta es que este no sea exagerada ni haya desgastado la salud física y mental de la persona.

La salud física y mental del hombre depende de los factores genéticos y ambientales que influyen sobre ella. La expresión fenotípica de los genes heredados por un sujeto dado queda influida por un sinnúmero de factores ambientales que varían continuamente. La conducta individual no escapa a esta influencia y es de hecho la resultante de la interacción entre los factores antes mencionados.

Los organismos vivientes tienen la capacidad de ajustarse a una cantidad, variedad e intensidad de estímulos siempre y cuando éstos oscilen dentro de un rango que no altere la homeostasis del organismo. Si la cantidad y la calidad de estos estímulos están por debajo o por encima del rango, el equilibrio se ve perturbado y esta deficiencia o exceso puede ser considerado como estrés, el cual es generalmente multifactorial. Si el efecto del estrés no puede ser reajustado, la ruptura del equilibrio puede conducir, de prolongarse o hacerse irreversible, a cambios funcionales o estructurales con carácter de afección que pueden incidir sobre la salud, la productividad física o intelectual, el tiempo de vida del sujeto o aún la existencia misma.

El estrés producido por eventos sociales o culturales afecta de manera distinta a los individuos, aún con igualdad de origen y condiciones del medio. Los sujetos tienen una variabilidad en su capacidad genética y constitucional para hacer frente al estrés, por lo que su respuesta puede diferir grandemente de uno a otro. En una época como la actual caracterizada por las revoluciones sociales y científico-técnicas, los sujetos individual o colectivamente, se ven sometidos, en forma continua a condiciones sin precedentes en el curso de la evolución: surgen sin cesar nuevos problemas y otros se modifican como consecuencias de cambios que se suceden antes que el organismo pueda estabilizar su respuesta.

De esta forma en el cuadro de morbilidad y mortalidad de las sociedades modernas han ido ocupando un lugar cada vez más prominente las llamadas “enfermedades de la civilización”, que han ido desplazando a las enfermedades infectocontagiosas de su importancia, sobre todo en los países desarrollados. En el mundo capitalista los factores socioeconómicos y psicosociales desempeñan una función, en la génesis de esas

enfermedades, mucho más relevante de lo que se pensaba en esos años; la vida en un medio hostil, la inseguridad económica y la inestabilidad familiar son fuentes constantes de ansiedad para las grandes masas, la ansiedad es compañera inseparable de las condiciones de vida: ansiedad por encontrar trabajo, ansiedad por sobrevivir, etc. ⁽⁴⁰⁾

En el estudio del estrés se distinguen dos orientaciones definitorias clásicas:

- La definición de estímulo y de respuesta.
- La definición desde una perspectiva relacional.

Algunos psicólogos consideran que el estrés se trata de un estímulo y que precisamente los estímulos generadores de estrés son los acontecimientos con los que tropieza el individuo, incluyendo no solo acontecimientos externos, sino también determinadas condiciones originadas en su interior, que se constituyen en inductores de estrés o “estresores”.

Lazarus se refiere a tres tipos de acontecimientos o estresores:

- **Cambios mayores:** incluye cataclismos y otros eventos que afectan a un gran número de personas, destacándose por su capacidad perturbadora que no se afecta porque varíe el número de los afectados.
- **Cambios menores:** que afectan solo a una persona o a unas pocas: los acontecimientos pueden hallarse fuera del control del individuo o fuertemente influidos por él, pueden ser de carácter positivo o negativo.
- **Ajetreos diarios:** son consecuencia de los respectivos lugares que ocupamos en la vida, pueden irritarnos o perturbarnos y llegar a ser muy importantes en el proceso de adaptación y conservación de la salud.

La definición de estrés en términos de respuesta se establece cuando la respuesta del individuo o del animal aumenta su intensidad, es entonces que se habla de situación de estrés, de organismo que reacciona ante el estrés, de que se halla bajo estrés, de que está trastornado, angustiado, etc.

Desde una perspectiva relacional se plantea que para que la enfermedad tenga lugar un elemento patógeno debe unirse con un organismo susceptible, así el estrés por si solo no es suficiente para que se de una enfermedad relacionada con este, han de darse también otras condiciones como tejidos vulnerables o procesos de afrontamiento inadecuados.

Distintos investigadores han expuesto sus criterios sobre el estrés donde se destacan Lazarus y Folkman.^{(41) (42)}

El estrés: es la respuesta del organismo al estado de tensión excesiva y permanente, que se prolonga más allá de las propias fuerzas, es decir, lo que ocurre al estresado es que se sitúa en las condiciones de vida que le llevan continuamente al borde del agotamiento, una acumulación de sobre esfuerzo constante, una tensión emocional y/o intelectual fuerte sin tiempo para nada.

Mc Grath; (1970) lo define de la siguiente manera:

El estrés: es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en la que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas).

Otros autores basan su definición de estrés en la interacción. Citamos a Lazarus y Folkman (1984), que en sus trabajos llegan a conclusiones de que el estrés psicológico es la consecuencia del desequilibrio que se da entre las demandas del ambiente y los recursos que tiene el sujeto para satisfacerlas.

Nosotros apoyamos estos criterios, ya que en nuestro trabajo hemos constatado que los familiares encuestados no disponían de recursos psicológicos fuertes para enfrentar la situación de sus allegados, más bien sentían en muchos momentos que esta situación desbordaba sus recursos o sus posibilidades reales de afrontarla y por esta razón se sentían angustiados, deprimidos, etc.

Según Lazarus y Folkman para que aparezca el estrés hay que tener en cuenta dos cuestiones claves:

- La evaluación de la situación y el afrontamiento que el individuo hace de ellas.
- La evaluación es el proceso por el que el individuo valora las situaciones dependiendo de sus habilidades y las experiencias sobre el acontecimiento

El estrés es la respuesta que engloba aspectos cognitivos y fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. Ante una situación de estrés reacciona todo el organismo.

Respuesta del sistema cognitivo:

Pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, estado de alerta, desasosiego, tensión, falta de concentración, etc.

Respuesta del sistema fisiológico:

Palpitaciones, taquicardia, sequedad de la boca, dificultad para tragar, escalofríos, sudoraciones, tensión muscular, respiración agitada, ahogos, molestias de estomago, mareos.

Respuesta del sistema motor:

Dificultad de expresión verbal, bloqueos o tartamudez, movimientos torpes, respuesta de huida o de evitación, aumento de la conducta, de la forma de comer y beber, llanto, movimientos repetitivos de pie o manías y conductas poco ajustadas observables por otros.

Cada persona manifiesta ante una situación amenazante una respuesta de estrés, no tienen porque darse los tres sistemas de respuesta anteriormente citados, pueden manifestarse uno

o dos con más intensidad y el otro débilmente o bien solo, uno con alta intensidad o bien los tres con media, moderada o alta intensidad.

Todos poseemos un perfil característico de ansiedad, por lo que es muy importante conocer cuales son las respuestas ante determinados estímulos para así reeducar el estrés desplegando una serie de estrategias.

Estamos plenamente de acuerdo con lo planteado por Lazarus y Folkman, ya que consideramos que el estar bajo una situación de estrés mantenido afecta diferentes sistemas y estos responden en dependencia del grado de nivel de estrés, la duración del mismo, las características de personalidad individual, los recursos psicológicos con que cuente cada sujeto en particular y por supuesto el modo de afrontamiento para enfrentarse a cada reto. Ahora entendemos con mayor claridad la sintomatología referido por los familiares de pacientes de nuestra muestra.

En todo momento debemos tener claro algo: la respuesta al estrés no es algo malo en si misma, sino al contrario, facilita el disponer de más recursos para hacer frente a situaciones que se suponen excepcionales. Si se activan una gran cantidad de recursos extraordinarios esto da como resultado un desgaste importante para el organismo; si este es episódico no habrá ningún problema, pues existe la capacidad para recuperarse ante cada respuesta al estrés, pero si estas se repiten con excesiva frecuencia, intensidad o duración quizás el organismo no pueda recuperarse y se produzca la aparición de problemas conocidos como trastornos asociados al estrés.

Las situaciones estresantes son algo imposible evitar, muchas veces las personas incrementan su propio estrés de modo innecesario. La diferencia entre las exigencias que las personas se plantean a si mismas o perciben de los demás, así como los recursos disponibles para satisfacer esas demandas puede constituir una amenaza o fuente de estrés.

Diversas investigaciones hacen referencia al estrés ⁽⁴³⁾, dada la importancia del tema por muchas personas, no solo para aquellos que se dedican a su estudio y tratamiento. Sora

Song, en su artículo “The price of pressure”, expresa que existen estrategias de afrontamiento que pueden ser adaptadas por cualquier persona, entre las que se encuentran por ejemplo discutir los problemas con amigos y familiares, antes de que esto llegue a afectar la vida del individuo, ya que otras estrategias como, fumar, beber, disminuir la actividad física, etc. sólo causarían aumentos de la tensión.

Existen muchas fuentes de estrés o estresores que los podemos clasificar del siguiente modo. ⁽⁴⁴⁾

Sucesos vitales intensos o extraordinarios: Aparecen cuando se producen situaciones de cambio, tales como separación matrimonial, despidos de trabajo, muerte de familiares próximos, etc.

Sucesos diarios estresantes de pequeña intensidad: Según algunos autores este tipo de sucesos puede provocar efectos psicológicos y biológicos más importantes que los que pueden generar acontecimientos más drásticos, como la muerte de familiares próximos.

La evaluación es el proceso por el que el individuo determina las consecuencias que un acontecimiento dado tendrá para él, dependiendo de sus habilidades y experiencias sobre el acontecimiento.

Aspectos valorativos básicos de la evaluación:

- **Evaluación primaria:** ¿Me perjudica o me beneficia, ahora o en el futuro, y de que forma?.
- **Evaluación secundaria:** ¿Puede hacerse algo al respecto?.

Podemos distinguir tres clases de evaluación primaria:

- **Irrelevante:** cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo, el individuo no siente interés por las posibles consecuencias de este encuentro.

- **Benigna positiva:** tiene lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, es decir, si preservan o logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo. Se caracteriza por generar emociones placenteras tales como alegría, amor, felicidad, etc.

- **Estresante:** incluye aquellas que significan daño o pérdida, amenaza y desafío.
 - **Daño o pérdida:** se considera así cuando el individuo ya ha recibido algún perjuicio, como una lesión física, algún daño a la estima propia o social o la pérdida de algún ser querido. Los acontecimientos más perjudiciales son aquellos en los que hay pérdidas de compromisos importantes.

 - **Amenaza:** Se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero se prevén aún cuando ya hayan tenido lugar, se consideran igualmente amenaza por la carga de implicaciones negativas para el futuro que toda pérdida lleva consigo.

 - **Desafío:** Tiene mucho en común con la amenaza en el sentido en que ambas implican la movilización de estrategias de afrontamiento. En el desafío hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras tales como impaciencia, excitación y regocijo; en la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo, lo cual se acompaña de emociones negativa tales como miedo, ansiedad y mal humor. Las evaluaciones de amenaza y desafío pueden cambiar a lo largo de una misma situación; esta puede evaluarse en principio como más amenazante que desafiante, para pasar luego a considerarse a la inversa como resultado de los esfuerzos cognitivos y conductuales de afrontamiento.

- **Evaluación secundaria:** forma de evaluación dirigida a determinar qué puede hacerse. Esta evaluación es característica de cada confrontación estresante y constituye un complejo proceso evaluativo de aquellas opciones afrontativas por el que se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera, así como la

seguridad de que uno puede aplicar una estrategia particular o un grupo de ellas de forma efectiva.

Hay que tener en cuenta dos características del individuo que determinan la evaluación: los compromisos y las creencias.

Los **compromisos** expresan aquello que es importante para el individuo, desde lo que se halla en juego en una determinada situación estresante, que será evaluada como significativa en la medida en que los resultados del afrontamiento dañen amenacen o faciliten la expresión de los compromisos involucrados en esta situación. Es por todo esto que los compromisos relacionan la vulnerabilidad psicológica del individuo. El potencial de una situación puede dañar psicológicamente a un individuo y dependerá muy directamente de la intensidad con que esté comprometido, puede también impulsarle a actuar para reducir la amenaza y ayudarle a desarrollar recursos para hacer frente a los obstáculos que se presentan.

Las **creencias** son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente son nociones pre-existentes de la realidad que sirven de lente perceptual o de “batería”.

En el proceso de evaluación adquieren especial importancia las que tienen que ver con el control personal que el individuo cree tener sobre los acontecimientos y aquellos que tiene que ver con temas como Dios, el destino y la justicia.

Estudios recientes, según informa el autor español Trevol Powel en su libro “Vivir sin estrés” ⁽³⁴⁾, han demostrado que las personas con un alto nivel de estrés y una baja incidencia de enfermedades comparten las tres características siguientes:

- Control. (tienen objetivos claros en la vida).
- Compromiso. (con el trabajo, las aficiones, la vida social o la familia).
- Confianza. (en que los cambios son normales y positivos y no una amenaza).

Pensamos que por supuesto, no todo el mundo tiene esas características, como hemos visto con anterioridad esto tiene mucho que ver con la, predisposición familiar, la vulnerabilidad y los mecanismos o estrategias de afrontamiento que se ponen de manifiesto, muchas personas tienen que volver a replantearse o reformularse sus hábitos en cuanto al comportamiento asertivo o el pensamiento racional para enfrentarse con más armas a las exigencias de la vida diaria.

Por todas estas razones muchos estudiosos del tema lo suelen llamar ⁽⁴⁵⁾ el asesino silencioso, ya que no solo puede asesinar sino también a nuestras relaciones humanas y paradójicamente es el amor lo que nos puede librar en gran medida de sus consecuencias.

Algunas veces para disminuir la angustia empleamos una serie de comportamientos perjudiciales como pueden ser las conductas adictivas en sentido general ejemplos:

- El alcohol y las drogas
- La exagerada automedicación.
- El tabaquismo.
- La bulimia.
- El trabajo compulsivo.

Algunas personas tienen personalidad resistente y soportan situaciones francamente estresantes, gozan de una excepcional capacidad de creer que las actividades que realizan son verdaderamente importantes y confían en el valor de lo que hacen, ya sea en el ámbito personal, familiar o profesional; de esa forma se encuentran totalmente identificadas en sus actuaciones, tienen la sensación que controlan los acontecimientos y poseen la aptitud de valorar los cambios como un reto o un desafío, que les otorga una posibilidad de superación y crecimiento personal.

Mientras otras personas se sienten amenazadas las personalidades resistentes captan ante la amenaza, una oportunidad de éxito y se pone en marcha para alcanzarlo.

El afrontamiento ha sido tratado por diferentes autores, y se han realizado múltiples estudios, desde la perspectiva de la experimentación tradicional con animales, hasta su relación con otras patologías y procesos así como el más utilizado por pacientes o familiares ante diferentes situaciones y las estrategias de afrontamiento desplegadas; Profesionales de diversos países han realizado trabajos muy interesantes al respecto.

El concepto de **afrontamiento** proviene de la traducción del término inglés “coping”, que se refiere a la acción de afrontar, de hacer frente a una amenaza, un peligro, un enemigo, una responsabilidad, etc. Es un conjunto de respuestas - cognitivas o conductuales- que ejecuta un individuo para manejar una situación estresante y reducir de algún modo sus cualidades aversivas. Lazarus y Folkman (1984), definen al afrontamiento o "coping" como "aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo. (6) (9) (10) (12) (13) (15) (16) (46)

Por su puesto que coincidimos plenamente con esta definición, ya que se aprecia su carácter flexible, las estrategias de afrontamiento no son consideradas como algo rígido sino que las continuas reevaluaciones y reformulaciones que se producen en el individuo por el intercambio con el entorno y los cambios que se producen en la situación o en el sujeto mismo, provocando ajustes en las estrategias de afrontamiento asumidas. Dicho de otra manera el individuo ante situaciones estresantes no permanece atado a una sola forma o estrategia de afrontamiento ya que el afrontamiento es dinámico, cambiante y eso es una de sus características más importantes.

La Dra: Vivian Blanco Lezcano en su trabajo de maestría sobre “factores psicosociales asociados a los procesos de afrontamiento” (12) expone que para entender mejor el afrontamiento es necesario partir de los estudios de autores como N.M. Miller que considera el mismo como un conjunto de respuestas conductuales aprendidas que resultan efectivas para disminuir o neutralizar una situación peligrosa o nociva. El investigador Ursin plantea que el logro de una disminución gradual de la respuesta tanto en los experimentos realizados con animales o seres humanos es lo que llamamos afrontamiento.

A medida que el animal va aprendiendo a afrontar una situación, se disminuye su tensión, mediante el reforzamiento positivo. Toda la experimentación animal se basa en el principio de huida y evitación. ⁽¹²⁾

Con estos experimentos, no se logra aun conocer las estrategias de afrontamientos, reporta dicha autora y nos hacemos eco de sus planteamientos, ya que consideramos también que esta es su principal limitación, pero que da paso a otros estudios donde se tienen en cuenta los aspectos psicológicos y sociales y no solamente el aspecto fisiológico.

Los Dres. Esteban Núñez y Sara Lidia Pérez de la universidad de Buenos Aires, Argentina han realizado investigaciones sobre el afrontamiento y sus estrategias y en su artículo “El manejo del conflicto”, ⁽⁴⁷⁾ han expuesto el criterio de varios autores. Según Anderson y Humpheys estrategias de afrontamiento: son cambios en la representación subjetiva del evento amenazante, reajuste y reducción de la probabilidad de desordenes psicológicos, manejar, tolerar reducir o minimizar esa situaciones estresantes, a través de sus recursos sicofisiológicos.

Para dar solución a los problemas, los conflictos se utiliza el afrontamiento, pero: **¿Qué es el problema?**

Es la distancia que hay entre mi expectativa y mi percepción de la realidad.

¿Qué es el conflicto?

Desequilibrio, tensión opción .Diferencia de intereses u opiniones entre una o más partes sobre determinada situación o tema. Involucra pensamiento y acción.

¿Qué es una negación?

La búsqueda y aceptación de beneficio para ambas partes.

¿Qué es el estilo o estrategia de negociación?

Es el soporte humano que ayuda a precisar un conflicto.

De lo anteriormente expuesto se infiere que un determinado conflicto moviliza a la persona e involucra diferentes componentes psíquico y físico, mientras la persona no encuentre la vía idónea para salir del conflicto y acepte la realidad está negando el problema, por lo que tendrá que establecer una buena estrategia de negociación y un adecuado soporte humano para precisar el conflicto y enfrentar la realidad con el menor desgaste posible, que permite reducir la mínima distancia entre la expectativa del individuo y su perfección real de la realidad.

A continuación abordaremos el afrontamiento partiendo de los criterios emitidos por las Lic. Idalmis Nodal Verdecia y la Dra. Ileana Trevin Carmona., basadas en una vasta experiencia e investigaciones al respecto, ambas recogidas en el artículo “Tema de estrés y afrontamiento” en el libro “Enfoques para un debate de salud”.⁽⁴⁸⁾

Teniendo en cuenta la experiencia con animales se centra en el concepto de drive (arousal o activación). Se define el afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas y que por tanto disminuyen, el grado de activación. Se insiste en la conducta de evitación y huida.

La psicología psicoanalítica del yo incluye el afrontamiento cognitivo y los sistemas de defensa. Se relaciona sobre todo con la cognición. Define el afrontamiento como recursos utilizados por el individuo para dominar las situaciones conflictivas. Las mediciones del afrontamiento basados en este modelo ha tendido a considerar los rasgos del afrontamiento (características del individuo que le predisponen a reaccionar de una forma determinada). Este concepto se amplía cuando se refiere a los estilos de afrontamiento que expresan la tendencia del individuo ante situaciones difíciles.

Las investigaciones recientes apuntan a la necesidad de diferenciar la actividad de afrontamiento de:

- **Conducta adaptativa automatizada:** la primera implica esfuerzo la segunda no. En principio muchas conductas son producto de un esfuerzo, pero más tarde se convierten en automáticas, cuando actúan los procesos de aprendizaje.
- **Éxito adaptativo:** confusión sobre el afrontamiento y sus resultados. Debe considerarse el afrontamiento como aquellos esfuerzos encaminados a manipular las demandas del entorno, independientemente de cuál sea su resultado. De acuerdo con ello no debe considerarse ninguna estrategia esencialmente mejor o peor que otra, las consideraciones sobre la adaptabilidad de una estrategia debe hacerse de acuerdo con el contexto en que se da, por ejemplo, las conductas de negación pueden ser adaptativas en cierto sentido en algunas situaciones y/o en algunas fases de la misma situación.
- **Dominio sobre el entorno:** muchas fuentes de estrés no pueden dominarse, y en tales condiciones el afrontamiento eficaz incluirá todo aquello que permite al individuo tolerar, minimizar, aceptar o incluso, ignorar aquello que no puede dominar.

La forma en que el individuo afronte la situación dependerá principalmente de los recursos que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada.

Esto apunta al hecho de que afrontamiento no es sinónimo de dominio de éxito tal y como se acostumbra a considerar, en el modelo occidental del desarrollo.

Nosotros consideramos que hay situaciones en la vida, que no se puede dominar o controlar totalmente por lo que es solo posible modificar algunos aspectos de cada situación o la forma de vivirla el individuo por lo que se hace necesario tener en cuenta todo un abanico de opciones de afrontamiento, ninguna mejor que otra, pero todas útiles en el manejo de las situaciones.

La Lic. Nancy Brache ⁽¹⁵⁾ en su tesis de maestría refiere los planteamientos que realizan Lazaruz y Folkman y expone, las cinco formas de afrontamiento que pueden dirigirse a la emoción o al problema. Nosotros nos apoyaremos en las mismas para nuestro trabajo.

- Centrado en la solución del problema
- Búsqueda de apoyo social
- Evitación
- Autoculpabilización.
- Fantasioso.

Formas de afrontamiento:

- **Centrado en la solución del problema:** forma de afrontamiento dirigido a todos aquellos actos que el individuo realiza activamente para modificar los elementos del ambiente y las emociones que esto genera. Incluye el uso de soluciones cognitivas y conductuales orientadas hacia los problemas, aquellas medidas o acciones concretas realizadas por el individuo para su enfrentamiento directo al problema.
- **Búsqueda de apoyo social:** forma de afrontamiento encaminada a la búsqueda de recursos externos al individuo que contribuyan al manejo de una situación. Incluye elementos conductuales, pero es mucho más que esto ya que requiere elementos cognoscitivos que permiten enfocar adecuadamente el evento y las modalidades de apoyo que se precisen para afrontarlo, así como elementos afectivos que matizan esta búsqueda, lo que se evidencia en la búsqueda de información con profesionales del tema, la comunicación a otras personas, así como la aceptación de la simpatía y comprensión de estas.
- **Evitación:** forma de afrontamiento dirigida a poner distancia entre el problema, las emociones negativas que este genera y el propio individuo. Su esencia está dada por la necesidad de disminuir el impacto psicológico que pueda tener una situación en el individuo, por lo que esta estrategia tiene un contenido afectivo muy importante pero

también incluye reestructuraciones cognitivas y acciones explícitas que la complementan; como por ejemplo modificación de valores y creencias, inmovilización, cambio e incremento de hábitos ya establecidos, etc.

- **Autoculpabilización:** forma de afrontamiento en la que el individuo va más allá del reconocimiento al rol que desempeñó durante el problema e incluye la creencia de no haber utilizado adecuadamente todos los recursos a su alcance para el manejo de la situación. Tienen un papel importante en esta estrategia las creencias, los juicios de valores, las actitudes, así como las emociones y sentimientos experimentados por el individuo; que se manifiestan en sus reproches a sí mismos, autoflagelaciones, etc.
- **Fantasioso:** forma de afrontamiento que a partir de un distanciamiento cognitivo y afectivo de la realidad implica la construcción de una nueva realidad presente o futura mucho más en concordancia con las expectativas y valores del individuo; esto se traduce en pensamientos irreales, deseos de estar en otro tiempo y lugar futuro, etc.

Modos de afrontamiento:

- **Modo de afrontamiento dirigido al problema:** recursos de afrontamiento utilizados para la resolución del problema, generalmente dirigidos a su resolución, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo y su beneficio y a su elección y aplicación. Procesos dirigidos a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc.
- **Afrontamiento complejo con tendencia al problema:** aquellos procesos que hacen referencia al interior del sujeto, encargado de los cambios motivacionales o cognitivos como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas facetas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos (son técnicas que ayudan al individuo a manejar o resolver el problema, reevaluaciones cognitivas dirigidas al problema).

- **Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción:** son los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluye estrategias, como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de los acontecimientos negativos. También por aquellos proceso cognitivos dirigidos a aumentar el grado de trastorno emocional en aquellos casos en los que se necesita experimentar primero un trastorno intenso antes de comenzar a sentirse mejor.
- **Afrontamiento complejo con tendencia a la emoción:** formas cognitivas de afrontamientos dirigidas a la emoción que modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente, atenúan el estrés consiguiendo cambiar el significado de la situación.

La definición de funciones de afrontamiento depende del marco teórico y del contexto en que este se conceptualiza. Cuando el concepto se formula dentro de los modelos experimentales su función central es la de reducir la tensión y devolver el equilibrio. Para otros autores como Janis y Mann las funciones principales de afrontamiento tienen que ver con la forma de una decisión, particularmente la búsqueda y la evaluación de la información. Mechnic, parte del enfoque sociopsicológico cita tres funciones:

- Afrontar las demandas sociales y del entorno.
- Crear el grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas.
- Mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas internas.

Como hemos referido anteriormente el afrontamiento ha sido fuente de estudio de muchos investigadores, por lo que citaremos algunos trabajos revisados donde se maneja este.

- Factores psicosociales asociados a los procesos de afrontamiento La Dra. Vivian Blanco Lezcano ⁽¹²⁾ en su trabajo para optar el título de master en psiquiatría social

realizó una investigación analítica. Mediante un estudio cuanti - cualitativo de 40 pacientes ingresados en la Unidad de Intervención en Crisis durante cuatro meses para saber el significado que le daban a sus eventos vitales, su tipo de control y los modos de afrontamientos que desplegaron ante los mismos, así como la relaciones que se establecían entre estos aspectos. Demostrando que la inmensa mayoría de los pacientes le daban una significación muy importante a sus eventos, tenían control interno y utilizaban el afrontamiento centrado en el problema, la mayoría de los pacientes que utilizó el afrontamiento centrado en el problema le confirieron un significado muy importante a sus eventos vitales. La mayor parte que le confiere significación muy importante a sus eventos vitales, presentaron control externo y la mayor parte de los que presentaron afrontamiento centrado en el problema tuvieron control interno. ⁽¹¹⁾

- “Procesos de afrontamiento en familiares de adictos”. La Lic. Nancy Brache ⁽¹⁵⁾ al optar por su título de master en psiquiatría social, realizó una investigación descriptiva mediante un estudio cuanti-cualitativo de 40 familiares de pacientes que habían demandado atención por consumo de sustancias en el Municipio 10 de Octubre en el período comprendido desde el primero de septiembre del 2002 hasta el primero de Junio del 2003; para conocer las formas y modos de afrontamiento más usadas por estos ante esta situación, así como la forma en que percibieron, sintieron y lo que hicieron ante la misma. Se encontró que el modo de afrontamiento complejo con tendencia al problema y las formas de afrontamiento dirigidas a la acción y a la búsqueda de apoyo social fueron los más frecuentemente utilizados por los familiares, los cuales percibieron el consumo de drogas de su pariente como algo muy negativo, causante de vergüenza, ante lo cual buscaron ayuda médica lo más rápido posible; consideraron los vínculos afectivos fuertes y estables entre la familia como factores protectores para el consumo de sustancias. Con los resultados se hicieron tablas y gráficos llegando a conclusiones y recomendaciones. ⁽⁴⁰⁾
- “Estrés y afrontamiento en familias con hijos afectados de parálisis cerebral”. La Dra. Martha Badia Corbellas ⁽⁴⁹⁾ considera en su artículo que la familia cuidadora está sujeta a un alto nivel de estrés y este está en dependencia con el grado de discapacidad

del paciente, Los resultados arrojan la necesidad de brindar a estas familias sistema de apoyo; esto se identificó gracias a la encuesta de afrontamiento.

- “Identificación de los problemas, afrontamiento y relación con la satisfacción vital en personas muy mayores”. El Lic. Bueno Martínez ⁽⁵⁰⁾. Se centra en la capacidad de reserva que tienen las personas muy mayores para hacer frente a los problemas que se les presentan. Los objetivos han sido conocer los problemas más importantes que las personas muy mayores experimentan en su vida cotidiana, examinar si aparecen diferencias en ellos en función de la edad de las personas de 75 a 84 años y de los de 85 y más edad, así como identificar las estrategias y los estilos de afrontamiento más frecuentes ante cada tipo de problemas y su relación con la satisfacción vital en la vejez avanzada. 194 personas muy mayores describieron su problema reciente más importante y valoraron el grado en que habían utilizado las estrategias. Los resultados arrojan la presencia mayoritaria de problemas de salud y en menor medida problemas de la vida cotidiana, familiares y de duelo. La utilización de las estrategias y de los estilos de afrontamiento de los problemas es bastante uniforme. A lo largo de la vejez avanzada y mantiene importantes relaciones con la satisfacción vital personal. ⁽⁴⁴⁾
- “La muerte del niño: procesos de afrontamiento en el paciente, la familia y el equipo médico” Los doctores M. Palanca Maresca y P. Ortiz Soto en este estudio describen en que consiste el proceso de adaptación psicológica a la enfermedad mortal en la infancia, tanto en el paciente y su familia como en los médicos y las enfermeras que los tratan y el afrontamiento de la enfermedad por parte de estos. ⁽⁵¹⁾

Dada la importancia de la familia como fuente de creación de valores éticos, morales, espirituales nos gustaría realizar algunos apuntes al respecto.

La Dra. Alicia Rodríguez Martos de la universidad de Barcelona refiere ⁽³⁷⁾ que la familia constituye el entorno individual natural y es la primera célula social donde se desarrolla y aprende el ser humano, puede favorecer la adquisición de conductas tóxicas y desadaptadas por:

a) Modelaje: (Patrones tóxicos familiares o conductas permisivas)

b) Ambiente de marginación social: (pobreza, abandono.)

c) Malos tratos: (violencia física o psíquica, abandono, abuso sexual)

(Ver Anexo 11)

Ejemplo de lo planteado por la autora es el caso de un joven que asiste a nuestro centro comunitario, víctima de malos tratos, abandono, ambiente sumamente marginal, con extrema pobreza, hermano retrasado mental y adicto también, padre alcohólico y con una conducta delictiva importante, madre recientemente fallecida por un tumor maligno; en un pequeño diario plantea:

.....”regresar a mi casa es una sensación como si estuviera a punto de ahogarme, de no poder respirar, de nada más pararme frente a mi casa o aquí mismo en el centro de solo pensar cuando me valla a las 4.00, pensar en ello ya me siento mal, me deprimó, aumentan las ganas de consumir no quiero llegar a mi casa, no quiero pensar en ella, ni en mi hermano, ni en mi papá que cuando me hizo no me hizo ni bien, ni para eso sirve, como va a servir como papá.”.....

De esto se infiere que los padres deben velar por crear un hogar armónico, brindar amor, seguridad, protección sin llegar a la sobre protección, aceptar a sus hijos como son, resaltar sus avances, principalmente cuando saben que se han esforzado, nunca tener expectativas por encima de sus posibilidades y capacidades reales, dar recursos para el auto control, fomentar valores, todo esto propiciará a mejorar su auto estima y establecer lazos familiares y sociales fuertes y positivos.

La Dra. Alicia Rodríguez Martos ⁽³⁷⁾ considera que la afectación de todo el sistema familiar del adicto, requiere de algún tipo de intervención familiar en todos los casos. La familia es un elemento clave que puede favorecer o dificultar la recuperación, pero también necesita asesoramiento, soporte y a veces tratamiento para algunos de sus miembros o para la familia entera como sistema. La familia necesita tener confianza en si misma. Incluso

cuando se encuentren indicios de un ambiente o educación patógenos, las expectativas de un cambio favorable no dependerán tanto de denunciar lo que se ha hecho mal, sino señalar el modo de hacerlo mejor. Ayudar al paciente es protegerlo a “distancia”, dándole cada vez mayores responsabilidades.

Consideramos que la familia debe ser ayudada, no solo para la recuperación del adicto sino también para que sea capaz de asumir su importancia, ayudando a la curación del paciente y crecerse ante las dificultades que puedan producirse.

La Lic. Elcida Alvarez ⁽⁵²⁾ refiere que según Pichón-Riviere cuando existe un miembro enfermo en la familia esta tiene que reorganizar su vida y si no es capaz de organizar su situación se convierte en un emergente de los problemas de salud del paciente.

Consideramos que la familia debe ser ayudada, no solo para la recuperación del adicto sino también para que sea capaz de asumir su importancia, ayudando a la curación del paciente y a crecerse ante las dificultades que puedan producirse.

El Dr. Ricardo González Menéndez plantea en su artículo “Adicciones y espiritualidad”.
(53)

“La moral refleja en esencia los criterios sobre el bien y el mal, lo justo y lo injusto, lo correcto y lo incorrecto, lo honesto y lo deshonesto, lo digno y lo indigno, por lo que la incorporación adecuada de sus valores que se expresaran mediante la espiritualidad juega un trascendente papel en la integridad del ser humano. Sin espiritualidad no puede haber humanismo. Y es precisamente en el seno familiar donde se forjan todos estos valores

Por lo que coincidimos plenamente con lo expuesto además y compartimos las premisas expuestas por él:

1. El desarrollo de la espiritualidad es un medio efectivo de prevenir las drogadicciones.

2. Uno de los primeros componentes de la personalidad, que sufre los embates de las drogadicciones es la espiritualidad.
3. La recuperación de la espiritualidad es un objetivo rehabilitatorio de primer rango.

A pesar de los esfuerzos que generalmente se despliegan en un núcleo familiar, ninguna familia está exenta de gestar alguna adicción dando la medida que algo falló, la comunicación, el amor, la acertividad, la responsabilidad; el éxito está en la manera que cada familia maneje la situación.

Nos gustaría ejemplificar lo referido, por lo que expondremos brevemente dos historias encontradas en nuestra revisión bibliográfica ⁽⁴⁵⁾ (con el objetivo de mostrar una vez más la importancia de la familia). La primera de la autora mexicana y madre de un joven adicto a las drogas.

Francisco a los 18 años de edad era un muchacho responsable, estudioso hasta que cambió por completo su conducta, su aspecto era deplorable, estaba demacrado, envejecido, caminaba con lentitud, desorientado, ojos rojos y vidriosos y era muy irascible.

Sus horas de sueño se redujeron, su estado de ánimo oscilaba de la euforia a la angustia y cada vez eran más evidentes sus mentiras.

Mientras Francisco se internaba cada vez más en el laberinto de la drogadicción y el alcoholismo Martha Alicia Chávez su madre no sabía que hacer a pesar de ser psicóloga de profesión, se negó a comprender que su hijo se había enganchado en la cocaína y el alcohol, finalmente Martha dejó de negar la realidad y ayudó a su hijo, después se anima a escribir un libro para ayudar a otras personas, teniendo en cuenta su formación profesional y su experiencia personal .el libro se titula. “Te voy a contar una historia”.

Otro testimonio es el de una madre cubana:

“Las madres tenemos un dolor y una preocupación.....Hay que castigar duramente a los vendedores, son gente que especula con la vida de los demás. Yo vivo orgullosa de mi país, de la Revolución y de la juventud de mi país. Y cuando suceden cosas como estas, aunque sea un solo caso, duele, y hay que enfrentarlo por todas las vías”.⁽⁵⁴⁾

Estos entre muchos son los testimonios de los familiares en este caso de las madres.

La Dra. Ana María Gómez⁽⁵⁵⁾ psiquiatra infanto - juvenil después de una gran experiencia con niños y adolescentes alega que existen muchas dificultades en el paciente adicto desde todos los puntos de vista individual, familiar, y educacional; Por supuesto todo esto se corresponde con lo planteado hasta el momento, por los diferentes autores consultados.⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽³⁷⁾⁽⁴⁴⁾ Ella propone una serie de factores protectores que nos gustaría mencionar:

- Poseer un locus interno de control.
- Intelecto dentro de límites normales
- Habilidad comunicativa
- Adecuada autoestima
- Flexibilidad en su personalidad
- Espiritualidad positiva
- Humor positivo

La punta del iceberg.

Ciudad de la Habana constituye objetivo predilecto de los expendedores quienes solo en mucho menor escala operan en otras provincias. Esto coincide con lo revisado en la literatura internacional, el consumo prevalece en las áreas urbanas densamente pobladas y con mayor movimiento de recursos monetarios donde existe además relajamiento de la disciplina social entre otras cosas.

La utilización de estrategias de afrontamiento adecuadas y buena capacidad de adaptación es decisiva tanto para prevenir la adicción, como para favorecer los factores protectores individuales y comunitarios. En dependencia de la coraza que posea, esta lo protegerá o no para poder resistir los obstáculos, por supuesto para lograr la prevención es necesario tener en cuenta una amplia gama de factores protectores. ⁽⁵⁶⁾

A NIVEL PERSONA

FACTORES DE RIESGO

- Falta de autonomía
- Pobre autoestima
- Carencia de habilidades para la comunicación
- Falta de autocontrol
- Estilo de vida poco saludable falta de responsabilidad a su edad
- Víctima de abuso físico y sexual
- Rechazo emocional y afectivo
- Sistemas de valores negativos
- Dificultades para manejar la ansiedad
- Poca tolerancia a las frustraciones
- Pocas habilidades para afrontar los problemas

FACTORES DE PROTECCIÓN

- Apoyo emocional percibido
- Buen control sobre situaciones
- Habilidades para la comunicación adecuadas
- Habilidades para el trabajo
- Valoración positiva de las relaciones
- Conocimiento de recursos sociales
- Conocimiento de recursos de ocio
- Existencia de centros de interés
- Habilidades y talentos especiales

MICROSISTEMA

FAMILIA:

- Sobre protección
- Clima familiar negativo
- Ausencia de refuerzo de socialización
- Ausencia de atención emocional y afectiva
- Modelos inadecuados de comportamiento
- Normas mal definidas e inadecuadas de comunicación
- Inexistencia de expectativas acerca de la conducta de los hijos o expectativas confusas y mal transmitidas
- Escasa supervisión y control sobre los hijos, fundamentalmente cuando están fuera de la casa
- Disciplina inconsciente y muy severa
- Estructura familiar alterada

AMIGOS Y GRUPOS DE IGUALES

- Búsqueda de identidad
- Modelos al margen
- Imitación de grupo
- Clima de grupo inadecuado
- Debilidad ante presión de grupo
- Elevada dependencia hacia el grupo

FACTORES PROTECTORES

FAMILIA

- Habilidades educativas
- Clima familiar positivo
- Modelos de comportamiento adecuados
- Fuertes lazos afectivos entre los miembros de la familia
- Disciplina familiar adecuada

- Apoyo emocional afectuoso
- Buena supervisión, control y orientación a los hijos

MESOSISTEMA

FACTORES DE RIESGO

OCUPACION

- Desempleo
- Falta de capacitación laboral
- Desorientación laboral

OCIO

- Poca recreación
- Estilo de ocio no saludable
- Consumismo

ESCUELA

- Exclusión
- Bajo rendimiento
- Mala adaptación
- Ausencia de motivación y falta de expectativas

FACTORES DE PROTECCION

OCUPACION

- Oferta informativa adecuada

OCIO

- Alternativas de ocio saludables
- Ofertas, conocimiento de recursos

MACROSISTEMA

FACTORES DE RIESGO

SOCIEDAD

- Presión hacia el consumo
- Hedonismo
- Publicidad
- Ausencia de alternativas

FACTORES DE PROTECCION

SOCIEDAD

- Políticas integrales
- Programas de prevención

Se debe de señalar que en relación a los factores de riesgos, existe un grupo a los cuales se les denomina: ⁽⁵⁷⁾

Específicos: son los que tienen influencia directa en el uso y abuso de sustancias en los adolescentes, entre estos se mencionan: exposición a las drogas en una fase prenatal del desarrollo, consumo de drogas por los padres, aceptación de los padres del uso de drogas por los hijos.

No específicos: se mencionan: desestructuración familiar, exposición a: conflictos familiares, niveles elevados de estrés, psicopatología familiar, abuso físico, emocional y sexual, exclusión social, entre otros.

También se señalan la existencia de factores de riesgo y protectores de amplio espectro, estos son indicativos de probabilidad mayor que se generan varios daños o conductas de riesgo, esto en relación a los factores de riesgo, o que las posibilidades de protección ante cualquier situación de riesgo o conducta de riesgo sea mayor, favorece a que no acontezca el daño, se señala entre los factores de riesgo de amplio espectro: familia con pobre vinculación entre sus miembros, violencia intrafamiliar, autoestima baja, pertenecer a un

grupo con conductas de riesgo, deserción escolar, proyecto de vida débil, bajo nivel de resiliencia; y entre los factores de protección de amplio espectro se mencionan: familia contenedora de buena comunicación, alta autoestima, proyecto de vida elaborada, sentido de vida elaborado, permanece en el sistema educativo formal, alto nivel de resiliencia.

Se cita que los conflictos delictivos están asociados a la delincuencia juvenil y al uso de drogas, además de considerarse que los conflictos familiares como mayor riesgo en la salud del adolescente relacionado con el consumo de drogas.

Las actitudes demasiado permisivas, así como las muy autoritarias por parte de los padres pueden estar conectadas con el uso de drogas por parte de los hijos, incrementando el riesgo del consumo. Cuanto mayor sea el número de miembros de la familia que use drogas o implique en este consumo a niños o adolescentes, mayor será el riesgo de inicio al consumo.

Para aportar factores protectores al desarrollo, es necesario que la familia apoye al crecimiento y maduración del adolescente, que ayuden e el proceso de individuación de éste, además de ayudarlo a enfrentar y resolver situaciones emergentes en el marco de una aceptación dinámica, facilitada por un sistema familiar flexible. ⁽⁵⁸⁾

Cuando los factores de protección consiguen equilibrar o amortiguar a los factores de riesgo, es menos probable que se de una situación crítica, sucediendo lo contrario en el caso de que predominen los factores de riesgo, haciendo que aparezcan conductas problemáticas.

Se señala que es necesario que exista un equilibrio entre todos los factores, porque tiene mas importancia el resultado global de este equilibrio, que cada factor por separado, porque de este equilibrio dinámico dependerá que se de o no la disfunción, en este caso, el consumo de drogas.

Según el Dr. Ernesto Marzoa Silva ⁽⁵⁹⁾ considera que generalmente existe una implicación familiar en la conducta adictiva de uno de sus miembros que puede ir desde el

comportamiento de co-dependiente o facilitador hasta el deterioro de la estructura familiar, por tanto es indispensable involucrar a un miembro relevante de la familia con el que aún se mantenga vínculo afectivo para garantizar el proceso de rehabilitación integral del paciente adicto.

En la familia con frecuencia puede observarse conductas de negación de la presencia del problema en ciertos estadios evolutivos del paciente, en etapas posteriores puede aparecer rechazo o hasta abandono del miembro adicto de la familia, sin haber logrado convertirse en una parte importante de la red de apoyo social para cualquier toxicomanía, evidenciándose la carencia de una percepción de enfermedad y no de un “efecto moral”.

Las drogas, son un flagelo que se empeñan en azotar la humanidad, afectan un importante número de personas en el mundo entero, a pesar de todas las consecuencias negativas ya vistas que traen consigo (principalmente las ilegales) existen quienes abogan a favor de la despenalización de las mismas, alegando supuestos derechos que deben tener las personas e intentan crear ciertas salas de consumo controlado, consumo autorizado en las penitenciarias, etc.

Algunos funcionarios, dan sus argumentos del porque debe legalizarse la droga en los reclusorios, ejemplo de ello son las declaraciones emitidas por el licenciado en derecho Alfredo Hernández Raigosa, procurador de justicia del distrito federal de México. ⁽⁶⁰⁾ No sería malo legalizar su uso, refiere, condicionando y supervisando obviamente por médicos y dependencias gubernamentales que operan las cárceles para acabar con las mafias. En el fondo sería una alternativa de readaptación, pues aquellos reos adictos podrían estar libres de vicios si se les dosifica la droga hasta lograr su abandono.

El riesgo de aumentar el consumo es menor que el que se experimenta si las drogas no se legalizan, más bien el peligro se presenta porque la actividad ilícita ha propiciado el consumo masivo en dichas penitenciarias, la violencia, los fraudes, chantajes y extorsiones.

Por suerte existen otros funcionarios que refutan estas ideas descabelladas e irresponsables como el Dr. Víctor Manuel Guisa Cruz, director general de los centros de integración juvenil, él plantea que no está de acuerdo en legalizar la droga en los reclusorios, porque desde el punto de vista médico las adicciones son un problema muy serio relacionado con factores psiquiátricos y psicológicos. La solución a esta enfermedad no es tan simple como disminuir las dosis hasta que los consumidores ya no tengan necesidad de ingerirlas, las técnicas modernas lo confirman e indican que para abandonarlas lo primero es bloquear su suministro para luego implementar un tratamiento médico.

Alega que se ha comprobado que las dosificaciones no funcionan ya en la década de los 40 se intentó hacerlo en un grupo de individuos adictos a los opiáceos, sin obtener buenos resultados.

Somos de la opinión que es una verdadera locura despenalizar las drogas ilegales, esto crearía una ola adictiva, donde las personas ante cualquier situación estresante, o evento vital se refugiarían en las mismas, dando lugar a nuevos problemas.

- Aumentarían los enfermos y las enfermedades psico físicas.
- Aumentarían las conductas delictivas.
- Se laceraría terriblemente las familias, la comunidad y por consiguiente la sociedad.

Despenalizando las drogas ilegales, el mensaje implícito siempre será: Se puede consumir libremente, no hay problemas, está permitido, es como decir que como el robo nunca se ha podido detener hay que legalizarlo para acabar con él. Todo esto es un rotundo disparate que pone al mundo al borde de una situación sin precedente.

Ante todas estas reflexiones nos surgen nuevas interrogantes. Si las drogas legales como el tabaco y el alcohol, son las que más se consumen ¿Qué se pretende al legalizar las prohibidas? ¿Qué se consuman tanto como las primeras?

La mayoría de los países y estados que han estado de acuerdo con esta descabellada idea, en la marcha han comprobado muy pronto las consecuencias de su irresponsable decisión.

Como bien se conoce detrás de esta propuesta están los traficantes inescrupulosos que obtienen beneficios por su comercialización. Tenemos que tomar conciencia que los carteles de la droga son verdaderas empresas multinacionales, que cuentan con profesionales de la mayor competencia en las diferentes áreas que involucra la producción y tráfico de estas sustancias, es así como las bandas de narcotraficantes cuentan con Ingenieros químicos, economistas, expertos bancarios, la colaboración, voluntaria o involuntaria, de instituciones financieras en diferentes sitios del orbe, etc.

HIPOTESIS

Los familiares de pacientes adictos a sustancias psicoactivas emplean estrategias de afrontamiento dirigidos a manejar el problema, y en cambio son vulnerables a el estrés.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Caracterizar los procesos de afrontamiento de familiares de pacientes con conducta adictiva, que han recibido atención en el Centro Comunitario de Salud Mental de Playa, en los meses de marzo a junio del 2004.

Objetivos Específicos:

1. Determinar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los familiares seleccionados.
2. Estudiar la vulnerabilidad al estrés, de los familiares de los pacientes atendidos en consulta de adicciones del Centro Comunitario de Salud Mental de Playa.
3. Identificar la relación que existe entre la vulnerabilidad al stress, en las diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas en los familiares de pacientes adictos.
4. Conocer la percepción de la familia sobre el fenómeno de las adicciones e identificar los factores protectores utilizados por ellas ante esta situación.

Para dar cumplimiento a nuestros objetivos establecimos las tareas siguientes:

1. Revisar toda la literatura a nuestro alcance sobre el tema que nos ocupa.
2. Aplicar la entrevista a profundidad, para conocer las variables, sociodemográficas y conocer mejor a cada familia.
3. Aplicar el test de afrontamiento y vulnerabilidad al estrés, a cada familiar comprometido con la sanación del paciente.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio analítico retrospectivo de corte transversal de tipo cuanti-cualitativo. Esto favoreció la obtención, clasificación, análisis e interpretación de la información a través de resultados cuantificables en números, porcentos, etc. Este nos permitió profundizar aún más en las respuestas subjetivas, de los familiares con el empleo del método cualitativo, proporcionando esto más profundidad en las respuestas y ofreciendo mayor comprensión del problema y los términos empleados por los informantes (familiares), lo cual es muy difícil de obtener en una investigación propiamente cuantitativa (9,10).

El universo estuvo constituido por los familiares de los pacientes que demandaron ayuda en la consulta de adicciones del Centro Comunitario de Salud Mental de Playa, en los meses de Febrero del 2003 a Julio del 2004.

La muestra estuvo constituida por aquellos familiares de los pacientes que demandaron atención por uso de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales. El método de muestreo fue intencional.

Tuvimos en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Familiares que residan en el Municipio Playa.
- Familiares que convivan o no con el paciente y que se hayan mantenido apoyando al paciente en cuanto a su tratamiento y rehabilitación.
- Consentimiento informado de cada familia para participar en la investigación. (**Ver Anexo 1**)

Tuvimos en cuenta la presencia de los siguientes trastornos como criterios de exclusión:

- Retraso Mental
- Trastornos sicóticos
- Demencias

Para la obtención de la información de tipo cuantitativa se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Encuesta de Lazarus
- Test de vulnerabilidad al estrés

Encuesta de Lazarus: Fue creada en Norteamérica por Richard Lazarus y colaboradores, consta de 67 preguntas que pueden ser respondidas en cuatro categorías de análisis excluyentes uno de otros, que indican la frecuencia de utilización de las estrategias de afrontamiento en función de la medida en que el sujeto respondió o actuó como desearía en cada uno de ellos.

Los criterios son los siguientes:

En absoluto	0
En alguna medida	1
Bastante	2
En gran medida	3

Fue utilizada en un proyecto para estudiar medidores cognoscitivos donde los autores observan la tendencia de los sujetos a reaccionar con estrés al contemplar situaciones difíciles vividas por estos.

Esta escala ha sido utilizada en investigaciones anteriores por autores como Vivian Blanco ⁽¹¹⁾, en la tesis para optar por el Grado de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría y para optar por el grado de Master en Psiquiatría Social; ⁽¹²⁾ y sometida a criterio de experto, como resultado de este análisis es modificada la redacción de algunas preguntas, quedando elaboradas 67 interrogantes, las cuales miden la frecuencia de utilización del afrontamiento, centrado en el problema, complejo con tendencia al problema, complejo con tendencia a la emoción y centrado en la emoción. Para nuestro trabajo utilizamos la misma escala, pero

con modificaciones en los ítems validada en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico. También ha sido utilizada por J.E. Martínez ⁽¹³⁾, Hilda García ⁽¹⁴⁾, Nancy Brache ⁽¹⁵⁾ y Janely Alfonso García ⁽⁶⁾ en sus trabajos para optar por la categoría de Master en Psiquiatría Social; entre otros.

Nosotros empleamos la encuesta de Lazaruz abreviada (42 ítems) con el objetivo de determinar los modos de afrontamientos que caracterizan a un grupo de familiares de pacientes adictos a sustancias psicoactivas. **(Ver anexo 2)**

Los instrumentos empleados para recoger la información fueron los siguientes:

Escala de modos de afrontamiento de Folkman y R. Lazaruz.

(Esta es la escala original, para nuestro trabajo utilizamos la abreviada validada por investigaciones anteriores) **(Ver anexo 3 y 4)**

- Afrontamiento centrado en el problema (ACP): ítems 1-2-7-8-22-26-31-34-35-42-52-64.
- Afrontamiento complejo con tendencia al problema (ACTP): ítems 4-6-11-12-24-39-46-48-49-62-63-67.
- Afrontamiento complejo con tendencia a la emoción (ACTE): ítems 3-5-13-16-17-19-20-23-27-30-32-33-37-38-40-41-43-44-47-51-53-54-55-56-57-58-59-60-61-65-66.
- Afrontamiento centrado en la emoción (ACE): ítems 9-10-14-15-18-21-25-28-29-36-45-50.

Para la valoración de los mismos se obtuvo la media aritmética de las puntuaciones alcanzadas.

Test de vulnerabilidad: Validada en numerosas investigaciones anteriores, ⁽¹⁾ explora la aspectos cognitivos, afectivos, volitivos.

Posee 20 ítems que son evaluados con la siguiente escala:

Muy frecuentemente presente:	4
Frecuentemente presente:	3
Medianamente frecuente:	2
Poco frecuente:	1
Nada frecuente:	0

Este inventario o lista ha sido adaptada por D.F. Zaldivar Pérez ⁽¹⁶⁾ del original test de vulnerabilidad al estrés (**Ver anexo 5**) de L. H. Miller y A. D. Smith del centro médico de la universidad de Boston. ⁽¹⁷⁾.

El original consiste en una lista de 20 ítems que tocan aspectos tales como, estilo de vida, apoyo social, exposición de sentimientos, valores, creencias y bienestar físico. Pretende realizar una evaluación del grado de vulnerabilidad de los sujetos al estrés e identificar los aspectos vinculados con el estilo de vida del individuo y el apoyo social que pueda haber incidido en la vulnerabilidad. Esta evaluación es exclusivamente cuantitativa y los ítems reflejan aspectos muy contextuales.

La adaptación del Dr. Zaldivar incluye la posibilidad de realizar una valoración cualitativa a través del análisis del ítem y la comprobación de los aspectos que resultan más problemáticos, va más allá de lo contextual para abarcar aspectos vinculados a la clínica, a través de un listado de 20 indicadores de los síntomas que aparecen con mayor frecuencia asociados a la vulnerabilidad del estrés, tratando que el sujeto identifique la presencia y frecuencia con que aporta los mismos con el objetivo de que sirva como un criterio más para valorar su grado de vulnerabilidad al estrés.

La lista consta de 20 indicadores que se vinculan con diversas manifestaciones del estrés. El sujeto responde a cada indicador de acuerdo con la escala que va de 0 a 4 teniendo en cuenta la frecuencia con la cual el síntoma en cuestión aparece en él.

(0= nada frecuente en él presente 4= muy frecuente en él presente)

Los ítems tocan aspectos tales como:

- Trastornos psicossomáticos.
- Alteraciones de los hábitos.
- Nivel de energía.
- Dificultad en la realización de tareas cotidianas y otras.

Los resultados de una lista se evalúan de la manera siguiente:

Primero: Establecer un indicador general de vulnerabilidad a partir del puntaje promedio.

$$X = \sum x/n$$

X= Donde: n = número de ítems y x = puntaje obtenido en cada ítem.

Así X ya es indicador de problema en cuanto a vulnerabilidad.

Segundo: realiza una valoración cualitativa teniendo en cuenta la dirección de los ítem mayor de 2.

Como método **cualitativo** se utilizara:

Entrevista a profundidad: Permite obtener una información más completa para dar respuesta a los objetivos planteados, al ser un método mas flexible y abierto permite encauzar las preguntas para adaptarlas a las diferentes situaciones y características particulares de los sujetos de estudio, permitiendo profundizar en los aspectos subjetivos, opiniones, criterios, valoraciones de las cuestiones estudiadas.

Esta técnica exige en el entrevistador establezca una relación sin actitud crítica con el entrevistado/entrevistada.⁽¹⁸⁾ Posee posibilidades diversas de ejecución: todo es negociable, los entrevistados pueden hablar sobre la conveniencia o no de la pregunta, corregirlas, responder como estime conveniente. Aunque el propósito de la investigación gobierna la pregunta, su contenido, declaración y secuencia están en manos del entrevistador.⁽¹⁹⁾ Para aplicarla se confeccionó una guía de variables que nos orientara en la búsqueda de información:

(Ver anexo 6)

Como procedimiento de trabajo, al unísono con la entrevista, recogimos algunas variables sociodemográficas para ilustrar aún más nuestra investigación, tal como edad, sexo, raza, estado civil, escolaridad y ocupación.

Recursos Humanos

Equipo de Trabajo:

- Licenciada en Defectología, Especialista en Logopedia y Foniatría. (autora de la investigación).
- Especialista de primer grado en psiquiatría Master en psiquiatría social. (tutora de la investigación).
- Lic. en Defectología, Trabajadora Social Psiquiatra (asesora de la investigación).
- Un especialista en bioestadística.

Recursos Materiales:

- Computadora Pentium con procesador de texto para Windows 98.
- Hoja de Papel y otros insumos.
- Utilización de los programas de Microsoft.
- Planillas impresas de test y entrevistas.

Plan de Tabulación y análisis:

Los datos obtenidos se llevaron a una base de datos computarizada para su almacenamiento, organización y procesamiento, aplicándose los estadígrafos adecuados. Los resultados se reflejaron en gráficos y tablas.

CONTROL SEMANTICO

Estrés: relación muy particular entre el individuo y el entorno y es evaluada por este como amenazante o desbordante de sus recursos poniendo en peligro su bienestar.

Situación estresante o evento vital: situación o hecho de carácter interno o medioambiental que actúa sobre el individuo directa o indirectamente y puede llevar a una inadaptación, la persona vivencia esta situación como dañina o amenazante en función de su contenido.

Afrontamiento: se refiere a aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Codependiente: Se trata de algún familiar, cónyuge o amigo que sufre doblemente al atribuirse de manera excesiva la misión de protección, supervisión y vigilancia del consumidor, planteándose esa tarea como eje de su vida. Otros le llaman toxicómano pasivo, por sufrir en grado superlativo las consecuencias de la dependencia de otros.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

TABLA NO. 1
Comportamiento de la variable sexo

SEXO	FAMILIARES	%
Femenino	22	73.3
Masculino	8	26.7
TOTAL	30	100.0

FUENTE: ENTREVISTA DE PROFUNDIZACIÓN

COMENTARIO: Como se puede constatar en la tabla no.1 los familiares del sexo femenino fueron que más demandaron ayuda total 22 para un 73%, esto se corresponde con el reportado en la tabla no.3 donde las esposas y después las madres fueron las más vulnerables.

Consideramos que esto guarda relación con estudios realizados, donde se maneja la violencia y el maltrato a la mujer, están muy relacionados con el fenómeno de las adicciones comparando estos resultados con otras investigaciones evidenciamos que el sexo masculino es el que predomina en el consumo de sustancias psicoactivas; ⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽¹⁵⁾ las féminas (esposas y madres principalmente) asisten a reclamar ayuda, para nuestra opinión son las que más están involucradas afectivamente en la sanación del paciente.

Gráfico No.1
Comportamiento de la variable sexo

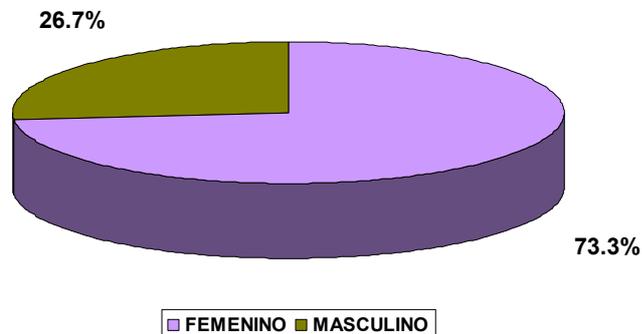


TABLA NO. 2
Comportamiento de la variable raza

RAZA	FAMILIARES	%
BLANCA	20	66.67
MESTIZA	2	6.66
NEGRA	8	26.67
TOTAL	30	100.0

FUENTE: Entrevista de profundidad.

COMENTARIO: Al analizar la tabla no.2 podemos determinar que la prevalencia es de la raza blanca en las familias estudiadas, es la predominante en esta población (municipio Playa).

Esto guarda relación con las estadísticas y con estudios revisados ⁽¹⁾⁽⁶⁾, donde se plantea que la raza blanca ocupa un lugar cimero entre los pacientes adictos.

Gráfico No.2
Comportamiento de la Variable Raza

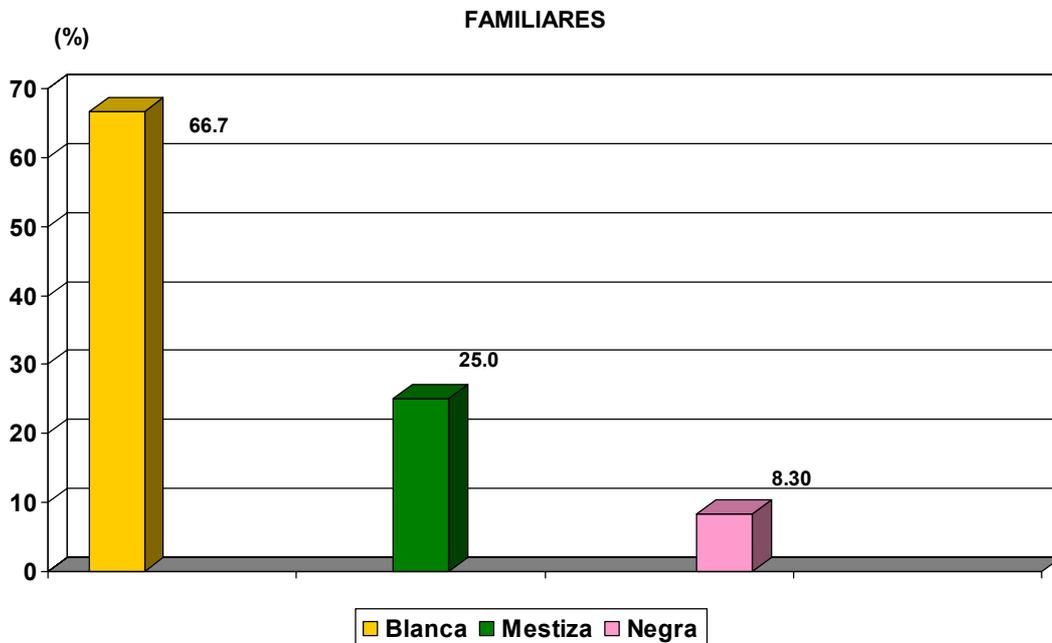


TABLA NO.3
Comportamiento de la variable familia

FAMILIARES	NO.	%
Esposa	12	40.0
Madre	10	33.33
Hermano	5	16.67
Padre	2	6.67
Tío (a)	1	3.33
TOTAL	30	100.0

FUENTE: ENTREVISTA DE PROFUNDIZACIÓN

COMENTARIO: La tabla no.3 expresa como se ha comportado la familia en nuestro estudio. Pudimos constatar que las esposas ocupan el primer lugar, ellas fueron 12 para un 40 % seguido las madres con un total 10 para un 33.33%.

Es de señalar que prácticamente todo el núcleo familiar está involucrado en la sanación del paciente adicto. Esto se corresponde con lo recogido en nuestra investigación y en la bibliografía consultada. Se evidencio cuanto sufre la familia en general (esposas, madres, padres, hermanos) al tener en su seno un adicto a alguna sustancia psicoactiva, pero son la pareja y las madres las que se involucran en mayor medida con la situación que está viviendo el paciente, no solo presente sino futura y esto es lo que precisamente determina que sean ellas las que se comprometen con mayor fuerza con el proceso del tratamiento. Otras investigaciones realizadas confirman la presencia de la figura materna y de las parejas como elemento claves en el apoyo al paciente en su rehabilitación. ⁽¹⁵⁾

Gráfico No.3
Comportamiento de la variable familia

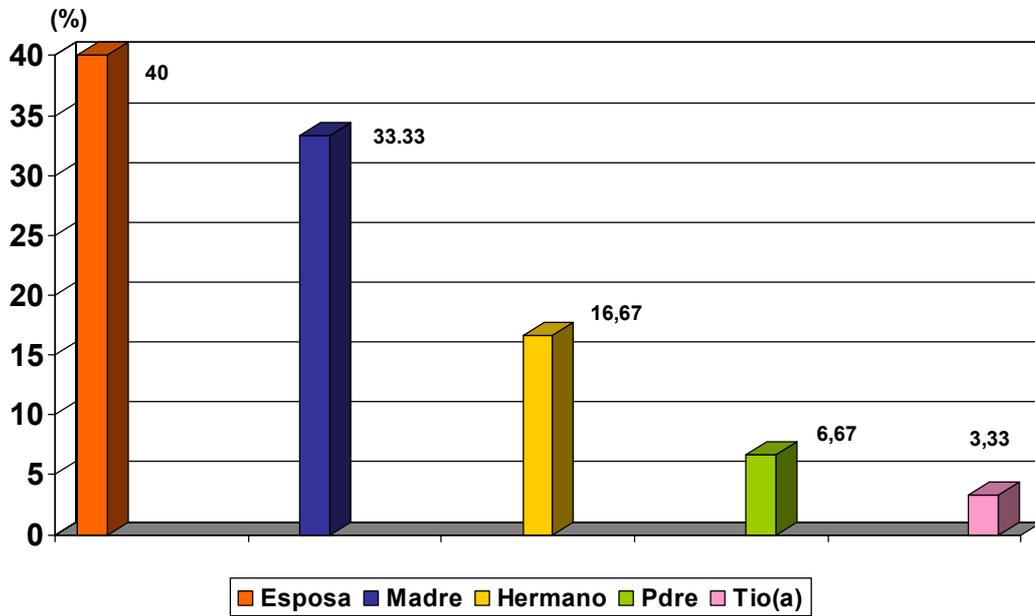
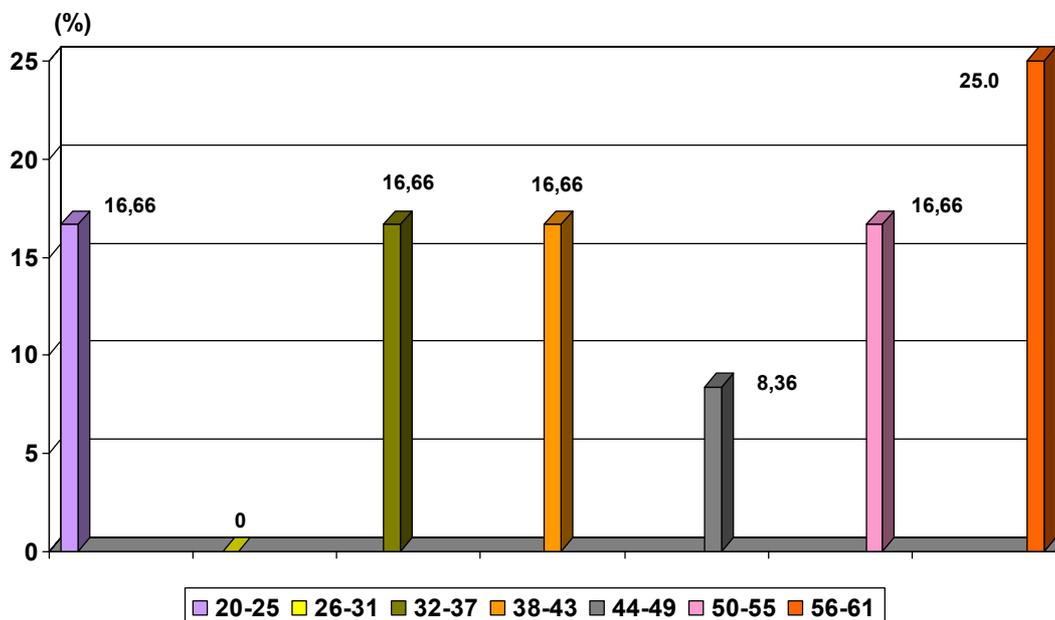


TABLA NO. 4
Distribución de pacientes por grupos etáreos
Comportamiento de la variable edad.
(Esposas, madres, hermanos, padres y tíos)

EDADES	ESPOSAS	%
20-25	2	16.66
26-31	-	-
32-37	2	16.66
38-43	2	16.66
44-49	1	8.36
50-55	2	16.66
56-61	3	25.0
TOTAL	12	100.0

FUENTE: Entrevista de Profundidad

Gráfico No.4
Distribución de pacientes por grupos etáreos
Comportamiento de la variable edad.
(Esposas, madres, hermanos, padres y tíos)
ESPOSAS



**TABLA NO. 4^a
MADRES**

EDADES	MADRES	%
42-47	2	20.00
48-53	4	40.00
54-59	0	0
60-65	0	0
66-71	1	10.00
72-77	3	30.00
TOTAL	10	100

FUENTE: Entrevista de profundización.

**Gráfico No.4 a
MADRES**

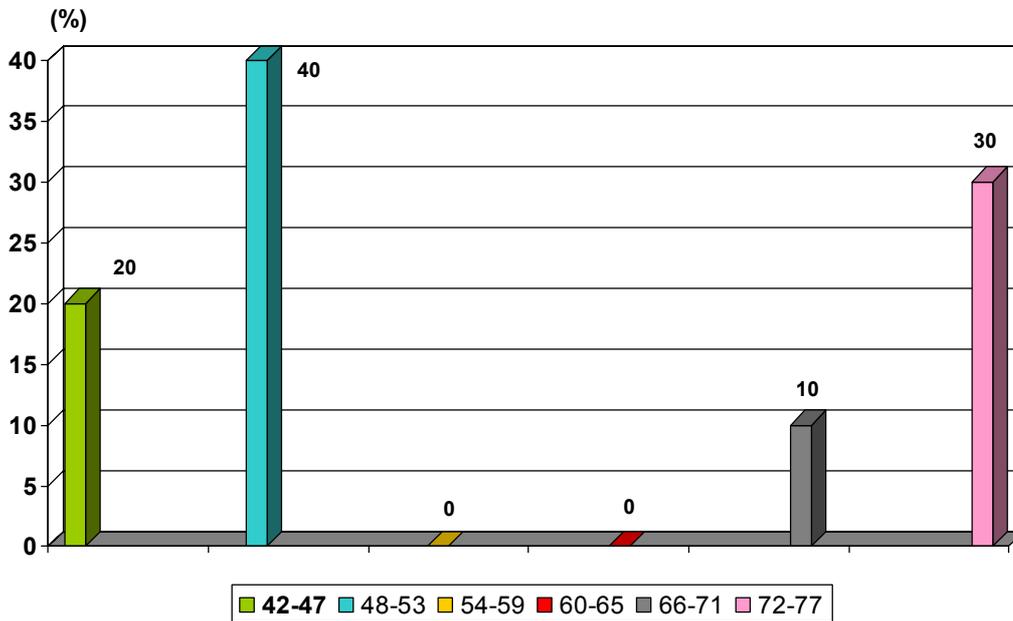


TABLA NO. 4B
HERMANOS

EDADES	HERMANOS	%
25-30	2	40.00
31-36	0	0
37-43	2	40.00
44-49	0	0
50-55	1	20.00
TOTAL	5	100

FUENTE: Entrevista de profundidad

Gráfico No.4 b
HERMANOS

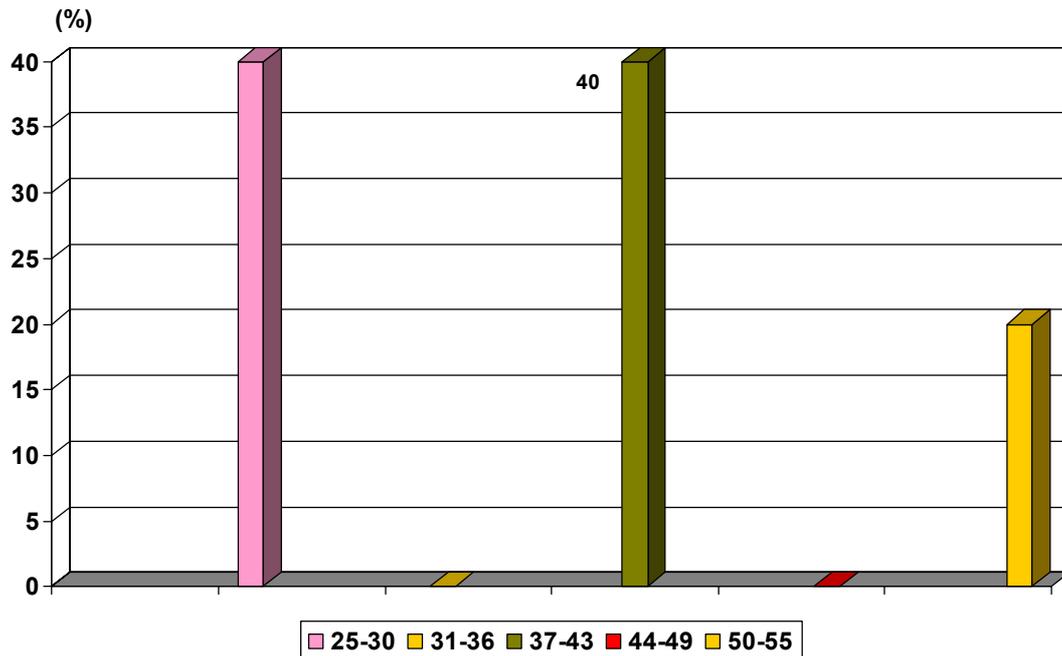


TABLA NO. 4 c
PADRES

EDADES	PADRES	%
64-69	1	50.0
70-75	1	50.0
TOTAL	2	100

FUENTE: Entrevista de profundidad

Gráfico No.4c
PADRES

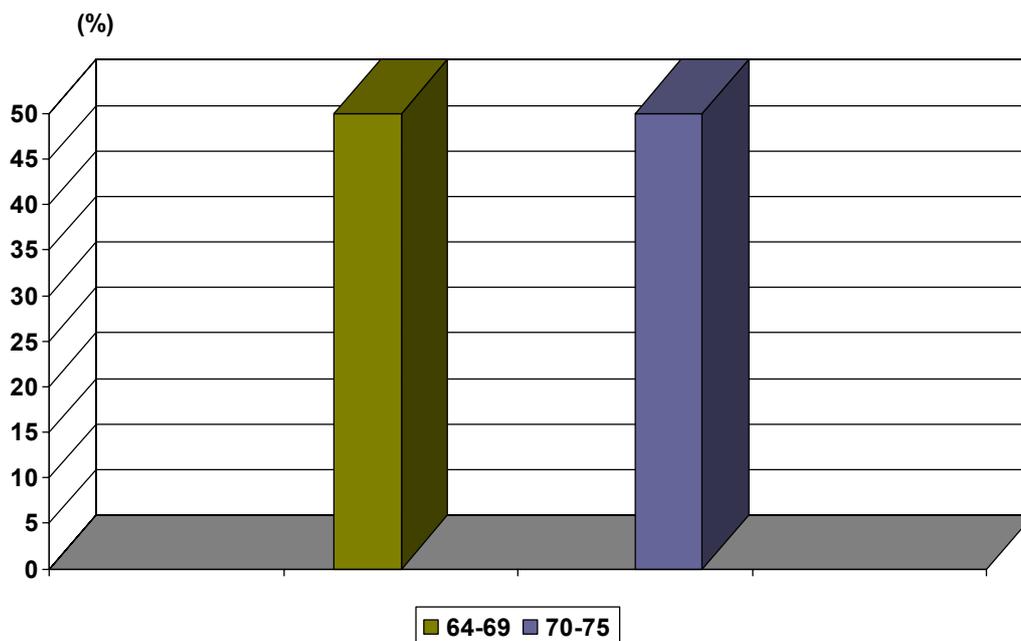


TABLA NO. 4d
Análisis y discusión de los resultados

EDADES	TIOS	%
40-45	1	100
TOTAL	1	100

FUENTE: ENTREVISTA DE PROFUNDIZACIÓN

COMENTARIO: En cuanto al comportamiento de la variable edad expresado en la tabla No.4, consideramos que en los diferentes miembros de la familia la edad varía encontrándose personas desde comprendidas desde 20 años hasta 77 años de edad. Sí es de señalar que el grupo etéreo más joven fue el correspondiente a los hermanos. Todo esto confirma el hecho de que cuando en una familia se produce el fenómeno de una adicción, casi todos sus miembros de una u otra forma, se ven afectados por este fenómeno y esto coincide con los reportes de otros investigadores. ⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽²²⁾

Gráfico No.4 d
Análisis y discusión de los resultados

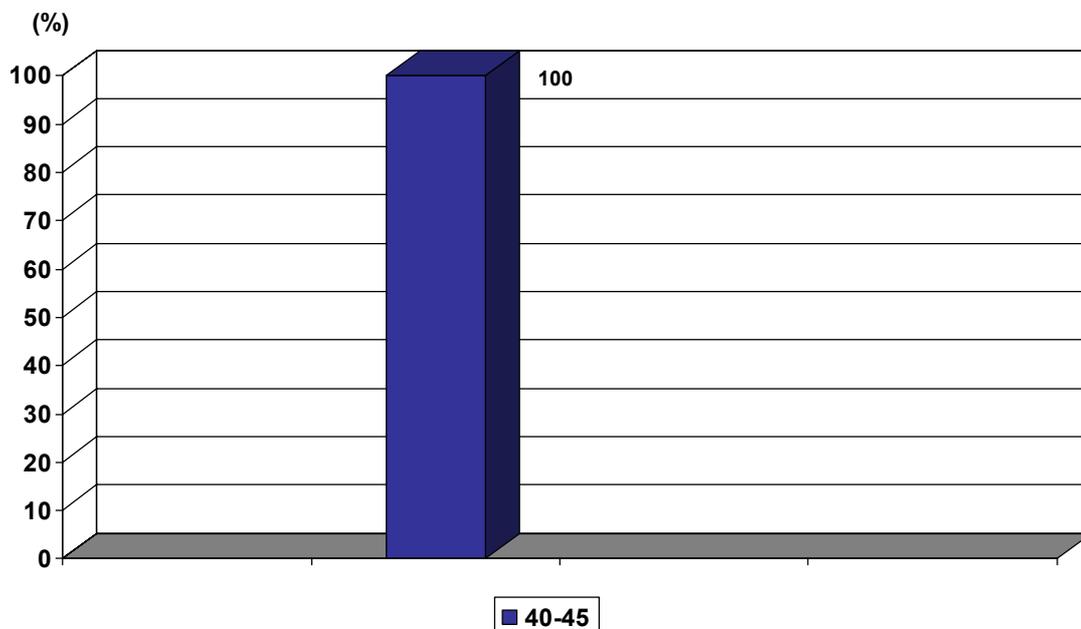


TABLA NO. 5
Comportamiento de la variable estado civil

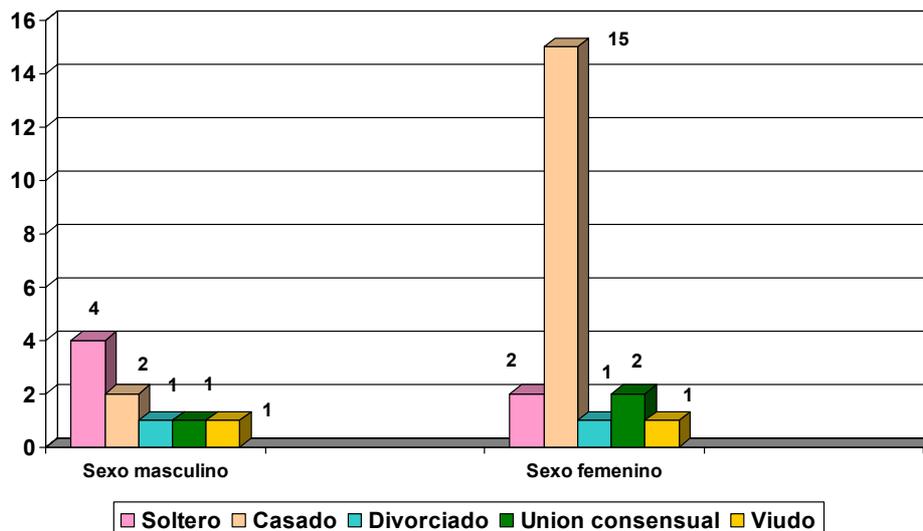
ESTADO CIVIL	Sexo masculino	Sexo femenino
Soltero(a)	4	2
Casado(a)	2	15
Divorciado(a)	1	1
Unión consensual	1	2
Viudo(a)	1	1
TOTAL	9	21

FUENTE: Entrevista de profundidad

COMENTARIO: La tabla no.5 evidencia como se comporta el estado civil entre los familiares, donde podemos apreciar en el sexo masculino priman los solteros y en femenino las mujeres casadas.

Esto se relaciona con la tabla no.3 que expresa que las féminas de la muestra son generalmente esposas y madres, tal y como ocurre con otras investigaciones revisadas. ⁽¹⁵⁾

Gráfico No.5
Comportamiento de la variable estado civil.



FUENTE: ENTREVISTA DE PROFUNDIZACION

TABLA NO. 6

Comportamiento de la variable escolaridad

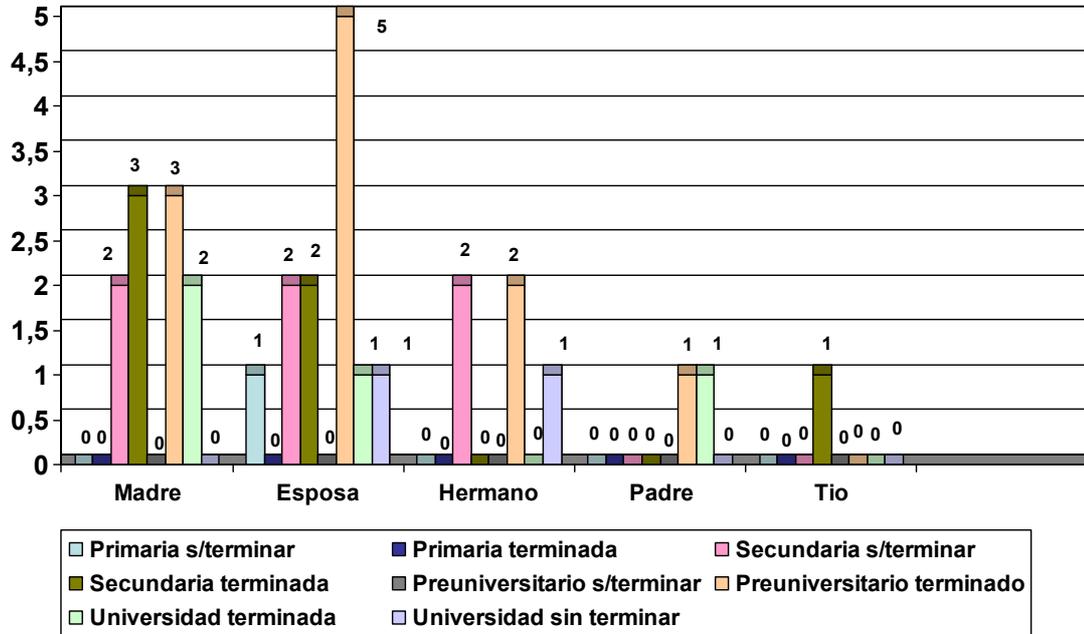
ESCOLARIDAD	FAMILIAR					%
	madre	esposa	hermano	padre	tia	
Primaria sin terminar	-	1	-	-	-	3.33
Primaria terminada	-	-	-	-	-	-
Secundaria sin terminar	2	2	2	-	-	20.00
Secundaria terminada	3	2	-	-	1	20.00
Pre-universitario sin terminar	-	-	-	-	-	-
Pre-universitario terminado	3	5	2	1	-	36.67
Universidad terminada	2	1	-	1	-	13.33
Universidad sin terminar	-	1	1	-	-	6.67
TOTAL	10	12	5	2	1	100.0

FUENTE: Entrevista de profundidad

COMENTARIO: Al analizar la tabla No.6, evidenciamos que el pre-universitario terminado fue la escolaridad generalmente mayor alcanzada por los familiares compuesto por madres, esposas, hermanos, para un 36.67%. Es de señalar que solamente se reportó un familiar con la primaria sin terminar, no siendo relevante esta cifra, la mayoría posee un adecuado nivel educacional.

Haciendo una comparación con otras investigaciones ⁽¹⁾⁽⁶⁾, se reporta el predominio de 9no grado en los pacientes, sin embargo en nuestros familiares la escolaridad es mayor.

Grafico No.6
COMPORTAMIENTO DE LA VARIABLE ESCOLARIDAD



FUENTE: ENTREVISTA DE PROFUNDIZACION

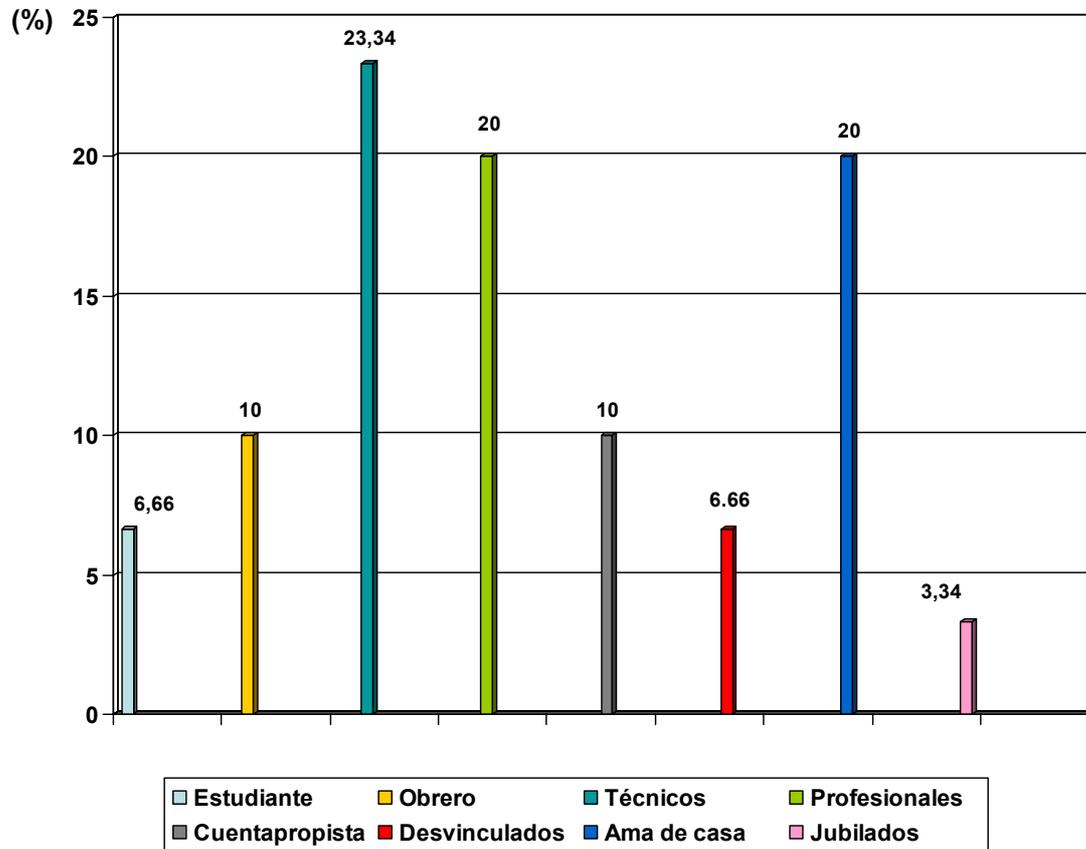
TABLA NO. 7
Comportamiento de la variable ocupación

OCUPACION	FAMILIAR	%
Estudiante	2	6.66
Obrero	3	10.00
Técnicos	7	23.34
Profesionales	6	20.00
Cuenta propista	3	10.00
Desvinculados	2	6.66
Ama de casa	6	20.00
Jubilados	1	3.34
TOTAL	30	100.0

FUENTE: Entrevista de profundización

COMENTARIO: En esta tabla podemos analizar como se comporta la ocupación en los familiares de nuestra muestra. Los técnicos predominan, reportándose 7 para un 23.34%, seguidos por los profesionales y las ama de casa para un 20.0% en ambos casos comparando con otras investigaciones realizadas con pacientes adictos ⁽⁶⁾. Podemos evidenciar que los pacientes adictos esto se comporta de forma negativa, la mayoría se encuentran desmotivados en el plano educacional y laboral ⁽¹⁾⁽⁶⁾

Gráfico No.7
Comportamiento de la variable ocupación



FUENTE: ENTREVISTA DE PROFUNDIZACION

TABLA NO. 8
Distribución porcentual de familiares según los modos de
afrentamiento más utilizados por ellos.

FAMILIA	MODO DE AFRONTAMIENTO							
	Afrontamiento centrado en el problema ACP		Afrontamiento complejo con tendencia al problema ACTP		Afrontamiento complejo con tendencia a la emoción ACTE		Afrontamiento centrado en la emoción ACE	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Esposa	5	29.42	5	71.43	2	40.0	-	-
Madre	8	47.06	2	28.57	-	-	-	-
Hermano(a)	1	5.88	-	-	3	60.0	1	100
Padre	2	11.76	-	-	-	-	-	-
Tío(a)	1	5.88	-	-	-	-	-	-
Total	17	100.0	7	100.0	5	100.0	1	100.0

FUENTE: ESCALA DE MODO DE AFRONTAMIENTO DE FOLKMAN Y LAZARUZ.

COMENTARIO: Al analizar en la tabla no.8 los modos de afrontamiento utilizados por los diferentes miembros de la familia encontramos que la forma más común fue fundamentalmente el afrontamiento centrado en el problema, 8 para un 47.06% fue de las madres, le siguen las esposas 5 para un 29.42%. Estos datos se corresponden con los reportados en otras investigaciones, ejemplo donde se analizan los factores psicosociales asociados a los procesos de afrontamiento ⁽¹²⁾. Estos resultados dejan al descubierto que la mayoría de las madres y esposas enfrentan las situaciones vitales a que fueron sometidas abordándolas, buscando ayuda, alternativas, valorando opciones y tomando decisiones. López Gonzáles, V., ⁽⁶¹⁾ en su estudio sobre las determinantes psicoculturales en la aparición y curso del vitiligo también encontró un afrontamiento dirigido al problema.

La Dra. Vivian Blanco ⁽¹¹⁾, en su trabajo de residencia encontró que el afrontamiento centrado en el problema era el más usual por aquellas personas que tenían a su cargo un anciano desvalido y un predominio de afrontamiento complejo con tendencia a la emoción en aquellas personas que habían experimentado el fallecimiento de un familiar muy significativo.

Al revisar otras investigaciones al respecto apreciamos que no siempre se utiliza los mismos modos de afrontamiento, por ejemplo la Lic. Alfonso García, J. ⁽⁶⁾ halló en su trabajo de maestría

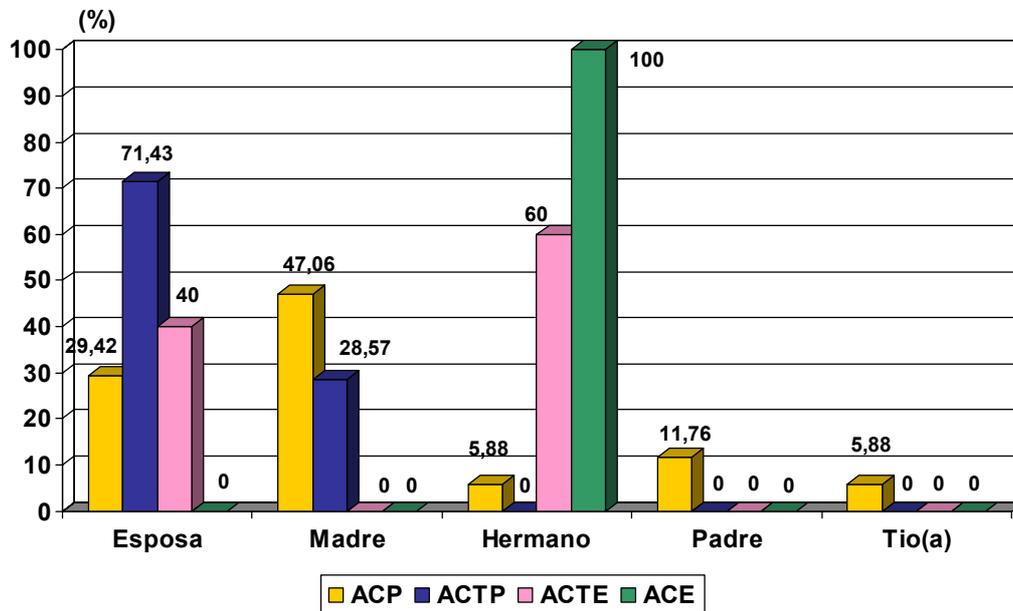
que el modo de afrontamiento que caracteriza al mayor número de consumidores es el afrontamiento centrado en la emoción, seguido del afrontamiento complejo con tendencia a la emoción y nos resultó muy interesante evidenciar que en su grupo control, el más usado fue el afrontamiento centrado en el problema coincidiendo éste con los resultados hallados en nuestro trabajo, de esto inferimos que al igual que los familiares encuestados las personas que conforman el grupo control de esta investigación asumió que la mejor manera de salir adelante era dirigir todos sus esfuerzos a la resolución, a la búsqueda de soluciones, de alternativas, así como la elección y aplicación de las mismas ya que en este tipo de afrontamiento la característica más significativa es modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos etc.

En otra investigación realizada sobre los estilos de afrontamiento y apoyo social en pacientes vulnerables al stress por Casal, M.C. ⁽⁶³⁾ , la misma arrojó que el modo de afrontamiento más utilizado fue el centrado en el problema, al igual que Tejeda, Z.M. citada por la doctora Blanco, V. (11).

Podemos decir que en sentido general coinciden en gran medida nuestros resultados con otras investigaciones.

Según Lazarus el afrontamiento dirigido a manejar el problema, aparecen ante situaciones que han sido evaluadas, como susceptibles de cambio de esto se infiere que cuando el sujeto reevalúa una situación y piensa en un posible cambio esto lo lleva a manejar el problema.

Gráfico No.8
Distribución porcentual de familiares según los modos de
afrontamiento más utilizados por ellos.



FUENTE: Test de afrontamiento.

TABLA NO. 9
Distribución porcentual de familiares según la
forma de afrontamiento.

FAMILIA	FORMA DE AFRONTAMIENTO									
	Centrado en la solución del problema		Búsqueda de apoyo social		Evitación		Auto-Culpabilización		Fantasioso	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Esposa	4	40.00	8	50.00	-	-	-	-	-	-
Madre	4	40.00	3	18.75	1	100	1	50.0	1	100
Hermano(a)	1	10.00	3	18.75	-	-	1	50.0	-	-
Padre	-	-	2	12.50	-	-	-	-	-	-
Tío(a)	1	10.00	-		-	-	-	-	-	-
Total	10	100	16	100	1	100	2	100	1	100

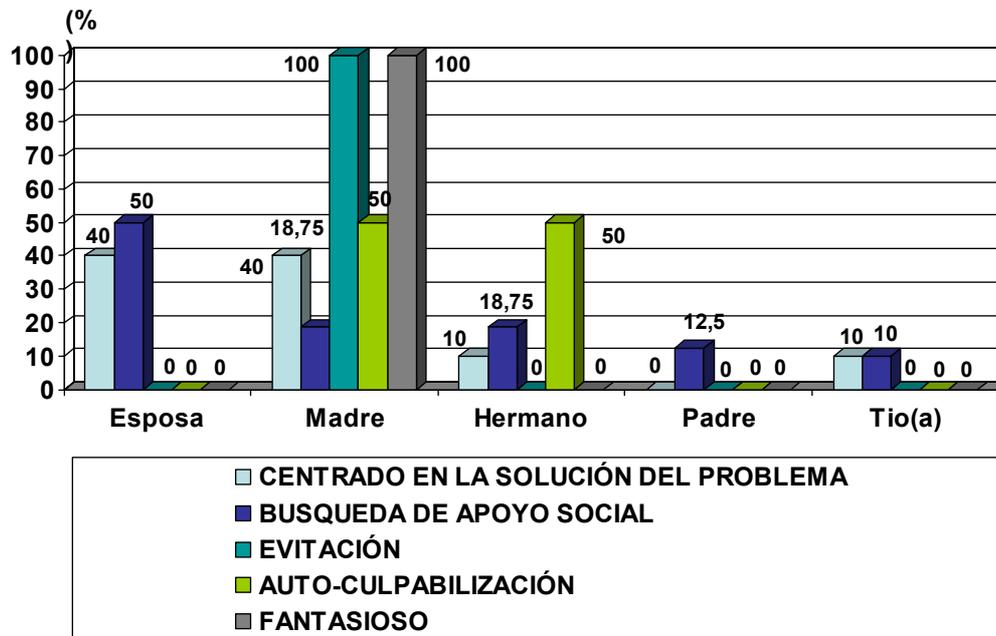
FUENTE: ESCALA DE AFRONTAMIENTO DE FOLKMAN Y LAZARUZ

COMENTARIO: Al analizar en la tabla no.9 las forma de afrontamiento utilizados por los diferentes miembros de la familia, constatamos que la forma más común fue principalmente la búsqueda de apoyo social. De 16 familias, 8 esposas para un 50%; esto se corresponde por lo planteado por la Lic. Nancy Brache ⁽¹⁵⁾.

Esto está dado principalmente porque las personas cuando se enfrentan a esta situación piden ayuda y apoyo a otras, ya sean miembros de la familia, amigos, profesionales en la búsqueda de apoyo para enfrentar las situaciones difíciles de la vida, esto es inherente al ser humano. De hecho el tener un adecuado apoyo social se convierte en un elemento de balance para la restitución del equilibrio en las situaciones en que este pelagra y es un factor protector para el afrontamiento con resultados positivos ante cualquier evento vital.

Nuestros entrevistados están afectivamente involucrados en la situación, pero la fortaleza de este compromiso que determina precisamente su vulnerabilidad psicológica implica que actúan, pidan ayuda y exploren todos los recursos a su alcance para hacer frente a este fenómeno.

Gráfico No.9
Distribución porcentual de familiares según la
forma de afrontamiento.



FUENTE: TEST DE AFRONTAMIENTO

TABLA NO. 10
Distribución porcentual de vulnerabilidad
al stress

FAMILIA	VULNERABILIDAD			
	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Esposa	10	47.63	2	22.22
Madre	6	28.57	4	44.44
Hermano(a)	3	14.28	2	22.22
Padre	2	9.52	-	
Tío(a)	-		1	11.12
Total	21	100	9	100

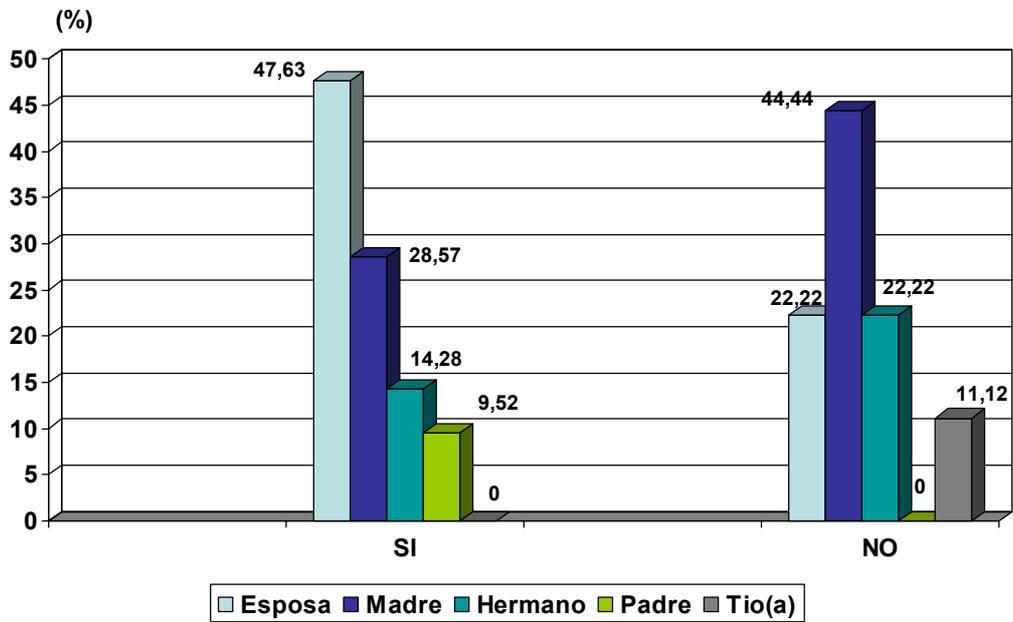
FUENTE: TEST DE VULNERABILIDAD AL ESTRES.

COMENTARIO: Como se puede evidenciar en la tabla no.10 la mayoría de las familias encuestadas, principalmente las esposas fueron vulnerables al estrés 10 para un 47.63%, seguido de las madres 6 para un 28.57%.

De un total de 30 familias, 21 fueron vulnerables al stress, esto se corresponde con lo planteado en otras investigaciones realizadas por Calderón Rodríguez, A. ⁽¹⁾ Pedrero Pérez, EJ ⁽⁶²⁾ y Mestrea, L y cols⁽⁶³⁾. Reportan que los pacientes adictos son muy vulnerables al estrés, donde la sustancia “operatoria” como estrategia de afrontamiento amortigua las consecuencias emocionales.

De lo anterior mente expuesto que como bien se ha demostrado los pacientes adictos son muy vulnerables al estrés trayendo consigo esto que se produzcan grandes desajustes en el medio familiar dado por las características del paciente provocando stress en la mayoría de los miembros de la familia, por tanto consideramos que se produce un circulo vicioso, se enferma el paciente e implica a otros miembros ya que como pudimos observar cualquier familiar puede ser vulnerable al estrés lo que es necesario tener en cuenta cuales son realmente los factores de riesgo y los protectores Pérez López, M ⁽⁵⁶⁾ ⁽⁶⁴⁾, para así evitar la adicción y por tanto la vulnerabilidad al estrés entre sus miembros.

Gráfico No.10
Distribución porcentual de vulnerabilidad
al stress.



FUENTE: TEST DE VULNERABILIDAD AL STRESS

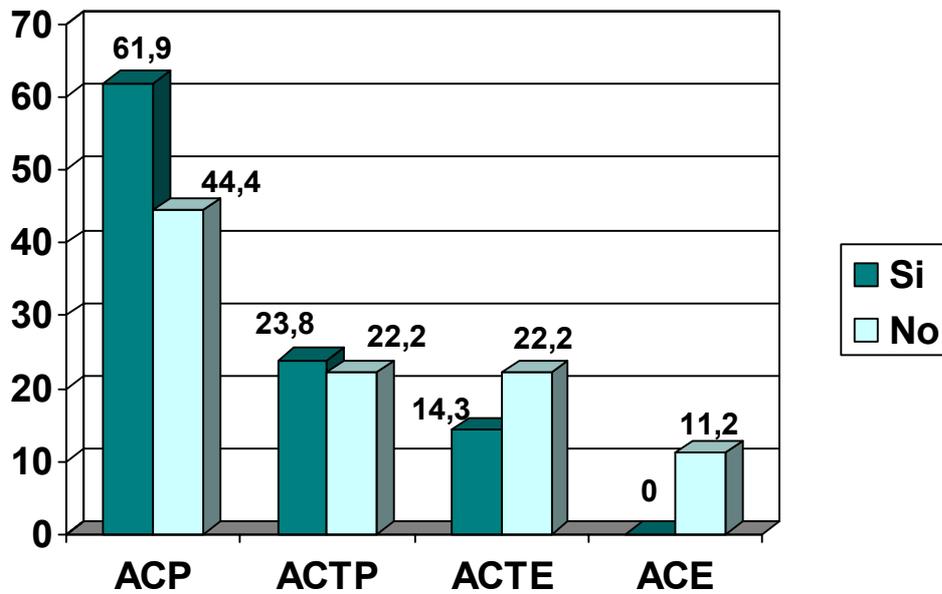
TABLA NO. 11
Relación entre vulnerabilidad al stress y modos de afrontamiento.

Familia	Vulnerabilidad al stress		MODO DE AFRONTAMIENTO							
			ACP		ACTP		ACTE		AC	
			No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	21	13	61.9	5	23.8	3	14.3	-	-	
No	9	4	44.4	2	22.2	2	22.2	1	11.2	
Total	30	17	56.7	7	23.3	5	16.7	1	3.3	

FUENTES: Test de vulnerabilidad al stress y escala de afrontamiento de Folkman y Lazarus

Comentario: La mayoría de los familiares vulnerables al estrés utilizó el modo de afrontamiento centrado en el problema 13 para un 61.9%, a nuestro modo de ver esto se comporta de esta manera por ser este modo de afrontamiento el más usual y lógico pues enfoca al individuo hacia la valoración de las posibles alternativas de solución en base a su costo y beneficio, esta personas se encuentran con marcado desajustes emocionales para acudir a procedimientos más complejo sin una ayuda especializada. Todo esto se corresponde con la literatura revisada ya que cuando una solución es evaluada por el individuo como susceptible del cambio de modificación, este emplea estrategias dirigidas a manejar el problema ⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾⁽⁴²⁾. Esto no significa que el individuo desdeñe otras estrategias, pero esta situación donde están en juego tantas cosas como son el bienestar, los principios, la estabilidad familiar, la salud y el futuro hacen que los familiares se involucren con el paciente y pongan todo su empeño y recursos a su alcance, aunque en la mayoría de los casos se muestren vulnerables al estrés que esta situación le genera; todo esto nos parece muy coherente con el concepto de vulnerabilidad que está presente en todos los seres humanos y se manifiesta en los momentos de crisis, agobio, etc y precisamente la experiencia de tener en la familia un adicto es referida por nuestros familiares como lo más angustiante; pero como en ella están involucrados los familiares más allegados, con esta misma fuerza que sufren la situación actúan para modificarla.

Gráfico No. 11
Relación entre vulnerabilidad al stress y modos de afrontamiento.



FUENTES: Test de vulnerabilidad al stress y escala de afrontamiento de Folkman y Lazarus

TABLA NO. 12
Relación entre Vulnerabilidad al estrés y formas de afrontamiento.

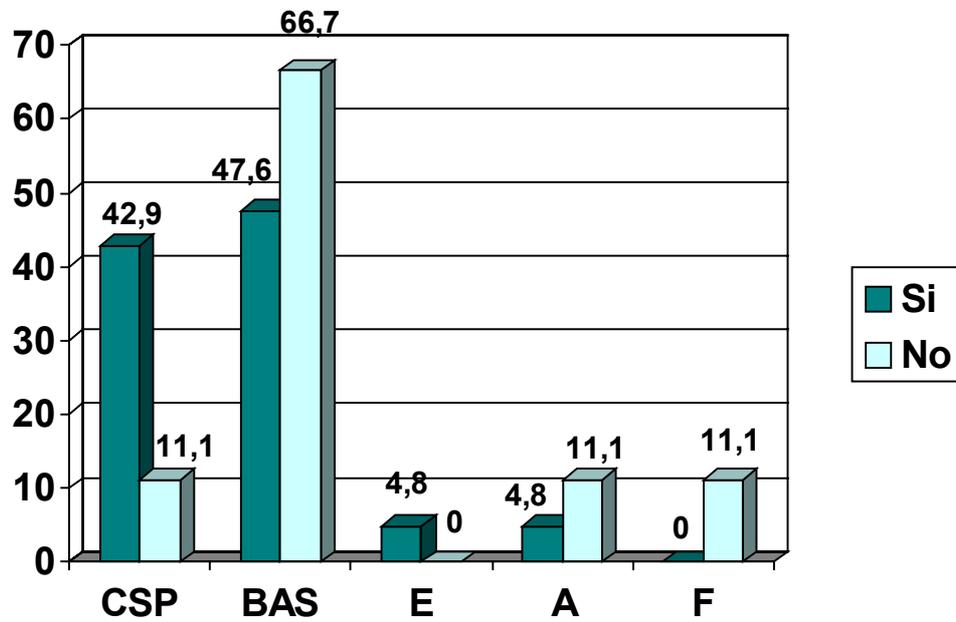
Familias	Vulnerabilidad al estrés		Formas de Afrontamiento									
			CSP		BAS		E		A		F	
			No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	21	9	42.9	10	47.6	1	4.8	1	4.8	-	-	
No	9	1	11.1	6	66.7	-	-	1	11.1	1	11.1	
Total	30	10	33.3	16	53.3	1	3.3	2	6.7	1	3.3	

Fuente: Test de vulnerabilidad al estrés y escala de afrontamiento de Falkman y Lazarus

Comentario: En la tabla No. 12 evidenciamos que la búsqueda del apoyo social es la forma de afrontamiento más utilizada por los familiares vulnerables al estrés, 10 para un 47.6%, pensamos que esto se debe a que en esta forma de afrontamiento se buscan recursos externos que contribuyen al manejo de la situación, fundamentalmente elementos cognoscitivos, lo cual se corresponde con el problema que los aqueja.

La búsqueda de apoyo social es la forma más completa de manejar la situación, una vez evaluada por el individuo como que es susceptible de cambios, pero que él solo con sus recursos no puede, una vez se pone de manifiesto que no hay estrategias de afrontamiento mejores o peores que otras y que cada individuo emplea aquellas con la que puede enfrentar mejor las situaciones en un momento dado y en este caso el ser vulnerables a el estrés no actúa como un organismo paralizante sino para estos familiares como una fuerza para la búsqueda de todos los recursos para enfrentar el daño.

Gráfico No.12
Relación entre Vulnerabilidad al estrés y formas de afrontamiento.



Fuente: Test de vulnerabilidad al estrés y escala de afrontamiento de Falkman y Lazarus

ANEXO NO.1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Estoy de acuerdo en participar en el estudio sobre “Vulnerabilidad al estrés y afrontamiento en familiares de pacientes adictos a sustancias psicoactivas”, que lleva a cabo la Lic. Josefa Ventura Castillo, la cual se compromete a que todos los datos y criterios que yo ofrezca, así como los resultados de los instrumentos aplicados permanezcan totalmente anónimos y no sean utilizados en mi contra bajo ninguna circunstancia.

Para que así conste firmamos la presente,

Lic. Josefa Ventura Castillo

Paciente
(Nombre y firma)

ANEXO NO.2

INVENTARIO DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Use la clave:

- 0 En absoluto
- 1 En alguna medida
- 2 Bastante
- 3 En gran medida

1	Me concentré exclusivamente en pensar que sería lo más apreciado que debía ser a continuar	0	1	2	3
2	Me volqué en el trabajo y en otra actividad, para olvidarme de todo lo demás	0	1	2	3
3	Me propuse encontrar algo positivo que remediara la situación	0	1	2	3
4	Hablé con alguien para averiguar más de la situación	0	1	2	3
5	Me critiqué o sermonee a mi mismo	0	1	2	3
6	No intenté quemar de inmediato todos mis cartuchos sino que dejé alguna posibilidad abierta	0	1	2	3
7	Confíe en que me ocurriera un milagro	0	1	2	3
8	Seguí adelante como si nada hubiera pasado	0	1	2	3
9	Intenté guardar para mí mis sentimientos	0	1	2	3
10	Intenté mirar las cosas por el lado bueno	0	1	2	3
11	Dormí más de lo habitual en mí	0	1	2	3
12	Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema	0	1	2	3
13	Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona	0	1	2	3
14	Busque la ayuda de un profesional	0	1	2	3
15	Cambié, maduré como una persona	0	1	2	3
16	Me eché la culpa por lo ocurrido	0	1	2	3
17	Elaboré un plan de acción y lo seguí	0	1	2	3
18	Acepté la segunda posibilidad mejor de solución, interior a la ideal para mí	0	1	2	3
19	Me di cuenta que yo fui la causa del problema	0	1	2	3
20	Salí de esta experiencia mejor de lo que entré	0	1	2	3
21	Hablé con alguien que podría hacer algo correcto con mi problema	0	1	2	3
22	Intenté sentirme mejor comiendo, fumando, bebiendo, tomando medicamentos	0	1	2	3
23	Intenté no actuar demasiado pronto, ni dejarme llevar por mi primer impulso	0	1	2	3
24	Cambié algo para que las cosas salieran bien	0	1	2	3
25	Evité estar con la gente en general	0	1	2	3
26	Rehusé pensar en el problema por mucho tiempo	0	1	2	3
27	Consulté algún pariente o amigo y respeté su consejo	0	1	2	3
28	Oculté a los demás lo mal que estaban las cosas para mí	0	1	2	3

29	Le conté a alguien como me sentía	0	1	2	3
30	Me mantuve firme y pelee por lo que quería	0	1	2	3
31	Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marchen bien	0	1	2	3
32	Me negué a creer lo que había ocurrido	0	1	2	3
33	Propuse un par de soluciones diferentes	0	1	2	3
34	Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en la toma de decisiones	0	1	2	3
35	Deseé que ojalá hubiera sido posible cambiar la forma en que me estaba ocurriendo	0	1	2	3
36	Deseé que ojalá hubiera sido posible cambiar la forma en que me estaba sintiendo	0	1	2	3
37	Cambié algo de mi, de tal forma que pudiera entender la situación	0	1	2	3
38	Soñé o imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente	0	1	2	3
39	Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo	0	1	2	3
40	Fantaseé o imaginé el modo en que podría cambiar las cosas	0	1	2	3
41	Deseé ser una persona más fuerte y optimista de lo que soy	0	1	2	3
42	Pensé cosas irreales o fantásticas que me hicieran sentir mejor	0	1	2	3

ANEXO No.3

ESCALA DE MODO DE AFONTAMIENTO

1	ACP	22	ACTE
2	ACTE	23	ACP
3	ACTE	24	ACTP
4	ACP	25	ACTE
5	ACE	26	ACTE
6	ACP	27	ACP
7	ACTP	28	ACTE
8	ACTE	29	ACE
9	ACE	30	ACTP
10	ACE	31	ACTP
11	ACTE	32	ACE
12	ACTE	33	ACP
13	ACE	34	ACTE
14	ACP	35	ACTE
15	ACTE	36	ACTE
16	ACE	37	ACTE
17	ACP	38	ACTE
18	ACTE	39	ACTE
19	ACE	40	ACTE
20	ACTE	41	ACTE
21	ACP	42	ACTE

ANEXO NO.4

ESCALA DE FORMA DE AFRONTAMIENTO

CONCENTRADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA (C.S.P.): 1, 3, 6, 10, 15, 17, 18, 20, 23, 24, 30, 31 33, 34, 37.

BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL (B.A.S.): 4, 13, 14, 21, 27, 29.

EVITACIÓN: 2, 8, 9, 11, 12, 22, 25, 26, 28, 32.

AUTOculpABILIDAD: 5, 16, 19.

FANTASIOSO: 7, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42.

ANEXO NO.5
LISTA DE INDICADORES DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS

INDICADORES	Muy frecuentemente presente	Frecuentemente presente	Medianamente presente	Poco frecuente	Nada Frecuente
1.-Tendencia a sufrir dolores de cabeza	4	3	2	1	0
2.-Sensación de malestar y tensión	4	3	2	1	0
3.-Sentirse cansado la mayor parte del tiempo, aún después de dormir	4	3	2	1	0
4.-Sensación de falta de energía o de impulso en la realización de las tareas habituales	4	3	2	1	0
5.-Trastornos del sueño	4	3	2	1	0
6.-Mostrar excesiva sensibilidad ante eventos cotidianos	4	3	2	1	0
7.-Concentrarse en aspectos negativos del futuro o pasado	4	3	2	1	0
8.-Prestar excesiva atención a los procesos orgánicos tales como latidos del corazón, respiración, etc.	4	3	2	1	0
9.-Tomar a nivel personal todo lo que sale mal	4	3	2	1	0
10.-Dificultad para concentrarse y fijar la atención en actividades que así lo requieren	4	3	2	1	0
11.-Sentir ansiedad o temor sin motivos aparentes	4	3	2	1	0
12.-Dificultad para tomar decisiones	4	3	2	1	0
13.-Sentir que está perdiendo el control sobre situaciones importantes de la propia vida	4	3	2	1	0
14.-Estar preocupado por algo	4	3	2	1	0
15.-Sentir la presencia de pensamientos pocos deseados de manera compulsiva	4	3	2	1	0
16.-Esperar que suceda lo peor sin razón para ello	4	3	2	1	0

17.-Sentir que los propios recursos son insuficientes para afrontar las situaciones	4	3	2	1	0
18.-Presencia de síntomas como: sudores, taquicardia, sensación de ahogo	4	3	2	1	0
19.-Sentir falta de motivación para aprender las tareas laborales	4	3	2	1	0
20.-Presentar trastornos en el área sexual (falta de deseo, impotencia, frigidez, etc.)	4	3	2	1	0

ANEXO NO. 6

Entrevista a profundidad:

1. ¿En qué momento y circunstancias, usted o su familia deciden demandar ayuda?
2. ¿Qué piensa de lo que ha sucedido con sus hijos o familiares adictos?
3. ¿Cómo se siente ante esta situación del paciente?
4. ¿Qué ha hecho para enfrentar el problema?
5. ¿Le expresó al paciente cómo usted se siente?
6. ¿Se lo expresó a otras personas?
7. Intentó modificar el problema? Cómo?
8. Cómo reconoce usted cuando el paciente ha consumido?
9. ¿Se siente estresado? Si _____ No _____

De estarlo ¿desde cuándo considera que lo está? ¿Se ha sentido más estresado desde que el paciente comenzó a consumir?

10. ¿Qué problemas pueden confrontar las personas que viven con algún familiar adicto a sustancias psicoactivas?
11. ¿Qué puede hacer la familia para proteger a sus miembros de la droga?

RESUMEN DE LAS PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

1. La mayoría de los familiares coinciden al plantear que buscan ayuda en el momento que constatan problemas en el manejo y en la salud de su familiar adicto, están en busca de información constante alegando las dificultades que tienen en la convivencia, en las relaciones interpersonales, etc.
2. La gran mayoría considera que ha sucedido una gran tragedia familiar. Continuamente expresan las penas, angustias y sufrimiento que han padecido todos, generando esto gran disfunción en el núcleo familiar. Esto lo pudimos apreciar en respuestas como estas “siento que ese problema marcó su vida y la de toda la familia”, “pienso que lo sucedido me ha hecho sufrir y avergonzarnos”, “creo que lo hubiera cuidado, pero no me di cuenta a tiempo del medio que rodeaba a mi hija, creía que aquí no había drogas”.
3. Todos alegan sentirse mal ante la situación adictiva de su familiar, lo que constatamos cuando nos expresan “me sentí mal, pues no pensé nunca que me sucediera algo así”, “me siento muy triste y deprimida”, “es desagradable verse en esta situación a veces quisiera desaparecer para no soportarlo”, “en estos momentos me siento con mucho optimismo porque mi hija slió de la dicción, pero con mucha zozobra, angustia y dolor porque ella padece de un trastorno psiquiátrico por el consumo de las drogas”, “destruida no podía creer lo que estaba pasando, sabiendo y conociendo los valores humanos de mi hijo y la forma que lo he criado”.
4. La gran mayoría coincide en buscar ayuda especializada como primera opción para enfrentar el problema, aunque algunos han utilizado otras vías como son, la religión y las organizaciones, he aquí lo expresado por muchos. “Acudí a personas especializadas e instituciones autorizadas en la materia”, “acudí a la ciencia”, “yo he tratado de aconsejarle que eso le afecta la salud y he pedido ayuda médica”, “pedí

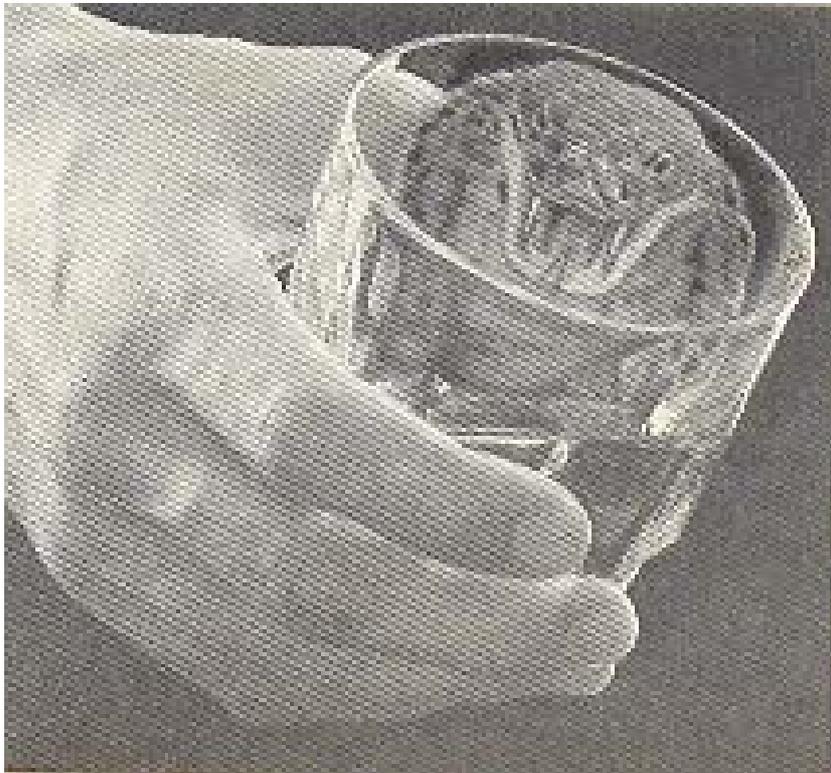
ayuda al Centro Comunitario de Salud Mental, al C.D.R. y hablar con él”, “pedirle mucho a Dios y creer en él”, “clamar a Dios Jeremías 33.3..... Clama a mi y yo te responderá y te enseñaré cosas grandes y ocultas que tu no conoces....”. Esto nos muestra que ha imperado la búsqueda de apoyo social.

5. Todos refieren que le han expresado a sus familiares su sentir. Un grupo plantea que en muchas ocasiones.
6. La mayoría le ha expresado la situación adictiva de su familiar a otras personas allegadas, con el objetivo de buscar ayuda, esto se pone de manifiesto cuando expresan “si a mis amistades más llegadas”, “a veces converso con algunas amistades y le cuento el problema”, “sí, a mis hermanos de religión y a los pastores para que intercedan por él y todos los que están como él”.
7. La mayoría intentó modificar el problema de diferentes maneras, en su afán por rescatar al paciente, la respuesta a estas preguntas fueron muy variables, ejemplos “sí, hablando con él dándole a conocer los efectos negativos del alcohol y escondiéndole la bebida”, “sí, buscando ayuda profesional”, “con mucha comprensión y buscando ayuda de especialistas”, “acepté prorrogando el divorcio”, “escondiéndole la bebida, mostrando asco y demostrándole hasta donde llega el cuando esta ebrio”, “en contacto directo con Dios, en ayuno y oración”.
8. De una forma u otra los familiares reconocen cuando el paciente ha consumido, por lo que lo caracterizan de acuerdo a sus vivencias por ejemplo algunas respuestas fueron: “por su andar tambaleándose, su mirada esquiva, su agresividad ante cualquier cosa por sencilla que sea”, “de verle la cara, sentirle el olor”, “su forma de hablar o de actuar”, “cuando llega ala casa con los ojos cansados rojizos, sediento y en ocasiones algo agresivo”.
9. La gran mayoría expresa que se siente estresado y esto es principalmente desde que el paciente empezó o agudizó su consumo. Esto se corresponde con lo reportado en

la literatura revisada, ante un evento vital de gran significación para la persona aparecen una serie de síntomas en este caso el stress

10. Plantean disímiles problemas, donde prima el stress, la depresión y la ansiedad. Las respuestas más significativas fueron: “sentirse desorientado y sin recurso”, “enfermarse conjuntamente con el adicto”, “discusiones, depresión, stress, nerviosismo”, “destruyen la comunicación el respeto, el deseo de vivir y las ilusiones”, “rechazo depresión, ira”, “stress, depresión, ansiedad, angustia”.
11. Todos hacen planteamientos positivos para alejar o proteger a sus miembros de la familia de la droga, plantean casi unánimemente que es importante que sepan escoger sus amistades y que los padres deben estar pendiente de todas sus cosas. Las respuestas fueron diversas, pero acertadas la mayoría. Esto nos da la medida que el nivel de información que posee la familia es muy bueno, expresan algunos factores protectores que se deben tener en cuenta ante esta situación y a nuestro juicio es muy bueno. “saber con quién se reúnen, cómo y quienes son sus amigos y sus relaciones amorosas”, “mucho información sobre la droga”, “seguridad en sí mismo y criterio propio”, “brindarle mucha información al respecto y exhortar a los jóvenes que vean el programa Cara a cara”, “tener buena comunicación y estar pendiente de sus amistades”, “reconocer a Dios sobre todas las cosas”.

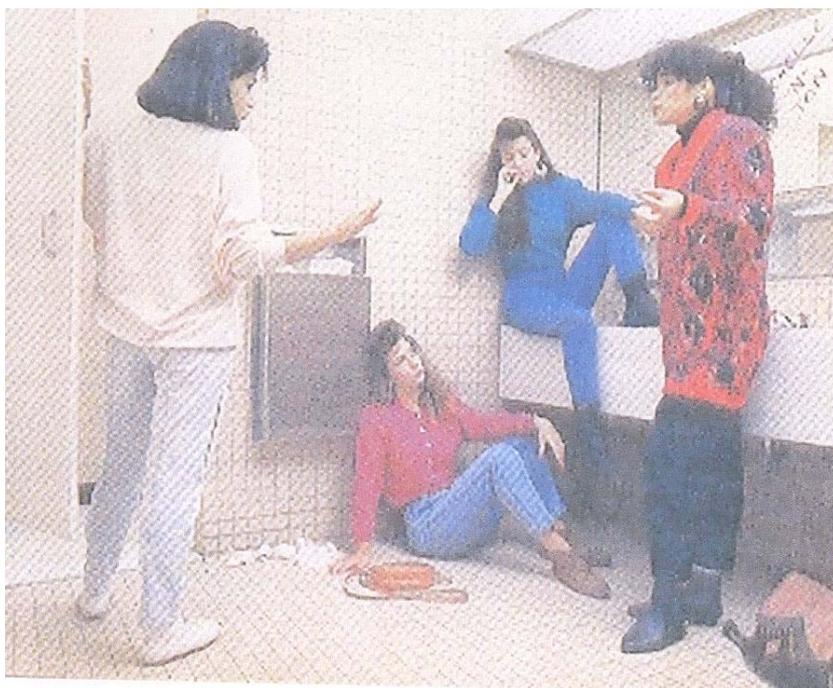
Anexo No.7



Anexo 8



Anexo 9



Anexo No.10



Anexo No.11



CONCLUSIONES

La mayoría de los familiares de la muestra son femeninas de la raza blanca, casadas y justamente ellas las más vulnerables al estrés, cuyas edades oscilan entre 20 y 61 años de edad con una escolarización de enseñanza media la mayoría.

El modo de afrontamiento más utilizado por los diferentes miembros de la familia fue centrado en el problema lo que pone de manifiesto que ellos han asumido que lo más importante para salir adelante es dirigir todos los esfuerzos a la búsqueda de resoluciones, alternativas, estrategias y reformulaciones positivas para enfrentar el problema adictivo de su familiar.

La forma de afrontamiento más utilizada por los diferentes miembros fue la búsqueda de apoyo social, este afrontamiento actúa como un elemento positivo ante cualquier evento vital, además funge como un factor protector importante. Todos buscaron ayuda de muchas maneras profesional, de amigos, religiosa, etc.

Primó la vulnerabilidad al estrés entre los familiares y precisamente el modo de afrontamiento más usado por ellos fue el centrado en el problema siendo el más lógico y usual para enfrentar cualquier situación. Y la forma de afrontamiento más común fue la búsqueda de apoyo social, buscando siempre recursos externos para manejar la situación.

RECOMENDACIONES

- Continuar desde nuestro Centro Comunitario el trabajo de prevención y promoción con respecto a las adicciones.
- Realizar acciones con la familia para facilitar el afrontamiento y manejar el estrés que implica el fenómeno de las adicciones en algunos de sus miembros

BIBLIOGRAFIA

1. Calderón Rodríguez, A. Acercamiento al perfil psicosocial del paciente adicto a sustancias psicoactivas, 2003.
2. González Menéndez, R., Barrientos, Ll. y cols. Tención a las adicciones en la comunidad. Dirección Nacional de Atención al Adulto Mayor y Asistencia Social. Comisión Nacional de Salud Mental, Ciudad de la Habana, 23 de marzo del 2002.
3. Vidart, D. “La droga, carnaval del alma. Junta Nacional de droga. Uruguay, 1998.
4. Director 165. 112.78.61/R165.112.78.61/researchreports/nicotina/nicotina.html – 18k – 20sep2004.
5. Arias, F. “Cuba contra el narcotráfico: de víctimas a centinelas”. Ed. Política. Ciudad de la Habana, 2001; 200-2. Artículo: “Cuba; Castro habla de drogas publicación en formato electrónico en BBC Mundo, enero 2003. Editorial: Impostergable combate para defender el presente y el futuro” Publicación en formato electrónico Encubagob.cu enero 2003.
6. Alfonso García, J. Modo de afrontamiento en pacientes con adicción a sustancias ilegales y en personas supuestamente sanas. Tesis para optar por el Título de Master en Psiquiatría Social, año 2003.
7. Acosta, Z. Conferencias de las adicciones de la maestría en Psiquiatría Social. Facultad de Ciencias Médicas “10 de Octubre”, Ciudad de la Habana, 2003.
8. Carmona Trevin, I. “comunicación personal”. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Master en Psiquiatría Social. 20 de septiembre, 2004.
9. Barrientos, G. Metodología de la Investigación cualitativa. Módulo de la Maestría en Psiquiatría Social. Facultad de Ciencias Médicas de “10 de Octubre”. Ciudad de la Habana, 2003.
10. León, M. “La Investigación cualitativa”. Conferencia del Módulo; Atención Comunitaria en Salud Mental, de la Maestría de Psiquiatría Social. Facultad de Ciencias Médicas de “10 de Octubre”. Ciudad de la Habana. 2003.
11. Blanco, V. Afrontamiento y evento vitales. Tesis para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Ciudad de la Habana, 1997.
12. Dra. Blanco Lezcano, V. Factores psicosociales asociados a los procesos de afrontamiento. 2001.

13. Dr. Martínez, J.E. Predictores de la conducta suicida en el área de salud. 7 de Diciembre del Municipio de Jagüey Grande. Trabajo para optar por el Título de Master en Psiquiatría Social. Ciudad de la Habana, 2002.
14. García, H. “Modo de afrontamiento en pacientes en crisis y personas supuestamente sanas”. Trabajo para optar por el Título de Master en Psiquiatría Social. Ciudad de la Habana, 2001.
15. Brache, N. Tesis para optar por el Título de Master en Psiquiatría Social. 2003.
16. Jimenez Somavilla, N. Estudio de la vulnerabilidad y los estilos de afrontamiento al estrés en embarazos. Tesis para optar por el Titulo de Master en Psicología Clínica. 2003.
17. Debus, M. Manual para excelencia en la investigación mediante grupos sociales. Health. Com. Communication for Chil Surviral. Washington, D.C.: HPP/HPS/1994.
18. Proyecto de intervención integral para la protección del medio ambiente y el control del parasitismo intestinal. Programa para la comunicación. Rafael Borroto Omar Trujillo oá G76.
19. Rodríguez, G.J., García, E. Metodología de la investigación cualitativa. Impreso en Prograf. Santiago de Cuba, Febrero. 2002.
20. Lo que los jóvenes preguntan. Respuestas prácticas. Capítulo 34. ¿Por qué decir no a las drogas? p. 272. 1989.
21. ¿Drogas? Proyecto “Movilización comunitaria y fortalecimiento de redes sociales”. Guía de rotafolios. Lima. Perú. 1998.
22. González Menéndez, R. Como enfrentar el peligro de las drogas. 2000.
23. González Menéndez, R. Clínica y terapéutica para médicos generales. Publicación en formato electrónico. 2001.
24. González Menéndez, R. “La atención integral a las adicciones. Experiencia cubana”. Trabajo presentado en el simposio: Alcoholismo, otras adicciones. Psiquiatría y ley. Ed. en BBC. 2003.
25. Langer, F., López, F. Manual de drogodependencia para profesionales de la salud. Ediciones Librería Universitaria. 2002.
26. Betancourt, A. Drogas y publicaciones en formato electrónico. 2001.
27. <http://www.adicciones.org.mx/adiccion.html>.2004

28. Insua, M., Liedó, J., Grijalvo. Nuevos conceptos. Nuevo discurso: Talleres de consumo de menos riesgos. Trastornos adictivos. Vol. 1, No. 02, 2001; 111-20.
29. Ochoa, M. Sicopatología en pacientes VIH más trastornos adictivos. Vol. 1, No. 2, 1999; 100-9.
30. Insua, S. Moncada. ¿Cómo diseñar un programa de prevención de la transmisión sexual del VIH para usuarios de drogas?. Área de educación. Prevención y servicios sociales. Vol. 2, No. 3, 2002; 2001-10.
31. Guisado Masias, F.J., Vaz Leal, M.A., Fernández-Gil, D., Peral Pacheco, M., Graell Berna, J. J., López-Ibor, A. Conducta social de riesgo en drogodependientes. Psiquiatría Biológica. Vol. 7, No. 3, 2000.
32. Zunzunegua, M.V. ¿Es la prescripción médica de la heroína una opción de tratamiento para la adicción a la heroína?. Medicina Clínica. Vol. 113, No. 6, 1999; 219-21.
33. Sandoval, J.E. Módulo de alcoholismo y otras adicciones. Maestría de Psiquiatría Social. Noviembre. 2001.
34. Trevol Powell. Libro “Vivir sin estrés. Consejero clínico de Psicología. 2004.
35. Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. 1995.
36. www.elcomercioperu.com.pe/eesalud/html/2001-10-31/ecsaldmense0003.html.
37. Rodríguez Martos, A. Factores psicosociales de la drogodependencia. Folleto Electrónico, 2004.
38. SAVAK, R. Artículo: Clínica de la vulnerabilidad. Tomado de Internet –Médico Psiquiatra. Psicoanalista J.T.P- coordinador del equipo de psicomatica de la División de Salud Mental del H.T. Álvarez. Presidente del capítulo Psicomatología y co-secretario del capítulo de Medicina psicomatica de la Asociación de psiquiatras argentinos. Ed. Buenos Aires, 1999.
39. Tomado de la Revista Psicología 1999; 42-5. (ARI) Asociación de Revistas de Comunicación. Madrid. España.
40. Córdova, A., Kart, H. El problema del estrés en la medicina. Ed. Científico-técnica. 1988.
41. Varela, G., Salinero, J.M., Arela, G., y cols.
<http://www.ppd/nel/guialuces/capitulos/capitulos/capitulo07.html2004.tema:stresslaboral-burnout>.
42. Lazarus, R. El concepto de stress en la biología. Capítulo 1. Ciudad de la Habana. 1998.

43. Sora, S. Revista Time the price of pressure. 2004; p.59, Julio 26.
44. Blanco Lezcano, V. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría, Master en Psiquiatría Social, “comunicación personal”. 16 de mayo del 2004.
45. Periódico Mexicano Milenio: artículo En casa del Herrero. p. 37, martes 25 de mayo 2004.
46. Lazarus, R., Folkman, S. Stress, appraisal and coping. Springer. New York. 1984.
47. Núñez, E. Director de consultores de gerenciamiento. Patagonia. Argentina y Sara Lidia Pérez, coordinadora del CAPSE (Centro de Capacitación e Investigación en Manejo del Estrés). Artículo: Manejo del conflicto autorregulando el estrés. Universidad de Colima. Ed. Buenos Aires. 1999.
48. Verdecía, I.N., Carmona Trevin, I. Enfoque para un debate en salud mental. Colectivo de autores. Temas Estrés y afrontamiento. p. 232-36.
49. Corbella Badía, M. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico clínico. Universidad de Salamanca. 2002.
50. Martínez Bueno. Departamento de psicología evolutiva y de la educación. Universidad de Salamanca. 22 de enero. 2002.
51. Palanca Maresca, D.M., Ortiz Soto, P. Psiquiatras equipo de interconsulta del hospital Mostoles. Madrid. España. 2000.
52. Alvarez Carril, E. Licenciada en Psicología Clínica. Centro de Desarrollo y Comunicación Cultural. “comunicación personal”. 1 de septiembre del 2004.
53. González Menéndez, R. Adicciones y espiritualidad. Infomed-Clínica interactiva <http://www.infomed.cu/servicios/clínica>. 23 de septiembre del 2003.
54. Revista Bohemia. 19 de abril 2002. Año 1994. No. 8, p. 25.
55. Gómez, A.M. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría Infanto Juvenil, Master en Psiquiatría Social. “comunicación personal”. 23 de junio del 2004.
56. García Martínez, M. El uso indebido de drogas desde una perspectiva comunitaria. Especialista de Primer Grado en MGI y Master en Psiquiatría Social.
57. Plan nacional sobre drogas. Servicios sociales y drogadependencia. España. 1998.

58. Suárez Ojeda, E.N., E., Krauskopf, D. El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente. Una perspectiva psicosocial. En: Washington D.C: OPS; 1995. (Publicación Científica 552).
59. Marzo Silva, E. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. MGI “comunicación personal”. 8 de septiembre del 2004. Director del Centro Comunitario Salud Mental de Playa.
60. Revista Mexicana muy interesante. Año XXI. 28-02-04, p. 67.
61. López González, V. Determinantes psicosociales en la aparición y curso del vitiligo. Rev Cubana Gen Integr 2000; 16(2):171-6.
62. Casal, M.C. Estilo de afrontamiento y apoyo social en pacientes vulnerables al estrés. Trabajo para Optar por el Título de Master en Psiquiatría Social. Año 2002.
63. Pedrero Pérez, E.J. Evaluación de la personalidad de sujetos drogodependientes que solicitan tratamiento mediante el BIG-FIVE questionnaire trastornos adictivos. Vol. 04, No. 03, 2002.
64. Mestrea, L. Riscoa, P. y cols. Perfiles de personalidad milón: comparación de pacientes adictos a opiáceos y a cocaína. Trastornos adictivos. Vol. 2, No. 04, 2001.
65. Pérez López, M. Percepción de una comunidad sobre el consumo de drogas ilegales. Trabajo para optar el Título de Master en Psiquiatría Social. Año 2002.

Al realizar nuestra investigación conformamos la hipótesis con la que iniciamos el estudio, a través del análisis de las respuestas del test aplicada, y la entrevista a profundidad, se evidenció como estas familias se mostraban vulnerables al estrés por lo que esta situación le generaba, pero no se detuvieron a esperar que las cosas pasaran sino que situaron con todas sus fuerzas y recursos para cambiar en sentido positivo el curso de la vida de su familiar adicto y de la familia en general.