

Estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en consumidores
de sustancias psicoactivas. Un estudio correlacional

María Camila Gómez Mantilla

Karen Melisa Uribe Hernández

Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga

2019

Estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en consumidores
de sustancias psicoactivas. Un estudio correlacional

María Camila Gómez Mantilla

Karen Melisa Uribe Hernández

En la modalidad de Proyecto de Grado para Optar al Título de Psicólogas

Director:

Ps. MSc. Manuel Alejandro Mejía Orduz

Docente asistente de la Facultad de Psicología

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2019

Nota de aceptación: _____

Presidente de jurado: _____

Jurado 1: _____

Jurado 2: _____

Floridablanca, _____

Agradecimientos

Agradecemos inicialmente a Dios y a todas las personas que han hecho posible el desarrollo de este trabajo. A nuestras familias por su apoyo incondicional y confianza. También queremos expresar nuestros agradecimientos a nuestro director de tesis Manuel Alejandro Mejía Orduz por su compromiso y dedicación durante el proceso realizado. Agradecemos a la Corporación Hogares Crea que nos abrieron las puertas y a todo el equipo profesional encargado, a su vez a los residentes por su disposición y colaboración.

Índice de contenido

INTRODUCCIÓN	12
JUSTIFICACIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
OBJETIVOS	17
MARCO TEORICO.....	18
Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes y adultos jóvenes.	18
Relaciones intrafamiliares en consumidores de sustancias psicoactivas.	21
Estrategias de afrontamiento en consumidores de sustancias psicoactivas.....	25
METODOLOGIA	29
Enfoque, Diseño y Alcance.....	29
Participantes	29
Instrumentos.....	31
Ficha de ingreso	31
Escala de Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M).....	32
Operacionalización de las Escalas de Afrontamiento	34
Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.).....	35
Consideraciones Éticas	37
Procedimiento	37
ANÁLISIS DE RESULTADOS	39

RESULTADOS.....	41
DISCUSIÓN.....	56
Características sociodemográficas, historial de consumo y características familiares	56
Descripción de las estrategias de afrontamiento empleadas por los consumidores de sustancias psicoactivas.....	59
Dimensiones de las relaciones intrafamiliares de los consumidores de sustancias psicoactivas	62
Relación entre estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en los consumidores de sustancias psicoactivas.....	64
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES.....	69
REFERENCIAS.....	70

Índice de tablas

Tabla 1 Clasificación fases de tratamiento.....	31
Tabla 2 Descripción de las estrategias de afrontamiento	33
Tabla 3 Descripción de las dimensiones de las relaciones intrafamiliares	36
Tabla 4 Características sociodemográficas de los participantes.	42
Tabla 5 Características de historial de consumo de los participantes.	43
Tabla 6 Características familiares de los participantes.	44
Tabla 7 . Análisis estadístico en la EE-CM considerando las medias y desviaciones estándar de los datos normativos y de la muestra evaluada	47
Tabla 8 Frecuencias absolutas y relativas de la muestra evaluada considerando los niveles en la escala evaluación de las relaciones intrafamiliares establecidas por Rivera & Andrade (2010)..	49
Tabla 9 Prueba de normalidad de Kolmogorov- Sminorv.....	51
Tabla 10 Correlación entre las Estrategias de Afrontamiento de Coping y las puntuaciones derivadas de la Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares	51

Índice de figuras

Figura 1. Correlación entre estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en los consumidores de sustancias psicoactivas	55
---	----

Índice de Apéndices

Apéndice A. Ficha de ingreso.....	80
Apéndice B. Escala de Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M)	81
Apéndice C. Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.).....	87
Apéndice D. Consideraciones éticas.....	91

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en consumidores de sustancias psicoactivas. Un estudio correlacional

AUTOR(ES): María Camila Gómez Mantilla
Karen Melisa Uribe Hernández

PROGRAMA: Facultad de Psicología

DIRECTOR(A): Manuel Alejandro Mejía Orduz

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre las Dimensiones de las Relaciones Intrafamiliares y las Estrategias de Afrontamiento en consumidores de sustancias psicoactivas que recibían tratamiento en una corporación terapéutica en el municipio de Piedecuesta. Se contó con la participación de 30 hombres con diagnóstico trastorno relacionado con sustancias, a quienes se les administró la Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.) y la Escala de Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M). Se utilizó una metodología de enfoque cuantitativo con un diseño no experimental de corte transversal. Entre los resultados se encontró que la edad promedio es de 24,5, el estrato socioeconómico predominante es bajo y el nivel educativo es medio. Por otro lado, se evidenció niveles intermedios en las dimensiones de las relaciones intrafamiliares y un mayor uso en las estrategias de afrontamiento Espera, Religión, Evitación Emocional, Búsqueda de Apoyo Profesional y Reacción Agresiva. Finalmente, se hallaron dos correlaciones directas: la Estrategia solución de problemas con la Dimensión expresión y así mismo, en la estrategia de Búsqueda de Apoyo social con la dimensión expresión y una correlación inversa entre Expresión de la Dificultad de Afrontamiento con la dimensión unión. Obteniendo con esto una aproximación sobre aquellas estrategias que podrían estar involucradas en la adherencia de tratamiento terapéutico en consumidores de sustancias psicoactivas.

PALABRAS CLAVE:

Relaciones Intrafamiliares, Estrategias Afrontamiento, Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Coping strategies and the dimensions of intrafamilial relationships in consumers of psychoactive substances. A correlational study

AUTHOR(S): María Camila Gómez Mantilla
Karen Melisa Uribe Hernández

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Manuel Alejandro Mejía Orduz

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the relationship between the Dimensions of Intrafamilial Relationships and Coping Strategies in consumers of psychoactive substances that received treatment in a therapeutic corporation in the municipality of Piedecuesta. We counted on the participation of 30 men with substance-related disorder diagnosis, who were administered the Scale of Evaluation of Intrafamilial Relationships (E.R.I.) and the Scale of Strategies of Coping - Modified (EEC-M). We used a methodology of quantitative approach with a non-experimental cross-sectional design. Among the results it was found that the average age is 24, 5 the predominant socioeconomic stratum is low and the educational level is medium. On the other hand, there were intermediate levels in the dimensions of the intrafamilial relationships and a greater use in the coping strategies Wait, Religion, Emotional Avoidance, Professional Support Search and Aggressive Reaction. Finally, two direct correlations were found: the Strategy, problem solving with the Dimension, expression and likewise in the strategy of Search for Social Support with the dimension, expression and an inverse correlation between Expression of the Difficulty of Coping with the dimension, Union. Obtaining with this an approximation on those strategies that could be involved in the adherence of therapeutic treatment in consumers of psychoactive substances.

KEYWORDS:

Intrafamilial Relations, Coping Strategies, Consumption of Psychoactive Substances.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el consumo de sustancias psicoactiva se considera un problema social y público por su incidencia y daños causados en los últimos años (Cordoba, Betancourth & Tacán, 2016). Además de esto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) la adicción es considerada como una enfermedad física y psico-emocional que involucra episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad, asimismo, crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que inciden factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales. Por lo mencionado anteriormente, se requiere adoptar medidas urgentes desde un trabajo multidisciplinario para comprender el fenómeno y de esta manera, disminuir los altos índices de mortalidad, morbilidad e impacto en el bienestar a nivel personal, familiar y social.

Con la presente investigación se busca abordar la relación entre estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en consumidores de sustancias psicoactivas. Para ello, inicialmente se realizará una conceptualización sobre la adicción en el consumo, la cual es considerada como enfermedad. De igual manera, se tomará en cuenta su etiología, evolución y efectos colaterales a nivel familiar, debido a que la familia según la literatura es uno de los factores que influye en este patrón. A su vez, se plantean los diferentes mecanismos de afrontamiento empleados como respuesta a situaciones estresantes generadas por disfuncionalidades en la familia. Por esta razón, se aborda la posible relación entre estas dos variables (estrategias de afrontamiento y dimensiones de las relaciones intrafamiliares) y posteriormente se exponen los hallazgos en la población evaluada, contrastando esto con aspectos evidenciados en la literatura.

JUSTIFICACIÓN

La problemática del consumo de sustancias psicoactivas ha generado impactos no solo a nivel individual, sino también a nivel social y familiar, produciendo daños psíquicos y físicos tanto para las personas que consumen como para las que se encuentran a su alrededor. Según la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNDOC), (2018) en el 2016 se encontró que el número de personas consumidoras en el mundo son 275 millones, aproximadamente el 5,6 % de la población mundial entre los 15 y 64 años, entendiéndose esto como una cifra alarmante. Con respecto a la vulnerabilidad en diversos grupos de edad, el informe señala que los daños asociados al consumo de drogas son mayores en los jóvenes, en comparación con las personas adultas. El periodo de la adolescencia temprana (12-14 años) a la tardía (15-17 años) es de alto riesgo para el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, el cual puede alcanzar su pico más alto en la juventud (18-25 años) (UNDOC, 2018).

En Colombia, de acuerdo con la UNDOC (2013) el uso de sustancias psicoactivas ha aumentado en los últimos años, hasta el punto de convertirse en un problema de salud pública, debido al surgimiento de nuevos tipos de sustancias, formas de uso, comercialización y propagación de enfermedades de transmisión sexual como el VIH (Córdoba, Betancourth & Tacán, 2016).

Según una encuesta realizada en el año 2013 bajo la dirección del Observatorio de Drogas en Colombia (ODC) se encontró que el mayor consumo de sustancias ilícitas se presenta en el grupo de 18 a 24 años, con una tasa del 8.7%, seguido por los adolescentes con una tasa del 4.8% y las personas de 25 a 34 años, con una prevalencia del 4.3%. También se observó que el 57.7% de

ellos presenta patrones de uso perjudicial, ya sea físico, psíquico, familiar o social. Esta relación es de mayor gravedad en los hombres.

A partir de lo mencionado anteriormente, Iraurgi, Sanz & Martínez, (2004) indican que esta problemática puede darse en mayor medida en los integrantes de familias disfuncionales, ya que éstos son más vulnerables, debido a que se agudizan los conflictos en la comunicación, y así mismo, a nivel emocional y cognitivo (Citado por Martínez, Hernández, Mayrén & Vargas, 2014). Por esta razón, el uso adecuado de estrategias de afrontamiento tanto en los miembros de la familia como en el individuo pueden fortalecer y mantener los recursos de la familia en situaciones estresantes como lo es el consumo de sustancias psicoactivas mediante variables mediadoras de unión, comunicación y adaptabilidad familiar. Este uso puede prevenir el consumo o sobrellevar un tratamiento terapéutico en dado caso se inicie. (Macías, Orozco, Amarís & Zambrano, 2012).

El tema de investigación propuesto resulta de utilidad teórica, debido a que permite conocer las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en la población empleada y los mecanismos de afrontamiento utilizados durante el proceso de tratamiento terapéutico, a su vez, permite analizar si existe o no asociación entre estas dos variables a evaluar. Esto con el fin de contribuir al personal de la salud que quiera evaluar e intervenir en este contexto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las muertes causadas por el alcohol, tabaco y otras drogas suponen un componente importante de las causas de mortalidad. (Hernández et al., 2009). En el 2014 se calculó alrededor de 207.400 muertes relacionadas con las drogas, es decir el 43,5 de muertes por millón de personas de entre 15 y 64 años. Las muertes por sobredosis representan aproximadamente el 5% de todas las muertes relacionadas con las drogas. (UNDOC,2016). El periodo de riesgo de inicio del consumo se concentra en la adolescencia mediana y tardía, se inicia con el uso de drogas de comercio legal y más tarde con sustancias de comercio ilegal y con alto grado de transición a patrones de consumo regular en los tres primeros años tras la experimentación (Wittchen, et al., 2008).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en el mundo es una realidad que en las últimas décadas ha venido incorporándose con mayor fuerza, Colombia tradicionalmente se ha visto como un país productor, no obstante, en los últimos años es conocido también como un país consumidor. El uso y abuso de SPA es un fenómeno presente de una u otra forma en todos los grupos sociales de la población, siendo este un comportamiento que cuando ocurre dinamiza una serie de riesgos que pueden provocar consecuencias adversas para el sujeto mismo, su familia y su comunidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Algunas de las causas asociadas al consumo están relacionadas al contexto familiar, puesto que cuando hay ausencia de modelos definidos de autoridad y afecto, padres excesivamente rígidos y punitivos, ausencia en alguno de los dos progenitores, presencia de un padre adicto al alcohol o a las drogas, carencias en los modelos de comportamiento adecuados al contexto

social, entre otros, puede incrementar el riesgo de inicio y a su vez favorece mantener un patrón de consumo recurrente (Forselledo, 1994).

No obstante, cuando hay un uso adecuado de las estrategias de afrontamiento, como la *solución de problemas, búsqueda de apoyo profesional y social, reevaluación positiva y expresión de la dificultad de afrontamiento*, se pueden fortalecer y mantener los recursos de la familia en situaciones estresantes como lo es el consumo, puesto que dichas estrategias se orientan a prevenir y/o reducir la adicción (Macías, Orozco, Amarís & Zambrano, 2012).

Sin embargo, son limitadas las investigaciones realizadas sobre el estudio de las dimensiones de relaciones intrafamiliares en conjunto con estrategias de afrontamiento en muestras de consumidores de SPA, puesto que se han hecho de forma aislada, por una parte, se han estudiado las estrategias de afrontamiento en Colombia (Albarracín & Espindola, 2012; Nieto, 2012; Ardila, Castellar & Galvis, 2015) y por otra las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en contextos latinoamericano como en México (Bonilla, Núñez, Domínguez & Callejas, 2017), y en Ecuador (Narváz & Castro, 2017; López & Almeida, 2018).

Por lo mencionado anteriormente, resulta importante conocer la relación entre las dimensiones de las relaciones intrafamiliares y estrategias de afrontamiento para brindar información que contribuya a una atención integral de dicha población y asimismo mitigar esta problemática social, por esto se plantea responder la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en consumidores de sustancias psicoactivas?

OBJETIVOS

Objetivo General

Estudiar la posible relación entre estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en consumidores de sustancias psicoactivas del área metropolitana de la ciudad de Bucaramanga.

Objetivos Específicos

- Caracterizar a los consumidores de sustancias psicoactivas, en función del género, edad, estrato socioeconómico, nivel educativo e historial de consumo.
- Describir las estrategias de afrontamiento empleadas por los consumidores de sustancias psicoactivas, mediante la Escala de Estrategias de Coping Modificada.
- Evaluar las dimensiones de las relaciones intrafamiliares de los consumidores de sustancias psicoactivas, mediante la Escala ERI.
- Analizar la relación entre estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en los consumidores de sustancias psicoactivas.

MARCO TEORICO

Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes y adultos jóvenes.

Según la Organización Mundial de la Salud (1992) las sustancias psicoactivas (SPA) son sustancias químicas o naturales que después de introducidas en un organismo vivo, por medio de diversas vías de administración (ingestión, inhalación, por vía intravenosa o intramuscular) tienen la capacidad de actuar sobre el cerebro y producir modificaciones en el comportamiento, esto es debido a las alteraciones que se dan el estado psíquico y fisiológico (Citado por Barbosa, Segura, Garzón & Parra, 2014).

Con respecto al diagnóstico de *trastornos relacionado con sustancias y sus efectos*, la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA), en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5, 2014), y en la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE 10, 1992), establecen unos criterios fundamentales respecto al consumo de SPA; frecuentemente comienza en la adolescencia y a su vez es la causa de síndromes como tolerancia, abstinencia, dependencia, abuso, intoxicación, trastornos psicóticos, irritabilidad, deterioro cognoscitivo, entre otras dificultades.

Algunos de los criterios según el DSM V (2014) a tener en cuenta para su diagnóstico son la tolerancia y la abstinencia. La primera hace referencia al “aumento significativo de la dosis de la sustancia para conseguir los efectos deseados o como una reducción notable del efecto cuando se consume la dosis habitual” y la segunda “ocurre cuando disminuye las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos de una persona que ha sido una gran

consumidora de manera prolongada, es probable que la persona consuma la sustancia para aliviar los síntomas que produce la abstinencia” (DSM V, 2014, p.484).

En cuanto a las formas de consumo de SPA, Barrionuevo (2013) propone que se pueden diferenciar entre uso, abuso y adicción. El uso hace referencia al contacto esporádico u ocasional con la droga, con consumo circunstancial y en ocasiones determinadas. El abuso se refiere al reiterado consumo de drogas, recurriendo el sujeto a cantidades y/o frecuencia que superan las iniciales, por esto se suele considerar como un riesgo que conlleva a episodios de intoxicación. Por último, la adicción alude a la dependencia compulsiva y constante de una sustancia de la cual el sujeto no puede prescindir, ocasionando enfermedades físicas y trastornos psíquicos, constituyéndose el sujeto en peligro para sí y para los demás (Criollo & Guerrero, 2015).

Por lo mencionado anteriormente, la OMS (2016) en colaboración con la UNODC han implementado programas de prevención, intervención temprana, tratamiento, atención, mitigación de los daños, recuperación, rehabilitación y reinserción social, prestando especial atención a los trastornos por consumo de drogas a más de 20 países en el mundo. Lo que respecta a Colombia según una encuesta realizada en el año 2013 bajo la dirección del Observatorio de Drogas en Colombia (ODC) destacó el aumento significativo en el uso de cualquier sustancia ilícita (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis o heroína), tanto en la prevalencia de uso alguna vez en la vida (del 8,8% en 2008 al 12,2% en 2013). Cabe resaltar que la marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo, seguida por la cocaína, el bazuco y el éxtasis. Del total de consumidores de drogas ilícitas en el último año, el 87% consume marihuana (Observatorio de Drogas en Colombia, 2017).

En cuanto al género el consumo se presenta más en hombres que en mujeres. De cada cinco personas que consumen, una es mujer y cuatro son hombres. El grupo de edad de mayor consumo es de 18 a 24 años (adultos jóvenes), seguido del grupo de 12 a 17 años (adolescentes). Aunque las diferencias entre estratos socioeconómicos no son tan amplias para la generalidad de las sustancias, se encuentran mayores tasas de abuso y dependencia en los estratos bajos, mayor proporción de consumidores de cocaína y éxtasis en los estratos altos, y el consumo de bazuco se reporta principalmente en los estratos 1 al 3 (Observatorio de Drogas en Colombia, 2017).

A nivel regional, esta encuesta presentó para el departamento de Santander una muestra de 940.491 personas en seis municipios del departamento. El 58 % de la muestra se aplicó en la ciudad de Bucaramanga, el 22 % en Floridablanca, el 9 % en Barrancabermeja, 6 % en Girón, el 3 % en Piedecuesta y el 2 % en San Gil. El 7,6% de las personas que hicieron parte del estudio respondieron haber consumido alguna sustancia ilícita en cualquier momento de su vida, de las cuales el mayor consumo lo presentó marihuana con el 6,1 %, seguido por cocaína 1,7% y bazuco 0,5%. Respecto al género hay una prevalencia superior en hombres más de cuatro veces con relación a las mujeres, conforme a la edad, el mayor consumo de sustancias ilícitas se observa en el grupo de 18 a 24 años (Ministerio de Justicia y del Derecho & Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2015).

Cabe resaltar que, según la UNDOC, (2013) la edad de inicio de consumo es aproximadamente a los 14 años, empezando comúnmente con el uso de sustancias legales como el alcohol y tabaco y posteriormente con sustancias ilegales como la marihuana, cocaína y bazuco.

En consonancia con lo anteriormente expuesto, Villarreal, Sánchez, Musitu & Varela, (2010) indica que dentro de las causas que se asocian al consumo de sustancias psicoactivas se encuentran el clima familiar conflictivo, las expectativas poco claras del comportamiento de los hijos, un control o supervisión pobres, la aplicación excesiva del castigo, baja cohesión o vinculación emocional entre la familia y escaso apoyo de los padres. Por este motivo, es importante indagar desde el contexto familiar las relaciones intrafamiliares, para identificar factores que llevan a la incidencia de esta problemática.

Relaciones intrafamiliares en consumidores de sustancias psicoactivas.

La familia es comprendida como un sistema constituido por un grupo de personas entrelazadas, cuyo vínculo se basa en las relaciones de parentesco fundadas por los lazos biológicos y/o afectivos, con funciones específicas para cada uno de sus miembros, una estructura jerárquica, normas y reglas definidas, en función del sistema social del que hacen parte (Amaris, Amar & Jiménez, 2007).

Por otro lado, Bouche (2003) menciona que la familia es un sistema dinámico, viviente sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdos a ellas. Esto coincide con lo dicho por Minuchin (1994), quien plantea que la familia es un grupo natural que en el curso del tiempo elabora pautas de interacción que constituyen: la estructura familiar, esta rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define conductas y facilita su interacción recíproca (Citado por Scarpati, Pertuz & Silva, 2014).

También, en el sistema familiar se dan las relaciones intrafamiliares, entendiéndose como interconexiones entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar

emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio (Rivera & Andrade, 2010).

La revisión del contexto familiar actual muestra que en los consumidores recaen exigencias sociales cada vez más fuertes, lo que se puede convertir en situaciones estresantes, como lo son: la presión económica constante, incorporación de los padres a jornadas de trabajo excesivamente largas, decremento de las redes sociales que den el soporte en la crianza de los hijos, familias con núcleos incompletos, familias ensambladas y hogares unipersonales (Cerrutti & Binstock, 2009). De esta manera, el consumidor no se enfrenta solamente a un ambiente sociocultural de poca supervisión, y permisivo hacia las drogas, sino que se desarrolla y convive dentro de un sistema familiar presionado por un contexto sociocultural complejo (Martínez, Hernández, Mayrén & Vargas, 2014).

Asimismo, Martínez et al. (2014) reconocen que la familia, al ser el grupo primario recibe las consecuencias directas de la adicción tales como: el deterioro de las relaciones familiares, hostilidad, desequilibrio afectivo y problemas de comunicación. De igual manera, el consumo de sustancias acarrea secuelas sociales, como el incremento de delincuencia, desintegración de las instituciones, baja productividad, incremento de accidentes y mortalidad.

Del mismo modo, Iraurgi, Sanz & Martínez, (2004) indican que los integrantes de familias disfuncionales son más vulnerables al consumo de drogas, debido a que se agudizan los conflictos en la comunicación y a nivel emocional y cognitivo, además de estar expuestos a desventajas por falta de recursos sociales (Citado por Martínez, Hernández, Mayrén & Vargas, 2014).

Cabe resaltar que para Butters (2002) la familia se considera como el contexto más importante e inmediato del desarrollo del individuo en la adolescencia, por esta razón, la calidad de las relaciones familiares es crucial para determinar la competencia y confianza con la que el adolescente afronta el periodo de transición de la infancia a la edad adulta (Citado por Vidal, 2015). Según Honess & Robinson, (1993) estas relaciones influyen en cómo los jóvenes adquieren su identidad y autonomía. Durante este periodo se pueden desencadenar problemas comportamentales generalmente asociados al consumo de sustancias psicoactivas y la dificultad para establecer relaciones íntimas significativas y duraderas fuera del contexto familiar (Citado por Vidal, 2015).

Para Forselledo, (1994) algunos de los factores de riesgo en la familia en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas son: ausencia de modelos definidos de autoridad y afecto, padres excesivamente rígidos y punitivos, ausencia de alguno de los dos progenitores, presencia de un padre adicto al alcohol o a las drogas, carencias en los modelos de comportamiento adecuados al contexto social, conflictos en la pareja parental, relaciones familiares que estimulan la dependencia, padres permisivos o desinteresados, limitada participación de los padres en la formación de los hijos y desintegración familiar.

También Rutter (1985) señaló que cuando un adolescente tiene dificultades psicológicas durante su desarrollo, estas podrían estar asociadas a diversos indicios de disfunción familiar como el divorcio de los padres, discusiones parentales crónicas, inestabilidad de los padres, lo que posteriormente puede llegar a provocar el inicio del consumo de drogas. Las familias disfuncionales son un fuerte factor de riesgo, generador de individuos con problemas comportamentales o de adaptación (Citado por Ortega, Hernández, Arévalo, Díaz & Torres, 2015).

Por otro lado, Macías, Orozco, Amarís & Zambrano (2012) hallaron que el uso de las estrategias de afrontamiento, como la solución de problemas, búsqueda de apoyo profesional y social, reevaluación positiva y expresión de la dificultad de afrontamiento, se puede fortalecer y mantener los recursos de la familia en situaciones estresantes como lo es el consumo, ya que esto busca prevenir y/o reducir la adicción.

Por lo mencionado anteriormente, Louro, (2005) mención que el afrontamiento familiar se expresa entonces como la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios (Citado por Macias, Madariaga, Valle & Zambrano, 2013), además de esto, para Lazarus y Folkman (1984) no existe un estilo único de afrontamiento, sino que se emplean diferentes estrategias dependiendo de las demandas que surgen a lo largo del proceso.

Según Hernánde(1991) dentro de la dinámica grupal de la familia, el afrontamiento se presenta como un esfuerzo por comprender los eventos que los afecta y tomar así algún tipo de acción sobre este. Se parte de la idea de que los procesos de interacción están determinados por los roles que cada miembro representa y las expectativas mutuas entre ellos (Citado por Macias, Madariaga, Valle & Zambrano, 2013).

A nivel familiar, las estrategias de afrontamiento tienen en cuenta dos dimensiones: la primera hace referencia a la realidad subjetiva de la familia y la segunda se refiere a la interacción del afrontamiento en la familia. De igual manera, el afrontamiento familiar es una respuesta grupal coordinada por las normas y reglas del sistema, asumiendo a partir de ellas que algunas estrategias específicas pueden ser más importantes que otras, especialmente sobre ciertos momentos del ciclo vital familiar y determinantes específicos (Galindo & Milena, 2003).

Estrategias de afrontamiento en consumidores de sustancias psicoactivas.

Lazarus & Folkman, (1984) definen las estrategias de afrontamiento como “un conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación” (Citado por Londoño et al. 2006, p.328).

Los estilos de afrontamiento pueden focalizarse en el problema, en la emoción o en la valoración de la situación; al dirigirse al problema, se consolida un estilo de afrontamiento orientado a manipular o alterar las condiciones responsables de la amenaza. Al dirigirse a la respuesta emocional, el estilo de afrontamiento se orienta a reducir o eliminar la respuesta emocional generada por la situación. Si se dirige a modificar la evaluación inicial de la situación, el estilo de afrontamiento tiende a reevaluar el problema (Londoño et al. 2006).

Fernández, Abascal & Palmero, (1999) mencionan que los esfuerzos cognitivos o comportamentales pueden darse de manera activa, pasiva o evitativa; activa al movilizar esfuerzos para los distintos tipos de solución de la situación, pasiva al basarse en no hacer nada directamente sobre la situación y esperar que cambien las condiciones, y de manera evitativa, intentando evitar o huir de la situación y/o de sus consecuencias (Citado por Londoño et al. 2006). En el caso del consumo de SPA se reporta el uso de estrategias de tipo evitativo, como el regular los estados emocionales negativos, el olvidarse temporalmente de los problemas y el buscar soluciones mágicas a los problemas; no obstante, estas motivaciones pueden facilitar la aparición de nuevas situaciones estresantes y reducir el desarrollo de las habilidades personales (Solano, 2017).

Por otra parte, también se utiliza con frecuencia la reacción agresiva para resolver diferentes situaciones, Juárez, (2000) en su investigación afirma que la relación más precisa entre el consumo de SPA y la agresión se obtiene analizando la influencia de dicho consumo en el patrón de conducta violenta, el cual se considera dichas conductas como parte de la vida cotidiana. En este sentido, se ha señalado que el comportamiento agresivo es algo con lo que se ha aprendido a vivir (Citado por Juárez, Galindo & Santos, 2010).

La relación entre el consumo de drogas y el desarrollo de conductas violentas se puede evidenciar en la actualidad por numerosos estudios que muestran altas tasas de violencia entre los pacientes drogodependientes que acuden a tratamiento (Clements & Schumacher, 2010; Fernández, López & Arteaga, 2011; Fernández, López, Arteaga & Cacho, 2013) por lo que se refiere más específicamente a la violencia de pareja y la violencia intrafamiliar como los principales datos que se repiten en los diferentes estudios, ocurriendo así, por la elevada presencia de consumo de alcohol y/o de otras drogas.

De igual manera, para Acosta, Galindo & Santos, (2015) reportan que los abusadores de sustancias psicoactivas se involucran en comportamientos violentos como en actividades ilegales, comenzando con el robo doméstico, continuando con el robo menor y aumentando su actividad delictiva a medida que la adicción se incrementa.

A su vez, McCubbin (1993) encontró que los consumidores para manejar las experiencias estresantes utilizan estrategias como: búsqueda de apoyo social, solución de problemas, evasión de los problemas y búsqueda de apoyo espiritual (Citado por Macías, Orozco & Zambrano, 2013). Se observó que los adolescentes y adultos muestran variabilidad en la orientación de su afrontamiento hacia la emoción o hacia el problema, como también Cervantes (2005) en su investigación concluyó la tendencia de un afrontamiento dirigido al problema; sin embargo, este

tiende a ser paliativo cuando se combinan estrategias, tales como la evitación, ignorar el problema, espera y religión.

Para entrelazar lo mencionado anteriormente, Linage y Gómez, (2012) revelaron que aquellos jóvenes que experimentaron estrés presentaron tres veces más riesgo de consumir sustancias, así como de emplear en mayor medida estrategias de afrontamiento evitativas, por ejemplo: no enfrentar el problema, la reducción de la tensión, ignorar el problema o mostrarse reservado.

Por último, cabe resaltar dos modelos que se han empleado en investigaciones y abordan las estrategias de afrontamiento en consumidores. El primero es el *Modelo de Afrontamiento al Estrés* creado por Wagner, Myers y Inch (1999) con éste se comprobó que los adolescentes que utilizan estrategias centradas en el afrontamiento a las situaciones de estrés consumían menos que los que utilizaban estrategias de evitación, similares resultados se han encontrado en población adulta, apoyando la idea de que las estrategias de afrontamiento al estrés predicen el uso de drogas en adolescentes y adultos (citado por Llorens, Perelló & Palmer, 2004).

El segundo es el *Modelo de Prevención de Recaídas* de Marlatt y Gordon (1985) éste señala la importancia del uso de estrategias de afrontamiento para evitar el consumo de drogas y poder mantener la abstinencia, donde podría producirse el reinicio del consumo cuando el sujeto tiene que enfrentarse a situaciones de alto riesgo y no utiliza apropiadamente las estrategias de afrontamiento (Solano, 2017). Desde este modelo se subraya la importancia del entrenamiento en estrategias de afrontamiento tanto conductuales como cognitivas, las cuales prevén las futuras situaciones de alto riesgo, el entrenamiento en resolución de problemas y las respuestas asertivas en dichas situaciones (Solano, 2017).

Por lo mencionado anteriormente, se ve la necesidad de prevenir el inicio del consumo, como su reincidencia, debido a que el uso de ciertos estimulantes (por inyección o de otro modo) aumenta la probabilidad de comportamientos de alto riesgo y de enfermedades como el VIH y la hepatitis C, puesto que tres de cada siete personas que se inyectan drogas vive con el VIH, y una de cada dos con la hepatitis C. Esas personas son un grupo importante de la población en riesgo de contraer esas enfermedades, es decir casi un tercio de los nuevos contagiados por el VIH son consumidores de drogas (UNDOC, 2016).

METODOLOGIA

Enfoque, Diseño y Alcance

La presente investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo, debido a que las estrategias de afrontamiento y las relaciones intrafamiliares, fueron evaluadas a través de escalas psicométricas que miden la frecuencia e intensidad y dimensiones de estos constructos de alcance descriptivo-correlacional, con un diseño no experimental de corte transversal (Hernández, Fernández & Baptista, 2010) puesto que se buscó identificar la relación entre dos variables: estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares, en su contexto natural.

Participantes

La muestra estuvo conformada por 30 hombres consumidores de sustancias psicoactivas quienes se encontraban bajo tratamiento terapéutico, siendo seleccionados mediante un muestreo de tipo no probabilístico y por conveniencia, y considerando el número de residentes beneficiarios de la fundación en un periodo de cuatro meses, correspondiente al comprendido entre agosto y noviembre del 2018.

La selección de los participantes se realizó considerando los siguientes criterios de inclusión:

- Hombres con una edad mayor o igual a 15 años.
- Contar con un diagnóstico previo de trastorno relacionado con sustancias por parte de la psicóloga y el psiquiatra vinculados a la institución.
- Un nivel básico de comprensión lectora (haber aprobado cuarto de primaria)

- Contar con un periodo mínimo de un mes de tratamiento terapéutico en la fundación, debido a que esta es la fase de desintoxicación y adaptación.

Respecto a los criterios de exclusión se mencionan:

- Reporte subjetivo de dificultades en la comprensión de los instrumentos.
- Reporte de dificultades visuales y auditivas no corregidas.
- Reporte de antecedentes neurológicos, como etiológicas del daño cerebral: ACV, TCE, neoplasias o epilepsia, que puedan asociarse con dificultades cognitivas que afecten la comprensión.
- Reporte de consumo de fármacos psiquiátricos al momento de la evaluación, que puedan afectar los niveles de atención durante la sesión (residentes con diagnóstico dual).

Considerando lo anterior en el momento de la evaluación se contó con la participación de 35 residentes, de los cuales 5 fueron excluidos debido a que no cumplían con algunos criterios de inclusión, quedando así un total de 30 participantes. La edad promedio de la muestra fue 24, 5 años con una desviación estándar de 5,53. Por último, es importante mencionar que los residentes fueron clasificados acordes a la fase de tratamiento en el momento de la aplicación, primera fase (inducción), segunda fase (Introspección, Identificación y Crecimiento), tercera fase (Crecimiento Intensivo) (Ver tabla 1).

Tabla 1 *Clasificación fases de tratamiento*

Fases de tratamiento	Frecuencia	%
Primera fase (compromiso existencial)	9	30,00%
Segunda fase (grupos)	17	56,67%
Tercera fase (Niveles)	4	13,33%

Instrumentos

Seguidamente se ofrece una descripción de los instrumentos empleados haciendo referencia a su respectiva orientación, operacionalización e interpretación de variables, además de propiedades psicométricas, presentándose en el orden en el cual se administraron a lo largo de la sesión.

Ficha de ingreso: Formato elaborado para el presente estudio (Ver apéndice A) y administrado de manera dirigida con el fin de obtener datos sociodemográficos (edad, escolaridad, estrato socioeconómico y antecedentes penales), historial de consumo (sustancia recurrente, diagnóstico psiquiátrico, fase de tratamiento, inicio de tratamiento, inicio de consumo y tiempo de último consumo) teniendo como base la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIST (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2011) (tipología familiar, familiar cercano, familiar distante y familiar solución), información recolectada en estudios sobre caracterización de factores familiares (Trujillo, Córdoba & Vásquez, 2016) y (Ruiz, Hernández, Arévalo, Vargas, 2014) A su vez, su empleo posibilitó la verificación de los criterios de inclusión y exclusión.

Escala de Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M). (Ver apéndice B) (Londoño et al., 2006). Es una escala que según Lazarus & Folkman, (1984) “tiene como fin evaluar el conjunto de recursos y esfuerzos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación” (citado por Londoño et al. 2006, p. 328). Esta escala fue desarrollada por primera vez por Lazarus y Folkman en 1984 (*Ways of Coping Instrument, WCI*), posteriormente, en 1993, Chorot y Sandín realizaron una versión modificada y mejorada, denominada *Escala de Estrategias de Coping - Revisado* (EECR) y finalmente, Londoño et al. (2006) llevaron a cabo la validación en una muestra colombiana con la Escala de Estrategias de Coping -Modificada (EEC-M) obteniendo un α Cronbach de 0,847. En esta se identificaron las propiedades psicométricas y validez estructural. La muestra fue elegida por conveniencia en estudiantes universitarios y personas laboralmente activas. Participaron 893 personas (44,7% mujeres y 55,3% hombres). Se realizó el análisis factorial exploratorio de la prueba, reagrupándose los ítems en 12 factores que representaron el 58% de la varianza. (Londoño et al. 2006).

La escala se encuentra conformada por 69 ítems, las opciones de respuesta se presentan en escala tipo Likert distribuidas en un rango de 1 a 6, de acuerdo a los grados frecuencia del uso de la estrategia: Nunca (1), Casi nunca (2), A veces (3), Frecuentemente (4), Casi siempre (5), Siempre (6). Su estructura corresponde a 12 estrategias, las cuales se describen a continuación, precisando los ítems que la conforman y reportando sus valores de consistencia interna (confiabilidad) según Londoño y colaboradores (2006) (Ver tabla 4).

Tabla 2

Descripción de las estrategias de afrontamiento

Estrategias	Definición	Ítems que la conforman	Alfa de Cronbach
Solución de problemas (SP)	Consiste en implementar una serie de acciones enfocadas hacia la solución del problema, considerando la ocasión más adecuada para examinarlo y actuar (Londoño et al,2006).	10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51, 68	0,86
Búsqueda de apoyo social (BAS)	Hace referencia al apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, para tolerar o enfrentar la situación problema (Londoño et al,2006).	6, 14, 23, 24, 34, 47, 57	0,905
Espera (ESP)	Se estima que con el tiempo los problemas se solventan, hay una espera con expectativas positivas de solución (Londoño et al,2006).	9, 18, 27, 29, 38, 40, 50, 60, 69	0,844
Religión (REL)	La oración y el rezo son estrategias para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo (Londoño et al,2006).	8, 16, 25, 36, 49, 59, 67	0,890
Evitación emocional (EE)	Se enfoca en esconder o retraer las propias emociones, por la carga que éstas proporcionan y la presunta desaprobación social (Londoño et al,2006).	11, 20, 21, 30, 41, 43, 53, 62	0,827
Búsqueda de apoyo profesional (BAP)	Busca emplear recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sus diferentes alternativas para solucionarlo (Londoño et al,2006).	7, 15, 35, 48, 58	0,880
Reacción agresiva (RA)	Expresión impulsiva de la emoción de la ira hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos ante un problema (Londoño et al,2006).	4, 12, 22, 33, 44	0,832
Evitación cognitiva (EC)	Se enfatiza en evitar pensar en el problema, contrarrestando los pensamientos que el individuo considera	31, 32, 42, 54, 63	0,782

	negativos a través de la distracción (Londoño et al,2006).		
Reevaluación positiva (RP)	Se busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema (Londoño et al,2006).	5, 13, 46, 56, 64	0,802
Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA)	Se trata de una inclinación a manifestar los obstáculos respecto al afrontamiento de las emociones que surgen por alguna circunstancia, la expresión de estas emociones y la resolución de la problemática (Londoño et al,2006).	45, 52, 55, 61	0,689
Negación (NG)	Se trata de no pensar en el problema y alejarse de manera temporal de las situaciones que se relacionan con él (Londoño et al,2006).	1, 2, 3	0,651
Autonomía (AUT)	Busca la solución al problema sin contar con la ayuda de familiares, amigos o profesionales, haciéndole frente de manera independiente (Londoño et al,2006).	65, 66	0,712

Para este estudio se eligió la escala descrita anteriormente, debido a su uso en diferentes investigaciones realizadas en el contexto colombiano, como Albarracín & Espinosa, (2012), Nieto, (2012) y Ardila, Castellar & Galvis (2015), las cuales buscaban indagar las diferentes estrategias empleadas por consumidores de sustancias psicoactivas.

Operacionalización de las Escalas de Afrontamiento.

Tratándose de una escala con ítems tipo Likert, para los análisis realizados en el presente estudio se llevó a cabo una sumatoria de las puntuaciones al interior de las 12 escalas de afrontamiento anteriormente descritas, obteniendo así un valor por cada factor como una variable aislada que mide una determinada estrategia de afrontamiento tal y como lo plantean autores como Londoño et al, (2006), Lazarus & Folkam (1984) y Chorot & Sandín (1993).

Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.) (Ver apéndice C) (Rivera & Andrade, 2010). Es una escala que según Rivera & Andrade, (2010) tiene como fin evaluar las relaciones intrafamiliares que son:

las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio (pp.17)

Esta fue desarrollada por Rivera y Andrade en 2010 a partir de una investigación realizada en 1992. Para su elaboración se tuvo en cuenta los siguientes instrumentos: Family Environment Scale (FES) 1974, Family Adaptation and Cohesion Scale II (FACES) 1983, Family Assesment Device (FAD) 1983, Family of Origin Scale (FOS) 1985 y Escala de funcionamiento familiar (EFF) 1987.

Para la validación del instrumento la muestra estuvo conformada por 671 participantes del país de México (342 mujeres y 329 hombres) cuyas edades fluctuaron entre los 14 y los 23 años. Los reactivos elegidos de los instrumentos mencionados anteriormente fueron sometidos a un proceso de eliminación. Posteriormente se les aplicó un análisis factorial utilizándose la técnica de extracción denominada "PC" o de componentes principales, para finalmente llegar a la construcción del Instrumento de "Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares".

Este instrumento está conformado por 56 ítems, las opciones de respuesta se presentan en escala tipo Likert en un rango de 1 a 5, distribuido así: Total en Desacuerdo (1), En Desacuerdo (2), Neutral (3), De Acuerdo (4) y Totalmente de Acuerdo (5). La escala está estructurada en tres dimensiones presentándose a continuación una descripción de estas junto con los ítems que la componen y su confiabilidad (Ver tabla 5).

Tabla 3

Descripción de las dimensiones de las relaciones intrafamiliares

Dimensiones	Definición	Ítems que la conforman	Alfa de Cronbach
Unión y Apoyo	Es la tendencia de la familia a realizar actividades en conjunto, de convivir y apoyarse mutuamente (Rivera & Andrade, 2010).	5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55	0,92
Expresión	Se refiere a la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia de forma respetuosa (Rivera & Andrade, 2010).	1, 3, 6, 11, 13, 16, 18, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 36, 38, 41, 43, 46, 48, 51, 53.	0,95
Dificultades	Busca evaluar los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados como: indeseables, negativos, problemáticos o difíciles (Rivera & Andrade, 2010).	2, 4, 7, 9, 12, 14, 17, 19, 22, 24, 27, 29, 32, 34, 37, 39, 42, 44, 47, 49, 52, 54, 56.	0,93

Para este estudio se eligió la escala descrita anteriormente, debido a su confiabilidad y a su uso en diferentes investigaciones realizadas en contextos latinoamericanos como México (Bonilla, Núñez, Domínguez & Callejas, 2017) y Ecuador (Narvárez & Castro, 2017), (López & Almeida, 2018), las cuales buscaban indagar sobre las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en consumidores de sustancias psicoactivas pertenecientes a una comunidad terapéutica y en adolescentes escolarizados.

Consideraciones Éticas

Esta investigación se realizó teniendo en cuenta las normas colombianas para la investigación regidas por el Ministerio de Salud en la Resolución N 008430 de 1993, en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Según la clasificación dada en el artículo 11, de dicha Resolución, esta investigación fue sin riesgo, puesto que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes.

Cabe resaltar que se empleó un consentimiento informado creado de acuerdo al artículo 14 de la Resolución antes mencionada. En este se explicó los objetivos, procedimientos y beneficios de la investigación. Así mismo, se especificó la confidencialidad de la información obtenida y la posibilidad de retirarse del estudio sin necesidad de dar una explicación o justificación (Ver apéndice D).

Procedimiento

Inicialmente, se realizó una gestión con el departamento administrativo de la Corporación Hogares Crea, presentando la propuesta de investigación y una carta a través de la cual se solicitó de manera formal el apoyo y la autorización para su ejecución. Tras la aprobación por parte de los directivos de dicha Corporación, se posibilitó el contacto con los residentes quienes cumplían con los criterios de inclusión planteados en el estudio. Estos residentes accedieron a participar de forma voluntaria al firmar el consentimiento informado suministrado con antelación, posteriormente, se procedió a administrar la *Ficha de Ingreso*, la *Escala de Estrategias de Coping Modificada* (EEC-M) y finalmente, la *Escala de las Dimensiones de las Relaciones Intrafamiliares* (E.R.I). Merece mencionarse que la aplicación se efectuó en una

única sesión en un tiempo aproximado de 50 minutos, se llevó a cabo de forma individual, a manera de entrevista, en la cual los investigadores ofrecieron asesoramiento o aclaración ante cualquier duda del evaluado, a su vez contaron con una ficha que les señalaba las opciones de respuesta para cada ítem abordado a lo largo del diligenciamiento de las escalas.

Una vez culminada la recolección de la información de la muestra, se sistematizaron los datos obtenidos con la ayuda de Microsoft Excel, mediante la elaboración de una base de datos que contenía la información de la ficha de ingreso y las puntuaciones alcanzadas en las dos pruebas de cada uno de los residentes. Luego de seleccionar la información que se iba a procesar, se ejecutaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales que permitieron la consecución de los objetivos planteados.

Finalmente, luego de realizar los análisis de los datos y de efectuar la respectiva descripción de la información obtenida, discutiendo lo hallado frente a la literatura examinada y extrayendo las correspondientes conclusiones, se generó el informe final del presente proyecto de investigación.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Realizada la ejecución del protocolo de investigación, se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel con la información derivada de la *ficha de ingreso*, la escala de coping *EEC-M* y la escala *ERI*. Posteriormente, se llevaron a cabo análisis estadísticos orientados a resolver cada objetivo específico previamente formulado.

Para el primero de los objetivos específicos, el cual implicó la descripción de la muestra de consumidores de sustancias psicoactivas se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión con variables como la edad, y a su vez se realizaron análisis de frecuencias absolutas y relativas con variables relacionadas con *características sociodemográficas, historial de consumo y características familiares*.

En cuanto al segundo y el tercero de los objetivos específicos se obtuvieron los puntajes correspondientes de cada estrategia de afrontamiento del *EEC-M* realizando un análisis descriptivo, orientados a caracterizar el nivel de uso de las diferentes estrategias de afrontamiento en contraste con datos normativos colombianos de una muestra general ofrecidos por Londoño et al. (2006); mientras que para las puntuaciones derivadas de la escala *ERI* se calcularon los respectivos puntajes de las dimensiones intrafamiliares, llevándose a cabo un análisis de frecuencias según los niveles de intensidad para la *Unión y Apoyo*, la *Expresión* y las *Dificultades Familiares* como lo describen Rivera y Andrade, (2010).

Finalmente, respecto al cuarto objetivo específico. Mediante el programa SigmaStat 3.5, se llevaron a cabo pruebas de normalidad tanto para las puntuaciones de las 12 estrategias de afrontamiento (*EEC-M*) como para las tres dimensiones intrafamiliares (*ERI*), a partir de los cuales se consideró la realización de un análisis de correlación de Pearson entre las variables

mencionadas. Merece mencionarse que se estimaron los *valores r* (rho Pearson) y los *valores p* de probabilidad de error, considerado para el establecimiento de asociaciones significativas aquellos menores al 5% ($p < 0.05$).

RESULTADOS

1. Características sociodemográficas, historial de consumo y familiares de la muestra

La muestra estuvo conformada por 30 residentes pertenecientes a la Corporación Hogares Crea del municipio de Piedecuesta, seleccionados de manera intencional a partir de los criterios de inclusión/exclusión planteados, y con una edad promedio de 24, 5 años con una desviación estándar de 5,53.

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en los tres apartados abordados en la ficha de ingreso basada en la entrevista semiestructurada:

A. Características sociodemográficas de la muestra

En la tabla 4 se muestra las características sociodemográficas de acuerdo a la escolaridad, estrato socioeconómico y antecedentes penales. Se logró evidenciar que el 50% de la muestra terminaron los estudios de básica secundaria y el 3,33% realizaron estudios complementarios. En cuanto al estrato socioeconómico el 43,3% tiene un nivel bajo (dos). Por otro lado, el 66,67% no presenta ningún antecedente penal, sin embargo, entre las modalidades de delitos más recurrente se encuentra el hurto agravado calificado con un 23,33%.

Tabla 4.

Características sociodemográficas de los participantes

	Características	Frecuencia	%
Escolaridad	Primaria sin terminar	3	10,00%
	Primaria	2	6,67%
	Secundaria sin terminar	9	30,00%
	Secundaria	15	50,00%
	Técnico	1	3,33%
Estrato	1	6	20,00%
	2	13	43,3%
	3	9	30,00%
	4	2	6,6%
Antecedentes penales	Hurto agravado calificado	7	23,33%
	Porte ilegal armas	1	3,33%
	Tráfico estupefacientes	2	6,67%
	Ninguno	20	66,67%

B. Características del historial de consumo de los participantes

En la tabla 5 se muestra las características del historial de consumo en cuanto a la sustancia de consumo más recurrente, el diagnóstico psiquiátrico, fase de tratamiento, inicio de tratamiento, inicio de consumo y tiempo de último consumo. Se identificó que en cuanto a la sustancia más recurrente se encuentra la marihuana con un 33,33% y con menos recurrencia los barbitúricos con un 6,67%. Por otro lado, respecto al diagnóstico psiquiátrico el 93,33% padecen de un trastorno relacionado a sustancias y el 6,67% presentan un diagnóstico comórbido con depresión mayor. Además, el 56,67% se encuentran en la segunda fase de tratamiento (grupos) y el 13,33% en la tercera fase (nivel). De acuerdo al inicio de tratamiento el 80% llevan de 1 a 5 meses. Con referencia al tiempo de consumo el 30% lleva de 7 a 12 años consumiendo y solo el 3,33% de 25 a 30 años. Por último, se encontró que el 83,33% llevan de 1 a 5 meses sin consumir y el 6,66% de 12 a 15 meses, lo que está relacionado con los resultados obtenidos en el inicio de tratamiento.

Tabla 5.
Características de historial de consumo de los participantes

	Características	Frecuencia	%
Sustancia recurrente	Marihuana	10	33,33%
	Bazuco	6	20,00%
	Alcohol	5	16,67%
	Cocaína	7	23,33%
	Barbitúricos	2	6,67%
Diagnostico psiquiátrico	Trastorno relacionado con sustancias	28	93,33%
	Depresión mayor	2	6,67%
Fase de tratamiento	Primera fase	9	30,00%
	Segunda fase	17	56,67%
	Tercera fase	4	13,33%
Inicio de tratamiento	1 a 5 meses	24	80,00%
	6 a 11 meses	3	10,00%
	12 a 15 meses	3	10,00%
Tiempo de consumo	1 a 6 años	7	23,33%
	7 a 12 años	9	30,00%
	13 a 18 años	8	26,66%
	19 a 24 años	5	16,66%
	25 a 30 años	1	3,33%
Tiempo de último consumo	1 a 5 meses	25	83,33%
	6 a 11 meses	3	10,00%
	12 a 15 meses	2	6,66%

C. Características familiares de los participantes.

En la tabla 6 se muestra las características familiares de acuerdo a tipología familiar, familiar cercano, familiar distante y familiar solución. Referente a la tipología familiar el 23,33% son unipersonales y el 3,33% la conforman su pareja/ pareja e hijos. Respecto al familiar más cercano el 30% refirió a su madre y al más distante el padre/hermana con un 23,33%. Por último, el familiar a quien acuden para afrontar un problema es la madre con un 33,3%.

Tabla 6.

Características familiares de los participantes

	Características	Frecuencia	%
Tipología familiar	Nuclear	6	20,00%
	Monoparental	6	20,00%
	Extensa	6	20,00%
	Unipersonales	7	23,33%
	Pareja	1	3,33%
	Pareja e hijos	1	3,33%
	Hermanos	3	10,00%
Familiar cercano	Padres	2	6,67%
	Padre	5	16,67%
	Madre	9	30,00%
	Hermano	2	6,67%
	Hermana	6	20,00%
	Hijo	2	6,67%
	Primo	1	3,33%
	Sobrino	1	3,33%
	Pareja	1	3,33%
	Ninguno	1	3,33%
Familiar distante	Padre	7	23,33%
	Madre	6	20,00%
	Padraastro	1	3,33%
	Hermano	2	6,67%
	Hermana	7	23,33%
	Tío	3	10,00%
	Primo	2	6,67%
	Abuelo	1	3,33%
	Ninguno	1	3,33%
Familiar solución	Padre	5	16,67%
	Madre	10	33,3%
	Hermana	3	10,00%
	Tío	2	6,67%
	Primo	1	3,33%
	Abuelo	1	3,33%
	Ninguno	8	26,67%

Nota: Familiar solución= Familiar a quien acude cuando tiene un problema.

2. Descripción de las estrategias de afrontamiento empleadas por los consumidores de sustancias psicoactivas

Con el fin de dar cumplimiento al segundo objetivo específico: *Describir las estrategias de afrontamiento empleadas por los consumidores de sustancias psicoactivas, mediante la Escala de Estrategias de Coping Modificada*. Se llevaron a cabo dos análisis que contrastaron las puntuaciones de la muestra en cada una de las 12 dimensiones de la Escala de Afrontamiento, con los valores normativos (*media y desviación estándar*) de esta escala establecidos por Londoño et al. (2006) en su adaptación al contexto colombiano.

El primero de estos análisis consistió en transformar los puntajes de los participantes en cada una de las dimensiones de las escalas de afrontamiento en *puntuaciones Z*, a partir de la media y desviaciones estándar normativas reportadas por Londoño et al. (2006).

Considerando que estas puntuaciones, expresan qué tan alejados se encuentra cada participante de la media normativa en unidades de desviación estándar, posteriormente se realizó un análisis de frecuencias relativas el cual permitió considerar la cantidad de evaluados en rangos de desviaciones estándar, es decir, cifras que representan el porcentaje de participantes en la franja normativa (entre +1 y -1 desviación estándar), como también la proporción de sujetos ubicados una o más desviaciones estándar por encima o por debajo de la media normativa.

Con el análisis expuesto anteriormente se puede considerar el nivel de uso de la estrategia de afrontamiento que difiere significativamente respecto a la muestra normativa, también, se puede obtener un posible perfil de afrontamiento en el cual se revele cuáles estrategias son las que se destacan por un mayor o un menor empleo.

A continuación, en la tabla 8, *en la parte superior* se presentan datos de la media y desviación estándar tanto normativas como de la muestra evaluada. *En la sección media*, se muestran las

cifras de frecuencias relativas (porcentajes) en rangos de desviaciones estándar derivados del cálculo de las Puntuaciones Z, de las Estrategias de Afrontamiento. Como se evidencia en la tabla las más utilizadas son Espera, Religión, Evitación Emocional, Búsqueda de Apoyo profesional y Reacción Agresiva, las demás estrategias se encontraron dentro del rango de normalidad. Finalmente, *en la sección inferior* se presenta resultados de la prueba *t* (pos hoc-Holm Sidak) considerando un valor de probabilidad de error al 5% ($p < 0,05$).

Tabla 7.

Análisis estadístico en la EE-CM considerando las medias y desviaciones estándar de los datos normativos y de la muestra evaluada

Medias y Desviaciones Estándar correspondientes a Estrategias de Afrontamiento												
	Solución problemas	Búsqueda Apoyo Social	Espera	Religión	Evitación Emocional	Búsqueda apoyo profesional	Reacción Agresiva	Evitación Cognitiva	Reeval. Positiva	Exp. Dificultad Afront.	Negación	Autonomía
Datos Normativos (M± D.E) (n=893)	33,5± 8,4	23,2±8,2	22,5±7,5	20,7±9,0	25±7,6	11±5,6	12,7±5,1	15,9±4,9	18,4±5,4	14,8±4,8	8,8±3,3	6,8±2,8
Datos Muestra (M± D.E) (n=30)	33,9±8,5	20,9±8,4	26,3±9,1	25,1±9,0	30,7±6,8	14,7±8,4	17,4±5,9	17,8±3,5	19,6±6,1	12,9±3,6	9,7±3,3	6,7±2,6
Puntuaciones de Distribución de la Muestra de acuerdo a Puntuaciones Z												
Más de 1 D.E sobre la Media Normativa (≥+1D.E)	20,0%	16,7%	30,0%	36,7%	30,0%	36,7%	53,3%	33,3%	33,3%	6,7%	26,7%	13,3%
Franja Normativa Entre -1D.E+ 1D.E	70,0%	63,3%	60,0%	53,3%	70,0%	43,3%	40,0%	63,3%	56,7%	76,7%	60,0%	76,7%
Más de 1 D.E bajo la Media Normativa (<-1D.E)	10,0%	20,0%	10,0%	10,0%	0,0%	20,0%	6,7%	3,3%	10,0%	16,7%	13,3%	10,0%
Resultados comparación POS HOC-HOLM SIDAK entre Puntuaciones Normativas y la Muestra Evaluada en cada Estrategia Afrontamiento												
Test Pos Hoc (Holm-Sidak)	t= -0,25	t=1,50	t=-2,71	t=-2,63	t=-4,05	t=-3,49	t=-4,93	t=-2,10	t=-1,49	t=2,14	t=-1,46	t=0,19
Valor P	p= 0,798	p=0,132	p=0,007	p=0,009	p=<0,001	p=<0,001	p=<0,001	p=0,036	p=0,137	p=0,032	p=0,142	p=0,847

Nota:EEC-M =Escala de Estrategia de Coping- Modificada; M=Media;D.E= Desviación estándar; N=Tamaño de muestra

3. Niveles percibidos de las dimensiones de las relaciones intrafamiliares de los consumidores de sustancias psicoactivas

Por otro lado, con el objeto de resolver el tercer objetivo específico: *Evaluar las dimensiones de las relaciones intrafamiliares de los consumidores de sustancias psicoactivas, mediante la Escala ERI*. Se realizó un análisis de frecuencia con la puntuación total alcanzada por los participantes en la escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (E.R.I), contrastando este dato con los rangos de valores ofrecidos por Rivera & Andrade, (2010), las cuales establecieron los siguientes niveles, según cada dimensión: expresión alto (94-110), medio alto (77-93), medio (56-76), medio bajo (39-55) y bajo (22-38), dificultades, alto (98-115), medio alto (80-97), medio (59-79), medio bajo (41-58) y bajo (23-40) y unión, alto (47-55), medio alto (38-46), medio (29-37), medio bajo (20-28) y bajo (11-19). A continuación, en la tabla 8 se presentará las cifras de frecuencias absolutas y relativas (porcentaje) derivadas del análisis.

Tabla 8.

Frecuencias absolutas y relativas de la muestra evaluada considerando los niveles en la escala evaluación de las relaciones intrafamiliares establecidas por Rivera & Andrade (2010).

Dimensiones		Alto	Medio alto	Medio	Medio bajo	Bajo
Expresión	Frecuencia absoluta	1	9	14	6	0
	Frecuencia relativa	3,3%	30,0%	46,7%	20,0%	0,0%
Dificultades	Frecuencia absoluta	0	0	14	16	0
	Frecuencia relativa	0,0%	0,0%	46,7%	53,3%	0,0%
Unión	Frecuencia absoluta	3	14	7	6	0
	Frecuencia relativa	10,0%	46,7%	23,3%	20,0%	0,0%

Como se puede observar en la dimensión de expresión el 46,7% se encuentran en un nivel medio, con respecto a dificultades el 53,3% en un nivel medio bajo y por último en unión el 46,7% en un nivel medio alto. Eso refleja que la mayoría de los residentes se encuentran en porcentaje intermedios de acuerdo a los rangos referenciados por los autores previamente citados.

4. Análisis de la relación entre estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en los consumidores de sustancias psicoactivas

Con la finalidad de dar cumplimiento al último objetivo: *Analizar la relación entre estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en los consumidores de sustancias psicoactivas* Se efectuaron dos análisis. Con la ejecución del primero de ellos se facilitaría de cuál estadístico sería el más apropiado para poder realizar el segundo análisis, el de correlación (Coeficiente de correlación de Pearson o Spearman) de este modo se ejecutó en primer lugar la prueba de normalidad Kolmogorov- Sminorv con el propósito de conocer si la muestra tenía una distribución normal, encontrándose que once (**nueve** correspondiente la Escala de Estrategias de Afrontamiento y **dos** a la Escala de las Dimensiones de las Relaciones Intrafamiliares) obtuvieron una probabilidad superior al nivel de significancia $p=0,05$ (Ver tabla 9). Estos resultados permitieron concluir que las puntuaciones en la mayoría de las variables se ajustan a una distribución normal, razón por la cual se optó por utilizar para el segundo análisis, el coeficiente de correlación de Pearson (r), entre los factores de la Escala de Estrategias de Coping y las puntuaciones derivadas de la Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares, se obtuvo los resultados que se pueden evidenciar en la tabla 10.

Tabla 9.
Prueba de normalidad de Kolmogorov- Sminorv

		Estadístico Kolmogorov- Sminorv	Sig.
<i>Estrategias de Afrontamiento EEC-M.</i>	Solución de problemas	K-S Dist. = 0,156	P = 0,061
	Apoyo social	K-S Dist. = 0,162	P = 0,043
	Espera	K-S Dist. = 0,142	P = 0,125
	Religión	K-S Dist. = 0,108	P > 0,200
	Evitación emocional	K-S Dist. = 0,139	P = 0,145
	Búsqueda de apoyo profesional	K-S Dist. = 0,149	P = 0,085
	Reacción agresiva	K-S Dist. = 0,102	P > 0,200
	Evitación cognitiva	K-S Dist. = 0,148	P = 0,093
	Reevaluación positiva	K-S Dist. = 0,208	P = 0,002
	Expresión de la dificultad del afrontamiento	K-S Dist. = 0,172	P = 0,024
	Negación	K-S Dist. = 0,128	P > 0,200
Autonomía	K-S Dist. = 0,142	P = 0,125	
<i>Dimensiones Intrafamiliares del ERI.</i>	Unión	K-S Dist. = 0,125	P > 0,200
	Expresión	K-S Dist. = 0,126	P > 0,200
	Dificultades	K-S Dist. = 0,164	P = 0,039

Tabla 10.

Correlación entre las Estrategias de Afrontamiento de Coping y las puntuaciones derivadas de la Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares

	ESCALA DE EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES		
	UNIÓN	EXPRESIÓN	DIFICULTADES
(SOLUCIÓN DE PROBLEMAS)			
Valor r (Rho)	0,095	0,379	0,008
Valor p	0,617	0,039	0,96

(BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL)

Valor r (Rho)	0,122	0,358	-0,142
Valor <i>p</i>	0,52	0,052	0,45

(ESPERA)

Valor r (Rho)	-0,236	-0,208	0,27
Valor <i>p</i>	0,21	0,27	0,14

(RELIGION)

Valor r (Rho)	0,141	0,076	-0,077
Valor <i>p</i>	0,457	0,68	0,68

(EVITACIÓN EMOCIONAL)

Valor r (Rho)	-0,020	-0,273	0,21
Valor <i>p</i>	0,914	0,145	0,26

(BUSQUEDA DE APOYO PROFESIONAL)

Valor r (Rho)	0,044	0,109	0,0005
Valor <i>p</i>	0,814	0,56	0,99

(REACCIÓN AGRESIVA)

Valor r (Rho)	-0,045	0,097	0,078
Valor <i>p</i>	0,81	0,60	0,67

(EVITACIÓN COGNITIVA)

Valor r (Rho)	0,169	0,216	0,091
Valor <i>p</i>	0,372	0,25	0,62

(REEVALUACIÓN POSITIVA)

Valor r (Rho) 0,009 0,207 -0,022

Valor p 0,958 0,274 0,908

(EXPRESIÓN DIFICULTAD AFRONTAMIENTO)

Valor r (Rho) -0,375 -0,272 0,078

Valor p 0,040 0,14 0,68

(NEGACIÓN)

Valor r (Rho) -0,174 -0,065 0,149

Valor p 0,357 0,73 0,43

(AUTONOMIA)

Valor r (Rho) 0,157 -0,256 -0,046

Valor p 0,407 0,172 0,806

Como se puede observar en la tabla 10 donde se muestran los resultados de la correlación de Pearson ejecutada entre las variables Estrategias de Afrontamiento y Dimensiones de las Relaciones Intrafamiliares se hallaron dos correlaciones directas entre la Estrategia, *solución de problemas* con la Dimensión, *expresión* ($r= 0,379, p=0,039$) (ver grafica 1), así mismo en la estrategia de *Búsqueda de Apoyo social* con la dimensión, *expresión* ($r=0,358, p=0,052$) (ver grafica 2). También se halló una correlación inversa entre la estrategia, *Expresión de la Dificultad de Afrontamiento* con la dimensión, *unión* ($r=-0,375, p=0,040$) (ver grafica 3). Lo anterior refleja que no todas las estrategias de afrontamiento tienen una asociación con la variable dimensiones de las relaciones intrafamiliares y a su vez, aquellas

estrategias con las que, si se encontró una correlación, no poseen igual sentido o dirección respecto a la relación, es decir, se evidencian tanto relaciones directas como inversas.

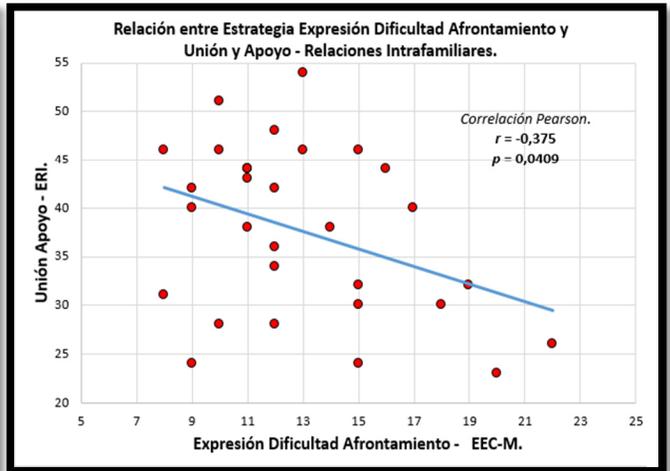
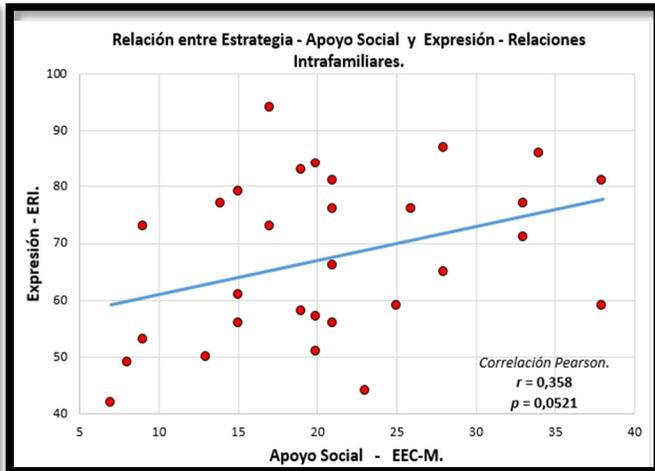
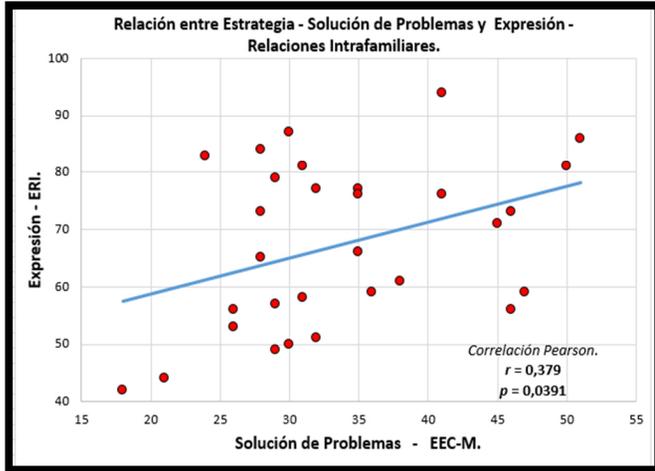


Figura 1. Correlación entre estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en los consumidores de sustancias psicoactivas

DISCUSIÓN

Características sociodemográficas, historial de consumo y características familiares

Respecto al primer objetivo específico del presente estudio, los datos de la muestra revelaron similitudes a los reportados por el ODC, (2017) evidenciándose que la edad de mayor frecuencia de consumo es en la adultez joven, seguido por la adolescencia. Según la UNDOC, (2013) en la transición de la adolescencia a la adultez el individuo atraviesa un periodo de desarrollo en el cual consolida las bases de su salud mental y física alcanzando una estabilidad en la edad adulta. Cuando dicha transición del desarrollo se ve afectada por factores como la imitación e influencia de pares, la presencia de disfunción familiar y antecedentes de adicciones en el entorno, principalmente en los progenitores, incrementa la probabilidad o el riesgo de involucramiento en comportamientos adictivos, que incluyen el consumo y posterior abuso de sustancias (Carrillo, 2009).

Esto concuerda con lo mencionado por Bandura, (1986) quien resalta que aquellas personas con las que se interactúa habitualmente establecen patrones de conducta que al observarse de manera repetida tienden a ser aprendidos con mayor rapidez. En la mayoría de modelos explicativos del inicio de consumo de alcohol se incluye el tener padres y amigos consumidores como factor de riesgo.

Así mismo, en cuanto al estrato socioeconómico de consumidores de sustancias, se precisa en el ODC (2017), una mayor prevalencia en los estratos bajos y medios, es decir, 1, 2 y 3, tal y como se reveló en la muestra evaluada. Según Machado & Santos, (2007) los niños y adolescentes al estar inmersos en un estrato socioeconómico bajo pueden volverse más vulnerables, ya que esto implica una limitación de oportunidades como el acceso a la

educación o la satisfacción de necesidades básicas, lo dicho anteriormente pueden ser factores de riesgo para el inicio del consumo. Por lo mencionado anteriormente, el contexto en el que se encuentran inmersos los adolescentes o adultos jóvenes influye en la interrupción de sus estudios, por ende, la mayor parte de los consumidores se encuentran en educación media o secundaria sin terminar, esto concordando con los resultados obtenidos por Ministerio de Salud y Protección social (2016).

Por último, en la muestra evaluada se encontró que siete residentes (23,33%) de la fundación que conformaron la muestra presentaron antecedentes penales como el hurto agravado y calificado, esto se relaciona con lo mencionado por Acosta, Galindo & Santos (2015), quienes en su investigación encontraron que los abusadores de sustancias psicoactivas se involucran en comportamientos violentos como en actividades ilegales, comenzando con el robo doméstico, continuando con el robo menor y aumentando su actividad delictiva a medida que la adicción se incrementa.

En cuanto al historial de consumo, se comprobó que la sustancia de mayor recurrencia en la muestra es la marihuana, seguido de la cocaína y el bazuco, de forma equivalente a las estadísticas reportadas por el ODC, (2017). También se pudo evidenciar que los participantes son policonsumidores, considerando que en algún momento de su vida han consumido de manera recurrente más de un tipo de sustancia psicoactiva, debido principalmente a su fácil acceso (ODC, 2017). Adicionalmente, según el estudio realizado por la Dirección Nacional de Estupefacientes en coordinación con el Ministerio de la Protección Social y con el apoyo de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y la Embajada de Estados Unidos en Colombia, en el 2008, la marihuana con un 47,7% y la cocaína con un

24% fueron las drogas que para la población eran de mayor acceso, lo cual también se apreció en el historial de consumo reportado por la muestra del presente estudio.

Por otra parte, los resultados que se obtuvieron en la muestra referente a la tipología familiar fue un mayor predominio en unipersonal (23,33%), seguido de la nuclear(20,00%) y monoparental (20,00%) mantiene relación con lo expuesto por Aguirre, Aldana & Bonilla, (2016) quienes encontraron en su estudio que las personas que deciden vivir solas lo hacen por dificultades de comunicación, problemas existentes en la estructura familiar y escasos vínculos, lo que los hace más propenso al sujeto a recaer en el consumo de SPA. También, se encontró una incidencia en la familia monoparental, lo cual se asocia con hijos tendientes a experimentar problemas emocionales y de personalidad, mayor índice de consulta psicológica por ideas de muerte e intentos de suicidio, mayores niveles de consumo de alcohol y drogas, y menores niveles autoestima (Aguirre, Aldana & Bonilla, 2016).

No obstante, encontrarse en una familia nuclear, no es un factor que por sí solo contrarreste el riesgo del consumo de SPA, puesto que para Fernández & Secades (2002) aunque en la crianza estén presente los dos progenitores, si estos tienen actitudes desinteresadas y una escasa participación en la formación de los hijos, esto puede propiciar el inicio del consumo en ellos. Esto se asocia con lo dicho por Villareal, Sánchez, Musitu & Varela (2010) quien afirma que una pobre interacción entre padres e hijos, y baja cohesión o vinculación emocional entre la familia se constituye en un factor de riesgo importante. Por tanto, se considera que la supervisión ineficaz de las actividades de los hijos favorece el consumo y el posterior abuso de drogas en los adolescentes.

Por otro lado, se observó que el familiar con mayor vínculo corresponde a la madre, a partir de la entrevista semiestructurada se pudo encontrar que seis (20,00%) de los residentes viven únicamente con su mamá, esto se puede explicar por lo expuesto por Cirillo, (1999) quien afirma que cuando hay ausencia del padre se origina una sobrecarga hacia la figura materna, generando una incapacidad para asumir un rol directivo eficaz. Otra razón es la percepción que se tiene de unión, protección y apoyo por parte del consumidor hacia ella, a diferencia de la que tienen del padre, ya que este es visto como una figura de autoridad que impone castigos y esto ocasiona mayor conflicto relacional con él, por ende, un vínculo distante (Noreña, 2017).

Descripción de las estrategias de afrontamiento empleadas por los consumidores de sustancias psicoactivas

En el presente estudio se encontró que las estrategias de afrontamiento con mayor frecuencia de uso fueron *Espera, Religión, Evitación Emocional, Reacción Agresiva y Búsqueda de Apoyo Profesional*. Estos datos concuerdan con lo planteado por Solano, (2017) quien afirma que en el caso del consumo de SPA se reporta el uso de estrategias de tipo *evitativo y pasivo*, representadas en no hacer nada directa e inmediatamente sobre la situación, a cambio de esperar que cambien las condiciones, regular los estados emocionales negativos, olvidarse temporalmente de los problemas y buscar soluciones poco probables a los problemas, como algún milagro; no obstante, estas estrategias pueden provocar la reincidencia en el consumo, debido a que son las que posiblemente caracteriza y le permiten mantenerse a un consumidor y abusador de spa, al no permitir dar solución a los problemas o situaciones que demandan una atención o dedicación en los demás

contextos de la vida, aspecto que podría relacionarse con el impacto que a su vez tiene el consumo, en cuanto al deterioro o afectación en la funcionalidad de los contextos sociales, académicos, o laborales del individuo.

En cuanto al uso de la estrategia de reacción agresiva, la muestra del presente estudio reveló un empleo significativamente superior a los datos normativos (Londoño et al., 2006), lo que se relaciona con lo expuesto por Juárez, (2000) quien afirma que las conductas violentas hacen parte de la vida cotidiana o del contexto (condición de pobreza) en el cual se encuentra inmerso el consumidor. En este sentido, se ha señalado que el comportamiento agresivo es algo con lo que se ha aprendido a vivir, como forma de supervivencia (Citado por Juárez, Galindo & Santos, 2010).

De igual manera, la relación entre el consumo de SPA y el desarrollo de conductas violentas se puede evidenciar en la actualidad por numerosos estudios que muestran altas tasas de violencia tanto en adolescentes como en adultos jóvenes consumidores (Clements & Schumacher, 2010; Fernández, López & Arteaga, 2011; Fernández, López, Arteaga & Cacho, 2013), haciéndose una referencia específica al fenómeno de la violencia intrafamiliar.

La violencia intrafamiliar en el hogar de consumidores de SPA puede estar asociada a una crianza con prácticas y actitudes parentales que no van acompañadas de un afecto y control adecuado debido a un estilo negligente, favoreciendo en el infante baja tolerancia a la frustración, impulsividad, conductas desafiantes y transgresoras que se pueden potencializarse en la adolescencia, llevando a generar posteriormente un trastorno de la conducta (Hernández, Gómez, Martín & González, 2008).

Por último, merece mencionarse que en la muestra también se apreció un empleo significativamente superior a los datos normativos (Londoño et al., 2006) en la búsqueda de apoyo profesional; esto quizá debido a que los participantes del presente estudio con el antecedente diagnóstico del *Trastorno Relacionado con Consumo de Sustancias*, se encontraban bajo tratamiento terapéutico que requiere del acompañamiento multidisciplinario de profesionales del área de la salud. Esto concuerda con lo encontrado por Fernandez, (2011) quien expone que actualmente existen tratamientos e intervenciones, tanto farmacológicos como psicológicos para la adicción, como las comunidades terapéuticas, quien Murcia & Orjuela, (2014) define como los ambientes residenciales libres de drogas que utilizan un modelo jerárquico y estructurado, con etapas de tratamiento y niveles cada vez mayores en la responsabilidad personal y social, que a su vez utilizan la influencia entre compañeros para ayudar a cada sujeto a aprender y asimilar las normas sociales, desarrollando habilidades sociales adaptativas. Asimismo, se realiza un acompañamiento multidisciplinario enfocado a técnicas cognitivas-conductuales que contribuyen a la reestructuración de los esquemas mentales de los consumidores y por ende su cambio de comportamiento.

Para entrelazar lo dicho anteriormente, Medina & Rubio, (2012) expone que algunas de las motivaciones de los consumidores para buscar ayuda terapéutica son la voluntad propia, el consejo de familiares y amigos, la indicación legal, el haber experimentado una situación límite como una enfermedad, haber vivido un accidente grave o la muerte de otro consumidor con quien se ha establecido un vínculo cercano.

Dimensiones de las relaciones intrafamiliares de los consumidores de sustancias psicoactivas

Como se pudo observar en los datos de la muestra evaluada, la dimensión *expresión* se encuentra en un nivel medio de acuerdo a los rangos normativos de Rivera y Andrade, (2010), lo que hace referencia a la poca posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia de forma respetuosa (Rivera & Andrade, 2010), esto se asocia con lo dicho por Navarro et al. (2015) quien menciona que en las familias en donde hay algún miembro consumidor de SPA, se suele presentar una comunicación inadecuada, la ausencia de autoridad, reglas y límites, la presencia de triangulaciones, la falta de cohesión dada por la existencia de un patrón de relación conflictivo y distante.

Asimismo, Martínez, Hernández, Mayrén & Vargas, (2014) reconocen que la familia, al ser el grupo primario recibe las consecuencias directas de la adicción tales como: el deterioro de las relaciones familiares, hostilidad, desequilibrio afectivo y problemas de comunicación. De igual manera, Iraurgi, Sanz & Martínez, (2004) indican que los integrantes de familias disfuncionales son más vulnerables al consumo de drogas, debido a que se agudizan los conflictos en la comunicación y a nivel emocional y cognitivo, además de estar expuestos a desventajas por falta de recursos sociales (Citado por Martínez, Hernández, Mayrén & Vargas, 2014).

En la dimensión de *dificultades* los participantes de la muestra puntuaron niveles medios y medios bajos, lo que indicó que aún hay aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados como: indeseables, negativos, problemáticos o difíciles (Rivera & Andrade,

2010), por este motivo la corporación aborda a la familia desde el inicio de tratamiento, esperándose con esto que las dificultades con los miembros de la familia se atenúen las fases medias (7 meses) y finales del tratamiento (14 meses). De igual manera para la dimensión de *unión* se encontraron en la muestra puntuaciones medias altas, lo que significa que existe una tendencia de la familia a realizar actividades en conjunto, de convivir y apoyarse mutuamente, lo que se relaciona de igual manera con el tiempo de tratamiento que lleva el residente (Rivera & Andrade, 2010).

Haciendo alusión a lo mencionado anteriormente, Zapata, (2009) describe que la familia debe convertirse en soporte importante para la atención del problema del consumo y adicción a las drogas, por esta razón se debe integrar desde el inicio del tratamiento y participar de manera activa en las diferentes intervenciones terapéuticas que se realicen. Cuando la familia conoce del proceso de la adicción a las drogas y se involucra en el tratamiento, el individuo con problemas de abuso de drogas tiene un mejor pronóstico de recuperación, por ello, las intervenciones terapéuticas que se realicen deben estar orientadas al restablecimiento la unión, comunicación y vínculos familiares, a través de intervenciones individuales y grupales, las herramientas adquiridas por la familia durante el tratamiento deben posibilitar la implementación de cambios en el modo como se relacionan sus integrantes con el sujeto en tratamiento (Zapata, 2009).

Relación entre estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en los consumidores de sustancias psicoactivas

En el presente estudio se hallaron dos correlaciones directas entre las estrategias, *solución de problemas*, la cual consiste en implementar una serie de acciones enfocadas hacia la solución del problema, considerando la ocasión más adecuada para examinarlo y actuar y *la búsqueda de apoyo social*, que implica el apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, para tolerar o enfrentar la situación problema (Londoño et al, 2006), con la dimensión intra-familiar de *expresión*, que se refiere a la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia de forma respetuosa (Rivera & Andrade, 2010). Con esto se puede inferir que cuando el individuo desarrolla la capacidad de comunicar de manera adecuada sus pensamientos, emociones y situaciones, le será más fácil tener una red de apoyo a nivel social y familiar, que le podrán brindar recursos para utilizarlos en situaciones de riesgo, asimismo, el sujeto podrá contar con estrategias y/o habilidades para dar soluciones asertivas a problemas que se le presenten en el contexto que se encuentran inmersos. Cabe mencionar que dicha capacidad se favorece, posibilita y fortalece por los miembros de la familia. Por este motivo para Hernandez, (2010) en todo plan de tratamiento se deben tener en cuenta la creación y mantenimiento de una relación terapéutica que favorezca la comunicación y la participación activa del paciente y su familia, la elaboración de estrategias de afrontamiento que permitan la solución de problemas durante y después del tratamiento.

Entre los resultados también se destacó una correlación inversa entre la estrategia, *Expresión de la Dificultad de Afrontamiento*, que se trata de una inclinación a manifestar los obstáculos respecto al afrontamiento de las emociones que surgen por alguna circunstancia, la expresión de estas emociones y la resolución de la problemática (Londoño et al,2006) con la dimensión, *unión*, que es la tendencia de la familia a realizar actividades en conjunto, de convivir y apoyarse mutuamente (Rivera & Andrade, 2010). Esto puede indicar que al percibir poca unión y apoyo recibido desde miembros de la familia e incluso entre ellos, puede conducir a expresar en mayor medida dificultades para afrontar situaciones problema. De hecho, si se analizan las correlación entre las estrategias de afrontamiento, la *expresión de dificultad de afrontamiento* se correlacionó de manera inversa y significativa con la *solución de problemas* ($r=-0.41$; $p=0.024$); lo que conduce a reforzar el planteamiento que expresar mayores dificultades para afrontar una situación claramente corresponde a no disponer de recursos para solucionar los problemas y dicha falta de recursos podría estar asociada con los niveles intermedios de unión que exhibió la muestra.

Por último, se puede concluir que el perfil de afrontamiento que han mostrado los residentes se caracteriza por un alto uso de estrategias de tipo pasivo/evitativo. Por esta razón, se recomienda fortalecer e implementar estrategias de afrontamiento como la solución de problemas, búsqueda de apoyo profesional y social, reevaluación positiva y expresión de la dificultad de afrontamiento, mediante la intervención tanto individual como familiar; en donde también se busca potencializar las dimensiones familiares asociadas con la expresión y unión.

CONCLUSIONES

La presente investigación ofrece información sociodemográfica que de acuerdo con la literatura caracteriza consumidores de SPA, representada en su mayoría por: participantes en edades comprendidas entre la adolescencia y la adultez joven, nivel de escolaridad media y un estrato socioeconómico bajo. Aunque en los antecedentes penales, se observó que la mayoría no habían sido judicializados, una importante minoría de ellos (23%) presentó cargos por hurto agravado calificado, conducta delictiva que en particular se asocia con el mantenimiento del consumo de SPA en fases de abuso; a su vez el diagnóstico psiquiátrico más frecuente correspondió al trastorno relacionado con sustancias y en menor medida comorbido con depresión mayor. Por último, se confirmó que la sustancia con consumo más recurrente es la marihuana, debido a su fácil acceso y bajo costo económico.

Además, más de la mitad de la muestra se encuentran en la segunda fase de tratamiento (grupos), esto a causa de que es la fase con mayor duración, comprendida por 4 etapas. Por otro lado, se encontró relación entre el inicio de tratamiento y el tiempo de último consumo que es de 1 a 5 meses.

En cuanto a las características familiares se evidenció que la tipología familiar que más predomina es la unipersonal. De igual manera se encontró que el familiar más cercano es la madre, puesto que la ven como una figura de apoyo y protección, motivo por el cual acuden a ella cuando se les presenta un problema; a diferencia del padre que es percibido como distante, debido a conflictos y su ausencia en el hogar.

Por otro lado, se reveló que la muestra evaluada durante el tratamiento en la comunidad terapéutica emplea con mayor frecuencia *Espera, Religión, Evitación Emocional, Búsqueda*

de Apoyo Profesional y Reacción Agresiva, como estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes. Debido al modelo de tratamiento bio-psico-social-espiritual que maneja la corporación. Ya que realizan actividades religiosas para tolerar el problema, eliminan los pensamientos y/o emociones negativos o perturbadores a través de la distracción y buscan un acompañamiento terapéutico a través de los profesionales encargados. No obstante, las estrategias correspondientes a Espera, Religión y Evitación emocional son de tipo evitativo/pasivo, lo que puede contribuir a mantener el consumo, puesto que no se brinda una solución eficaz, conllevando a una reincidencia del mismo. También, la estrategia de Reacción Agresiva, contribuye a ese mantenimiento puesto que hace parte del aprendizaje y del contexto social en el cual se ha desarrollado la adicción.

En cuanto a las dimensiones de las *relaciones intrafamiliares*, se observaron en general puntuaciones intermedias para las dimensiones de *Expresión y Unión*, y a su vez un bajo nivel en el reporte de *Dificultades* intrafamiliares, lo cual puede asociarse con la orientación característica del modelo de comunidad terapéutica enfocado en la integración de la familia, el fortalecimiento de vínculos y la solución de problemáticas, posibilitado a través de la intervención individual y grupal ofrecidas por la fundación.

Finalmente se hallaron dos correlaciones directas entre las estrategias, *Solución de Problemas y Búsqueda de Apoyo social* con la dimensión intrafamiliar de *Expresión*. También se encontró una correlación inversa entre la estrategia, *Expresión de la Dificultad de Afrontamiento* con la dimensión, *unión*. Lo anterior refleja que no todas las estrategias de afrontamiento tienen una asociación con la variable dimensiones de las relaciones intrafamiliares y a su vez, aquellas estrategias con las que, si se encontró una correlación, no poseen igual sentido o dirección respecto a la relación, es decir, se evidencian tanto

relaciones directas como inversas. Desde la correlación directa infiere que cuando el individuo desarrolla la capacidad de comunicar de manera adecuada sus pensamientos, emociones y situaciones, le será más fácil tener una red de apoyo a nivel social y familiar, que le podrán brindar recursos para dar soluciones asertivas. Por otra parte, la correlación inversa indica que al percibir poca unión y apoyo recibido desde miembros de la familia e incluso entre ellos, puede conducir a expresar en mayor medida dificultades para afrontar situaciones problema.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los profesionales de la salud interesados en el desarrollo de programas interventivos en consumidores de sustancias psicoactivas, tener en cuenta las estrategias de afrontamiento que se asocian y contribuyen a fortalecer las relaciones y vínculos en la familia, como la solución de problemas, búsqueda de apoyo profesional y social, reevaluación positiva y expresión de la dificultad de afrontamiento

Asimismo, las estadísticas regionales del consumo de SPA en Bucaramanga, la importancia de las buenas relaciones intrafamiliares y el vacío referente teórico sobre estas dos variables, se recomienda fomentar la investigación sobre éstas y a su vez la utilización de muestra más amplias que faciliten la ejecución de análisis alternos, con el fin de contribuir al campo de conocimiento que respecta al consumo de SPA.

A partir del presente estudio se sugiere profundizar otros factores influyentes a la adherencia del tratamiento terapéutico, como, por ejemplo, el estrés.

REFERENCIAS

- Acosta, F, Galindo, B & Santos, Y (2015). Influencia del consumo de sustancias.
- Aguirre, N., Aldana, O. & Bonilla, C. (2016). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n1/0124-0064-rsap-19-01-00021.pdf>
- Albarracín, A. & Espindola, R. (2012). *Estudio descriptivo y comparativo del uso de estrategias de afrontamiento en internos reclusos en el establecimiento en el centro penitenciario de mediana seguridad y carcelario de Bucaramanga/Colombia.* (Trabado de grado, Universidad Pontificia Bolivariana). Recuperado de https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/2111/digital_24735.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Amarís, M., Amar, J. & Jiménez, M. (2007). Dinámica de las familias de menores con problemas psicosociales: el caso del menor infractor y la menor explotada sexualmente. *Revista latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud* 3 (2), 141 – 174.
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. & Regier, D. (2014). Criterios y códigos diagnósticos., **DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** (5a ed.). (pp. 31-715), Madrid: Editorial medica Panamericana.
- Ardilla, S., Castellar, Y. & Galvis, A. (2015). *Estrategias de afrontamiento en un grupo de alcohólicos anónimos del municipio de apartadó de acuerdo a los tiempos de no consumo.* (Trabajo de grado, Universidad de Antioquia). Recuperado de

[https://docplayer.es/19933930-Estrategias-de-afrontamiento-en-un-grupo-de-a-a-1-
universidad-de-antioquia-vice-rectoria-de-investigacion.html](https://docplayer.es/19933930-Estrategias-de-afrontamiento-en-un-grupo-de-a-a-1-universidad-de-antioquia-vice-rectoria-de-investigacion.html)

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Actions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Barbosa, A., Segura, C, Garzón, D. & Parra, C. (2014). Significado de la experiencia del consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes institucionalizados. *Avances en Psicología*, 32(1), 53-69. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v32n1/v32n1a05.pdf>

Barrionuevo, J. (2013). *Adicciones; drogadicción y alcoholismo en la adolescencia*. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Bonilla, C., Núñez, S., Domínguez, R. & Callejas, J. (2017). Las relaciones intrafamiliares de apoyo como mecanismo explicativo de la conducta violenta en adolescentes escolarizados. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1-12. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/17643>

Carillo, L. (2009). *La familia, la autoestima y el fracaso escolar del adolescente*. (Tesis doctoral, Universidad de Granada. Recuperado de <https://hera.ugr.es/tesisugr/17811089.pdf>

Cerrutti, M. & Binstock, G. (2009). *Familias latinoamericanas en transformación: desafíos y demandas para la acción pública*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.

Cervantes, A. (2005). *Estrategias de afrontamiento en adolescentes que manifiestan comportamientos agresivos y asertivos entre los 13 y 17 años de edad, y que cursan*

- básica secundaria en la institución educativa CASD.* (Tesis de Maestría inédita, Universidad del Norte, Barranquilla).
- Chorot, P & Sandin, B. (1993). *Escala de estrategias de coping revisado (EEC-R)*. Madrid:Uned.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. & Mazza, R. (1999). *La familia del tóxicodependiente*. Madrid: Paidós.
- Clements, K. & Schumacher, J. A. (2010). Perceptual biases in social cognition as potential moderators of the relationship between alcohol and intimate partner violence: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(5), 357-368.
- Córdoba, G., Betancourth, S. & Tacán, L. (2016). Consumo de sustancias psicoactivas en una universidad privada de Pasto, Colombia. *Psicogente*, 20(38), 308-319. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-38-00308.pdf>
- Criollo, M. & Guerrero, M. (2015). *Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica*. (Trabajo de grado, Universidad de Cuenca). Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22165/1/tesis.pdf>
- Fernández, J. & Secades, R. (2002). Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. p.p 113-137. Recuperado de http://www.prevencionfamiliar.net/uploads/PDF/FHermida_Secades_2002_Intervencion_familiar.pdf

- Fernández, J. (2011). El método de Comunidad Terapéutica para drogodependientes: un análisis desde las Ciencias Sociales. *Adicción y Ciencia*, 1 (4), 1-13.
- Fernández, J., López, J., Arteaga, A. & Cacho, R. (2013). Criminological profile of patients in addiction treatment. *Adicciones*, 25(2), 146-155.
- Fernández, M., Arteaga, O., & López, G. (2014) Efectividad del tratamiento de la violencia contra la pareja en pacientes drogodependientes. *Revista Costarricense de Psicología*, 33 (2), 199-210.
- Forselledo A. (1994). Consumo de drogas y familia situación y factores de riesgo. *Boletín FORO* 7(19). Recuperado de: http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2011_UT_1.pdf.
- Galindo, B. & Milena, M. (2003). Estrategias de afrontamiento desplegadas por cuatro familias en situación de desempleo (Tesis de Maestría), Universidad Santo Tomás, Bogotá
- Hernández, T., Rolda, J., Jimenez, A., Mora, C., Escarpa, D. & Perez, T, (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Intervención Psicosocial*, 18(3), 199-212. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/1798/179814227002/>
- Hernández, C. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. *Psiquiat.* 30 (1), 153-170. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80619869011.pdf>
- Hernández, M., Gómez, I., Martín, M. & González, C. (2008). Prevención de la violencia infantil-juvenil: estilos educativos de las familias como factores de protección. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1), 73-84. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/560/56080107.pdf>

- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. *Metodología de la investigación*. (pp. 2-21). México: McgrawHill.
- Juarez, F., Galindo, B. & Santos, Y. (2010). Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en los patrones de comportamiento violento. *Psicología y Salud*,19(2), 223-235. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Fernando-Juarez-Acosta.pdf>
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Linaje, M. & Gómez, M. (2012). Asociación entre consumo de sustancias y estrategias de afrontamiento en jóvenes. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 4 (1). 55-66. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/jbhsi/v4n1/v4n1a4.pdf>
- Llorens, A., Perelló, M. y Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: Factores de proyección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16, 1-6.
- Londoño, N, Pérez, M & Murillo, M. (2009). Validación de la escala de estilos y estrategias de afrontamiento y estrés en una muestra colombiana. *Informes psicológicos*, 11(13) ,13-29. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5229809.pdf>
- López, A. & Almeida, M. (2018). *Las relaciones intrafamiliares y la satisfacción familiar en adolescentes de familias reconstituidas de la ciudad de Ambato*. (Tesis Maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Recuperado de <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2361/2/76648.pdf>
- Machado, E. & Santos, M. (2007). Adolescencia y el uso de sustancias psicoactivas: el impacto del nivel socioeconómico. *latino-am enfermagem*, 15(1). 1-7. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/es_14.pdf

- Macías, M., Orozco, C., Amarís, M. & Zambrano, J. (2012). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el caribe*, 30(1). Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2051/6906>
- Martínez, A, Hernández, M, Mayrén, P. & Vargas, M. (2014). Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. *Liberabit*, 20(1). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272014000100010
- Medina, O & Rubio, L. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. Estudio descriptivo. *Psiquiat.*, 41(3), 550-561.
- Ministerio de Salud y Protección Social, (2013). *El consumo de sustancias psicoactivas, un asunto de salud pública*. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO031052013-Cartilla.pdf>
- Murcia, M & Orjuela, G. (2014). Las comunidades terapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. *CES Psicol*, 7(2), 1-20. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539424012.pdf>
- Narváez, V. & Castro, F. (2017). Relaciones intrafamiliares en pacientes que padecen trastorno de dependencia por consumo de sustancias en la comunidad terapéutica “doce pasos” de cuenca. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 20, (3), 83-104. Recuperado de <file:///C:/Users/Owner/Desktop/documento%20tesis.pdf>

- Navarro, P., Parra, M., Arévalo, C., Cifuentes, L., Valero, J. & Sierra, M. (2015) Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el municipio de Chía, Cundinamarca. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3),166–176. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80643082007.pdf>
- Nieto, A. (2012). *Estrategias de afrontamiento ante el riesgo de recaída en adolescentes que realizaron tratamiento de recuperación para el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas*. (Trabajo de grado, Universidad Católica de Pereira). Recuperado de <https://docplayer.es/19729925-Angela-maria-nieto-salazar-estudiante-de-psicologia.html>
- Noreña, S. (2017). Dinámicas relacionales en familias con un miembro consumidor de sustancias psicoactivas, Pontificia Universidad Javeriana) Recuperado de http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/8722/Dinamicas_relacional_es_familias.docx.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- O.M.S, (1992). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra: Meditor.
- Observatorio de Drogas en Colombia, (2013). *Estudio nacional de consumo de sustancia psicoactivas en Colombia*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

Observatorio de Drogas en Colombia, (2017). *Reporte de drogas en Colombia*. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte_drogas_colombia_2017.pdf

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familia*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, (2018). *Informe mundial sobre las drogas*. Recuperado de https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)*. Washington, D.C.

Organización Mundial de la Salud, (2016). *La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas*. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_29-sp.pdf

Ortega, Y., Fernández, A., Arévalo, A., Martínez, A. & Bermudez, Z. (2015). *Causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes con ambientes de vulnerabilidad familiar y contextos sociales conflictivos*. (Trabajo de grado, Universidad Nacional Abierta). Recuperado de <https://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/3691/3/57298094.pdf>

Rivera, M & Andrade, P. (2010). Evaluación de las relaciones intrafamiliares: construcción y validación de una escala. *Guaricha revista de psicología*, (14), 12-29. Recuperado

de:

https://www.researchgate.net/publication/50298477_Evaluacion_de_las_relaciones_intrafamiliares_construccion_y_validacion_de_una_escal_ME_Rivera_Heredia?enrichId=rgre.

Ruíz, A., Hernández, M., Arévalo, P. & Vargas, M. (2014). Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. *liber*. 20(1), 109-119. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v20n1/a10v20n1.pdf>

Scarpati, M., Pertuz, M. & Silva, A. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental Con hijos adolescentes. *Perspect. Psicol*, 10 (2), 225-246.

Solano, C. (2017). *Afrontamiento y riesgo de recaída*. (Tesis de maestría, Universidad de Lima). Recuperado de <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/360/1/Tesis%20Maestria%20Afrontamiento%20Riesgo%20Recaida%202017.pdf>

Trujillo, T., Vázquez, E. & Córdova, J. (2016). Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. *Méd. La Paz*, 22 (2), 6-20.

Vidal, G. (2015). *Funcionamiento familiar en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas*. (Trabajo de grado, Universidad Autónoma del estado de México). Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66625/tTesis-split-merge.pdf?sequence=3>

Villarreal, M., Sánchez, J., Musitu G. & Varela R. (2010) El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Socio comunitario. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 253-264.

- Villarreal, M., Sánchez, J., Musitu, G. & Varela R. (2010) El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Socio comunitario. *Psychosocial Intervention*, 19(3). 253-264. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000300006
- Wittchen, H., Behrendt, S., Höfler, M., Perkonigg, A., Lieb, R., Bühringer, G. & Beesdo, K. (2008). What are the high risk periods for incident substance use and transitions to abuse and dependence? Implications for early intervention and prevention. *Int J Methods Psychiatr Res*, (17), 16-29. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4043736&pid=S1132-0559200900030000200045&lng=es.
- Zapata, M. (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología*, 2(2), 87-94.

Apéndice A. Ficha de ingreso

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y LAS DIMENSIONES DE LAS
RELACIONES INTRAFAMILIARES EN CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS. UN ESTUDIO CORRELACIONAL.**

Ficha de ingreso

Código: _____ **Edad:** _____

Escolaridad: _____ (Último año cursado)

Estrato socioeconómico: _____

¿Cuáles son los miembros de su familia?

¿Con cuáles miembros de su familia vive?

¿Con cuál de los miembros de su familia tiene una relación cercana? ¿Por qué?

¿Con cuál de los miembros de su familia tiene una relación distante? ¿Por qué?

¿A cuál miembro acudo cuando se me presenta un problema? ¿Por qué?

**Padece de alguna enfermedad visual: Si: ___ ¿Esta corregida en este momento?
_____ No: _____**

**Padece de alguna enfermedad auditiva: Si: ___ ¿Esta corregida en este momento?:
_____ No: _____**

**Padece de alguna enfermedad neurológica: Si: ___ ¿Cuál?
_____ No: _____**

Usted ha sido diagnosticado con un algún trastorno psiquiátrico: Si: _____
¿Cuál? _____ No: _____

Actualmente está consumiendo fármacos psiquiátricos: Si ___ ¿Cuáles?

No: _____

Ha tenido o tiene actualmente antecedentes penales: Si _____ ¿Cuáles?

No _____

Historial de consumo

1. ¿En cuál fase del tratamiento se encuentra?

2. ¿Cuáles tipos de sustancia ha consumido?

3. ¿Cuál ha sido la sustancia de consumo más recurrente?

4. ¿Cuánto tiempo lleva consumiendo? (Fecha aproximada)

5. ¿Hace cuánto fue la última vez que consumió? (Fecha aproximada)

6. ¿Cuánto tiempo lleva de tratamiento en la fundación? Fecha aproximada)

**PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE
ESTRATEGIAS DE COPING MODIFICADA (EEC-M) EN UNA MUESTRA
COLOMBIANA**

LONDOÑO, ET AL, (2006)

Instrucciones:

A continuación, se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años

1 2 3 4 5 6
 Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

		↓
1.	Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1 2 3 4 5 6
2.	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1 2 3 4 5 6
3.	Procuro no pensar en el problema	1 2 3 4 5 6
4.	Descargo mi mal humor con los demás	1 2 3 4 5 6
5.	Intento ver los aspectos positivos del problema	1 2 3 4 5 6
6.	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1 2 3 4 5 6
7.	Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1 2 3 4 5 6
8.	Asisto a la iglesia	1 2 3 4 5 6
9.	Espero que la solución llegue sola	1 2 3 4 5 6
10.	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1 2 3 4 5 6
11.	Procuro guardar para mí los sentimientos	1 2 3 4 5 6
12.	Me comporto de forma hostil con los demás	1 2 3 4 5 6
13.	Intento sacar algo positivo del problema	1 2 3 4 5 6
14.	Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1 2 3 4 5 6
15.	Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1 2 3 4 5 6
16.	Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1 2 3 4 5 6
17.	Espero el momento oportuno para resolver el problema	1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6
 Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

		↓
18.	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1 2 3 4 5 6
19.	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1 2 3 4 5 6
20.	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1 2 3 4 5 6
21.	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1 2 3 4 5 6
22.	Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1 2 3 4 5 6
23.	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1 2 3 4 5 6
24.	Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1 2 3 4 5 6
25.	Tengo fe en que Dios remedie la situación	1 2 3 4 5 6
26.	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1 2 3 4 5 6
27.	No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1 2 3 4 5 6
28.	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1 2 3 4 5 6
29.	Dejo que las cosas sigan su curso	1 2 3 4 5 6
30.	Trato de ocultar mi malestar	1 2 3 4 5 6
31.	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1 2 3 4 5 6
32.	Evito pensar en el problema	1 2 3 4 5 6
33.	Me dejo llevar por mi mal humor	1 2 3 4 5 6
34.	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1 2 3 4 5 6
35.	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6
 Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

36.	Rezo	1 2 3 4 5 6
37.	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1 2 3 4 5 6
38.	Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1 2 3 4 5 6
39.	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	1 2 3 4 5 6
40.	Me resigno y dejo que las cosas pasen	1 2 3 4 5 6
41.	Inhibo mis propias emociones	1 2 3 4 5 6
42.	Busco actividades que me distraigan	1 2 3 4 5 6
43.	Niego que tengo problemas	1 2 3 4 5 6
44.	Me salgo de casillas	1 2 3 4 5 6
45.	Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1 2 3 4 5 6
46.	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1 2 3 4 5 6
47.	Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	1 2 3 4 5 6
48.	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1 2 3 4 5 6
49.	Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1 2 3 4 5 6
50.	Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1 2 3 4 5 6
51.	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1 2 3 4 5 6
52.	Me es difícil relajarme	1 2 3 4 5 6
53.	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1 2 3 4 5 6
54.	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1 2 3 4 5 6
55.	Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1 2 3 4 5 6
56.	Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	1 2 3 4 5 6
57.	Procuró que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6
 Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

58.	Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1 2 3 4 5 6
59.	Dejo todo en manos de Dios	1 2 3 4 5 6
60.	Espero que las cosas se vayan dando	1 2 3 4 5 6
61.	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1 2 3 4 5 6
62.	Trato de evitar mis emociones	1 2 3 4 5 6
63.	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1 2 3 4 5 6
64.	Trato de identificar las ventajas del problema	1 2 3 4 5 6
65.	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1 2 3 4 5 6
66.	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1 2 3 4 5 6
67.	Busco tranquilizarme a través de la oración	1 2 3 4 5 6
68.	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1 2 3 4 5 6
69.	Dejo que pase el tiempo	1 2 3 4 5 6

Apéndice C. Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.)

ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA RELACIONES INTRAFAMILIARES (E.R.I.)

Ayúdanos a conocer cómo funcionan las familias en Colombia, con base en la experiencia y opinión que tienes sobre tu propia familia. La información que tú proporcionas será estrictamente confidencial. Recuerda que lo importante es conocer TU punto de vista. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible. Gracias por tu colaboración. A continuación, se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = 4 = DE ACUERDO

N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)

D = 2 = EN DESACUERDO

TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES		TA	A	N	D	TD
Versión larga hasta el reactivo 56 y versión intermedia hasta el reactivo 37						
1	En mi familia hablamos con franqueza.	5	4	3	2	1
2	Nuestra familia no hace las cosas junta.	5	4	3	2	1
3	Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	5	4	3	2	1
4	Hay muchos malos sentimientos en la familia.	5	4	3	2	1
5	Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos.	5	4	3	2	1
6	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas.	5	4	3	2	1
7	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia.	5	4	3	2	1
8	En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	5	4	3	2	1
9	Frecuentemente tengo que adivinar sobre qué piensan los otros miembros de la familia o sobre cómo se sienten.	5	4	3	2	1

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES		TA	A	N	D	TD
Versión larga hasta el reactivo 56 y versión intermedia hasta el reactivo 37						
10	Somos una familia cariñosa.	5	4	3	2	1
11	Mi familia me escucha.	5	4	3	2	1
12	Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia.	5	4	3	2	1
13	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	5	4	3	2	1
14	En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	5	4	3	2	1
15	En nuestra familia hay un sentimiento de unión.	5	4	3	2	1
16	En mi familia, yo me siento libre de expresar mis opiniones.	5	4	3	2	1
17	La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.	5	4	3	2	1
18	Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente.	5	4	3	2	1
19	Generalmente nos desquitamos con la misma persona de la familia cuando algo sale mal.	5	4	3	2	1
20	Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.	5	4	3	2	1
21	Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes	5	4	3	2	1
22	Encuentro difícil expresar mis opiniones en la familia.	5	4	3	2	1
23	En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión.	5	4	3	2	1
24	Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	5	4	3	2	1
25	Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	5	4	3	2	1
26	Nosotros somos francos unos con otros.	5	4	3	2	1
27	Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia.	5	4	3	2	1
28	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.	5	4	3	2	1
29	Los miembros de la familia no son muy receptivos para los puntos de vista de los demás.	5	4	3	2	1
30	Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	5	4	3	2	1

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES		TA	A	N	D	TD
Versión larga hasta el reactivo 56 y versión intermedia hasta el reactivo 37						
31	En mi familia, yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga.	5	4	3	2	1
32	Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	5	4	3	2	1
33	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.	5	4	3	2	1
34	Si las reglas se rompen no sabemos que esperar.	5	4	3	2	1
35	Las comidas en mi casa, usualmente son amigables y placenteras.	5	4	3	2	1
36	En mi familia nos decimos las cosas abiertamente.	5	4	3	2	1
37	Muchas veces los miembros de la familia se callan sus sentimientos para ellos mismos	5	4	3	2	1
38	Nos contamos nuestros problemas unos a otros.	5	4	3	2	1
39	Generalmente cuando surge un problema cada miembro de la familia confía solo en sí mismo.	5	4	3	2	1
40	Mi familia tiene todas las cualidades que yo siempre quise en una familia.	5	4	3	2	1
41	En mi familia, yo siento que puedo hablar las cosas y solucionar los problemas.	5	4	3	2	1
42	Nuestra familia no habla de sus problemas.	5	4	3	2	1
43	Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.	5	4	3	2	1
44	El tomar decisiones es un problema en nuestra familia.	5	4	3	2	1
45	Los miembros de la familia realmente se apoyan.	5	4	3	2	1
46	En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta.	5	4	3	2	1
47	En nuestra familia, cuando alguien se queja otro se molesta.	5	4	3	2	1
48	Si hay algún desacuerdo en la familia, tratamos de suavizar las cosas y de mantener la paz.	5	4	3	2	1
49	Nuestras decisiones no son propias sino que están forzadas por cosas fuera de nuestro control.	5	4	3	2	1
50	La gente de mi familia frecuentemente se disculpa de sus errores.	5	4	3	2	1
51	La disciplina es razonable y justa en nuestra familia.	5	4	3	2	1
52	Los miembros de la familia no concordamos unos con otros al tomar decisiones.	5	4	3	2	1

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES		TA	A	N	D	TD
Versión larga hasta el reactivo 56 y versión intermedia hasta el reactivo 37						
53	Todo funciona en nuestra familia.	5	4	3	2	1
54	Pelemos mucho en nuestra familia.	5	4	3	2	1
55	Los miembros de la familia nos animamos unos a otros a defender nuestros derechos.	5	4	3	2	1
56	Las tareas familiares no están lo suficientemente bien distribuidas.	5	4	3	2	1

Apéndice D. Consideraciones éticas

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta investigación se titula **Estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en consumidores de sustancias psicoactivas. Un estudio correlacional**. Está a cargo de las estudiantes María Camila Gómez Mantilla y Karen Melisa Uribe Hernández, de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga, asesoradas por el docente Manuel Alejandro Mejía Orduz.

La investigación tiene como finalidad analizar la relación existente entre estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en consumidores de sustancias psicoactivas en la ciudad de Bucaramanga. También se busca proporcionarles a las instituciones los resultados obtenidos, para que a partir de éstos puedan diseñar estrategias de intervención que contribuyan a la disminución del consumo, y así mismo a la cohesión familiar. Los instrumentos que se utilizarán son: La Escala de Estrategias de Coping Modificada y la Escala ERI.

Yo _____, certifico que he recibido y comprendido que la información que obtengan el psicólogo en formación y el psicólogo asesor, es de carácter confidencial y que la podrán revelar si durante la evaluación, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

También sé que la información que suministro en el proceso de investigación, podrá ser utilizada para proyectos académicos o investigativos; siempre y cuando se resguarde mi identidad. Se me indicó que el procedimiento a seguir es en primera instancia un periodo de evaluación en la que se incluirán la entrevista y la aplicación de dos pruebas. También se me indicó yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la sesión, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

Comprendo que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de mi bienestar y evitando de esta manera causarme un daño físico o moral. Sé que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación, recibiré información que me permitirá tomar la decisión que a mi criterio me parezca más conveniente.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día _____ del mes _____ del año _____, en la ciudad de _____.

Nombre del Usuario:	C.C. No.
---------------------	----------

Firma del usuario:	
Nombre de las Psicólogas en formación:	C.C No.
Firma de las Psicólogas en formación:	C.C. No.
Nombre del Psicólogo Asesor:	C.C. No.
Firma del Psicólogo Asesor:	No. T.P.

Nota: *El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2015 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magister en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología.*

CONSENTIMIENTO INFORMADO (padres de familia)

Esta investigación se titula **Estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en consumidores de sustancias psicoactivas. Un estudio correlacional.** Está a cargo de las estudiantes María Camila Gómez Mantilla y Karen Melisa Uribe Hernández, de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga, asesoradas por el docente Manuel Alejandro Mejía Orduz.

La investigación tiene como finalidad analizar la relación existente entre estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en consumidores de sustancias psicoactivas en la ciudad de Bucaramanga. También se busca proporcionarles a las instituciones los resultados obtenidos, para que a partir de éstos puedan diseñar estrategias de intervención que contribuyan a la disminución del consumo, y así mismo a la cohesión familiar. Los instrumentos que se utilizarán son: La Escala de Estrategias de Coping Modificada y la Escala ERI.

_____ y _____ certificamos que hemos recibido y comprendido que la información que obtengan el psicólogo en formación y el psicólogo asesor, es de carácter confidencial y que la podrán revelar si durante la evaluación, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para nuestro hijo; con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

También sabemos que la información que mi hijo suministre en el proceso de investigación, podrá ser utilizada para proyectos académicos o investigativos; siempre y cuando se resguarde su identidad. Se nos indicó que el procedimiento a seguir es en primera instancia un periodo de evaluación en la que se incluirán la entrevista y la aplicación de dos pruebas.

También se nos indicó que se puede revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo en formación y nuestro hijo, cuando él lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia.

Comprendemos que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de su bienestar y evitando de esta manera causarle un daño físico o moral a nuestro hijo. Sabemos que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación, nuestro hijo recibirá información que le permitirá tomar la decisión que a su criterio le parezca más conveniente.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día _____ del mes _____ del año _____, en la ciudad de _____.

Nombre del padre: Nombre de la madre:	C.C. No.
Firma del padre: Firma de la madre:	C.C No.
Nombre de las Psicólogas en formación:	C.C. No.
Firma de las Psicólogas en formación:	C.C. No.
Nombre del Psicólogo Asesor:	C.C. No.
Firma del Psicólogo Asesor:	No. _____ T.P.

ASENTIMIENTO INFORMADO

Esta investigación se titula **Estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en consumidores de sustancias psicoactivas. Un estudio correlacional**. Está a cargo de las estudiantes María Camila Gómez Mantilla y Karen Melisa Uribe Hernández, de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga, asesoradas por el docente Manuel Alejandro Mejía Orduz.

La investigación tiene como finalidad analizar la relación existente entre estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares en consumidores de sustancias psicoactivas en la ciudad de Bucaramanga. También se busca proporcionarles a las instituciones los resultados obtenidos, para que a partir de éstos puedan diseñar estrategias de intervención que contribuyan a la disminución del consumo, y así mismo a la cohesión familiar. Los instrumentos que se utilizarán son: La Escala de Estrategias de Coping Modificada y la Escala ERI.

Su participación es libre y voluntaria, es decir, es la decisión de sus padres y su decisión de participar o no de esta investigación, así mismo es confidencial, con el fin de proteger su identidad. Es importante mencionar que, si durante el estudio sus padres y usted no quieren continuar participando, podrán retirarse sin ningún problema. Durante el proceso se realizará una entrevista y se aplicarán dos pruebas para recolectar información. Si acepta participar, le pido que por favor ponga una X en el cuadro de abajo que dice “Sí quiero participar”. Si no quiere participar, no ponga ninguna X.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente asentimiento el día _____ del mes _____ del año _____, en la ciudad de _____.

Sí quiero participar

Nombre:	T.I. No.
Nombre de las Psicólogas en formación:	C.C. No.
Firma de las Psicólogas en formación:	C.C. No.
Nombre del Psicólogo Asesor:	C.C. No.
Firma del Psicólogo Asesor:	No. _____ T.P.