UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TEMA:

"APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON POLICONSUMO DE LA CASA DE ACOGIDA CETAD PUMAMAQUI DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL AÑO 2018"

Trabajo de investigación previo a la obtención del Título de Psicólogo General de la Universidad Tecnológica Indoamérica. Modalidad Proyecto de Investigación.

Autor

Proaño Calderón Steven Alfredo

Tutora

Dra. Calvo Rodríguez Marina Milagros MSc

Quito - Ecuador

2019

APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Calvo Rodríguez Marina Milagros, con número de cédula 1756926265, en mi calidad de tutor del trabajo de titulación nombrado por el Comité Curricular de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica:

Certifico:

Que el Trabajo de Titulación APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON POLICONSUMO DE LA CASA DE ACOGIDA CETAD PUMAMAQUI DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL AÑO 2018, desarrollado por Proaño Calderon Steven Alfredo, estudiante de la carrera de Psicología, para optar por el Título de Licenciatura en Ciencias Psicológicas, ha sido revisado en todas sus partes y considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos técnicos, científicos y reglamentarios para ser sometido a sustentación pública y evaluación por parte del tribunal examinador.

Quito, 07 de agosto del 2019

_____

Dra. Marina Milagros Calvo Rodríguez, MSc

C.I.: 1756926265

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

El abajo firmante, en calidad de estudiante de la carrera de Ciencias Psicológicas declara que los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de su persona como autor de este Trabajo de Titulación.

Quito, 07 de agosto del 2019

_____

Proaño Calderon Steven Alfredo

C.I.: 172430372-0

AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Proaño Calderon Steven Alfredo, declaro ser autor del proyecto de Tesis titulado: "APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON POLICONSUMO DE LA CASA DE ACOGIDA CETAD PUMAMAQUI DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL AÑO 2018", como requisito para optar al grado de "Psicólogo General". Autorizo al Sistema de Bibliotecas de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI).

Los usuarios de RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, acepto que los Derechos de Autor, Morales y Patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Quito, a los días escrito del mes de del año firmo conforme:

Autor: Proaño Calderon Steven Alfredo

Firma: _____
Número de Cédula: 172430372-0
Dirección: Diego de Trujillo y Ruperto Alarcon
Correo Electrónico: psi.cli.steven@gmail.com
Teléfono: 0982328111

TRIBUNAL EXAMINADOR

El trabajo de Investigación ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado sobre el tema **APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON POLICONSUMO DE LA CASA DE ACOGIDA CETAD PUMAMAQUI DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL AÑO 2018,** previo a la obtención del Título de Psicólogo General, reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

Para constancia firman:

_____

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
Dr. Andrés Subía, M. Sc.

_____

VOCAL 1
Lic. Jacqueline Gordon, M. Sc.

_____

VOCAL 2
Ps. Org. Paulina Guerra, M. Sc.

Quito,…… 2019

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mis Padres, Wilson Alfredo Proaño Vizcaino y Georgina Marisol Calderon Bajaña, a mi hermano Wilson Proaño y a mi abuelo Luis Proaño. A mis padres por ser los pilares fundamentales en mi educación y a mi hermano por ser el motor inquebrantable de mi vida y la fuerza que me impulsa a seguir adelante.

Steven Proaño

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por haberme dado la vida, la paciencia, fortaleza y sabiduría para afrontar las adversidades que se me han manifestado en el transcurso de mi carrera universitaria. A mis padres por ser los pilares fundamentales en mi educación, a mi hermano por brindarme su apoyo y por ser la fuerza la cual me motiva a seguir adelante, a la Dra. Marina Calvo, excelente profesional y docente, quien me ha brindado su conocimiento, confianza y cariño; al Dr. Andrés Subía M.Sc. quien ha sabido estar presente en mi formación profesional y a la Lic. Jacqueline Gordon, M. Sc. Por ser la principal impulsadora en mi carrera y quien siempre me apoyó con palabras de aliento desde el comienzo de mi carrera universitaria hasta el día de hoy.

Steven Proaño

ÍNDICE DE CONTENIDO

Portada: i

Aprobación del tutor del trabajo de titulación..... ii

Autorización por parte del autor para la consulta, reproducción parcial o total, y publicación electrónica del trabajo de titulación..... iv

Tribunal examinador v

Dedicatoria vi

Agradecimiento vii

Índice de contenido viii

Índice de tablas..... xi

Índice de gráficos xii

Resumen ejecutivo xiii

Abstract xiv

Introducción 1

El problema 3

Contextualización..... 4

Macro: ..... ……..4

Meso:..... 5

Micro:..... 7

Antecedentes 8

Contribución..... 9

Capítulo Imarco teórico..... 11

Apoyo famiiar 11

Definición de familia..... 11

Tipos de familia..... 12

Estructura familiar..... 13

Apoyo familiar 15

Percepción de la familia 18

Recursos o Redes Sociales 20

Ansiedad..... 22

Definición de Ansiedad..... 23

Etiología 23
Clasificación de los Trastornos de ansiedad DSM V y CIE 10 24
Tipos de tratamiento 27
Ansiedad y Drogodependencia o Policonsumo 28
Características del Trastorno de Ansiedad Generalizada DSM V 29
Características del Trastorno de Pánico y de Ansiedad Generalizada CIE 10 30
Ansiedad y Adicción 31
Tratamiento y apoyo familiar en pacientes en los centros de rehabilitación. 31
Justificación 34
Objetivos 35
Objetivo general: 35
Objetivos específicos: 35
Capítulo II metodología 36
Delimitación de la investigación 36
Diseño de trabajo 36
Enfoque 37
Población y muestra 37
Criterios de Inclusión 37
Criterios de exclusión 37
Estructura de la muestra 38
Gráficos de la Descripción de la Muestra 39
Instrumentos de Evaluación 39
Escala de ansiedad de ZUNG 40
Escala multidimensional de Apoyo Social Percibido MSPSS 41
Aplicación del Instrumento Psicológico 43
Actividades 43
Digitación y Tabulación de Datos 43
Análisis de los Resultados 44
Elaboración de la Discusión 44
Estructuración y Creación de la Propuesta 44
Revisión Final del Tutor 44
Aspectos éticos 44

Capítulo III análisis e interpretación de resultados.....45
Presencia de apoyo familiar……...45
Presencia de ansiedad..... 46
Correlación de pearson..... 47
Comprobación de la Hipótesis 48
Capítulo IV discusión conclusiones y recomendaciones.....49
Conclusiones 49
Recomendación..... 49
Discusión..... 50
Capítulo V propuesta terapéutica 51
Datos informativos de la institución 51
Justificación..... 52
Objetivos 54
Estructura técnica de la propuesta..... 55
Estructura Metodológica de Intervención 56
Descripción general del taller 1..... 57
Descripción general del taller 2..... 58
Descripción general del taller 3..... 59
Descripción general del taller 4..... 60
Descripción general del taller 5..... 61
Descripción general del taller 6..... 62
Bibliografía 63
Anexos 71
Consentimiento informado..... 71
POR W. W. K. ZUNG 72
POR W. W. K. ZUNG 74
Escala multidimensional de apoyo social percibido 75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Resumen de la clasificación de Trastornos de Ansiedad según el DSM V 25
Tabla N° 2 Resumen de la clasificación de Trastornos de Ansiedad según la CIE 10 27
Tabla N° 3 Descripción de los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina o ISRS 28
Tabla N° 4 Dosis de las Benzodiacepinas 28
Tabla N° 5 Características del trastorno de ansiedad generalizada DSM V 30
Tabla N° 6 Características del trastorno de ansiedad de pánico y generalizada CIE 10 30
Tabla N° 7 Descripción de los participantes por edad 38
Tabla N° 8 Descripción de los participantes por sexo 38
Tabla N° 9 Descripción del proceso de actividades 43
Tabla N° 10 Descripción de los participantes con apoyo familiar 45
Tabla N° 11 Descripción de los participantes según presencia de ansiedad 46
Tabla N° 12 Descripción de la correlación de Pearson 47
Tabla N° 13 Descripción general de los talleres 56
Tabla 14 Descripción del taller 1 57
Tabla N° 15 Descripción del taller 2 58
Tabla N° 16 Descripción del taller 3 59
Tabla N° 17 Descripción del taller 4 60
Tabla N° 18 Descripción del taller 5 61
Tabla N° 19 Descripción del taller 6 62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Descripción porcentual de los participantes según edad 39
Gráfico N° 2 Descripción porcentual de la muestra según el sexo 39
Gráfico N° 3 Descripción de la fórmula de ansiedad ‘‘Zung’’ 40
Gráfico N° 4 Descripción de la tabla de ansiedad ‘‘Zung’’ 41
Gráfico N° 5 Descripción porcentual de la muestra estudiada en ‘‘apoyo familiar’’ 45
Gráfico N° 6 Descripción porcentual de la muestra estudiada en ‘‘ansiedad’’ ... 46
Gráfico N° 7 Descripción de la correlación de Pearson..... 47

UNIVERSIDAD INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA

TEMA: "APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON POLICONSUMO DE LA CASA DE ACOGIDA CETAD PUMAMAQUI DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL AÑO 2018**"**

AUTOR:
Proaño Calderon Steven Alfredo

TUTORA:
Dra. Marina Milagros Calvo Rodríguez, MSc

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo identificar la relación que existe entre la percepción de apoyo familiar y la ansiedad en pacientes pertenecientes a la Casa de Acogida, CETAD PUMAMAQUI, tomando como muestra a 60 pacientes drogodependientes en proceso de rehabilitación. Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional, de campo, transversal, no experimental en el cual se aplicaron 2 cuestionarios. Para el estudio de la percepción del apoyo familiar se utilizó el cuestionario Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, MSPSS, de cuya aplicación se obtuvo que predomina una percepción de apoyo familiar moderado y bajo y para evaluar la ansiedad se utilizó la Escala de Ansiedad de Zung obteniendo como resultado que la mayoría de los pacientes presentan ansiedad. Para el análisis de la relación entre las variables se utilizó la correlación de Pearson, obteniéndose una correlación negativa de -,743 significativa en el nivel de 0,01 a 2 colas, con un p valor de ,000 lo que evidencia que existe una correlación negativa significativa entre el apoyo familiar y la ansiedad, es decir, a menor apoyo familiar mayor ansiedad mientras que cuando el apoyo familiar es alto la ansiedad es menor o no se presenta. Tomando en consideración los resultados obtenidos se propuso el desarrollo de talleres psicoeducativos dirigidos a la familia y al drogodependiente en rehabilitación.

PALABRAS CLAVE: apoyo familiar, ansiedad, drogodependencia, tratamiento de la drogodependencia

UNIVERSIDAD INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA

TOPIC: "FAMILY SUPPORT AND ITS RELATIONSHIP WITH THE ANXIETY IN PATIENTS WITH INTERNAL POLICEMENUM IN CETAD PUMAMAQUI REHABILITATION CENTER OF QUITO DURING 2018**"**

AUTHOR:
Proaño Calderon Steven Alfredo

TUTOR:
Dra. Marina Calvo Psiq.

ABSTRACT

This research work aims to identify the relationship between the perception of family support and anxiety in patients belonging to the Shelter, CETAD PUMAMAQUI, taking as a sample 60 drug-dependent patients in the process of rehabilitation. A quantitative, correlational, field, cross-sectional, non-experimental study was conducted in which 2 questionnaires were applied. For the study of the perception of family support, the questionnaire Multidimensional Perceived Social Support Scale, MSPSS, was used, from whose application it was obtained that a perception of moderate and low family support predominates and to assess anxiety the Zung Anxiety Scale was used obtaining as a result that the majority of patients present anxiety. For the analysis of the relationship between the variables Pearson's correlation was used, obtaining a negative correlation of -, 743 significant at the level of 0.01 to 2 tails, with a p value of, 000 which evidences that there is a correlation Significant refusal between family support and anxiety, that is, less family support, greater anxiety, while when family support is high, anxiety is less or does not occur. Taking into consideration the results obtained, the development of psychoeducational workshops aimed at the family and drug addicts in rehabilitation was proposed.

KEY WORDS: family support, anxiety, drug dependence, drug dependence treatment.

INTRODUCCIÓN

El apoyo familiar es una de las bases fundamentales para el desarrollo emocional, social y fisiológico del individuo como explica Guerrero (2003). El núcleo familiar se considera que es el entorno más cercano e importante para la vida de una persona y en conjunto, con la satisfacción del trabajo, son dominios que contribuyen significativamente al bienestar de un individuo; de igual modo, se ha señalado la relación entre el desarrollo de manifestaciones de ansiedad en el paciente con diagnóstico de trastorno adictivo al inicio de su tratamiento, que no están ligadas necesariamente a la abstinencia pero sí con la percepción de apoyo familiar, lo que evidencia que la influencia de la familia es un factor fundamental para el desarrollo psicosocial del individuo y que este se relaciona con la percepción que se tenga de su núcleo familiar (Carlson & Williams, 2000).

En la presente investigación se estudiaron las variables apoyo familiar y ansiedad en pacientes internos en los centros de rehabilitación de Pumamaqui y La Vicentina. Para llevar a cabo el presente estudio se utilizaron los instrumentos de evaluación Escala de Ansiedad de Zung y la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social, teniendo en cuenta que la población estudiada se considera vulnerable por su realidad que coexiste con el medio protegido que otorga el entorno donde se desarrolla el tratamiento de la adicción.

El documento consta de cinco capítulos que son:

Capítulo I.- Incluye el Marco Teórico, los antecedentes, las fundamentaciones correspondientes y el desarrollo de las variables Apoyo Familiar y Ansiedad.

Capítulo II.- Se desarrolla la metodología de la investigación, el enfoque, la población y muestra, los instrumentos de evaluación utilizados y las actividades desarrolladas.

Capítulo III.- Se incluye la presentación y el análisis de los resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos.

Capítulo IV.- Incluye las conclusiones y recomendaciones de acuerdo con el análisis estadístico de los datos de la investigación.

Capítulo V.- Se establece una propuesta brindando una solución adecuada a los resultados obtenidos mediante el desarrollo de talleres dirigidos a la familia y al drogodependiente.

EL PROBLEMA

El consumo de sustancias psicoactivas en la actualidad se considera un serio problema de salud que provoca no solo trastornos físicos sino también la aparición de trastornos mentales, que se hacen evidentes en los drogodependientes que se encuentran en proceso de rehabilitación.

Según el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP, 2012) en el Libro I, en su capítulo VII, donde se abordan las acciones de salud relacionadas con el tabaco, bebidas alcohólicas, psicotrópicos, estupefacientes y otras substancias que generan dependencia se establece claramente "como problema de Salud Pública al consumo de tabaco y al consumo excesivo de bebidas alcohólicas, así como al consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas".

En el consumo de estas sustancias intervienen múltiples factores como el social, familiar, económico, y factores dependientes del consumidor; entre ellos debemos destacar la influencia de la familia tanto como en el inicio del consumo, su mantenimiento como durante el proceso de rehabilitación.

La percepción del apoyo familiar en el paciente con drogodependencia interno en los Centros Especializados de Tratamiento en Consumo de Alcohol y otras Drogas (CETAD), puede influir en el desarrollo del tratamiento y sus resultados están en relación con una percepción que implique que este apoyo se considere alto, moderado y bajo.

La percepción de un apoyo familiar moderado o bajo se ha relacionado con un incremento en los índices de ansiedad en estos pacientes durante su tratamiento por lo que surge como un elemento que debe ser tomado en consideración en el plan terapéutico, lo que motivó el desarrollo de la presente investigación.

CONTEXTUALIZACIÓN

Macro:

En base a los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) en el año 2015, 1,2 millones de adolescentes, es decir, más de 3000 jóvenes al día fallecieron a causa del consumo de drogas, en su mayoría por causas prevenibles o tratables. Los adolescentes (edades entre los 10 y los 19 años) representan aproximadamente una sexta parte de la población mundial (1200 millones de personas).

La mayoría de los jóvenes gozan de buena salud, pero la mortalidad prematura, la morbilidad y las lesiones entre los adolescentes siguen siendo considerables. Las enfermedades pueden afectar a la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente. Es importante destacar que el consumo de alcohol, tabaco, y otras drogas, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y/o la exposición a la violencia pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de su adultez e incluso la salud de sus futuros hijos (OMS, 2018)

Muñoz & López (2001), realizaron una investigación en la Universidad Complutense de Madrid, que arrojó un peso diferencial de determinadas variables familiares en el consumo de drogas por parte de los adolescentes. Las diversas sustancias de consumo estudiadas se agruparon de forma empírica en tres factores denominados: «drogas legales», «drogas médicas» y «drogas ilegales». Se realizaron varios análisis de regresión por pasos con cada uno de los tres factores y se confirmó que los principales factores de riesgo familiares para explicar el consumo de drogas legales eran la ausencia de normas familiares sobre el uso de drogas, los conflictos entre los padres y el adolescente y el consumo de alcohol por parte del padre. En sentido opuesto, los factores de protección más importantes eran acostarse a una hora fija por la noche y tener una buena relación de vínculo con los padres.

Estos resultados ponen de manifiesto nuevamente el hecho de que, al igual que ocurre en población adulta, en los adolescentes es posible hablar también de un consumo múltiple de sustancias que incrementa la gravedad del fenómeno, especialmente de cara a la prevención, puesto que se trata de una situación en la que el efecto negativo de las mismas se combina incrementando su toxicidad, dificultando las intervenciones en este campo y empeorando las consecuencias a largo plazo tanto sociales como personales y de salud. (Itza, 1992)

Por otro lado, en las intervenciones que se promuevan desde el marco de la salud, no solo se debe tener en cuenta desde la individualidad, su actividad nosológica y sus síntomas, sino que desde la intervención psicosocial se debe tomar en consideración la familia y la comunidad (Fernández & Hernández, 1998).

De esta manera en pacientes adultos drogodependientes en proceso de rehabilitación expresan que la idea de un tratamiento les permite recuperar la afectividad y el entorno familiar perdido durante el consumo; se evidencia la idea de recuperar ciertos aspectos del periodo del preconsumo (Kornblit, 2004)

Meso:

El Acta Constitutiva de Unión de Naciones Suramericanas, UNASUR, (CONSEP, 2012) prevé la conformación del Consejo Suramericano sobre el Problema Mundial de las Drogas. Los países miembros por ese mandato elaboraron y aprobaron en un proceso consensuado el Estatuto del Consejo y su Plan de Acción.

UNASUR (CONSEP, 2012) contribuye a abordar con efectividad la problemática de las drogas, desde una iniciativa integradora que reconoce los enfoques y realidades nacionales y amplía la ubicación del fenómeno de las drogas en el contexto de problemáticas socioeconómicas de orden estructural que incorporan para su tratamiento eficaz factores causales como el desarrollo que sustenta la paz y la seguridad.

En el Perú, las edades promedio de inicio del consumo de las distintas drogas, según el reporte de adolescentes de 12 a 18 años, fluctúa entre los 14 y 15 años, con excepción del éxtasis que es de 18 años aproximadamente a si lo manifiesta la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas del Perú (DEVIDA, 2013). Además, el mayor consumo de tabaco y de drogas ilegales ocurre en adolescentes y jóvenes, mientras que en el caso del alcohol se evidencia en estos grupos de edad similares proporciones que en los grupos de edad de 26 a 45 años. Es así que al compararse con otros grupos etarios, la mayor proporción de consumo de tabaco se evidencia en el grupo de 19 a 25 años (46.9%), y de las drogas ilegales en el grupo de 12 a 18 años, seguido por el grupo de 19 a 25 años (DEVIDA, 2013).

Como punto de partida para el análisis de los factores de iniciación en el consumo y de protección para evitar este inicio se pueden tomar como referencia un estudio de Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia (Medina, 2010)

Según Medina (2010) los cambios económicos, políticos y sociales ocurridos en los últimos años en Colombia, han cambiado la percepción frente al tema de las drogas destacando que la familia puede favorecer o desestimular el consumo de drogas. Una familia permisiva y sin normas claras puede convertirse en un factor que propicia el consumo, en cambio, la familia que está cerca y cumple una función de regular a sus miembros en el cumplimiento de normas, aparece como factor protector que evite el consumo de sustancias psicoactivas.

Casas & Gossop (1993) refieren que el consumo de drogas tiene relación con la socialización de los jóvenes. En este proceso de socialización la familia juega un papel importante, ya que es en el contexto familiar donde se comienzan a adquirir las creencias, los valores y los hábitos que van a condicionar la probabilidad de consumir alcohol y/o drogas. El núcleo familiar posee, por tanto, factores y características que están presentes en las relaciones entre sus miembros produciendo una influencia constante durante todo el proceso de las drogodependencias. Estos autores afirman que la presión familiar influye en la decisión de abandonar el consumo de alcohol y/o drogas.

La gravedad del consumo de las sustancias psicoactivas en las personas es crucial para poder establecer el tipo de acción a implementar, que permita el desarrollo de la detección de la causa del consumo y su prevención en la comunidad adulta de Latinoamérica. (Insulza, 2013)

Micro:

En base al Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013 de la (CONSEP, 2012) se establecen las siguientes normativas:

1. Formular el Plan Nacional que contenga las estrategias y programas para la prevención del uso indebido de sustancias sujetas a fiscalización, de su producción y comercialización, para la represión de la producción y tráfico ilícito y para la rehabilitación de las personas afectadas por su uso.

2. Vigilar el cumplimiento del plan, coordinar la ejecución de programas y actividades entre las entidades a las que corresponde aplicarlo y supervisar y evaluar su ejecución.

• Ley Orgánica de Salud

Los servicios de salud ejecutarán acciones de atención integral dirigidas a las personas afectadas por el consumo y exposición al humo del tabaco, el alcoholismo, o por el consumo nocivo de psicotrópicos, estupefacientes y otras substancias que generan dependencia, orientadas a su recuperación, rehabilitación y reinserción social.

Carrion (2008) destaca que en las encuestas desarrolladas por la CONSEP de la República del Ecuador, una de las variables de mayor estudio ha sido la edad del primer uso de drogas; para los estudiantes de enseñanza media y considerando las tres encuestas realizadas en esta población, la tendencia indica que los adolescentes y los jóvenes usan drogas por primera vez a edades más tempranas, siendo lo más notorio el primer uso de inhalantes a la edad de 12.5 años, alcohol a los 12.8 años y cigarrillos a la edad de 12.9

En referencia al problema mundial de las drogas, el Ecuador ha considerado los efectos negativos asociados al uso y consumo de drogas en la sociedad, en la

comunidad y en los individuos, por lo cual se ha determinado a estudiar, entender y elaborar estrategias para enfrentar esta problemática en nuestra realidad nacional, alerta acerca de aspectos como el consumo de drogas en edades tempranas, el relativo fácil acceso a las mismas y la determinación de las zonas con mayor incidencia del fenómeno socio económico de las drogas. Secretariá Tècnica de Prevenciòn integral dedrogas, (2017-2021)

Erazo (2017) señala la necesidad de identificar como actúa "la familia en el proceso de rehabilitación de las personas internas en la comunidad terapéutica Salvando al Adicto de la ciudad de Loja", buscando estrategias preventivas para evitar el consumo de alcohol y recaída de los internos, basado en el manejo y comprensión de la problemática de las drogas, así como también se busca que la familia sea parte activa del proceso de recuperación de los internos.

ANTECEDENTES

Los diversos factores relacionados con trastornos tan complejos como las adicciones han generado un amplio grupo de investigaciones en numerosos países.

Las investigaciones realizadas en países de la Comunidad Europea como España, publicadas en repositorios y bibliotecas académicas de Hospitales, Universidades y Facultades de Ciencias Humanas y Ciencias de la Salud, han puesto de evidencia lo siguiente:

Jaffe (1991), "Habla de abuso de drogas como el uso, generalmente por autoadministración, de cualquier droga de un modo que se aparte de las formas médicas o sociales aprobadas dentro de una cultura dada."

De igual manera Merikangas & Feston (2006) señalaron que el consumo de alcohol y otras drogas pueden ocurrir en el periodo de transición desde la adolescencia tardía a la adultez temprana. Es decir, este periodo aparece como el momento más crítico para la expresión de la vulnerabilidad al uso de drogas.

Chávez (2009) “Desde una perspectiva evolutiva los pares o amigos cobran mayor importancia durante la adolescencia, siendo una necesidad imperante para los adolescentes el sentirse parte y valorados por un grupo”.

Cabello & D’Anello (2001) destacaron que la ayuda que los miembros de una familia necesitan son cariño, cuidado y asistencia, entre otros, y que como una unidad biopsicosocial cumplen diversas funciones, siendo una de las principales actividades del terapeuta la de evaluar la funcionalidad de la misma en el apoyo entre los miembros de la familia.

Gómez (2009) explica que de la misma manera la familia es considerada una de las piezas fundamentales capaces de brindar apoyo en medio de los cambios, aunque ella misma se vea en la necesidad de realizar modificaciones, a la vez perdurables y modificables acorde a la necesidad del drogodependiente en proceso de rehabilitación.

Contribución

La presente investigación ofrece una contribución teórica, ya que presenta una revisión bibliográfica del tema utilizando bibliografía actualizada y confiable. Los resultados obtenidos servirán como base para futuras investigaciones en temas como el apoyo familiar y la ansiedad en pacientes drogodependientes, ya que aunque existe literatura sobre el tema en otros países como los que son miembros de la Comunidad Europea, no hay mucha presencia de este tipo de investigaciones en la comunidad científica latinoamericana y en particular en el Ecuador.

Esta investigación presenta una contribución social en relación con los servicios terapéuticos y de Salud Mental, ya que se correlacionaron los niveles de apoyo familiar y la ansiedad en el paciente con drogodependencia, de tal manera que se puede establecer una propuesta de intervención integral para adictos en rehabilitación, que contribuya de manera más eficaz al éxito del tratamiento, al mantenimiento de la abstinencia y a su reinserción social.

Los principales beneficiarios serán los pacientes internos en los Centros de Rehabilitación Pumamaqui y La Vicentina, sin embargo esta propuesta de intervención puede ser beneficiosa para los internos de otros centros de rehabilitación en Salud Mental.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

APOYO FAMIIAR

Definición de familia

La familia ha sido conceptualizada desde distintas perspectivas.

Carbonell (2012) la define desde una concepción tradicional, en la cual se puede observar que "La familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros".

Patricia Ares, psicóloga familiar cubana, destaca que la familia es una institución milenaria y un grupo humano reconocido como importante y decisivo para el desarrollo humano. (Arés, 2001).

La influencia de la familia es un factor fundamental para el desarrollo psicosocial del individuo y para la percepción que este tenga de su núcleo familiar. Es esperable que al existir altos índices de satisfacción familiar y apoyo familiar un conflicto sea menor ya que si se cuenta con buenos niveles de relación familiar, presumiblemente, no habría mayores complicaciones en el núcleo familiar. (Carlson & Williams, 2000).

Siendo en la familia donde la persona adquiere sus primeras experiencias valores y concepción del mundo esta aporta al individuo las condiciones para un desarrollo sano de la personalidad o en su defecto es la principal fuente de trastornos emocionales. (Arés, 2001)

Tipos de familia

Se podría establecer que el entorno de cada familia determina cierta influencia en los individuos que la conforman; reconsiderar sus opciones cuando las viejas soluciones se tornan inviables y la tolerancia hacia otras alternativas crece a medida que más individuos adoptan nuevos comportamientos (Furstenberg, 2003)

De esta manera la Enciclopedia Británica refiere que las crisis y dificultades sociales, económicas y demográficas de las últimas décadas, como un punto de evolución del entorno familiar y sus consecuencias en los miembro de este núcleo, han hecho redescubrir que la familia representa un valioso potencial para el amortiguamiento de los efectos dramáticos de problemas como el paro, las enfermedades, la vivienda, las drogodependencias o la marginalidad. La familia es considerada hoy como el primer núcleo de solidaridad dentro de la sociedad, siendo mucho más que una unidad jurídica, social y económica. La familia es, ante todo, una comunidad de amor y de solidaridad (BRITÁNICA, 2009).

En los tipos de familia se encuentran:

- **Nuclear:** La familia nuclear se encuentra conformada por padre, madre e hijos que viven y se establecen como un hogar; se le conoce también como elemental o básica. El término "familia nuclear" empieza en los años de 1947, por lo que no es algo nuevo. Las familias nucleares se centran con la promoción, expansión y reproducción de los valores de la cultura. De acuerdo con este concepto se entiende que la familia nuclear está conformada por un matrimonio e hijos que dependen de ellos y que esta constituye una comunidad de vida plena y total, en un ámbito vital cerrado autónomo frente al estado y a la sociedad por encima del bien y de los intereses individuales de sus componentes. (Moro, 1999)
- **Extensa**: Los integrantes de este tipo de familia no siempre han estado unidos por vínculos de sangre y matrimonio, como es en el caso de la familia nuclear. Son familias de varias generaciones que viven en un mismo hogar; la cooperación en las diferentes tareas dentro de la familia se puede llevar a cabo con una mayor flexibilidad **l**as dificultades que

pueden manifestarse en la familia extensa es la falta de espacio que tenga cada miembro de la familia, en donde se pierde la intimidad y el espacio de los miembros; dificultades con la relación de abuelo o abuela, padre o madre por los tipos de crianza que se les desea dar a los niños dentro del hogar. Con estas dificultades que existen dentro de la familia extensa son causadas por que lo miembros que conforman la familia no pueden diferenciar las funciones de cada integrante y organizar las funciones que debe cumplir dentro del rol familiar. (Baquieiro & Buenrostro, 2005)

Estructura familiar

Existen nuevos tipos de clasificaciones familiares, diferentes a la familia tradicional, las cuales son tan comunes y observables en la actualidad como han sido las familias consideradas tradicionales que pueden llegar a pensarse que este tipo de uniones son tan perfectas que casi frecuentes como las tradicionales.

- **Monoparental**: En la familia monoparental conviven el padre o la madre con los descendientes y sin el otro cónyuge. En la mayoría de los casos dichos núcleos familiares, se forman con la madre y los descendientes, siendo menos comunes las encabezadas únicamente por el padre. Las causas principales que originan las familias monoparentales son: el reciente número de divorcios; el abandono del hogar por parte de uno de los miembros de la pareja; la viudez; el aumento de nacimientos al margen de las uniones legalmente constituidas, bien porque la pareja no desea casarse ni hacer vida en común o por su imposibilidad para contraer matrimonio.

  Asimismo, este fenómeno se relaciona con la migración de alguno de los miembros de la pareja a otro lugar por motivos de trabajo, estudio o reclusión en centros de salud o de rehabilitación social, sin que exista de por medio un rompimiento entre ellos. La familia monoparental se entiende como aquella familia nuclear que está compuesta por un solo progenitor (varón o mujer) y uno o varios hijos. Aunque la crianza de un niño puede ser llevada a cabo tanto por hombres como mujeres, en esta materia, según demuestran las estadísticas, no ha habido grandes cambios

y entre un 80 y un 90% de los hogares monoparentales están formados por madres e hijos. (Campo, 2005)

Antecedentes de estudios relacionados con la familia y las drogodependencias

Las investigaciones que han utilizado una metodología prospectiva durante un periodo más o menos largo de tiempo han sido escasas. Precisamente, uno de los estudios prospectivos con mayor tiempo de seguimiento reveló que la historia paterna de alcoholismo no era un importante predictor del consumo de los hijos a los veinte años, pero a los treinta años, la dependencia a las drogas era significativamente más frecuente en los hijos de padres alcohólicos que en los de padres no bebedores (Knop, 1993).

Aunque la familia se ha relacionado desde diversas perspectivas con el uso de las drogas también se ha señalado que este uso condiciona los problemas, pero no es la explicación del desencadenante de la problemática por la cual atraviesa el sujeto y que es en el sujeto donde podremos encontrar explicaciones más completas al usar, consumir, enfermar, prevenir y rehabilitar por el consumo de drogas. (CONSEP, 2012)

Desde el punto de vista social se ha destacado que los niños, adolescentes y adultos que viven en zonas caracterizadas por la violencia, la delincuencia, la marginalidad o la promiscuidad sexual, tienen una alta probabilidad de presentar problemas de salud: accidentes y enfermedades de transmisión sexual, así como de Salud Mental: depresiones, trastornos psicopatológicos y consumo indebido de alcohol y drogas. (Forselledo & Sbárbaro, 1994). Es indispensable destacar que estos factores de igual modo pueden afectar a la familia como sistema y propiciar el uso y abuso de sustancias psicoactivas con la consiguiente repercusión individual y familiar.

El consumo de alcohol y otras drogas pueden ocurrir en el periodo de transición desde la adolescencia tardía a la adultez temprana. Es decir, este

periodo aparece como el momento más crítico para la expresión de la vulnerabilidad al uso de drogas. Por tanto, pudiera darse el caso de que algunos estudios que investigan la aparición de un patrón temprano de uso o abuso de drogas fallaran a la hora de discriminar la verdadera vulnerabilidad de estos individuos. (Merikangas & Feston, 2006).

Investigaciones realizadas en el año 2008 en la República del Ecuador, muestran un incremento del uso de drogas entre adolescentes y jóvenes, siendo necesario conocer las causas de estos incrementos. Las causas de consumo de estas sustancias pueden relacionarse con las condiciones de vida familiar, escolar, social, y con las condiciones que crea un mundo en el que lo más importante es vivir a toda costa las experiencias placenteras. (CONSEP, 2012).

Apoyo familiar

El apoyo familiar se compone del entorno de un individuo que ha establecido la familia, se considera el núcleo familiar como una fuente primaria de apoyo social y familiar, pues sus miembros están en condiciones de ofrecer ayuda a sus miembros familiares que lo necesiten, siendo una de las principales formas de evaluar la necesidad o funcionalidad de la misma, en el apoyo entre los miembros de la familia (Cabello & D'Anello, 2001) .

A partir de la etapa de la adolescencia el individuo obtendrá de su grupo de amigos un mayor apoyo percibido, manteniéndose constante y/o desapareciendo el de los padres (Furman & Scholte, 2003).

Por lo cual el dominio familiar se la ha reportado como una incidencia en relación al deterioro en la función parental y sus riesgos para la salud de los padres que se reflejan en tensión psicológica, ansiedad, irritación, estados depresivos, estrés laboral y diversos problemas psicosomáticos. (Frone & Cooper, 1997).

Siendo así en el deterioro de la función parental se procede a dar a conocer los diferentes tipos de apoyo que pueden abarcar; con la finalidad de reducir el deterioro parental y familiar.

Tipos de apoyo

- **Apoyo espiritual.-** Las creencias religiosas o el apoyo espiritual que los sujetos muestran tener o creer en una vida espiritual relacionada con sus decisiones, por ejemplo, dicen estar de acuerdo y completamente de acuerdo en contar con apoyo espiritual en tiempos difíciles, que hay un poder superior a sí mismo (Hamilton & Wright, 2015), en el cual este apoyo puede sustituir hasta cierto punto la ausencia del apoyo familiar la cual permite al sujeto poder apoyarse en algo significativo para el mismo y de esta manera pueda entender con mayor facilidad la problemática por la cual está transitando, no obstante el apoyo espiritual no suprime por completo el apoyo familiar que necesita el individuo.
- **Apoyo emocional.-** El primer tipo de apoyo social tiene que ver con el reconocimiento de nuestras emociones por parte de los demás, además de la muestra de cariño y preocupación por parte de otras personas. Algunas de las formas más comunes de mostrar este tipo de apoyo es mediante la empatía, la aceptación, el ánimo o simplemente las muestras de afecto. La principal función del apoyo emocional es dejarle saber a la persona que es apreciada y valorada por otros, de tal manera que aumente su autoestima y su confianza en sí misma. (Rodriguez & Puerta, 2018)**.** Este tipo de apoyo está recogido, de una u otra manera, en las concepciones de apoyo antes mencionadas. (Bilbao & Daza, 1999) En general, cuando las personas consideran que otra persona le ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional. El desarrollo del apoyo emocional en el sujeto es la familia, quien se convierte en el principal punto de apoyo emocional y de cuidados para el individuo, siendo un factor muy difícil de sustituir.
- **Apoyo social.-** Con respecto al concepto de apoyo social manifestado según Cohen & Underwood (2000) este se ha centrado en analizar los

factores determinantes relacionados con el bienestar de salud, social y comunitario, no obstante, la interacción social con los miembros y organizaciones de la comunidad constituye una potencial fuente de apoyo para las personas. A partir de estas relaciones no sólo se pueden obtener importantes recursos, información y ayuda, sino también se deriva un sentimiento de pertenencia y de integración a una comunidad más amplia con importantes implicaciones para el bienestar individual y social. Diversos autores han propuesto diferentes estratos o niveles de análisis de las relaciones sociales a partir de los cuales se puede identificar las fuentes de apoyo social, así, por ejemplo, Gottlieb (1981) propone tres niveles de análisis del entorno social vinculados al concepto de apoyo social:

- **Niveles de apoyo social:**
  - Niveles macro (integración y participación social),
  - Meso (redes sociales)
  - Micro (relaciones íntimas).

House (1981) propone que una relación social debe contar con nueve fuentes de apoyo social como son: esposo/a o compañero/ a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de autoayuda y profesionales de la salud o servicios sociales, por lo cual se desarrolla una división de análisis de apoyo social.

A continuación, se señalan las cuatro perspectivas principales, teóricas y empíricas, que sobre el apoyo social. Estas perspectivas o aproximaciones han de considerarse no como excluyentes sino como complementarias: cada perspectiva representa diversos niveles de análisis y se presenta como una precondición del siguiente nivel según (House, 1981).

Bilbao y Daza (1999) establecen niveles de apoyo social que se describen a continuación:

- **Nivel I.-** El nivel más básico en la conceptualización del apoyo social es aquel que lo aborda como Integración social. Este nivel de análisis se centra en el número y fuerza de las asociaciones de una persona con los otros significativos. No está directamente vinculado con la calidad de las relaciones sino con las características estructurales de la red social de una persona (número de contactos, clase de los mismos; matrimonio, amistad). Este nivel no es capaz de explicar la relación entre salud y apoyo social.

- **Nivel II.-** La perspectiva del apoyo social como "relaciones de calidad" añade una importante cuestión al nivel anterior. Desde este punto de vista se atiende a la calidad de las relaciones, aunque éstas no sean muy numerosas. Son varias las vías por las que pueden influir unas relaciones de calidad sobre la salud y bienestar psicológico: contribuyen a satisfacer las necesidades de afiliación, cubren las necesidades de afecto, proporcionan un sentimiento de identidad y pertenencia, son fuente de evaluación positiva y proporcionan sentimientos de control de la situación.

- **Nivel III.-** Un tercer nivel es el apoyo social como "ayuda percibida". En este caso se hace referencia a la percepción de que en situaciones problemáticas hay en quien confiar y a quien pedir apoyo. La percepción de que existe ayuda disponible por parte de otros, puede hacer que la magnitud del estrés de un evento aversivo se perciba reducida.

- **Nivel IV.-** El último nivel consistiría, no ya en tener asociaciones con otros o que sean de calidad o que se perciba la posibilidad de ayuda, sino en la "actualización de tales conductas de apoyo". Es decir, se hace referencia en las conductas reales, al despliegue efectivo y concreto de tal apoyo. (Bilbao & Daza, 1999)

Percepción de la familia

La percepción familiar se ha estudiado en relación con diversos trastornos y situaciones por las que pueden atravesar las personas. Por ejemplo, en la Guía de

Práctica Clínica (2012) de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, en México, se destaca que es necesario que la atención a los sujetos en contacto con situaciones catastróficas se conciba como un sistema integrado y coordinado en el que todos los participantes, incluyendo el paciente y su familia, trabajen en equipo, conozcan, acepten y se identifiquen con las metas, y que se atiendan las necesidades e intereses del paciente con medidas y procedimientos que sean útiles y trascendentes para su bienestar (Clinica, 2012). La familia resulta trascendente en la recuperación de cualquiera de sus miembros debido a su fuerte papel como red de apoyo.

En relación con las drogodependencias Secades (2006) señala que las tendencias en el uso de drogas indican que se está produciendo también un incremento significativo en las demandas de tratamiento para problemas con sustancias en la población adolescente. Este autor destaca que cada vez son más los jóvenes que acuden en búsqueda de ayuda profesional, ya sea voluntariamente o por presión de otros agentes como la familia.

Posiblemente uno de los indicadores que permiten acercarnos más y mejor a la institución familiar con fines preventivos radica en la percepción de riesgo que tiene la población de padres en torno al tema de las drogas. El marco social está siempre marcado por acontecimientos de alto impacto en cuanto a consumo, tráfico y percepción de alto riesgo en el entorno, lo que propicia que se activen todos los mecanismos sociales para intentar compensar los efectos. (Rodríguez, 2003). En estos mecanismos de intervención está implicada la familia.

Utilizando una perspectiva de sistemas, el comportamiento de los miembros de la familia se pueden entrelazar y el comportamiento individual, como es el consumo de sustancias en adolescentes, que se entiende mejor en el contexto familiar. (Sarason & Basham, 1983). Este comportamiento también es importante en el adulto y en particular una vez establecida la dependencia donde varios miembros de la familia pueden comportarse como codependientes.

La familia constituye una poderosa red de apoyo sin embargo no es la única. Resulta entonces necesario referirse a diversos aspectos de las redes de apoyo que se explicaran a continuación.

Recursos o Redes Sociales

La familia constituye una poderosa red de poderosa red de apoyo sin embargo no es la única. Resulta entonces necesario referirse a diversos aspectos de las redes de apoyo que se explicaran a continuación.

El tratamiento de adictos al alcohol y otras drogas requiere una reflexión amplia sobre la influencia de la familia y otros grupos de la red social de los drogodependientes (Souza & Villar, 2015), lo que evidencia la necesidad de realizar una indagación en el contexto social del sujeto, para poder determinar las intervenciones y el tratamiento más adecuadas a cada paciente teniendo en cuenta las características de su entorno social. Lin (1986) plantea que es necesario hacer la distinción entre el apoyo recibido real y el apoyo social percibido, que se refiere a la valoración que las personas hacen sobre su red social, los recursos que de ella provienen y el grado de satisfacción con la disponibilidad de apoyo. De esta manera se podrá tejer una red de apoyo social que facilitará la comunicación del sujeto, el psicólogo y la familia para la cual se obtendrá la disponibilidad de un contacto más cercano al paciente y observar que respuesta manifiesta el sujeto con el tratamiento en su entorno social.

Hombrados (2013) propone que las redes sociales del individuo se manifiestan en diferentes dimensiones entre las que destaca:

- **Tamaño de la red:** hace referencia al número de miembros que forman la red social de una persona. Las redes grandes tienen efectos más beneficiosos que las redes pequeñas. El número de personas que componen la red social no es un predictor directo de las respuestas de afrontamiento del individuo, pero sí explica la disponibilidad de la red para prestar apoyo. Cuando el tamaño de la red es escaso, el sujeto dispondrá de escasos recursos de apoyo social para afrontar los estresores.

En cambio, cuando aumenta el tamaño, aumenta la disponibilidad para prestar apoyo, aunque esto no garantice la calidad del mismo.

- **Composición de la red y calidad del apoyo:** se trata de la diversidad de personas que conforman la red social (amigos, familiares, compañeros de trabajo, compatriotas, etc.). Las fuentes de apoyo y los contextos en los que éste se produce permiten analizar la diversidad de recursos de apoyo social de la que dispone el individuo. Esta variabilidad puede ir desde la existencia de fuentes de apoyo jóvenes a fuentes de apoyo mayores y se pueden dar en diferentes contextos (familiar, laboral, educativo, etc.).
- **Densidad de la red:** es el número de vínculos e intensidad de los mismos que se establecen entre los miembros que forman parte de la red social y la persona. La densidad de la red se refiere a las interconexiones entre los miembros de la red dentro de un mismo contexto (familiar) o entre los diferentes contextos (familiar y laboral). Cuando aumentan las conexiones entre los sujetos, tenemos una red muy densa; cuando disminuyen las conexiones entre los sujetos, una red poco densa. En general, las redes densas son más beneficiosas cuando el sujeto necesita una ayuda urgente por una situación de crisis o por un problema de salud, ya que la interconexión les permite reaccionar más rápido en la prestación de apoyo.
- **Reciprocidad:** grado en el que los recursos de la red son intercambiados de forma equitativa entre las partes. Las relaciones recíprocas promueven más la salud que aquellas que no lo son. La medida de reciprocidad del apoyo social garantiza la correspondencia en la prestación y recepción de ayuda de la red. La reciprocidad es una dimensión clave para que se mantengan los recursos de apoyo social.
- **Frecuencia:** número de veces que se establece contacto con los miembros de la red social. El aumento del contacto también está más asociado a la salud que la escasez de contacto. Aunque, nuevamente, la frecuencia no garantiza la calidad de la interacción sí aumenta la potencialidad de la red para prestar apoyo.
- **Multiplicidad:** aquellos miembros de la red que proporcionan más de un tipo de apoyo. Las relaciones multidimensionales se refieren al

intercambio de apoyo con los miembros de la red y a menudo representan una importante percepción de apoyo social, ya que los miembros de la red que están dispuestos a prestar más de un apoyo están más vinculados con las diferentes necesidades de los sujetos. En un mapa de redes sociales la dimensión multidimensional ha de prevalecer sobre la unidimensional para garantizar la calidad del apoyo.

- **Dispersión:** facilidad o dificultad para poder contactar con los miembros de la red.
- **Homogeneidad:** grado de semejanza entre los miembros de la red, atendiendo a dimensiones como las características sociodemográficas, las actitudes, etc. En general, las redes sociales más homogéneas facilitan una mejor interacción. (Hombrados, 2013)

De esta manera se determina que el apoyo familiar representa un gran impacto en los individuos que la conforman, ya que tienen las mimas oportunidades de reconocer cuando un miembro está en problemas y de poder ayudarlo. Así como lo establece la psicóloga cubana Arés (2001), especialista en Psicología Familiar, la familia es un factor determinante en el desarrollo de un individuo la cual garantiza un aporte positivo o negativo a sus integrantes**.**

ANSIEDAD

Dentro de los factores asociados con el consumo de sustancias se ha destacado que los altos niveles de ansiedad pueden jugar un papel importante en el inicio y mantenimiento de conductas adictivas. Tal como señalan Echeburúa & Fernánde (1998), "el exceso de ansiedad y tensión, así como la percepción de no saber hacerles frente de forma adecuada, favorecen la implicación en conductas potencialmente adictivas"; los niveles de ansiedad pueden incrementarse o reducirse dependiendo del consumo de la sustancia psicoactiva.

Rodríguez & Iruarrizaga (2007) reafirman que la ansiedad juega un papel relevante en la necesidad de consumo de diversas sustancias como depresores del

Sistema Nervioso (alcohol, cannabis, etc.), o estimulantes (derivados anfetamínicos, cocaína, tabaco, etc.) considerando que pueden reducir este efecto aunque puedan agravar el déficit de comunicación del individuo con su medio.

Definición de Ansiedad

En 1985, Freud citado por Bennasar (2010) expresa a la ansiedad en dos cuadros clínicos; el primero está constituido por un sentimiento de temor difuso producido por la represión de un deseo o de un pensamiento, el segundo se caracterizaba por un sentimiento desbordante de angustia de síntomas vegetativos como lo son la (sudoración, diarrea, aumento de la actividad cardiorrespiratoria).

Baekeland (2014), psicólogo-psicoanalista de la ciudad de Madrid, destaca que la ansiedad tiene la función fundamental de alertar la persona de un peligro emocional y puede aparecer dentro de una vasta gama de circunstancias diferentes. A menudo está acompañada de síntomas fisiológicos como taquicardia, sudoración, tensión muscular e insomnio.

Etiología

La ansiedad es un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, es decir, situaciones que nos afectan, de tal manera que afecta al individuo ya que esta se vincula a la percepción de la amenaza que provoque una alteración en el individuo, de igual manera esta se encuentra ligada a la respuesta que genera el sujeto como un mecanismo de escapa a dicha amenaza que genera la ansiedad. (Baeza, 2008)

Este autor señala que la ansiedad se clasifica en tres aspectos o componentes que se describe de la siguiente manera:

- **Cognitivos:** anticipaciones amenazantes, evaluaciones del riesgo, pensamientos automáticos negativos, imágenes importunas, etc.
- **Fisiológicos:** activación de diversos centros nerviosos, particularmente del sistema nervioso autónomo, que implica cambios vasculares, respiratorios, etc.

- **Motores y de conducta:** inhibición o sobreactivación motora, comportamiento defensivo, búsqueda de seguridad, sumisión, evitación, agresividad, etc.

Clasificación

A continuación se explica un resumen de la calcificación de Trastornos de Ansiedad según lo establece los libro de criterio diagnostico DSM V (2014) y CIE 10 (1992)

Clasificación de los Trastornos de ansiedad DSM V

Trastorno	Características Clínicas Centrales
Trastorno de ansiedad por separación	Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación. **Otros criterios para el Diagnostico** El miedo, la ansiedad o la evitación deben de estar presente en un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolecentes
Mutismo selectivo	Incapacidad persistente de hablar o de responder a otros en una situación social especifica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos). **Otros criterios para el Diagnostico** Duración mínima de 1 mes (no aplicable en el primer que se va a la escuela)
Fobia especifica	Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan acosta de intenso miedo-ansiedad. **Otros criterios para el Diagnostico** Especificaciones en función del tipo de: Estimulo fóbico: animal, entorno natural, sangre, heridas-inyecciones, situacional otras El miedo la ansiedad o la evitación deben de estar presentes mínima 6 meses
Trastorno de ansiedad social	Miedo o ansiedad intensos que aparecen siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores. **Otros criterios para el Diagnostico** Especificación: prácticamente Únicamente relacionada con la ejecución (en caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público). El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

Trastorno de angustia	Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia **Otros criterios para el Diagnostico** No especifica criterios
Agorafobia	Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafobias. (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza. **Otros criterios para el Diagnostico** El miedo, la ansiedad o la evitación deben de estar presentes en un mínimo de 6 meses
Trastorno de ansiedad generalizada	Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de, sobre activación fisiológica. **Otros criterios para el Diagnostico**
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicina	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas **Otros criterios para el Diagnostico** La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses
Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad medica	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia, de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia pato fisiológica directa de otra condición médica. **Otros criterios para el Diagnostico** No se dan exclusivamente durante delirium.
Otros trastorno de ansiedad especificada	Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. Se especificará la razón concreta por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos. **Otros criterios para el Diagnostico** Se ponen como ejemplos las crisis de angustia limitadas o la ansiedad generalizada que no cumple con el criterio temporal de estar presente la mayoría de días.
Trastorno de ansiedad no especificada	Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (e.g. en urgencias). **Otros criterios para el Diagnostico** No especifica criterios

Tabla N° 1 Resumen de la clasificación de Trastornos de Ansiedad según el DSM V
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: DSM-V (2014

Clasificación de los Trastornos de ansiedad CIE 10

Trastornos	Características Clínicas Centrales
Trastornos de ansiedad fóbica	Se trata de un grupo de trastornos en los cuales la ansiedad se produce, o predominantemente, ante ciertas situaciones bien definidas que, en sí mismas, no son realmente peligrosas. En consecuencia, estas situaciones se evitan o se toleran con miedo característicamente. La preocupación del paciente puede centrarse en síntomas aislados, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento, y a menudo se asocia con temores secundarios a morirse, perder el control o volverse loco. **Otros criterios para el Diagnostico** No especifica criterios
Agorafobia	Presenta síntomas autonómicos: como palpitaciones, sudoración, temblores. Síntomas en el pecho y abdomen: dificultad para respirar, dolor o malestar en el pecho, náuseas o malestar abdominal Síntomas relacionados con el estado mental: sensación de mareo, inestabilidad, desvanecimiento o aturdimiento y sensación de que los objetos son irreales (desrealización) **Otros criterios para el Diagnostico** Conjunto de fobias claramente definidas que engloban miedos a salir de casa, a entrar en tiendas, a las multitudes y lugares públicos.
Fobias sociales	Presenta tener miedo marcado a ser el foco de atención, o miedo a comportarse de un modo que sería embarazoso o humillante y evitan de manera notable ser el centro de atención, **Otros criterios para el Diagnostico** Miedo a ser examinado por otras personas, que conduce a evitar situaciones de encuentro social.
Fobias específicas (aisladas)	Presentan un miedo muy marcado a una situación u objeto específico manifestando malestar emocional ocasionado por un temor irracional, los síntomas se limitan a la situación temida o a la contemplación de la misma. **Otros criterios para el Diagnostico** Fobias restringidas a situaciones muy específicas, tales como la proximidad a un animal particular, a las alturas, a los truenos etc
Otros trastornos de ansiedad fóbica	No especifica criterios **Otros criterios para el Diagnostico** No especifica criterios
Trastornos de ansiedad fóbica sin especificación	Presentan fobia sin especificación y un estado fóbico sin especificar **Otros criterios para el Diagnostico** No especifica criterios
Otros trastornos de ansiedad	Trastornos en los cuales el síntoma primordial es la ansiedad y ésta no se limita a ninguna situación ambiental o externa particular. **Otros criterios para el Diagnostico** No especifica criterios
Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)	El sujeto experimenta ataques de pánico que no se asocian de forma consistente con una situación u objeto específicos, y que se producen espontáneamente (es decir, los episodios son impredecibles). **Otros criterios para el Diagnostico** La manifestación esencial son ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se limitan a ninguna situación particular o una serie de circunstancias y que son, por lo tanto, impredecibles.
Trastorno de	El sujeto manifiesta un período de por lo menos seis meses con tensión

ansiedad generalizada	prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria. **Otros criterios para el Diagnostico** Ansiedad que es generalizada y persistente, pero que no se limita o incluso ni siquiera predomina en ningunas circunstancias ambientales particulares
Trastorno mixto ansioso-depresivo	El sujeto presenten ambos tipos de síntomas, de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomine claramente **Otros criterios para el Diagnostico** Cuando los síntomas depresivos y ansiosos sean lo suficientemente severos se justifica un diagnóstico individual
Otros trastornos mixtos de ansiedad	Síntomas de ansiedad junto a rasgos de otros trastornos. Pero ningún tipo de síntoma es lo suficientemente severo como para justificar un diagnóstico por separado. **Otros criterios para el Diagnostico** No especifica criterios
Otros trastornos de ansiedad especificados	Ansiedad histérica. **Otros criterios para el Diagnostico** No especifica criterios
Otros trastornos de ansiedad sin especificación	Ansiedad sin especifica **Otros criterios para el Diagnostico** No especifica criterios

Tabla N° 2 Resumen de la clasificación de Trastornos de Ansiedad según la CIE 10
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Guía de bolsillo de la clasificación CIE-1O (1992)

Tipos de tratamiento

Tanto el tratamiento farmacológico como el psicoterapéutico en forma simultánea son recomendados para el adecuado manejo del TAG. Es importante para el paciente entender que la ansiedad es una condición médica manejable y controlable, siempre y cuando el paciente colabore estrechamente con su médico tratante La psicoterapia cognitivo-conductual reduce la ansiedad en la mayoría de los pacientes que la padecen. Es importante concientizar al paciente sobre su pensamiento irracional que lo lleva a ciertas preocupaciones también infundadas. Así lo establece el Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina la Ciudad de México. (ANMM, 2013).

El tratamiento farmacológico para el Trastorno de Ansiedad Generaliza o TAG debe ser establecido por la evaluación psiquiátrica de un profesional de la salud- mental, ya que se refieren dos tipos de fármacos que son inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina o (ISRS) las cuales su principal ventaja

son efectivas para controlar la sintomatología del TAG, se pueden utilizar por tiempo prolongado y no muestran tolerancia ni peligro de abuso y Benzodiacepinas las principales ventajas del uso de Benzodiacepinas es que actúan rápidamente sobre la sintomatología del TAG y la remisión de los síntomas que se presentan generalmente dentro de la primera hora después de haber tomado el medicamento. (ANMM, 2013)

ISRS	Miligramos	Dosis Recomendada
Duloxetina	30-60 mg	1 al día
Escitalopram	10 mg	1 al día
Imipramina	25-75 mg	1 al día
Paroxetina	20 mg	1 al día
Sertralina	25-50 mg	1 al día
Venlafaxina	50 mg	2 veces

Tabla N° 3 Descripción de los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina o ISRS
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina. (ANMM, 2013)

Benzodiacepinas	Miligramos	Dosis Recomendada
Alprazolam	0.25-0.50 mg	3 veces al día
Clonazepam	0.25-0.50 mg	1 o 2 veces al día
Clorazepate	5-10 mg	2 veces al día
Diazepam	2-5 mg	2 veces al día
Lorazepam	0.5-1 mg	2 veces al día

Tabla N° 4 Dosis de las Benzodiacepinas
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina. (ANMM, 2013)

Ansiedad y Drogodependencia o Policonsumo

Los sentimientos desagradables de miedo, preocupación, tensión, aprensión, etc., así como los pensamientos negativos sobre sí mismo y sobre la propia actuación, van acompañados también de una cierta impresión de falta de control sobre el ambiente, sobre los pensamientos, o sobre el movimiento de las manos o piernas. Al mismo tiempo se pueden experimentar reacciones fisiológicas intensas (elevación de la tasa cardíaca, respiratoria, sudoración, etc.) que pueden derivar en

dolores de cabeza, molestias en el estómago, o insomnio. A nivel motor se observa inquietud (movimientos repetitivos, respuestas de evitación, conductas con sumatorias, etc.) En definitiva, todos estos síntomas pueden clasificarse en tres grupos, los sentimientos y pensamientos, los cambios fisiológicos, y la conducta observable. (Cano, Miguel-Tobal, González, & Iruarrizaga, 1994).

Así, diremos que la ansiedad se manifiesta a tres niveles diferentes: experiencial o subjetivo, fisiológico y motor-observable. Estos tres tipos de manifestaciones no siempre se dan al mismo tiempo, o en la misma medida, por lo que se considera que pueden deberse a tres sistemas conductuales diferentes, a los que se denomina: cognitivo, fisiológico y motor (Miguel & Tobal, 1990).

El estrés y la ansiedad es aún mayor ya que en ambos casos se hace especial hincapié en el estudio de las variables cognitivas (valoración y afrontamiento) que están implicadas en la interpretación de la situación (ansiógena o estresante) y que dan lugar a una reacción del organismo que puede ser observada en los tres sistemas de respuesta: cognitivo subjetivo, fisiológico y motor (Lazarus & Folkman, 1986).

Características del Trastorno de Ansiedad Generalizada DSM V

Trastorno	Criterios clínicos	Sintomatología
Ansiedad generalizada	A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:	1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego. 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte. 3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la
	D. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.	
	C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	

	D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.	separación de una figura de gran apego. 4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación 5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares. 6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego. 7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación 8. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura alumnos cuatro semanas en niños y adolescentes y seis o más meses en adultos.

Tabla N° 5 Características del trastorno de ansiedad generalizada DSM V
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: American Psychiatric Association (APA, 2014)

Características del Trastorno de Pánico y de Ansiedad Generalizada CIE 10

Trastorno	Criterios clínicos	Sintomatología
F41 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)	A. El sujeto experimenta ataques de pánico que no se asocian de forma consistente con una situación u objeto específicos, y que se producen espontáneamente (es decir, los episodios son impredecibles). Los ataques de pánico no se asocian con un ejercicio físico intenso o con la exposición a situaciones peligrosas o amenazantes para la vida.	1. Es un episodio diferenciado de intenso miedo o de malestar. 2. Se inicia abruptamente. 3. Alcanza su máxima intensidad en pocos minutos y dura, por lo menos, algunos minutos. 4. Se presentan al menos cuatro de los síntomas enumerados a continuación, de los cuales uno debe ser del grupo a)-d).
	B. Un ataque de pánico se caracteriza por todos los siguientes:	
F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada	A. Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.	1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerad 2. Sudoración 3. Temblor o sacudidas 4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).
	B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas listados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:	

Tabla N° 6 Características del trastorno de ansiedad de pánico y generalizada CIE 10
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: (Livingstone, Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos CIE 10, 2000)

Ansiedad y Adicción

Briones (2017) señala que la adicción es una enfermedad primaria, crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influencian en su desarrollo y manifestación. La enfermedad es frecuentemente progresiva y fatal es caracterizada por episodios continuos o periódicos de: descontrol sobre el uso de drogas, a pesar de las consecuencias adversas, y distorsiones del pensamiento, más notablemente negación sobre su uso. De manera que, en un cierto momento es posible que predomine una u otra sintomatología de ansiedad.

Sin embargo, cuando crecen a la deriva, a causa del distanciamiento entre sus progenitores o miembros familiares, debido a constantes peleas y el mal humor o depresión que mantiene uno de ellos por la impotencia frente a la adicción, se genera un ambiente hostil que los hace olvidar el cuidado, amor y atención que les deben a sus pequeños (Bethancourt, 2011).

Tratamiento y apoyo familiar en pacientes en los centros de rehabilitación.

CONSEP (2012). El Estado ecuatoriano asume la responsabilidad de proteger la salud de las personas con problemas de adicción o dependencia a las drogas y en tal sentido regula los servicios de tratamiento y recuperación, públicos y privados".

La eficacia de los tratamientos para la drogadicción está altamente correlacionada con la retención, ya que el abandono prematuro del tratamiento se relaciona con una mayor probabilidad de recaída, y el mantenimiento en el mismo, con un mejor pronóstico. (Wells & Catalano, 1994), este factor se da por la dificultad que tiene el paciente al tratar de adherirse al tratamiento de una manera forzosa o por la falta de apoyo que ellos perciben de sus familiares, la dificultad de adherencia y abandono de los pacientes no se manifiesta en un solo tratamiento como es el caso de los ambulatorios si no en los diferentes tratamientos que este expuesto el paciente.

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas Departamento de Salud y Servicios Humanos o Health and Human Services – HHS de los Estados Unidos.

Propone el tratamiento para la drogadicción tiene como finalidad ayudar al adicto a dejar la búsqueda y el consumo compulsivos de la droga. El tratamiento puede darse en una variedad de entornos, de muchas formas distintas y por diferentes periodos de tiempo. Puesto que la drogadicción suele ser un trastorno crónico caracterizado por recaídas ocasionales, por lo general no basta con un solo ciclo de tratamiento a corto plazo. Para muchas personas, el tratamiento es un proceso a largo plazo que implica varias intervenciones y supervisión constante. (HHS, 2010).

El tratamiento para la drogadicción puede incluir terapia de la conducta (como terapia individual o de grupo, terapia cognitiva o manejo de contingencias), medicamentos o una combinación de ellos. El tipo específico de tratamiento o la combinación de tratamientos varía según las necesidades individuales del paciente y, con frecuencia, según el tipo o los tipos de drogas que use. La gravedad de la adicción y los intentos anteriores para dejar de consumir drogas también pueden influir en el enfoque del tratamiento. Finalmente, los adictos suelen sufrir de otros problemas de salud (incluyendo otros trastornos mentales), ocupacionales, legales, familiares y sociales, los cuales deben tratarse de forma concurrente. (HHS, 2010).

Los mejores programas de tratamiento ofrecen una combinación de terapias y otros servicios para satisfacer las necesidades individuales de cada paciente. Las necesidades específicas pueden relacionarse con aspectos como la edad, raza, cultura, orientación sexual, sexo, embarazo, consumo de otras drogas, problemas de salud concurrentes (p. ej., depresión, VIH), crianza de hijos, vivienda y trabajo, además de antecedentes de abuso físico y sexual. (HHS, 2010).

Health and Human Services – HHS (2010). El tratamiento para la drogadicción puede incluir terapia de la conducta, medicamentos o una combinación de ellos.

Hay medicamentos, como la metadona, la buprenorfina y la naltrexona, que se usan para tratar a personas adictas a las sustancias opioides, mientras que para los

adictos al tabaco existen preparados de nicotina (parches, chicles, pastillas y vaporizador nasal) además de los medicamentos vareniclina y bupropión. El disulfiram, el acamprosato y la naltrexona son medicamentos usados para tratar la dependencia al alcohol, la cual se presenta comúnmente junto con otras drogadicciones. De hecho, la mayoría de las personas con adicción severa son consumidores de diversas drogas y requieren tratamiento para todas las sustancias que abusan. Incluso se ha comprobado que las personas que tienen problemas con el alcoholismo y el tabaquismo pueden recibir tratamiento simultáneamente para ambos problemas. (HHS, 2010).

Los medicamentos psicoactivos, como los antidepresivos, los ansiolíticos, los estabilizadores del estado de ánimo o los antipsicóticos pueden ser críticos para el éxito del tratamiento cuando los pacientes tienen trastornos mentales simultáneos, tales como depresión, trastorno de ansiedad (incluyendo el trastorno de estrés postraumático), trastorno bipolar o esquizofrenia. (HHS, 2010).

Las terapias de la conducta pueden ayudar a motivar a los toxicómanos a participar en el tratamiento para las drogas, ofrecen estrategias para afrontar el deseo de consumirlas, enseñan maneras de evitar las drogas y prevenir las recaídas, y ayudan en el manejo de las recaídas en caso de que éstas ocurran. Las terapias de la conducta también pueden ayudar a mejorar las destrezas de comunicación, las relaciones interpersonales y la crianza de hijos, así como la dinámica familiar. (HHS, 2010).

Muchos programas de tratamiento emplean terapias tanto individuales como de grupo. La terapia de grupo puede brindar refuerzo social y ayudar a fomentar la abstinencia y un estilo de vida sin drogas. Algunos de los tratamientos conductuales más establecidos, como el manejo de contingencias y la terapia cognitiva conductual también se están adaptando para uso con grupos a fin de mejorar la eficacia y el ahorro de costos. Sin embargo, sobre todo en adolescentes, puede haber un peligro de efectos iatrogénicos o involuntarios del tratamiento en grupo; es por ello que los terapeutas capacitados deben estar al tanto de tales

efectos y monitorearlos como lo manifiesta el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (NIDA, 2010).

La ansiedad ya presenta un factor predominante en el individuo ante situaciones de alto estrés y la adicción es un punto clave para el desarrollo constante de esta en personas que están en proceso de rehabilitación, la ansiedad se genera debido al abstinencia que se desarrolla en este proceso, pero esta puede llegar a incrementar si la familia no participa en el proceso de rehabilitación ya que genera una situación de preocupación en el participante permitiendo que la ansiedad se prolongue o se desarrolle.

JUSTIFICACIÓN

El objetivo de esta investigación es estudiar la relación entre las manifestaciones de ansiedad y el apoyo familiar percibido en pacientes internos en centros de rehabilitación de drogodependientes, toda vez que ha sido un tema que desde lo teórico ha sido destacado en diversas publicaciones así como se ha constituido en un campo de investigación importante teniendo en cuenta la alta prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas, el inicio del consumo a edades tempranas y las severas consecuencias tanto físicas como psicológicas y sociales que pueden derivarse de este consumo. Chan (2016) calcula que en el mundo hay 27 millones de personas con trastornos provocados por el consumo de drogas, de las que más de 400 000 mueren cada año.

La presente investigación es de gran importancia porque permite analizar la relación entre ansiedad y apoyo familiar, tonando en consideración la gran influencia de ambas durante el proceso por el que transitan los internos en estos centros. Es de primordial importancia crear un ambiente adecuado para los pacientes con policonsumo que implica el control de los trastornos y síntomas emocionales y la apertura de espacios para que la familia participe en diferentes etapas de la rehabilitación y posterior reinserción social.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar la relación entre el apoyo familiar y la ansiedad de personas con policonsumo internos en los Centros de Rehabilitación CETAD Pumamaqui y Vicentina de Quito durante el año 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la percepción del apoyo familiar en personas con policonsumo internos en los Centros de Rehabilitación CETAD Pumamaqui y Vicentina de Quito durante el año 2019.
- Identificar el nivel de ansiedad en personas con policonsumo internos en los Centros de Rehabilitación CETAD Pumamaqui y Vicentina de Quito durante el año 2019.
- Diseñar una propuesta de Intervención Psicoeducativa para la familia y personas con policonsumo internos en los Centros de Rehabilitación CETAD Pumamaqui y Vicentina de Quito durante el año 2019.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Campo: Clínico

Área: Psicología Clínica

Aspecto: Adicciones

Delimitación espacial: Esta investigación se realizó en las casas de acogida CETAD PUMAMAQUI y VICENTINA de la ciudad de Quito.
Provincia: Pichincha

Cantón: Quito

Delimitación Temporal: La investigación se desarrolló en el año 2019

Unidades de observación:

- Pacientes internos

Diseño de trabajo

El presente proyecto de Investigación Científica, tiene carácter correlacional, transversal y su enfoque es cuantitativo.

Se la denomina investigación científica correlacional, porque su principal característica es correlacionar las puntuaciones obtenidas en las variables y crear una base de datos para tener una interpretación de los resultados obtenidos en la investigación. Correlacional por el grado de relación de las variables "Apoyo Familiar" y "Ansiedad" la cual es determinada por el coeficiente de correlación de Pearson.

El coeficiente de correlación de Pearson, pensado para variables cuantitativas (escala mínima de intervalo), es un índice que mide el grado de covariación entre distintas variables relacionadas linealmente.

El enfoque es Cuantitativo debido a que los instrumentos utilizados permiten cuantificar las variables por los niveles resultantes.

Enfoque

La presente investigación manifiesta un enfoque cuantitativo en la cual su objetivo principal es identificar los efectos del apoyo familiar en los pacientes internos en los centros de tratamiento de consumo de sustancias. Los resultados obtenidos en la medición de variables son analizados de forma estadística, demostrando el enfoque cuantitativo.

Población y muestra

La población está conformada por los internos en las CASAS DE ACOGIDA CETAD PUMAMAQUI y VICENTINA durante el período en que se realizó el estudio. Estas casas tienen la capacidad de albergar hasta 66 personas por semana mismas que acuden voluntariamente o son remitidas desde los hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud Pública. Dichos pacientes deben cumplir el proceso de desintoxicación y el plan para deshabituación, como paso previo a su ingreso al CETAD, proceso que será ejecutado y el seguimiento será realizado por el hospital que lo remitió.

La selección de la muestra fue intencional.

Criterios de Inclusión

1) Pacientes que pertenezcan al CETAD
2) Pacientes que estén mínimo 2 meses de tratamiento en el CETAD
3) Pacientes que expresen su consentimiento informado para participar en la investigación

Criterios de exclusión

1) Pacientes que se encuentran en el comienzo del internamiento
2) Pacientes con medicación ansiolítica
3) Pacientes en recaída o reingreso

Estructura de la muestra

EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad de 14-19	20	33,3	33,3	33,3
Edad de 20-30	18	30,0	30,0	63,3
Edad de 31-40	14	23,3	23,3	86,7
Edad de 41-50	7	11,7	11,7	98,3
Edad de 51-60	1	1,7	1,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Tabla N° 7 Descripción de los participantes por edad
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Investigación de campo

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUJER	20	33,3	33,3	33,3
	HOMBRE	40	66,7	66,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla N° 8 Descripción de los participantes por sexo
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Investigación de campo

Gráficos de la Descripción de la Muestra

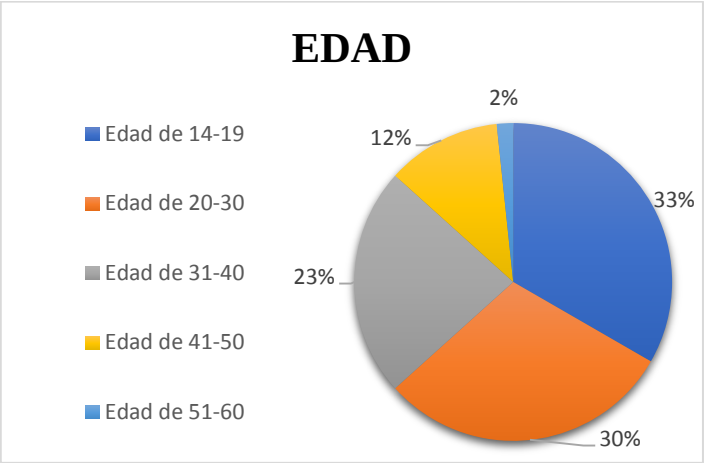

Gráfico N° 1 Descripción porcentual de los participantes según edad
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Investigación de Campo

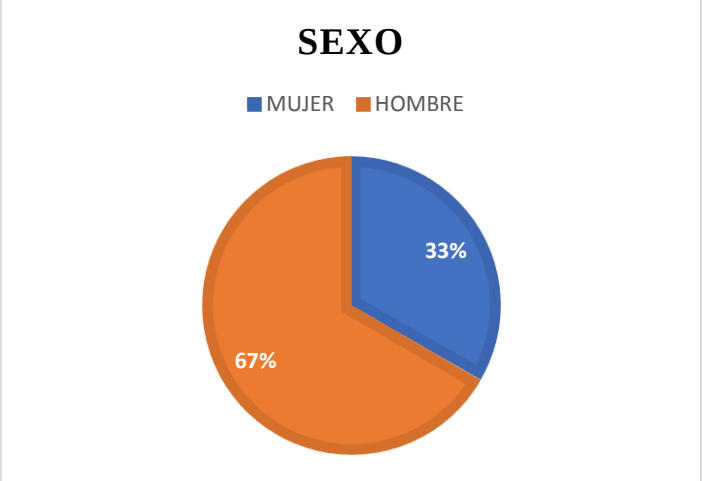

Gráfico N° 2 Descripción porcentual de la muestra según el sexo
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Investigación de Campo

Instrumentos de Evaluación

Las baterías que se utilizaron en la presente investigación son las baterías MSPSS Escala multidimensional de Apoyo social percibido y la Escala de Ansiedad de ZUNG.

Escala de ansiedad de ZUNG

La Escala de Autoevaluación de la Ansiedad comprende un cuestionario de 20 ítems o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntoma o signo. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad, como expresión de trastornos emocionales.

A continuación de la columna correspondiente al cuestionario, hay 4 columnas en blanco encabezadas por:

"Nunca o raras veces"

"Algunas veces"

"Buen número de veces"

"La mayoría de las veces"

Para obtener la medida de la escala de Auto-Evaluación, se coloca esta debajo de la clave transparente para calificación del puntaje y se anota el valor individual de cada información en el margen derecho de la tabla, sumándose dichos valores para obtener un total, el cual es convertido en un "índice de ansiedad" en base a la siguiente ecuación.

$$\frac{\text{Total}}{\text{Promedio Máximo de 80}} \text{ X 100 = Índice de Ansiedad (Tabla)}$$

Gráfico N° 3 Descripción de la fórmula de ansiedad ''Zung''
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Centro Especializado de Psicología Integral "CEPSI" (ESPINOZA, 2014)

La Escala está estructurada en tal forma que un índice bajo indica la inexistencia de ansiedad, y un índice elevado, ansiedad clínicamente significativa.

El índice de la Escala de Auto-Evaluación de la Ansiedad orienta sobre "cuál es el grado de ansiedad del paciente" en términos de una definición operacional, expresada en porcentaje.

VERSION DE LOS RESULTADOS NUMÉRICOS AL ÍNDICE EAA

$$\text{Índice EAA} = \frac{\text{Total}}{\text{Promedio Máximo de 80}} \times 100 \quad \text{Ejemplo} = \frac{60}{80} \times 100 = 75$$

TOTAL	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
ÍNDICE EAA	25	26	28	29	30	31	33	34	35	36	38	39	40	41	43

35	(Dentro de límites normales. No hay Ansiedad Presente)
44	

TOTAL	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
ÍNDICE EAA	45	46	48	49	50	51	53	54	55	56	58	59

(Presencia de Ansiedad Mínima a Moderada)

TOTAL	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
ÍNDICE EAA	60	61	63	64	65	66	68	69	70	71	73	74

(Presencia de Ansiedad Marcada a Severa)

TOTAL	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
ÍNDICE EAA	75	76	78	79	80	81	83	84	85	86	88	89	90	91	92

75	76	77	78	79	80	(Presencia de Ansiedad en Grado)

Gráfico N° 4 Descripción de la tabla de ansiedad ‘‘Zung’’
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Centro Especializado de Psicología Integral “CEPSI” (ESPINOZA, 2014)

Escala multidimensional de Apoyo Social Percibido MSPSS

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) es una breve herramienta de investigación diseñada para medir las percepciones de apoyo de 3 fuentes: Familia, Amigos y Otro Significativo. La escala se compone de un total de 12 elementos, con 4 elementos para cada subescala. El MSPSS fue publicado por primera vez en el Journal of Personality Assessment en 1988,

En muchos estudios, se ha demostrado que el MSPSS tiene una buena fiabilidad interna y prueba-reprueba, buena validez y una estructura factorial bastante estable.

Para calcular puntajes promedio:

- Sub escala significante: sume los ítems 1, 2, 5 y 10, luego divida entre 4.
- Sub escala familiar: Suma los elementos 3, 4, 8 y 11, luego divide por 4.
- Sub escala Amigos: Suma los elementos 6, 7, 9 y 12, luego divide por 4.
- Escala total: Suma a través de los 12 elementos, luego divide por 12

No hay normas de población establecidas en MSPSS. Además, las normas probablemente variarían sobre la base de cultura y nacionalidad, así como edad y género. Por lo general, he visto cómo difiere el apoyo social entre grupos (por ejemplo, casados en comparación con individuos no casados) o está asociado con otras medidas (p. depresión o ansiedad). Con estos enfoques, puede usar los puntajes de la escala promedio.

Si desea dividir a sus encuestados en grupos sobre la base de los puntajes de MSPSS, hay al menos dos formas puedes acercarte a este proceso:

1.- Puede dividir a los encuestados en 3 grupos iguales en función de sus puntajes y designar el grupo más bajo como apoyo percibido bajo, el grupo medio como soporte medio y el alto grupo como alto apoyo. Este enfoque asegura que tenga aproximadamente el mismo número de encuestados en cada grupo. Pero, si la distribución de puntajes está sesgada, su grupo de apoyo bajo, por ejemplo, puede incluir encuestados que informan niveles moderados o incluso relativamente altos de apoyo.

2.- Como alternativa, puede usar los descriptores de respuesta de escala como una guía. En este enfoque, cualquier puntaje de escala promedio rango de 1 a 2.9 podría considerarse bajo apoyo; un puntaje de 3 a 5 podría considerarse moderado apoyo; un puntaje de 5.1 a 7 podría considerarse un apoyo alto. Este enfoque parece tener más validez, pero si tiene muy pocos encuestados en cualquiera de los grupos, podría ser problemático

Aplicación del Instrumento Psicológico

Al estudiar diferentes opciones alrededor de la batería psicológica, se toma en cuenta la población más idónea para el proceso de investigación y se selecciona de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión antes de que la información tenga un sesgo, así también los reactivos más idóneo para esta investigación se establecieron con el juicio clínico de especialistas en el campo. Por parte de las instituciones se acordó un horario para la convivencia con la comunidad de las instituciones y un día específico para la aplicación de las baterías psicológicas, este proceso se dio en el trayecto del mes de Enero hasta el mes de Marzo del presente año.

Actividades

Mes	Procedimiento
Noviembre	En el mes de noviembre del año 2018 se procede a determinar los instrumentos de evaluación psicológica avalados por un profesional de la salud mental para el desarrollo de la presente investigación.
Diciembre	En el mes de diciembre del año 2018 se procede a determinar el lugar y la muestra de investigación de los centros de rehabilitación de consumo de drogas en la ciudad de quito.
Enero	En el mes de enero del año 2019 una vez determinado el lugar (Casa de acogida Cetad Vicentina y Pumamaqui) se procede a la redacción de oficios para la autorización y previa apertura de investigación.
Febrero	En el mes de febrero del año 2019 se procede a la inducción a los pacientes interno en lo centro de rehabilitación, ingresando a la comunidad dorgodependiente y a la comunidad terapéutica de las instituciones.
Marzo	En el mes de marzo del año 2019 se procede a aplicar los instrumentos de evaluación a los internos en los centros de rehabilitación dando a conocer a la población que dicha información obtenida mantiene criterios de investigación y anonimato

Tabla N° 9 Descripción del proceso de actividades
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Investigación de campo

A continuación se describe de manera precisa y específica el desarrollo de esta investigación y sus aspectos.

Digitación y Tabulación de Datos

Una vez culminada la aplicación de las baterías psicológicas en la población, se procede a calificar y trasladar los resultados obtenidos a una plataforma digital en este caso el programa SPSS y a su respectiva tabulación.

Análisis de los Resultados

Se procede al desarrollo gráfico y correlacional de los resultados obtenidos para su respectivo análisis e interpretación, y corroborar los objetivos los objetivos anteriores mentes planteadas.

Elaboración de la Discusión

Los resultados obtenidos dan como un punto partida al desarrollo de la discusión, con la finalidad de corroborar o compara con diferentes autores que estudiaron las variables planteadas en esta investigación.

Estructuración y Creación de la Propuesta

Ya estructurado los resultados, conclusiones y recomendaciones, se emprende al desarrollo de una propuesta que se enfoca en aumentar la participación del núcleo familiar de los drogodependientes y su reducción de ansiedad.

Revisión Final del Tutor

Culminada la presente investigación se procede a presentar a la tutora de investigación, para que sea analizada y posteriormente aprobada, dando como punto final la culminación exitosa de este proceso de titulación de tercer nivel.

Aspectos éticos

Cumpliendo los requerimientos éticos para la investigación en seres humanos se confeccionó el consentimiento informado el cual incluyó los siguientes aspectos:

- Se entregó al participante una carta de consentimiento informado, en la cual se da a conocer los objetivos de la investigación.
- La información que aporten los participante será estrictamente confidencial y solo se utilizarán los resultados de la aplicación de los instrumentos con fines puramente científicos
- Se mantendrá la confidencialidad y anonimato de la población.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

SI HAY APOYO FAMILIAR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si hay apoyo	20	33,3	33,3	33,3
	No hay apoyo	40	66,7	66,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla N° 10 Descripción de los participantes con apoyo familiar
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Investigación de campo

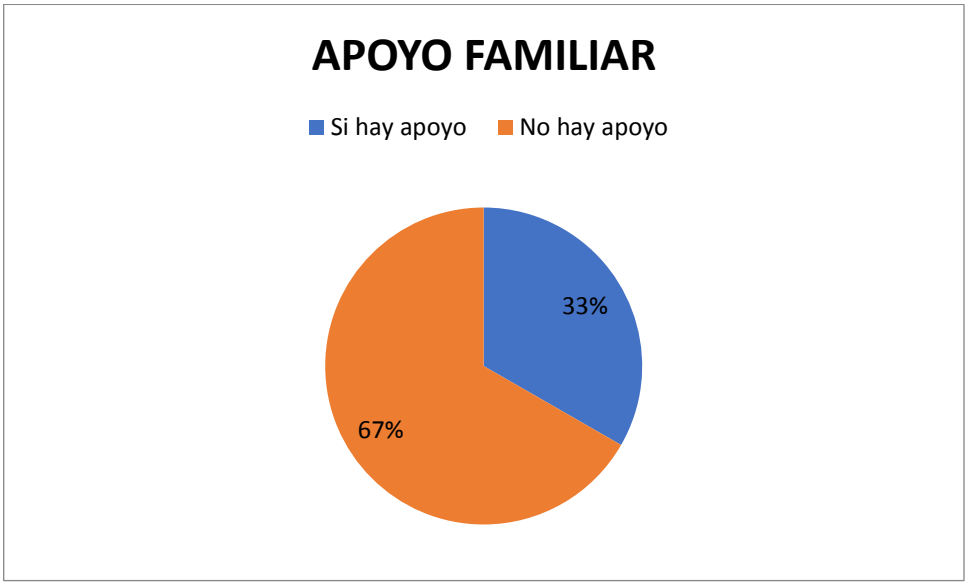

Gráfico N° 5 Descripción porcentual de la muestra estudiada en ‘‘apoyo familiar’’
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Investigación de Campo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. - En referencia a la tabla 10 y gráfico 5 se determina que más de la mitad de los evaluados manifiestan tener apoyo familiar y un poco más del tercio restante refleja que no lo tienen, dando así un total porcentual del 65% de la población que percibe tener apoyo familiar percibido y el 35% de la no percibe apoyo familiar.

PRESENCIA DE ANSIEDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO HAY ANSIEDAD	18	30,0	30,0	30,0
	SI HAY ANSIEDAD	42	70,0	70,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla N° 11 Descripción de los participantes según presencia de ansiedad
Elaborado por: Steven Proaño Calderón
Fuente: Investigación de campo

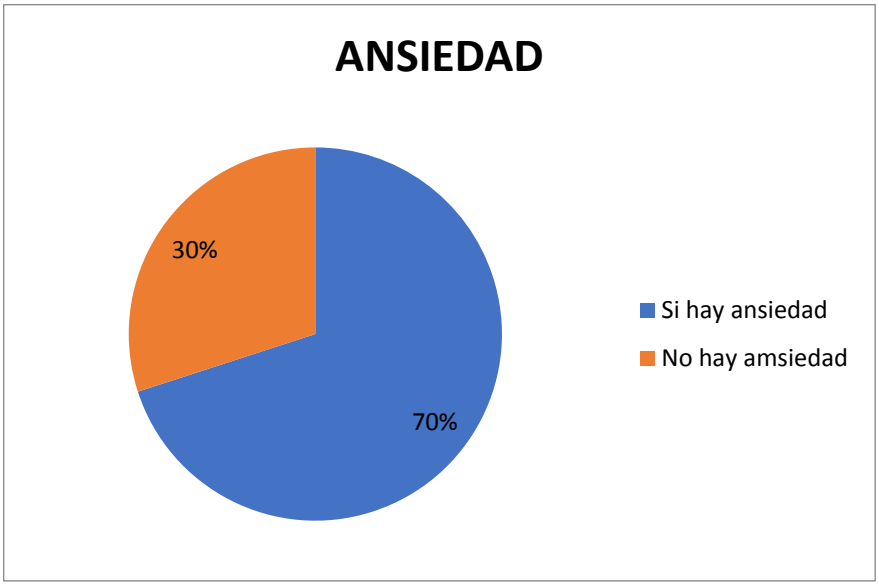

Gráfico N° 6 Descripción porcentual de la muestra estudiada en ‘‘ansiedad’’
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Investigación de Campo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. - En referencia a la tabla 11 y gráfico 6 se determina que más de la mitad de los evaluados manifiestan que no tienen ansiedad y un poco menos de dos cuartas partes de la población restante refleja que tienen ansiedad. Dando así un toral porcentual del 55% de la población refleja que no tiene ansiedad y el 45% de la población refleja que tienen ansiedad, dando a lugar una totalidad al 100% de la población estudiada.

CORRELACIÓN DE PEARSON

		APOYOFAMILIAR	ANSIEDAD
APOYOFAMILIAR	Correlación de Pearson	1	-,743**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	60	60
ANSIEDAD	Correlación de Pearson	-,743**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	60	60

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

Tabla N° 12 Descripción de la correlación de Pearson
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Investigación de campo

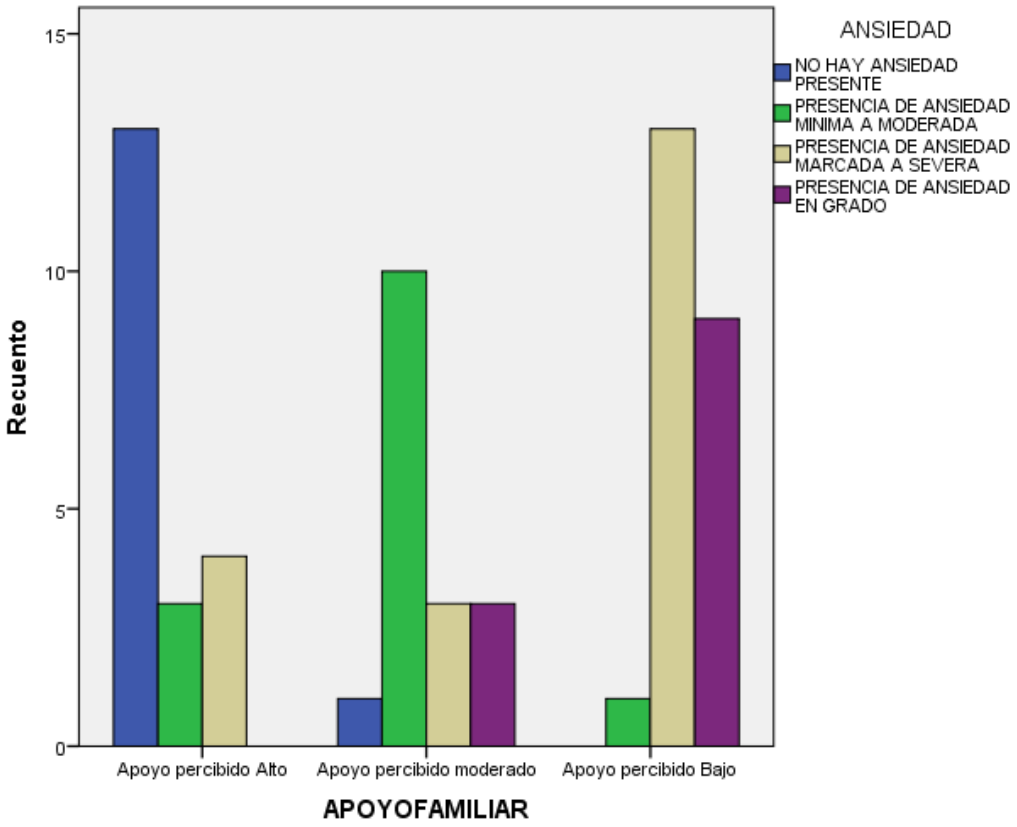

Gráfico N° 7 Descripción de la correlación de Pearson
Elaborado por: Steven Proaño Calderón
Fuente: Investigación de Campo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. – En referencia a la tabla 12 y gráfico 7 referente a la correlación de Pearson, se obtuvo una correlación negativa de -,743 significativa en el nivel de 0,01 a 2 colas, con un p valor de ,000 lo que evidencia que existe una correlación negativa significativa entre el apoyo familiar y la

ansiedad, es decir, a menor apoyo familiar mayor ansiedad mientras que cuando el apoyo familiar es alto la ansiedad es menor o no se presenta.

Comprobación de la Hipótesis

H1 Existe relación entre la ansiedad y el apoyo familiar percibido

H0: No existe relación entre ansiedad y el apoyo familiar percibido

La presente investigación para la debida comprobación de la hipótesis planteada estableció el cruce de variables a través de la correlación de Pearson, tomando en cuenta los resultados de los test obtenidos, de las dos variables planteadas que son: El Apoyo Familiar y Ansiedad, mismas que fueron evaluadas dentro de la comunidad que se encontraba en proceso de rehabilitación de consumo de drogas, previamente examinados y seleccionados descartando su edad, género y presencia de apoyo familiar y ansiedad.

Se comprueba la hipótesis alternativa de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

Con el análisis de correlación Pearson, en la cual se determina una relación estadística significativa entre las variables; por consecuente se establece que el apoyo familiar si tiene un efecto significativo en la ansiedad, por lo cual a menor apoyo familiar se manifestara la ansiedad y mientras que se haga presente el apoyo familiar la ansiedad no se manifiesta por lo siguiente el estado de ánimo del paciente interno será estable en los centros de rehabilitación CETAD Pumamaqui y Vicentina de la ciudad de Quito.

De mondo, que aceptamos la hipótesis de investigación formulada en el análisis estadístico de Pearson.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Existe relación entre la ansiedad y el apoyo familiar en los pacientes internos que se encuentran en tratamiento de rehabilitación de consumo de drogas en los centros de rehabilitación CETAD Pumamaqui y Vicentina.
- Más de la mitad de la población estudiada perciben tener apoyo familiar moderado y bajo a diferencia de una cantidad mucho menor que valoró el apoyo familiar como alto.
- Más de la mitad de los internos estudiados manifestaron la presencia de ansiedad en el nivel mínima a moderada aunque se encontraron todos los niveles de ansiedad presentes en la población.
- El mayor nivel de ansiedad se correlacionó con la percepción de apoyo familiar bajo o moderado.

Recomendación

- El desarrollo de programas de inclusión familiar en el proceso de rehabilitación del drogodependiente, donde se aborde la esfera emocional y permita una disminución significativa de la ansiedad a través de un mejor apoyo familiar.
- Capacitación del personal de Salud Mental para que aborden el papel de la familia en el proceso de rehabilitación, basados en el conocimiento teórico amplio de esta problemática.
- Mantener de manera habitual dentro del programa de rehabilitación actividades conjuntas entre los internos en los CETAD y su familia.
- Realizar futuros estudios enfocados en la participación de la familia en proceso de rehabilitación.

Discusión

Considerando que, en los centros de rehabilitación, hay pacientes internos que recién empiezan el tratamiento o están a la mitad de este, desarrollan ellos una conducta de ansiedad con referencia a la fuerte presión que se ejercen en ellos, por parte de los miembros de la familia, en el proceso de rehabilitación por drogodependencia. Los especialistas deben intentar manejar dicha conducta y comportamiento de los pacientes internos en los centros de rehabilitación.

Gómez (2009) explica que de la misma manera la familia es considerada una de las piezas fundamentales capaces de brindar apoyo en medio de los cambios, aunque ella misma se vea en la necesidad de realizar modificaciones, a la vez perdurables y modificables acorde a la necesidad del drogo dependiente en proceso de rehabilitación.

De esta manera los pacientes internos en los centros de rehabilitación con pobre apoyo familiar están expuestos a presentan manifestaciones emocionales cono la ansiedad. Se puede considerar que estos pacientes presentan ansiedad como consecuencia de la abstinencia de las sustancias que han consumido durante un largo tiempo, abstinencia que es indispensable para poder comenzar un proceso de deshabituación, sin embargo este estudio evidenció la marcada relación que existe entre la aparición de la ansiedad y el bajo o moderado apoyo que reciben por parte de su familia, toda vez que ellos habían sobrepasado el período de abstinencia, en ocasiones con apoyo farmacológico en las dosis menores posibles ya que la medicación ansiolítica como es el Clonazepam de 2mg, comportan un alto riesgo adictivo para el organismo como remplazo de la sustancia psicotrópica que ingirió el paciente.

Realizando cambios, en el proceso de la inclusión familiar desde el inicio del tratamiento de rehabilitación del paciente, la ansiedad generado por el impacto de internamiento se verá reducida ya que de esta manera se podrá incorporar de manera confortable al tratamiento y reducir el consumo de ansiolíticos y tener una respuesta favorable al tratamiento de desintoxicación de sustancias psicotrópicas como lo son, el alcohol y las drogas.

CAPÍTULO V

PROPUESTA TERAPÉUTICA

TEMA: "Taller psicoeducativo para la familia y las personas con policonsumo internos en Centros de Rehabilitación CETAD Pumamaqui y Vicentina de Quito durante el año 2019"

DATOS INFORMATIVOS DE LA INSTITUCIÓN

Nombre: Casa de acogida Cetad Pumamaqui y Vicentina.

Ubicación: Mariano Ortiz y Pablo Guevara sur de Quito, Sector La Vicentina y Manuel Cordova Galarza y Alborada norte de Quito, Sector Pusuqui

Provincia: Pichincha

Cantón: Quito

Parroquia: La Vicentina y Pusuqui

JUSTIFICACIÓN

En los resultados obtenidos en la presente investigación se encontró que el Apoyo Familiar tiene un significancia con la Ansiedad; la familia y su apoyo es un factor importante en el proceso de rehabilitación de los internos ya las adicciones ocasionan en muchas oportunidades que las familias no sigan ofreciendo apoyo teniendo en cuanta que a pesar de este las recaídas son frecuentes y por la disfunción familiar que el paciente adicto ocasiona, de tal manera que la familia como un sistema aporta de manera positiva en el proceso de rehabilitación, pero esta se ve afectada de manera negativa cuando el miembro recae en el con sumo de sustancias y la familia pierde interés en el mismo.

Por tal razón se establece que el brindar los conocimientos necesarios a las familias de los internos en los centros de rehabilitación CETAD Pumamaqui y Vicentina acerca de las características de la enfermedad adictiva y de las acciones para la prevención de las recaídas.

Permitiendo a si el desarrollo de un taller psicoeducativo es de gran aporte ya que esta aborda al drogodependiente y a su familia, sin dejar de lado la esencia del ser humano ya que el abuso de sustancias es conocido como un problema familiar, social, psicológico. De tal manera que por medio de este taller se brindara la información y las herramientas necesarias al momento de abordar al drogodependiente; La psicoeducación postula la necesidad de generar la capacidad de afrontar con la mayor eficacia posible las manifestaciones o las alteraciones conductuales de un determinado trastorno o enfermedad. (Quiroga, 2017)

De esta manera se podrá regular la participación y la presencia de la familia del drogodependiente para disminuir la ansiedad, siendo que la reducción de esta puede ser significativa y aporta manera positiva al desarrollo del tratamiento psicológico del drogo dependiente en proceso de rehabilitación.

Este taller es original ya que esta no se ha realizado en los centros de rehabilitación y ni se abordado a la familia y al drogo dependiente, sino más bien desde la parte interdisciplinaria del cuerpo de salud de los centros de

rehabilitación, este taller trabajara directamente con la familia primero y después con el drogodependiente, permitiendo el crecimiento de la familia y del drogodependiente.

De tal manera que este taller es factible, porque una vez que se definan los conceptos a trabajar, es posible preparar a la familia y al drogodependiente en este proceso de rehabilitación ya que permite un trabajo a nivel grupal e individual facilitando el acceso a la información que no poseen o desconocían en el proceso de rehabilitación y los roles que corresponden a cada uno.

El beneficio es para los centros de rehabilitación Cetad Vicentina y Pumamaqui, a las instituciones de salud que incluyan el taller psicoeducativo dentro del proceso de rehabilitación de consumo de drogas, los centros de rehabilitación públicos y privados de todo el país y como un aporte académico a la Universidad Indoamérica pero por sobre todo a los drogodependientes y sus familias en proceso de rehabilitación de consumo de drogas que permitan una mejor calidad de vida.

OBJETIVOS

General:

- El programa psicoeducativo tiene como objetivo aportar a la familia y al internos en los Centros de Rehabilitación CETAD Pumamaqui y Vicentina conocimientos teóricos y prácticos para comprender la enfermedad adictiva, las consecuencias que ocasiona en la familia así como estrategias para promover el cambio de la familia como sistema.

Específicos:

- Brindar conocimientos a la familia y al drogodependiente sobre la enfermedad adictiva y el proceso de rehabilitación.
- Disminuir de manera significativa la ansiedad en los internos de segunda, tercera y cuarta fase en proceso de rehabilitación en los centros cetad pumamaqui y vicentina favoreciendo la incorporación de la familia a este proceso
- Promover una Salud Mental de forma integral en los familiares y en los internos
- Identificar las necesidades sentidas de información sobre el tema en los participantes en el programa.

ESTRUCTURA TÉCNICA DE LA PROPUESTA

En la propuesta se describe un modelo de intervención psicoeducativo en donde se toma en cuenta al drogodependiente y su familia desde una estructura psíquica y de aprendizaje; en la familia, todos sus miembros influyen sobre todos y es por ello que cuando el grupo familiar o alguno de ellos, afronta un momento de estrés que sobrepasa sus fuerzas, el síntoma aparece como signo de alarma o intento fallido de solución (Quiroga, 2017).

A su vez, Vaughn y Leff (2005), "Demostraban que las actitudes familiares podían dirigir la evolución de los pacientes tanto en sentido positivo como negativo".

Se propone dos conjuntos de talleres dando una totalidad de 6 talleres, el primer conjunto de talleres está dirigida a la familia del drogo dependiente y el segundo conjunto de talleres está dirigida al drogodependiente, en el primer taller se trata de brindar información respecto a los roles de la familia en el proceso de rehabilitación y el segunda taller dicta sobre la información, las necesidades y el rol del drogodependiente, de esta manera en las intervenciones sobre la familia se han observado efectos clínicos beneficiosos; la intervención familiar, sin duda, potencia el resto de los abordajes del conjunto terapéutico ya que se logra un mejor cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes, se ha conseguido reducir la psicopatología residual de muchos casos y mejoras en la recuperación social.

En ambos talleres se propone el trabajo comunitario de las familias de los drogodependientes y los internos en rehabilitación añadiendo el tratamiento psicológico independiente de cada terapeuta y drogodependiente ya que este posee actividades extras y diferentes que debe de realizar en el centro de rehabilitación o en el hogar dependiendo en la fase que se encuentre y su estado de ánimo.

Estructura Metodológica de Intervención
Descripción general del taller escuela para la familia

Duración	Taller 1	Taller 2	Taller 3	Taller 4	Taller 5	Taller 6
Cada taller tendrá una duración de 2 horas que permite abarcar la temática de dicho taller	Comprende información general sobre el proceso de rehabilitación y el rol que debe cumplir la familia durante todo este proceso.	Trata acerca de las funciones de la familia como sistema y se brinda información acerca de la detección del consumo de sustancias en la familia.	Abarca el tema de la reinserción social y familiar del drogodependiente así como la prevención de las recaídas.	Comprende información general del proceso de rehabilitación y el rol que debe cumplir el drogodependiente en su propio proceso de rehabilitación.	Trata de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) en el drogodepen-diente durante su proceso de rehabilitación.	Tiene como finalidad ofrecer conocimientos y estrategias para la prevención de recaídas y que hacer en caso de que ocurran.

Taller dirigido a la familia	Taller dirigido al drogodependiente

Tabla N° 13 Descripción general de los talleres
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Investigación de campo

Descripción general del taller 1

ORGANIZADOR DE ACTIVIDADES PSICOEDUCATIVAS PARA LA FAMILIA									
TALLER 1	**PARTICI-PANTE**	**OBJETIVO GENERAL**	**OBJETIVOS ESPECIFICOS**	**DURACIÓN**	**ACTIVIDAD**	**DETALLES DE ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**RECURSOS**	**LUGAR**
Introducción de la familia al mundo del consumidor y su proceso de rehabilitación	La familia del drogodependiente	Brindar información sobre el proceso de rehabilitación y el rol que debe cumplir la familia durante el mismo.	Describir en que consiste el proceso de rehabilitación y cuál es su importancia.	15 minutos	Manejar la información correspondiente al proceso de rehabilitación y rol que tiene la familia	1)Presentación del taller, Introducción	Psicólogo Steven Proaño	Identificación del participante, lápiz, carpeta hojas	Casa de acogida CETAD Pumamaqui o Vicentina
				30 minutos		2) Proceso de rehabilitación y psicoeducación	Psicólogo Steven Proaño	Documentos físicos o digitales respecto a la temática a tratar	
				15 minutos		3) Receso	La familia	A decisión de la familia	
			Debatir acerca del rol que debe cumplir la familia durante este proceso.	30 minutos		4) El rol de la familia en el proceso de rehabilitación	Psicólogo Steven Proaño	Documentos físicos o digitales respecto a la temática a tratar	
				15 minutos		5) Apertura de preguntas	Psicólogo Steven Proaño	A decisión de la familia	
				15 minutos		6) Cierre del taller	Psicólogo Steven Proaño	A decisión del psicólogo	

Tabla 14 Descripción del taller 1
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Investigación de campo

Descripción general del taller 2

ORGANIZADOR DE ACTIVIDADES PSICOEDUCATIVAS PARA LA FAMILIA									
TALLER 2	**PARTICIPANTE**	**OBJETIVO GENERAL**	**OBJETIVO ESPECIFICO**	**DURACIÓN**	**ACTIVIDAD**	**DETALLES DE ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**RECURSOS**	**LUGAR**
Las funciones de la familia como unsistema positivo o negativo	La familia del drogodependiente	Brindar información acerca de las funciones de la familia.	Informar acerca de las funciones de la familia como sistema y su influencia en la salud de sus miembros.	15 minutos	Exposición del rol de la familia en el proceso de rehabilitación	1) Presentación del taller, Introducción	Psicólogo Steven Proaño	Identificación del participante, lápiz, carpeta hojas	Casa de acogida CETAD Pumamaqui o Vicentina
				30 minutos		2) La función de la familia como sistema	Psicólogo Steven Proaño	Documentos físicos o digitales respecto a la temática a tratar	
				15 minutos		3) Receso	La familia	Descanso activo	
			Identificar el consumo de sustancias entre los miembros de la familia.	30 minutos		4) La familia y la identificación del consumo de sustancias	Psicólogo Steven Proaño	Documentos físicos o digitales respecto a la temática a tratar	
				15 minutos		5) Debate sobre el tema: apertura de preguntas	Psicólogo Steven Proaño	A decisión de la familia	
				15 minutos		6) Cierre del taller	Psicólogo Steven Proaño	A decisión del psicólogo	

Tabla N° 15 Descripción del taller 2
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Investigación de campo

Descripción general del taller 3

ORGANIZADOR DE ACTIVIDADES PSICOEDUCATIVAS PARA LA FAMILIA									
TALLER 3	**PARTICIPANTE**	**OBJETIVO GENERAL**	**OBJETIVOS ESPECIFICOS**	**DURACIÓN**	**ACTIVIDAD**	**DETALLES DE ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**RECURSOS**	**LUGAR**
El drogodependiente y su reinserción social: estrategias para la familia	La familia del drogodependiente	Brindar las herramientas necesarias a la familia que ayuden al drogodependiente durante el proceso de reinseción social y familiar y en la prevención de las recaídas.	Brindar información acerca del proceso de reinserción social y familiar y sobre la importancia de la prevención de las recaídas	15 minutos	Reconocer y aplicar las estrategias según corresponda las situaciones propuestas	1) Presentación del taller, Introducción	Psicólogo Steven Proaño	Identificación del participante, lápiz, carpeta hojas	Casa de acogida CETAD Pumamaqui o Vicentina
				30 minutos		2) Conocer las estrategias que favorezcan la reinserción social y familiar del drogodependiente	Psicólogo Steven Proaño	Documentos físicos o digitales respecto a la temática a tratar	
				15 minutos		3) Receso	La familia	Descanso activo	
			Proponer estrategias a la familia que le permitan cooperar en la reinserción social y familiar y en la prevención de las recaídas.	30 minutos		4)Simular situaciones que permitan reconocer y aplicar las estrategias propuestas	Psicólogo Steven Proaño	Documentos físicos o digitales respecto a la temática a tratar	
				15 minutos		5) Apertura de preguntas	Psicólogo Steven Proaño	A decisión de la familia	
				15 minutos		6) Cierre del taller	Psicólogo Steven Proaño	A decisión del psicólogo	

Tabla N° 16 Descripción del taller 3
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Investigación de campo

Descripción general del taller 4

ORGANIZADOR DE ACTIVIDADES PSICOEDUCATIVAS PARA INTERNOS DE LOS CETAD PUMAMAQUI Y VICENTINA									
TALLER 4	**PARTICIPANTE**	**OBJETIVO GENERAL**	**OBJETIVOS ESPECIFICOS**	**DURACIÓN**	**ACTIVIDAD**	**DETALLES DE ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**RECURSOS**	**LUGAR**
La enfermedad adictiva y el proceso de rehabilitación	Drogodependiente	Exponer en consiste el proceso de rehabilitación	Brindar información sobre la enfermedad adictiva y el proceso de rehabilitación	15 minutos	Manejar la información que corresponde al proceso de rehabilitación del interno	1) Presentación del taller, Introducción	Psicólogo Steven Proaño	Identificación del participante, lápiz, carpeta hojas	Casa de acogida CETAD Pumamaqui o Vicentina
				30 minutos		2) Proceso de rehabilitación y psicoeducación	Psicólogo Steven Proaño	Documentos físicos o digitales respecto a la temática a tratar	
				15 minutos		3) Receso			
			El interno aplicara la información obtenida en su medio	30 minutos		4) El rol del interno en su propio proceso de rehabilitación	Psicólogo Steven Proaño	Documentos físicos o digitales respecto a la temática a tratar	
				15 minutos		5) Apertura de preguntas	Psicólogo Steven Proaño		
				15 minutos		6) Cierre del taller: técnica participativa El Globo	Psicólogo Steven Proaño	Globos	

Tabla N° 17 Descripción del taller 4
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Investigación de campo

Descripción general del taller 5

ORGANIZADOR DE ACTIVIDADES PSICOEDUCATIVAS PARA INTERNOS DE LOS CETAD PUMAMAQUI Y VICENTINA									
TALLER 5	**PARTICIPANTE**	**OBJETIVO GENERAL**	**OBJETIVO ESPECIFICO**	**DURACIÓN**	**ACTIVIDAD**	**DETALLES DE ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**RECURSOS**	**LUGAR**
Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) durante el proceso de rehabilitacion	Drogodependiente	Promover la identificación de las fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades durante el proceso de rehabilitación	El interno reconocerá en el medio que se encuentra	15 minutos	Elaborar el FODA	1) Presentación del taller, Introducción	Psicólogo Steven Proaño	Identificación del participante, lápiz, carpeta y hojas	Casa de acogida CETAD Pumamaqui o Vicentina
				30 minutos		2) Describir el FODA de los internos en relación al proceso de rehabilitación	Psicólogo Steven Proaño	Documentos físicos o digitales respecto a la temática a tratar	
				15 minutos		3) Receso			
			El interno desarrollara la habilidad de autoevaluación	30 minutos		4) Lluvia de ideas	Psicólogo Steven Proaño	Documentos físicos o digitales respecto a la temática a tratar	
				15 minutos		5) Apertura de preguntas	Psicólogo Steven Proaño		
				15 minutos		6) Cierre del taller: Mesa Redonda	Psicólogo Steven Proaño	Sillas, una mesa y participantes de cuarta y quinta fase	

Tabla N° 18 Descripción del taller 5
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Investigación de campo

Descripción general del taller 6

ORGANIZADOR DE ACTIVIDADES PSICOEDUCATIVAS PARA INTERNOS DE LOS CETAD PUMAMAQUI Y VICENTINA									
TALLER 6	**PARTICIPANTE**	**OBJETIVO GENERAL**	**OBJETIVOS ESPECIFICOS**	**DURACIÓN**	**ACTIVIDAD**	**DETALLES DE ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**RECURSOS**	**LUGAR**
Prevención de las recaídas	Drogodependiente	Ofrecer conocimientos y estrategias para la prevención de recaídas y qué hacer en caso de que ocurran	Brindar información relacionada con la prevención de las recaídas y las acciones a tomar en caso de que ocurran.	15 minutos	Desarrollar estrategias de prevención de las recaídas	1) Presentación del taller, Introducción	Psicólogo Steven Proaño	Identificación del participante, lápiz, carpeta y hojas	Casa de acogida CETAD Pumamaqui o Vicentina
				30 minutos		2) Identificar los factores relacionados con las recaídas	Psicólogo Steven Proaño	Documentos físicos o digitales respecto a la temática a tratar	
				15 minutos		3) Receso			
			El interno seleccionará las estrategias que considere adecuadas para la prevención de las recaídas ante situaciones simuladas	30 minutos		4) Simular situaciones de riesgo de recaída para ser analizados por los participantes quienes deben seleccionar las estrategias para evitarla.	Psicólogo Steven Proaño	Documentos físicos o digitales con situaciones de riesgo de recaída	
				15 minutos		5) Apertura de preguntas	Psicólogo Steven Proaño		
				15 minutos		6) Cierre del taller: Técnica participativa: El estanque en la tormenta	Psicólogo Steven Proaño		

Tabla N° 19 Descripción del taller 6
Elaborado por: Steven Proaño Calderon
Fuente: Investigación de campo

Bibliografía

ANMM, B. d. (2013). El trastorno de ansiedad generalizada. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 54-55.

APA. (2014). Trastorno de ansiedad F93.0. En A. P. Association, Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos Del DSM V (págs. 129-130).

Arés, P. (2001). Psicología de la familia una proximación a su estudio. En P. A. Muzio, Psicologia de la familia una proximación a su estudio (págs. 3-15). HABANA.

Baekeland, C. E. (28 de 04 de 2014). Consulta Baekeland. Obtenido de Una breve psicología de la ansiedad: https://www.consultabaekeland.com/p/es/psicoanalista-madrid-blog/una-breve-psicologia-de-la-ansiedad.php

Baeza Villarroel, J. C. (2008). Causas de la ansiedad: origen y mantenimiento. Obtenido de Clínica de la Ansiedad. Psicólogos especialistas en el tratamiento de la ansiedad: https://clinicadeansiedad.com/problemas/introduccion/causas-de-la-ansiedad-origen-y-mantenimiento/

Baptista, & Oliveira. (2004). Soporte Social, Familiar y Autoconcepto: Relación entre los Constructos. Psicología desde el Caribe, 4-5.

Baquieiro Rojas, E., & Buenrostro, B. (2005). Derecho de Familia. Ed. OXFORD, University Press, 12-13.

Benitez, I. G. (22 de Febrero de 2018). Psicología-Online. Obtenido de https://www.psicologia-online.com/el-apoyo-familiar-acontecimientos-significativos-de-vida-familiar-2825.html

Bennasar, M. R. (2010). Neurosis o Trastornos de Ansiedad. En M. R. Bennasar, Trastornos Neuroticos (págs. 66-67). Barcelona: Wyeth.

Bethancourt, E. B. (2011). “Ansiedad y Depresión en adictos en recuperación” (estudio realizado en grupo de narcóticos anónimos zona 1 quetzaltenango). Universidad Rafael Landívar, 1-2-5.

Bilbao, J. P., & Daza, F. M. (1999). El apoyo social. Ministerio de trabajo y asuntos socilaes ESPAÑA, 2-3.

Británica, E. (2009). La Familia: Concepto, Tipos y Evolución.

Cabello, & D’Anello. (2001). Satisfacción familiar, apoyo familiar y conflicto trabajo-familia. Avances en Psicología Latinoamericana, 319.

Campo, D. (2005). La prueba científica de la filiación. Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática, 44-60-90.

Cano Vindel, A., Miguel-Tobal, J. J., González, H., & Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. Anales de psicología, 146-147.

Carbonell, J. (2012). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia. Justicia Juris , 12.

Carlson, K., & Williams. (2000). Satisfacción familiar, apoyo familiar y conflicto trabajo-familia. Avances en Psicología Latinoamericana, 318-319.

Carrion, G. (2008). Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013. CONSEP EN LA VIDA Y SALUD DEL ECUADOR, 27.

Casas, M., & GOSSOP, M. (1993). Factores Familiares que Inciden en la Drogodependencia . Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, 207-208.

Chan, M. (19 de Abril de 2016). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 24 de Mayo de 2019, de Discurso de la Directora General de la OMS ante las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas: https://www.who.int/dg/speeches/2016/world-drug-problem/es/

Chávez, I. B. (2009). El consumo de drogas desde una perspectiva evolutiva y su aplicación a las politicas e intervenciones preventivas . COMISIÓN

NACIONAL PARA EL DESARROLLO Y VIDA SIN DROGAS (DEVIDA), 17-18-19.

Clinica, G. d. (2012). Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas. Horizonte Sanitario, 13-14.

Cohen, G., & Underwood. (2000). Antecedentes del apoyo social. En M. P. Pozo, & A. B. Rriofrío, Diagnóstico de apoyo soclial informativo en los estudiantes de primer ciclo de las diferentes ofertas académicas de la Universidad Técnica Particular de Loja en el perido Octubre 2008-Febrero 2009 (págs. 18-20). Loja: Universidad Técnica Particular de Loja.

CONSEP. (2012). En revisión de la presidencia de la república del ecuador, para su aprobación y publicación oficial. Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013, 33.

CONSEP. (2012). Plan nacional de prevención integral de drogas 2012-2013. CONSEP, 16-17.

Darlington. (2002). Soporte Social, Familiar y Autoconcepto: Relación entre los Constructos. Psicología desde el caribe, 3-4.

Devida, C. N. (2013). I Encuesta nacional sobre el consumo de drogas en adolescentes infractores del poder judicial. En C. M. Claux, I Encuesta nacional sobre el consumo de drogas en adolescentes infractores del poder judicia (págs. 44-46). Lima: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas.

Drogas, S. T. (2017-2021). Plan nacional de prevención integral y control del fenómeno socio económico de las drogas. Quito.

Echeburúa, E. S., & Fernández-Montalvo, J. (1998). Ansiedad y Adicciones. Emociones y salud , 67-84.

Erazo, J. A. (2017). La familia en el proceso de rehabilitación de las personas internas en la comunidad terapéutica Salvando el Adicto de la ciudad de Loja. Universidad Nacional de Loja, 2-3.

Espinoza, P. A. (2014). Centro especializado de psicología integral-cepsi. Obtenido de https://www.cepsi.com.ec/

Fernández, L., & Hernández. (1998). Elaboración de una estrategia de intervención educativa. Revista Electrónica Cubana de Medicina General, 14(3). Recuperado el 21 de Mayo de 2019

Forselledo, A. G., & Sbárbaro, V. E. (1994). Consumo de Dorgas y Familia Situación y Factores de Riesgo. Asociación Uruguaya para la Prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia., 2-4.

Frone, R., & Cooper. (1997). Satisfacción familiar, apoyo familiar y conflicto trabajo-familia. Avances en Psicología Latinoamericana, 318-319.

Furman, B., & Scholte, V. L. (2003). Familia y drogas: Aspectos Psicosociales. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM, 148-149.

Furstenberg, F. (2003). El cambio familiar estadounidense en el último tercio del siglo XX. En unicef, nuevas formas de familia perspectivas nacionales e internacionales UNICEF - UDELAR (págs. 15-16). Montevideo: UNICEF.

Gómez, C. (2009). Apoyo Familiar y Tipos de Familia . clinica con nosotros , 15-16.

Goodwin, C., & Adonu. (2004). Soporte Social, Familiar y Autoconcepto: Relación entre los Constructos. Psicología desde el Caribe, 3-4.

Gottlieb, B. (1981). Antecdentes del apoyo social. En M. P. Pozo, & A. B. Rriofrío, Diagnóstico de apoyo social informativo en los estudiantes del primer ciclo de las diferentes ofertas académicas de la Universidad Técnica Particular de Loja en el periodo Octubre 2008-Febrero 2009 (págs. 22-23). Loja: Universidad Técnica Particular de Loja.

Gracia, S., & Herrero. (2004). Soporte Social, Familiar y Autoconcepto: Relación entre los Constructos. Psicología desde el Caribe, 3-4.

Guerrero. (2003). Satisfacción familiar, apoyo familiar y conflicto trabajo-familia. Avances en Psicología Latinoamericana, 318.

Hamilton, Brands, Gastaldo, & MGM, W. (2015). Entretenimiento, espiritualidad, familia y la influencia de pares universitarios en el consumo de drogas. scielo, 165-166.

HHS, H. a. (2010). Principios de Tratamientos para la Drogadiccion. En D. d. EE.UU., ¿En qué consiste el tratamiento para la drogadicción? (págs. 10-15). EE.UU: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.

Hombrados. (2013). Funcionamiento familiar y apoyo social en el consumo de drogas y las conductas delictivas de losadolescentes. Universidad de Málaga Publicaciones y Divulgación Cientifica, 80-81.

House. (1981). NTP 439: El apoyo social. Ministerio de trabajo y Asuntos Socilaes ESPAÑA, 2-3.

House, J. (1981). Fuentes del apoyo social. En J. P. Bilbao, & F. M. Daza, NTP 439: El apoyo social (págs. 3-4). España: Ministerio de trabajo y asuntos sociales España.

Hume, D. (1711-1776). El empirismo de david hume. Cuadernos de filosofía Duererías // serie Historia de la Filosofía, 7-8. Obtenido de https://trimegistos.wordpress.com/2009/11/17/el-pensamiento-de-david-hume/

Insulza, J. M. (2013). Las drogas y sus efectos. En O. d. Americanos, El problema de las drogas en las Américas: estudios (págs. 15-16). Washington, DC: Organización de los Estados Americanos.

Itza, L. (1992). Las drogas no convencionales. Drogas y escuel IV.

Jacqueline de Souza, L. P. (2015). Red social de adictos al alcohol bajo tratamiento en un servicio de salud mental. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 1-2.

Jaffe, h. J. (1991). Drogadicción y abuso de drogas. En h. J. Jaffe, Las bases farmacológicas de terapéutica (págs. 513-562). Mexico: Panamericana.

Knop. (1993). La percepción de la gravedad del uso de drogas. Asociación Proyecto Hombre, 17.

Kornblit, A. L. (2004). El disurso sobre el yo despues del consumo . En A. L. Kornblit, Nuevos Estudios Sobre Drogadicciòn (págs. 20-21). Buenos Aires: Editorial Biblos.

Lazarus, & Folkman. (1986). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias . anales de psicología, 1994, 10(2), 145-156 , 143-147.

Lin. (1986). Funcionamiento familiar y apoyo social en el. Universidad de Málaga publicaciones y divulgación cientifica , 76-75.

Livingstone, C. (2000). Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos CIE 10. En C. Livingstone, Guia de bolsillo de clacificación CIE 10 (págs. 114-116). Madrid: Editorial medica panamericana.

Livingstone, C. (2000). Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. En C. Livingstone, Guía de bolsillo de la clasificación CIE-1O (págs. 111-117). Madrid: © 2000 Editorial medica panamericana, S. A.

Medina, G. (2010). Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de dorgas en el municipio de colombia. SCIELO, 505-506-507.

Merikangas, D., & Feston. (2006). La percepción de la gravedad del uso de drogas. Asociación Proyecto Hombre, 17.

Miguel, & Tobal. (1990). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias . anales de psicología, 1994, 10(2), 145-156 , 146-147.

Moro, T. (1999). Diccionario Juridico España. En Diccionario Juridico España (pág. 409). España: Espasa Caple.

Muñoz Rivas, M. J., & López, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo. Psicothema, 88-89-90.

NIDA, N. I. (2010). En que conciste el tratamiento para la drogadicción. En S. H. EE.UU., Principios de tratamientos para la drogadicción (págs. 10-11-12). California.

OMS. (5 de febrero de 2018). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Obtenido de http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions

Quiroga, A. J. (2017). Taller psicoeducativo para fomentar la participación familiar en el tratamiento del paciente adicto, del sector Gropper de Philippe Pinel S.A. Universidad Siglo Democrática Laica Trascendente, 11-18.

Rodríguez López, J. A., & Iruarrizaga Díez, I. (2007). Ansiedad en drogodependientes. Diferencias existentes en función del programa de tratamiento . Ansiedad y Estrés, 243-244.

Rodriguez, A., & Puerta. (Mayo de 2018). lifeder.com. Obtenido de https://www.lifeder.com/apoyo-social/

Rodríguez, J. A. (2003). Familia y Drogas: Aspectos Psicosociales. Redalyc.org, 151-152.

Sarason, L., & Basham. (1983). Family system characteristics and parental behaviors as predictors of adolescet substance use. Adolescence; Summer, 406.

Secades, R. (2006). La percepción de la gravedad del uso de drogas en las familias con hijos adolescentes. En R. Secades, El consumo de drogas en la población juveniL (págs. 13-15). Madrid: Memoria.

Stroebe, Z. S., & Abakoumkin. (2005). Soporte Social, Familiar y Autoconcepto: Relación entre los Constructos. Psicología desde el Caribe, 4-5.

Tortella-Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace revista iberoamericana de psicosomática, 63-65.

Vaughn, & Leff. (2005). Autoayuda y particiación de la familia en el tratamiento de los trstornos de la conducta alimentaria. En I. J. Lobera. Sevila.

Walter Loor Briones, H. H. (24 de Diciembre de 2017). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. SCIELO, AMC vol.22 no.2 , 2-3. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200003

Wells, P. G., & Catalano. (1994). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. Psicothema 2007. Vol. 19, nº 1, pp. 134-139 , 1-2.

Zepeda, F. (2007). Introducción a la psicología Una visión científico . PEARSON Prentice Hall.

Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de Consentimiento Informado

Edad: …….

Sexo: H ☐ M ☐

CETAD: ……..

Fecha: ……

Yo…… con C.I…….. en pleno uso de mis facultades físicas y mentales expreso mi aceptación en participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) del propósito de la misma. En la cual se me ha indicado, que puedo retirarme o negarme a responder cuando yo lo considere necesario. Reconozco que la información que yo provea es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito diferente al de esta investigación. Se me ha explicado que puedo realizar preguntas y pedir información sobre los resultados cuando la misma haya concluido

Firma del participante

_____

COLEGIO PARTICULAR "INGENIERÍA" Dpto. Psicopedagógico

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. A.
POR W. W. K. ZUNG

NOMBRES: _____ Edad: ___ Sexo: ___ Religión: _____

Grado: _____ Sección:_____ Fecha: _____/____/_____ Fecha de nacimiento. ____/__ _/___

Dirección:_____ Teléfono: _____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento mas nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.					
2	Me siento con temor sin razón.					
3	Despierto con facilidad o siento pánico.					
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.					
5	Siento que todo esta bien y que nada malo puede suceder					
6	Me tiemblan las manos y las piernas.					
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.					
8	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.					
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.					
11	Sufro de mareos.					
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.					
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente					
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.					
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.					
16	Orino con mucha frecuencia.					
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.					
18	Siento bochornos.					
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche					

20	Tengo pesadillas.					
TOTAL DE PUNTOS						

COLEGIO PARTICULAR "INGENIERÍA" Dpto. Psicopedagógico

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. A.
POR W. W. K. ZUNG

NOMBRES: _____ Edad: ___ Sexo: ___

Grado: _____ Sección:_____ Fecha: _____/____/_____ Fecha de nacimiento.

____/__ _/___

Dirección:_____ Teléfono:

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento mas nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.	1	2	3	4	
2	Me siento con temor sin razón.	1	2	3	4	
3	Despierto con facilidad o siento pánico.	1	2	3	4	
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.	1	2	3	4	
5	Siento que todo esta bien y que nada malo puede suceder	4	3	2	1	
6	Me tiemblan las manos y las piernas.	1	2	3	4	
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.	1	2	3	4	
8	Me siento débil y me canso fácilmente.	1	2	3	4	
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.	4	3	2	1	
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.	1	2	3	4	
11	Sufro de mareos.	1	2	3	4	
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.	1	2	3	4	
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente	4	3	2	1	
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.	1	2	3	4	
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.	1	2	3	4	
16	Orino con mucha frecuencia.	1	2	3	4	
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.	4	3	2	1	
18	Siento bochornos.	1	2	3	4	
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche	4	3	2	1	
20	Tengo pesadillas.	1	2	3	4	
TOTAL DE PUNTOS						

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Instrucciones: Estamos interesados en cómo se siente acerca de las siguientes afirmaciones. Lea cada enunciado cuidadosamente. Indique cómo se siente acerca de cada enunciado.

Haz un círculo en el "1" si estás muy en desacuerdo. (MDS)	Haz un círculo en el "5" si estás ligeramente de acuerdo. (DA)
Haz un círculo en el "2" si no estás totalmente de acuerdo. (TDS)	Haz un círculo el "6" si está totalmente de acuerdo. (TDA)
Haz un círculo en el "3" si no estás de acuerdo. (DS)	Haz un círculo en el "7" si estás muy de acuerdo. (MDA)
Haz un círculo en el "4" si eres neutral. (N)	

	MDS	TDS	DS	N	DA	TDA	MDA
1) Hay una persona especial que está cerca cuando estoy en necesidad.	1	2	3	4	5	6	7
2) Hay una persona especial con quien puedo compartir alegrías y tristezas.	1	2	3	4	5	6	7
3) Mi familia realmente trata de ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
4) Yo obtengo la ayuda emocional y apoyo que necesito de mi familia.	1	2	3	4	5	6	7
5) Yo tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí.	1	2	3	4	5	6	7
6) Mis amigos realmente tratan de ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
7) Yo puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.	1	2	3	4	5	6	7
8) Yo puedo hablar sobre mis problemas con mi familia.	1	2	3	4	5	6	7
9) Yo tengo amigos con quienes puedo comparte mis alegrías y tristezas.	1	2	3	4	5	6	7
10) Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
11) Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.	1	2	3	4	5	6	7
12) Yo puedo hablar sobre mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7

Para calcular puntajes promedio:

Subescala significante: sume los ítems 1, 2, 5 y 10, luego divida entre 4.

Subescala familiar: Suma los elementos 3, 4, 8 y 11, luego divide por 4.

Subescala Amigos: Suma los elementos 6, 7, 9 y 12, luego divide por 4.

Escala total: Suma a través de los 12 elementos, luego divide por 12