

**PERCEPCIÓN DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN POR CONSUMO
DE SPA FRENTE LA EMOCIÓN EXPRESADA DE UN FAMILIAR**

CONSTANZA ANDREA BOUZAS

DIANA FERNANDA MELÉNDEZ



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM

FACULTAD DE CIENCIA SOCIALES

PSICOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

2017

**PERCEPCIÓN DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN POR CONSUMO
DE SPA FRENTE LA EMOCIÓN EXPRESADA DE UN FAMILIAR**

Informe Final

Modalidad de Grado

CONSTANZA ANDREA BOUZAS

DIANA FERNANDA MELÉNDEZ

ALDEMAR PERDOMO

Docente Psicología

Asesor Modalidad de grado

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM

FACULTAD DE CIENCIA SOCIALES

PSICOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

2017

NOTA DE ACEPTACIÓN

Aprobado por el Comité de Grado, en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium, para optar por el título de PSICÓLOGAS.

Jurado

Jurado

Santiago de Cali, Diciembre 2017

AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento:

A Dios por todas las bendiciones recibidas, y especialmente por permitirnos culminar satisfactoriamente este nuevo logro.

A los docentes que confiaron en nosotras y nos apoyaron con sus valiosos conocimientos y disposición, desde el campo de la psicología y la investigación.

A la Doctora Cristina Medina-Pradas por permitirnos hacer uso de su instrumento, escala de medición de emoción expresada para pacientes BDSEE, así como por colaborarnos resolviendo diversas inquietudes, lo cual fue de gran ayuda para el desarrollo de nuestro proyecto.

A los directivos y trabajadora social de la Fundación Joshua IPS y a los residentes en proceso de rehabilitación que hicieron parte de la muestra de investigación, quienes siempre estuvieron dispuestos a brindarnos su colaboración.

A nuestra familia y amigos muy especialmente por el apoyo, comprensión, paciencia y ánimo recibidos de su parte, quienes han estado acompañándonos en este proceso, creyeron siempre en nosotras, brindándonos palabras de aliento que fueron de motivación diaria.

A todos ellos, muchas gracias.

Constanza Andrea Bouzas Carvajal
Diana Fernanda Meléndez Lame

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
PREGUNTA PROBLEMATIZADORA.....	7
OBJETIVOS.....	7
OBJETIVO GENERAL.....	8
CAPÍTULO 1.....	9
ANTECEDENTES DE DROGODEPENDENCIA.....	9
1. HISTORIA DE LAS DROGAS.....	9
1.1 CONCEPTOS IMPORTANTES.....	11
1.1.1 Droga- Sustancia psicoactiva o spa.....	11
1.1.2 Drogodependencia, Adicción y Toxicomanía.....	12
1.1.2.1 Neuroadaptación.....	13
1.1.2.2 Dependencia psicológica – Craving.....	15
1.1.2.3 Dependencia social.....	17
1.2 FACTORES DE RIESGO.....	18
1.2.1 Factor socioeconómico y político.....	18
1.2.1.1 Consecuencias sociales.....	19
1.2.2 Familias disfuncionales.....	20
1.2.2.1 Adolescencia.....	21
1.2.3 Prácticas de consumo familiar.....	22
1.3 FACTORES PROTECTORES.....	23
1.4 FENOMENOLOGÍA CLÍNICA.....	24
1.5 TRATAMIENTO.....	25
1.6 LA FAMILIA.....	27
1.7 FACTORES QUE MANTIENEN LA ADICCIÓN A NIVEL FAMILIAR.....	29

CAPÍTULO 2.....	32
2. MARCO TEÓRICO	32
2.1 LA COMUNICACIÓN.....	32
2.1.1 La imposibilidad de no comunicar	33
2.1.2 Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación	33
2.1.3 La puntuación de la secuencia de hechos	34
2.1.4 Comunicación digital y analógica	34
2.1.5 Interacción simétrica y complementaria.....	34
2.2 CONCEPTO DE LA EMOCIÓN EXPRESADA EE	36
2.3 COMPONENTES DE LA EMOCIÓN EXPRESADA	38
2.3.1 El criticismo o comentarios críticos (CC)	38
2.3.2 La Hostilidad (H).....	39
2.3.3 La Sobre-implicación emocional (SIE)	40
2.4 VARIABLES IMPLICADAS EN LA EMOCIÓN EXPRESADA.....	42
2.4.1 Emoción expresada y características de la familia	42
2.4.2 Otros factores asociados a la emoción expresada familiar	43
2.5 EMOCIÓN EXPRESADA E INTERVENCIÓN FAMILIAR.....	44
2.6 ÚLTIMO TRABAJO INVESTIGATIVO SOBRE LA EE Y SU INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	45
2.6.1 Componente adicional de la EE, la calidez.....	46
CAPÍTULO 3.	49
3. MARCO METODOLÓGICO	49
3.1 MUESTRA.....	49
3.1.1 Caracterización sociodemográfica de la población.....	49
3.2 POBLACIÓN.....	49
3.2.1 Criterios de inclusión.....	50
3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN	51
3.4 TIPO DE ESTUDIO	51
3.5 DISEÑO.....	52
3.6 PRUEBAS ADMINISTRADAS A LOS RESIDENTES	53

3.7	PROCEDIMIENTO	53
3.8	DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	54
3.8.1	Instrumento de medición emoción expresada	56
CAPÍTULO 4.....		57
4. RESULTADOS		57
4.1	Resultados de encuesta sociodemográfica y de datos generales.....	57
4.2	Resultados de la escala de medición de emoción expresada para pacientes BDSEE	62
4.2.1	Categoría Criticidad o Comentarios Críticos CC	63
4.2.2	Categoría: Calidez C.....	67
4.2.3	Categoría: Sobreimplicación Emocional SIE	71
CAPÍTULO 5.....		77
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....		77
CONCLUSIÓN.....		84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		87
ANEXOS		93

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. ¿Cuánto te crítica?	63
Gráfico 2. ¿Cuánto desaprueba lo que haces?	64
Gráfico 3. ¿Cuánto le molesta las cosas que haces?	65
Gráfico 4. ¿Te sientes criticado por _?	66
Gráfico 5. ¿Cómo de cariñoso es contigo?	67
Gráfico 6. ¿Cuánto te aprecia?	68
Gráfico 7. ¿Cuánto le gusta hacer cosas y pasar el tiempo contigo?	69
Gráfico 8. ¿Te sientes querido por _?	70
Gráfico 9. No me deja hacer las cosas por mí mismo	71
Gráfico 10. Se mete o interfiere en mis actividades	72
Gráfico 11. Me hace sentir que no soy capaz de cuidarme solo	73
Gráfico 12. Me siento controlado por _	74
Gráfico 13. Se estresa fácilmente a causa de mis problemas	75
Gráfico 14. Lloro con facilidad cuando hablamos de mis cosas	76

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Datos arrojados por el programa estadístico SPSS versión 23	93
Anexo 2. Instrumento de medición emoción expresada versión pacientes.	103
Anexo 3. Carta solicitando consentimiento para la aplicación del instrumento...	104
Anexo 4. Respuesta a carta.....	105
Anexo 5. Respuestas de los instrumentos	106
Anexo 6. Consentimientos informados firmados	118
Anexo 7. Cuestionarios sociodemográfico	130

RESUMEN

La presente investigación fue realizada con personas que se encuentran en proceso de rehabilitación por consumo problemático de sustancias psicoactivas. El objetivo general fue describir su percepción sobre la emoción expresada por parte de un familiar allegado, a nivel de la expresión de comentarios críticos, expresión de calidez y de sobre-implicación emocional. Para ello se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos y escala de medición de emoción expresada para pacientes BDSEE

Se trata de un estudio de modalidad cuantitativa con diseño descriptivo y transversal. La muestra del estudio estuvo conformada por 12 participantes con edades entre los 17 y 32 años. Los resultados descriptivos conllevaron al análisis teórico de los factores de riesgo y protección que influyen en las recaídas y en el proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas, tanto a nivel sociodemográfico como a nivel familiar.

Se concluye que el abordaje terapéutico de problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas, será insuficiente si solamente se enfoca en el desarrollo de competencias personales de autocontrol, manejo emocional, solución de problemas, entre otras. Pues resulta de indiscutible importancia para este estudio y los antecedentes de investigación, que el abordaje terapéutico incluya la dimensión familiar, la red de apoyo social y atienda a las características propias del ciclo vital.

PALABRAS CLAVE: Sustancias psicoactivas, Emoción Expresada, Familia, Comunicación, red de apoyo.

INTRODUCCIÓN

El consumo problemático de sustancias psicoactivas se considera una problemática pública y flagelo de las sociedades en la actualidad. Genera altos costos para el sistema de salud y graves efectos a nivel del bienestar psicosocial de los consumidores en estado de adicción y dependencia. El presente trabajo se une a los esfuerzos científicos por aportar información relevante, que permita mejorar los mecanismos de abordaje terapéutico de esta problemática.

En el presente estudio se realiza una investigación con 12 residentes que asisten a la Fundación Joshua, para la rehabilitación de adicción a sustancias Psicoactivas. Los resultados son de especial interés institucional y local. Al explorar la percepción de los sujetos sobre la relación con uno de sus familiares más allegados, se obtiene una medida del constructo “Emoción Expresada”; el cual ha sido posicionado como un indicador fiable de la comunicación y clima familiar (Becerra, 2009), estos últimos a su vez factores de riesgo y protección frente al proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas.

El trabajo inicia con un breve recorrido de la historia de las sustancias psicoactivas, especificando la representación social y los fines que se le han adjudicado desde su aparición hasta la actualidad. Se abordan las causas de su transformación y la gran fuerza obtenida dentro de la sociedad respecto a su consumo y distribución. Se expone su definición y sinónimos, junto con otros conceptos que se encuentran relacionados en este fenómeno, al igual que se identifican las consecuencias a nivel individual y familiar, la fenomenología clínica presentada por la persona que consume de forma problemática, y los factores de riesgo y de protección a nivel socioeconómico y familiar para el inicio, mantenimiento y rehabilitación.

Se describen los factores que hacen más proclive a una persona a iniciar o mantener el consumo de sustancias psicoactivas, estando implicados elementos socioeconómicos, políticos y familiares; se abordan factores protectores que se consolidan como herramientas fundamentales que disminuyen que aportan al proceso de rehabilitación.

Este estudio une esfuerzos con una nueva línea de investigación que posiciona el constructo de Emoción Expresada como indicador del clima y comunicación familiar. Entre los autores que han aportado a la definición, composición y transformación del concepto, se encuentra una autora clave para la presente investigación: Cristina Medina-Pradas; quien diseña el instrumento con el cual se mide el nivel de emoción expresada en la población seleccionada. Este instrumento permite identificar la percepción de diferentes variables comunicacionales que tienen estas personas en proceso de rehabilitación a sustancias psicoactivas, en relación con uno de sus familiares más allegados.

JUSTIFICACIÓN

Las sustancias psicoactivas no solo afectan a muchos de los individuos que las consumen, pues cuando se presenta una condición de adicción a éstas, su familia también se ve afectada; al mismo tiempo que se presentan consecuencias a nivel social y de salud pública que cada vez tienen mayor peso en el país. Es por esta razón que se creó la ley 1566 (2012), donde se reconoce la adicción a spa como una enfermedad que debe ser integrada en el sistema de salud, para dar tratamiento integral a los individuos afectados por dicha problemática.

El Congreso de la República (2012) aporta:

“La Comisión de Regulación en Salud incorporará, en los planes de beneficios tanto de régimen contributivo como subsidiado, todas aquellas intervenciones, procedimientos clínico-asistenciales y terapéuticos, medicamentos y actividades que garanticen una atención integral e integrada de las personas con trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, que permitan la plena rehabilitación psicosocial y recuperación de la salud” (Ley 1566, 2012, parágrafo 1º).

Es complejo el panorama que deja la droga en Colombia, teniendo presente que un porcentaje significativo de su población está inmerso en la adicción o dependencia de sustancias psicoactivas, lo cual puede conllevar a diversos daños en la salud como son los trastornos mentales u otras patologías derivadas por el abuso de éstas. Las cifras que se muestran a continuación permiten visualizar mejor el panorama, evidenciando que tanto hombres como mujeres pueden verse afectados por diversas drogas ilícitas o lícitas.

Al respecto el Ministerio de salud y protección social (2012) señala:

“aproximadamente 235 mil personas cumplirían los criterios de dependencia de alguna sustancia ilícita como: marihuana, cocaína o basuco, siendo la cifra estimada significativamente mayor para los hombres, que para las mujeres. En cuanto al abuso, unas 63 mil personas entrarían en esta clasificación según el criterio del DSM-IV. Sumando ambos resultados se tiene que en el país aproximadamente 300 mil personas, pueden ser consideradas en las categorías de abuso o dependencia de alguna droga ilícita como: marihuana, cocaína o basuco” (p.16).

Al observar estas cifras de personas en dicha condición de drogodependencia, es importante resaltar lo que sucede con quienes forman parte de su grupo primario, pues claro es, que estas personas pertenecen a grupos familiares. Es por eso significativo tener presente a dichos núcleos, en los cuales no solo se generan consecuencias por el abuso de consumo de spa en alguno de sus miembros, afectándose de forma directa por los comportamientos de éste, sino que también las interacciones que se gestan dentro de la familia pueden influir determinadamente en la persona que presenta el síntoma. Esto puede ser explicado desde el enfoque sistémico, debido a que la familia es vista como una red donde cada uno influye en el otro de forma positiva o negativa. Por consiguiente es fundamental el rol del sistema familiar para la recuperación de dicho fenómeno, ya que al experimentarse interacciones inadecuadas dentro de ésta, como relaciones conflictivas, ausencia de límites, falta de comunicación, entre otras características negativas que se consideran como factores de riesgo, se puede dificultar la rehabilitación de la drogodependencia. Es así como entre algunos modelos de terapia breve se tiene presente la siguiente consigna:

“1. La familia es un sistema y por lo tanto lo que afecta a un miembro de la familia afecta a todos los miembros del sistema familiar. Según el enfoque sistémico, el consumo de drogas y otras conductas problema que realiza el adolescente son síntomas que nos señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente. 2. Los patrones de interacción familiar

influyen en el comportamiento de cada miembro de la familia”. (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003; Szapocznik y Williams, 2000 citados por Marcos y Garrido, 2009, p.344).

Por este motivo, se considera fundamental el rol que cumple la familia en el fenómeno de la adicción a spa, y es pertinente desarrollar estudios desde la psicología, que contribuyan a la rehabilitación de éste; donde el terapeuta tenga en cuenta a los miembros de la familia y aquellos patrones de interacción tan importantes como la comunicación que se manejan entre ellos, aportando un mejor pronóstico al momento de intervenir.

El interés de este trabajo de grado es retomar las interacciones comunicacionales que se gestan en estas familias, donde se identifique algunos factores que puedan ser intervenidos por considerarse riesgosos hacia el mantenimiento de las adicciones, así como identificando otros que sirvan de apoyo y se puedan fortalecer para ir en pro del objetivo. Esta información es importante para ser utilizada en la búsqueda de nuevos modelos de intervención desarrollados en la institución en la cual se encuentran en proceso de rehabilitación, siendo necesario tener dentro de los objetivos terapéuticos la comunicación entre los miembros de la familia y la persona que presenta el síntoma, aportando de este modo hacia una transformación individual, familiar y social.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No se puede ignorar la gran complicación que ha generado la existencia de sustancias psicoactivas en la sociedad, pues así como su origen fue “inofensivo” con el fin de brindar “aportes positivos” hacia determinados sujetos, su evolución científica y transformación de uso, convirtieron su existencia en una epidemia mundial que ha ido en contra del bienestar humano; viéndose afectados negativamente muchos sujetos que las usan, no solo en su parte psicológica y fisiológica, sino también a nivel social, lo que implica un desencadenante cultural por la presencia de gran cantidad de personas involucradas en este fenómeno, lo que conlleva a una gran afectación en la salud pública. Ante esto el informe mundial sobre las drogas UNODC (2015) señala lo siguiente:

La magnitud del problema mundial de las drogas se hace más evidente si se tiene en cuenta que más de 1 de cada 10 consumidores de drogas es un consumidor problemático que sufre trastornos ocasionados por el consumo de drogas o drogodependencia. (...). Ello supone una pesada carga para los sistemas de salud pública en lo que respecta a la prevención, el tratamiento y la atención de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y sus consecuencias para la salud. (p.1)

A nivel científico se han encontrado múltiples factores que conllevan al consumo de dichas sustancias, entre las cuales se mencionan causas ecológicas, sociopolíticas, familiares, etc. Siendo estas últimas las que nos interesan por ser la familia el núcleo primario en el que se gesta un sistema de dinámicas relacionales que actúan como factores, bien sea protectores o de riesgo hacia dicha problemática. Es así como entre los factores de riesgo se encuentra una comunicación inadecuada, conductas adictivas de sustancias psicoactivas presentes en algún miembro de la familia, el estrés que experimentan las personas, entre muchos otros (García et al., 2012); siendo fundamental para el tratamiento de la drogodependencia identificar dichas dinámicas, permitiendo tratamientos más efectivos de rehabilitación, que conllevan a la eliminación o a una disminución importante de recaída en adicciones.

Hervás y Gradolí (2001) refiere que la familia se ve afectada al tener un miembro con problemas de adicción en su núcleo familiar, y que señala también la alta influencia de ésta en su mantenimiento o recuperación.

“... la familia se ve afectada por la presencia de un trastorno adictivo, a su vez la familia influye en éste; se ha señalado, en este sentido, que para muchos individuos las interacciones con la familia de origen así como con la familia actual provocó una dinámica para el uso de sustancia, de modo que las interacciones con miembros de la familia pueden agravar o perpetuar al problema o ayudar a resolverlo” (Hervás y Gradolí, 2001 citado por Calvo, 2007, p.49)

Apoyados en diferentes investigaciones, como se puede evidenciar en el desarrollo del presente trabajo investigativo, se puede afirmar que la familia influye, bien sea como medio facilitador o restrictivo, ante la recuperación del drogodependiente; por lo tanto será este núcleo y la comunicación generada entre sus miembros, el principal foco de atención para desarrollar nuestra pregunta de investigación.

PREGUNTA PROBLEMATIZADORA

¿Cuál es la percepción de los sujetos de estudio sobre la emoción expresada hacia ellos por parte de un familiar cercano, en una muestra de 12 personas en rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas y con edades entre los 17 y 32 años, pertenecientes a la Fundación Joshua del Municipio de Jamundí?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir la percepción de 12 sujetos en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas, sobre la emoción expresada por parte de un familiar allegado, a nivel de la expresión de comentarios críticos, expresión de calidez y de sobre-implicación emocional

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a nivel sociodemográfico la muestra de estudio
- Identificar la presencia de Criticidad o Comentarios Críticos expresados por un familiar cercano y percibido por personas que se encuentran en proceso de rehabilitación a sustancias psicoactivas.
- Identificar la presencia de Calidez expresada por un familiar cercano y percibida por los sujetos de la muestra.
- Identificar la presencia de Sobre-implicación expresada por un familiar cercano y percibida por los sujetos de la muestra.

CAPÍTULO 1.

ANTECEDENTES DE DROGODEPENDENCIA

1. HISTORIA DE LAS DROGAS

Las drogas han sido utilizadas desde la antigüedad con fines específicos para determinadas personas o ante diferentes situaciones. Del Moral y Fernández (s.f) aportan al tema haciendo referencia a la existencia de una ingesta de drogas que se mantenía restringida a determinadas personas o situaciones (p.1). En la medicina por ejemplo, se empleó como mecanismo para mitigar el dolor y otorgar una mejor calidad de vida a los pacientes; en la guerra su uso ha desempeñado un papel importante como agente potencializador de capacidades de combate, por ejemplo para optimizar el rendimiento físico, como mecanismo evasor de estrés y cansancio, alterador de la realidad, provocador de euforia, etc. Otro escenario importante ha sido en la realización de ritos religiosos donde se le ha atribuido poderes espirituales y físicos, como facultades para la levitación y las visiones, “facilitador” ante la comunicación con espíritus, generador de suerte, ha sido utilizado también como ofrenda o en el caso del alcohol como un vínculo litúrgico.

Estas prácticas fueron culturalmente aceptadas en la antigüedad, sin percatarse del fenómeno de dependencia que producían en el sujeto, pero esta condición restrictiva que estaba vinculada hacia determinadas personas o para situaciones específicas fue cediendo terreno hasta hacerse extensivo a la población general, lo cual se ha convertido en un problema mayor entre la sociedad.

El motivo por el cual se ha generado esta transformación, radica en el desarrollo que se ha evidenciado en el transcurrir del tiempo, a lo cual se refieren Del Moral y Fernández (s.f).

“En los dos últimos siglos, el hombre ha pasado de recolectar las plantas silvestres cuyo consumo tiene consecuencias a nivel de su psique, a obtener y estudiar sus principios activos, purificar dichos principios activos, modificar sus estructuras químicas para aumentar sus efectos, cultivar estas plantas para lograr una gran producción y, finalmente, sintetizar en el laboratorio moléculas afines con el propósito de crear componentes de mayor acción y abaratar los costes de su fabricación” (p.1).

Es así como todo lo que gira alrededor de las drogas ha obtenido una transformación importante con el paso del tiempo, donde la evolución científica y tecnológica avanza con rapidez; en un mundo en el que continuamente es utilizado dicho desarrollo para favorecer al ser humano, brindándole herramientas para satisfacer cada vez más sus necesidades, mejorando la calidad de vida y confort del mismo, pero donde también crece y se ofrece otro tipo de herramientas que causan su deterioro, motivados por fines exclusivamente lucrativos que no contribuyen positivamente a la condición humana, en este caso la droga, pues los aportes generados como el incremento de sus efectos, el desarrollo de una mayor producción que conlleva a una considerable facilidad para su obtención y por ende a una reducción en costos, generan una confabulación hacia el incremento de consumo de dichas sustancias, lo que repercute indiscutiblemente a nivel social por las prácticas individuales o colectivas que se gestan, dejando en evidencia un problema como la drogodependencia. Ante este fenómeno los autores anteriormente mencionados afirman:

“viene considerándose desde la década de los años setenta como una auténtica epidemia y como uno de los más graves problemas socio-sanitarios, debido al coste que representa en términos de vidas, comorbilidad con patologías somáticas y psiquiátricas, delitos contra la sociedad, descenso de la productividad laboral, conflictos familiares, etc. Esta epidemia sigue en alza en los inicios del siglo XXI”. (Del Moral y Fernández, s.f, p.2)

Es así como se observa día a día el incremento, no solo del consumo a nivel mundial, sino de la producción de nuevas sustancias psicoactivas que ingresan a formar parte de dicha problemática, teniendo como objetivo inducir a mayor número de personas en la realización de esta práctica, ofreciéndole nuevas sensaciones y mejores formas para encubrir las consecuencias físicas inmediatas que éstas generan.

1.1 CONCEPTOS IMPORTANTES

Se hace necesario definir algunos conceptos fundamentales que hacen parte de este fenómeno, como también dar claridad sobre la utilización de algunos sinónimos, con el fin de permitir una mejor comprensión de éste. Entre dichos conceptos se encuentran los siguientes:

1.1.1 Droga- Sustancia psicoactiva o spa

Del Moral y Fernández (s.f), definen el concepto de droga como “aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y, también física, y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social” (p. 3).

Los anteriores autores utilizan en su definición un sinónimo comúnmente usado para la aplicación de este término, el cual es “sustancia psicoactiva o spa”, a continuación relacionamos su explicación:

“por el hecho de que muchos productos con capacidad de producir trastorno por abuso o dependencia se dan de forma natural (cannabis) o que no están fabricados para el consumo humano (pegamento); esta iniciativa se ha seguido también por otros autores a nivel mundial”. (Del Moral y Fernández, s.f, p.3).

Es así como en el presente texto, se utilizará el término de “sustancia psicoactiva o spa” con el fin de involucrar toda sustancia, tanto de origen natural como artificial, que genere algún tipo de adicción a quien lo consume y que puede ocasionar consecuencias negativas a nivel individual y social, originadas por el desequilibrio de dichos entes.

1.1.2 Drogodependencia, Adicción y Toxicomanía

Respecto a este término Rigliano (2004), aporta la siguiente definición:

“Condición existencial de un sujeto que ha organizado en el tiempo una estructura de acciones significativas orientadas a restablecer la relación entre sí mismo y el objeto del cual obtiene un estado mental de valor excepcional”. (Rigliano, 2004 citado por Stocco, 2008, p.274)

Puede verse la relación que se genera entre el sujeto y la sustancia psicoactiva, donde ésta le provee de supuestos beneficios mentales que le permiten percibir una sensación exclusiva.

Stocco (2008) aporta:

“el individuo puede obtener del uso de la sustancia estupefaciente un nuevo significado y un enriquecimiento de la propia identidad; puede curar su vulnerabilidad y fragilidad humanas de manera autónoma y omnipotente, para después caer en la fase “down” causada por el cese de los efectos psicotrópicos de la sustancia y experimentar la total impotencia y la progresiva dependencia psicológica y biológica de ésta” (p.274).

El sujeto que se encuentra dependiente de estas sustancias, genera un tipo de relación con ellas en la que obtiene sensación de placidez, desfigurando así las situaciones que le causaban inquietud, zozobra, dolor, etc. las cuales son evadidas o percibidas de forma menos negativa, pero dicha sensación es limitada y al finalizar su efecto se requiere otro contacto con ella para salir nuevamente de su realidad, convirtiéndose en un ciclo interminable que cada vez exige mayor contacto y

cantidad, con el fin de mantener los efectos de placer generados al inicio del consumo; es una forma de escape que evidentemente no aporta a la solución de sus conflictos, contrario a esto se adiciona uno más a su lista.

Del Moral y Fernández (s.f) resuelven posibles cuestionamientos en cuanto a los términos “adicción y toxicomanía” empleados a lo largo de la historia, respecto a éstos aportan:

“se utilizan desde hace más de cien años y en la primera mitad de este siglo, estos vocablos comenzaron a cargarse de connotaciones peyorativas, morales y legales, por lo que en los años sesenta se introdujo la palabra drogodependencia con el fin de un uso científico más preciso” (p.7).

Por este motivo, en el presente texto será utilizado el término drogodependencia para referirse a la condición anteriormente definida por Rigliano (2004).

Por otra parte, al hablar de drogodependencia se requiere incluir los siguientes términos, neuroadaptación, dependencia psicológica y social, pues son fundamentales para entender los diferentes factores que están involucrados en este fenómeno.

1.1.2.1 Neuroadaptación. En este concepto se está haciendo alusión exclusivamente a la parte fisiológica, la cual se ve comprometida desde los inicios del consumo, y su grado de afectación va de acuerdo a varios factores entre los cuales se encuentra el tipo de sustancia utilizada, el tiempo de exposición y la frecuencia en la cual ha sido consumida. Del Moral y Fernández (s.f) lo definen como: “un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo” (p.9).

El llegar al grado de dependencia del uso de spa, es un proceso de aprendizaje cerebral, pues éste empieza a experimentar nuevas sensaciones que generan un

estímulo o recompensa satisfactoria, el cual no se habría obtenido si no se hubiese experimentado con dicha sustancia, incrementando la posibilidad de repetir esta conducta.

Dentro del término Neuroadaptación se identifican dos componentes, uno de ellos es “la tolerancia”, la cual es un importante factor de mantenimiento en el ciclo de la drogodependencia, pues es la causante de que el sujeto se sienta inconforme con la cantidad de droga que consume.

“se caracteriza por una disminución gradual del efecto de un fármaco tras la administración repetida de la misma dosis, lo que obliga a incrementar la dosis para obtener el efecto inicial” (Del Moral y Fernández, sf, p.14).

El otro término identificado es “el síndrome de abstinencia agudo o de retirada”, el cual se presenta al perder contacto de forma brusca con la sustancia, lo que trae consigo reacciones que son consideradas por los individuos consumidores como desagradables.

“manifestaciones más o menos agudas de una serie de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y perfil variable, según la droga, los cuales ceden con la administración de la droga o con sustitutivos farmacológicos que amortigüen el vacío a nivel de neuroreceptores que se produce”. (Del Moral y Fernández, sf, p.9).

Como se puede observar, el concepto de neuroadaptación refiere al estado fisiológico (de dependencia física) donde existe una alteración en la estructura cerebral de los individuos consumidores de drogas, pero no es el único factor involucrado, también se encuentran presentes otros aspectos que hacen parte de este fenómeno, como la dependencia psicológica y social.

Del Moral y Fernández (sf) “la dependencia no sólo viene determinada por las propiedades farmacológicas de una droga; a éstas se suman otros aspectos” (p.11).

1.1.2.2 Dependencia psicológica – Craving. La dependencia psicológica se refiere a los diversos pensamientos o creencias con características de “bienestar”, que motivan a llevar a cabo el encuentro con las spa.

“es el deseo irresistible (estado de ansia o anhelo [craving]) de repetir la administración de una droga para: a) obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) y/o b) evitar el malestar que se siente con su ausencia” (Del Moral y Fernández, sf, p.11)

Como se puede observar, estos pensamientos ya no van dirigidos solamente a buscar obtener el placer y/o evadir la realidad, sino también para evitar el desagrado que genera no consumir.

La palabra craving, mencionada anteriormente, es estudiada y definida dependiendo del enfoque psicológico, en este caso será utilizada desde el modelo cognitivo, especialmente el de Beck, donde autores como Martínez & Verdejo (2011) la definen como “manifestación de la existencia de pensamientos y creencias disfuncionales inherentes al proceso adictivo” (p.46).

Esta manifestación está provista de características específicas que incitan al consumo, lo cual no necesariamente da como resultado dicha práctica, a pesar que la forma de ser satisfecho es por medio de ésta, sin embargo al no lograrse se extingue rápidamente. En el transcurso del craving se genera diversas reacciones a nivel psicológico y físico, que desequilibran al sujeto. Molina (2012), hace alusión al mismo:

“el ansia por consumir, impide la aparición de mecanismos de control debido a su inmediatez emocional: se acelera el pulso sin motivo en breves segundos, la idea recurrente del comportamiento o ritual conductual inunda la conciencia, se genera una respuesta fisiológica que es casi idéntica a la producida por el tóxico” (p.11).

Por lo tanto al hablar de craving, necesariamente se involucran las creencias sobre las adicciones, las cuales juegan un papel fundamental en el mantenimiento de dicho fenómeno. Éstas se pueden generar, bien sea por la percepción manifiesta que se da al consumir o simplemente porque se encuentran aferradas dentro de la población inmersa en el consumo.

Martínez y Verdejo (2011), dividen estas creencias básicas adictivas en varios grupos, entre ellas las que guardan relación de consumir para mantener el equilibrio psicológico y emocional; la idea que mejorará el funcionamiento social e intelectual; el creer que le dará fuerza y poder; que calmará el dolor; que se aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la tensión y la depresión; como la creencia de que es indispensable para neutralizar la angustia. Todas estas pueden activarse ante estímulos condicionados con la droga, experimentando una exacerbación del craving (p.47).

En cuanto al aporte de la influencia que tienen las creencias en el nivel de craving, y teniendo presente que no necesariamente cuando se presenta éste, se produce consumo; surge la inquietud sobre la capacidad que tiene cada sujeto para tomar la decisión de dejar de consumir y poderlo lograr.

Respecto a esto Molina (2012) refiere “esa capacidad se ve mermada en la persona con problemas de adicción debido al mantenimiento permanente de una idea recurrente en la conciencia” (p.9).

Es claro que dicha capacidad para tomar decisiones decrece, aunque a pesar de que existe este porcentaje desfavorable que va en contra del sujeto que consume, no es un factor estrictamente determinante que aniquile la enorme capacidad que éste posee respecto a su toma de decisión hacia el objetivo de dejar el consumo, por lo tanto es fundamental que la persona tenga herramientas que contribuyan al cumplimiento de dicho propósito, involucrando una transformación sobre las creencias básicas adictivas y trabajando sobre el núcleo del problema por el cual se dio inicio a esta conducta. Se ratifica entonces que la influencia que existe a nivel

psicológico es importante, bien sea para mantener la adicción a spa o para su rehabilitación, pues aunque las alteraciones físicas se encuentran presentes, la primordial condición es determinada por el estado psicológico.

Es así como Del Moral y Fernández (sf) concluyen:

“La dependencia psicológica es la que impulsa al drogodependiente a administrarse de nuevo la droga después de llevar meses o años de abstinencia. La dependencia física que pueda desencadenar una droga no se considera componente imprescindible en el contexto de una drogodependencia; por el contrario, la dependencia psicológica es el fenómeno clave de la misma” (p.13).

1.1.2.3 Dependencia social. En cuanto a la dependencia social, y de la mano con la conclusión anterior, se siguen sumando argumentos que refuerzan la necesidad de intervenir principalmente en el estado psicológico del sujeto, pues este tipo de dependencia es generada por la necesidad de sentirse acogido dentro de determinado grupo, para lograr percibir bienestar y equilibrio, siendo entonces motivado a realizar prácticas de consumo al igual que sus pares. A continuación se define este tipo de dependencia.

“está determinado por la necesidad de consumir la droga como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad personal” (Del Moral y Fernández, sf, p.13)

Este aporte trae consigo un factor que hace parte imprescindible del ser humano, el contexto en el que se desarrolla; el ser humano necesariamente es un ser social y por ende las relaciones que se gestan a su alrededor son determinantes en su comportamiento.

Seguidamente encontramos los diferentes factores que facilitan las posibilidades para generar el consumo hacia algún tipo de sustancia psicoactiva.

1.2 FACTORES DE RIESGO

Nizama (2015) hace referencia a múltiples causas de la drogodependencia entre las cuales se encuentran las ecológicas, socioeconómicas, culturales, geopolíticas, familiares, etc. (p.23, 24)

A continuación relacionamos los que consideramos de mayor relevancia en el presente tema.

1.2.1 Factor socioeconómico y político

Un aspecto del contexto que consideramos importante para el inicio y mantenimiento al consumo de spa, es el factor socioeconómico y político, siendo relevante por estar inmersos en una cultura que promueve dicho consumo debido a factores de conveniencia económica. En Colombia se evidencia un escaso o nulo interés por parte del estado en evitar o minimizar la totalidad de adicciones a sustancias químicas¹, centrándose exclusivamente en un grupo de ellas, que son las consideradas ilegales², combatiendo su cultivo, producción y distribución. Pero no conforme con minimizar la importancia del resto de sustancias químicas, ha legalizado y peor aún, fomenta el consumo de algunas de ellas como el alcohol y la nicotina, las cuales son aprobadas por éste, a pesar que también producen adicciones y de igual forma son contraproducentes para el sujeto, la familia y la sociedad.

No es en vano que la OMS mencione entre sus informes el alcohol y el tabaco como las principales causas de mortalidad y discapacidad en países desarrollados.

Así mismo y generando total contradicción por el efecto devastador que ocasionan las spa, a nivel mundial la salud es financiada en gran parte por las industrias de alcohol y tabaco, siendo utilizados sus recursos como método de corrección, más nunca de prevención.

¹ Las sustancias químicas están compuestas por legales e ilegales, industriales y folklóricas.

² Las sustancias ilegales incluyen la pasta básica de cocaína (PBC), cocaína, crack, marihuana, opio, heroína, éxtasis, gammahidroxibutirato (GHB), dietilamida de ácido lisérgico (LSD).

Por otra parte, se encuentra un factor importante en cuanto al papel del estado frente a este fenómeno, el cual se relaciona con el proceso de promoción y prevención, ya que a pesar de que las sustancias adictivas ilegales son causa de preocupación para éste, su prevención no es indispensable y por ende no es obligatoria en la educación Colombiana. Es evidente la necesidad de que el estado intervenga generando una transformación en la educación de los niños y adolescentes, implementando acciones concordantes, en las que se apunte hacia un cambio cultural donde las sustancias psicoactivas, incluyendo las legales, sean percibidas con sus efectos negativos reales y pierdan el apoyo del estado, así esto conlleve a una disminución en el ingreso de impuestos, pero son acciones que finalmente contribuirán a la reconstrucción de una sociedad libre de adicciones a sustancias perjudiciales.

1.2.1.1 Consecuencias sociales. En cuanto al papel que desempeña el estado en este fenómeno, además de ser agente activo como factor de riesgo para la población, se convierte en un generador de estancamiento de su propia evolución, pues como una posible consecuencia del consumo a sustancias psicoactivas en edades tempranas se encuentra el abandono por parte de los jóvenes a educarse, siendo esta una problemática que puede influir en que un país no logre avanzar en el área de educación, empleo y emprendimiento; deteriorando la calidad de vida de sus habitantes.

Entre las problemáticas sociales atribuidas a las sustancias psicoactivas, también se encuentra un alto nivel de violencia generado por diferentes factores, entre ellos, algunos comportamientos realizados para obtener el dinero que conlleve a su compra, las acciones violentas generadas por el efecto psicoactivo que estas dejan y como mayor proveedor de violencia, su comercialización. Estos efectos traumáticos que genera la violencia, son también indicadores de aumento de vulnerabilidad para ingresar a ser parte de este fenómeno. (UNODC, 2016, p.19).

Continuando con los factores de riesgo, se encuentra el núcleo primario del sujeto, donde éste se desarrolla y del cual obtiene las principales características de su personalidad. Es en este aspecto donde pondremos el foco de atención para desarrollar nuestro trabajo investigativo. Por lo pronto, continuaremos con las características presentes en dicho núcleo primario, que se considera como factor de riesgo para el consumo, y posteriormente entraremos a la definición de su término, “familia”.

1.2.2 Familias disfuncionales

A continuación se entra a exponer la importancia del papel familiar respecto al fenómeno en cuestión, pues de acuerdo a diferentes características que se presenten en su interior, como prácticas de crianza y estructura familiar, se pueden generar factores de riesgo para el inicio de una conducta adictiva, así como a su mantenimiento o recaída, pues son factores que pueden intervenir con un adecuado bienestar psicológico entre sus miembros o en alguno de ellos.

Es así como Stanton (1981) y Waldrom (1997), aportan al tema:

“Desde la teoría de los sistemas, el consumo de alcohol y drogas u otro tipo de problemas se explican como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar y, a su vez, el propio sistema afecta de igual forma al consumo” (citados por López, León, Godoy, Muela y Araque, 2003, p.205)

Se entiende entonces que determinadas conductas de los miembros de la familia son consideradas factores de riesgo que pueden conllevar a situaciones problemáticas que se mueven de forma circular, nutriéndose entre sí.

En cuanto a estas conductas inadaptadas se pueden mencionar las siguientes: “disfunción familiar, anomia, desamor, odio, coadicción, simbiosis, discomunicación, patrones de comportamiento libérrimo, amalgamiento, fragmentación, estilos de vida hedonistas y la desorganización familiar patológica” (Nizama, 2015, p.23).

Por otra parte, Vargas, Parra, Arévalo, Cifuentes, Valero y Sierra (2015), señalan factores implicados en la estructura familiar, entre los cuales se encuentran: “la comunicación inadecuada, la alteración en la cohesión familiar, la ausencia de autoridad, reglas y límites, alianzas expresadas a través del consentimiento o la sobreprotección dados por algunos miembros como los abuelos y el cambio de roles” (p.174).

Los autores también mencionan las familias monoparentales como un factor de riesgo, este planteamiento argumenta que ésta “favorece la soledad, la dificultad para poner reglas, la desidealización del lugar del padre en la estructura familiar y la búsqueda de una complicidad constante” (Vargas et al., 2015, p.174). Aunque dejan claro que más que tener esta característica, su importancia radica en la forma como se ejerce y el contexto del cual hace parte, donde una apropiada red de apoyo puede marcar la diferencia.

1.2.2.1 Adolescencia. Por otro lado, Martínez, Gómez y Ortega (2005) se centran en un periodo específico del desarrollo, donde tanto la familia y los pares tienen total influencia, “la patología adictiva parece ser patrimonio de la adolescencia” (p.5). Esta etapa donde se producen cambios importantes a nivel fisiológico, cognoscitivo, psicológico y social, se presenta como un alto factor de riesgo por ser el momento de construcción de identidad, ante lo cual la presencia de sus pares es de alta importancia y el sentirse parte de un grupo conlleva a seguir los comportamientos que se gestan dentro de éstos, encontrándose aquí un factor decisivo que tiene que ver con los comportamientos negativos entre los cuales se incluye el consumo de spa; aunado a estas características, se evidencia el estrés que generan dichos cambios. Respecto al tema, Windle y Windle (1996) aportan:

“La adolescencia va acompañada de un aumento del estrés vital, ya que implica hacer frente a una serie de retos y nuevas obligaciones que coinciden con los cambios biológicos y físicos de la pubertad y con fluctuaciones en el funcionamiento emocional, cognitivo y social. Las presiones académicas, la imagen corporal, el desarrollo de la identidad

sexual, el logro de una creciente autonomía con respecto a los padres y madres, la aceptación por parte del grupo, etc., constituyen, sin duda, fuentes potenciales de estrés en la adolescencia. Especialmente, la adolescencia media (de 14 a 16 años) se considera un periodo 'cumbre' a lo largo del ciclo vital para la ocurrencia de acontecimientos vitales estresantes". (citados por Calvete y Estévez, 2008, p.50)

Este factor de riesgo se encuentra encadenado con el expuesto anteriormente (familias disfuncionales), pues las conductas presentes en el periodo de adolescencia, se ven reflejadas en gran parte por la relación familiar en la cual se ha desarrollado el individuo; en cuanto a esto citamos a Martínez et al. (2005), quienes realizaron un estudio que indicó lo siguiente:

"en la etapa de juventud los que presentan conflictos de tipo familiar, tanto afectivos como de comunicación y respaldo, se encuentran en mayor riesgo de consumir alcohol y drogas. Específicamente, se determinó que si los jóvenes reportan hostilidad y rechazo por parte de los padres, mala comunicación y/o falta de apoyo, entonces aumenta el riesgo de que se involucren en el consumo de sustancias dañinas para la salud" (p.10).

Se evidencia entonces la importancia de la percepción que tienen los jóvenes, pues, como lo señalan los autores, la hostilidad y el rechazo por parte de sus padres es un factor de riesgo frente al consumo de spa, siendo esta última clave en la comunicación que ejercen estas familias; es este tema un aporte importante para el desarrollo de las conclusiones del presente trabajo, en el tercer capítulo.

1.2.3 Prácticas de consumo familiar

En el estudio realizado por Martínez et al. (2005) también se evidenció que el consumo de spa por parte de familiares cercanos juega un papel importante en las adicciones, pues existe un patrón familiar de conducta adictiva de alcohol y drogas, donde un alto porcentaje de personas adictas tiene entre sus familiares cercanos personas consumidoras de éstas. (p.10)

Ante esto relacionamos a De la villa (2009), quien aporta al tema brindando mejor claridad para entender el porqué de dicha situación:

“en aquellos núcleos familiares en los que los padres experimentan con tales sustancias sus hijos manifiestan un patrón actitudinal de mayor permisividad y de menor concienciación ante los efectos negativos derivados de la experimentación, así como la inducción de una percepción valorativa distorsionada de los riesgos y la evidencia de ilusiones de invulnerabilidad” (p.171).

Convirtiéndose entonces, el consumo spa por parte de familiares en un riesgo inminente de probabilidad de consumo entre los menores.

1.3 FACTORES PROTECTORES

Como parte opuesta al punto anterior, se encuentran factores protectores involucrados que pueden conllevar a evitar la generación del consumo de spa o verse disminuido su porcentaje de inicio en gran medida, entre ellos encontramos que el desarrollo de conductas positivas dentro del núcleo familiar permite a niños y adolescentes incorporar altos valores de comprensión y autoestima frente a este flagelo.

“se confirma la importancia psicosocial del apoyo (cálido clima afectivo paterno- filial, ofrecimiento de ayuda ante crisis personales, manifestaciones recíprocas de cariño y apoyo incondicional, muestras de respeto, satisfacción y orgullo) en el sentido de una mayor valoración positiva de los adolescentes que no consumen drogas”. (De la villa, 2009, p.167)

Siendo la familia la primera red de apoyo para el sujeto, se consolida como el principal proveedor de herramientas con las cuales éste asumirá su papel dentro de la sociedad, dichas relaciones y dinámicas construidas a nivel familiar serán reflejadas y afectarán su interacción con las demás redes.

Vargas et al. (2015) entre los factores protectores identifican los siguientes: “un adecuado control de impulsos, la supervisión paterna, la competencia académica, el uso de políticas antidroga y sólidas redes de apoyo” (p. 168).

Estos autores sintetizan los factores individuales, familiares y sociales que forman parte de los mecanismos para evitar o minimizar el consumo de sustancias psicoactivas.

1.4 FENOMENOLOGÍA CLÍNICA

En cuanto a la fenomenología clínica de las adicciones Nizama (2015), señala las siguientes: Inconsciencia de enfermedad, carencia de voluntad, oposición al tratamiento, insensibilidad, doble vida³, conducta disocial, rol de víctima, estulticia⁴, intolerancia, irritabilidad, agresividad, actitud paradójica, autoendiosamiento, autodestructividad y comorbilidad⁵. (p.25, 26).

Por otra parte Molina (2013), aporta “ausencia de miedo” como otra característica de la fenomenología clínica, lo que implica que la persona no teme a las consecuencias negativas de sus actos, como tampoco presenta planificación en las decisiones, actuando de forma irreflexiva e impulsiva. (p. 4).

Estas características anteriormente expuestas, que presentan los sujetos drogodependientes, pueden verse explicadas por diferentes estudios a nivel cerebral, los cuales han revelado diferentes afecciones y cambios de comportamiento de los adictos; esto se debe a que el consumo de spa produce un sin número de variaciones en las conexiones neuronales, entre estos encontramos a la doctora Nora Volkow (directora del Instituto de Investigación sobre drogas y adicciones de los USA/NIDA), quien en sus investigaciones encontró lo siguiente:

³ Doble vida: aparenta socialmente estar sano, pero ocultamente busca el hedonismo y se autodestruye.

⁴ Estulticia: sus pensamientos son ilógicos y contradictorios.

⁵ Comorbilidad: existe presencia de otras patologías asociadas a las adicciones.

“Descubrió que las sustancias alteran determinadas áreas del cerebro, especialmente las vinculadas a análisis, expresión y control emocional, planificación del comportamiento/control ejecutivo, toma de decisiones y condicionamiento del miedo” (citada por Molina, 2013, p.3).

De acuerdo a esto, se puede evidenciar una importante afectación de los cambios a nivel cerebral ante el consumo de spa, lo cual como ya se había mencionado, varía de acuerdo al tipo de sustancia, su frecuencia de consumo y el tiempo de exposición, pero es también inevitable incluir los aspectos sociales y culturales, que ya hemos tocado. Por esta razón Molina (2013) argumenta:

“Corremos un gran riesgo si minimizamos factores como la facilidad de acceso a las sustancias, la cultura existente de determinadas sustancias (...), los problemas familiares, el fracaso escolar, la situación laboral y económica actual...a la hora de explicar la evolución de los problemas adictivos en la actualidad. Cerebro sí, por supuesto. Cerebro y más cosas” (p. 4).

Es así como dicha problemática se debe considerar desde una visión holística que incluya la gran variedad de factores posibles para su origen.

1.5 TRATAMIENTO

Como ya es conocido, en la psicología se manejan diferentes enfoques en los cuales se estudia al ser humano desde varias ópticas, esto lo podemos observar en el recorrido del presente texto donde se han identificado autores que se refieren a variedad de factores que influyen en el desarrollo del individuo, más específicamente a la condición de iniciación y mantenimiento de consumo a spa; es así como encontramos a quienes aportan al tratamiento del fenómeno que nos atañe desde una perspectiva individual, otros a nivel familiar y así mismo socio cultural.

Entre los autores que dirigen el tratamiento hacia el afianzamiento de características individuales para generar resultados positivos al momento de enfrentarse a esta

problemática, encontramos a Molina quien expone su punto de vista: “tenemos que dotar a las personas con problemas de drogodependencias de recursos personales, habilidades emocionales, entrenamiento en toma de decisiones, resolución de problemas, saber decir No, análisis de sus fortalezas y habilidades, prevención de recaídas. Habrá que empoderarlos” (Molina, 2013, p.1,2)

El autor se encamina al fortalecimiento de competencias individuales, las cuales dotarán de recursos al sujeto para evitar el mantenimiento o recaída del consumo, en este planteamiento no se tiene en cuenta otros factores de su contexto como la familia; contrario a él, se encuentra el enfoque sistémico, en el cual se incluye esta organización, dirigiéndose hacia el análisis de las pautas y reglas presentadas en la interacción familiar de forma recíproca, con el fin de lograr identificar los factores problemáticos generados entre sus miembros, afectando por ende el sistema familiar completo. Entre los autores que lo representan están Grandfield & Cloud (1999; 2001), quienes son creadores del concepto Capital de Recuperación (“Recovery Capital”).

“Este concepto se refiere a la cantidad y cualidad de recursos internos y del ambiente del individuo, en los cuales se apoya para mantener la recuperación del problema de abuso y adicción a las drogas”. (citados por Zapata, 2009, p.88).

Los recursos a los cuales hace alusión se refieren entre otros, al trabajo con las familias de las personas que presentan adicción, incluso se tiene presente otras redes de apoyo que se encuentran en su contexto sirviendo como herramienta para la recuperación del drogodependiente, dejando de lado los tratamientos convencionales utilizados que no involucran el rol del núcleo familiar, a pesar que algunos autores o en determinados manuales como CIE–10 Y DSM 5, éstos no sean considerados factores relevantes para el tratamiento.

Nizama (2015), hace alusión al tema:

“La aplicación de los conceptos convencionales vigentes relativos a las adicciones (CIE-10 y DSM-5), limita drásticamente la posibilidad de

rehabilitación integral y masiva del adicto a largo plazo. Por el contrario, estos conocimientos de Afronite reduccionista favorecen la cronificación de la enfermedad adictiva, la minimización o exclusión del rol de la familia en la génesis, sostenimiento y abordaje terapéutico, lo que conduce a la creencia errónea de su incurabilidad. Urge proponer intervenciones holísticas alternativas que viabilicen resultados evidentes, sostenibles, de impacto masivo y esperanzador para el adicto, la familia y la colectividad” (p.23).

1.6 LA FAMILIA

Encontrándose nuestro punto de vista en acuerdo con el planteamiento de Nizama, donde consideramos que el ser humano está influenciado totalmente por el contexto en el cual se forma, siendo fundamental el papel que ejerce su familia o núcleo primario, entramos a definir el concepto de familia, el cual es abordado desde el enfoque sistémico, presentándola como una red que se mantiene en constante interacción a través de los miembros que la conforman, ésta asigna principios básicos y configura la vida de las personas durante el proceso de desarrollo del ser humano. El sistema posee una estructura donde se encuentran roles, límites, reglas, funciones dinámicas y maneras de relacionarse.

Al respecto, Viveros (2005), menciona:

“la perspectiva sistémica comprende a la familia como una compleja red de interacciones que le dan particularidades y principios básicos, donde el todo es más que la suma de sus partes, posee límites, existe causalidad circular, los miembros pueden llegar a un mismo objetivo y pueden llegar a obtener, por diferentes caminos, satisfactores para sus necesidades. Las familias tienen roles y reglas que contribuyen a darle forma a su estructura, tiene la capacidad de poner en práctica mecanismos homeostáticos, interacciones complementarias y recíprocas” (p.7).

Unos de los principales autores sobre los cuales se basa en el presente trabajo investigativo, son Minuchin y Fishman (1985), los cuales definen la familia desde un enfoque estructural.

“es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la misma. Ella es relativamente fija y estable para poder sustentar y darle sentido de pertenencia a sus miembros, además la estructura familiar es de carácter simbólico, cada sujeto ha interiorizado las figuras materna y paterna que estarán en su experiencia de vida; éstas condicionan la manera de enfrentarse con el mundo y de interactuar con él; puede entenderse como la composición familiar, sin que necesariamente esté condicionada sólo por el parentesco, sino también por la convivencia y el sentido que cada sujeto le da a otro que le es significativo”. (Minuchin y Fishman, 1985 citados por Viveros, 2005, p.8).

Minuchin refiere a la importancia que ejerce la familia, aportando argumentos para ser tenidos en cuenta en el proceso, evitando contar solo con el sujeto, viéndolo a él y a su familia como un todo; es por ello que la familia no puede ser excluida de los procesos de recuperación para las adicciones, pues las dinámicas familiares que conllevaron a la drogadicción deben transformarse para eliminar este síntoma.

El autor argumenta la terapia basada en tres axiomas, los cuales se oponen a la teoría individual, en estos se menciona lo siguiente:

La vida psíquica del individuo no se refiere de forma exclusiva a un proceso interno, sino que como miembro de un sistema social es influenciado e influencia al otro, siendo el stress uno de estos factores relevantes. El individuo es regido por las características de este sistema, incluyéndose también los efectos de sus propias acciones pasadas. Otro de los axiomas refiere que las modificaciones en la estructura familiar producen cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema; y por último hace alusión a que cuando un

terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en ese contexto, formándose un nuevo sistema terapéutico, que gobierna la conducta de sus miembros. (Minuchin, 2004, p.30,31).

El anterior aporte refleja la circularidad que se encuentra en las relaciones y dinámicas familiares, las cuales son imposibles de ignorar. Vemos como se hace alusión a todo tipo de situación en general, pero puntualiza también en el stress que afecta al individuo a causa del otro y del cual él mismo puede ser protagonista; lo que conlleva a indagarse por el nivel de stress que genera este fenómeno que nos atañe en cada uno de los miembros del sistema.

Ante esto, Hervás y Gradolí (2001) refieren:

“Del mismo modo que la familia se ve afectada por la presencia de un trastorno adictivo, a su vez la familia influye en éste; se ha señalado, en este sentido, que para muchos individuos las interacciones con la familia de origen así como con la familia actual provocó una dinámica para el uso de sustancia, de modo que las interacciones con miembros de la familia pueden agravar o perpetuar al problema o ayudar a resolverlo” (Hervás y Gradolí, 2001 citados por Calvo, 2007, p.49)

Cuán importante es este aporte para el tratamiento de una persona que se encuentre inmersa en dicho fenómeno, el identificar las interacciones familiares que conllevan al inicio y mantenimiento del mismo, siendo aportes que pueden favorecer la rehabilitación de la adicción.

1.7 FACTORES QUE MANTIENEN LA ADICCIÓN A NIVEL FAMILIAR

Como se ha manifestado anteriormente, la función de la familia es fundamental para cada persona, pues en ella se manifiestan diferentes dinámicas que generan, o bien un equilibrio psicológico entre sus miembros, o bien desajustes que se reflejan en diferentes síntomas en uno o varios de éstos. Robín y Foster (1989) identifican dos

clases de problemas que se gestan dentro de ellas y que involucran posibles factores que conlleven a algún tipo de adicción.

“El primero, es la cohesión familiar, que se refiere al grado de unión emocional que existe entre los distintos miembros de la familia. Esta cohesión se conceptualiza como un continuo que va desde el compromiso al desinterés. En las familias con un nivel bajo de cohesión no existe una estructura adecuada de apoyo y las que tienen un nivel alto no refuerzan la independencia, la ejecución y la diferenciación. (...). El segundo problema que distinguen es la alineación, que se da cuando dos miembros de la familia realizan una coalición. En las adicciones, las madres suelen alinearse con los hijos consumidores, sobre todo si el padre se implica poco, critica o ridiculiza la adicción de su hijo” (Robín y Foster, 1989, citados por López, León, Godoy, Muela y Araque, 2003, p.217).

Como se puede observar, los extremos en las interacciones ocasionan desequilibrios entre los miembros de un sistema, es por eso necesario manejar un nivel intermedio, que conlleve a que el sistema familiar sea funcional; de esta forma se incluyan reglas, bien sea explícitas o implícitas, que se sean negociables y abiertas entre sus miembros, al igual que los papeles que cada uno de estos desempeña, siendo flexibles y compartidos entre ellos.

López et al. (2003), hacen referencia a la función que cumple la adicción dentro de la familia, lo cual implica un enfrentamiento con estresores internos o externos y añaden:

“al estudiar a la familia como un sistema tenemos que abordar los cambios que se producen en su interior, su estructura interna, las reglas establecidas que regulan el funcionamiento particular de cada uno de los posibles subsistemas, y las modificaciones que tienen lugar en la estructura de comunicación más característica” (p.205).

Este último ítem mencionado, la estructura de comunicación a nivel familiar, es el punto sobre el cual se enfoca el siguiente capítulo, siendo un componente indispensable para el desarrollo de nuestro objetivo, porque su funcionamiento dentro de ésta puede determinar los comportamientos individuales de sus miembros y de igual forma afectar las interacciones grupales, siendo un factor de suma importancia en el fenómeno de las adicciones a spa.

CAPÍTULO 2.

2. MARCO TEÓRICO

En el capítulo anterior vimos como la familia se convierte en un factor, bien sea protector o por el contrario de riesgo, hacia el origen y mantenimiento de las adicciones a sustancias psicoactivas; donde según la estructura interna que se gesté, como reglas, relaciones y la comunicación entre sus miembros, se producirán o no cierto tipo de estresores que se encuentran aunados al fenómeno que nos atañe, la adicción a spa. Siendo la comunicación un factor influyente, nos introducimos a continuación en dicho término, el cual es definido desde el enfoque sistémico.

2.1 LA COMUNICACIÓN

Los autores Watzlawick, Bavelas y Jackson (1991) explican la teoría de los “axiomas de la comunicación” dando a conocer que la comunicación no es lineal. Suele ser un poco más compleja, ya que va acompañada por algunas variables; interacción, relación y conducta entre los que se comunican.

Los autores argumentan que la comunicación está ligada a la conducta, pues esta última al realizarse para interactuar, necesariamente genera comunicación.

“no hay nada que sea lo contrario de conducta. En otras palabras, no hay no-conducta, o, para expresarlo de modo aún más simple, es imposible no comportarse. Ahora bien, si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por muchos que uno lo intente, no puede dejar de comunicar” (Watzlawick et al., 1991, p.29).

Es así como Watzlawick et al. (1991) señalan el primer axioma de comunicación.

2.1.1 La imposibilidad de no comunicar

Los seres humanos se comunican por medio de gestos, del silencio, la postura corporal, estado de ánimo, etc. Todas estas influyen sobre las personas ya que suelen ser interpretados como comunicación. (p.29).

Es por esto que la comunicación se convierte en factor relevante en la familia abarcando un sin número de interacciones entre sus miembros, que no necesariamente requieren del lenguaje verbal para transmitir un mensaje y por ende ser percibido por su receptor; es este uno de los factores que influye en la drogodependencia, según lo vimos en el capítulo anterior, donde Nizama (2015), Vargas et al. (2015) y Martínez et al. (2005) señalan la discomunicación familiar o la comunicación inadecuada como un factor de riesgo, siendo ésta una creadora de conflictos de tipo familiar. Es a través de la comunicación que se puede transmitir y por ende percibir mensajes de hostilidad y rechazo, entre otros, los cuales son factores generadores de estrés, que así como pueden ser un desencadenante inicial al consumo, pueden conllevar al mantenimiento o recaídas de dicho fenómeno.

2.1.2 Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación

Los autores aportan al decir que, al comunicar no solo se transmite una información, también se imponen conductas, generando el aspecto referencial (el contenido) que transmite información, y el aspecto conativo (relaciones) el cual se centra en cómo debe ser entendido el mensaje. (Watzlawick et al., 1991, p.30,33).

De acuerdo al mensaje transmitido, se genera diferentes tipos de respuestas y relaciones entre los miembros de la familia, es ahí donde todos los aspectos de la comunicación son decisivos en la forma de relacionarse entre ellos, ya que estos mensajes pueden ser factores generadores de riesgo hacia el fenómeno tratado, como también pueden servir de factor protector hacia el mismo.

2.1.3 La puntuación de la secuencia de hechos

Watzlawick et al. (1991) anota

“No se trata aquí de determinar si la puntuación de la secuencia comunicacional es, en general, buena o mala, pues resulta evidente que la puntuación organiza los hechos de la conducta y, por ende, resulta vital para las interacciones en marcha” (p.35).

Es común que ante la presencia de un síntoma, la familia culpabilice al miembro que lo manifiesta, y de la misma forma éste puede dirigir la responsabilidad hacia sus familiares por los comportamientos gestados en las interacciones; de esta forma cada miembro tiende a responsabilizar al otro sin tener presente que se trata de una retroalimentación mutua y que cada mensaje transmitido nutre la problemática de determinada manera.

2.1.4 Comunicación digital y analógica

Los seres humanos hacen uso de dos tipos de comunicación, una es la manera como se dice o sea de forma verbal (digital) y todo lo no verbal (analógica), este término incluye todo tipo de expresiones corporales. (Watzlawick et al., 1991, p.39).

De tal manera que ambos tipos de comunicación, transmiten un mensaje que es interpretado entre cada miembro del sistema familiar de acuerdo a como sean expresados, no basta querer entregar un mensaje de forma verbal, si la transmisión analógica no coincide con este, o aplicándose también de forma contraria. Los dos tipos de comunicación deben ser concordantes, para obtener una clara comunicación.

2.1.5 Interacción simétrica y complementaria

Por último los autores se refieren al quinto axioma, el cual explica que la comunicación puede darse en una relación de igualdad, por ejemplo entre hermanos y amigos, donde no existe jerarquías o posiciones sociales diferentes entre sus miembros, contrario a la de poder o autoridad como el jefe y el empleado, o padres

e hijos, la cual se denomina complementaria. Este axioma permite entender cuando una comunicación puede ser efectiva o cuando se presentan malentendidos entre las personas que se están comunicando, de acuerdo al rol asignado.

“En el primer caso, los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca, y así su interacción puede considerarse simétrica. (...). En el segundo caso, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, constituyendo un tipo distinto de gestalt y recibe el nombre de complementaria. Así, pues, la interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia”.
(Watzlawick et al., 1991, p.43).

Es así como en un grupo familiar se puede tergiversar el tipo de relación, bien sea complementaria o simétrica entre sus miembros, donde no se le dé el lugar respectivo a los diferentes roles, generando traumatismos en las dinámicas familiares, que conllevan a la generación de algunas problemáticas.

Considerando la comunicación como un aspecto fundamental en el funcionamiento de las familias, ha sido tomado como el principal objetivo a investigar en el presente trabajo, por lo cual nos centraremos en algunos factores que nos permitirán identificar el tipo de comunicación que se gesta en algunas familias que poseen un miembro en proceso de rehabilitación a sustancias psicoactivas; es por eso que recurrimos al aporte que brinda Becerra, quien trae a colación un término que involucra diferentes componentes manejados en la comunicación. Este se conoce como Emoción Expresada o EE.

2.2 CONCEPTO DE LA EMOCIÓN EXPRESADA EE

La emoción expresada es un concepto utilizado para medir las reacciones emocionales, que se dan entre un miembro del grupo familiar y una persona del mismo que presente algún síntoma específico. Varios autores han investigado el concepto emoción expresada y manifiestan estar de acuerdo en que esta reacción emocional se da en la interacción, por medio de la comunicación entre los miembros del sistema familiar.

“El constructo EE ha surgido de modo pragmático para designar algunos aspectos de la conducta emocional que dentro de un núcleo familiar se manifiestan hacia alguno de sus miembros. Cuando la EE es alta se considera como un estresor crónico. Hace referencia a la comunicación de los familiares con alguno de sus miembros (principalmente con miembros que presentan algún tipo de patología, ya que el constructo surge en el campo de la esquizofrenia)” (Becerra, 2009, p.211, 212).

Teniendo presente que la conducta va ligada a la comunicación como lo dice Watzlawick y lo reitera becerra, este término de emoción expresada EE, va encaminado específicamente a la conducta emocional presente en el núcleo familiar, es por ello que Medina-Pradas (2016), aporta a su definición refiriéndose a esta.

“Hace referencia a los juicios de contenido afectivo o actitudes emocionales que una persona, en general un familiar o allegado, dirige a otro miembro de la familia con una enfermedad crónica. Es un concepto desarrollado como una medida de la calidad de la relación entre el paciente y el familiar” (p.253).

Estos juicios o actitudes a los que se refiere la autora, son decisivos en la interacción entre los miembros de la familia, y cobran mayor importancia cuando existe un desequilibrio considerable, bien sea por su escasa o excesiva presencia hacia determinado sujeto, como consecuencia de ser portador de un síntoma.

Al traer a colación los aportes del capítulo anterior, donde se tiene en cuenta que para que se presenten familias funcionales, se requiere que exista equilibrio en las diferentes dinámicas que se desarrollan entre sus miembros, encontramos que al identificar la EE como alta, se presentan niveles altos de estrés; los cuales según hemos visto, pueden verse implicados en el origen y/o recaída de un drogodependiente, por lo tanto consideramos que el término EE es un método útil para entender el fenómeno que nos atañe.

En los primeros estudios donde se utilizó este concepto, se trabajó con población que presentaba síntomas de esquizofrenia, con el fin de medir la comunicación entre los familiares de dichas personas.

García, Moreno, Freund y Lahera (2012) en su investigación sobre dicho concepto, citan a diferentes autores que se interesaron por él durante las décadas de los 80 y 90 a nivel mundial; en estos estudios se encontraron con quienes no apoyaron la hipótesis que la EE fuera un determinante de recaída, y quienes manifestaron preocupación a que este término fuese utilizado para culpar a las familias como causantes de la enfermedad. Siendo una razón para reanalizar nuevamente dichos estudios, pero los resultados fueron iguales, confirmando que la alta EE está implicada significativamente con altos grados de esquizofrenia, al igual que a un mayor número de recaídas. (p.740).

Posteriormente dicho concepto se aplicó en investigaciones enfocadas a diferentes fenómenos, como los trastornos alimenticios, trastorno bipolar, comportamiento obsesivo compulsivo y la drogodependencia. Siendo este último el tema que nos atañe, tomaremos los aportes referentes a él.

Becerra (2009) afirma:

“La comunicación e interacción dentro de la familia es un factor de primer orden en las drogodependencias. Las variables de comunicación familiar que frecuentemente se han relacionado con el consumo de drogas por

parte de un miembro han sido: clima familiar negativo, conflicto familiar excesivo, exceso de protección y falta de comunicación adecuada entre los miembros. Teniendo en cuenta esto, se observa que los principales componentes de la EE (CC, H y SIE) parecen recoger las principales variables de interacción familiar que se relacionan con el consumo de drogas. En cuanto a su aplicación en pacientes, la alta EE es un predictor de la recaída en consumidores de heroína, alcohólicos y enfermos con patología dual, con lo que se muestra como una medida útil en drogodependencia” (p.217).

El anterior estudio demuestra que la emoción expresada EE cuenta con la medición de factores relevantes estudiados en la drogodependencia, por lo cual entramos a mirar paso a paso dichas categorías.

2.3 COMPONENTES DE LA EMOCIÓN EXPRESADA

Los componentes de la EE que menciona el autor anteriormente son definidos a continuación:

2.3.1 El criticismo o comentarios críticos (CC)

La crítica se mide mediante la percepción que tiene el miembro del sistema familiar que posee un síntoma específico, por parte de otro de los miembros. Dicha crítica puede afectar el curso de la enfermedad, considerándose como un elemento proclive de recaídas. Según estudios por medio de esta variable se puede predecir el clima familiar siendo este un factor de riesgo.

Becerra (2009) se refiere al criticismo o comentarios críticos CC, como una “evaluación negativa de la conducta de algún miembro por parte de otro familiar, tanto en el contenido (desagrado y molestia) como en la entonación de lo dicho” (p.212).

Aquí se evidencia el cuarto axioma de la comunicación que refiere no solo al mensaje verbal sino también a los otros aspectos implícitos en su transmisión, como lo menciona en este caso, la entonación utilizada, que va de la mano con el comentario negativo.

Muela y Godoy (2001) aportan a la definición, basados en las investigaciones de Brown, Birley y Wing (1972) en las cuales se consideraba que existían comentarios críticos si se presentaba la siguiente condición: “el familiar debía mostrar de forma clara y sin ambigüedad disgusto, resentimiento o desaprobación en relación con la conducta del paciente, sobre todo en la entonación de lo dicho” (p.182).

Ya Medina-Pradas (2016) se enfoca en especificar el tipo de emociones que se encuentran relacionadas en este componente: “es una expresión directa del enojo y la rabia, y el número de comentarios críticos registrados durante una entrevista indica el grado de enfado que el cuidador tiene con los comportamientos del paciente” (p.253).

Es entonces como la criticidad o comentarios críticos abarcan la evaluación negativa que tiene un familiar debido a la conducta del otro que posee un síntoma, incluyendo las emociones que se generan por parte de esta, la cual es transmitida y por ende, percibida por el receptor del mensaje.

2.3.2 La Hostilidad (H)

En este aspecto se evidencia que el malestar ya no hace referencia exclusivamente a una determinada conducta, sino que va hacia la persona como tal, y se manifiesta mediante el rechazo de un miembro de la familia hacia ella, generando críticas más extremas, donde el contenido es esencial.

Vizcarro y Arévalo (1984) aportan al tema “implica una impresión negativa generalizada o un rechazo manifiesto del paciente como persona y no solo de su conducta” (p. 92).

Por otro lado Muela y Godoy (2001) aportan a la definición basados en las investigaciones de Brown et al. (1972) en las cuales se consideraba que existía hostilidad si se presentaban insultos o descalificaciones globales por parte del familiar. (p.182)

Medina-Pradas (2016) por su parte, continúa su aporte enfocada más hacia las emociones presentes en el miembro de la familia que descalifica. “La hostilidad, como forma extrema de crítica, representa un enfado muy intenso, que puede ir acompañado por un rechazo global del paciente, ya no tanto de sus conductas sino de su persona” (p.253).

2.3.3 La Sobre-implicación emocional (SIE)

Este componente difiere de los dos anteriores por ser un punto opuesto, pues en él no se evidencia comentarios críticos, ni hacia la conducta, ni hacia la persona, por el contrario se refiere a una conducta protectora exagerada que tiene el familiar hacia el paciente. En efecto, esto conlleva a que la persona pierda su autonomía, lo cual puede verse también como un factor de riesgo que probablemente intervenga con el proceso de rehabilitación y que puede ser facilitador para una recaída.

Becerra (2009) se refiere a ésta como una “respuesta emocional exagerada y desproporcionada del familiar e intentos de este de ejercer un control excesivo sobre la conducta de otro miembro, además de los siguientes componentes:

- Desesperanza: tristeza, pesimismo.
- Autosacrificio: coste emocional de la familia.
- Sobreprotección: sentimientos de compasión y excesiva permisividad.
- Manifestaciones emocionales intensas: lloros, sollozos, etc.” (p.212).

Muela y Godoy (2001) nuevamente se refieren a investigaciones realizadas por Brown, Birley y Wing (1972) para definir este concepto, en ella se medía la sobreimplicación emocional de la siguiente forma:

“hacía referencia tanto a los sentimientos expresados como a la conducta informada del entrevistado con respecto al paciente. Implicaba tendencia a sobreproteger al enfermo, a dramatizar en exceso los incidentes sin importancia, a entrar en detalles excesivos, a mostrar especial aflicción emocional durante la entrevista” (p.182)

Por lo tanto ésta se compone de una respuesta emocional y el deseo de control que pretende ejercer el otro miembro de la familia, lo cual es percibido por quien tiene el síntoma.

La autora Medina-Pradas, explica esta variable identificando las emociones presentes en cada reacción manifiesta, y de este modo se procede a medir la emoción expresada:

“la SIE está alimentada por una mezcla de ansiedad y culpa. La culpa proviene de sentirse responsable de la enfermedad del paciente y es mucho más común entre los padres que en entre otros familiares o cuidadores profesionales. (...). Por desgracia, esto, lejos de incrementar su autonomía, lleva a que los pacientes se vuelvan cada vez más dependientes de sus familiares y más preocupados por la incapacidad de valerse por sí mismos. Por este motivo, en una relación de SiE la perspectiva de separarse crea una gran ansiedad en ambas partes” (Medina-Pradas, 2016, p.253)

Se puede observar que la definición de la autora concuerda con los anteriores, pero es explícita en las emociones que están implicadas en el familiar y la causa de su origen, haciendo énfasis en los estragos que causa en la independencia del paciente.

Cagigal (2010) hace referencia a este concepto apoyándose en el modelo de evaluación cuatridimensional de la familia con adolescentes de Fishman (1990) donde se evidencia que este componente dificulta la interacción en el sistema familiar.

“en las familias sin límites interpersonales y/o entre subsistemas, se puede producir la sobreimplicación emocional, de modo que alguno o varios miembros de la familia se encuentran tan conectados emocionalmente entre sí que las emociones de uno son vividas por los demás completamente como propias, lo que dificulta la autonomía, así como el desarrollo de la identidad y de la intimidad” (p.124).

Es así como esta autora, al igual que Medina-Pradas (2016), hace alusión a las consecuencias negativas frente a la autonomía del sujeto y especifica también una variable implícita que no había sido mencionada como el desarrollo de la identidad; siendo ambos factores relevantes en la adolescencia, etapa en la cual según lo hemos visto en la historia de la drogodependencia, es una etapa de riesgo para el inicio de las adicciones.

2.4 VARIABLES IMPLICADAS EN LA EMOCIÓN EXPRESADA

García Et al. (2012) Recopilan parte de las investigaciones realizadas hasta ese momento sobre la EE, por lo cual se considera importante mencionar las principales variables asociadas en las que se hallaron factores relevantes, a pesar que dichos estudios fueron aplicados a poblaciones con patologías diferentes, sin embargo se relacionan los hallazgos por ser enfocados al término en general y sus efectos en las familias, teniendo presente que éste también aplica a la población que nos compete.

2.4.1 Emoción expresada y características de la familia

En el aporte que dan a conocer los autores en su estudio, se demuestra que existen factores que hacen más proclive la EE alta, entre estos se encuentran las familias monoparentales, no contar con una buena red de apoyo, la presencia de trastornos psicopatológicos de los familiares, las interacciones relacionales que juegan un papel determinante, pues de acuerdo a éstas, se genera un resultado a favor o en contra de un equilibrado ambiente familiar; la EE alta, puede presentarse en familias

con reglas rígidas, dominantes, de interacción conflictiva, poca libertad, presentan menos estrategias efectivas de afrontamiento y pobres habilidades de escucha, mientras que en las familias con baja EE se puede evidenciar un mayor apoyo entre sus miembros, son más positivos en sus comentarios y efectúan mejor la resolución de conflictos. Otro factor es la atribución de responsabilidad y culpabilidad por parte de los familiares hacia quien tiene el síntoma, existiendo más probabilidad de una alta EE, al igual que síntomas negativos y abuso de sustancias por parte de éste. La puntuación de una EE alta en los familiares del paciente, conlleva a depresión, estrés y mayor carga para ellos, siendo el estrés magnificado cuando existen sentimientos de culpa. El estilo afectivo familiar es otro factor importante para la EE, en éste se tiene en cuenta el comportamiento emocional y verbal del familiar al interactuar con el paciente. Cuando se presenta un estilo afectivo negativo, se hacen críticas personales, comentarios culpabilizadores e intrusivos, siendo esto considerado como un factor de recaída, al igual que la comunicación desviada que es un factor definido por contenidos poco claros por parte del familiar, quien hace que el discurso sea distorsionado. (García Et al., 2012, p.742,745).

2.4.2 Otros factores asociados a la emoción expresada familiar

Medicación: Aquí se retoma la importancia de los medicamentos para reducir recaídas, aunque si bien es un factor que influye positivamente en el bienestar fisiológico, no debe ser el único tenido en cuenta, pues las relaciones interpersonales estresantes en que se encuentra inmersa la persona afectada juegan un papel determinante. Otro factor es el contacto, ya que la interacción entre factores como una alta EE, el contacto estrecho y la recaída van de la mano, incrementando su riesgo; contrario a la baja EE de las familias, pues su contacto pareciera disminuirla. (García Et al., 2012, p.745,747).

Si se pone en una balanza los anteriores ítems, se logra encontrar una evidente inclinación de la influencia familiar sobre la EE, siendo reunidos factores como la estructura de la familia, su red de apoyo, la influencia de los antecedentes

psicopatológicos, las interacciones relacionales que se gestan en su interior, atribuciones de la enfermedad por parte de sus miembros hacia el paciente, los sentimientos de culpa con los cuales cargan, al igual que los comportamientos emocionales y verbales que se manifiestan, el nivel de contacto que se tiene entre ellos, su comunicación; son diversos y un buen número de factores influyentes que justifican un estudio hacia este campo.

2.5 EMOCIÓN EXPRESADA E INTERVENCIÓN FAMILIAR

García y sus colaboradores, señalan la importancia de que la EE alta, sea transformada a baja, mediante la intervención familiar. De esta forma se evita en gran porcentaje la recaída. La intervención cobra gran importancia, ya que utiliza diferentes estrategias que facilitan la reducción de culpa y la ira entre los miembros de la familia, al igual que el estrés y la carga familiar, ayuda a mejorar la capacidad de prevención y resolución de problemas familiares, a fijar y mantener límites apropiados, al cambio de conductas y sistema de creencias y a construir alianzas entre cuidadores, etc. (García Et al., 2012, p.747).

Por otro lado Becerra (2008), refiriéndose exclusivamente a la población en adicción a spa, resalta el papel de la familia, siendo ésta fundamental en el tratamiento para el drogodependiente, pues al encontrarse un funcionamiento ordenado donde los padres reaccionen a los esfuerzos de autonomía, de expresión abierta de pensamientos y sentimientos, además de empatía, se da mayor tiempo de abstinencia. Mientras que en familias “disfuncionales” donde existe un clima familiar desfavorable, menor red de apoyo social, y se está expuesto a muchos factores estresantes, existe mayor nivel de recaída y mantenimiento de la adicción.

Se resalta entonces la importancia de intervenir en las familias donde se presente alta EE, con el fin de minimizar el riesgo de recaídas en alguna de las problemáticas estudiadas, pues como se ha demostrado, son diversos los estudios realizados que confirman la relación entre estos dos factores. Es fundamental entonces, dar a

conocer a los miembros de la familia, la importancia de su papel en dicho proceso, con el objetivo de entender y transformar las dinámicas comunicativas que se gestan en su interior, más no de culpabilizar a determinado miembro.

2.6 ÚLTIMO TRABAJO INVESTIGATIVO SOBRE LA EE Y SU INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

El último trabajo investigativo encontrado sobre el concepto EE y su instrumento de medición, fue realizado por Medina-Pradas (2016), quien realizó una actualización sobre éste teniendo como base los más recientes autores que lo trabajaron. La autora enfoca sus objetivos a “actualizar cuestiones relacionadas con la medida, proponiendo mejoras en ambos sentidos y dirigidas al trabajo clínico con las familias” (p. 253).

En su artículo retoma los tres componentes de la emoción expresada mencionados con anterioridad, dejando claro que sus nombres son términos técnicos, no nombres de emociones, por lo cual brinda mayor claridad sobre las emociones presentes en cada una de estas variables que la componen, como lo hemos anotado en las definiciones anteriormente citadas, donde se encuentra su aporte.

La autora está de acuerdo con quienes le antecedieron, en cuanto a que la EE al puntuarse alta puede generar mayor estrés en personas con cierta vulnerabilidad, y puede ser vista como un factor de riesgo, bien sea para que aparezca una enfermedad o volviendo más proclive al paciente a precipitar una recaída. De igual forma hace alusión a que el término “EE alta” no es claro, pues se podrían presentar varias interpretaciones, siendo la forma correcta de utilizarlo “EE negativa alta”; también propone retomar los componentes positivos de la EE, como calidez y comentarios positivos que se manejaron en algún momento pero que han sido olvidados, siendo factores protectores que aportan a la recuperación del paciente. (Medina-Pradas, 2016, p. 254,255).

A continuación se retoman estos aportes empleados al inicio de las investigaciones sobre EE, a los cuales Medina Prada hace referencia.

2.6.1 Componente adicional de la EE, la calidez

Muela y Godoy (2001) se refieren a las primeras investigaciones de la EE, realizadas por Brown, Birley y Wing (1972) quienes tuvieron en cuenta sus tres componentes ya mencionados CC, H Y SIE, además de dos componentes más, la calidez y la insatisfacción, pero estas últimas fueron excluidas por considerarse como dependientes de las tres primeras. Siendo definida la Calidez como comentarios que manifestaban afecto por parte del familiar hacia el enfermo, a través del contenido o tono, y que al ser elevada aparecía la SIE, o por el contrario, su ausencia iba de la mano con CC; y la insatisfacción que eran expresiones de descontento hacia la actitud del mismo, iba de la mano con la H y CC, por considerarse que se daba posterior a estos. (p.181,182).

Como se evidencia, la variable Calidez que menciona la autora Medina-Pradas (2016), se encontró inicialmente formando parte del constructo EE, pero fue descartada por sus creadores, ante lo cual la autora ve la importancia de retomarlo, no como un formador de SIE al momento de calificarse como alto, sino como un componente positivo que sirve de factor protector hacia las recaídas o el curso de los fenómenos a estudiar.

En cuanto a los componentes positivos (CP) a los cuales hace referencia la autora, encontramos a Vaughn y Leff (1976), quienes, al igual que los anteriores teóricos, están de acuerdo en que son reacciones positivas que se dan en la conducta del familiar.

“expresiones de aprobación, valoración y aprecio hacia el paciente o su conducta”, de igual forma ambos autores se refieren a Calor (C) o calidez como “manifestaciones de empatía, comprensión, afecto e interés”. (Vaughn y Leff, 1976 citados por March, 2014, p.20).

Como ya se ha visto, la EE se ha trabajado con los componentes de CC, H, y SIE; pero Medina-Pradas (2016) propone un cambio tanto en estos componentes, donde se elimina el concepto de Hostilidad, ya que “se considera que esta dentro del terreno de la crítica generalizada a la persona, sin haberse demostrado tan predictiva” (palabras de la autora, al acudir a su asesoría), adicional a dicho cambio, la autora retoma el componente de Calidez, apoyándose de algunos antecedentes para argumentar su proposición:

Diferentes investigaciones dan a conocer que las familias que puntúan EE baja “no son simplemente neutros” debido a que éstas también experimentan estrés, frustración e ira, pero cuentan con herramientas que le facilitan el afrontamiento de forma positiva de la enfermedad en cuanto a los síntomas y suelen tener una mayor empatía, comprensión, apoyo y compromiso con el paciente, tiene una actitud diferente hacia los síntomas y la conducta del paciente. La autora enfoca su estudio no solo en los factores de riesgo ya estudiados, sino también en los factores de protección, considerándolos fundamentales a la hora de evaluar y trabajar la EE, en la parte clínica e investigativa. (Medina-Pradas, 2016, p.256).

Medina-Pradas se apoya en Miklowitz (2004) para hacer énfasis en la naturaleza bidireccional y diádica de la EE, donde la EE y el estrés familiar influyen en el paciente y su trastorno, y a su vez éste y sus características influyen en la familia; también se presentan cambios al mismo tiempo entre la EE y el trastorno, donde juega un importante papel la interacción entre los miembros de la familia. La autora busca investigaciones existentes sobre la percepción de los pacientes ante la EE de sus familiares y es poca la información, considerando necesario poder medir esta percepción para comprender los mecanismos transaccionales y las dinámicas familiares que se generan alrededor de esta, formando un complemento para la escala diádica que propone, compuesta por la perspectiva de los familiares y la percepción de los pacientes, donde pocos investigadores han considerado ambos factores. Es así como la autora propone la **BDSEE** “escala diádica breve de emoción expresada”, la cual se compone de dos versiones, una de ellas es diseñada para

los pacientes y la otra es para aplicar a los familiares. Junto a ésta, propone utilizar otro instrumento llamado **PSEE** en el cual se mide el estrés percibido debido a la EE medida en los pacientes, ante la EE de sus familiares. Considerando estos instrumentos, como una medida completa de la EE.

(Medina-Pradas, 2016, p.256,258).

Ante los anteriores elementos mencionados, es de nuestro interés enfocarnos en la percepción que tiene el paciente ante la emoción expresada de sus familiares, utilizando de forma exclusiva el instrumento de medición BDSEE para pacientes, pues el complemento para la escala diádica, BDSEE versión para familiares, actualmente se encuentra sometida a publicación, por lo cual será utilizado el instrumento que se encuentra validado por el equipo de Medina-Pradas: la BDSEE versión pacientes, que abarca los componentes de Comentarios críticos, Sobreimplicación y Calidez.

En la validación del instrumento se logró demostrar propiedades de BDSEE bastante buenas, el análisis factorial reveló una estructura de factor relativamente fuerte que correspondió a los tres índices principales de EE: crítica, EOI y calor. (Medina-Pradas, Navarro, López, Grau y Obiols, 2011, p.294)

Es de resaltar que este instrumento incluye los componentes positivos de la EE, como calidez y comentarios positivos que se mencionaron anteriormente, los cuales se consideran factores protectores que aportan a la recuperación del paciente

La BDSEE versión pacientes, permite evidenciar si la EE percibida por los pacientes de parte de sus familiares, es alta o baja. Con base en ello y considerando la importancia de este factor, bien sea para identificar si está actuando como factor protector que se debe mantener e incrementar, o como factor de riesgo a eliminar en las dinámicas familiares, es importante apoyarnos en esta.

CAPÍTULO 3.

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 MUESTRA

3.1.1 Caracterización sociodemográfica de la población

Se elabora un cuestionario sociodemográfico el cual es aplicado para los residentes, su contenido se basa en conocer la información personal del participante, datos del familiar, escolaridad, ocupación, edad, estado civil, número de recaídas durante la rehabilitación al consumo en sustancias psicoactivas, con que familiar tiene más contacto, tiempo que comparte con el familiar. Incluyendo los datos del familiar: nivel de estudios, parentesco, edad, estado civil y ocupación del familiar.

3.2 POBLACIÓN

Esta investigación se enfocará en la fundación Joshua, ubicada en el municipio de Jamundí.

Los participantes que conformarán la muestra de este trabajo de grado son 12 hombres en edades entre 17 y 32 años, los cuales pertenecen a la Fundación Joshua para la rehabilitación al consumo de drogas.

La selección de la muestra se realizará a través de un muestreo no probabilístico.

Johnson (2014), Hernández - Sampieri et al. (2013) y Battaglia (2008) dan a conocer que lo siguiente: “en las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador” (citados por Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.176).

Por lo tanto es de suma importancia que los participantes cumplan con los criterios descritos, ya que permitirán obtener la información necesaria y veraz sobre el factor a intervenir, y de este modo poder realizar un análisis a los componentes del instrumento.

3.2.1 Criterios de inclusión

- a) Pertenecer a la Fundación Joshua Sembradores, para la rehabilitación a sustancias psicoactivas.
- b) Aceptar participar en el estudio voluntariamente.
- c) No estar bajo el efecto de sustancias psicoactivas en el momento de responder el instrumento de medición.
- d) Edades comprendidas entre los 17 y 32 años de edad.
- e) Los familiares a quien se dirigirá el residente en la evaluación, debe ser la persona que ha estado más involucrada con él, o con quien se tiene más contacto.

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de grado es de modalidad cuantitativa. Teniendo en cuenta el planteamiento dado por los teóricos Hernández et al. (2014) los cuales exponen lo siguiente referente al enfoque cuantitativo: “Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p.4).

Esta investigación se evalúa a partir del instrumento (BDSEE) versión pacientes, de forma numérica, de este modo se puede conocer cuál es la percepción de la emoción expresada por parte de un familiar cercano, presente en 12 personas con edades entre 17 y 32 años pertenecientes a la Fundación Joshua del municipio de Jamundí, que se encuentran en proceso de rehabilitación de adicción a sustancias psicoactivas.

3.4 TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación se lleva a cabo por medio de un estudio descriptivo, el cual es definido por los autores Hernández et al. (2014).

“Con frecuencia, la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar como son y se manifiestan. Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (p.92).

Para dar respuesta a los objetivos propuestos del trabajo de grado, se realizará una descripción de los resultados de cada una de las variables que compone el instrumento BDSEE versión pacientes, y apoyados en las investigaciones descritas en el marco teórico, obtener conclusiones que sean de ayuda para posteriores intervenciones en la población abordada. Para dar cuenta de esto se sacan puntuaciones, medias y la varianza.

3.5 DISEÑO

Se llevará a cabo un diseño transversal. Hernández et al. (2014) citan a Liu, (2008) y Tucker (2004). Para dar explicación al concepto: “Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (...). Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (p.154).

Teniendo en cuenta lo anterior, la investigación se realizará en una sola sesión y su duración consta de 15 minutos.

3.6 PRUEBAS ADMINISTRADAS A LOS RESIDENTES

En la fundación Joshua para la rehabilitación a sustancias psicoactivas, se elaboró una descripción sociodemográfica, la cual debe ser diligenciada por el residente con el propósito de obtener los siguientes datos: escolaridad, ocupación, edad, estado civil, número de recaídas durante la rehabilitación al consumo en sustancias psicoactivas, con que familiar tiene más contacto, tiempo que comparte con el familiar. Incluyendo los datos del familiar: nivel de estudios, parentesco, edad, estado civil, ocupación del familiar. Todo esto para completo al instrumento de medición. Posteriormente se realiza una evaluación de la emoción expresada percibida por el paciente ante el familiar. (BDSEE versión pacientes).

3.7 PROCEDIMIENTO

La muestra de los doce participantes fue tomada de la Fundación Joshua para la rehabilitación a las sustancias psicoactivas, se seleccionaron a través de un muestreo no probabilístico. El día 15 de octubre del 2017, doce residentes hombres en edades comprendidas entre 17 y 32 años, realizaron la evaluación del instrumento (BDSEE) versión para pacientes. Se da la instrucción a la población de que piensen en un familiar para desarrollar la prueba, teniendo en cuenta que la persona a la que se refiere debe ser aquella que está más involucrada con él, o con quien se tiene más contacto. El instrumento de medición consta de 14 preguntas, con una duración de 15 minutos. Los residentes que participaron en el estudio fueron informados sobre la definición del instrumento de medición, y obtuvieron respuesta a todos los interrogantes y dudas al respecto. Se les manifestó la confidencialidad de sus datos. Luego se realiza el análisis de datos para obtener dicho resultado, por medio del paquete estadístico para las Ciencias Sociales Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Este instrumento nos permite organizar, analizar datos numéricos, los cuales serán interpretados a través de la media y la varianza.

Anderson, Sweeney y Williams (2008) aportan “La medida de localización más importante es la media, o valor promedio, de una variable. La media proporciona una medida de localización central de los datos” (p.83).

Por medio de este método estadístico se puede determinar el promedio de la muestra. Así mismo se explica la varianza, la cual indica el grado de homogeneidad de la muestra, al arrojar una varianza baja; también se puede dar de forma contraria, indicando una irregularidad en los datos estadísticos cuando arroja una varianza alta.

Anderson et al., (2008) señalan

“La varianza es una medida de variabilidad que utiliza todos los datos. La varianza está basada en la diferencia entre el valor de cada observación (xi) y la media. A la diferencia entre cada valor xi y la media (cuando se trata de una muestra, μ cuando se trata de una población) se le llama desviación respecto de la media” (p. 93).

3.8 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

En este trabajo de investigación se hace uso del instrumento emoción expresada (BDSEE) versión pacientes, el cual es abordado por Cristina Medina-Pradas, psicóloga, docente e investigadora de origen español quien se graduó como licenciada en psicología por la Universidad de Sevilla en el año (1997-2003), en la universidad autónoma de Barcelona obtuvo el título de Doctora en filosofía, en el periodo (2004- 2012). Es especialista en salud mental perinatal y familiar; tiene doctorado en psicopatología infantil.

Actualmente es docente de la Universidad Internacional de La Rioja y dicta clases en el Máster en neuropsicología aplicada a la educación. Tiene un gran interés por la investigación, las cuales están dirigidas a “Alteración Mental y Disfunción Social”; Familia: Emoción Expresada, estrés, afrontamiento; Psicosis: Continuum Psicótico,

estados mentales de alto riesgo, primeros episodios, esquizofrenia; Trastornos de la Conducta Alimentaria: anorexia, bulimia, trastorno por atracón; Validación de Instrumentos de Evaluación: Emoción Expresada y percibida, estrés; Psicología perinatal: Atención psicológica en torno a la prematuridad, violencia obstétrica y sus consecuencias psicológicas, partos en casa.

Durante su trayectoria profesional, ha realizado varias publicaciones en español e inglés en las cuales se encuentran: Relatives' Expressed Emotion, Distress and Attributions in Clinical High-Risk and Recent Onset of Psychosis. Actualización en torno a la Emoción Expresada: Consideraciones teóricas, metodológicas y prácticas. A systematic review of family caregiving in eating disorders. Programa de psicoeducación familiar para trastornos del comportamiento alimentario. Relatives' illness attributions mediate the association of expressed emotion with early psychosis symptoms and functioning Expressed and perceived criticism, family warmth, and symptoms in schizophrenia. Emotional theory of mind in eating disorders dyadic view of expressed emotion, stress, and eating disorder psychopathology further development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders.

Esta psicoterapeuta ha sido galardonada con el premio extraordinario de doctorado UAB (2011-2012), premio Accésit Nicolás Seisdedos al mejor trabajo de investigación aplicada en evaluación psicológica, en el año 2012. Además ha impartido como revisora científica de revistas internacionales, (Psych Res, Br J Psychol, Eur Eat Dis Review, Int J Eat Dis, Appetite, J of Abn Child Psych) y nacionales (Anales de Psicología, Span J Psychol). Su excelente labor y dedicación le ha permitido adquirir dos certificaciones que la acreditan como doctora y profesora de la Universidad privada en el año 2015, por la agencia nacional española de la calidad y acreditación (Aneca), y en el año 2014 también es habilitada, como psicóloga general sanitaria, por el ministerio de educación cultura y deporte. (Medina P; linkedin, 2017).

3.8.1 Instrumento de medición emoción expresada

El instrumento que se utilizará en este trabajo de grado, es la escala de medición de emoción expresada para pacientes BDSEE, donde se puede identificar aspectos de la comunicación que percibe el residente por parte de un familiar, siendo guiados por unos parámetros que permitan identificar la crítica, sobreimplicación y calidez. Estos componentes serán complementados con su correspondiente análisis. De la misma forma se tendrá apoyo en las diferentes teorías y/o antecedentes realizados, para complemento al trabajo de grado.

A continuación se muestra las preguntas que componen cada variable:

Cuatro preguntas dirigidas a la variable Crítica, las cuales son:

- ¿Cuánto te critica _____?
- ¿Cuánto desapueba _____ lo que haces?
- ¿Te sientes criticado/a por _____?
- ¿Cuánto le molestan a _____ las cosas que haces?

Seis preguntas dirigidas a la variable Sobre-implicación emocional:

- _____ no me deja hacer las cosas por mí mismo/a
- _____ se mete o interfiere en mis actividades (en mi vida y mis asuntos)
- _____ me hace sentir que no soy capaz de cuidarme sólo/a
- Me siento controlado/a por _____
- _____ se estresa fácilmente a causa de mis problemas
- _____ llora con facilidad cuando hablamos de mis cosas

Cuatro preguntas dirigidas a la variable Calidez:

- ¿Cómo de cariñoso/a es _____ contigo?
- ¿Cuánto te aprecia _____?
- ¿Cuánto le gusta a _____ hacer cosas y pasar tiempo contigo?
- ¿Te sientes querido/a por _____?

CAPÍTULO 4.

4. RESULTADOS

4.1 Resultados de encuesta sociodemográfica y de datos generales

En este apartado se presentan los resultados de la encuesta sociodemográfica y datos generales, como también los resultados del cuestionario de emoción expresada. Los resultados se presentan de forma descriptiva y posteriormente se realiza su discusión en el siguiente apartado de este trabajo. Inicialmente se mencionan las diferentes categorías/preguntas que se emplearon para recoger los datos sociodemográficos, luego se describe el resultado de dicha encuesta a nivel individual. Seguido a ello, se presentan los resultados del cuestionario de emoción expresada.

La encuesta de datos sociodemográficos recogió información relevante para caracterizar la muestra de sujetos que participaron en el estudio. Se tomaron como preguntas-categorías la edad del participante, su nivel educativo, ocupación y estado civil; pues estos aspectos son importantes para comprender la etapa del desarrollo humano, el estilo de vida y posicionamiento social del participante. También se exploró si el participante tuvo recaídas en su proceso de rehabilitación y cuánto tiempo lleva sin consumir spa; dado que estos datos favorecen al análisis del proceso de rehabilitación y su relación con los resultados del cuestionario de emoción expresada. Finalmente se identifican datos generales de la persona percibida por los sujetos como su principal vínculo familiar. A continuación, se describen los resultados de la encuesta sociodemográfica a nivel general y posteriormente se presentan los resultados a nivel individual.

La muestra de 12 participantes es de sexo masculino y presentó una edad promedio de 23 años, con una edad mínima de 17 y una edad máxima de 32 años. Solamente un (n=1) menor hizo parte del estudio con 17 años de edad. Esto indica que la mayoría de los sujetos de la muestra se encuentran en la adultez joven. Incluso la

gran mayoría se encuentran en estado civil de soltería (n=11), mientras que solamente uno (n=1) reporta encontrarse en unión libre.

Llama la atención que casi la mitad de los participantes (n=5) ha desertado del sistema de educación media o tienen bachillerato sin terminar. Otra cantidad significativa de sujetos (n=4) tiene diploma de bachiller terminado; solamente uno (n=1) inició un estudio a nivel técnico que actualmente se encuentra sin terminar; otro sujeto (n=1) un estudio técnico terminado y un sujeto (n=1) inició un estudio tecnológico actualmente sin terminar.

En cuanto al número de recaídas, es importante mencionar que la mitad de los sujetos de la muestra (n=6) se encuentra por primera vez en un proceso institucional de rehabilitación; por este motivo se concibe que no han presentado recaídas hasta el momento. Entre una (1) y dos (2) recaídas fueron reportadas por cinco de los sujetos de la muestra (n=5). Y llama la atención que solamente un sujeto (n=1) reporta que ha presentado cinco (5) recaídas en su proceso de rehabilitación.

La gran mayoría de los encuestados reportan a su madre como principal vínculo familiar (n=10). Solamente un (n=1) sujeto reporta que su principal vínculo familiar es el padre, así mismo sólo un sujeto (n=1) reporta que es su abuela. A continuación se presentan los resultados de la encuesta sociodemográfica por cada sujeto de la muestra.

El sujeto 1 se caracteriza como hombre de 18 años, con estado civil soltero y nivel educativo de octavo grado de bachillerato. A nivel ocupacional se ha desempeñado como auxiliar de calzado. Reporta que ha sido internado en tres (3) oportunidades a instituciones de rehabilitación; presentando así dos (2) recaídas en consumo. El tiempo que ha durado sin consumir después de cada hospitalización se reporta así: un (1) día la primera vez y dos meses (2) en la segunda ocasión. Actualmente lleva 10 meses sin consumir drogas. Finalmente, manifiesta que al salir de cada centro de rehabilitación comparte más tiempo con la madre durante todo el día, quien tiene 35 años, es casada y de ocupación ama de casa.

El sujeto 2 es un hombre de 25 años, con estado civil soltero, habiendo cursado hasta quinto de primaria. A nivel ocupacional ha laborado como jardinero. Reporta que ha estado internado dos veces en centros de rehabilitación; reportando una (1) recaída en consumo. El tiempo de abstinencia después de salir del centro de rehabilitación ha sido de seis (6) meses. Por último, reporta que comparte más tiempo con su madre quien tiene 49 años, es separada y de ocupación ama de casa.

El sujeto 3 es un hombre de 23 años, en estado civil de soltería y nivel educativo de décimo grado de bachillerato. A nivel ocupacional ha laborado como auxiliar de cocina. Reporta que ha estado internado cinco (5) veces en distintos centros de rehabilitación. El tiempo que ha durado sin consumir después de cada proceso de rehabilitación se reporta así: Ocho (8) meses en la primera vez, cuatro (4) meses en la segunda ocasión, luego ocho (8) meses, un (1) mes y por último dos (2) meses. Responde que al salir de cada centro de rehabilitación, compartía más tiempo con su madre, quien tiene 42 años, es soltera y se desempeña como mercaderista.

El sujeto 4 es un hombre de 25 años de edad, quien vive en unión libre y su nivel educativo corresponde a bachiller. A nivel ocupacional ha laborado en logística, ebanistería y cerrajería. Reporta que ha estado internado dos (2) veces en centros de rehabilitación, presentando así una (1) recaída. El tiempo de abstinencia después de salir del centro de rehabilitación ha sido de veinte (20) días, siendo el caso que actualmente lleva cuarenta y nueve (49) días sin consumir drogas. Por último reporta que el vínculo familiar con quien más comparte es su madre, quien tiene 52 años, vive en unión libre y trabaja como cocinera.

El sujeto 5 se caracteriza como hombre de 20 años, con estado civil soltero y a nivel educativo cursó hasta octavo grado de bachillerato. A nivel ocupacional se ha desempeñado en oficios varios, construcción y obra blanca. Reporta que ha estado internado dos (2) veces en centros de rehabilitación; presentando así una (1) recaída. El tiempo de abstinencia después de salir del centro de rehabilitación ha

sido de dos (2) meses. Actualmente lleva veintiséis (26) días en sobriedad. Finalmente, manifiesta que en su última salida del centro de rehabilitación compartió principalmente con su madre, quien tiene 47 años, tiene una tienda y vive en unión libre.

El sujeto 6 es un hombre de 17 años, con estado civil soltero y nivel educativo bachillerato terminado. A nivel ocupacional, se ha dedicado a atender un negocio familiar. Reporta que ha estado internado tres (3) veces en centros de rehabilitación; presentando así dos (2) recaídas. El tiempo de abstinencia posterior a su salida del centro de rehabilitación ha sido de un (1) meses en la primera ocasión, dos (2) meses en la segunda vez. Manifiesta que en la última salida del centro de rehabilitación compartió principalmente con su madre, quien tiene 32 años, vive en unión libre y labora en un negocio familiar de comidas rápidas.

El sujeto 7 es un hombre de 32 años, con estado civil soltero y nivel educativo de bachillerato terminado. A nivel ocupacional se ha desempeñado como auxiliar de ornamentación (soldadura). Es la primera vez que está en un centro de rehabilitación, lleva dos (2) meses sin consumir SPA. La mayor parte del tiempo por fuera de la fundación lo comparte con su madre y padre. Su madre es ama de casa, tiene 68 años de edad, vive en unión libre con su padre.

El sujeto 8 es un hombre de 28 años, con estado civil soltero y nivel educativo de bachillerato terminado. A nivel ocupacional se ha desempeñado como operante de barrido. Reporta que es la primera vez que asiste a un centro de rehabilitación; por lo cual no ha presentado recaídas en consumo. Antes de entrar al programa compartía mayor tiempo con la hermana, quien es soltera, tiene 23 años y trabaja como empleada en una agencia de viajes.

El sujeto 9 es un hombre de 30 años, con estado civil soltero y nivel educativo de estudio técnico sin terminar. A nivel ocupacional ha laborado en mercadeo y ventas. Es la primera vez que asiste a un centro de rehabilitación; por lo cual se concibe que no ha presentado recaídas. Actualmente lleva dos (2) meses sin consumo.

Reporta que antes de entrar a la fundación compartía bastante tiempo con su pareja, quien es soltera, tiene 23 años de edad y labora como empleada de salud ocupacional.

El sujeto 10 es un hombre de 20 años, con estado civil soltero y nivel educativo de 8 grado de bachillerato. A nivel ocupacional ha laborado como monta-llantas. Reporta que es la primera vez que se encuentra en un centro de rehabilitación, con dos meses de abstinencia de consumo. Antes de entrar a la fundación pasaba la mayor parte del tiempo con su padre, pues trabajaban juntos en el mismo oficio, este es soltero, tiene 40 años de edad.

El sujeto 11 es un hombre de 21 años, con estado civil soltero y nivel educativo de estudio técnico culminado. A nivel ocupacional ha laborado como mecánico industrial. Es la primera vez que asiste a un centro de rehabilitación; por lo cual se concibe que no ha tenido recaídas. Actualmente lleva 2 meses sin consumir. Reporta que antes de ingresar a la fundación compartía más tiempo con su madre, quien tiene 46 años de edad, es soltera y trabaja como auxiliar de bodega en un almacén de cadena.

El sujeto 12 es un hombre de 22 años, estado civil soltero y nivel educativo de estudio tecnológico sin terminar. Reporta que antes de ingresar al proceso de rehabilitación se dedicaba al estudio. Es la primera vez que asiste a un centro de rehabilitación y lleva 2 meses sin consumir. Reporta como principal vínculo familiar a su abuela, quien tiene 80 años, es viuda y ama de casa.

Una vez presentados los resultados de la encuesta sociodemográfica y de datos generales, se pasará a presentar los resultados del segundo instrumento de recolección de información.

4.2 Resultados de la escala de medición de emoción expresada para pacientes BDSEE

Los resultados de los 12 residentes se tabularon en una matriz de Excel y fueron tratados por el programa estadístico SPSS versión 23.

La Tabla refleja en la primera columna los 12 sujetos que forman parte de la población, posteriormente se muestra el resultado seleccionado por cada uno de los participantes, donde tuvieron opción de marcar entre el número 1 y el número 10, se identifican las tres variables: Criticidad CC, Calidez C y Sobreimplicación emocional SIE, donde a cada una le corresponde un número de pregunta (las cuales fueron señaladas en el numeral 3.8.1 en el cual se especifica la constitución del instrumento de medición). Las columnas 6, 11 y 18 contienen en su última fila los resultados de la Media en cada una de las categorías. Ver Tabla.

Tabla 1. Población y variables.

Sujeto	CC1	CC3	CC5	CC7	CC	C2	C4	C6	C8	C	SIE9	SIE10	SIE11	SIE12	SIE13	SIE14	SIE
1	1	2	2	1	1,5	10	9	10	10	9,75	3	5	5	1	4	2	3,3
2	10	4	8	10	8	10	9	10	10	9,75	10	10	10	10	10	10	10,0
3	7	6	9	5	6,75	9	10	5	7	7,75	8	5	7	4	8	7	6,5
4	6	7	8	4	6,25	10	10	10	10	10	5	2	3	4	10	7	5,2
5	7	9	6	6	7	6	10	6	10	8	10	3	2	1	9	7	5,3
6	1	10	9	1	5,25	6	8	9	9	8	1	9	5	7	7	7	6,0
7	9	8	10	7	8,5	10	10	10	10	10	6	10	4	8	10	10	8,0
8	2	10	9	3	6	2	10	10	10	8	9	6	9	4	6	4	6,3
9	9	7	6	7	7,25	10	10	10	10	10	1	5	6	8	8	10	6,3
10	2	2	4	1	2,25	2	6	2	4	3,5	1	1	1	1	4	1	1,5
11	7	10	5	7	7,25	10	10	8	10	9,5	4	5	8	4	8	6	5,8
12	8	5	7	9	7,25	4	9	9	8	7,5	5	8	6	4	10	8	6,8
	69	80	83	61		89	111	99	108		63	69	66	56	94	79	
	5,8	6,7	6,9	5,1	6,10	7,4	9,3	8,3	9,0	8,5	5,3	5,8	5,5	4,7	7,8	6,6	5,9

La conversión estadística de la cual se hace uso, está basada en tres niveles que corresponden a los siguientes rangos: 1 a 3 un nivel bajo, 4 a 7 un nivel medio, 8 a 10 un nivel alto.

Tabla 2. Conversión

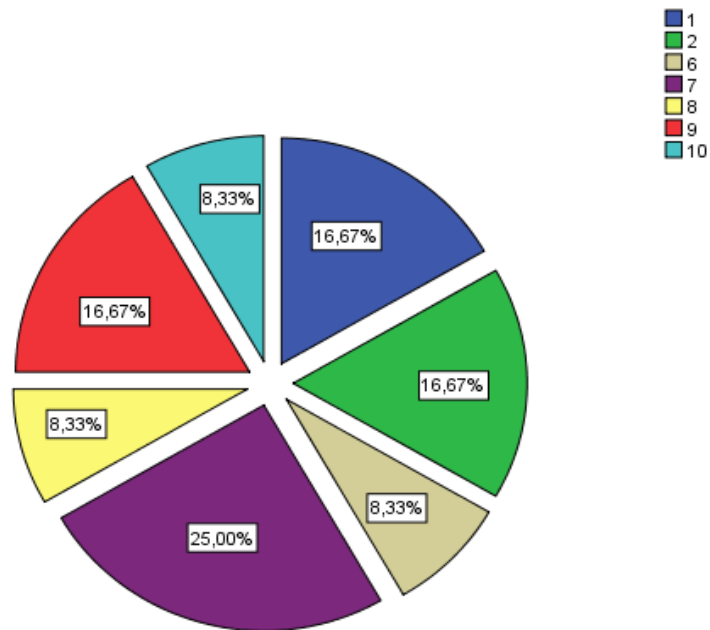
Conversión	
1 a 3	Bajo
4 a 7	Medio
8 a 10	Alto

A continuación se relacionan los resultados obtenidos mediante el programa estadístico SPSS versión 23, en éstos se relacionan los porcentajes de participación de los 12 sujetos en cada una de las 14 preguntas que forman el instrumento de medición; cada una de las preguntas se encuentra distribuida según su categoría.

4.2.1 Categoría Criticidad o Comentarios Críticos CC

Gráfico 1. ¿Cuánto te crítica?

CC1



Bajo: 33.34%

Medio: 33.33%

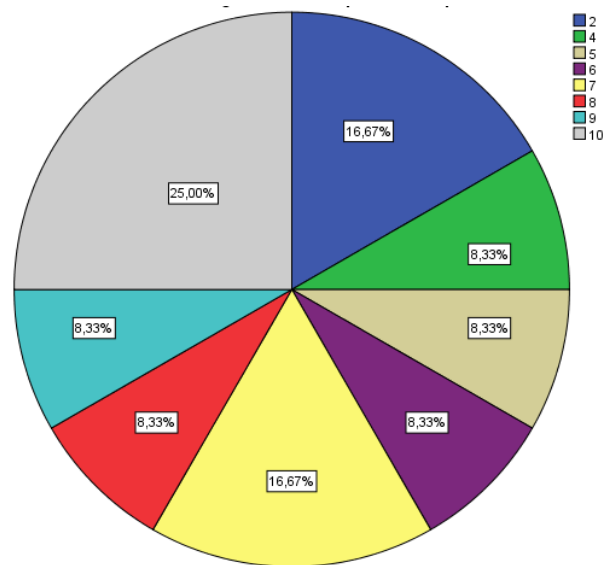
Alto: 33.33%

En este ítem se refleja que los tres niveles están divididos en porcentajes similares, donde el nivel bajo presenta un porcentaje de 33.34 reflejando que quienes marcaron estas opciones no perciben ninguna crítica por parte de su familiar, el nivel medio y alto comparten el mismo porcentaje de 33.33, entendiéndose que el nivel alto percibe mucha crítica por parte de su familiar y quienes se encuentran en el medio perciben un equilibrio entre ambos factores.

Además en las respuestas se obtuvo la varianza que se encuentra puntuando en 11,114. Con respecto a la media se encuentra en 5.75. Ver anexo 1, tabla 2.

Gráfico 2. ¿Cuánto desapueba lo que haces?

CC 3



Bajo: 16,67%

Medio: 41.66%

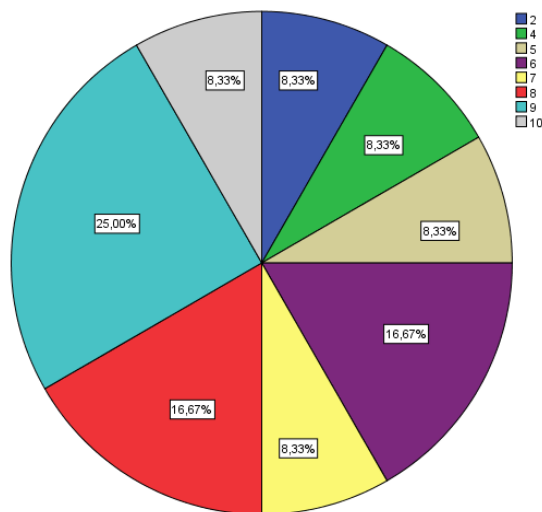
Alto: 41.66%

Con respecto a la segunda pregunta de esta categoría, se encontró que un porcentaje menor, el 16,67% de la población no percibe desaprobación por parte de su familiar, mientras que los siguientes niveles coinciden en su porcentaje, indicando que el nivel alto compuesto por 41.66% de la población percibe mucha desaprobación por parte de sus familiares, y este mismo porcentaje percibe un promedio entre bajo y alto.

Además en las respuestas se obtuvo la varianza que se encuentra puntuando en 8,606. Con respecto a la media se encuentra en 6.67. Ver anexo 1, tabla 2.

Gráfico 3. ¿Cuánto le molesta las cosas que haces?

CC 5



Bajo: 8.33%

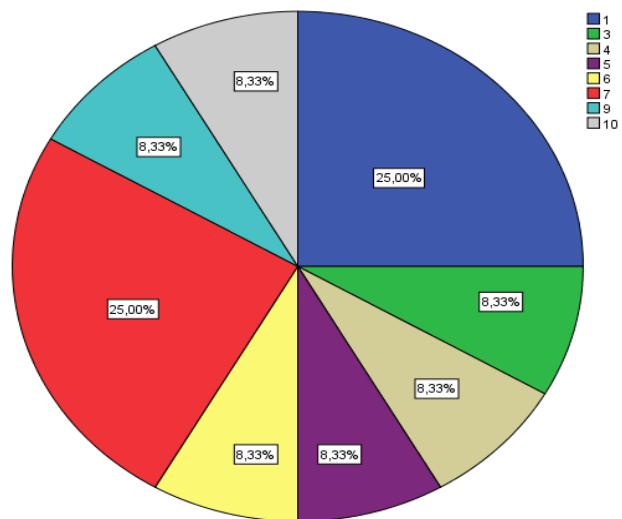
Medio: 41.66%

Alto: 50%

El tercer ítem de esta refleja que a la mitad de la población, que se encuentra ubicado en el nivel alto, perciben que a su familiar le molesta mucho las cosas que hace, seguido por el 41.66% de la población que percibe un promedio entre bajo y alto, mientras un mínimo porcentaje del 8.33 no percibe ninguna desaprobación por parte de su familiar.

Además en las respuestas se obtuvo la varianza que se encuentra puntuando en 5,720. Con respecto a la media se encuentra en 6.92. Ver anexo 1, tabla 2.

Gráfico 4. ¿Te sientes criticado por _?
CC 7



Bajo: 33.33%

Medio: 49.99%

Alto: 16.66%

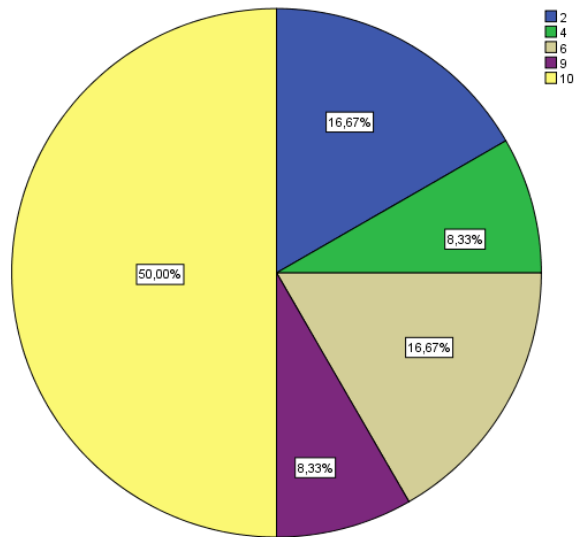
Este ítem refleja que casi la mitad de la población, el 49.99% se siente criticado en un nivel promedio entre bajo y alto por su familiar, seguido por el 33.33% que no percibe críticas por su familiar y con menor porcentaje de participación el 16.66% se siente muy criticado por éste.

Además en las respuestas se obtuvo la varianza que se encuentra puntuando en 9,720. Con respecto a la media se encuentra en 5.08. Ver anexo 1, tabla 2.

4.2.2 Categoría: Calidez C

Gráfico 5. ¿Cómo de cariñoso es contigo?

C2



Bajo: 16.67%

Medio: 25%

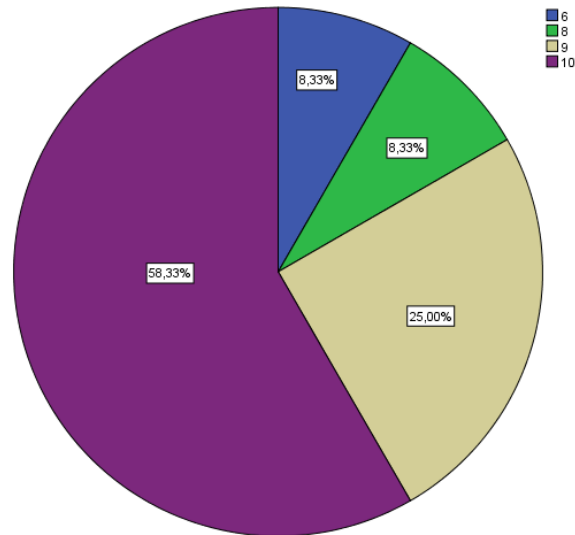
Alto: 58.33%

En este ítem se evidencia que el porcentaje mayor de participación es de 58.33%, refiriéndose al nivel de medición alto, donde más de la mitad de la población perciben un cariño alto por parte de su familiar; seguido por un 25% que percibe un promedio entre bajo y alto y por último el porcentaje menor de 16.67 percibe poco cariño por parte de su familiar.

Además en las respuestas se obtuvo la varianza que se encuentra puntuando en 10,629. Con respecto a la media se encuentra en 7.42. Ver anexo 1, tabla 3.

Gráfico 6. ¿Cuánto te aprecia?

C4



Bajo: 0%

Medio: 8.33%

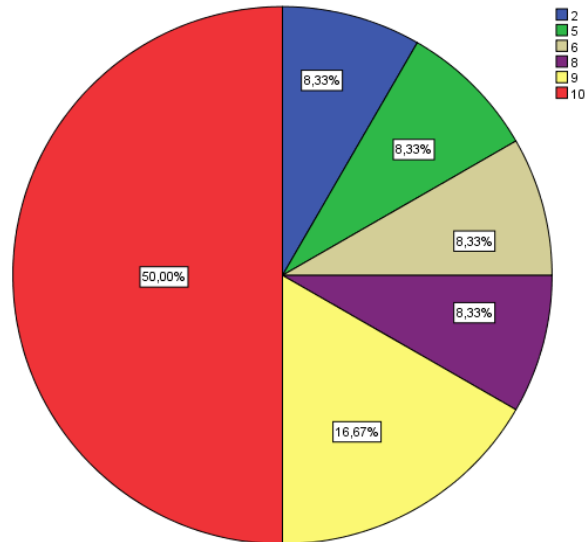
Alto: 91.66%

Este ítem refleja que el nivel más alto tiene un porcentaje del 91.66%, evidenciándose que existe una percepción de aprecio alto por parte de su familiar, seguido por una pequeña parte, el 8.33% en el nivel medio quienes perciben un promedio entre cariño bajo a alto, y marcando la diferencia se encuentra el nivel bajo donde ningún sujeto percibió falta de aprecio por parte de su familiar.

Además en las respuestas se obtuvo la varianza que se encuentra puntuando en 1,477. Con respecto a la media se encuentra en 9.25. Ver anexo 1, tabla 3.

Gráfico 7. ¿Cuánto le gusta hacer cosas y pasar el tiempo contigo?

C6



Bajo: 8.33%

Medio: 16.66%

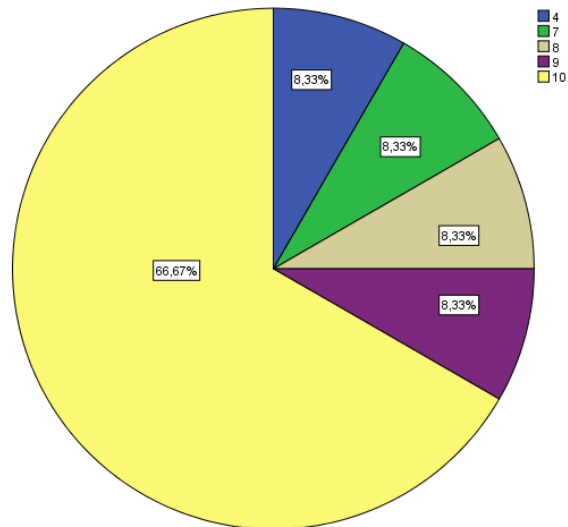
Alto: 75%

Este ítem refleja que el nivel más alto tiene un porcentaje de participación del 75%, evidenciándose que la tercera parte de la población percibe que a su familiar le gusta hacer cosas y pasar tiempo con él, seguido por el nivel medio del 16.66% quién encuentra un promedio entre bajo y alto y por último el puntaje más bajo que tiene un 8.33% de participación, donde esta pequeña parte considera que a su familiar no le gusta hacer cosas, ni compartir tiempo con él.

Además en las respuestas se obtuvo la varianza que se encuentra puntuando en 6,750. Con respecto a la media se encuentra en 8.25. Ver anexo 1, Tabla 3.

Gráfico 8. Te sientes querido por _?

C8



Bajo: 0%

Medio: 16.66%

Alto: 83.33%

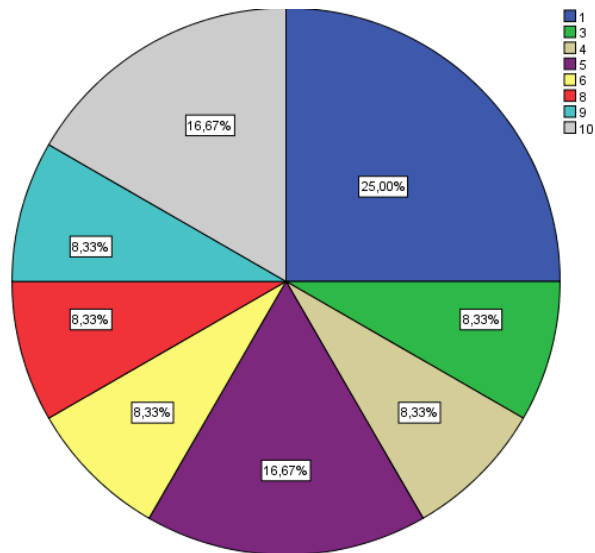
El porcentaje mayor lo ocupa el nivel alto, siendo un 83.33% de los participantes que se sienten muy queridos por parte de su familiar, seguidos por el nivel medio con un menor porcentaje de 16.66%, quienes perciben un promedio de cariño entre poco y alto, y finalmente no se encuentra ningún sujeto que refiere no sentirse querido.

Además en las respuestas se obtuvo la varianza que se encuentra puntuando en 3,455. Con respecto a la media se encuentra en 9.00. Ver anexo 1, tabla 3.

4.2.3 Categoría: Sobreimplicación Emocional SIE

Gráfico 9. No me deja hacer las cosas por mí mismo

SIE 9



Bajo 33.33%

Medio 33.33%

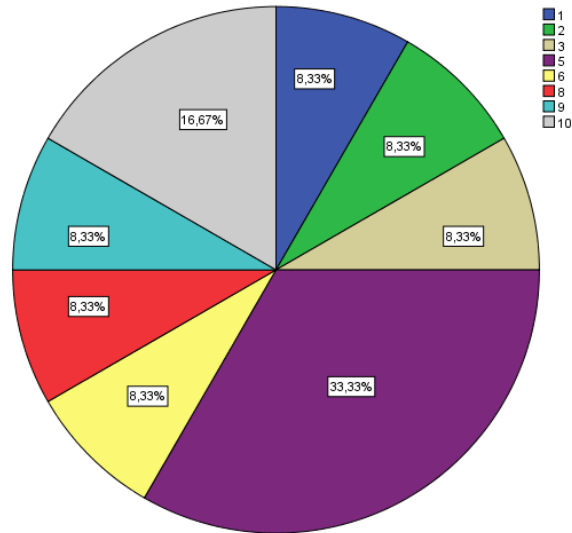
Alto 33.33%

En este ítem se aprecia que la totalidad de la población se encuentra dividida entre los tres niveles de medición, obteniendo una puntuación del 33.33% en cada uno de ellos, entre los cuales se encuentran las percepciones que nunca, algunas veces y siempre, no le dejan hacer las cosas por sí mismo.

Además en las respuestas se obtuvo la varianza que se encuentra puntuando en 11,659. Con respecto a la media se encuentra en 5.25. Ver anexo 1, tabla 4.

Gráfico 10. Se mete o interfiere en mis actividades

SIE10



Bajo 24.99%

Medio 41.66%

Alto 33.33%

El porcentaje mayor se encuentra en el nivel medio donde el 41.66% de la población percibe que su familiar algunas veces se mete o interfiere en sus actividades, seguido por un 33.33% de los sujetos que consideran que siempre lo hacen y por último se evidencia que el 24.99% considera que nunca o poco interfieren en sus actividades.

Además en las respuestas se obtuvo la varianza que se encuentra puntuando en 8,932. Con respecto a la media se encuentra en 5.75. Ver anexo 1, tabla 4.

Gráfico 11. Me hace sentir que no soy capaz de cuidarme solo

SIE 11



Bajo 24.99%

Medio 50%

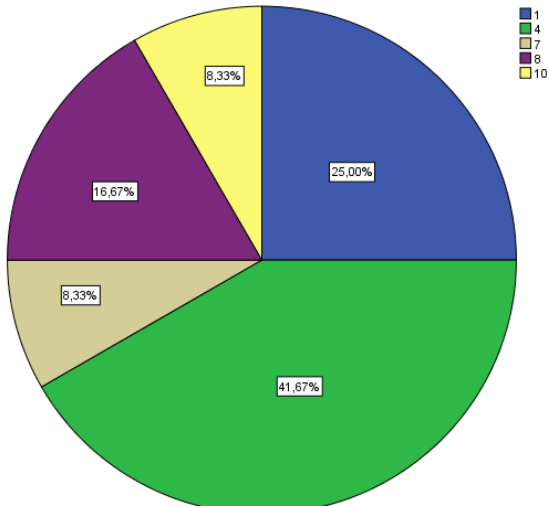
Alto 24.99%

El mayor porcentaje de participación es ocupado por la mitad de la población, quien percibe que su familiar algunas veces lo hace sentir que no es capaz de cuidarse solo, mientras los niveles alto y bajo se encuentran con el mismo porcentaje de participación correspondiente al 24.99% cada uno, que hacen referencia a las opciones de que nunca perciben que no son capaces de cuidarse y la opción totalmente contraria de que siempre lo perciben.

Además en las respuestas se obtuvo la varianza que se encuentra puntuando en 7,545. Con respecto a la media se encuentra en 5,50. Ver anexo 1, tabla 4.

Gráfico 12. Me siento controlado por _

SIE 12



Bajo: 25%

Medio: 50%

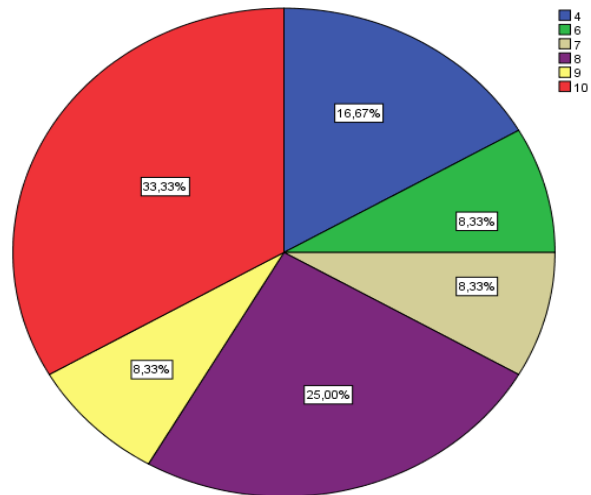
Alto: 25%

En este ítem se puede apreciar que la mitad de la población se ubica en un rango medio, mostrando que algunas veces perciben el control de su familiar. Los niveles alto y bajo se encuentran en el mismo porcentaje con el 25% los cuales señalan que siempre se sienten controlados o por el contrario, nunca se sienten controlados.

Además en las respuestas se obtuvo la varianza que se encuentra puntuando en 8,970. Con respecto a la media se encuentra en 4,67. Ver anexo 1, tabla 4.

Gráfico 13. Se estresa fácilmente a causa de mis problemas

SIE 13



Bajo: 0%

Medio: 33.33%

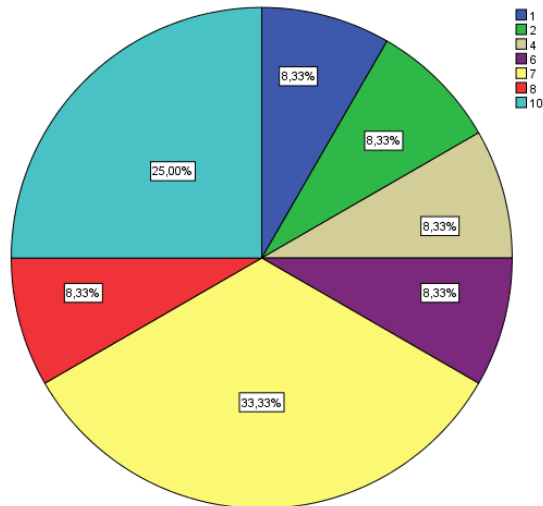
Alto: 66.66%

En este ítem se puede evidenciar que el porcentaje más alto de participación se encuentra en el nivel alto, donde el 66.66% de ésta percibe que siempre su familiar se estresa fácilmente a causa de sus problemas, seguido por el nivel medio con un 33.33% que percibe que algunas veces su familiar se estresa a causa de sus problemas, por ultimo no se encuentra ningún sujeto que nunca tenga esta percepción.

Además en las respuestas se obtuvo la varianza que se encuentra puntuando en 4,879. Con respecto a la media se encuentra en 7,83. Ver anexo 1, tabla 5.

Gráfico 14. Lloro con facilidad cuando hablamos de mis cosas

SIE 14



Bajo: 16.66%

Medio: 49.99%

Alto: 33.33%

La mitad de la población se encuentra en el nivel medio, donde se percibe que algunas veces su familiar llora con facilidad cuando habla de sus cosas, seguido por el nivel alto con un 33.33% que percibe que lo hace siempre, y el menor porcentaje se ubica en el nivel bajo con un 16.66% quienes consideran que nunca su familiar llora con facilidad cuando hablan de sus cosas.

Además en las respuestas se obtuvo la varianza que se encuentra puntuando en 8,811. Con respecto a la media se encuentra en 6,58. Ver anexo 1, tabla 5.

CAPÍTULO 5.

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente apartado se analizan los resultados de los instrumentos empleados en este estudio: a) encuesta de datos sociodemográficos y datos generales; y b) escala de medición de emoción expresada para pacientes BDSEE. En primera instancia se discuten los resultados más significativos de la caracterización realizada; privilegiando un análisis desde la perspectiva de los factores de riesgo y protección de acuerdo con el marco teórico establecido. De forma contigua, se pretende establecer relaciones significativas entre dicha caracterización y los resultados de la escala de medición de emoción expresada. Finalmente se comparan los resultados de este estudio frente los antecedentes citados y se plantea el impacto de los hallazgos de cara el diseño y ejecución de intervención preventivas y curativas de las alteraciones ocasionadas por el consumo problemático de spa.

A nivel sociodemográfico, llama la atención que la edad promedio de los participantes del estudio fue 23 años. De hecho la adolescencia y la adultez joven se caracterizan por ser un periodo de riesgo para inicio y aparición del consumo problemático de spa. En primera instancia, “la patología adictiva parece ser patrimonio de la adolescencia” (Martínez, Gómez y Ortega, 2005); el adolescente se encuentra más vulnerable debido a los dramáticos cambios que vive a nivel neuropsicológico y social. Debido a la reorganización bioquímica y neuronal, el proceso de neuroadaptación (Del Moral y Fernández, sf) tiene mayor influencia y puede generarse con mayor facilidad un impacto cerebral por el consumo de SPA.

Se concibe la adolescencia como una etapa de moratoria social (Margullis y Urresti, 1998), pues los jóvenes suelen depender económicamente de sus padres o familia de origen, mientras se preparan a nivel académico y ocupacional para integrarse al sistema laboral. Las dificultades de integración socio-laboral son un contundente

factor de riesgo. Sin embargo, los resultados de la encuesta sociodemográfica revelan que todos los participantes a excepción de uno (n=1), realizaban ocupaciones laborales que tuvieron que suspenderse a causa del consumo problemático y la necesidad de institucionalización en el proceso de rehabilitación. Para el caso de los participantes del estudio y de su contexto socio-económico, resulta importante concebir la facilidad de acceso a sustancias psicoactivas como uno de los factores de riesgo de mayor impacto, en coherencia con lo planteado por Nizama (2015)

De otro lado, en la literatura se reporta que el proyecto educativo actúa como un factor protector frente la aparición de hábitos nocivos de consumo (Molina, 2013; UNODC, 2016; Vargas et al, 2015). Al respecto, los resultados del estudio reflejan que casi la mitad de los participantes (n=5) desertó del sistema educativo durante el bachillerato. Cuatro (n=4) participantes más estudiaron hasta bachillerato y una minoría (n=3) no culminó estudios técnicos o tecnológicos. Este resultado es coherente con el planteamiento de Nizama (2005), quien refiere que una de las consecuencias del inicio del consumo problemático de sustancias psicoactivas es la deserción escolar.

Una línea delgada y difícil de establecer a ciencia cierta separa la adolescencia de la adultez joven. Una teoría explicativa especialmente útil es la perspectiva de Erickson. El adolescente tiene la tarea psicosocial de construir identidad y estilo de vida congruente a la misma, proceso en el que juega un papel fundamental la necesidad de consumir como signo de pertenencia a un grupo social (Del Moral y Fernández, sf); en este proceso suele experimentarse una carga considerable de estrés vital que aumenta la vulnerabilidad del adolescente (Windle y Windle, 1996 citado por Calvete y Estévez, 2008).

De otro lado, el adulto joven se ve abocado a establecer intimidad en relación de pareja o de lo contrario, se vería aislado en el contexto de las personas de su misma edad. Este último planteamiento resulta muy interesante cuando los hallazgos de la encuesta sociodemográfica demuestran que la gran mayoría de los participantes

(n=11) tienen estado civil de soltería. Resulta probable que la tarea psicosocial de intimidad vs aislamiento añade una circunstancia estresante que actúa como factor de riesgo para el mantenimiento del consumo problemático.

Hasta el momento se han discutido los hallazgos a nivel sociodemográfico y posibles interpretaciones significativas a la luz de antecedentes teóricos de investigación. Estos análisis se han realizado desde una perspectiva individual y socioeconómica del fenómeno del consumo. A continuación, se quiere poner el énfasis en la dialéctica entre el individuo y su contexto familiar, pues la literatura plantea una relación significativa frente la conducta adictiva y la rehabilitación.

Si bien se encuentran factores de riesgo para el consumo problemático a nivel socioeconómico, a nivel intra familiar se han reportado diversos factores que influyen negativamente en el inicio de la conducta adictiva y su rehabilitación. Entre estos resaltan la hostilidad, rechazo, problemas de comunicación, fusión emocional y la crítica de la conducta adictiva (Martínez et al., 2005; Nizama, 2015; Robín y Foster, 1989 citado por López et al., 2003; Vargas et al., 2015).

Medina-Pradas (2016) postula que el estrés familiar es un factor de riesgo decisivo en la rehabilitación de un paciente. Como se mencionó en el apartado de marco teórico, lo novedoso de su planteamiento es que el estrés familiar guarda una relación dialéctica con el constructo de Emoción Expresada [EE], y a su vez con el proceso de rehabilitación. Pues los principales componentes de la EE recogen las principales variables de interacción familiar que se relacionan con el consumo de drogas (Becerra, 2009, p.217). A continuación, se analizan los hallazgos de la escala de medición de emoción expresada para pacientes BDSEE

En la Tabla 1 del apartado de resultados, se muestra la media (promedio), en esta se evidencia el nivel del constructo emoción expresada percibido por los doce (12) residentes ante uno de sus principales vínculos familiares, en relación con cada nivel: criticismo, calidez y sobreimplicación.

En la categoría de comentarios críticos CC se obtiene un promedio de 6,10, teniendo presente que se está utilizando la tabla de conversión en tres niveles, donde la puntuación de 1 a 3 es calificada como bajo, 4 a 7 medio y 8 a 10 alto. Se refleja que los comentarios críticos percibidos por la población en proceso de rehabilitación de consumo de spa frente a su familiar más allegado, se ubica en un nivel medio, evidenciándose la existencia de un importante porcentaje de este factor comunicacional, el cual es considerado como un factor de riesgo, pues dicha variable se conforma por características negativas percibidas por la persona vulnerable, entre ellas el enojo, la rabia y los comentarios críticos que él evidencia de parte de su familiar, configurándose como un factor de riesgo frente la adicción, su rehabilitación y recaídas (García et al., 2012, p.742,745).

Al encontrarse presente la criticidad en un alto porcentaje percibido de parte de las familias de los residentes encuestados en cada uno los ítems que componen el criticismo, se puede interpretar que este tipo de sistemas familiares no hacen uso de herramientas eficaces para la resolución de problemas, acudiendo a un buen porcentaje de críticas por la conducta del sujeto, siendo por lo tanto desaprobadas en alto grado sus acciones y de la misma forma expresando alto grado de molestia, generando de esta forma un clima familiar desfavorable al momento de relacionarse. Por lo tanto, al ser considerada la comunicación como un aspecto fundamental, el uso de comentarios críticos no ayuda a un eficaz proceso de recuperación, en efecto se pueden originar, entre otros, conflictos, malentendidos y una restringida comunicación.

Realizando un análisis del nivel que los diferentes sujetos atribuyen a la categoría de comentarios críticos, no se encuentran relaciones significativas entre la frecuencia de recaídas y la alta percepción de comentarios críticos. Siete (7) sujetos reportan un alto nivel de CC, de los cuales solamente tres (3) de ellos han recaído entre 2 y 5 veces. Esto puede indicar que el impacto percibido por el familiar más allegado se acentúa tanto al inicio del proceso de rehabilitación como también con las recaídas.

Es así como se logra evidenciar que los resultados de esta investigación van de la mano con el aporte de Becerra (2009), quien refiere que la falta de comunicación adecuada entre los miembros de la familia es frecuente en familias de personas en adicción a Spa, pues en esta población evaluada se evidencia un alto porcentaje de presencia de comentarios críticos, lo que impide una adecuada comunicación entre sus miembros por ser una variable negativa que puede hacerlos más proclives al mantenimiento de la adicción, conllevando a posibles recaídas.

Como lo vimos en el recorrido de este texto, varias investigaciones coinciden en que la familia cumple un rol fundamental en el inicio o mantenimiento de la adicción a spa, por medio del instrumento aportado por Medina-Pradas se logró corroborar la percepción que tienen las personas en proceso de rehabilitación por parte de su familiar más cercano, evidenciándose, inicialmente, que existe una categoría que afecta el logro de una óptima relación entre ambos.

Esta información es relevante para tener presente al momento de realizar un plan terapéutico con estos sujetos y sus familias, de tal modo que se pueda modificar los patrones de interacción presentes en la categoría de CC, siendo un objetivo terapéutico necesario, ya que al transformar las dinámicas de comunicación entre los miembros de dichas familias se disminuiría un factor de riesgo fundamental que conforma este fenómeno de la adicción a spa, y la consecución de éste puede conllevar a un proceso de rehabilitación exitoso.

Por otra parte, en la segunda categoría que hace referencia a la calidez C, se obtiene un promedio de 8.5, evidenciándose un nivel alto de calidez percibido por los sujetos en rehabilitación a spa de parte de los familiares cercanos; es un hallazgo que llama la atención, pues esta categoría incluye porcentajes altos en percepción de cariño y aprecio por parte de los familiares hacia el sujeto, de igual forma se observa un alto porcentaje en la percepción de agrado para compartir tiempo con el mismo.

Es éste un claro factor positivo que existe entre estas familias, lo que nos permite traer a colación a De la villa (2009), quien ya hemos mencionado con anticipación y que confirma la importancia que ejerce las manifestaciones de cariño como un factor protector, resaltando el gran aporte de la autora Medina-Pradas quien propuso incluir estos factores en el instrumento de la medición para la Emoción Expresada, siendo importante para identificar su presencia y tomarlo como una herramienta a mantener y reforzar, actuando como un elemento favorable de peso para afrontar y contrarrestar los efectos negativos que se reflejan en otras categorías, sin omitir un proceso de intervención terapéutica que permita la disminución o extinción de factores que intervengan generando interrupción o desvalorización a estos factores positivos que se encuentran en la comunicación de las presentes familias.

En cuanto a la categoría de sobreimplicación emocional SIE, se obtiene un promedio de 5,9, lo cual permite ubicarla en un nivel medio; es importante resaltar que en esta categoría se obtuvo puntajes altos en la percepción de dependencia y control, en efecto, la presencia de estos factores conlleva a suponer que el residente no cuenta con capacidad de autonomía e identidad, tal cual como lo asegura el autor Fishman en capítulos anteriores; de igual forma según los datos estadísticos obtenidos se puede comprobar que en la población estudiada se percibe importantes puntajes de llanto y estrés por parte del familiar, reflejándose así un considerable porcentaje de sobreprotección, característica que forma parte de las familias disfuncionales.

Los resultados pueden relacionarse con el aporte dado por la autora Medina-Pradas, ya que en estas familias podría darse un sentimiento de culpabilidad, con respecto a la problemática de la adicción, al igual que ansiedad, lo que posiblemente conlleva a que afronten la situación con miedo y preocupación.

Al realizar un análisis individual del nivel de sobre-implicación emocional [SIE], se encuentra que cinco (5) de los sujetos (2, 7, 8, 9 y 12) que reporta mayor nivel de esta variable, son quienes por primera vez se internan en un proceso de rehabilitación. Eso podría explicarse si se tiene en cuenta que la SIE tiende a generar culpabilidad en el familiar de referencia, hecho que podría ser más probable cuando el proceso de rehabilitación apenas inicia.

Es necesario resaltar que la sobreprotección por parte de algún familiar es un factor de riesgo tal como lo muestran los autores Vargas, Parra, Arévalo, Cifuentes, Valero y Sierra (2015), en el desarrollo del primer capítulo. Por lo tanto esta categoría, al encontrarse en un importante porcentaje dentro de la comunicación familiar, puede ser un factor de restricción para el proceso de recuperación.

Tras la revisión de los resultados es pertinente trabajar con la familia, para transformar ese factor de riesgo en un componente positivo donde prime la autonomía y confianza del residente, dejando de lado aquellos aspectos culpabilizadores por parte del familiar, siendo éstos posibles limitantes en recuperación del sujeto con adicción a spa, estableciendo también nuevos patrones de interacción al interior del sistema familiar.

CONCLUSIÓN

El presente estudio tuvo por objetivo analizar la percepción que tiene un paciente en rehabilitación por consumo de spa, frente la emoción expresada por un familiar allegado. El cumplimiento de los objetivos específicos permitió encontrar relaciones de interés teórico entre los diversos factores de riesgo y protección, a nivel sociodemográfico y familiar; los cuales son de suma importancia para el diseño de intervenciones preventivas y curativas del consumo problemático de spa.

El análisis de resultados sugiere que la familia se afecta por la presencia del consumo problemático de alguno de sus miembros, como también el proceso de rehabilitación y recaída se ve afectado por la familia. Motivo por el cual un abordaje terapéutico será insuficiente si únicamente se enfoca en el desarrollo de competencias personales de quien consume en forma problemática. Pues resulta de suma importancia el estrés familiar, la comunicación y fusión emocional, variables integradas por el concepto de emoción expresada.

Los datos obtenidos permiten resaltar el nivel de importancia que implica la percepción de los sujetos que se encuentran en proceso de rehabilitación a sustancias psicoactivas respecto a factores de comunicación que implican algunos aspectos de la conducta emocional manifestada por parte de su familiar más cercano, ya que es un punto de partida con el cual los profesionales en psicología pueden intervenir a los miembros de dicho núcleo, identificando estas variables presentes en su comunicación, siendo un elemento de suma importancia para la recuperación de dicha condición, pues como quedó evidenciado en las investigaciones recopiladas en capítulos anteriores, la familia es considerada una fuerte red de apoyo para recuperación del drogodependiente, por lo tanto se debe incluir necesariamente en la intervención del proceso de rehabilitación, logrando de esta forma realizar un tratamiento holístico que permita transformar conductas inadaptadas presentes dentro del sistema familiar, como lo es una comunicación

inadecuada, ausencia o exceso de reglas, dependencia emocional, mal manejo del estrés, etc., que hacen más proclive al sujeto hacia la recaída de consumo.

Un resultado que es necesario sacar a relucir en esta investigación, es el puntaje obtenido en la variable Calidez o C, pues sobresale entre los tres componentes de la emoción expresada percibida por la población estudiada, siendo éste el factor de protección que se puede distinguir en las relaciones de comunicación que mide el constructo; este resultado es un motivo que genera confianza y esperanza, tanto para quienes están inmersos en este fenómeno, bien sea por tener el síntoma o hacer parte de su grupo familiar, como para los profesionales en psicología que trabajen con dicha población, pues estas características positivas son un factor de peso que ya es palpable entre sus miembros, siendo generadoras de una base fuerte para dar inicio a una transformación de los aspectos negativos encontrados en las otras categorías, sin empezar desde cero; esta condición permite visionar cambios en menor tiempo y con mayor facilidad a nivel individual y familiar. Por lo tanto es de suma importancia la identificación de estas fortalezas, ya que se debe trabajar sobre ellas para mantenerlas y robustecerlas entre los miembros del sistema familiar, utilizándolas como herramienta fundamental que facilita la disminución de los factores de riesgo que influyen en el mantenimiento de la adicción a las spa.

En cuanto a los resultados estadísticos obtenidos se puede concluir que para estudios posteriores se debería profundizar en el tema, haciendo uso de una muestra más amplia que permita darle mayor fuerza estadística a la investigación, pues los resultados obtenidos en la presente, por parte de la varianza, no permiten profundizar en un análisis correlacional, posiblemente porque la muestra es muy pequeña; esto quiere decir que los datos no se comportan de forma homogénea, por lo cual algunos de los resultados pueden responder a características propias de los sujetos y no a la línea de tendencia de toda la población.

Además es pertinente que a la hora de investigar esta población mediante el instrumento emoción expresada, se tenga presente a quienes se encuentran en proceso de rehabilitación y al personal que ha finalizado con éxito su proceso, con el fin de identificar las categorías presentes en familias donde se han presentado recaídas de consumo y correlacionarlo con las características encontradas en las categorías de quienes han terminado el proceso con éxito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, D. Sweeney, D. y Williams, T (2008). Estadística para administración y economía. México: CENGAGE learning.
- Becerra, J. (2008). Variables familiares y drogodependencia: la influencia de los componentes de la emoción expresada. Revista Psicología Científica.com, Vol. 10. pp. 1-16. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/drogodependencia-familia-emocion-expresada/>
- Becerra (2009). Emoción expresada familiar y uso de drogas en jóvenes. Revista Salud y drogas, Vol. 9, No. 2, pp. 209-221. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83912988005.pdf>
- Cagigal, V. (2010). Orientación parental en las familias con hijos adolescentes. Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar, N° 40. pp. 117-130. Recuperado de: <http://summa.upsa.es/pdf.vm?id=%200000029%20359&page=1&search=%20&lang=es>
- Calvete, E, Estévez, A. (2008). Consumo de drogas en adolescentes: el papel del estrés la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. Adicciones, Vol. 21 No.1, pp. 49-56. Recuperado de: <http://www.culturadelalegalidad.org.mx/recursos/Contenidos/Familia/documentos/Consumo%20de%20drogas%20en%20adolescentes%202008.pdf>
- Calvo, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. Salud y Drogas, Vol. 7, No. 1, pp. 45-56, Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83970104.pdf>

- Moral Jiménez, M. (2009). Influencia Familiar sobre las actitudes ante el consumo de drogas en adolescentes españoles. SUMMA Psicológica UST, Vol. 6. No. 2, pp.155-176. Recuperado de: [file:/// Downloads/Dialnet-InfluenciaFamiliar Sobre LasActitudesAnteElConsumoDe-3113483.pdf](file:///Downloads/Dialnet-InfluenciaFamiliar%20Sobre%20LasActitudesAnteElConsumoDe-3113483.pdf)
- Del Moral, M. y Fernández, P. (sf). Conceptos fundamentales en drogodependencias. Recuperado de <http://media.axon.es/pdf/71675.pdf>
- García, P. Moreno, A. Freund, N. y Lahera, G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol.32. No.116, pp. 739-756. Recuperado de: [file:/// TEXTOS%20APA%20DIC% 2011/Factores% 20asociados%20a%20la%20Emoci%C3%B3n%20Expresada%20familiar%20en%20la%20Esquizofrenia%20implicaciones%20terap%C3%A9uticas..pdf](file:///TEXTOS%20APA%20DIC%2011/Factores%20asociados%20a%20la%20Emoci%C3%B3n%20Expresada%20familiar%20en%20la%20Esquizofrenia%20implicaciones%20terap%C3%A9uticas..pdf)
- Hernandez, R. Fernandez,C y Baptista,P. (2014). Metodología de la investigación. Sexta edición. Recuperado de: [http://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/05/ Investigación.pdf](http://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/05/Investigaci%C3%B3n.pdf)
- LEY 1566 de 2012. Diario Oficial de la República de Colombia No. 48.508 de 31 de julio de 2012. Recuperado de [https://docs.supersalud.gov.co/ PortalWeb/ Juridica/Leyes/L1566012.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1566012.pdf)
- López, F; León, R; Godoy, J; Muela, J & Araque, F. (2003). Factores familiares que inciden en las drogodependencias. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, Vol. 13, No. 1. pp. 203-230. Recuperado de [http://www.redalyc.org/ pdf/654/65413107.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/654/65413107.pdf)
- March, J. (2014). Emoción expresada en familiares de pacientes hospitalizados con trastornos de la conducta alimentaria (tesis doctoral). Recuperado de: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/286190/jmf1de1.pdf?sequence=1>

- Marcos, J. y Garrido, M. (2009). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*. 2009, Vol. 27, número 2-3, págs. 339-362. ISSN 0213-3334. Recuperado de http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/Marcos_Juan.pdf
- Margullis, M. y Urresti, M. (1998). La construcción social de la condición de juventud. En Cubides, H. Laverde, M. y Valderrama, C. (1998). "Viviendo a toda" Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades. Bogotá: Siglo del Hombre editores.
- Martínez, P. Gómez, A. y Ortega, S. (2005). Adicciones y Patrones Familiares de Conducta. *Psicología iberoamericana*, Vol. 13 No. 1. pp. 5-11. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133926982003.pdf>
- Martínez, J y Verdejo, A. (2011). Creencias básicas adictivas y craving. *Revista Adicciones*, Vol. 23, No. 1. pp. 45-52. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122829006.pdf>
- Medina-Pradas, C. Navarro, J. López, S. Grau, A. & Obiols, J. (2011). Further development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders. Recuperado de: https://www.Researchgate.net/profile/Cristina_Medina-Pradas/publications
- Medina-Pradas C. (2016). Actualización en torno a la Emoción Expresada: Consideraciones teóricas, metodológicas y prácticas. *Revista de Psicoterapia*, Vol. 27, No. 103. pp. 251-266. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5399253>

Colombia. Ministerio de salud y protección social (2012). Ley 1566 del 2012. El consumo de sustancias psicoactivas, un asunto de salud pública. Recuperado de <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO031052013-Cartilla.pdf>

Minuchin, S. (2004). Un modelo familiar. Familias y terapia familiar. Recuperado de: <https://docs.google.com/file/d/0B08c1LEUictRUFFnTDITZkFLOEU/view>

Molina, A. (2012). Aplicaciones de la obra de Jon Elster en los tratamientos de rehabilitación de personas con problemas de adicciones: Mecanismos, emociones y la toma de decisiones en los límites de la irracionalidad. Revista Adicción y Ciencia, Vol. 2, No. 1. pp. 1-14. Recuperado de: http://adiccionyciencia.info/wp-content/uploads/2015/10/molina_2_1.pdf

Molina, A. (2013). Personas, emociones y adicciones: Más allá del cerebro. Revista Adicción y Ciencia, Vol. 3, No. 1. pp. 1-5. Recuperado de: http://adiccionyciencia.info/wp-content/uploads/2015/10/molina_3_1.pdf

Muela, J. y Godoy, J. (2001) Importancia de los componentes de la emoción expresada. Clínica y Salud, Vol. 12, No. 2, pp. 179–197. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618308002.pdf>

Neuroscience of Psychoactive Substance use and dependence. World Health Organization (sf). Geneva. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_E.pdf

Nizama (2015). Innovación conceptual en adicciones. Rev Neuropsiquiatr, Vol. 78, No.1. pp. 22-29. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/2357/2316>

- Observatorio de Drogas de Colombia. (2016). Reporte de drogas de Colombia. Recuperado de: https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/ODC0100322016_reporte_drogas_colombia_2016.pdf
- Stocco, P. (2008). Las comunidades terapéuticas para el tratamiento de la drogodependencia en Europa. *Revista Española de Drogodependencias*, Vol. 33, No. 3. pp. 272-290. Recuperado de: <http://www.aesed.com/descargas/revistas/v33n32.pdf>
- UNODC (2015), Informe mundial sobre las drogas. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
- UNODC (2016), World Drug Report. Recuperado de: http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf
- Vargas, P; Parra, M; Arévalo, C; Cifuentes, L; Valero, J. y Sierra, M. (2015) *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol.44. No.3. pp.166–176. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v44n3/v44n3a07.pdf>
- Viveros, E (2005). Aproximación al concepto de familia en Desarrollo Familiar. *Revista Fundación Universitaria Luís Amigó. Medellín*. Vol.10, No.15. pp.25-32. Recuperado de: http://www.funlam.edu.co/uploads/facultadpsicologia/623_CONCEPTO_DE_FAMILIA_EN_DESARROLLO_FAMILIAR.Viveros.pdf
- Vizcarro y Arévalo (1984). Emoción expresada. Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas. *Estudios de Psicología*, Vol. 7, pp.27-28. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02109395.1986.10821469>

Watzlawick, P. Bavelas, J y Jackson, D. (1991). Teoría de la comunicación humana. Barcelona, España: Editorial Herder. Recuperado de: <https://catedraepistemologia.files.wordpress.com/2015/09/276081111-teoria-de-la-comunicacion-humana-watzlawick.pdf>

Zapata, M. (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. Revista CES Psicología, Vol.2. No.2. pp.86-94. Recuperado de:<http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/355/586>

ANEXOS

Anexo 1. Datos arrojados por el programa estadístico SPSS versión 23

Tabla 1. Frecuencias

Notas

Salida creada		10-NOV-2017 10:02:29	
Comentarios			
Entrada	Conjunto de datos activo	ConjuntoDatos2	
	Filtro	<ninguno>	
	Ponderación	<ninguno>	
	Segmentar archivo	<ninguno>	
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	17	
Manejo de valores perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.	
	Casos utilizados	Las estadísticas se basan en todos los casos con datos válidos.	
Sintaxis	<p>FRECUENCIES VARIABLES=CC1 CC3 CC5 CC7 C2 C4 C6 C8 SIE9 SIE10 SIE11 SIE12 SIE13 SIE14</p> <p>/NTILES=4</p> <p>/STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM SEMEAN MEAN MEDIAN</p> <p>/PIECHART PERCENT</p> <p>/ORDER=ANALYSIS.</p>		
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:07,62	
	Tiempo transcurrido	00:00:06,21	

Tabla 2. Categoría Criticidad

	¿Cuánto te crítica?	¿Cuánto desapueba lo que haces?	¿Cuánto le molesta las cosas que haces?	¿Te sientes criticado por ___?
N Válido	12	12	12	12
Perdidos	5	5	5	5
Media	5,75	6,67	6,92	5,08
Error estándar de la media	,962	,847	,690	,900
Mediana	7,00	7,00	7,50	5,50
Desviación estándar	3,334	2,934	2,392	3,118
Varianza	11,114	8,606	5,720	9,720
Rango	9	8	8	9
Mínimo	1	2	2	1
Máximo	10	10	10	10
Percentiles 25	2,00	4,25	5,25	1,50
50	7,00	7,00	7,50	5,50
75	8,75	9,75	9,00	7,00

Tabla 3. Categoría Calidez

	¿Cómo de cariñoso es contigo?	¿Cuánto te aprecia?	¿Cuánto le gusta hacer cosas y pasar tiempo contigo?	¿Te sientes querido por ___?
N Válido	12	12	12	12
Perdidos	5	5	5	5
Media	7,42	9,25	8,25	9,00
Error estándar de la media	,941	,351	,750	,537
Mediana	9,50	10,00	9,50	10,00
Desviación estándar	3,260	1,215	2,598	1,859
Varianza	10,629	1,477	6,750	3,455
Rango	8	4	8	6
Mínimo	2	6	2	4
Máximo	10	10	10	10
Percentiles 25	4,50	9,00	6,50	8,25
50	9,50	10,00	9,50	10,00
75	10,00	10,00	10,00	10,00

Tabla 4. Categoría Sobreimplicación emocional

		No me deja hacer las cosas por mí mismo	Se mete o interfiere en mis actividades	Me hace sentir que no soy capaz de cuidarme solo	Me siento controlado por —
N	Válido	12	12	12	12
	Perdidos	5	5	5	5
Media		5,25	5,75	5,50	4,67
Error estándar de la media		,986	,863	,793	,865
Mediana		5,00	5,00	5,50	4,00
Desviación estándar		3,415	2,989	2,747	2,995
Varianza		11,659	8,932	7,545	8,970
Rango		9	9	9	9
Mínimo		1	1	1	1
Máximo		10	10	10	10
Percentiles	25	1,50	3,50	3,25	1,75
	50	5,00	5,00	5,50	4,00
	75	8,75	8,75	7,75	7,75

Tabla 5. Categoría Sobreimplicación emocional

		Se estresa fácilmente a causa de mis problemas	Llora con facilidad cuando hablamos de mis cosas
N	Válido	12	12
	Perdidos	5	5
Media		7,83	6,58
Error estándar de la media		,638	,857
Mediana		8,00	7,00
Desviación estándar		2,209	2,968
Varianza		4,879	8,811
Rango		6	9
Mínimo		4	1
Máximo		10	10
Percentiles	25	6,25	4,50
	50	8,00	7,00
	75	10,00	9,50

TABLA DE FRECUENCIA

Tabla 6. ¿Cuánto te crítica?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	2	11,8	16,7	16,7
	2	2	11,8	16,7	33,3
	6	1	5,9	8,3	41,7
	7	3	17,6	25,0	66,7
	8	1	5,9	8,3	75,0
	9	2	11,8	16,7	91,7
	10	1	5,9	8,3	100,0
	Total	12	70,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	29,4		
Total		17	100,0		

Tabla 7. ¿Cuánto desapueba lo que haces?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	2	11,8	16,7	16,7
	4	1	5,9	8,3	25,0
	5	1	5,9	8,3	33,3
	6	1	5,9	8,3	41,7
	7	2	11,8	16,7	58,3
	8	1	5,9	8,3	66,7
	9	1	5,9	8,3	75,0
	10	3	17,6	25,0	100,0
	Total	12	70,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	29,4		
Total		17	100,0		

Tabla 8. ¿Cuánto le molesta las cosas que haces?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	1	5,9	8,3	8,3
	4	1	5,9	8,3	16,7
	5	1	5,9	8,3	25,0
	6	2	11,8	16,7	41,7
	7	1	5,9	8,3	50,0
	8	2	11,8	16,7	66,7
	9	3	17,6	25,0	91,7
	10	1	5,9	8,3	100,0
	Total	12	70,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	29,4		
Total		17	100,0		

Tabla 9. ¿Te sientes criticado por ___?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	17,6	25,0	25,0
	3	1	5,9	8,3	33,3
	4	1	5,9	8,3	41,7
	5	1	5,9	8,3	50,0
	6	1	5,9	8,3	58,3
	7	3	17,6	25,0	83,3
	9	1	5,9	8,3	91,7
	10	1	5,9	8,3	100,0
	Total	12	70,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	29,4		
Total		17	100,0		

Tabla 10. ¿Cómo de cariñoso es contigo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	2	11,8	16,7	16,7
	4	1	5,9	8,3	25,0
	6	2	11,8	16,7	41,7
	9	1	5,9	8,3	50,0
	10	6	35,3	50,0	100,0
	Total	12	70,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	29,4		
Total		17	100,0		

Tabla 11. ¿Cuánto te aprecia?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	6	1	5,9	8,3	8,3
	8	1	5,9	8,3	16,7
	9	3	17,6	25,0	41,7
	10	7	41,2	58,3	100,0
	Total	12	70,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	29,4		
Total		17	100,0		

Tabla 12. ¿Cuánto le gusta hacer cosas y pasar tiempo contigo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	1	5,9	8,3	8,3
	5	1	5,9	8,3	16,7
	6	1	5,9	8,3	25,0
	8	1	5,9	8,3	33,3
	9	2	11,8	16,7	50,0
	10	6	35,3	50,0	100,0
	Total	12	70,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	29,4		
Total		17	100,0		

Tabla 13. ¿Te sientes querido por ___?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	4	1	5,9	8,3	8,3
	7	1	5,9	8,3	16,7
	8	1	5,9	8,3	25,0
	9	1	5,9	8,3	33,3
	10	8	47,1	66,7	100,0
	Total	12	70,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	29,4		
Total		17	100,0		

Tabla 14. No me deja hacer las cosas por mí mismo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	17,6	25,0	25,0
	3	1	5,9	8,3	33,3
	4	1	5,9	8,3	41,7
	5	2	11,8	16,7	58,3
	6	1	5,9	8,3	66,7
	8	1	5,9	8,3	75,0
	9	1	5,9	8,3	83,3
	10	2	11,8	16,7	100,0
	Total	12	70,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	29,4		
Total		17	100,0		

Tabla 15. Se mete o interfiere en mis actividades

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	5,9	8,3	8,3
	2	1	5,9	8,3	16,7
	3	1	5,9	8,3	25,0
	5	4	23,5	33,3	58,3
	6	1	5,9	8,3	66,7
	8	1	5,9	8,3	75,0
	9	1	5,9	8,3	83,3
	10	2	11,8	16,7	100,0
	Total	12	70,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	29,4		
Total		17	100,0		

Tabla 16. Me hace sentir que no soy capaz de cuidarme solo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	5,9	8,3	8,3
	2	1	5,9	8,3	16,7
	3	1	5,9	8,3	25,0
	4	1	5,9	8,3	33,3
	5	2	11,8	16,7	50,0
	6	2	11,8	16,7	66,7
	7	1	5,9	8,3	75,0
	8	1	5,9	8,3	83,3
	9	1	5,9	8,3	91,7
	10	1	5,9	8,3	100,0
	Total	12	70,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	29,4		
Total		17	100,0		

Tabla 17. Me siento controlado por ____

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	3	17,6	25,0	25,0
	4	5	29,4	41,7	66,7
	7	1	5,9	8,3	75,0
	8	2	11,8	16,7	91,7
	10	1	5,9	8,3	100,0
	Total	12	70,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	29,4		
Total		17	100,0		

Tabla 18. Se estresa fácilmente a causa de mis problemas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	4	2	11,8	16,7	16,7
	6	1	5,9	8,3	25,0
	7	1	5,9	8,3	33,3
	8	3	17,6	25,0	58,3
	9	1	5,9	8,3	66,7
	10	4	23,5	33,3	100,0
	Total	12	70,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	29,4		
Total		17	100,0		

Tabla 19. Lloro con facilidad cuando hablamos de mis cosas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	5,9	8,3	8,3
	2	1	5,9	8,3	16,7
	4	1	5,9	8,3	25,0
	6	1	5,9	8,3	33,3
	7	4	23,5	33,3	66,7
	8	1	5,9	8,3	75,0
	10	3	17,6	25,0	100,0
	Total	12	70,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	29,4		
Total		17	100,0		

Anexo 2. Instrumento de medición emoción expresada versión pacientes.

BDSEE – Versión para pacientes

Estas preguntas tienen que ver con cómo percibes a tu familiar (especificar quién _____).

Pensando en los últimos 3 meses, por favor marca el número de 1 a 10 que mejor corresponda con tu percepción.

1. ¿Cuánto te critica _____?

<i>No me critica nada</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Me critica mucho</i>
---------------------------	----------------------	-------------------------
2. ¿Cómo de cariñoso/a es _____ contigo?

<i>Nada cariñoso/a</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Muy cariñoso/a</i>
------------------------	----------------------	-----------------------
3. ¿Cuánto desaprueba _____ lo que haces?

<i>No desaprueba nada</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Desaprueba mucho</i>
---------------------------	----------------------	-------------------------
4. ¿Cuánto te aprecia _____?

<i>No me aprecia nada</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Me aprecia mucho</i>
---------------------------	----------------------	-------------------------
5. ¿Cuánto le molestan a _____ las cosas que haces?

<i>No le molestan nada</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Le molestan mucho</i>
----------------------------	----------------------	--------------------------
6. ¿Cuánto le gusta a _____ hacer cosas y pasar tiempo contigo?

<i>No le gusta nada</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Le gusta mucho</i>
-------------------------	----------------------	-----------------------
7. ¿Te sientes criticado/a por _____?

<i>Nada criticado/a</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Muy criticado/a</i>
-------------------------	----------------------	------------------------
8. ¿Te sientes querido/a por _____?

<i>Nada querido/a</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<i>Muy querido/a</i>
-----------------------	----------------------	----------------------
9. _____ no me deja hacer las cosas por mí mismo/a

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nunca Algunas veces	Siempre
----------------------	-----------------------------------	----------------
10. _____ se mete o interfiere en mis actividades (en mi vida y mis asuntos)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nunca Algunas veces	Siempre
----------------------	-----------------------------------	----------------
11. _____ me hace sentir que no soy capaz de cuidarme sólo/a

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nunca Algunas veces	Siempre
----------------------	-----------------------------------	----------------
12. Me siento controlado/a por _____

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nunca Algunas veces	Siempre
----------------------	-----------------------------------	----------------
13. _____ se estresa fácilmente a causa de mis problemas

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nunca Algunas veces	Siempre
----------------------	-----------------------------------	----------------
14. _____ llora con facilidad cuando hablamos de mis cosas

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nunca Algunas veces	Siempre
----------------------	-----------------------------------	----------------

Anexo 3. Carta solicitando consentimiento para la aplicación del instrumento

Santiago de Cali octubre 7 del 2017

Señora

Carolina Torres
Trabajadora social
Fundación Joshua Sembradores

Cordial saludo.

Por medio de la presente me dirijo a usted para concebir su consentimiento, para que las estudiantes Andrea bouzas y diana Meléndez, realicen la aplicación del instrumento emoción expresada (BDSEE) a 12 residentes de la fundación Joshua, con el objetivo que se evalúe las emociones percibidas por ellos ante sus familiares. Esta información es importante para el desarrollo del trabajo de grado de las estudiantes, las cuales se encuentran en decimo semestre de la facultad de psicología, de la universidad católica lumen Gentium.

Cabe señalar que esta actividad no conlleva ningún gasto para su institución y no interfiere con el normal funcionamiento de las actividades propias de la fundación. Además, se entregará a los residentes un consentimiento informado donde se les invita a participar del proyecto de forma voluntaria, y se les explica en qué consistirá la evaluación.

ATT


Andrea Bouzas, Diana Meléndez.


Anexo 4. Respuesta a carta

Santiago de Cali octubre 13 del 2017

Cordial saludo.

La presente es para autorizar, a las estudiantes Andrea bouzas y diana meléndez para que lleven a cabo la aplicación del instrumento emoción expresada, a 12 residentes dentro de las instalaciones de la fundación Joshua, manifiesto tener conocimiento de los objetivos del método de medición, concerniente al trabajo de grado.

ATT


Carolina Torres
Trabajadora social
Fundación Joshua Sembradores

Anexo 5. Respuestas de los instrumentos

3.1

BDSEE – Versión para pacientes

Estas preguntas tienen que ver con cómo percibes a tu familiar (especificar quién Madre).

Pensando en los últimos 3 meses, por favor marca el número de 1 a 10 que mejor corresponda con tu percepción.

1. ¿Cuánto te critica _____?
No me critica nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Me critica mucho*
 (1)
2. ¿Cómo de cariñoso/a es _____ contigo?
Nada cariñoso/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy cariñoso/a*
 (10)
3. ¿Cuánto desaprueba _____ lo que haces?
No desaprueba nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Desaprueba mucho*
 (2)
4. ¿Cuánto te aprecia _____?
No me aprecia nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Me aprecia mucho*
 (9)
5. ¿Cuánto le molestan a _____ las cosas que haces?
No le molestan nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Le molestan mucho*
 (2)
6. ¿Cuánto le gusta a _____ hacer cosas y pasar tiempo contigo?
No le gusta nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Le gusta mucho*
 (10)
7. ¿Te sientes criticado/a por _____?
Nada criticado/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy criticado/a*
 (1)
8. ¿Te sientes querido/a por _____?
Nada querido/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy querido/a*
 (10)
9. _____ no me deja hacer las cosas por mí mismo/a
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
 (3)
10. _____ se mete o interfiere en mis actividades (en mi vida y mis asuntos)
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
 (5)
11. _____ me hace sentir que no soy capaz de cuidarme sólo/a
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
 (5)
12. Me siento controlado/a por _____
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
 (1)
13. _____ se estresa fácilmente a causa de mis problemas
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
 (4)
14. _____ llora con facilidad cuando hablamos de mis cosas
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
 (2)

BDSEE – Versión para pacientes

Estas preguntas tienen que ver con cómo percibes a tu familiar (especificar quién Madre).

Pensando en los últimos 3 meses, por favor marca el número de 1 a 10 que mejor corresponda con tu percepción.

1. ¿Cuánto te critica _____?
No me critica nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Me critica mucho*
2. ¿Cómo de cariñoso/a es _____ contigo?
Nada cariñoso/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy cariñoso/a*
3. ¿Cuánto desapueba _____ lo que haces?
No desapueba nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Desapueba mucho*
4. ¿Cuánto te aprecia _____?
No me aprecia nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Me aprecia mucho*
5. ¿Cuánto le molestan a _____ las cosas que haces?
No le molestan nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Le molestan mucho*
6. ¿Cuánto le gusta a _____ hacer cosas y pasar tiempo contigo?
No le gusta nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Le gusta mucho*
7. ¿Te sientes criticado/a por _____?
Nada criticado/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy criticado/a*
8. ¿Te sientes querido/a por _____?
Nada querido/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy querido/a*
9. _____ no me deja hacer las cosas por mí mismo/a
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
10. _____ se mete o interfiere en mis actividades (en mi vida y mis asuntos)
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
11. _____ me hace sentir que no soy capaz de cuidarme sólo/a
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
12. Me siento controlado/a por _____
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
13. _____ se estresa fácilmente a causa de mis problemas
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
14. _____ llora con facilidad cuando hablamos de mis cosas
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*

BDSEE – Versión para pacientes

Estas preguntas tienen que ver con cómo percibes a tu familiar (especificar quién madre).

Pensando en los últimos 3 meses, por favor marca el número de 1 a 10 que mejor corresponda con tu percepción.

1. ¿Cuánto te critica _____?
No me critica nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Me critica mucho*
2. ¿Cómo de cariñoso/a es _____ contigo?
Nada cariñoso/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy cariñoso/a*
3. ¿Cuánto desaprueba _____ lo que haces?
No desaprueba nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Desaprueba mucho*
4. ¿Cuánto te aprecia _____?
No me aprecia nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Me aprecia mucho*
5. ¿Cuánto le molestan a _____ las cosas que haces?
No le molestan nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Le molestan mucho*
6. ¿Cuánto le gusta a _____ hacer cosas y pasar tiempo contigo?
No le gusta nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Le gusta mucho*
7. ¿Te sientes criticado/a por _____?
Nada criticado/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy criticado/a*
8. ¿Te sientes querido/a por _____?
Nada querido/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy querido/a*
9. _____ no me deja hacer las cosas por mí mismo/a
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
10. _____ se mete o interfiere en mis actividades (en mi vida y mis asuntos)
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
11. _____ me hace sentir que no soy capaz de cuidarme sólo/a
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
12. Me siento controlado/a por _____
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
13. _____ se estresa fácilmente a causa de mis problemas
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
14. _____ llora con facilidad cuando hablamos de mis cosas
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*

Medina-Pradas et al. (2011). Further development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders. *Psychiatry Research*.

BDSEE – Versión para pacientes

Estas preguntas tienen que ver con cómo percibes a tu familiar (especificar quién Madre).

L 5.4
Lev.

Pensando en los últimos 3 meses, por favor marca el número de 1 a 10 que mejor corresponda con tu percepción.

1. ¿Cuánto te critica _____?
No me critica nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Me critica mucho*
2. ¿Cómo de cariñoso/a es _____ contigo?
Nada cariñoso/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy cariñoso/a*
3. ¿Cuánto desaprueba _____ lo que haces?
No desaprueba nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Desaprueba mucho*
4. ¿Cuánto te aprecia _____?
No me aprecia nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Me aprecia mucho*
5. ¿Cuánto le molestan a _____ las cosas que haces?
No le molestan nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Le molestan mucho*
6. ¿Cuánto le gusta a _____ hacer cosas y pasar tiempo contigo?
No le gusta nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Le gusta mucho*
7. ¿Te sientes criticado/a por _____?
Nada criticado/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy criticado/a*
8. ¿Te sientes querido/a por _____?
Nada querido/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy querido/a*
9. _____ no me deja hacer las cosas por mí mismo/a
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
10. _____ se mete o interfiere en mis actividades (en mi vida y mis asuntos)
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
11. _____ me hace sentir que no soy capaz de cuidarme sólo/a
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
12. Me siento controlado/a por _____
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
13. _____ se estresa fácilmente a causa de mis problemas
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
14. _____ llora con facilidad cuando hablamos de mis cosas
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*

CAC

BDSEE – Versión para pacientes

Estas preguntas tienen que ver con cómo percibes a tu familiar (especificar quién Madre).

Pensando en los últimos 3 meses, por favor marca el número de 1 a 10 que mejor corresponda con tu percepción.

1. ¿Cuánto te critica _____?
No me critica nada 1 2 3 4 5 6 **7** 8 9 10 *Me critica mucho*
2. ¿Cómo de cariñoso/a es _____ contigo?
Nada cariñoso/a 1 2 3 4 5 **6** 7 8 9 10 *Muy cariñoso/a*
3. ¿Cuánto desaprueba _____ lo que haces?
No desaprueba nada 1 2 3 4 5 6 7 8 **9** 10 *Desaprueba mucho*
4. ¿Cuánto te aprecia _____?
No me aprecia nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10** *Me aprecia mucho*
5. ¿Cuánto le molestan a _____ las cosas que haces?
No le molestan nada 1 2 3 4 5 **6** 7 8 9 10 *Le molestan mucho*
6. ¿Cuánto le gusta a _____ hacer cosas y pasar tiempo contigo?
No le gusta nada 1 2 3 4 5 **6** 7 8 9 10 *Le gusta mucho*
7. ¿Te sientes criticado/a por _____?
Nada criticado/a 1 2 3 4 5 **6** 7 8 9 10 *Muy criticado/a*
8. ¿Te sientes querido/a por _____?
Nada querido/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10** *Muy querido/a*
9. _____ no me deja hacer las cosas por mí mismo/a
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**
Nunca Algunas veces Siempre
10. _____ se mete o interfiere en mis actividades (en mi vida y mis asuntos)
 1 2 **3** 4 5 6 7 8 9 10
Nunca Algunas veces Siempre
11. _____ me hace sentir que no soy capaz de cuidarme sólo/a
 1 2 **3** 4 5 6 7 8 9 10
Nunca Algunas veces Siempre
12. Me siento controlado/a por _____
 1 **2** 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca Algunas veces Siempre
13. _____ se estresa fácilmente a causa de mis problemas
 1 2 3 4 5 6 7 8 **9** 10
Nunca Algunas veces Siempre
14. _____ llora con facilidad cuando hablamos de mis cosas
 1 2 3 4 5 6 **7** 8 9 10
Nunca Algunas veces Siempre

Medina-Pradas et al. (2011). Further development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders. *Psychiatry Research*.

Sujeto 6

BDSEE – Versión para pacientes

Estas preguntas tienen que ver con cómo percibes a tu familiar (especificar quién Madre).

Pensando en los últimos 3 meses, por favor marca el número de 1 a 10 que mejor corresponda con tu percepción.

1. ¿Cuánto te critica _____?
No me critica nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Me critica mucho*
2. ¿Cómo de cariñoso/a es _____ contigo?
Nada cariñoso/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy cariñoso/a*
3. ¿Cuánto desaprueba _____ lo que haces?
No desaprueba nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Desaprueba mucho*
4. ¿Cuánto te aprecia _____?
No me aprecia nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Me aprecia mucho*
5. ¿Cuánto le molestan a _____ las cosas que haces?
No le molestan nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Le molestan mucho*
6. ¿Cuánto le gusta a _____ hacer cosas y pasar tiempo contigo?
No le gusta nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Le gusta mucho*
7. ¿Te sientes criticado/a por _____?
Nada criticado/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy criticado/a*
8. ¿Te sientes querido/a por _____?
Nada querido/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy querido/a*
9. _____ no me deja hacer las cosas por mí mismo/a
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
10. _____ se mete o interfiere en mis actividades (en mi vida y mis asuntos)
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
11. _____ me hace sentir que no soy capaz de cuidarme sólo/a
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
12. Me siento controlado/a por _____
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
13. _____ se estresa fácilmente a causa de mis problemas
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
14. _____ llora con facilidad cuando hablamos de mis cosas
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*

BDSEE – Versión para pacientes

Estas preguntas tienen que ver con cómo percibes a tu familiar (especificar quién Madre).

Pensando en los últimos 3 meses, por favor marca el número de 1 a 10 que mejor corresponda con tu percepción.

1. ¿Cuánto te critica _____?
No me critica nada 1 2 3 4 5 6 7 8 **9** 10 *Me critica mucho*
2. ¿Cómo de cariñoso/a es _____ contigo?
Nada cariñoso/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10** *Muy cariñoso/a*
3. ¿Cuánto desaprueba _____ lo que haces?
No desaprueba nada 1 2 3 4 5 6 7 **8** 9 10 *Desaprueba mucho*
4. ¿Cuánto te aprecia _____?
No me aprecia nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10** *Me aprecia mucho*
5. ¿Cuánto le molestan a _____ las cosas que haces?
No le molestan nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10** *Le molestan mucho*
6. ¿Cuánto le gusta a _____ hacer cosas y pasar tiempo contigo?
No le gusta nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10** *Le gusta mucho*
7. ¿Te sientes criticado/a por _____?
Nada criticado/a 1 2 3 4 5 6 **7** 8 9 10 *Muy criticado/a*
8. ¿Te sientes querido/a por _____?
Nada querido/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10** *Muy querido/a*
9. _____ no me deja hacer las cosas por mí mismo/a
1 2 3 4 5 **6** 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
10. _____ se mete o interfiere en mis actividades (en mi vida y mis asuntos)
1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
11. _____ me hace sentir que no soy capaz de cuidarme sólo/a
1 2 3 **4** 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
12. Me siento controlado/a por _____
1 2 3 4 5 6 7 **8** 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
13. _____ se estresa fácilmente a causa de mis problemas
1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
14. _____ llora con facilidad cuando hablamos de mis cosas
1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**
Nunca *Algunas veces* *Siempre*

Medina-Pradas et al. (2011). Further development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders. *Psychiatry Research*

BDSEE – Versión para pacientes

Estas preguntas tienen que ver con cómo percibes a tu familiar (especificar quién Humana).

Pensando en los últimos 3 meses, por favor marca el número de 1 a 10 que mejor corresponda con tu percepción.

1. ¿Cuánto te critica _____?
No me critica nada 1 (2) 3 4 5 6 7 8 9 10 *Me critica mucho*
2. ¿Cómo de cariñoso/a es _____ contigo?
Nada cariñoso/a 1 (2) 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy cariñoso/a*
3. ¿Cuánto desaprueba _____ lo que haces?
No desaprueba nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (10) *Desaprueba mucho*
4. ¿Cuánto te aprecia _____?
No me aprecia nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (10) *Me aprecia mucho*
5. ¿Cuánto le molestan a _____ las cosas que haces?
No le molestan nada 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) 10 *Le molestan mucho*
6. ¿Cuánto le gusta a _____ hacer cosas y pasar tiempo contigo?
No le gusta nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (10) *Le gusta mucho*
7. ¿Te sientes criticado/a por _____?
Nada criticado/a 1 2 (3) 4 5 6 7 8 9 10 *Muy criticado/a*
8. ¿Te sientes querido/a por _____?
Nada querido/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (10) *Muy querido/a*
9. _____ no me deja hacer las cosas por mí mismo/a
 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) 10
Nunca Algunas veces Siempre
10. _____ se mete o interfiere en mis actividades (en mi vida y mis asuntos)
 1 2 3 4 5 (6) 7 8 9 10
Nunca Algunas veces Siempre
11. _____ me hace sentir que no soy capaz de cuidarme sólo/a
 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) 10
Nunca Algunas veces Siempre
12. Me siento controlado/a por _____
 1 2 3 (4) 5 6 7 8 9 10
Nunca Algunas veces Siempre
13. _____ se estresa fácilmente a causa de mis problemas
 1 2 3 4 5 (6) 7 8 9 10
Nunca Algunas veces Siempre
14. _____ llora con facilidad cuando hablamos de mis cosas
 1 2 3 (4) 5 6 7 8 9 10
Nunca Algunas veces Siempre

BDSEE – Versión para pacientes

Estas preguntas tienen que ver con cómo percibes a tu familiar (especificar quién padre).

Pensando en los últimos 3 meses, por favor marca el número de 1 a 10 que mejor corresponda con tu percepción.

- 1. ¿Cuánto te critica _____?
No me critica nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Me critica mucho*
- 2. ¿Cómo de cariñoso/a es _____ contigo?
Nada cariñoso/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy cariñoso/a*
- 3. ¿Cuánto desaprueba _____ lo que haces?
No desaprueba nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Desaprueba mucho*
- 4. ¿Cuánto te aprecia _____?
No me aprecia nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Me aprecia mucho*
- 5. ¿Cuánto le molestan a _____ las cosas que haces?
No le molestan nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Le molestan mucho*
- 6. ¿Cuánto le gusta a _____ hacer cosas y pasar tiempo contigo?
No le gusta nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Le gusta mucho*
- 7. ¿Te sientes criticado/a por _____?
Nada criticado/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy criticado/a*
- 8. ¿Te sientes querido/a por _____?
Nada querido/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy querido/a*
- 9. _____ no me deja hacer las cosas por mí mismo/a
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
- 10. _____ se mete o interfiere en mis actividades (en mi vida y mis asuntos)
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
- 11. _____ me hace sentir que no soy capaz de cuidarme sólo/a
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
- 12. Me siento controlado/a por _____
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
- 13. _____ se estresa fácilmente a causa de mis problemas
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
- 14. _____ llora con facilidad cuando hablamos de mis cosas
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*

Medina-Pradas et al. (2011). Further development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders. *Psychiatry Research*

3.10

BDSEE – Versión para pacientes

Estas preguntas tienen que ver con cómo percibes a tu familiar (especificar quién Padre).

Pensando en los últimos 3 meses, por favor marca el número de 1 a 10 que mejor corresponda con tu percepción.

1. ¿Cuánto te critica _____?
No me critica nada 1 (2) 3 4 5 6 7 8 9 10 *Me critica mucho*
2. ¿Cómo de cariñoso/a es _____ contigo?
Nada cariñoso/a 1 (2) 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy cariñoso/a*
3. ¿Cuánto desaprueba _____ lo que haces?
No desaprueba nada 1 (2) 3 4 5 6 7 8 9 10 *Desaprueba mucho*
4. ¿Cuánto te aprecia _____?
No me aprecia nada 1 2 3 4 5 (6) 7 8 9 10 *Me aprecia mucho*
5. ¿Cuánto le molestan a _____ las cosas que haces?
No le molestan nada 1 2 3 (4) 5 6 7 8 9 10 *Le molestan mucho*
6. ¿Cuánto le gusta a _____ hacer cosas y pasar tiempo contigo?
No le gusta nada 1 (2) 3 4 5 6 7 8 9 10 *Le gusta mucho*
7. ¿Te sientes criticado/a por _____?
Nada criticado/a (1) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy criticado/a*
8. ¿Te sientes querido/a por _____?
Nada querido/a 1 2 3 (4) 5 6 7 8 9 10 *Muy querido/a*
9. _____ no me deja hacer las cosas por mí mismo/a
(1) 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
10. _____ se mete o interfiere en mis actividades (en mi vida y mis asuntos)
(1) 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
11. _____ me hace sentir que no soy capaz de cuidarme sólo/a
(1) 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
12. Me siento controlado/a por _____
(1) 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
13. _____ se estresa fácilmente a causa de mis problemas
1 2 3 (4) 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*
14. _____ llora con facilidad cuando hablamos de mis cosas
(1) 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca *Algunas veces* *Siempre*

BDSEE – Versión para pacientes


Estas preguntas tienen que ver con cómo percibes a tu familiar (especificar quién Hadre).

Pensando en los últimos 3 meses, por favor marca el número de 1 a 10 que mejor corresponda con tu percepción.

1. ¿Cuánto te critica _____?
No me critica nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Me critica mucho*
2. ¿Cómo de cariñoso/a es _____ contigo?
Nada cariñoso/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy cariñoso/a*
3. ¿Cuánto desaprueba _____ lo que haces?
No desaprueba nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Desaprueba mucho*
4. ¿Cuánto te aprecia _____?
No me aprecia nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Me aprecia mucho*
5. ¿Cuánto le molestan a _____ las cosas que haces?
No le molestan nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Le molestan mucho*
6. ¿Cuánto le gusta a _____ hacer cosas y pasar tiempo contigo?
No le gusta nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Le gusta mucho*
7. ¿Te sientes criticado/a por _____?
Nada criticado/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy criticado/a*
8. ¿Te sientes querido/a por _____?
Nada querido/a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy querido/a*
9. _____ no me deja hacer las cosas por mí mismo/a
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca Algunas veces Siempre
10. _____ se mete o interfiere en mis actividades (en mi vida y mis asuntos)
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca Algunas veces Siempre
11. _____ me hace sentir que no soy capaz de cuidarme sólo/a
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca Algunas veces Siempre
12. Me siento controlado/a por _____
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca Algunas veces Siempre
13. _____ se estresa fácilmente a causa de mis problemas
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca Algunas veces Siempre
14. _____ llora con facilidad cuando hablamos de mis cosas
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca Algunas veces Siempre

Anexo 6. Consentimientos informados firmados

B.1



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Consentimiento Informado

Fecha: Octubre 15 2017

Yo, _____ Identificada(o) con C.C. (✓)

No. / _____ con residencia en Cali teléfono _____ ; años de edad 18 manifiesto que he sido informada (o) sobre el objetivo de la investigación para su proyecto de grado, por parte de los estudiantes de Psicología, de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium (UNICATOLICA), y que tengo conocimiento de los objetivos y fases de aplicación de los cuestionarios.

Fui informada (o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Soy consciente que mi participación es libre y voluntaria.

Acepto contestar de manera clara y sincera, entendiendo que los resultados serán tratados de forma anónima, respetando la confidencialidad de mis datos. El proceso de la investigación no representa ningún peligro ni efectos secundarios para mi persona. Comprendo que esta información es importante, para el fortalecimiento de las competencias académicas de los futuros profesionales de la psicología.

Acepto participar libre y voluntariamente lo mencionado.

Firma _____
Nombre(s), Apellido(s) del participante
C.C. _____

Firma Hudson Barros - Estudiante
Nombre(s), Apellido(s) del participante
C.C. 38 552823

Firma Ricard J. Perez - Estudiante
Nombre(s), Apellido(s) del estudiante
C.C. 1130 669929

4.2



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Consentimiento Informado

Fecha: octubre 15 2014

Yo, _____ Identificada(o) con C.C ()

No. _____ con residencia en _____ años de edad 25 manifiesto que he sido informada (o) sobre el objetivo de la investigación para su proyecto de grado, por parte de los estudiantes de Psicología, de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium (UNICATOLICA), y que tengo conocimiento de los objetivos y fases de aplicación de los cuestionarios.

Fui informada (o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Soy consciente que mi participación es libre y voluntaria.

Acepto contestar de manera clara y sincera, entendiendo que los resultados serán tratados de forma anónima, respetando la confidencialidad de mis datos. El proceso de la investigación no representa ningún peligro ni efectos secundarios para mi persona. Comprendo que esta información es importante, para el fortalecimiento de las competencias académicas de los futuros profesionales de la psicología.

Acepto participar libre y voluntariamente lo mencionado.

Firma _____

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C. _____

Firma Andrea Bourais / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C. 38552823

Firma Diego Delacruz / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del estudiante

C.C. 4430669424



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Consentimiento Informado

Fecha: Octubre 15 2017

Yo, _____ Identificada(o) con C.C ()
No. _____ con residencia en Cal-Valle teléfono, _____ años de
edad 23 manifiesto que he sido informada (o) sobre el objetivo de la investigación para
su proyecto de grado, por parte de los estudiantes de Psicología, de la Fundación
Universitaria Católica Lumen Gentium (UNICATOLICA), y que tengo conocimiento de
los objetivos y fases de aplicación de los cuestionarios.

Fui informada (o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas
al respecto. Soy consciente que mi participación es libre y voluntaria.

Acepto contestar de manera clara y sincera, entendiendo que los resultados serán tratados
de forma anónima, respetando la confidencialidad de mis datos. El proceso de la
investigación no representa ningún peligro ni efectos secundarios para mi persona.
Comprendo que esta información es importante, para el fortalecimiento de las competencias
académicas de los futuros profesionales de la psicología.

Acepto participar libre y voluntariamente lo mencionado.

Firma _____

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C _____

Firma Andrea Boveris / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C 38552823

Firma Viviana Perea / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del estudiante

C.C 1130669129

5.4



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Consentimiento Informado

Fecha: Octubre 15 2017

Yo, _____ Identificada(o) con C.C ()

No _____ con residencia en _____ teléfono _____ años de edad manifiesto que he sido informada (o) sobre el objetivo de la investigación para su proyecto de grado, por parte de los estudiantes de Psicología, de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium (UNICATOLICA), y que tengo conocimiento de los objetivos y fases de aplicación de los cuestionarios.

Fui informada (o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Soy consciente que mi participación es libre y voluntaria.

Acepto contestar de manera clara y sincera, entendiendo que los resultados serán tratados de forma anónima, respetando la confidencialidad de mis datos. El proceso de la investigación no representa ningún peligro ni efectos secundarios para mi persona. Comprendo que esta información es importante, para el fortalecimiento de las competencias académicas de los futuros profesionales de la psicología.

Acepto participar libre y voluntariamente lo mencionado.

Firma _____

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C _____

Firma Andrea Bouzis / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del estudiante

C.C 38552823

Firma Yiaco eldault / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del estudiante

C.C 9930669929



FUNDACION UNIVERSITARIA CATOLICA LUMEN GENTIUM
PROGRAMA DE PSICOLOGIA

Consentimiento Informado

Fecha: Octubre 15 2017

Yo, _____ Identificada(o) con C.C ()
No. _____ con residencia en _____ teléfono _____ años de
edad manifiesto que he sido informada (o) sobre el objetivo de la investigación para su
proyecto de grado, por parte de los estudiantes de Psicología, de la Fundación Universitaria
Católica Lumen Gentium (UNICATOLICA), y que tengo conocimiento de los objetivos y
fases de aplicación de los cuestionarios.

Fui informada (o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas
al respecto. Soy consciente que mi participación es libre y voluntaria.

Acepto contestar de manera clara y sincera, entendiendo que los resultados serán tratados
de forma anónima, respetando la confidencialidad de mis datos. El proceso de la
investigación no representa ningún peligro ni efectos secundarios para mi persona.
Comprendo que esta información es importante, para el fortalecimiento de las competencias
académicas de los futuros profesionales de la psicología.

Acepto participar libre y voluntariamente lo mencionado.

Firma _____

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C _____

Firma Andrea Bous / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del estudiante

C.C 38552823

Firma Diana Pineda / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del estudiante

C.C 9930669929



sujeito 6

Consentimiento Informado

Fecha: 15 octubre 2017

Yo, _____ Identificada(o) con C.C ()

No. _____ con residencia en _____ teléfono _____ años de edad 32 manifiesto que he sido informada (o) sobre el objetivo de la investigación para su proyecto de grado, por parte de los estudiantes de Psicología, de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium (UNICATOLICA), y que tengo conocimiento de los objetivos y fases de aplicación de los cuestionarios.

Fui informada (o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Soy consciente que mi participación es libre y voluntaria.

Acepto contestar de manera clara y sincera, entendiendo que los resultados serán tratados de forma anónima, respetando la confidencialidad de mis datos. El proceso de la investigación no representa ningún peligro ni efectos secundarios para mi persona. Comprendo que esta información es importante, para el fortalecimiento de las competencias académicas de los futuros profesionales de la psicología.

Acepto participar libre y voluntariamente lo mencionado.

Firma _____ / Madre

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C _____
Firma Andrea Boveas / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C 38552823

Firma David + Alejandra / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del estudiante

C.C 9930669929



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Consentimiento Informado

Fecha: Octubre 15 2017

Yo, _____ identificada(o) con C.C. (X)

No. _____ con residencia en CALÍ teléfono _____ ; años de edad 32 manifiesto que he sido informada (o) sobre el objetivo de la investigación para su proyecto de grado, por parte de los estudiantes de Psicología, de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium (UNICATOLICA), y que tengo conocimiento de los objetivos y fases de aplicación de los cuestionarios.

Fui informada (o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Soy consciente que mi participación es libre y voluntaria.

Acepto contestar de manera clara y sincera, entendiendo que los resultados serán tratados de forma anónima, respetando la confidencialidad de mis datos. El proceso de la investigación no representa ningún peligro ni efectos secundarios para mi persona. Comprendo que esta información es importante, para el fortalecimiento de las competencias académicas de los futuros profesionales de la psicología.

Acepto participar libre y voluntariamente lo mencionado.

Firma _____

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C. _____

Firma Andrea Bizarra / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C. 38552823

Firma Diego Delacruz / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del estudiante

C.C. 1130669921



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

S.8

Consentimiento Informado

Fecha: octubre 15 2017

Yo, _____ Identificada(o) con C.C ()

No. _____ con residencia en _____ teléfono _____ ; años de edad 28 manifiesto que he sido informada (o) sobre el objetivo de la investigación para su proyecto de grado, por parte de los estudiantes de Psicología, de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium (UNICATOLICA), y que tengo conocimiento de los objetivos y fases de aplicación de los cuestionarios.

Fui informada (o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Soy consciente que mi participación es libre y voluntaria.

Acepto contestar de manera clara y sincera, entendiendo que los resultados serán tratados de forma anónima, respetando la confidencialidad de mis datos. El proceso de la investigación no representa ningún peligro ni efectos secundarios para mi persona. Comprendo que esta información es importante, para el fortalecimiento de las competencias académicas de los futuros profesionales de la psicología.

Acepto participar libre y voluntariamente lo mencionado.

Firma _____

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C _____

Firma Andrea Barros / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C 38552823

Firma Diego Peláez / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del estudiante

C.C 9930669929



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Consentimiento Informado

Fecha: Octubre 15 2017

Yo _____ Identificada(o) con C.C. () _____
No _____ con residencia en _____ teléfono: _____ años de
edad 30 manifiesto que he sido informada (o) sobre el objetivo de la investigación para
su proyecto de grado, por parte de los estudiantes de Psicología, de la Fundación
Universitaria Católica Lumen Gentium (UNICATOLICA), y que tengo conocimiento de
los objetivos y fases de aplicación de los cuestionarios.

Fui informada (o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas
al respecto. Soy consciente que mi participación es libre y voluntaria.

Acepto contestar de manera clara y sincera, entendiendo que los resultados serán tratados
de forma anónima, respetando la confidencialidad de mis datos. El proceso de la
investigación no representa ningún peligro ni efectos secundarios para mi persona.
Comprendo que esta información es importante, para el fortalecimiento de las competencias
académicas de los futuros profesionales de la psicología.

Acepto participar libre y voluntariamente lo mencionado.

Firma _____

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C.

Firma Andria Bourcas / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C. 38552823

Firma Prisca R. R. / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del estudiante

C.C. 9430669929



Consentimiento Informado

Fecha: Octubre 15 2017

Yo, _____ Identificada(o) con C.C.

No. _____ con residencia en _____ teléfono _____ años de edad 20 manifiesto que he sido informada (o) sobre el objetivo de la investigación para su proyecto de grado, por parte de los estudiantes de Psicología, de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium (UNICATOLICA), y que tengo conocimiento de los objetivos y fases de aplicación de los cuestionarios.

Fui informada (o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Soy consciente que mi participación es libre y voluntaria.

Acepto contestar de manera clara y sincera, entendiendo que los resultados serán tratados de forma anónima, respetando la confidencialidad de mis datos. El proceso de la investigación no representa ningún peligro ni efectos secundarios para mi persona. Comprendo que esta información es importante, para el fortalecimiento de las competencias académicas de los futuros profesionales de la psicología.

Acepto participar libre y voluntariamente lo mencionado.

Firma _____

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C. _____

Firma Andrea Buzco / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C. 38552823

Firma Jessica Lebeul / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del estudiante

C.C. 4430669129



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

B. 11

Consentimiento Informado

Fecha: Octubre 15 2011

Yo, _____ Identificada(o) con C.C. ()
No. _____ con residencia en Calí teléfono _____ años de
edad 21 manifiesto que he sido informada (o) sobre el objetivo de la investigación para
su proyecto de grado, por parte de los estudiantes de Psicología, de la Fundación
Universitaria Católica Lumen Gentium (UNICATOLICA), y que tengo conocimiento de
los objetivos y fases de aplicación de los cuestionarios.

Fui informada (o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas
al respecto. Soy consciente que mi participación es libre y voluntaria.

Acepto contestar de manera clara y sincera, entendiendo que los resultados serán tratados
de forma anónima, respetando la confidencialidad de mis datos. El proceso de la
investigación no representa ningún peligro ni efectos secundarios para mi persona.
Comprendo que esta información es importante, para el fortalecimiento de las competencias
académicas de los futuros profesionales de la psicología.

Acepto participar libre y voluntariamente lo mencionado.

Firma _____

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C. _____

Firma Andrea Barrera / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C. 38552823

Firma Francisco Peralta / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del estudiante

C.C. 1130669429



Consentimiento Informado

Fecha: Octubre 15 2017

Yo, _____ Identificada(o) con C.C ()

No. _____ con residencia en _____ teléfono _____ ; años de edad 22 manifiesto que he sido informada (o) sobre el objetivo de la investigación para su proyecto de grado, por parte de los estudiantes de Psicología, de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium (UNICATOLICA), y que tengo conocimiento de los objetivos y fases de aplicación de los cuestionarios.

Fui informada (o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Soy consciente que mi participación es libre y voluntaria.

Acepto contestar de manera clara y sincera, entendiendo que los resultados serán tratados de forma anónima, respetando la confidencialidad de mis datos. El proceso de la investigación no representa ningún peligro ni efectos secundarios para mi persona. Comprendo que esta información es importante, para el fortalecimiento de las competencias académicas de los futuros profesionales de la psicología.

Acepto participar libre y voluntariamente lo mencionado.

Firma _____

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C _____

Firma Androa Buzos / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C 38552823

Firma Francisqueta / estudiante

Nombre(s), Apellido(s) del estudiante

C.C 9930669929

Anexo 7. Cuestionarios sociodemográfico

3.1

Cuestionario sociodemográfico Para residentes en rehabilitación a sustancias psicoactivas

Fecha: Octubre 15 2011

Datos personales

- 1) Nombre completo: _____
- 2) Nivel educativo: 8^o
- 3) Genero: M
- 4) Edad: 18
- 5) Estado civil: Soltero
- 6) Ocupación: _____
- 7) Cuantas veces ha estado internado en un centro de rehabilitación? 3
- 8) Cuanto tiempo ha pasado después de salir del centro de rehabilitación hasta el momento de la recaída? 1 - 1 día 2 - 2 meses 3 - 11 meses sin consumo
- 9) Cuando ha salido del centro de rehabilitación, con que familiar pasa la mayor parte de tiempo? Mamá
- 10) Tiempo que comparte con el familiar? todo el día

Datos del familiar

- 1) Nombre completo: _____
- 2) Genero: F
- 3) Edad: 35
- 4) Estado civil: Casada
- 5) Ocupación: Ama de casa
- 6) Parentesco: Madre

Cuestionario sociodemográfico
Para residentes en rehabilitación a sustancias psicoactivas

Fecha: Octubre 15 2011

Datos personales

- 1) Nombre completo:
- 2) Nivel educativo: Quinto Primaria
- 3) Genero: M
- 4) Edad: 25
- 5) Estado civil: Soltero
- 6) Ocupación: Jardineria
- 7) Cuantas veces ha estado internado en un centro de rehabilitación? 2.
- 8) Cuanto tiempo ha pasado después de salir del centro de rehabilitación hasta el momento de la recaída? Alas de Solucion 6 meses en abstinencia luego recayo - F. Joshua.
- 9) Cuando ha salido del centro de rehabilitación, con que familiar pasa la mayor parte de tiempo? Nando
- 10) Tiempo que comparte con el familiar? 1 año el día

Datos del familiar

- 1) Nombre completo:
- 2) Genero: F
- 3) Edad: 49.
- 4) Estado civil: Separado
- 5) Ocupación: Ama de casa
- 6) Parentesco: Madre.

Cuestionario sociodemográfico
Para residentes en rehabilitación a sustancias psicoactivas

Fecha: octubre 15 2017

Datos personales

- 1) Nombre completo: [Redacted]
- 2) Nivel educativo: Decimo grado
- 3) Genero: M.
- 4) Edad: 23
- 5) Estado civil: soltero
- 6) Ocupación: [Redacted]
- 7) Cuantas veces ha estado internado en un centro de rehabilitación? 5 VECES
- 8) Cuanto tiempo ha pasado después de salir del centro de rehabilitación hasta el momento de la recaída? 1 fundoclo = 2 fundoclo = 3 fundoclo = 4 veces sobriedad / Interno / Int. / 2 años sobriedad / 4 años sobriedad / 2 años sobriedad / 2 años sobriedad
- 9) Cuando ha salido del centro de rehabilitación, con que familiar pasa la mayor parte de tiempo? APOLO
- 10) Tiempo que comparte con el familiar? En las noches.

Datos del familiar

- 1) Nombre completo: [Redacted]
- 2) Genero: F
- 3) Edad: 42
- 4) Estado civil: soltero
- 5) Ocupación: Mercaderista
- 6) Parentesco: madre

Cuestionario sociodemográfico
Para residentes en rehabilitación a sustancias psicoactivas

Fecha: Octubre 15 2017

Datos personales

- 1) Nombre completo:
- 2) Nivel educativo: *Bachiller*
- 3) Genero: *M.*
- 4) Edad: *25*
- 5) Estado civil: *Union libre*
- 6) Ocupación:
- 7) Cuantas veces ha estado internado en un centro de rehabilitación? *2*
- 8) Cuanto tiempo ha pasado después de salir del centro de rehabilitación hasta el momento de la recaída? *1-20* *2- lleva 49 días sin consumo*
- 9) Cuando ha salido del centro de rehabilitación, con que familiar pasa la mayor parte de tiempo? *padre, madre, y hermanas.*
- 10) Tiempo que comparte con el familiar? *semanalmente*

Datos del familiar

- 1) Nombre completo:
- 2) Genero: *F*
- 3) Edad: *52*
- 4) Estado civil: *Union libre*
- 5) Ocupación: *Cocinera*
- 6) Parentesco: *madre*

**Cuestionario sociodemográfico
Para residentes en rehabilitación a sustancias psicoactivas**

Fecha: octubre 15 2017

Datos personales

- 1) Nombre completo: _____
- 2) Nivel educativo: octavo
- 3) Genero: M
- 4) Edad: 20
- 5) Estado civil: soltero
- 6) Ocupación: _____
- 7) Cuantas veces ha estado internado en un centro de rehabilitación? 2
- 8) Cuanto tiempo ha pasado después de salir del centro de rehabilitación hasta el momento de la recaída? ① 2 meses. ② + llevar 26 días
- 9) Cuando ha salido del centro de rehabilitación, con que familiar pasa la mayor parte de tiempo? papa, mamá, hermanas mayor y menor.
- 10) Tiempo que comparte con el familiar? Nunca.

Datos del familiar

- 1) Nombre completo: _____
- 2) Genero: F
- 3) Edad: 47
- 4) Estado civil: union libre
- 5) Ocupación: todo el día
- 6) Parentesco: Nunca

Objeto 6

Cuestionario sociodemográfico
Para residentes en rehabilitación a sustancias psicoactivas

Fecha: 15 octubre 2017

Datos personales

- 1) Nombre completo: _____
- 2) Nivel educativo: sexto bachillerato
- 3) Genero: masculino
- 4) Edad: 17 años
- 5) Estado civil: Soltero
- 6) Ocupación: _____
- 7) Cuantas veces ha estado internado en un centro de rehabilitación? 3
- 8) Cuanto tiempo ha pasado después de salir del centro de rehabilitación hasta el momento de la recaída? 1 mes / 2 meses
- 9) Cuando ha salido del centro de rehabilitación, con que familiar pasa la mayor parte de tiempo? con la madre
- 10) Tiempo que comparte con el familiar?
todo el día

Datos del familiar

- 1) Nombre completo: _____
- 2) Genero: F
- 3) Edad: 32 años
- 4) Estado civil: Union libre
- 5) Ocupación: Atiende negocio de comidas rapidas
- 6) Parentesco: madre

**Cuestionario sociodemográfico
Para residentes en rehabilitación a sustancias psicoactivas**

Fecha: Octubre 15 2017

Datos personales

- 1) Nombre completo: _____
- 2) Nivel educativo: Bachiller
- 3) Genero: M
- 4) Edad: 32
- 5) Estado civil: Soltero
- 6) Ocupación: _____
- 7) Cuántas veces ha estado internado en un centro de rehabilitación? 1
- 8) Cuanto tiempo ha pasado después de salir del centro de rehabilitación hasta el momento de la recaída? _____
- 9) Cuando ha salido del centro de rehabilitación, con que familiar pasa la mayor parte de tiempo? _____
- 10) Tiempo que comparte con el familiar? Díamo - mamá y papá

Datos del familiar

- 1) Nombre completo: _____
- 2) Genero: F
- 3) Edad: 68
- 4) Estado civil: Unión libre
- 5) Ocupación: Amor de casa
- 6) Parentesco: Madre

Cuestionario sociodemográfico
Para residentes en rehabilitación a sustancias psicoactivas

Fecha: octubre 15 2017

Datos personales

- 1) Nombre completo: _____
- 2) Nivel educativo: Bachiller.
- 3) Genero: M.
- 4) Edad: 28
- 5) Estado civil: soltero
- 6) Ocupación: _____
- 7) Cuantas veces ha estado internado en un centro de rehabilitación? 1
- 8) Cuanto tiempo ha pasado después de salir del centro de rehabilitación hasta el momento de la recaída? _____
- 9) Cuando ha salido del centro de rehabilitación, con que familiar pasa la mayor parte de tiempo? _____
- 10) Tiempo que comparte con el familiar? hermana / todo el día.

Datos del familiar

- 1) Nombre completo: _____
- 2) Genero: F
- 3) Edad: 23
- 4) Estado civil: soltera.
- 5) Ocupación: Agencia de viajes. (vacacionalidad).
- 6) Parentesco: hermana

Cuestionario sociodemográfico
Para residentes en rehabilitación a sustancias psicoactivas

Fecha: Octubre 15 2017

Datos personales

- 1) Nombre completo: _____
- 2) Nivel educativo: técnico
- 3) Genero: M
- 4) Edad: 30
- 5) Estado civil: Soltero
- 6) Ocupación: _____
- 7) Cuantas veces ha estado internado en un centro de rehabilitación? 1
- 8) Cuanto tiempo ha pasado después de salir del centro de rehabilitación hasta el momento de la recaída? _____
- 9) Cuando ha salido del centro de rehabilitación, con que familiar pasa la mayor parte de tiempo? _____
- 10) Tiempo que comparte con el familiar? pareja. Constante.

Datos del familiar

- 1) Nombre completo: _____
- 2) Genero: F
- 3) Edad: 23
- 4) Estado civil: Soltera
- 5) Ocupación: Salud ocupacional (técnica profesional)
- 6) Parentesco: pareja

Cuestionario sociodemográfico
Para residentes en rehabilitación a sustancias psicoactivas

Fecha:

Datos personales

- 1) Nombre completo: _____
- 2) Nivel educativo: *octavo*
- 3) Genero: *M*
- 4) Edad: *20*
- 5) Estado civil: *soltero*
- 6) Ocupación: _____
- 7) Cuantas veces ha estado internado en un centro de rehabilitación? *1*
- 8) Cuanto tiempo ha pasado después de salir del centro de rehabilitación hasta el momento de la recaída? _____
- 9) Cuando ha salido del centro de rehabilitación, con que familiar pasa la mayor parte de tiempo? _____
- 10) Tiempo que comparte con el familiar? *10 horas al día. padre.*

Datos del familiar

- 1) Nombre completo: _____
- 2) Genero: *M*
- 3) Edad: *40*
- 4) Estado civil: *soltero*
- 5) Ocupación: *fontallanquero*
- 6) Parentesco: *padre*

Cuestionario sociodemográfico
Para residentes en rehabilitación a sustancias psicoactivas

Fecha: Octubre 15 2017

Datos personales

- 1) Nombre completo:
- 2) Nivel educativo: *Bachiller*
- 3) Genero: *M*
- 4) Edad: *21*
- 5) Estado civil: *Soltero*
- 6) Ocupación:
- 7) Cuantas veces ha estado internado en un centro de rehabilitación?
- 8) Cuanto tiempo ha pasado después de salir del centro de rehabilitación hasta el momento de la recaída?
- 9) Cuando ha salido del centro de rehabilitación, con que familiar pasa la mayor parte de tiempo?
- 10) Tiempo que comparte con el familiar? *Noches*

Datos del familiar

- 1) Nombre completo:
- 2) Genero: *F*
- 3) Edad: *46*
- 4) Estado civil: *Soltera*
- 5) Ocupación: *Auxiliar de labores*
- 6) Parentesco: *Madre*

B. 12

**Cuestionario sociodemográfico
Para residentes en rehabilitación a sustancias psicoactivas**

Fecha: octubre 15 2017

Datos personales

- 1) Nombre completo: _____
- 2) Nivel educativo: tecnológico
- 3) Genero: M
- 4) Edad: 22
- 5) Estado civil: soltero
- 6) Ocupación: _____
- 7) Cuantas veces ha estado internado en un centro de rehabilitación? 1
- 8) Cuanto tiempo ha pasado después de salir del centro de rehabilitación hasta el momento de la recaída? _____
- 9) Cuando ha salido del centro de rehabilitación, con que familiar pasa la mayor parte de tiempo? _____
- 10) Tiempo que comparte con el familiar? abuela / todo el día

Datos del familiar

- 1) Nombre completo: _____
- 2) Genero: F
- 3) Edad: 80
- 4) Estado civil: viuda
- 5) Ocupación: Aya de casa
- 6) Parentesco: abuela