



**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

**Facultad de Psicología**

**Departamento de Personalidad, Evaluación  
y Tratamiento Psicológicos**

**Convivencia con un drogodependiente: consecuencias  
psicológicas, satisfacción con la familia, niveles de  
sobrecarga y esfuerzo en el familiar cuidador**

Tesis Doctoral presentada por Begoña Nava Arquillo para  
optar al grado de Doctora en Psicología

Directora:  
Profesora Dra. María José López Miguel  
Sevilla 2015





**MARÍA JOSÉ LÓPEZ MIGUEL, PROFESORA COLABORADORA DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS**

Hace constar: que Doña Begoña Nava Arquillo ha realizado bajo mi dirección la Tesis Doctoral titulada "*Convivencia con un drogodependiente: consecuencias psicológicas, satisfacción con la familia, niveles de sobrecarga y esfuerzo en el familiar cuidador*", presentada para optar al grado de Doctora en Psicología y que, a mi juicio, reúne las condiciones exigibles para proceder a su lectura y defensa.

Lo que firmo a instancias de la interesada, para que surta los efectos oportunos, en Sevilla, a 5 de octubre de 2015

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'M' and 'J' followed by a long horizontal stroke.

Fdo. María José López Miguel

Directora de la Tesis



## **DEDICATORIAS**

*A mi marido, Salvador, por compartir su vida conmigo.*

*A mis padres, Lorenzo y María, porque soy quien soy Gracias a ellos.*

*A mi hermana Aránzazu, por estar siempre.*

*A mis abuelos ausentes, Lorenzo, Ramona, José y Catalina, por haber sido y ser tan importantes en mi vida.*

*A mi tío Pepe, porque sé que sigue conmigo.*



## **AGRADECIMIENTOS**

*Al personal de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Arcos de la Frontera y Villamartín, situados en la provincia de Cádiz y pertenecientes al Servicio Provincial de Drogodependencias, pues sin la colaboración de todos ellos no habría sido posible recabar la muestra para el grupo de estudio. En especial a D. Pedro Seijo Ceballos, por su comprensión amabilidad y atenciones.*

*A todos los participantes de este estudio, drogodependientes y familiares pertenecientes al Centro anteriormente citado y a los que han formado parte del grupo comparación, por confiarme parte de sus vidas.*

*A mis padres, mi hermana y mi marido, por su apoyo constante en la consecución de esta meta.*

*A mi Directora de Tesis, la Dra. María José López Miguel, por su dedicación, implicación, comprensión, paciencia y cercanía, sin ella, esta Tesis Doctoral no habría sido posible.*

*A Valle, por sus sabios consejos, su ayuda y por hacerme tan fáciles todos los trámites burocráticos durante mi proceso como doctoranda.*





## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	17
MARCO TEÓRICO.....	21
CAPÍTULO PRIMERO. LA ADICCIÓN Y SUS CONSECUENCIAS.....	23
1.INTRODUCCIÓN.....	25
2. CONSECUENCIAS GENERALES DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	26
3. CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS.....	28
3.1. Trastornos por consumo de sustancias.....	32
3.1.1. Características clínicas.....	32
3.1.2. Curso.....	36
3.1.3. Gravedad y especificadores de los trastornos por consumo dependencia de sustancias.....	37
3.2. Abuso de sustancias o consumo perjudicial.....	38
3.2.1. Características clínicas.....	38
3.2.2. Curso.....	40

3.3.Trastornos inducidos por sustancias.....	41
3.3.1. Intoxicación por sustancias.....	47
3.3.1.1. Características clínicas.....	47
3.3.1.2. Curso.....	51
3.3.1.3. Especificaciones para la existencia de alguna complicación según la CIE-10.....	51
3.3.2. Abstinencia de sustancias.....	52
3.3.2.1. Características clínicas.....	52
3.3.2.2. Curso.....	55
3.3.3. Otros trastornos mentales inducidos por sustancias.....	55
3.3.3.1. Delirium inducidos por sustancias.....	55
3.3.3.2. Demencia persistente inducida por sustancia.....	57
3.3.3.3.Trastorno amnésico persistente inducido por sustancia.....	57
3.3.3.4. Trastorno psicótico inducido por sustancias.....	58
3.3.3.5. Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.....	60
3.3.3.6. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.....	61
3.3.3.7. Trastorno del sueño inducido por sustancias.....	62
3.3.3.8. Trastorno sexual inducido por sustancias.....	63
3.3.3.9. Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashbacks).....	64
3.4. Trastornos de personalidad y consumo de sustancias.....	64

4. CONSECUENCIAS MÉDICAS.....	65
5. EL PROCESO DE INTERVENCIÓN EN LAS DROGODEPENDENCIAS.....	71
5.1. Fases del proceso terapéutico.....	71
5.2. La recaída en adicciones.....	75
CAPÍTULO SEGUNDO. EL FAMILIAR CUIDADOR.....	79
1. INTRODUCCIÓN.....	81
2. CONCEPTO DE FAMILIA.....	82
2.1. Definición de familia.....	84
2.2. El enfoque sistémico de familia.....	87
2.3. Funcionamiento familiar e impacto de la enfermedad en la familia.....	92
3. EL FAMILIAR CUIDADOR.....	109
3.1. Definición de cuidador.....	110
3.2. El cuidador de un enfermo mental.....	112
3.3. El rol del cuidador: características sociodemográficas.....	114
CAPÍTULO TERCERO. CONSECUENCIAS EN EL FAMILIAR CUIDADOR.....	121
1. INTRODUCCIÓN.....	123
2. CONSECUENCIAS GENERALES DEL HECHO DE CUIDAR.....	124
3. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS.....	127
3.1. Síntomas depresivos, estrés y ansiedad en el cuidador.....	127
3.2. Autoestima.....	134
4. CONSECUENCIAS A NIVEL FAMILIAR.....	135

4.1. Satisfacción familiar.....	136
4.2. Funcionalidad familiar.....	137
5. APOYO SOCIAL PERCIBIDO.....	138
6. ESFUERZO Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR.....	140
7. SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DEL ENFERMO.....	143
8.CONSECUENCIAS EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL DROGODEPENDIENTE.....	145
ESTUDIO EMPÍRICO.....	149
1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	153
2. MÉTODO.....	159
2.1. Participantes.....	159
2.1.1. Grupo de estudio.....	159
2.1.2. Grupo de comparación.....	161
2.2. Material.....	162
2.2.1. Instrumentos de evaluación.....	162
2.2.1.1. Entrevista semiestructurada.....	162
2.2.1.2. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).....	164
2.2.1.3. Escalas de Apreciación del Estrés (EAE).....	165
2.2.1.4. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI).....	166
2.2.1.5. Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA)..	167
2.2.1.6. Escala de Autoestima de Rosenberg.....	167
2.2.1.7. Cuestionario APGAR Familiar.....	168

2.2.1.8. Cuestionario DUKE-UNC.....	169
2.2.1.9. Escala de Carga del Cuidador.....	169
2.2.1.10. Índice de Esfuerzo del Cuidador.....	170
2.2.1.11. Escala de Satisfacción con el Cuidado.....	170
2.2.2. Material informático.....	171
2.3. Diseño y variables.....	171
2.3.1. Variables criterio o de medida.....	172
2.3.2. Variables predictivas.....	175
2.3.2.1. Variables familiares.....	176
2.3.2.2. Variables sociales.....	177
2.3.2.3. Variables relacionadas con la salud mental.....	179
2.3.2.4. Variables relacionadas con el drogodependiente y su problema.....	184
2.3.3. Variables de control.....	188
2.4. Procedimiento.....	191
3. RESULTADOS.....	199
3.1. Análisis descriptivo.....	199
3.1.1. Variables criterio.....	200
3.1.2. Variables predictivas.....	204
3.1.3. Variables de control.....	212
3.2. Comprobación de supuestos.....	213
3.3. Comparación entre grupos.....	215

3.4. Correlaciones.....	220
3.5. Análisis de las variables predictivas sobre las variables criterio en el grupo de estudio.....	221
4. DISCUSIÓN.....	229
5. CONCLUSIONES.....	247
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	253
ANEXOS.....	279
ANEXO 1.....	283
ANEXO 2.....	305
ANEXO 3.....	309

## **INTRODUCCIÓN**





## **INTRODUCCIÓN**

El presente estudio preliminar surge de la motivación por conocer más en profundidad los trastornos adictivos, incluyendo las repercusiones que el convivir con esta patología conllevan. Se plantea de entrada que, reconociendo los numerosos avances realizados sobre las adicciones, aún es necesaria una mejora de la calidad asistencial para los afectados por las mismas y sus familiares. Estos últimos tan necesarios, sobre todo para el tratamiento, deben hacer frente a una patología que, a menudo, repercute en su propia salud y, por ende, en su calidad de vida. En este sentido, es evidente el daño o perjuicio que suponen las adicciones para el individuo que las padece, la familia y la sociedad en general, no existiendo, sin embargo, ningún programa de intervención sólidamente establecido para atender las demandas de los familiares que conviven –y cuidan- del drogodependiente.

No obstante, si bien encontramos estudios sobre las consecuencias que sufren los cuidadores de personas que padecen Alzheimer, Esquizofrenia, Problemas de Personalidad, entre otros, son muy escasos los relacionados con las consecuencias que padecen los familiares de un drogodependiente; por ello, aunque haya características que compartan estos familiares debido a las circunstancias que viven con el enfermo, es de vital importancia conocer y concretar los daños colaterales que este familiar padece y cómo le afecta la convivencia con el adicto. Éste sería el objetivo de este estudio.

Pretendemos, por tanto, analizar las repercusiones que el hecho de convivir con un sujeto diagnosticado de una adicción o drogodependencia tienen sobre el familiar, centrándonos en el estudio de los niveles de depresión, ansiedad, autoestima, apoyo social, satisfacción familiar y estrés, así como de los niveles de sobrecarga, esfuerzo y satisfacción con el cuidado que se pudieran presentar en el familiar cuidador.

El trabajo en cuestión se presenta estructurado en dos partes: la primera está formada por el marco teórico, que consta de tres capítulos, en cada uno de los cuales se aborda la adicción y todo lo relacionado con ella, la familia y figura del familiar cuidador, y las consecuencias derivadas de la relación entre el familiar cuidador y el drogodependiente. La segunda parte está compuesta por el estudio empírico, en el cual se plantea el problema de investigación y se establecen los objetivos e hipótesis del estudio, se muestran el método y los resultados del mismo, los cuales a continuación serán puestos de manifiesto y abordados en la discusión, para finalizar con la presentación de las conclusiones del trabajo realizado.

*“Comprender siempre ayuda a asumir, a soportar”*

*Arturo Pérez-Reverte*



## **MARCO TEÓRICO**



**CAPÍTULO PRIMERO**  
**LA ADICCIÓN Y SUS CONSECUENCIAS**





*“El consumo de drogas te introduce en un laberinto del que es difícil salir”*

*Palabras del Familiar Cuidador  
de un drogodependiente*

## **1. INTRODUCCIÓN**

No cabe duda de que el consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno altamente frecuente y universal; ninguna sociedad es ajena al mismo. El consumo de drogas se produce, según sus consumidores, por los efectos positivos y agradables que aquellas originan; las sustancias psicoactivas sirven para aliviar la sensación de cansancio, de fatiga, para estimular, para relajar, para tener percepciones fuera de lo normal, etc. Sin embargo, a corto, medio y largo plazo las drogas dan lugar a unos efectos negativos, nocivos y desagradables que hacen que la calidad de vida del consumidor se vea seriamente afectada. Por otro lado, esos efectos no sólo se limitan al usuario de la sustancia de que se trate, sino que afecta a su núcleo familiar, a sus amigos, compañeros y a la sociedad en general.

Asimismo, es un hecho aceptado -y demostrado- que dicho fenómeno origina numerosas consecuencias en diferentes ámbitos, desde el puramente médico hasta el social, pasando, desde luego, por el psico(pato)lógico. En este capítulo, por lo tanto, se tratará de llevar a cabo un recorrido por dichas consecuencias para comprobar las dificultades que surgen en el día a día de estos pacientes y cómo las mismas afectan a la convivencia con los familiares. No obstante, el apartado se centrará en las complicaciones que surgen una vez instaurada la dependencia de la sustancia, por ser la población objeto de estudio de la mayoría de las investigaciones la población adicta y no meramente consumidora.

De este modo, el capítulo comienza con una exposición general de las consecuencias derivadas del consumo de sustancias, tanto si es adictivo como si no lo es. Seguidamente, se mostrarán las consecuencias psicopatológicas para, a continuación exponer, de forma somera, las consecuencias médicas originadas por cada sustancia. Para finalizar el capítulo, se explicará brevemente el proceso de intervención en adicciones indicando las fases que lo constituyen y haciendo referencia a las recaídas que pueden producirse durante el mismo.

## **2. CONSECUENCIAS GENERALES DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS**

El consumo de sustancias psicoactivas tiene, tal y como se indicó anteriormente, importantes consecuencias en la sociedad, tanto a nivel sanitario como a nivel social, laboral, y familiar, siendo el alcohol, el tabaco, los hipnosedantes y el cannabis las sustancias con mayor prevalencia de consumo en la población de 15 a 64 años en España.

Desde la perspectiva sanitaria, el consumo de drogas sigue causando un daño considerable, reflejado en la pérdida de vidas valiosas y años productivos de muchas personas debido a las numerosas complicaciones médicas -incluidas las psiquiátricas- que origina. En 2012 se informó de un total aproximado de 183.000 muertes relacionadas con las drogas; esa cifra se corresponde con una tasa de mortalidad de 40 muertes por millón en la población de entre 15 y 64 años (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2014).

Atendiendo al ámbito laboral, el consumo de drogas puede afectar a la realización del trabajo, modificando la calidad o el rendimiento en el mismo, así como provocando accidentes laborales. A esto se unen las consecuencias sociosanitarias derivadas del uso de sustancias psicoactivas y que pueden afectar a nivel individual o social, al trabajador o a terceras personas, siendo un claro ejemplo el caso de la exposición de los no fumadores al humo del tabaco.

Si se tienen en cuenta las repercusiones sociales, son numerosas, aunque no las más frecuentes si se comparan con las sanitarias. Pueden citarse, entre otras, el riesgo elevado de accidentabilidad durante la conducción de un vehículo si se está bajo los efectos de cualquier sustancia psicoactiva (aunque el consumo haya sido puntual) o si son los acompañantes los que se encuentran intoxicados, o bien si es el peatón quien ha consumido con el consiguiente aumento del riesgo de atropellos.

También, desde luego, cambia el entorno social del toxicómano, al centrar su interés en una/s droga/s, en la mayoría de las ocasiones ilegales, estrechándose más y más el cerco de la marginación al subgrupo de consumidores como escenario cotidiano habitual, donde el máximo valor es la posesión de la droga. Esto, además, incide en el fracaso escolar si el adicto es menor, en el desempleo y la incapacidad laboral, y en la soledad del individuo consumidor.

Por otro lado, esta misma marginación y pérdida de recursos puede obligarle a valerse de medios ilícitos para costearse su consumo y seguir adelante.

Finalmente, añadido a estos problemas, existe uno aún más grave: la familia del adicto, que en muchos casos está desestructurada, lo cual puede considerarse tanto causa como consecuencia del problema de la droga (enfoque familiar sistémico). El sujeto se rebela y despega cada vez más del núcleo familiar refugiándose en su grupo de iguales, con los que comparte su adicción, entre otras cosas.

Por lo tanto, y en virtud de lo dicho, se pueden distinguir dos tipos de efectos debidos al consumo de sustancias psicoactivas, sobre todo si éste es crónico y adictivo: personales y sociales, y dentro de los primeros, psicológicos y sanitarios.

Ya por sí misma, la dependencia es un problema de gran magnitud. Sin embargo, a ello se añaden una serie de consecuencias a nivel general, e independientes del tipo de droga consumida. Dichas consecuencias son las siguientes (Martín de Moral y Lorenzo, 2003):

1. Reacciones antisociales: son reacciones de diversa índole, incluyéndose tanto los delitos contra el patrimonio y contra la salud pública con el fin de

conseguir dinero con el que costearse el consumo, como reacciones violentas, en forma de delitos contra las personas, originados por los efectos que se producen durante los episodios de intoxicación aguda.

2. Síndrome de déficit de actividad: se caracteriza por la presencia de astenia, indiferencia, disminución o interrupción de la actividad motora, disminución o pérdida de capacidades cognitivas, pasividad, apatía, aislamiento y abulia, entre otros síntomas.
3. Infecciones y disminución de las defensas: debidas tanto a la falta de higiene que impide las condiciones de administración asépticas, como a la capacidad inmunodepresora de la mayoría de las sustancias.
4. Sobredosis: ocurre esta circunstancia, fundamentalmente, en individuos en tratamiento que sufren una recidiva y que consumen la misma dosis que se administraban antes de iniciar el tratamiento, dosis a la que, muy probablemente, el organismo no esté habituado.
5. Efectos tóxicos específicos: signos y síntomas de intoxicación propios de cada grupo o tipo de sustancia.
6. Trastornos mentales inducidos: se trata de trastornos mentales originados por el efecto directo de la droga.

A continuación se expondrán las consecuencias más importantes, diferenciándolas por tipos o áreas afectadas, comenzando por las psicopatológicas.

### **3. CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS**

Los trastornos psicopatológicos relacionados con el consumo de sustancias suponen un gran coste económico (para mantener el consumo y para hacer frente a los problemas que surgen) y de personas (morbilidad y mortalidad producidas por el uso de drogas), así como otras complicaciones sociales, concretamente de tipo

delictivo, que pueden afectar a la seguridad de los ciudadanos. La presencia de psicopatología en pacientes dependientes de drogas es un aspecto fundamental en el abordaje terapéutico, ya que la gravedad de la psicopatología presenta una relación inversa con el pronóstico de éxito terapéutico (Sánchez-Hervás, Morales y Tomás, 2000). En este sentido, es importante señalar que un mayor historial adictivo se asocia a un menor desarrollo de las estrategias de afrontamiento, índices más elevados de psicopatología y menor calidad de vida (op.cit.).

En primer lugar, y antes de exponer los distintos trastornos psicopatológicos relacionados de una u otra manera con el consumo de sustancias dependiente, es necesario hacer referencia a un concepto de gran importancia para poder enmarcar este apartado. Se trata del término “adicción”, el cual hace referencia a uno de los conceptos de más difícil definición en el campo de las dependencias, tal vez debido, en parte, a su relación con términos tales como dependencia, drogodependencia y toxicomanía, de los que se considera sinónimo.

Para Becoña (1995, p. 505):

“El autor que más claramente ha delimitado el concepto de adicción ha sido Gossop, el cual después de reconocer que llegar a una definición admitida por todos de conducta adictiva todavía está lejos de lograrse, considera que en una adicción hay cuatro elementos esenciales:

- un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo una conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible)
- capacidad deteriorada para controlar la conducta (notablemente en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o controlar el nivel en el que la conducta ocurre)
- malestar y angustia emocional cuando la conducta es impedida o dejada de hacer

- persistir con la conducta a pesar de la clara evidencia de que es la que produce los problemas”.

En esta misma línea se expresa Washton (1991), quien ya a finales de los 80 propuso un *Modelo de Adicción*, a través del que se atrevió a divulgar una visión unitaria acerca de un conjunto de trastornos que parecían responder a un mismo patrón de motivaciones, síntomas y etapas.

Para este autor, los signos cardinales de la adicción serían los siguientes:

- *Obsesión*: idea que está permanentemente en su cabeza.
- *Consecuencias negativas en diferentes ámbitos*: familia, relaciones sociales, trabajo, salud en general, economía, etc.
- *Falta de control*: falsa percepción de autocontrol, acompañada de insuficiente voluntad.
- *Negación*: tanto de la adicción como de sus consecuencias.

Asimismo, indicó que las etapas del proceso adictivo eran las siguientes:

- *Enamoramiento*: flechazo en la primera experiencia con la sustancia o actividad.
- *Luna de miel*: gratificaciones sin consecuencias negativas.
- *Traición*: consecuencias negativas.
- *Ruina*: dependencia y comienzo del declive.
- *Aprisionamiento*: desesperación y destrucción personal.

En definitiva, según Washton (1991), las dos condiciones mínimas necesarias para que una conducta se convierta en adictiva serían, por un lado, la existencia de una *necesidad incontrolada y reiterada* de realizar esa conducta y, por otro, la *acción nociva* que esa conducta posee. Esta concepción es la predominante en la actualidad.

Así, la adicción se convierte en el centro de la vida del individuo, o en una parte muy importante de ella, descuidando el resto de sus facetas, tanto personales como profesionales. Para Peele (1985, citado en Becoña, 1995), la adicción es un estilo de vida, una forma de arreglárselas con el mundo y nosotros mismos, una forma de interpretar nuestra experiencia. Es la forma en que la persona interpreta y responde al impacto de una droga lo que está en el núcleo de la adicción.

Una implicación no será adictiva si la persona es capaz de controlarla e introducirla y acomodarla al repertorio de su propia vida. Potencialmente toda actividad humana puede convertirse en una conducta adictiva. Algunas de estas actividades pueden describirse como adicciones negativas, ya que son juzgadas como perjudiciales para la persona y la sociedad, aunque hay otras que son consideradas positivas, o al menos positivas para un grupo determinado de personas o en un período temporal (por ejemplo, el futbolista profesional que se aísla socialmente, el trabajador excesivo...).

Siguiendo a la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), la psicopatología de las adicciones encuentra su expresión en los llamados *Trastornos relacionados con sustancias*, los cuales se dividen, a su vez, en dos grupos:

1. *Trastornos por consumo*: se incluiría la dependencia de sustancias o adicción.
2. *Trastornos inducidos por sustancias*: recoge la intoxicación, abstinencia, delirium, trastornos neurocognitivos, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo (bipolares y similares, y depresivos), trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos y similares, trastornos del sueño y disfunciones sexuales.

Todos estos trastornos se estudian en relación con las siguientes sustancias: alcohol, xantinas (cafeína, teobromina y teofilina fundamentalmente), cannabis, alucinógenos, estimulantes, inhalantes o sustancias volátiles, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

Por su parte, la CIE-10 (OMS, 1992) agrupa toda esta patología en el epígrafe *Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas*, distinguiendo los siguientes síndromes: intoxicación aguda, consumo perjudicial, síndrome de dependencia, síndrome de abstinencia, síndrome de abstinencia con delirium, trastorno psicótico, síndrome amnésico, y trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotropas.

A continuación se pasa a describir cada uno de estos trastornos, comenzando por los trastornos por consumo, de los cuales se describirán sus características clínicas, el curso que suelen presentar y, en su caso, los especificadores de gravedad.

### **3.1. Trastornos por consumo de sustancias**

En este apartado se analizarán los trastornos por consumo de sustancias contemplados en ambas clasificaciones internacionales.

La dependencia de sustancias, correspondiente a este grupo de alteraciones, es un cuadro de gravedad. En la actualidad, tal y como se indicó anteriormente, se emplea como sinónimo de adicción y toxicomanía, si bien estos dos últimos no pueden ser considerados verdaderos diagnósticos según las clasificaciones oficiales.

#### **3.1.1. Características clínicas**

Para la APA (2014), consiste en un “grupo de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia, a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia” (p. 483), y se caracteriza por un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems o criterios que se muestran en la Tabla 1, en algún momento de un período continuado de 12 meses. Esta clasificación distingue cuatro grupos de criterios, según el área afectada por el consumo:

- Control deficitario. Incluye los criterios uno a cuatro.
- Deterioro social. Recoge los criterios cinco a siete.



- Consumo de riesgo, constituido por los criterios ocho y nueve.
- Criterios farmacológicos, compuesto por los criterios diez y once.

---

**Tabla 1** *Criterios diagnósticos del Trastorno por Consumo*

---

- (1) La persona consume grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado del previsto.
  - (2) La persona expresa deseos insistentes de dejar o de regular su consumo y relata múltiples esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar éste.
  - (3) La persona invierte una gran parte de su tiempo intentando conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos.
  - (4) En los casos más graves, es posible que las actividades diarias de la persona giren en torno a la sustancia. Existe un deseo intenso de consumo, manifestado por un ansia y una urgencia en cualquier momento.
  - (5) El consumo recurrente de sustancias puede conllevar el incumplimiento de los deberes fundamentales en los ámbitos académico, laboral o doméstico.
  - (6) La persona podría seguir consumiendo a pesar de tener problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo.
  - (7) Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas familiares y aficiones, debido al consumo de sustancias.
  - (8) Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en aquellas situaciones en las que ésta provoca un riesgo físico.
  - (9) La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psicológico recurrente o persistente que probablemente se puede originar o exacerbar por dicho consumo.
  - (10) Tolerancia, definida por una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o bien como el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
  - (11) Abstinencia, definida por un síndrome de abstinencia característico para cada una de las sustancias, que se expondrá en profundidad más adelante, así como por el hecho de tomar la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 

Fuente: DSM-V (APA, 2014)

---

Esta definición es similar a la propuesta por la CIE-10 (OMS, 1992), para la que el síndrome de dependencia sería “un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto” (p.103). Las pautas para el diagnóstico, según esta última clasificación, se recogen en la Tabla 2.

---

---

**Tabla 2** Pautas para el diagnóstico del Síndrome de Dependencia

---

En algún momento de los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia.
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales. Debe investigarse a fondo si la persona que consuma la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo, de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

---

Fuente: CIE-10 (OMS, 1992)

---

Así, la dependencia de sustancias se diagnosticaría en aquellos casos en los que se observan un deseo intenso de consumir la droga, lo que se refleja en la incapacidad para controlar dicha conducta de consumo; la inversión de una gran cantidad de tiempo en actividades relacionadas con el consumo, lo que implica que, al mismo tiempo, se reduzca el tiempo dedicado a actividades que antes de iniciarse el consumo eran gratificantes (es decir, se produce una disminución del repertorio conductual del paciente); la persistencia en el consumo a pesar de los evidentes problemas que el mismo le está produciendo (p. e., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera) y la conciencia que tenga el paciente de dichos problemas; y, finalmente, tolerancia y abstinencia.

Para algunos autores, un individuo presenta una dependencia de sustancias cuando necesita cantidades de sustancia cada vez mayores para experimentar el mismo efecto (*tolerancia*) y responde de manera negativa cuando no consume (*abstinencia*). Sin embargo, no todas las sustancias provocan una adicción fisiológica

(Barlow y Durand, 2003). De ahí que la propia DSM-IV-TR (APA, 2002) estableciera las siguientes especificaciones, las cuales no se recogen en la última edición de esta clasificación:

- *Con dependencia fisiológica*: existen signos de tolerancia o abstinencia.
- *Sin dependencia fisiológica*: no se observan tales signos.

En definitiva, ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias. Algunos sujetos (p.e., los que tienen dependencia del cannabis) presentan un patrón de uso compulsivo sin signos demasiado evidentes de tolerancia o abstinencia. Por el contrario, algunos pacientes postquirúrgicos sin diagnóstico de dependencia de opiáceos presentan tolerancia a los opiáceos prescritos (morfina, p.e.) y experimentan abstinencia sin mostrar signo alguno de uso compulsivo. En palabras de Goldstein (1994):

“la tolerancia es importante a causa de los problemas que le crea al adicto, pero desde el punto de vista biológico no es fundamental: no es la causa de la adicción, sino una consecuencia de la adicción. Para ser adictiva, una droga debe ser un refuerzo, debe estimular el sistema de recompensa, pero no necesita conducir a la tolerancia” (p. 89).

Otra perspectiva es la que establece como clave que define la dependencia el hecho de que el individuo busque activamente la sustancia; es decir, las *conductas de búsqueda de drogas*. Estas conductas serían, entre otras, el consumo repetido de una droga, la necesidad de tomarla y la probabilidad de que se repita el consumo tras un período de abstinencia (Barlow y Durand, 2003); esto es lo que se conoce como *dependencia psicológica*, que estudiaremos más adelante.

Sin embargo, una de las manifestaciones más características de la dependencia de sustancias, en opinión de numerosos autores, sería el deseo de ingerir sustancias psicotropas, es decir, el *craving*, lo cual implicaría un uso compulsivo de la misma. Para la OMS (1992), la conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia, lo que conduciría, en

opinión de Becoña y Oblitas (2002), a la pérdida de control, otra de las características centrales de la adicción.

Por todo ello, en la actualidad, se plantea la necesidad de sustituir el diagnóstico de Dependencia por el de Adicción, el cual sí recoge los conocimientos actuales sobre el tema, además de ser un concepto dimensional, no categorial (Szerman, 2006).

Finalmente, los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer. En el caso de la cafeína, por ejemplo, la APA (2014) no considera la dependencia.

### **3.1.2. Curso**

El curso de la dependencia de sustancias es variable. Aunque pueden aparecer episodios relativamente breves y autolimitados (en particular durante períodos de estrés psicosocial), el curso es habitualmente crónico, durando años con períodos de agudización y remisión parcial o total. Puede haber períodos de gran consumo y problemas graves, períodos de abstinencia total y períodos de consumo no problemático de las sustancias, que a veces duran meses.

La dependencia de sustancias se asocia en ocasiones con largas remisiones espontáneas, con frecuencia después de un intenso estrés (la amenaza o imposición de sanciones legales o sociales, el descubrimiento de una complicación médica que amenaza la vida). Durante los primeros 12 meses que siguen a la remisión, el sujeto es particularmente vulnerable a la recaída, si bien muchos sujetos infravaloran su vulnerabilidad. Cuando están en un período de remisión se dicen a sí mismos que no tendrán ningún problema para regular el consumo de la sustancia y cada vez se vuelven menos estrictos en su autocontrol, hasta que recaen de nuevo en el consumo y la dependencia.

### **3.1.3. Gravedad y especificadores de los trastornos por consumo (dependencia de sustancias)**

El trastorno por consumo puede definirse en función de su gravedad, estableciéndose los siguientes niveles (APA, 2014):

- Leve: se presentan dos o tres síntomas de los descritos anteriormente.
- Moderado: el individuo presenta entre cuatro y cinco síntomas.
- Grave: el trastorno se define como grave si el individuo manifiesta seis síntomas o más.

Asimismo, tanto la DSM (APA, 2014) como la CIE (OMS, 1992) recogen una serie de especificadores para la dependencia de sustancias, los cuales se exponen a continuación.

Se dispone de cuatro especificaciones de curso para el trastorno:

- En remisión inicial: se emplea este especificador en aquellos casos en los que, tras haberse cumplido los criterios para el trastorno por consumo, en los últimos tres meses como mínimo (y sin llegar a un año), no se ha cumplido ninguno excepto el criterio 4.
- En remisión sostenida: este especificador se utiliza en aquellos casos en los que, tras haberse cumplido los criterios para el trastorno por consumo, en los últimos doce meses o más no se ha cumplido ninguno excepto el criterio 4.
- En terapia de mantenimiento. Esta especificación se utiliza cuando el individuo está bajo medicación con agonistas prescrita.
- En un entorno controlado. Esta especificación se utiliza si el sujeto se encuentra en un entorno donde el acceso al alcohol y a las sustancias controladas es restringido (prisiones, comunidades terapéuticas, etc.).

Los especificadores del síndrome de dependencia según la CIE-10 (1992) son los siguientes:

- En la actualidad en abstinencia.
- En la actualidad en abstinencia en un medio protegido: hospital, comunidad terapéutica, centro penitenciario, etc.).
- En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado.
- En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes.
- Con consumo actual de la sustancia.
- Con consumo continuo.
- Con consumo episódico.

### **3.2. Abuso de sustancias o consumo perjudicial**

El segundo trastorno de sustancias es el abuso o consumo perjudicial, patología de menor gravedad que la anterior, pero que, al igual que aquélla, puede tener graves repercusiones para la salud del individuo. Esta patología no se recoge en la última edición del DSM-5 (APA, 2014) como tal, sino que, se ha subsumido en la descripción de la dependencia o trastorno por consumo recogida en la misma.

#### **3.2.1. Características clínicas**

La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Pueden darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un período continuado de 12 meses (APA, 2002).

A diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias, los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido, tanto físicas como psicológicas. Por otro lado, se trata de un diagnóstico no sindrómico por cuanto sólo se requiere la presencia de un síntoma para el mismo (Szerman, 2006).

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR (APA, 2002) y las pautas para el diagnóstico según la CIE-10 (OMS, 1992) se muestran en las Tablas 3 y 4, respectivamente.

---

**Tabla 3** *Criterios diagnósticos para el Abuso de Sustancias*

---

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

(1) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p.e., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).

(2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p.e., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

(3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.

(4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias.

---

Fuente: DSM-IV-TR (APA, 2002)

---

Un diagnóstico de dependencia de sustancias predomina sobre el de abuso de sustancias en la medida en que el patrón de consumo coincida con los criterios para la dependencia acordes con esa clase de sustancias.

Asimismo, las intoxicaciones agudas y las resacas no son evidencias suficientes del daño para la salud física o mental que se necesitan para diagnosticar este síndrome (OMS, 1992).

---

---

**Tabla 4** *Pautas para el diagnóstico del Consumo Perjudicial*

---

- a) Afectación de la salud mental o física del consumidor.
  - b) Consumo criticado, a menudo, por terceros.
  - c) Suele dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos.
- 

Fuente: CIE-10 (OMS, 1992)

---

Tanto el abuso como la dependencia de sustancias deben diferenciarse del “*uso de sustancias*”, el cual no tiene ninguna significación clínica ni social, es decir, hace referencia al consumo o utilización sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc. Se trata de un consumo o actividad que no genera problemas sobre el consumidor o su entorno, bien por su cantidad, bien por su frecuencia (Martín del Moral y Lorenzo, 2003). No obstante, el abuso puede ser difícil de distinguir del uso de la droga, puesto que parece existir un continuo consistente en la implicación cada vez mayor en el uso, sin que pueda determinarse un punto claramente demarcado en el que el uso se convierte en abuso.

### **3.2.2. Curso**

Aunque es más probable un diagnóstico de abuso de sustancias en los sujetos que han empezado a tomar la sustancia recientemente, algunos de ellos continúan experimentando consecuencias sociales adversas relacionadas con la sustancia durante un largo período de tiempo sin presentar signos de dependencia, lo cual parece tener relación con características de la persona, tanto psicológicas como psicopatológicas, así como con el hecho de que la sustancia tenga un potencial bajo para el desarrollo de tolerancia, abstinencia y patrones de uso compulsivo; en otros casos, este abuso va a evolucionar hacia una dependencia (Martín del Moral y Lorenzo, 2003). Esto es cierto, en especial, para aquellas sustancias que tienen características diferentes en cuanto a su potencial de tolerancia y abstinencia, y a su capacidad para provocar un uso compulsivo.

En relación con lo comentado, en los últimos años se defiende que sólo el 6-11% de los casos de abuso terminan en dependencia, y que algunas dependencias nunca han cumplido los criterios de abuso (Szerman, 2006).



### 3.3. Trastornos inducidos por sustancias

Llegados a este punto es necesario introducir un nuevo concepto, el referido a la patología dual. El término diagnóstico dual no se encuentra reconocido de manera oficial en ninguna de las dos clasificaciones de los trastornos mentales más empleadas (DSM y CIE). No obstante, y de modo general, el concepto hace referencia a los pacientes con síntomas que se ajustan a los criterios de dos trastornos psiquiátricos diferentes. A pesar de ello, dicho término se viene empleando desde hace algunos años como sinónimo de un tipo específico de comorbilidad diagnóstica, en concreto la existente entre los trastornos por consumo de sustancias (abuso o dependencia de sustancias) y el resto de trastornos mentales.

Parecen existir dos hipótesis que explican esta comorbilidad: la primera de ellas señala que los trastornos adictivos y el resto de trastornos mentales son expresiones sintomáticas distintas de anomalías neurobiológicas preexistentes; la segunda establece que la administración repetida de sustancias psicoactivas, a través de mecanismos de neuroadaptación, origina cambios neurobiológicos que tienen elementos comunes con las anomalías que median en ciertos trastornos mentales (Torrens, 2008). De todos modos, el nexo de unión entre ambos aún no queda claro.

Teniendo en cuenta las estadísticas sobre epidemiología de la patología dual, se observa que el 37% de los individuos que abusan del alcohol y el 53% de los que abusan de otras drogas presentan, al menos, un trastorno mental de cierta gravedad. Asimismo, el 29% de los individuos diagnosticados de algún trastorno mental abusan de las drogas (NMHA, 2007). Según este último estudio, los trastornos más comúnmente observados en los diagnósticos duales serían los relativos al estado de ánimo, ansiedad, psicóticos y trastornos de la personalidad, presentando un mayor riesgo de provocar un abuso de sustancias el trastorno antisocial de la personalidad, el episodio maníaco y la esquizofrenia. Por su parte, Arias et al. (2013) establecen una prevalencia de patología dual en la Comunidad de Madrid del 61,8%, siendo un 36,1% procedentes de la red de salud mental y un 70,3% de la red de drogodependencias; igualmente, encontraron en su estudio que los pacientes con patología dual consumían en mayor medida alcohol y cannabis, siendo las patologías más frecuentes el trastorno

bipolar, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático y mayor riesgo de suicidio.

Asimismo, Sáiz et al. (2014), señalan que los trastornos de ansiedad presentan una elevada comorbilidad con los trastornos por consumo, estableciendo una prevalencia de entre el 18% y el 37%, especialmente en el caso de los individuos consumidores de alcohol y la presencia de agorafobia o trastorno de pánico, y en consumidores de cannabis y la aparición de trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de pánico; por otro lado, estos mismos autores indican que la patología dual dificulta la intervención y empeora el pronóstico, poniendo como ejemplo, de nuevo, el caso de los alcohólicos en los que la comorbilidad con el trastorno obsesivo compulsivo incrementa el riesgo de suicidio. Respecto del consumo de cocaína, parece que los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes son depresión y fobia específica, dependiendo estos diagnósticos de variables tales como mayor número de días de consumo, condiciones de vida inestables y el bajo apoyo social (Tortajada et al., 2012).

No obstante, existen diversas dificultades para delimitar claramente la comorbilidad de los trastornos mentales y por uso de sustancias (Araos et al., 2014):

- Un primer problema en la dificultad para determinar el diagnóstico y la prevalencia obedece al hecho de que los efectos agudos y crónicos de las sustancias sobre el SNC simulan síntomas de muchos trastornos mentales, dificultando la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos debidos a los efectos provocados por la intoxicación o la abstinencia, de los propios de un trastorno mental (Torrens, 2008).
- Utilización de diferentes criterios e instrumentos de evaluación.
- Otro problema radica en comprobar si los diagnósticos observados son previos, coexistentes o secundarios. El estudio del mes, de los seis meses previos, o a lo largo de la vida, puede producir tasas diagnósticas distintas. Este hecho también se relaciona con la etiología de los trastornos y con los abordajes terapéuticos.

- Finalmente, la frecuente negación del consumo de drogas dificulta las tareas diagnósticas, por lo que es necesario la realización de análisis de orina o de otro tipo para determinar dicho consumo.

Por todo esto, es importante realizar una evaluación detallada de los casos de diagnóstico dual dado que implican la existencia de condiciones más crónicas. Además, los pacientes con este diagnóstico requieren más hospitalizaciones psiquiátricas, muestran más conductas de riesgo e infecciones relacionadas, más conductas violentas (Torrens, 2008), presentan un peor pronóstico (sobre todo, aquellos con síntomas psiquiátricos más graves) y mayores dificultades en el tratamiento, por lo que es necesario tener una visión global y completa tanto del paciente como de su problemática (López y Becoña, 2006b).

El objetivo inicial del proceso diagnóstico del paciente con patología dual es *evaluar la posibilidad de que los síntomas psiquiátricos y de uso de sustancias puedan coexistir*. Esto se consigue entrevistando a los pacientes sobre la presencia de síntomas en ambas áreas.

Una vez establecidos los síntomas psiquiátricos y de uso de sustancias, lo siguiente sería *determinar la relación etiológica entre ambos tipos de síntomas*, pudiendo existir tres formas posibles de relación:

1. Trastorno psiquiátrico primario que ocasiona un trastorno por consumo de sustancias secundario. En este caso, el uso de sustancias es consecuencia de un trastorno psiquiátrico preexistente, pudiendo considerarse como una forma de automedicación para dicho trastorno en algunos pacientes, con el consiguiente empeoramiento del trastorno mental primario ocasionado por el efecto de la droga (APA, 2014). Como bien señala Cervera (2013), “el consumo de sustancias puede ser un alivio, o una falsa puerta de salida para el sufrimiento del trastorno mental, desde el más moderado y frecuente, los ansiosos, hasta los más graves, bipolares o psicóticos” (p.6). De hecho, los individuos con una sintomatología psiquiátrica determinada escogen con frecuencia y, de forma preferente, sustancias concretas,

acordes a su sintomatología, de modo que el consumo sería una forma de autotratamiento de su patología. El problema es que estos individuos presentan grandes dificultades para conseguir y mantener la abstinencia después del proceso de desintoxicación debido a la incompleta acción terapéutica y a los molestos efectos de la medicación psicofarmacológica (neurolépticos, antidepresivos o ansiolíticos) que se les prescribe cuando se intenta tratar los trastornos psíquicos que sustentan la dependencia.

Otra consecuencia adversa derivada del consumo de sustancias psicoactivas en población psiquiátrica, añadida a las que ya existen de forma usual en esta población, es la referida a los efectos conductuales, esto es, secuelas que afectan directamente al ámbito conductual de los pacientes dando lugar a problemas familiares, problemas para manejar sus finanzas, mayor riesgo de exclusión social, desorganización horaria..., a lo que habría que añadir otras consecuencias relacionadas con el efecto directo de la droga sobre el sistema nervioso y que da lugar a síntomas psiquiátricos similares a los que cursan con la enfermedad primaria tales como alteraciones de la percepción por ejemplo (Fernández Fernández y Marquina Planchadell, 1995).

Un estudio llevado a cabo en el Hospital Clinic de Barcelona (Goti, Díaz y Arango, 2014) ha revelado que casi un 70% de los adolescentes con trastorno psiquiátrico consume tabaco a diario, y alcohol y cannabis de manera episódica. Esto ocurre, sobre todo, en pacientes con algún trastorno de conducta o por déficit de atención e hiperactividad, seguido por los adolescentes que presentan trastorno bipolar, de la conducta alimentaria y algún trastorno ansioso-depresivo. Estos datos deben llamar la atención sobre la importancia de realizar una tarea preventiva urgente para evitar que estos pacientes vean agravada su ya lamentable situación en algunos casos, sobre todo teniendo en cuenta que se trata de adolescentes. Por su parte, Bahorik, Newhill y Eack (2013) encontraron en

su estudio que, entre pacientes depresivos y del espectro de la esquizofrenia, las sustancias de uso preferente eran el alcohol y el cannabis.

2. Trastorno por consumo de sustancias primario que origina una sintomatología psiquiátrica secundaria. Se trata de los trastornos inducidos por sustancias de los que se tratará más adelante.
3. Dualidad primaria: tanto la sintomatología psiquiátrica como el consumo de sustancias constituyen trastornos primarios. En este último modelo, ambos trastornos son independientes y no se relacionan inicialmente. Sin embargo, pueden interactuar y potenciarse entre sí. Este diagnóstico se efectúa por exclusión. Cuando un paciente presenta sintomatología psiquiátrica y de consumo de sustancias, el diagnóstico de dualidad primaria puede aplicarse cuando ambas presentan un curso independiente, es decir, con períodos en los cuales únicamente se presentan síntomas psiquiátricos en ausencia de consumo de sustancia, y viceversa.

Puede ser muy difícil establecer ante qué posibilidad de las tres nos encontramos al evaluar a un paciente. En la mayoría de los casos, el dato fundamental es la relación temporal que existe entre el consumo y los síntomas psiquiátricos, lo que implica determinar cuál de los dos apareció antes. Además, si alguno de los dos sucede de forma recurrente o episódica, se hace necesario estudiar el solapamiento temporal entre ambos.

De este modo, existen unos criterios para delimitar la naturaleza de la relación entre ambas patologías (APA, 2014):

- *Inicio*. En relación con este indicador, la característica principal de un trastorno psiquiátrico primario con un uso de sustancias secundario es que el primero aparece en un momento de la vida del paciente en que no consume droga alguna o tras largos períodos de abstinencia, pudiendo convertirse el primero de ellos en factor de riesgo para el desarrollo de una dependencia; por el contrario, un trastorno inducido sólo se produce en asociación con estados de intoxicación o abstinencia, si bien puede

persistir durante más tiempo (incluso si los efectos de la intoxicación o abstinencia han desaparecido), como ocurre en los trastornos persistentes.

- *Curso.* Sin embargo, en algunos casos no es posible determinar la existencia de períodos en los que la sintomatología psiquiátrica no aparezca asociada al uso de sustancias, sobre todo en pacientes con escasa capacidad para establecer relaciones temporales entre fenómenos; es decir, la aparición de ambos tipos de síntomas es coincidente y de forma más o menos crónica. En esta situación, sería necesario evaluar al paciente durante el período de abstinencia (se considera que es suficiente la observación durante un período exento de consumo de cuatro a seis semanas de duración, si bien en algunos casos podría ser superior o inferior), de modo que, si los síntomas psiquiátricos persisten durante más de cuatro semanas tras la desaparición de los síntomas fisiológicos de intoxicación o de abstinencia, podría decirse que el trastorno por consumo es primario o independiente (APA, 2014). Se exceptúan de esta regla los trastornos inducidos persistentes, esto es la demencia, el trastorno amnésico inducidos por sustancias y el trastorno perceptivo persistente por alucinógenos.
- *Otros factores.* Otra cuestión a considerar para distinguir un trastorno mental primario de un trastorno inducido por sustancias es la edad de inicio, presencia de determinados síntomas o curso del trastorno mental, o si existe una historia de trastornos mentales primarios recidivantes (en este caso podrían ser primarios). Asimismo, hay que tener en cuenta la presencia o ausencia de síntomas fisiológicos y comportamentales de intoxicación o de abstinencia, además de las dosis utilizadas de la sustancia.

Pasando a analizar los trastornos inducidos por sustancias, puede señalarse, en primer lugar, que este conjunto de trastornos supone una serie de alteraciones ocasionadas por el efecto directo de la sustancia consumida. Para efectuar el diagnóstico de trastorno mental inducido por sustancias (ya sean estimulantes,

---

opiáceos, alcohol, cannabis, etc.) es necesario demostrar, a través de la historia, del examen físico y de las pruebas de laboratorio, la existencia de intoxicación o abstinencia de la sustancia (APA, 2014); es decir, debe existir relación etiológica entre la sustancia y el trastorno. Siempre es aconsejable corroborar la información con varias fuentes distintas.

### **3.3.1. Intoxicación por sustancias**

La intoxicación por sustancias se produce con todas y cada una de las sustancias de uso frecuente a nivel recreativo en la sociedad, excepto con la nicotina, y es debida al consumo reciente de la droga.

#### *3.3.1.1. Características clínicas*

La característica esencial de la intoxicación por sustancias es la aparición de un síndrome transitorio y reversible específico de la sustancia debido a su reciente ingestión (APA, 2014); se produce cuando se ingiere una cantidad superior de sustancia a la que el organismo puede asimilar.

Los cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos (agresividad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) son debidos a los efectos fisiológicos directos de la sustancia sobre el sistema nervioso central y se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después. Dicho comportamiento sitúa al sujeto en un mayor riesgo de padecer efectos adversos (accidentes, complicaciones médicas, alteración de la relación familiar o social, problemas laborales, económicos o legales). Los criterios diagnósticos de la DSM-V (APA, 2014) se pueden observar en la Tabla 5, y las pautas para el diagnóstico según la CIE-10 (OMS, 1992) en la Tabla 6.

---

**Tabla 5** *Criterios diagnósticos para la intoxicación por Sustancias*

---

- A. Desarrollo de un síndrome específico y reversible debido a la ingesta reciente de la sustancia. **Nota:** diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.
  - B. Los cambios significativos problemáticos a nivel comportamental y psicológico, asociados a la intoxicación, se atribuyen a los efectos fisiológicos de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p.e. beligerancia, labilidad emocional, juicio deteriorado), los cuales se desarrollan durante o al poco tiempo tras el consumo.
  - C. Sintomatología característica de intoxicación para cada sustancia.
  - D. Los síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental.
- 

Fuente: DSM-V (APA, 2014)

---

Los cambios más frecuentes implican alteraciones de la percepción, conciencia, vigilancia, atención, pensamiento, estado afectivo, capacidad de juicio y comportamientos psicomotor e interpersonal (APA, 2014), si bien el cuadro clínico específico en la intoxicación por sustancias varía entre los sujetos y depende de la sustancia implicada, de la dosis, la duración o cronicidad de su uso, de la tolerancia del sujeto a los efectos de la sustancia, del tiempo transcurrido desde la toma de la última dosis, de las expectativas por parte de la persona a los efectos de la sustancia, y del entorno o lugar en el que la sustancia se ha tomado. Además, los síntomas y signos de la intoxicación difieren según su consumo sea inmediato o agudo, o sostenido o crónico.

---

**Tabla 6** *Pautas para el diagnóstico de la Intoxicación Aguda*

---

- a) La intoxicación aguda suele tener una relación estrecha con la dosis de la sustancia.
  - b) La desinhibición relacionada con el contexto social debe ser tenida en cuenta.
  - c) Se trata de un fenómeno transitorio.
  - d) La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo.
  - e) La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación.
  - f) Los síntomas no tienen que reflejar siempre la acción primaria de la sustancia.
  - g) Los efectos de algunas sustancias como el cannabis o los alucinógenos son particularmente imprevisibles.
  - h) Algunas sustancias tienen efectos dosisdependientes.
- 

Fuente: CIE-10 (OMS, 1992)

---



Teniendo en cuenta cada sustancia o grupo de ellas, los síntomas de intoxicación serían, entre otros, los siguientes:

- Alcohol, psicofármacos y sustancias volátiles: el alcohol provoca sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social; asimismo, puede dar lugar, en ocasiones, a amnesia para acontecimientos sucedidos durante la intoxicación; estos cambios se acompañan de disartria, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma (APA, 2014; Laredo, 2003a). A nivel orgánico ocasiona náuseas y vómitos. En el caso de los psicofármacos y de los inhalantes, los síntomas son casi idénticos (Vargas y Terleira, 2003).
- Opiáceos: euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o inhibición psicomotoras, alteración de la capacidad de juicio, deterioro social o laboral, somnolencia o coma, lenguaje farfullante y deterioro de la atención o memoria (APA, 2014); a nivel físico, puede aparecer miosis (o midriasis por anoxia en la intoxicación grave), hipotermia, anuria depresión respiratoria y coma (Moro y Leza, 2003).
- Cocaína, anfetaminas y derivados: euforia o afectividad embotada, aumento de la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o cólera, comportamientos estereotipados, deterioro de la capacidad de juicio, o deterioro de la actividad laboral o social, irritabilidad, alucinaciones visuales y táctiles, elevación del estado de ánimo, sensación de energía y lucidez, insomnio, hiperactividad motora y verbal (APA, 2014; Lizasoán y Moro, 2003). A nivel orgánico, aparecen taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, aumento o disminución de la tensión arterial, hipertermia, sudoración o escalofríos, anorexia, náuseas o vómitos, diarrea, pérdida de peso demostrable, agitación o retraso psicomotores, debilidad muscular, taquipnea, dolor en el pecho o arritmias cardíacas, confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías y coma (APA 2014; Lizasoán y Lorenzo, 2003; Lizasoán y Moro, 2003).

- Xantinas: inquietud, nerviosismo, excitación, insomnio, rubefacción facial, diuresis, alteraciones digestivas, contracciones musculares, logorrea y pensamiento acelerado, taquicardia o arritmia cardíaca, respiración acelerada, sensación de infatigabilidad y agitación psicomotora (APA, 2014; Moro, Lizasoán y Ladero, 2003).
- Fenciclidina: beligerancia, heteroagresividad, impulsividad, comportamiento imprevisible, agitación psicomotora, y deterioro de la capacidad de juicio o del rendimiento laboral. Además, cursa con los siguientes signos físicos: nistagmo, hipertensión o taquicardia, obnubilación de conciencia o disminución de la sensibilidad al dolor, ataxia, disartria, rigidez muscular, crisis convulsivas o coma, e hiperacusia.
- Cannabis: deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, alucinaciones e ilusiones, despersonalización, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social, inyección conjuntival, aumento de apetito, sequedad de boca y taquicardia (APA, 2014; Leza, 2003). Considerando la intoxicación crónica, los síntomas más característicos son las alteraciones de la memoria reciente y el síndrome amotivacional, caracterizado por apatía, deterioro de la capacidad de expresión y dificultad en la realización de tareas, si bien no se ha demostrado totalmente su existencia.
- Alucinógenos: ansiedad o depresión marcadas, ideas de referencia, miedo a perder el control, ideaciones paranoides, deterioro del juicio o de la actividad social o laboral; dificultades de concentración y de memoria; cambios perceptivos que tienen lugar en un estado de alerta y vigilia totales (intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones, sinestesias); dilatación pupilar, taquicardia, sudoración, palpitaciones, náuseas y vómitos, visión borrosa, temblores e incoordinación (Lizasoán, Moro y Martín del Moral, 2003).

Como puede observarse, los síntomas propios de cada sustancia concuerdan con los esperados para el grupo al que pertenece cada una, esto es, depresores, estimulantes y alucinógenos.

#### *3.3.1.2. Curso*

Los efectos de la intoxicación suelen producirse minutos u horas después de una dosis suficiente, y se mantienen o se intensifican con dosis repetidas. Normalmente, la intoxicación empieza a ceder cuando la concentración de la sustancia disminuye en la sangre o los tejidos, pero los signos y síntomas pueden remitir lentamente, durando en algunos casos horas o días después de que la sustancia no se detecta en los líquidos corporales.

#### *3.3.1.3. Especificaciones para la existencia de alguna complicación según la CIE-10*

La CIE-10 (OMS, 1992) establece las siguientes especificaciones para indicar si la intoxicación aguda presenta alguna complicación:

- No complicada: los síntomas varían en intensidad, pero suelen estar en relación con la dosis, en especial con los niveles más altos.
- Con traumatismo o lesión corporal.
- Con otra complicación médica.
- Con delirium.
- Con distorsiones de la percepción.
- Con coma.
- Con convulsiones.
- Intoxicación patológica.

La intoxicación patológica, sólo aplicable al consumo de alcohol, consiste en la “aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, no característico de

individuos en estado sobrio, después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las personas” (OMS, 1992, p. 102).

### 3.3.2. Abstinencia de sustancias

Se trata del segundo trastorno inducido por sustancias, en este caso no debido al efecto de la droga, sino a la ausencia de la misma.

#### 3.3.2.1. Características clínicas

La característica esencial de la abstinencia por sustancias consiste en la presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento, con concomitantes fisiológicos y cognoscitivos, debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de drogas. Se debe a la pérdida temporal de la homeostasis que el cerebro consigue con la sustancia. Para su diagnóstico se requiere que el sujeto muestre un malestar clínicamente significativo o un deterioro en la actividad laboral o social o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto. Este malestar hace que abandonar el uso de sustancias sea muy difícil y, a veces, incluso peligroso (Aizpiri et al., 2002b).

Los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias según la DSM-V (APA, 2014), así como las pautas para el diagnóstico del síndrome de abstinencia según la CIE-10 (OMS, 1992) se exponen en las Tablas 7 y 8, respectivamente.

---

**Tabla 7** *Criterios diagnósticos para la Abstinencia de Sustancias*

---

- A. Desarrollo de cambios significativos y problemáticos comportamentales, junto con cambios fisiológicos y cognitivos debidos al cese o a la reducción del consumo prolongado y frecuente de la sustancia.
- B. Sintomatología de abstinencia específica para cada sustancia.
- C. El síndrome específico produce malestar o un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

---

Fuente: DSM-V (APA, 2014)

---

La abstinencia va asociada con frecuencia, aunque no siempre, a la dependencia. Muchos sujetos con abstinencia presentan una necesidad irresistible (craving) de volver a tomar la sustancia para reducir los síntomas.

---

**Tabla 8** *Pautas para el diagnóstico del Síndrome de Abstinencia*

---

- a) Es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia.
- b) Debe tener prioridad su diagnóstico si es el motivo de la consulta y si tiene una gravedad suficiente como para requerir por sí mismo atención médica.
- c) Los síntomas somáticos varían según la sustancia consumida.
- d) Son rasgos frecuentes los trastornos psicológicos.
- e) Los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando se vuelve a consumir la sustancia.
- f) Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos.

---

Fuente: CIE-10 (OMS, 1992)

---

Los signos y síntomas de la abstinencia varían de acuerdo con la droga empleada; muchos empiezan de forma opuesta a los observados en la intoxicación para esa misma sustancia. También afectan a los síntomas la dosis, duración y otros factores como la presencia de otras enfermedades. Los síntomas por abstinencia se presentan cuando las dosis se reducen o dejan de tomarse, mientras que los signos y síntomas de la intoxicación mejoran (de forma gradual en algunos casos) cuando se interrumpe el consumo de la sustancia.

Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos, normalmente desde que se despierta (López y Núñez, 2006). Como ya se ha comentado, estos síntomas varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. Hay signos fisiológicos comunes y fáciles de identificar en la abstinencia del alcohol, los opiáceos y los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos. Los signos y síntomas de la abstinencia de estimulantes como las anfetaminas y la cocaína, así como la nicotina y el cannabis, se presentan casi siempre, aunque en ocasiones son más difíciles de detectar. No se han observado síntomas relevantes de abstinencia con el consumo frecuente de alucinógenos; asimismo, la abstinencia en el caso de la

fenciclidina y de las sustancias de acción similar no se ha descrito todavía en seres humanos (aunque se ha demostrado en animales), tal y como señala la APA (2014).

Por último, los síntomas de abstinencia para cada sustancia o grupo de ellas son, entre otros, los siguientes:

- Alcohol y psicofármacos: aumento del temblor distal de las manos, insomnio, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad y crisis epilépticas; a nivel orgánico, aparecen náuseas o vómitos, hiperactividad autonómica (sudoración o pulsaciones por encima de 100), aumento de la tensión arterial y de la temperatura corporal (APA, 2014; Martín del Moral, Gerona y Lizasoán, 2003).
- Opiáceos: ansiedad, inquietud, sensación de dolor (sobre todo en espalda y piernas), necesidad irresistible de consumir opiáceos, comportamiento de búsqueda de droga, irritabilidad, mayor sensibilidad al dolor, humor disfórico, anorexia náuseas o vómitos, dolores musculares, diaforesis, taquicardia, temblores, lagrimeo o rinorrea, midriasis, piloerección o sudación, vómitos y diarrea, bostezos, fiebre e insomnio (APA, 2014; Leza y Moro, 2003).
- Cocaína, anfetaminas y derivados: depresión, ansiedad, dificultad para concentrarse, labilidad afectiva, estado de ánimo disfórico, amnesia (Lizasoán y Moro, 2003), fatiga, sueños vividos y desagradables, insomnio o hipersomnias, y retraso o agitación psicomotora; a nivel orgánico, aumento del apetito, taquicardia, vértigo y diarrea (APA, 2014; Lizasoán y Moro, 2003).
- Cannabis: irritabilidad, nerviosismo, insomnio o pesadillas, pérdida del apetito, intranquilidad, estado de ánimo deprimido, dolor abdominal, espasmos o temblores, sudoración, fiebre, escalofríos y cefalea (APA, 2014).
- Xantinas: cefalea, fatiga o somnolencia acusadas, ansiedad o depresión

evidentes, náuseas o vómitos, apatía, debilidad, irritabilidad y temblor (APA, 2014; Moro et al., 2003).

- Nicotina: ansiedad, irritabilidad, inquietud, dificultad para concentrarse, agresividad, labilidad emocional, depresión, trastornos del sueño, bradicardia, hipotensión y sudoración (APA, 2014; Lorenzo, 2003).

### 3.3.2.2. *Curso*

Para las sustancias de vida media corta los primeros síntomas de abstinencia suelen surgir pocas horas después de suprimir las dosis (alcohol o heroína), aunque pueden producirse crisis comiciales por abstinencia algunas semanas después de interrumpir las dosis altas de ansiolíticos de vida media larga. Los signos más intensos de abstinencia suelen ceder pocos días o semanas después de haber interrumpido el consumo de la sustancia, aunque cabe detectar signos fisiológicos sutiles algunas semanas o incluso meses después, formando parte del síndrome de abstinencia tardío.

### 3.3.3. **Otros trastornos mentales inducidos por sustancias**

A continuación se exponen otros trastornos inducidos por sustancias en los que la presencia de intoxicación o abstinencia se hace necesaria en la mayoría de los casos (salvo en los trastornos persistentes, esto es, demencia, trastorno amnésico y trastorno perceptivo persistente).

En todos estos trastornos, salvo en las tres excepciones comentadas, debe realizarse una especificación en base al contexto en que aparece el cuadro (APA, 2014):

- *De inicio durante la intoxicación.*
- *De inicio durante la abstinencia.*

#### 3.3.3.1. *Delirium inducido por sustancias*

El delirium inducido por sustancias puede desarrollarse durante el curso de una intoxicación o de una abstinencia, por lo que deberá demostrarse, mediante las pertinentes pruebas, la existencia de las mismas.

El *delirium* que aparece durante la intoxicación por sustancias puede desarrollarse minutos u horas después de haber ingerido dosis relativamente altas de algunas drogas como cannabis, cocaína y alucinógenos. Con otras sustancias como el alcohol o los barbitúricos, el *delirium* a veces sólo se presenta después de una intoxicación mantenida durante algunos días. Con frecuencia, se resuelve en pocas horas o días cuando la intoxicación cede, aunque la duración puede prolongarse tras la intoxicación con fenciclidina; asimismo, puede persistir durante períodos más largos cuando el individuo padece lesiones cerebrales, toma varias sustancias o tiene una edad avanzada.

El *delirium* por abstinencia de sustancias se desarrolla a medida que la concentración de la sustancia en los tejidos y el plasma va disminuyendo después de la reducción o cese de su consumo a dosis altas. Su duración tiende a variar de acuerdo con la vida media de la sustancia en cuestión: las sustancias de acción prolongada se asocian con frecuencia a una abstinencia más prolongada. En todo caso, puede mantenerse desde unas horas hasta 2-4 semanas.

Se destaca, sobre todo, el *delirium* inducido por abstinencia de alcohol, también llamado *delirium tremens*. Se trata de un estado tóxico-confusional acompañado de trastornos somáticos, de corta duración y que, a veces, hace peligrar la vida del individuo (OMS, 1992).

Se inicia, generalmente, después de interrumpir el consumo de alcohol y, de manera más común, en personas que presentan una grave dependencia y largos antecedentes de consumo. No obstante, puede ser provocado por otros factores, como traumatismos, infecciones o procesos quirúrgicos. La causa del *delirium tremens* parece ser la existencia de un trastorno metabólico múltiple debido, por un lado, a la menor capacidad del hígado para metabolizar y, por otro, a las alteraciones directas originadas por el alcohol sobre el metabolismo de hidratos de carbono y proteínas, amén del estado de desnutrición en que se encuentran estos individuos (Martín del Moral, Gerona y Lizasoain, 2003).



La tríada clásica de síntomas sería la compuesta por obnubilación de conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial, y temblor intenso.

El síndrome se inicia con ansiedad, insomnio, temblores, taquicardia y transpiración fuerte (Aragón y Miquel, 1995). A continuación tiene lugar la fase de delirium con desorientación, fluctuación del nivel de conciencia, alucinaciones, miedo intenso y temblores con agitación motora. El término tremens alude a estos síntomas motores. Durante esta fase de delirium se mantiene la hiperreactividad vegetativa, pudiéndose llegar a la deshidratación.

### *3.3.3.2. Demencia persistente inducida por sustancias*

Los síntomas que se asocian a la demencia persistente son los que se asocian a las demencias en general, es decir, alteraciones de la memoria y del comportamiento.

La edad de inicio de este trastorno empieza excepcionalmente antes de los 20 años. De forma habitual, presenta un inicio insidioso y una lenta progresión, sobre todo cuando el sujeto es diagnosticado de dependencia. Los déficit pueden empeorar incluso con el abandono de la sustancia, aunque algunos casos mejoran.

### *3.3.3.3. Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias*

Se trata de un trastorno en el que hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en ocasiones, mientras que está conservada la capacidad para evocar recuerdos inmediatos; también suele estar alterado el sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado (OMS, 1992). Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes y no es requisito para el diagnóstico. Las demás funciones cognitivas suelen estar relativamente bien conservadas.

Dentro de los trastornos amnésicos inducidos por sustancias, merecen especial atención los siguientes:

*A. Encefalopatía de Gayet-Wernicke*

Se suele presentar en alcohólicos crónicos con una nutrición deficiente. Clínicamente se observan desorientación y falta de atención, disminución de los niveles de conciencia, ataxia, afectación de la memoria de retención, anomalías del movimiento de los ojos (mirada fija, nistagmo), signos cardio-vasculares (taquicardia, disnea, etc.), estupor, coma y muerte (si no hay tratamiento). Estas manifestaciones disminuyen gradualmente, salvo el deterioro de la memoria, el cual perdura.

*B. Síndrome de Korsakoff*

Se caracteriza por un fuerte deterioro de las funciones de las memorias anterógrada y retrógrada, confabulaciones, apatía y alteración del razonamiento abstracto y visoespacial; las capacidades sensoriales y otras capacidades intelectuales se encuentran preservadas. El origen, al igual que en el caso anterior, es un déficit de tiamina.

Alrededor del 25% de los pacientes se recuperan por completo con el tratamiento adecuado (tiamina), pero si se cronifica, se vuelve irreversible y pasa a denominarse *enfermedad de Korsakoff*, la cual correspondería a un trastorno demencial (Martín del Moral et al., 2003).

*3.3.3.4. Trastorno psicótico inducido por sustancias*

La característica esencial del trastorno psicótico inducido por sustancias es la presencia de alucinaciones vívidas o ideas delirantes que se consideran efectos fisiológicos directos de alguna sustancia; no se incluyen las alucinaciones cuando el sujeto es consciente de que son provocadas por una sustancia, ya que éstas deben diagnosticarse como intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias, con la especificación correspondiente (APA, 2014).

Otros síntomas son los falsos reconocimientos, trastornos psicomotores (excitación o estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis y, en ocasiones, un cierto grado de obnubilación de conciencia (OMS, 1992).

El inicio del trastorno varía considerablemente dependiendo de la droga, aunque por lo general dentro de las primeras 48 horas. A veces, los trastornos psicóticos inducidos por sustancias no se resuelven con rapidez (normalmente en un mes de forma parcial) al retirar el agente que los causa, aunque en unos seis meses remite de forma completa. Se ha comprobado que sustancias como las anfetaminas, la fenciclidina y la cocaína provocan estados psicóticos temporales que algunas veces persisten durante semanas o incluso más, a pesar de retirar el agente causal y de instaurar un tratamiento con neurolépticos. Inicialmente, estos casos pueden ser difíciles de diferenciar de los trastornos psicóticos no inducidos por sustancias (APA, 2014).

Son de suma importancia las psicosis cocaínicas, caracterizadas por la presencia de un síndrome autorreferencial con ideas paranoides y alucinaciones. Estas aparecen tras varias semanas de ingestión continuada de cocaína; las más importantes son de tipo táctil. También se han observado alucinaciones auditivas de contenido autorreferencial (críticas y reproches), que llevan al sujeto a sentir un gran temor, visuales, con un intenso colorido, olfativas y gustativas (estas dos últimas menos frecuentes).

Asimismo, son de gran interés las psicosis cannábicas, existiendo una suficiente evidencia acerca del elevado riesgo (un 41% más de probabilidad con respecto a los no consumidores) que existe entre los jóvenes consumidores de cannabis de padecer más adelante un trastorno psicótico, riesgo que aumenta conforme lo hace la cantidad de droga consumida (Moore et al., 2007). De hecho, en el estudio de Gonzalvo, Barral, Grau-López, Esteve y Roncero (2011) se comprobó que el diagnóstico psiquiátrico más frecuente entre los consumidores de cannabis era el de trastorno psicótico.

Hay acuerdo entre la mayoría de los autores sobre el hecho de que la psicosis causada por el cannabis es muy similar a la psicosis esquizofrénica, llegándose a afirmar que puede ser un primer paso para la misma en base al modelo de diatesis-estrés (Degenhardt y Hall, 2006), ya que el uso de esta sustancia modifica el comportamiento y los pensamientos al producir una alteración de la percepción y de su forma de interpretarla, provocando, además, una disminución de los efectos de los

---

neurolépticos con el consiguiente riesgo de inducir un brote esquizofrénico (Fernández Fernández y Marquina Planchadell, 1995).

En el caso del alcohol, pueden mencionarse la alucinosis alcohólica y la celotipia alcohólica. La primera de ellas consiste en un episodio con síntomas psicóticos que se produce tras una fuerte intoxicación alcohólica en la que el individuo ha estado consumiendo grandes dosis de alcohol durante varios días (Aragón y Miquel, 1995). Ocurre fundamentalmente, en individuos que llevan consumiendo desde hace más de 10 años y que presentan el diagnóstico de dependencia o abuso (Martín del Moral et al., 2003).

La celotipia alcohólica, por su parte, supone la existencia de dudas y sospechas patológicas respecto a la fidelidad de el/la compañero/a, las cuales son excusas que aducen los alcohólicos con frecuencia para explicar su dependencia (Aragón y Miquel, 1995). Pueden distinguirse tres tipos (Alonso, 1998):

- *Bebedor celoso*: por lo general, tiene bastantes exigencias sexuales, habitualmente no correspondidas por la pareja, por lo que puede pensar que hay una tercera persona. Puede empezar, por ello, un cuadro de celos.
- *En el alcohólico crónico*: un síntoma frecuente es un trastorno de erección debido a la afectación cerebral; así, el sujeto piensa que su pareja, por ese motivo, se ha buscado otro compañero.
- *Delirio de celos en sentido estricto*: de entrada, no basado en pruebas. Piensa que su pareja le engaña, y a cualquier detalle o situación le da el significado de que le engaña. Es sospechoso de un trastorno esquizofrénico de tipo paranoide desencadenado por el consumo de alcohol intenso y/o prolongado.

#### 3.3.3.5. Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

La característica esencial del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias es una notable y persistente alteración del estado de ánimo, que se considera provocada por los efectos fisiológicos directos de una sustancia.

Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto en el que aparecen los síntomas (durante la intoxicación o la abstinencia), la alteración puede suponer que el estado de ánimo sea depresivo o con una notable pérdida de intereses o de placer, o que sea un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable (APA, 2014).

Centrando la atención en cada sustancia, la depresión mayor es un problema de primer orden en la dependencia de opiáceos (Cervera et al., 2001), ya que es el trastorno psicopatológico más frecuente entre adictos a esta sustancia, produciéndose en la gran mayoría de los casos una vez instaurada la dependencia; su aparición se incrementa durante el síndrome de abstinencia, presentándose cuadros depresivos breves que ceden espontáneamente.

La probabilidad de que surja un cuadro depresivo aumenta ante la presencia de situaciones estresantes, bien por el propio estilo de vida del adicto, bien por la acción biológica de la sustancia que conlleva una disminución de la capacidad de adaptación al estrés. También son frecuentes los intentos de suicidio y los suicidios consumados, sobre todo si existen depresión y problemas familiares.

Pasando al alcohol, a menudo, su consumo excesivo y crónico se asocia con depresión, generalmente consecuencia y no causa (Martín del Moral et al., 2003); no obstante, también puede existir trastorno bipolar (Aragón y Miquel, 1995). Los episodios depresivos pueden ser severos y cumplir los criterios diagnósticos para la depresión. Tanto en individuos dependientes como en los que abusan del alcohol, éste desencadena deseos de autolesionarse. Así, es un hecho constatado que, antes de un intento de suicidio o de un suicidio consumado, no es rara la ingestión de alcohol.

En relación con los trastornos del estado de ánimo inducido por los estimulantes mayores, se trata de cuadros depresivos que se desarrollan tras la retirada de la droga después de un consumo prolongado más que trastornos del estado de ánimo primarios (Araos et al., 2014).

#### *3.3.3.6. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias*

La característica esencial de este trastorno es la existencia de síntomas predominantes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos

---

directos de una sustancia (APA, 2014). Aunque la presentación clínica del trastorno pueda asemejarse a la del trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social o trastorno obsesivo-compulsivo, no es necesario que se cumplan los criterios para ninguno de estos trastornos.

Según estudios recientes, y en relación con el abuso/dependencia de alcohol, parece ser que los trastornos mentales más asociados con esta sustancia serían, además de la depresión ya comentada anteriormente, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de angustia, sobre todo en el caso de las mujeres. Asimismo, y en el caso de consumidores de cocaína, parece existir una mayor prevalencia de trastornos primarios frente a los secundarios o indicidos, sobre todo en el caso de pacientes con trastorno por estrés postraumático (Araos et al., 2014).

#### *3.3.3.7. Trastorno del sueño inducido por sustancias*

La característica esencial de este trastorno es la presencia de alteraciones prominentes del sueño de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente y que se consideran debidas a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (APA, 2014).

Los subtipos enumerados a continuación pueden emplearse para indicar qué tipo de cuadro clínico predomina (APA, 2014):

- *Tipo insomnio*: dificultad para conciliar o mantener el sueño, o la sensación de sueño no reparador al despertarse.
- *Tipo hipersomnia*: excesiva duración del sueño nocturno o la excesiva somnolencia durante las horas de vigilia.
- *Tipo parasomnia*: alteraciones del sueño caracterizadas por comportamientos anormales que tienen lugar durante el sueño o durante la transición sueño-vigilia.
- *Tipo mixto*: múltiples síntomas relacionados con el sueño, pero sin que ninguno de ellos predomine.

Durante la administración aguda y de breve período, los opiáceos producen un aumento de la somnolencia y de la profundidad subjetiva del sueño. La intoxicación crónica produce tolerancia a los efectos sedantes en la mayoría de los individuos, algunos de los cuales empiezan a quejarse ya de insomnio. La abstinencia de opiáceos se acompaña típicamente de quejas de hipersomnía.

Durante la intoxicación aguda, el alcohol produce de forma típica un efecto sedante inmediato, es decir, aumento de la somnolencia y disminución de la vigilia. Después de este efecto sedante inicial, el individuo muestra un aumento de las horas de vigilia, un sueño no reparador y, a menudo, actividad onírica de carácter vivido y ansioso durante el resto del sueño (Casola, Goldsmith, Daiter y Varenbut, 2006). Durante la abstinencia de alcohol, el sueño muestra una clara desestructuración.

Respecto a los trastornos del sueño inducido por estimulantes mayores, se produce insomnio durante la intoxicación aguda, e hipersomnía durante la abstinencia, por lo general. Después del periodo de intoxicación aguda que sigue a la toma de una importante cantidad de sustancia, suelen aparecer alteraciones como, por ejemplo, una enorme prolongación de la duración del sueño.

#### *3.3.3.8. Trastorno sexual inducido por sustancias*

La característica esencial del trastorno sexual inducido por sustancias consiste en una alteración sexual clínicamente significativa que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. Según sea la sustancia consumida, el trastorno puede alterar el deseo y la excitación sexuales, así como el orgasmo, o producir dolor. Generalmente, tienen su inicio durante la intoxicación por sustancias (APA, 2014).

El alcohol puede provocar, tanto en el hombre como en la mujer, alteraciones en todas las fases de la respuesta sexual, disminución del deseo e inhibición orgásmica.

Por último, y respecto a la fama de las anfetaminas como estimulantes sexuales, si bien es cierto que algunos compuestos provocan un alto estado de excitación sexual, no es menos cierto que el abuso continuado puede llegar a provocar eyaculaciones espontáneas que dificultan la realización del coito.

---

### 3.3.3.9. Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*)

La característica esencial es la recurrencia transitoria de alteraciones de la percepción que son reminiscencias de intoxicaciones por alucinógenos experimentadas previamente (APA, 2014).

Las alteraciones perceptivas incluyen formas geométricas, imágenes de campo periférico, flashes de color, colores intensificados, imágenes que dejan estela (las imágenes quedan suspendidas en el recorrido de un objeto móvil tal y como ocurre en la fotografía estroboscópica), percepciones de objetos enteros, postimágenes (aparece una sombra del mismo color o de color complementario al de un objeto después de desaparecer éste), halos alrededor de los objetos, macropsia y micropsia (APA, 2014).

Las percepciones anormales asociadas al trastorno perceptivo persistente por alucinógenos se suceden por episodios y pueden ser autoinducidas (p. ej., pensando en ellas) o desencadenadas por la entrada en un entorno oscuro, drogas variadas, ansiedad, fatiga y otros estresores (APA, 2014).

## 3.4. Trastornos de personalidad y consumo de sustancias

Es muy frecuente encontrar una asociación entre trastorno de personalidad y consumo de sustancias. De este modo, son numerosos los estudios que demuestran que los trastornos de personalidad de tipo impulsivo son los predominantes entre los individuos con trastornos debido al consumo de sustancias, esto es, límite y antisocial. Además, no es extraño detectar la existencia de varios diagnósticos diferentes de dichos trastornos (Cervera, Bolinches y Valderrama, 1999). No obstante, los resultados son confusos y no permiten establecer conclusiones claras y precisas acerca de la asociación entre trastorno de la personalidad y consumo de drogas.

Si se tiene en cuenta cada sustancia de forma independiente, la relación entre su consumo y la presencia de un trastorno de la personalidad podría quedar de la siguiente manera (Pedrero y Segura, 2003):

- *Heroína*: aparecen, más comúnmente, los trastornos pasivo-agresivo y antisocial de la personalidad.



- *Cocaína*: los más habituales son los trastornos pasivo-agresivo, antisocial, narcisista, histriónico, límite y paranoide (López y Becoña, 2006c). En otro estudio de Araos et al. (2014) se encontró que los trastornos más prevalentes eran el antisocial y el límite.
- *Alcohol*: el alcohol presenta una elevada comorbilidad con los trastornos de la personalidad, situándose entre el 22 y el 64 % (Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Lorea, 2006). Muestran una especial relevancia los trastornos narcisista, antisocial y pasivo-agresivo de la personalidad. También se ha establecido una estrecha relación con los trastornos histriónico, límite, paranoide (Prado, Crespo, Brenlla y Páramo, 2007), dependiente y obsesivo-compulsivo de la personalidad.
- *Cannabis*: se establece una conexión con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

En otro estudio, llevado a cabo por Pedrero, Puertas, Lagares y Sáez (2003), se observó que los individuos consumidores de heroína y cocaína se caracterizan por presentar más frecuentemente los trastornos por dependencia y pasivo-agresivo de la personalidad; los consumidores de alcohol, muestran más rasgos histriónicos, antisociales y agresivo-sádicos; finalmente, los consumidores de cannabis evidencian rasgos pasivo-agresivos, en el caso de los varones, y dependientes, en el caso de las mujeres.

#### **4. CONSECUENCIAS MÉDICAS**

Antes de comenzar a exponer las consecuencias médicas derivadas tanto del consumo agudo como del consumo crónico de sustancias psicoactivas, indicar que este apartado excede de los objetivos del trabajo, pero es importante conocer que el consumo de sustancias afecta a todo el organismo con el consiguiente efecto sobre el individuo, las familias y el sistema sanitario.

El consumo de sustancias psicoactivas tiene claras repercusiones negativas para la salud de sus usuarios, siendo el deterioro, generalmente, progresivo y originado por el uso continuado de la droga, lo que da lugar a una disminución en su calidad de vida, tanto mayor cuanto más grave es la dependencia (Lozano et al., 2008).

Las complicaciones médicas por el consumo de sustancias se manifiestan en, prácticamente, todos los sistemas que conforman nuestro organismo, si bien la alteración estará determinada, en parte, por la sustancia consumida, así como por la forma en que ésta se administra y por las características biológicas del individuo. El conocer todas las posibles complicaciones provocadas por el uso de drogas es necesario para emprender las intervenciones terapéuticas oportunas de cara a restablecer, en la medida de lo posible, la salud del consumidor.

Se pasa seguidamente a repasar dichas complicaciones médicas exponiéndolas según la sustancia consumida.

1. Opiáceos. Pueden distinguirse síntomas en distintos aparatos o sistemas, siendo los siguientes (Roca y Ladero, 2003):
  - Síntomas neurológicos: coma profundo a dosis elevadas, convulsiones, encefalopatía postanóxica, oftalmoplejía internuclear, mielopatías, etc.
  - Síntomas respiratorios: bradipnea, edema agudo de pulmón (por hipoxia, reacción anafiláctica o liberación de histamina), broncoconstricción, tórax “en tabla” o rigidez de la pared torácica que impide la ventilación de los pulmones...; ya en consumidores crónicos, aparecen granulomatosis pulmonar vascular y enfisema pulmonar
  - Síntomas cardiovasculares: bradicardia, hipotensión, arritmias...
  - Síntomas infecciosos: flebitis, celulitis, abscesos cutáneos y linfangitis (por consumo de la droga por vía parenteral); infecciones osteoarticulares tales como abscesos de pulmón, endocarditis, infecciones por *Candida albicans*, artritis bacterianas supuradas, discitis en la columna vertebral...; infecciones respiratorias, entre las que se incluyen neumonías bacterianas,

tuberculosis...

- Síntomas del aparato locomotor: síndrome músculo-esquelético-articular (curso con fiebre, mialgias y poliartritis en rodillas y tobillos sobre todo), rabdomiólisis aguda localizada y generalizada (curso con tumefacción dolorosa e impotencia funcional).
- Síntomas renales: necrosis tubular.
- Síntomas digestivos: estreñimiento pertinaz, pancreatitis agudas...
- Síntomas endocrinos: inhibición de la ACTH, incremento de prolactina, disminución del deseo sexual, de la excitación y del orgasmo por alteración de los niveles hormonales que controlan estas funciones.

2. Cocaína. Se distinguen los siguientes signos y síntomas (Ladero y Martín del Moral, 2003):

- Síntomas cardiovasculares: arritmias, isquemia miocárdica, miocarditis y miocardiopatías, rotura y disección aórticas, hemorragia vítrea, trombosis venosas...
- Síntomas respiratorios: perforación del tabique nasal, hipoosmia, quemaduras en laringe o tráquea (en fumadores de crack), edema agudo de pulmón, "pulmón de crack" (dolor torácico, tos productiva con esputo hemoptoico...), asma, barotrauma...
- Síntomas neurológicos: ictus cerebrales, hemorragias cerebrales, cefalea, convulsiones, síndrome de hipertermia maligna...
- Rabdomiólisis.
- Síntomas gastrointestinales: isquemias, úlceras gastroduodenales, colitis...
- Síntomas hepáticos: hepatitis tóxica, con elevación de transaminasas.
- Piel y faneras: madarosis o caída de pestañas, ulceraciones isquémicas en la

piel, síndrome de Magnan...

- Síntomas endocrinos: prolactinemia, amenorrea, aumento del deseo sexual que, a largo plazo, es sustituido por disfunción sexual, priapismo tras la aplicación tópica en el pene...

3. Anfetaminas. Los síntomas son los siguientes (Lizasoain y Lorenzo, 2003):

- Hipertensión arterial que puede dar lugar a encefalopatía hipertensiva o ictus.
- Cefaleas.
- Convulsiones.
- Rabdomiólisis.
- Síntomas cardiovasculares: arritmias, taquicardia sinusal, dolor precordial, disección aórtica, hemorragia vítrea, trombosis venosas...
- Síntomas hepáticos: lesión isquémica con elevación de transaminasas.
- Trastorno electrolítico con deshidratación, hemoconcentración, acidosis metabólica, e hipo o hiperpotasemia, originado por la hiperactividad muscular, diaforesis y falta de ingesta de líquidos.

4. Xantinas. Se producen las siguientes complicaciones orgánicas (Moro, Lizasoain y Ladero, 2003):

- Hipertensión arterial transitoria.
- Otros problemas cardiovasculares en individuos con cardiopatía previa.

5. Cannabis. Las complicaciones orgánicas originadas por el consumo de cannabis son las siguientes (Leza, 2003):

- Síntomas respiratorios: bronquitis crónica, rinosinusitis crónica, cáncer de lengua, cáncer de pulmón...

- Aparato reproductor: oligospermia en varones y ciclos anovulatorios en mujeres, hiperprolactinemia y galactorrea.
  - Otros síntomas: angina de pecho, diarrea...
6. Sustancias volátiles. Las repercusiones médicas por su consumo son las siguientes (Vargas y Terleira, 2003):
- Asfixia por oclusión de las vías respiratorias debida al empleo de bolsas para su inhalación.
  - Arritmias.
  - Lesiones cutáneas, tales como eritemas y lesiones periorales.
  - Secuelas neurológicas: ataxia y disartria por afectación del área cerebelosa, deterioro conductual y alteraciones de la conducta por afectación del área prefrontal, encefalitis, epilepsia...
  - A nivel digestivo pueden aparecer náuseas y vómitos, hemorragia abdominal, necrosis hepática...
  - Miopatías.
  - Alteraciones hidroeléctricas y renales, entre las que cabe mencionar la acidosis metabólica, hematuria, proteinuria, síndrome de Fanconi...
7. Alcohol. Las complicaciones orgánicas derivadas del consumo de esta sustancia son las siguientes (Laredo, 2003b):
- Síntomas digestivos: acidez gástrica en el caso de bebidas fermentadas, hemorragia gástrica, hiperemia...; en alcohólicos crónicos, pueden producirse gastritis crónica, dispepsia, diarrea de grado leve, pancreatitis (tanto aguda como crónica)...
  - Síntomas cardiocirculatorios: arritmia, miocardiopatía, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, ictus cerebrales...
-

- Síntomas neurológicos: pelagra, encefalopatía hepática, secuelas derivadas de traumatismos relacionados con la intoxicación, daño cerebral secundario a hipoglucemia, degeneración cerebelosa, enfermedad de Marchiafava-Bignami, polineuropatía alcohólica...
  - Síntomas músculo-esqueléticos: miopatía alcohólica, osteoporosis, osteonecrosis, gota, artritis y bursitis sépticas, reumatismo de partes blandas...
  - Síntomas endocrinos: rasgos feminizantes en el consumidor varón con cirrosis, trastornos menstruales que pueden llevar a la amenorrea, hipotrofia mamaria, síndrome de Cushing...
  - Síntomas metabólicos: hipoglucemia, cetoacidosis, acidosis láctica, interferencia en la síntesis de proteínas, hipertrigliceridemia, antidiuresis en el consumo crónico...
  - Síntomas hemato-inmunológicos: anemia, neutropenia, trombopenia, disminución de la agregabilidad plaquetaria, hipergammaglobulinemia...
  - Cáncer: cáncer de cabeza y cuello, cáncer de mama, cáncer de esófago, cáncer colorrectal, cáncer de estómago, cáncer de páncreas, y cáncer de hígado; sin embargo, algunos de estos tipos de cáncer, sobre todo los del aparato digestivo, no parecen estar originados de forma directa por el alcohol, sino cuando entra en contacto con carcinógenos contenidos en alimentos o en el humo del tabaco.
8. Nicotina (Álvarez-Sala, Fernández y Álvarez-Sala, 2003):
- Complicaciones respiratorias: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquitis crónica enfisema pulmonar.
  - Cáncer: de pulmón, boca, faringe, laringe, esófago, estómago, hígado, páncreas, riñón.

## **5. EL PROCESO DE INTERVENCIÓN EN LAS DROGODEPENDENCIAS**

Las dependencias requieren un tratamiento especializado. De eso no cabe la menor duda. No debe olvidarse que se está ante una enfermedad de causas variadas, y a veces desconocidas, cuyas consecuencias son casi siempre muy dramáticas.

Sin embargo, aunque el objetivo del tratamiento es conseguir que los pacientes alcancen un adecuado grado de funcionamiento, la complejidad del curso de los trastornos por consumo de sustancias, la tendencia a la cronicidad y la escasa eficacia de las técnicas empleadas hacen que el profesional deba marcarse como meta final la abstinencia, pero durante el proceso terapéutico debe plantearse otras más realistas, aunque de carácter parcial.

En este sentido, hasta hace algunas décadas, los tratamientos iban encaminados a conseguir, como objetivo último, la abstinencia del individuo. Actualmente las cosas han cambiado, de forma que la abstinencia no garantiza una forma de vida óptima. De ahí que hayan debido generarse otro tipo de intervenciones que permitan al individuo, además de una vida libre de drogas, una mejor reinserción social, etapa última del proceso de tratamiento.

La intervención en adicciones utiliza diferentes tipos de técnicas, aplicadas en distintos contextos (centro ambulatorio, comunidad terapéutica, pisos de reinserción, etc.) y ámbitos, esto es, individual, grupal y familiar/de pareja. Por lo que son muchos los actores implicados en todo este proceso, no sólo el adicto. Se pasa a continuación a exponer las distintas fases del proceso de intervención en adicciones para poder entender mejor los problemas que pueden surgir durante el mismo, así como el esfuerzo que deben dedicar tanto el adicto como sus familiares más cercanos en la consecución de los objetivos marcados.

### **5.1. Fases del proceso terapéutico**

En general, el tratamiento de un adicto a sustancias o a una actividad se compone de cuatro etapas: demanda de tratamiento, evaluación, tratamiento propiamente dicho y seguimiento, si bien el primer paso, en realidad, sería la asunción de la necesidad del mismo.

---

Es importante señalar que, en la mayoría de las ocasiones, el drogodependiente solicita ayuda presionado por la familia, amigos, situación de enfermedad, etc. Pero la motivación que se suele dar con más frecuencia es la presión familiar, de manera que el adicto es “empujado” por la familia para iniciar el tratamiento. Para ello, la familia utiliza argumentos tales como *“te va a pasar algo”*, *“así no puedes vivir”*... incluso, en ocasiones, si comprueba que así no lo consigue, llega a tomar la determinación, y se lo hace saber al drogodependiente, de expulsarlo de casa y finalizar la relación. A veces, esta actitud de la familia da resultado y el drogodependiente cede, siendo aquella la motivación del cambio; pero en otras, por el contrario, es más difícil que el adicto tome la decisión de someterse a tratamiento.

Comenzando por la demanda de tratamiento, indicar que el objetivo básico sería analizar la petición de ayuda del paciente y tratar de retenerlo para continuar con su tratamiento (Becoña, 2002). Los elementos a considerar en esta fase serían la motivación para el cambio, estadios de cambio, recursos disponibles, apoyo de su medio -sobre todo familiar-, tratamientos previos, conocimientos de los tratamientos disponibles, tratamiento que desea, analizar quién está implicado en la demanda, por qué, etc. Los procedimientos técnicos empleados serían la entrevista motivacional, escalas para evaluar aspectos motivacionales y estadios de cambio.

En relación con esta primera fase, también llamada de acogida, el objetivo principal es conseguir que el paciente vuelva a la siguiente sesión, ganándonos su confianza. El objetivo es la aceptación incondicional del mismo, premisa fundamental para poder ayudarlo.

La evaluación sería la segunda etapa, estando encaminada a conseguir la máxima información posible sobre el adicto y las circunstancias de consumo, con el fin de determinar las causas del mismo, los factores relacionados con la aparición y el mantenimiento del consumo y la dependencia, y así poder diseñar un programa de intervención adaptado al enfermo. Cabe señalar la importancia de no olvidar las evaluaciones familiar y social.



En cuanto a la etapa de tratamiento propiamente dicho, está compuesta de cuatro fases: desintoxicación, deshabituación, rehabilitación y reinserción social, las cuales requieren la intervención de un equipo multidisciplinar de profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, abogados, etc.), además de la necesidad de individualizar los abordajes, tanto en base a la sustancia, como al individuo y su problemática particular.

Finalmente, durante la etapa de seguimiento se trataría, en primer lugar, de mantener los logros conseguidos en las fases anteriores, así como la mejora de su calidad de vida; para ello se tiene en cuenta el apoyo familiar de que dispone el individuo, se le aconseja asistir a grupos de autoayuda, se realizan visitas de seguimiento a largo plazo, etc. Una vez mantenidos los resultados, es cuando se procede a realizar el seguimiento o evolución después del alta terapéutica, bien a través de una llamada de teléfono, acudiendo a su domicilio o citándolo en la consulta, para lo que se usan entrevistas, autoinformes, análisis de orina, etc.

Las etapas de mayor importancia para poder comprender las dificultades que surgen durante la convivencia con un drogodependiente serían la deshabituación y la rehabilitación, no sólo por la duración de las mismas –en realidad, pueden prolongarse durante años-, sino por los aspectos que deben trabajarse durante las mismas y que van a requerir un enorme esfuerzo por parte del adicto, con los consiguientes avances y retrocesos inherentes al propio proceso terapéutico.

Comenzando por la deshabituación, puede señalarse que se trata del proceso más largo y complejo del tratamiento, y el objetivo general sería el afrontamiento de la abstinencia. Durante esta fase desaparece el síndrome de abstinencia condicionado y el paciente va aprendiendo una serie de repertorios de conducta que permitirán enfrentarse con éxito a las situaciones de riesgo (Rubio, Ponce, Jiménez y Bobes, 2003): se trata de la intervención psicológica, que no sería exclusiva de esta etapa de tratamiento.

Esto, que parece sencillo a simple vista, entraña una gran dificultad, pudiendo producirse recaídas, ya que la cantidad de señales de todo tipo asociadas al consumo de

---

sustancias (o realización de la conducta) es enorme: estados de ánimo, fechas u horas determinadas, lugares, música, compañía o soledad, ciertas actividades, etc. Estas señales despiertan el deseo de consumo del individuo.

Las técnicas que se emplean habitualmente son cognitivo-conductuales, ya sean en formato individual, familiar o en grupo. Igualmente, pueden emplearse programas de mantenimiento con metadona acompañados siempre de terapia psicológica, además de programas de mantenimiento con buprenorfina/naloxona, que en la actualidad están dando un buen resultado y que evitan el hecho de tener que ir a los centros de dispensación de metadona, por lo que el drogodependiente no se siente obligado a esperar a que le atiendan rodeado de personas que como él son enfermos drogodependientes y que, en ocasiones, no utilizan la metadona para mantenerse sin consumir, sino para “tragichear con ella”.

Esta fase suele realizarse en dispositivos asistenciales ambulatorios. Cuando el paciente tenga hábitos de vida muy desestructurados y/o insuficiente soporte familiar, se recurre al ingreso en una comunidad terapéutica.

En general, en esta fase se trabajan, sobre todo, aquellos aspectos psicológicos que están directa o indirectamente relacionados con el consumo y que en el individuo están alterados, potenciándose la adherencia al tratamiento. En relación con esta última, es cierto que la tasa de abandonos en los programas de tratamiento es elevada, lo que dificulta el éxito de la intervención (la cual correlaciona con la retención en el mismo) y aumenta la probabilidad de una recaída (García-Rodríguez et al., 2007). Parece ser que estos abandonos son más frecuentes en pacientes jóvenes, mujeres, con poca instrucción, que viven solos y son policonsumidores; por otro lado, también influyen el hecho de presentar actividad criminal, y el escaso o nulo soporte social/familiar.

Estas tasas de abandono, además, son más relevantes en el caso de la adicción a la cocaína, por lo que ha sido necesario utilizar estrategias para asegurar la permanencia en el tratamiento; así, se han empleado los programas de manejo de contingencias (con una orientación similar a la economía de fichas), en los que los

pacientes ganan puntos contingentes al no consumo de cocaína o a la asistencia a las sesiones, los cuales pueden ser canjeados por diferentes bienes y servicios. Esta técnica también ha demostrado eficacia en el tratamiento de la adicción a otras sustancias (García-Rodríguez et al., 2007).

En el caso de la rehabilitación, por su parte, se trabaja especialmente en la prevención de recaídas, además de reforzar los cambios adquiridos en la fase anterior. En cuanto a la *reinserción social*, se efectúa a través de cursos de formación e incorporación al mundo laboral. Asimismo, se continúa con las terapias que se han venido efectuando (individuales, grupales y familiares) y con la prevención de recaídas, la cual se mantendrá hasta que el paciente deje de tener deseos de consumir.

## **5.2. La recaída en adicciones**

El fenómeno de la recaída, consustancial al proceso de recuperación de las adicciones, es un foco de atención relativamente reciente en la historia del estudio y tratamiento de las adicciones.

Es frecuente que los adictos a sustancias expresen un deseo de iniciar un tratamiento para abandonar el consumo de la sustancia de la que dependen, pero durante el primer mes suelen abandonar, faltando a una cita, actuando impulsivamente (toman una dosis), o bien se vuelven excesivamente confiados y consideran que no necesitan ayuda, cayendo en el error de creer que están curados. Aparece la recaída.

Diferentes investigaciones han mostrado tasas de recaída que rondan el 50% o más de los casos que inician un tratamiento y tras varios meses de abstinencia vuelven a consumir la sustancia, con el consiguiente abandono del programa de intervención en muchos casos; además, dichas tasas no difieren de una sustancia a otra (Saunders, 1993).

No obstante, hay que partir de una premisa a la hora de hablar sobre las recaídas en las conductas adictivas y es la siguiente: distinguir entre recaídas en el consumo de una determinada sustancia y recaída en la adicción a la misma. Puesto

que se hace referencia a la recaída en una adicción cuando realmente no se ha salido aún de la misma, la persona sigue siendo un adicto ya que no puede controlar su conducta adictiva (León, 1996). Es decir, teniendo en cuenta la opinión de muchos clínicos e investigadores, podrían incluirse, al menos, dos fenómenos bajo el término un tanto impreciso de recaída:

- *Desliz o caída*, para referirse a la concurrencia única de la conducta en cuestión (la primera copa, el primer cigarro o una inyección de heroína), el cual no se ve acompañado de un consumo continuo e incontrolado; sería, según los autores mencionados, "*un error leve, una caída temporal de un estado más elevado a uno inferior*".
- *Recaída propiamente dicha*, que implicaría una vuelta al consumo compulsivo e incontrolado con una mayor o menor reagudización de la adicción.

De este modo, hoy en día es bien conocido y aceptado el hecho de que un consumo aislado no implica, forzosamente, el reinicio del consumo compulsivo continuado ni tampoco la reanudación de la dependencia. En realidad, es muy infrecuente que un paciente realice un proceso terapéutico sin tener ningún contacto con la droga. Estos consumos esporádicos deben considerarse como algo propio del tratamiento, como una fase más del mismo por la que parece que hay que atravesar, y no dramatizar, puesto que no invalidan toda la intervención realizada hasta entonces.

En este punto es necesario introducir un concepto necesario para poder entender la ocurrencia de una recaída. Se trata del concepto de craving.

Se trata de una experiencia subjetiva referida por numerosos adictos que intentan mantener la abstinencia o cuando la sustancia no está disponible. Es considerado como un elemento central en las adicciones, aunque no por ello menos controvertido, del que se han dado múltiples definiciones sin que exista unanimidad.

Puede ser definido como un estado de necesidad o deseo muy fuerte e irrefrenable capaz de provocar la conducta de consumo (o de realización de una

actividad), lo que implicaría una búsqueda de la sustancia y su uso compulsivo; es decir, tendría propiedades motivacionales y estaría relacionado con la expresión de emociones, en este caso negativas (Jiménez, Graña y Rubio, 2002).

No obstante, parece que este estado es necesario, pero no suficiente para explicar la conducta adictiva (López y Becoña, 2006a). De este modo, algunos autores plantearon que el craving era el responsable del inicio de la recaída en sujetos que trataban de mantener la abstinencia; pero esto no parece del todo cierto, puesto que algunos consumidores no experimentan craving, la recaída no siempre va precedida de craving y éste no siempre da lugar a una recaída.

Por otro lado, se ha indicado que el craving es una experiencia subjetiva, dado que existen diferencias en el modo de ser percibido por los distintos consumidores. Así, los consumidores de cocaína lo definen como una re-experimentación de los efectos positivos de la droga, mientras que los que usan alcohol u opiáceos lo consideran una experiencia negativa con síntomas similares a los de un síndrome de abstinencia (López y Becoña, 2006a).

A pesar de todo, los autores están de acuerdo en que el craving es un fenómeno que forma parte de la adicción, por lo que el tratamiento debe ir encaminado a detectar, analizar, afrontar y manejar los deseos de consumo o de realización de la actividad, y romper la posible relación causal establecida (no demostrada) entre craving y recaída. Es más, en algunos casos, la reducción del craving ha sido utilizada como una medida del éxito terapéutico (Eliason y Amodia, 2007).

En todo el proceso terapéutico la familia posee un papel importante, aunque también complicado, si, como se ha comentado, el tratamiento por parte del drogodependiente es empezado gracias a ella; en este sentido, es la misma familia la que sufre las recaídas. De manera que, cuando ya el enfermo está en su proceso de rehabilitación, la familia siente como si descansara, como si se reiniciara, como si comenzara de nuevo (en ocasiones, si la familia está desestructurada es más complicado), ponen en el drogodependiente y en su recuperación toda la ilusión, esperanza, comienza un bienestar que antes no se tenía pero, cuando se produce una

recaída, el golpe es atroz; para la familia es un auténtico desastre, pues se adelanta a los acontecimientos rememorando lo ya vivido y volviendo a la situación anterior. La familia vive, por tanto, la recaída de una manera intensa.

No obstante, la familia es entendida por Becoña y Cortés (2011) como una pieza estratégica y esencial en el proceso de incorporación social, tanto por el apoyo facilitado por la misma en la cobertura de necesidades básicas como por el apoyo afectivo que ofrece a la persona afectada, en este caso el drogodependiente.

Por último, García (1999, citado en Calvo, 2007), en cuanto a la intervención con padres para disminuir las tasas de recaída de hijos drogodependientes, destaca tres puntos importantes:

- La duración de la abstinencia está relacionada con la aceptación que la familia realice de la viabilidad del plan de rehabilitación.
- La reacción que tengan los padres ante los esfuerzos de autonomía, expresión abierta de sentimientos y pensamientos, y empatía guardan relación con una mayor abstinencia.
- Inciden en la recaída las falsas expectativas que la familia se crea sobre la recuperación del drogodependiente.

La familia es, por tanto, objeto de intervención como sistema afectado, pero también en cuanto a sus comportamientos, actitudes, ..., proporcionando o entorpeciendo el abordaje rehabilitador/integrador del familiar drogodependiente (Calvo, 2007). Así, Hervás y Gradolf (2001 citado en Calvo, 2007) señalan que la familia, al igual que puede incrementar el problema de la drogodependencia (si se da la codependencia por parte de la familia), puede ayudar a resolverlo.

**CAPÍTULO SEGUNDO**  
**EL FAMILIAR CUIDADOR**





*“Cuidar es todo lo que ayuda a vivir y permite existir”*

*Collière, 1999*

## **1. INTRODUCCIÓN**

La familia sirve como soporte esencial y fundamental del ser humano ya que éste forma parte de ella desde que nace hasta la finalización de sus días; no obstante, es cierto que la familia ha ido evolucionando a lo largo de los años tanto en cuanto a su estructura como en relación con sus funciones, la dinámica de las relaciones y la permanencia de sus miembros en la misma. No importa cuántos ni quienes sean sus integrantes, pero sí es bien cierto que el funcionamiento de la misma cuando hay algún tipo de acontecimiento estresante que la amenace ha sido y es similar en unas u otras circunstancias. Cada uno de los integrantes del núcleo familiar lo asume de una manera distinta, siempre dependiendo del rol o función que desempeñe dentro de la familia.

De manera que, cuando el acontecimiento estresante que amenaza el funcionamiento familiar es una enfermedad crónica, como es el caso de una enfermedad mental, incluida una drogodependencia, todos los mecanismos familiares se ponen en marcha para adecuar sus roles a la nueva situación.

Es por eso que en el caso que nos ocupa, en el cual la enfermedad crónica es la drogodependencia, es de especial importancia saber cómo impacta en la familia la llegada de dicha enfermedad, ya que es el mismo enfermo el que demanda que uno de los integrantes del núcleo familiar le preste su atención, cuidados... Así, el miembro de la familia que se encarga de ello suele ser también la persona que mantiene con él una relación más estrecha. No siempre, pero sí en la mayoría de los casos, existe una correspondencia entre el vínculo que mantiene ese miembro de la familia con el

---

enfermo y la relación que establece con él al presentarse la enfermedad, de manera que, tal y como se ha indicado, suele ser el familiar más cercano el que se ocupa de su cuidado, es el llamado familiar cuidador.

La persona que desempeña este rol, el de familiar cuidador, suele tener un perfil concreto en cuanto a su género, edad y vínculo con el enfermo, aunque hay excepciones. De modo que son del género femenino los cuidadores que predominan, siendo además habitualmente el vínculo que mantienen con el drogodependiente el de madre o esposa.

Por ello, es necesario ahondar en todo lo expuesto anteriormente, centrándonos en los datos que existen en cuanto a los cuidadores familiares de otras enfermedades crónicas, pues en cuanto al tema en cuestión que nos ocupa no hay tantos estudios realizados sobre la figura del cuidador familiar y su relación con el drogodependiente.

De este modo, se procederá posteriormente a evaluar las consecuencias que sufre el familiar al desempeñar el rol de cuidador, lo cual será abordado en el siguiente capítulo. Sin embargo, antes de iniciar el tema referido al familiar cuidador, es de suma importancia tener en cuenta una serie de conceptos clave y necesarios para entender el papel que desempeña como tal.

Es por ello que se expone de forma resumida un recorrido por la historia de la familia, además de una breve revisión conceptual sobre dicho término, desde diferentes perspectivas y autores, de manera que se aprecie su evolución a lo largo de los años.

## **2. CONCEPTO DE FAMILIA**

La familia se entiende como tal desde las sociedades primitivas, en las que estaba formada por varios núcleos que tenían lazos de parentesco, era una unidad de tipo económico que llevaba a cabo actividades tales como la caza y el cultivo, teniendo un papel fundamental los roles que se desempeñaban dentro de esos

núcleos, roles de género muy delimitados, teniendo hombres y mujeres funciones fijadas y no intercambiables, y produciéndose las uniones bajo ritos de transición, de modo que se pasaba de un estado a otro, como es el caso del paso del estado joven al estado adulto. La religión era una característica presente en dichos ritos de transición, una religión politeísta que repercutía en la vida de las familias, de modo que cualquier suceso que ocurría se achacaba a que los dioses querían que así fuera, teniendo la religión un papel fundamental en el control social del grupo (Flores, 2011).

Es además considerada la más antigua de las instituciones sociales constituidas por el hombre, la cual perdurará mientras el hombre exista (Fromm, Horkheimer y Parson, 1970).

Ya en el siglo XVI, al ser aprobada la Reforma Protestante, hubo cambios en cuanto al modo de formar una familia, pues hasta ese momento no se consideraba como tal si no había sido formada por medio de la religión; la unión de hombre y mujer debía realizarse mediante un rito de transición llamado matrimonio, uno de los sacramentos de la Iglesia Católica, siendo a partir de la Reforma anteriormente citada, cuando el matiz religioso del matrimonio se convierte en civil, atribuyendo a la unión de un hombre y una mujer un carácter legislativo.

Con la Revolución Industrial, la familia empieza a cambiar; con la llegada de las maquinarias y las nuevas tecnologías, el trabajo ya no puede desempeñarse únicamente en el entorno familiar, de modo que la familia tiene que desplazarse a lugares donde hay grandes industrias que proporcionaban trabajo, comenzando a desaparecer las ocupaciones y profesiones que se desempeñaban hasta ese momento (Burgos, 2004). Debido a esto, se origina la superpoblación de los lugares industrializados y la despoblación de aquellas zonas donde la industria no estaba presente. Además, con el tiempo no sólo es el hombre el que trabaja y mantiene económicamente a la familia, sino que la mujer comienza a formar parte del mundo laboral, aportando cada uno de ellos el sustento económico.

Es en este momento (cuando la mujer comienza a desempeñar un trabajo remunerado fuera del hogar), cuando los hijos se dejan en manos de terceras personas

que pueden formar parte de la familia (abuelos, tíos, ...), o no (guarderías, niñeras, ...) (Flores, 2011).

Una vez descrita muy breve y escuetamente la evolución histórica de la familia hasta llegar a nuestros días, se expone a continuación una revisión conceptual sobre dicho término.

## **2.1. Definición de familia**

A la hora de conceptualizar el término familia de manera clara, se encuentran dificultades debido a la evolución a la que ha estado sometida a lo largo de los años, de modo que no se puede hacer referencia a la familia sólo de manera nuclear, pues han ido surgiendo otras formas de componerla (Toffler, 1980, citado en Clemencia, 1993).

Por ello, se comienza esta revisión conceptual con la definición de familia aportada por Lévi-Strauss (1949), el cual la considera como un grupo social que se caracteriza por:

1. Tener origen en el matrimonio.
2. Estar formada por el marido, la esposa y los hijos nacidos del matrimonio.
3. La existencia de lazos de matrimonio, derechos y obligaciones de tipo económico, religioso u otros, red de derechos y prohibiciones sexuales y vínculos psicológicos como el amor, el afecto, el respeto y el terror.

El autor precitado entiende que los integrantes de la familia únicamente pueden ser hombre, mujer y los hijos nacidos de la unión entre ambos, por lo que no contempla los hijos adoptados. En este sentido también es definida por Giddens (1994), sociólogo inglés, el cual la concibe como un grupo de personas que tienen nexos de parentesco, siendo los miembros adultos que la componen los que se ocupan del cuidado y educación de los hijos y creándose el parentesco únicamente por medio del matrimonio y la consanguinidad.

García-Caballero y González-Meneses (2000) van más allá, pues indican que la familia es la más universal de las instituciones, siendo por ello objeto de estudio de las ciencias sociales. Especifican que dependiendo de la sociedad a la que pertenezca la institución familiar, adoptará diferentes formas, si bien la familia es concebida como un grupo social formado por personas que mantienen un vínculo de sangre, matrimonio o adopción, y que tienen como característica una residencia común con unidad económica y con fines reproductivos, con el consiguiente cuidado de la descendencia.

Un concepto que amplía lo anteriormente expuesto es el aportado por Aylwin (1990), quien define a la familia como el conjunto de personas de distintas edades y sexo que mantienen lazos de consanguinidad, adopción, matrimonio legal o consensual, y conviven juntas para mantenerse y desarrollarse como personas.

Por tanto, se puede entender la familia como un grupo social que nace en el matrimonio, el cual está compuesto nuclearmente por el marido, la esposa y los hijos (nacidos por la unión del matrimonio o adoptados), y que se encuentra sujeto por lazos legales, normas económicas y sociales, reglas sexuales y especiales sentimientos personales. Gómez (2008), además, especifica que pueden agregarse al núcleo familiar otros parientes.

Al nacer, el ser humano ya se encuentra incluido en la familia, la cual es la primera agrupación de su vida; así lo estima Cervel (2005) quien, asimismo, indica que este es el grupo primario por excelencia, tanto por su primacía como por las experiencias que se llevarán a cabo en él. Así lo consideran también Bezanilla y Miranda (2014), quienes entienden la familia en esos mismos términos y añaden, además, que las experiencias y habilidades que se desarrollarán facilitarán su vida en todas las áreas.

En esta misma línea, Jaime, Pérez, Rodríguez, Vega y Díaz (2014) señalan que la familia es una institución que cumple una función social muy importante, desempeñando un papel decisivo en el desarrollo psicosocial de sus miembros, por lo que su funcionamiento se considera una dinámica relacional interactiva y sistémica

---

que se da entre sus integrantes, y que se evalúa a través de la cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad.

De manera que se puede identificar la familia como la célula nuclear social en la que pautas socioculturales, códigos de convivencia, valores, estilos de vida, reglas, modos de relacionarse y creencias serán trasladadas a los hijos, los cuales volverán a formar nuevas familias, dando así continuidad a la cultura y cambios sociales del momento (Rodríguez, 2006).

La familia es contemplada también como la primera red de apoyo social, ya que ayuda a minimizar el impacto de los cambios y tensiones del día a día. González (2014) señala que es además considerada como un grupo básico y fundamental de la sociedad, que cumple una serie de funciones que son necesarias para el bienestar y la salud de los seres humanos; pero esto no ocurre siempre así, ya que existen una serie de factores que pueden amenazar el buen funcionamiento de la familia, tales como los que van surgiendo a lo largo de la vida de la misma y otros que no están relacionados con su ciclo normal; en este caso la enfermedad sería uno de ellos (enfermedades tales como Alzheimer, cáncer y drogodependencias, entre otras).

Las facetas experimentales y vínculos primarios de la persona se determinan desde la familia como unidad vivencial, siendo el órgano en el que el ser humano adquiere la habilidad de relacionarse y unirse a los grupos que desde la misma familia se forman; así, la familia permite el desarrollo integral de la persona, siendo la manera de hacer las cosas y de creer en valores y principios lo que hace que una familia difiera de otra, aunque su estructura sea similar, y concibiendo a la familia como un derecho del ser humano (García, 2013).

Para finalizar, a continuación se plasman dos definiciones que deben ser tenidas en cuenta, la de la Real Academia de la Lengua y la emitida por la Organización de las Naciones Unidas.

El Diccionario de la Lengua Española perteneciente a la Real Academia de la Lengua, en su vigésimo segunda edición actualizada (2012), entiende por familia al: “Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas” (primera acepción);

“Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje” (segunda acepción); “Hijos o descendencia” (tercera acepción).

Por su parte, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, emitida por la Organización de las Naciones Unidas en 1948, en su artículo 16.3, entiende que “La Familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad, y tiene derecho a la protección de la sociedad y el Estado”.

Es innegable, a la vista de lo expuesto, que la definición de familia es variada, aunque en muchas de las definiciones mostradas hay elementos comunes, pues hacen referencia a un grupo de sujetos que entre ellos mantienen parentesco, entendiéndose como tal tanto los de tipo sanguíneo como los de tipo adoptivo o matrimonial, y abarcando algunas de estas definiciones incluso lazos de tipo económico y desarrollo social.

## **2.2. El enfoque sistémico de la familia**

Se presenta en este subapartado, uno de los enfoques desde el que puede ser interpretada la familia, el llamado enfoque sistémico. Para ello se comenzará explicando los principios generales de la Teoría General de Sistemas, pasando posteriormente a tratar el enfoque sistémico de la familia.

En primer lugar, y centrándonos en el enfoque sistémico, es importante señalar que La Teoría General de Sistemas (TGS), tiene su origen en la segunda mitad del siglo XX, cuando fue formulada por Ludvig Von Bertalanffy.

Esta teoría (TGS) asegura, en relación con las propiedades de los sistemas, que estos no pueden ser representados en términos de sus elementos separados, sino que deben estudiarse de forma global.

Sus premisas fundamentales y básicas son tres:

1. Los sistemas existen dentro de sistemas, es decir, cada sistema existe dentro de otro mayor.
2. Los sistemas son abiertos (consecuencia de la premisa anterior), lo cual

significa que cada uno de los sistemas, a excepción del menor o del mayor, recibe y descarga algo en los demás, sobre todo en los contiguos; los sistemas abiertos tienen como característica el establecer un proceso de cambio infinito con su entorno, formado por los otros sistemas.

3. Las funciones de un sistema dependen de su estructura; esta afirmación es intuitiva, tanto para los sistemas biológicos como para los mecánicos.

El sistema es concebido de forma operativa por Weiss (1971) como una unidad compleja de fenómenos, con una estructura estable en el espacio y una configuración secuencial relativamente estable en el tiempo, que en un ambiente de cambio es capaz de conservar su configuración integral de comportamiento y organización, tendiendo a su recuperación tras perturbaciones no destructivas.

Autores como Johansen (2004) definen el sistema como una totalidad, un conjunto de partes coordinadas que interaccionan para alcanzar determinados objetivos, una organización interdependiente donde la conducta y la expresión de cada una de las partes se influyen y son influidas.

Por su parte, Perinat, Lalueza y Sadurní (2007) sostienen que es una unidad compleja en el tiempo y en el espacio, que la noción de complejidad de un sistema se basa en distinguir diferentes partes que poseen una relación mutua, y que la organización es la forma en que las partes de un sistema y las relaciones que mantienen concurren en su existencia. Consideran un sistema abierto cuando en él se producen intercambios y, como tal, se puede estimar desde un niño, a una familia o empresa.

La Teoría General de Sistemas posee una serie de principios que se cumplen en todo sistema, sea cual sea su cualidad. Von Bertalanffy (1976) estableció los siguientes:

- Organización: es la estructura de los elementos de un sistema y las relaciones que se producen entre los mismos que normalmente muestra alguna regularidad. Los sistemas tienen ciertas reglas para relacionarse y con ello



muestran en cierta manera un modelo o guía de funcionamiento del sistema que se reproduce a sí misma. Su estructura detenta varias características:

- **Totalidad:** el todo es distinto a la suma de sus partes. Las conductas de cada sujeto afectan por igual tanto a los demás individuos del sistema como al sistema en su conjunto, en concordancia con la singularidad y estructuración propia de ese sistema.
- **Límites:** es el espacio que distancia a un sistema de cualquier otro. Son vitales para el sostenimiento de la entidad del sistema como tal, ya que cumplen la misión de separar o escoger las entradas y salidas, preservando la diferencia entre partes dentro del sistema.

Así, forman las normas que establecen quién y cómo forma parte del sistema. Los elementos del mismo se verían reglamentados por la naturaleza de la vinculación entre ellos. Los subsistemas precisan las funciones y peticiones concretas para sus miembros. Un sistema funcional tiene límites sobradamente claros y flexibles. Claros, para esquivar la confusión y admitir cierto orden del sistema; y flexibles de manera que hagan posible la interacción con otros subsistemas.

- **Jerarquía:** determina el lugar de cada miembro dentro de la jerarquía del sistema atendiendo a las líneas de poder establecida. Del mismo modo, cada sistema forma parte de un sistema mayor, llamado suprasistema, y engloba sistemas de menor escala llamados subsistemas.
- **Control:** cada sistema vivo tiene la peculiaridad de ser dinámico y estable a la vez, esto es porque su tendencia es a la conservación por un lado -ya que tiene mecanismos homeostáticos- y, por otro, su tendencia es a ser un sistema abierto que puede padecer modificaciones, sufriendo constantemente alteraciones motivadas por su interacción con el medio y por el propio desarrollo de todo sistema vivo. Sus principales características son:

- Homeostasis: sujeta a lo estable de un sistema. La función de la homeostasis es mantener los elementos del sistema dentro de fronteras aceptables permitiendo la adaptación en los mismos.
- Retroalimentación o feedback: relacionada con la idea de circularidad, según la cual, los hechos están interrelacionados en periodos circulares sin principio ni fin, de forma que alguna fracción de la información que sale del sistema retorna a él. Esta puede ser negativa, cuando ayuda a que el sistema permanezca en un estado estable, o positiva, cuando conduce al cambio y a la retirada de estabilidad del mismo. Tanto la retroalimentación negativa como la retroalimentación positiva coexisten permanentemente en todo sistema.
- Dimensiones de espacio y tiempo: el orden, la circulación de la energía y el control toman ciertas particularidades en consonancia con las dimensiones de espacio y tiempo. El patrón observado en una dimensión espacial es denominado estructura, y en una dimensión temporal, función o proceso. En la observación es muy complicado el separarlos debido a que aparecen interrelacionados.
- Equifinalidad: conlleva la posible llegada a un mismo resultado desde puntos de partida distintos y por caminos diferentes, o de alcanzar diferentes resultados desde puntos de partida idénticos.
- Recursividad: se refiere al dinamismo de un sistema por el que está continuamente moviéndose mediante una repetición de hechos de forma sucesiva, originando pautas o patrones que, a su vez, se repiten a sí mismos constantemente. Dentro de este concepto van incluidas las reglas, que nacen a partir de las normas de interacción de cada sistema. Pueden ser más o menos explícitas y deben ser respetadas por los componentes del sistema para continuar con un estado estable.

Asimismo, y considerando el sistema como un conjunto de elementos, objetos o fenómenos, en este caso personas, y teniendo además en cuenta las relaciones que

se llevan a cabo entre esas personas y sus características, Maganto (2004) determina que las personas son los componentes del sistema, que los atributos son las propiedades de tales objetos o personas y las relaciones son las interacciones que definen la relación.

Cabe decir entonces que a la familia, considerada como sistema, le son aplicables los principios propios de los Sistemas Generales, además de otras características importantes que proporcionan su comprensión, y que son propias de dichos sistemas (Espinal, Gimeno y González, 2006).

En este sentido, y continuando con la referencia a la familia, la teoría de sistemas posee un enfoque holístico y es uno de los marcos que más repercuten en su atención. De modo que se basa en los procesos familiares y la interacción entre suprasistemas y subsistemas, siendo considerada la familia una unidad de cuidado, y siendo el foco de atención tanto las relaciones familiares internas, sus funciones y estructura, como las relaciones familiares entre el sistema total, el contexto y los diferentes subsistemas. Asimismo, tener este tipo de enfoque de familia da lugar al conocimiento de la dinámica familiar y sus preocupaciones en cuanto a la salud y enfermedad (Wright y Leahey, 2009, citado en Canga, Vivar y Naval, 2011).

Miranda y Rodríguez (2010), por su parte, conciben la familia desde este enfoque como un todo distinto a la suma de las individualidades de sus miembros, con una dinámica basada en mecanismos propios y diferentes a los del sujeto aislado.

Por último, desde esta perspectiva sistémica, entendiendo la familia como unidad y en relación con la presencia de una enfermedad crónica en el seno de la misma, el hecho de que enferme uno de sus miembros conlleva que el resto de los integrantes de la familia se vuelquen, llegando incluso a cambiar su cotidianeidad; en este sentido, se puede decir que la familia también enferma, es como si lo que un miembro padece se extendiera al resto al centralizar su atención. De esta misma manera lo expresa Lehr (1995) haciendo referencia a que la familia no puede entenderse de manera estática, sino dinámica e interactiva a lo largo de la vida; y si uno de sus integrantes es afectado por cambios o evoluciona, lo que le ocurre repercutirá en el resto de sus integrantes.

---

### **2.3. Funcionamiento familiar e impacto de la enfermedad en la familia**

En este subapartado se analizará el funcionamiento familiar, haciendo referencia también a las funciones de la familia, y posteriormente al impacto que la enfermedad produce en ella, siendo una de las situaciones que produce la llamada crisis familiar.

Un factor a tener en cuenta, pues sirve para determinar a la familia como grupo social, es el formado por las funciones y funcionamiento familiar (Bezanilla y Miranda, 2014); este último puede ser definido como la consecuencia de los esfuerzos que hace la familia para lograr un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una circunstancia de crisis en la familia (McCubbin y McCubbin, 1993). Esta hace uso de mecanismos de autorregulación para perpetuar su correcto funcionamiento, modificando las relaciones familiares, atendiendo a sus características y etapa del ciclo vital entre otras (Fernández, 2004).

En esta misma línea, Espejel (1997) señala que el funcionamiento familiar es la aptitud que el sistema (familiar) posee para llevar a cabo sus propósitos, para poder hacer frente a las crisis que pueden sobrevenir, de modo que surgen patrones que posibilitan advertir su dinámica interna.

Según el modelo circuplejo de Olson (mediante el cual se realiza el diagnóstico familiar partiendo de la perspectiva sistémica), las variables que entran en juego en el funcionamiento familiar son tres (Rivero-Lazcano, Martínez-Pampliega y Iraurgi, 2011):

- **Cohesión:** es entendida por Olson, Sprenkle y Russell (1979, citado en Rivero-Lazcano et al., 2011), como el vínculo emocional que los miembros de la familia mantienen entre sí, es decir, el lazo de unión que mantienen, la proximidad que hay entre los integrantes de la familia.
- **Adaptabilidad:** Olson y Gorall (2003, citado en Rivero-Lazcano et al., 2011), la definen como la cantidad de cambio en las relaciones de roles, en las reglas y en el liderazgo, dentro de un sistema familiar o marital. Es también llamada flexibilidad.

- **Comunicación:** Es la que facilita el cambio en la cohesión y la adaptabilidad, de modo que las habilidades, tanto de comunicación positiva como efectivas para la resolución de problemas, permiten que la familia comparta lo que necesita en cuanto a las dos dimensiones ya citadas. La comunicación es uno de los factores que influyen para que una familia se mantenga unida, si hay una buena comunicación, no hay asunto, conflicto, duda que no pueda solucionarse (Estrada, 1990, citado en Bezanilla y Miranda, 2014).

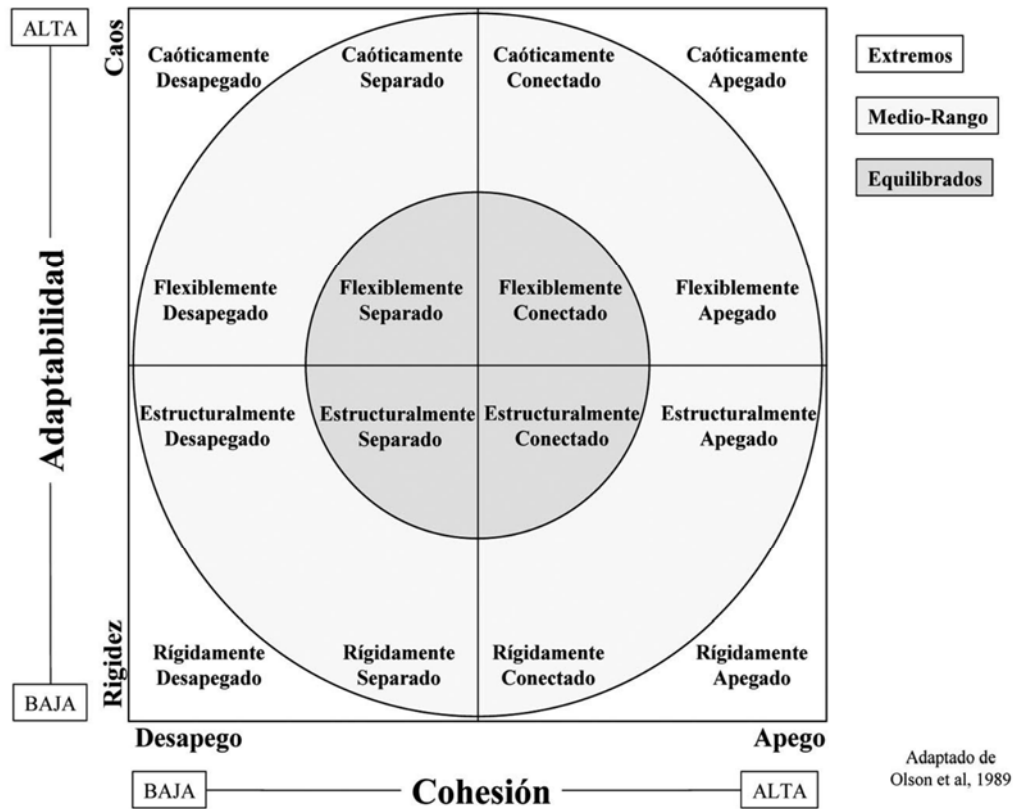
Las dimensiones cohesión y adaptabilidad son curvilíneas (disfuncionales en los extremos) y cada una de ellas está dividida en cuatro niveles (Mata, 2005):

- **Cohesión:** desapegado, conectado, separado y apegado.
- **Adaptabilidad:** caótico, flexible, estructurado y rígido.

La comunicación, por su parte, es lineal: a mejor comunicación mejor funcionamiento familiar. Así se observa en la Figura 1.

En este modelo los niveles equilibrados de cohesión y adaptabilidad son propios de un funcionamiento familiar sano; en cambio, los niveles desequilibrados lo son de un funcionamiento familiar con problemas. Así, en el centro del esquema se encuentra el balance máximo de cohesión y adaptabilidad, tomando la cohesión los valores separado o desapegado si su puntuación disminuye, y los valores conectado y apegado si aumenta; en cuanto a la adaptabilidad, si la puntuación disminuye se convierte en estructurada y rígida, y si aumenta en flexible y caótica.

Al cruzarse las dimensiones cohesión y adaptabilidad, se obtienen 16 tipos de familia, que se clasifican en balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente funcionales.



Adaptado de Olson et al, 1989

**Figura 1:** Modelo Circumplejo de funcionamiento familiar (Olson et al, 1989)

Haciendo referencia a las funciones, como grupo social la familia debe cumplir tres esencialmente (Ruiz, 1990):

- función económica
- función biológica
- función educativa, cultural y espiritual

El cumplimiento de cada una de estas funciones, es decir que la familia satisfaga las necesidades básicas materiales y espirituales de sus integrantes, es un indicador del funcionamiento familiar (Herrera, 1997), aunque no existe un criterio único de los indicadores para medirlo, de modo que se encuentran distintas opiniones en cuanto a por qué una familia pasa a ser disfuncional, habiendo autores que piensan que la familia se convierte en tal cuando no es capaz de asumir cambios, y otros que exponen el incumplimiento de las funciones básicas y primordiales y la incompetencia

intrafamiliar como características que provocan la disfuncionalidad en la familia (Walsh, 1982).

Como indicadores para comprobar el funcionamiento familiar, Herrera (1997) propone cinco, los cuales se presenta a continuación:

- Cumplimiento eficaz de sus funciones (económica, biológica y cultural-espiritual)
- Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros; para analizar este indicador deberán ser tenidos en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación.
- Que en el sistema familiar exista flexibilidad de reglas y roles para la solución de los conflictos; para poder analizarlo, se tendrán en cuenta las pautas de interacción relacionadas con lo que se debe o no hacer, con las funciones, derechos y deberes de cada integrante de la familia, de manera que una familia será funcional cuando cada miembro acepte su rol y tenga claro cuál es, pasando a ser disfuncional cuando se invierte la jerarquía de roles, cuando no se respeta la distancia generacional.
- Que en el sistema familiar se de una comunicación clara, afectiva y coherente que dé lugar a que los problemas se expongan, que se dialogue sobre ellos, siempre sin dobles mensajes, pues eso denotaría la existencia de conflictos sin resolver.
- Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios. Una familia es funcional cuando no hay rigidez, y tiene la capacidad de adaptarse; para ello tiene que ser capaz de modificar límites, reglas, roles e, incluso, vínculos familiares para adecuarse a la nueva situación de manera que éste es considerado por la autora precitada uno de los indicadores más importantes. La familia es entonces un constante equilibrio-cambio.

En relación con la funcionalidad, y pasando a exponer el impacto que la enfermedad supone en la familia, el hecho de que un miembro de la familia sea

---

diagnosticado de una enfermedad larga, grave, crónica, ..., supone un suceso trágico no sólo para el enfermo sino para toda su familia; ésta sufre y atraviesa las mismas fases psicológicas que el enfermo, por lo que entra en crisis en los aspectos físico, psíquico, social y espiritual (Proserpio, 2009).

En esta misma línea, Téllez (2007, citado en Kanán et al., 2010) señala que la aparición de una enfermedad, ya sea de carácter agudo, crónico o terminal en uno de los miembros de la familia afecta tanto a la estructura como a su funcionamiento, ya que la enfermedad actúa introduciendo datos nuevos en el sistema que lo desestabiliza, dando lugar a una crisis que supone un impacto en cada sujeto perteneciente a la familia.

Al hilo de lo expuesto, autores como Ochoa, Espina y Ortego (2006) también hacen referencia al cambio que se produce en el funcionamiento de la familia cuando tiene que convivir con una persona que está enferma y requiere unos cuidados, pues el día a día varía en cuanto a la realización de las actividades que normalmente se realizan, ya que toda la dinámica familiar comienza a girar en torno a la persona que requiere, y por qué no decirlo, demanda los cuidados del familiar. Si bien es cierto que un funcionamiento familiar bueno se vincula con un mayor apoyo familiar y uso de estrategias de afrontamiento (Saunders, 1999).

Este afrontamiento familiar es abordado por la literatura científica como un mecanismo de apoyo intrafamiliar, al que tanto familiares como enfermos acuden para consolidar su bienestar (Blanco, 2013), siendo los comportamientos y recursos de apoyo, de los que la familia hace uso para poder atender las necesidades que acarrea una situación específica y que facilita su alivio, los que lo forman; por lo que la familia, dependiendo del curso de la enfermedad, debe ser capaz de adaptar sus roles, relaciones..., para detectar los posibles inconvenientes derivados de la enfermedad que afecten al enfermo y así poder actuar en consecuencia (García y Rodríguez, 2005).

Si se trata de una enfermedad de larga duración, la familia se ve expuesta a un cambio drástico, llegando a verse afectados todos sus miembros, y provocando una confusión de roles; así, cada integrante comienza a tener que asumir y desempeñar el rol de otro, por lo que el ritmo y dinámica familiar se ven alterados (Proserpio, 2009).



La familia atraviesa distintas etapas a lo largo de su ciclo vital (Herrera, 2012):

- etapa de formación: es la etapa que comprende desde que una pareja decide unirse hasta el nacimiento de su primer hijo
- etapa de extensión: en esta etapa la pareja tiene como función planificar nuevos nacimientos y velar por los hijos hasta que sean independientes
- etapa de contracción: en la que se produce un reencuentro de la pareja, llegando el climaterio, la jubilación y vejez
- etapa de disolución: aparece cuando uno de los miembros de la pareja fallece, teniendo que afrontar la persona el hecho de vivir el resto de sus días sin el fallecido, y terminando el ciclo con su muerte.

Por otro lado, a lo largo del ciclo de vida de la familia, ésta sufre situaciones llamadas acontecimientos normativos o transitorios, que dan lugar a la alternancia de periodos de cambio y de estabilidad que le son necesarios y que mantienen una relación directa con las etapas del ciclo vital, dando lugar a las llamadas crisis evolutivas (OMS, 1978). Pero, además, también hay otra serie de acontecimientos que son llamados accidentales y que generan las llamadas crisis no transitorias; estos últimos no tienen que ver con las etapas del ciclo vital (González, 2000).

Uno de esos acontecimientos accidentales, motivo de crisis en la familia, es que alguno de sus integrantes padezca una enfermedad crónica, la cual implique limitaciones y requiera de cuidado; además es importante también, especificar que las dificultades serán mayores o menores dependiendo de la persona afectada, de sus funciones en la familia y de la intensidad de la enfermedad, tal y como señala Robles (2012).

En este sentido, las familias que tienen entre sus integrantes un enfermo que padece una enfermedad crónica o severa, se adecuan continuamente a dicha enfermedad y a los cambios que conlleva en el funcionamiento familiar (Saunders,

2003). En opinión de Álvarez, Ayala, Nuño y Efrén (2005) “La estabilidad y unidad familiar se ve amenazada cuando ésta tiene que hacer frente a los mayores desafíos de la vida como son la enfermedad, la discapacidad o la muerte” (p. 71).

Así pues, Fernández (2004) mantiene al igual que los anteriores autores citados, que el hecho de que algún miembro de la familia padezca una enfermedad, aguda, crónica o terminal, puede llevar consigo un gran problema tanto en su funcionamiento como en su composición, siendo considerada la enfermedad como una crisis, debido al poder que tiene para conseguir desorganizar el sistema familiar. Señala además quince factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia:

1. Etapa del ciclo vital: el impacto de la enfermedad será distinto dependiendo del momento de la vida de la familia en la que aparezca y del miembro que sea afectado por la misma, de manera que no es lo mismo una enfermedad como la diabetes que se presente al marido económicamente activo en una etapa de independencia de los hijos, que una enfermedad vascular cerebral que se presente en el cónyuge en la etapa del nido vacío.
2. Flexibilidad o rigidez de los roles familiares: la enfermedad crónica, y sobre todo la enfermedad terminal, provoca en la familia una crisis profunda, a la cual podrá responder mejor cuánto más flexible sea.

La distribución de los roles puede cambiar debido a la aparición de la enfermedad ya que surgen nuevas funciones que hay que atender en detrimento de las que ya existían antes de la enfermedad.

El rol del cuidador suele ser desempeñado mayoritariamente por las mujeres de la familia, madre, hermanas, etc. Como se ha mencionado anteriormente, desarrollar este rol implica el abandono de otras funciones, como son la de atender al resto de la familia o estudiar, lo cuál crea la aparición de un conflicto. Así, las familias con mayor rigidez presentan más inconvenientes para dar respuesta a la crisis generada por las enfermedades ya que les cuesta muchísimo adaptarse a la nueva dinámica familiar. Lo

conveniente en estos casos es flexibilizar las interacciones, de tal manera que cada uno de los miembros de la familia pueda dar respuesta a su nuevo rol sin necesidad de que esto afecte de manera alarmante a los límites establecidos antes de la aparición de la enfermedad.

3. Cultura familiar: los valores, costumbres y creencias que comparten los miembros de una misma familia, conocido comúnmente como cultura familiar, facilitan o dificultan el desarrollo y desenlace de una enfermedad. Dependiendo de esa cultura el impacto de la enfermedad en la familia será de un mayor o menor grado.

En toda enfermedad crónica o terminal la interpretación de ella por parte de la familia hará que el manejo de la misma sea de la manera más correcta; eso permitirá no solo contar con la confianza y el apoyo del grupo, sino que, además, su cultura familiar hará que el paciente y la familia noten el rechazo o la aceptación dependiendo de la interpretación que hagan y de esta manera se enfrenten o se retiren de ella.

4. Nivel socioeconómico: cuando la enfermedad aparece en una familia con pocos recursos económicos no tiene la misma repercusión que cuando lo hace en una familia con una economía estable.

La enfermedad en una familia con escasos recursos va a provocar una mayor crisis, ya que la desorganización que ésta produzca se va a notar en todos los ámbitos, porque la enfermedad, durante el periodo que se mantenga, hará necesario que la familia desembolse una mayor cuantía de medios económicos en concepto de medicación, curación, consultas, alimentación específica, acondicionamientos en la vivienda, etc. Si el enfermo es la persona responsable de generar los ingresos, y su enfermedad es terminal o está imposibilitado para trabajar, habrá que forzar un cambio en los roles familiares, ya que algún otro miembro deberá cumplir con esa función abandonando su rol habitual en esa familia (rol de estudiante, ama de casa...).

En muchos casos, cuando los especialistas ven al enfermo no se detienen a reflexionar sobre su situación económica y por eso se recetan medicamentos de elevado coste sin importar que el paciente pueda acceder a ellos o no, se solicitan pruebas y estudios innecesarios, no se indaga qué hay en ese paciente difícil de controlar, tal vez sea simplemente que no tenga dinero y se encuentre más preocupado por los problemas que hay en su hogar que por su propia enfermedad.

5. Comunicación familiar: hay culturas en las que se prefiere esconder al enfermo que va a fallecer, haciendo del tema algo prohibido o negado, conocido como “pacto de silencio” o “conspiración de silencio”. Lo que se pretende es que el enfermo permanezca completamente aislado de cualquier tipo de información relacionada con su enfermedad, tanto por parte de la familia, amigos o hasta de los propios médicos. Esto somete al enfermo a una gran soledad, miedo e indecisión y trae consigo más problemas que beneficios, ya no sólo para él sino también para la propia familia y el médico.
6. Tipo de respuesta familiar: está referido a las modificaciones que se dan en las interacciones de cada uno de los miembros en relación con el paciente enfermo. Hay dos patrones de respuesta que se consideran opuestos:
  - Tendencia centrípeta, que viene provocada por una excesiva unión entre los miembros de la familia y hace que todas y cada una de las actividades que se realizan van enfocadas en función del enfermo, todo gira entorno a él pasando a ser el centro de las interacciones y ocupando una parte importante de los recursos económicos y afectivos de la familia.
  - Tendencia centrífuga, la cual viene dada por las familias cuyas interacciones en general no se relacionan con la situación de enfermedad. En este tipo de tendencia el cuidado del paciente recae sobre una sola persona, que normalmente suele ser de sexo femenino y que, como norma general, suelen ser la madre, esposa o hermana

mayor, las cuales acaban llevando el control de la evolución de la enfermedad. El hecho de existir tan poca colaboración en este tipo de familias, y la brutal afectación emocional que llega a tener el cuidador, puede acabar acarreándole graves consecuencias al mismo, tales como soledad, estrés, depresión, descuido, etc. (síndrome del cuidador).

7. Capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos: la capacidad de respuesta familiar a los conflictos será un buen indicador para saber cómo la enfermedad afectará en el grupo.

Padecer una enfermedad crónica o terminal en un grupo familiar que ha padecido grandes conflictos en los momentos difíciles de su desarrollo difiere mucho de otra que ha sabido reorganizarse de forma veloz debido a su flexibilidad en la asunción de roles y en la independencia de cada uno de sus miembros. El médico deberá estar atento en cuanto al tipo de apoyo familiar que deberá ofrecer de forma individual o en coordinación con un equipo de salud (psicología, psiquiatría, terapia de familia, etc.).

8. Principales síntomas familiares de desajuste por enfermedad: no hay edad determinada para padecer algún tipo de enfermedad grave o terminal. Todas las etapas de la vida tienen sus momentos importantes y desde la niñez hasta la vejez se vive con “la sombra de la muerte” que influye de manera importante en los propósitos del individuo y de la familia del mismo, pudiendo ser forzados, dichos propósitos, a una posible modificación.

Del mismo modo que una enfermedad provoca cierta sintomatología en el individuo que la padece, también puede provocarla en la familia de éste. Esto es debido a las modificaciones que se introducen en el mecanismo de funcionamiento familiar. Por ello es importante hablar de los principales signos y síntomas que con mayor asiduidad se encuentran en una familia que convive con una enfermedad grave o terminal en alguno de sus miembros.

9. Aislamiento y abandono: cuando una enfermedad grave o terminal acaba afectando a una familia, ésta se aísla para manejarla de la manera más correcta

posible, por lo que sus relaciones sociales se ven limitadas al cuidado del enfermo. Por otro lado, la atención que generalmente se daba al resto de miembros (hijos, pareja...) se ve afectada debido a la nueva organización disfuncional de la familia para cuidar del paciente, forzando la aparición de nuevos signos y síntomas tales como mal rendimiento escolar, irritabilidad, depresión, soledad, etc.

10. Conflicto de roles y límites: si la familia no es lo suficientemente flexible o simplemente no existen límites bien establecidos en los diferentes subsistemas, la negociación o reparto de los nuevos roles que deberán asumirse en esta nueva etapa no serán los adecuados. Aparecerán problemas de adaptación en el manejo de la crisis familiar, lo que se hará visible mediante las luchas internas por el poder en los distintos subsistemas y provocará falta de respeto, culpa, chantaje, pérdida de jerarquía, alianzas, coaliciones, etc.
11. Conflicto de pareja: con frecuencia, cuando la enfermedad la padece uno de los hijos, los padres lo utilizan a él, a la enfermedad y al tratamiento para agredirse mutuamente provocando así que el resultado de dicha agresión sea la dificultad e ineficiencia para tomar decisiones y llevar a cabo las acciones necesarias para el tratamiento. Esto también suele coincidir con la existencia de conflictos anteriores.
12. Problemas económicos: en muchos casos el abandono del tratamiento viene motivado por la dificultad para mantener los gastos ocasionados por la enfermedad. Convivir y cuidar a un enfermo crónico o grave conlleva un desgaste económico cada vez más serio ya que, aunque en el inicio de la enfermedad no lo pareciera, la permanencia de ésta en el tiempo acaba causándolo, puesto que muchas familias, aun teniendo pocos recursos, no escatimarán en esforzarse para conseguir lo que el enfermo necesite.
13. Síndrome del cuidador: se caracteriza por problemas osteoarticulares y dolor mecánico crónico, alteraciones del ritmo del sueño, cefalea y astenia. En la esfera psíquica destacan la ansiedad y la depresión, producidas como si se tratara de una verdadera transferencia depresiva por parte del enfermo. A las

alteraciones psicofísicas se añaden problemas como el aislamiento social, los problemas familiares desatados a partir de que el cuidador sólo se ocupa del enfermo (cambio de roles, abandono de otros miembros) e incluso los económicos que ya se han comentado. Por otra parte, el cuidador comienza a dejar de preocuparse por su arreglo personal, lo que pudiera estar ligado con un sentimiento de culpa si acaso llegara a pensar en él mismo antes que en el enfermo.

14. Negación, cólera y miedo: se conoce por menciones que realiza la tanatóloga Kübler-Ross (1969) e indica que durante el proceso de la enfermedad terminal tanto el paciente como la familia atraviesan por diferentes etapas que son negación, ira, negociación, depresión y aceptación, sin que necesariamente éste sea el orden de aparición de cada uno de los estados mencionados. Muchos de estos estados siguen apareciendo o se quedan instalados en las familias aun habiendo fallecido el paciente.

Los síntomas más frecuentes que se dan en los familiares del enfermo y en el propio enfermo son la negación, la ira y el miedo. La negación aparece desde el inicio de la enfermedad, cuando se informa del diagnóstico. Todos dudan, tanto el enfermo como la familia, de que eso les esté pasando a ellos. Al no obtener una respuesta satisfactoria en la medicina tradicional, buscan otras opciones que van desde la medicina alternativa hasta la brujería atrasando el enfrentamiento con la realidad y llevando al desgaste emocional, físico y económico.

La ira se presenta en formas diferentes. Por un lado, la familia culpa al enfermo, volviéndose hostil incluso con el personal médico. Esta etapa puede ser pasajera y en muchos casos se solventará de forma natural.

Los miedos siempre estarán presentes; la tensión emocional impedirá que la familia funcione de forma normal, habrá angustias por motivos como el de no saber o no poder dar al enfermo los cuidados necesarios, porque el enfermo descubra que va a fallecer, porque la situación económica de la familia sea intolerable, etc., generando esto mucho estrés, especialmente en el

cuidador. Por otro lado, el paciente teme no poder soportar la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y el remordimiento por las cosas que quedaron pendientes y que cree que no podrá resolver.

15. Ambivalencia afectiva: es la presencia de forma simultánea de sentimientos encontrados en los componentes de la familia. Al mismo tiempo, se desea la recuperación absoluta del paciente o, por lo menos, la mejora de la enfermedad y, por lo tanto, el aumento de días de vida y el deseo de que ya todo termine con el fallecimiento del enfermo, que ya deje de sufrir.

Es un síntoma que la familia sistemáticamente destruye por ser moralmente inconcebible. Sin embargo, reprimir el síntoma y el estrés crónico pueden acabar generando reacciones emocionales muy intensas, como crisis de ansiedad, culpa y depresión; o bien acabar en un duelo patológico.

Frude (1991, citado en Aja y Villanueva, 1998), por su parte, indica que con una grave enfermedad se le da más valor a las relaciones personales, intrafamiliares y extrafamiliares, dándose además una mayor importancia a las partes positivas de la relación y restándose a las negativas; en definitiva las relaciones familiares son más beneficiosas, concretamente en un 70% de los casos. Además, se reevalúan las relaciones ya que la familia y el enfermo perciben cómo hay personas que consideraban amigas y que en esos momentos no aparecen, haciéndolo en su lugar otras que no creían tan cercanas.

Si se aborda el impacto que produce en la familia la presencia de la enfermedad mental severa (Marsh, 1992, citado en Caqueo y Lemos, 2008), ésta afecta al funcionamiento familiar en todos sus campos, perturbando relaciones familiares y roles. De hecho, altera la vida social, salud física, relaciones, etc.; así lo refieren los resultados obtenidos por Mojalefa (2003), en su investigación sobre el impacto familiar de la esquizofrenia.

En ocasiones, las personas que sufren un trastorno mental son contempladas como supuestamente peligrosas, es decir son estigmatizadas, lo que repercute no sólo en el enfermo sino en la familia del mismo, en cuanto a la discriminación, rechazo, ...



que esto supone (Solano y Vasquez, 2014), por lo que es un factor más que incrementa el impacto de la enfermedad en el núcleo familiar.

Además, las autoras citadas anteriormente señalan que para la familia el diagnóstico de una enfermedad mental supone, por tanto, el hecho de encasillar a su familiar enfermo en un grupo diferente, lo cual en determinados momentos hace que se avergüencen debido a su carácter estigmatizante; si la enfermedad padecida fuera otra, y no estuviera acompañada de ese halo de discriminación, podrían expresarla y contarla a su entorno.

Es importante señalar que enfermedades como la de Alzheimer, también traen consigo el hecho de que toda la familia la padezca con mayor o menor intensidad. Efectivamente, el vínculo entre los miembros de la misma es tan estrecho, que la transformación de uno de sus miembros conlleva la modificación del resto, es decir, de toda la familia (Herrera, 1997, citado en Esandi y Canga-Amayor, 2011).

Además, en ocasiones, en muchas enfermedades crónicas se producen fuertes nexos emocionales que dejan de lado a determinados miembros de la familia (González, Steinglass y Reiss, 1987). En el caso de la enfermedad de Alzheimer (Aja y Villanueva, 1998), se gesta también un cambio de roles, de modo que los familiares se van haciendo cargo de sus responsabilidades, organizando el funcionamiento diario conforme la enfermedad va avanzando en sus fases. Al enfermo no poder asumir sus funciones habituales, la familia llega a hacerse cargo de la administración económica, ocuparse de la limpieza, asegurarse de que la persona enferma esté atendida y en ocasiones incluso ayudar económicamente.

Lo mismo sucede con otras enfermedades neurodegenerativas, tales como el Parkinson o la enfermedad de Huntington, las cuales también provocan demencia en el enfermo, de manera que en cada una de las enfermedades citadas la familia es el mayor apoyo para el enfermo, aun suponiendo para dicha familia una alteración en todos sus ámbitos.

Cuando la enfermedad que hace su aparición es el cáncer, y teniendo en cuenta que es una enfermedad crónica y a veces mortal, ésta ocurre en una familia y no a una

persona de manera aislada, la enfermedad impacta abarcando todos los aspectos de la dinámica familiar, el ecológico, el social y el cultural, afectando, asimismo, su funcionamiento psicológico, instrumental y social (Baider, 2003).

Entrando en el campo que nos ocupa, con respecto al impacto de la drogodependencia (enfermedad) en la familia, es necesario indicar que existe un gran número de estudios que muestran que el funcionamiento de la familia puede conllevar la aparición de la drogodependencia; en este sentido, Buelga y Pons (2004) señalan que factores como pertenecer a familias disfuncionales, violencia familiar, poco contacto con la familia o un ambiente familiar negativo, entre otros, están asociados al consumo de sustancias; en contraposición, el número de estudios que abordan el hecho de que la drogodependencia sea el origen del mal funcionamiento familiar es menor.

De este modo, extendiendo la perspectiva sistémica a la familia, en la que uno de sus miembros es drogodependiente, la familia se centra en él, sustituyendo sus quehaceres diarios por los necesarios para poder cuidarlo, y volcando todas sus fuerzas en atenderle.

Alvarado (2008, citado en García y Casique, 2012), en esta misma dirección, señala que cuando algún miembro de la familia consume alcohol todos enferman como consecuencia de ello, pues el enfermo consume la sustancia, pero el familiar se preocupa por el hecho de que consuma e intenta evitarlo.

Así, cuando uno de los integrantes de una familia es drogodependiente, en el caso concreto del alcoholismo - considerada también enfermedad crónica -, daña y trastorna el funcionamiento familiar, causando todo tipo de desavenencias, tales como violencia y conducta antisocial, entre otras (Gómez, León y Pérez, 2012), convirtiéndose el núcleo familiar en el principal sistema afectado, quedando a merced del comportamiento del consumo (Orth y Moré, 2008, citado en Barbosa, Ramos, Cardozo y Harter, 2012).

Una de las repercusiones del consumo de alcohol en la familia son las reacciones de violencia contra los más cercanos y casi siempre más indefensos;

ejemplo de ello es la llamada violencia doméstica (entre cónyuges, de padres a hijos o incluso de hijos a padres). Esto, lógicamente, es trasladable a todas las drogodependencias, sea la sustancia que sea la consumida. Pero no únicamente la violencia característica del consumo de tóxicos en el núcleo familiar repercute en sus miembros, también lo hace la provocada en el entorno o incluso fuera de él por el drogodependiente, tales como actos vandálicos y disputas callejeras (Lloret, 2001).

Ruíz, Hernández, Mayren y Vargas (2014) también lo expresan así al señalar que la familia sufre directamente las consecuencias de la adicción, entre las que se encuentran problemas de comunicación, desequilibrio afectivo, hostilidad y deterioro de las relaciones familiares.

También es importante señalar que, dentro del núcleo familiar, el hecho de que sean el padre o la madre los drogodependientes afecta al funcionamiento y a la cohesión de los integrantes de la familia, siendo el subsistema padre-madre el primer afectado y apareciendo, como consecuencia, conflictos en la relación entre ambos, hostilidad... (Flórez, Menéndez, González, Gutiérrez y Hurtado, 1990).

Por esta misma razón, además, disminuye también el tiempo que dedican a los hijos (si los hay), su preocupación y comunicación por y con ellos, de manera que la relación de afectividad entre padres e hijos es menor e incluso puede desaparecer, llegando en ocasiones a convertirse en una relación punitiva (Ávila, 1992, Pons y Buelga 1994 y Rodríguez, 1983, citado en Ramírez, 2007).

Asimismo, en los hijos de padres alcohólicos la enfermedad impacta pues sufren deficiencias que dificultan su crecimiento intelectual y emocional, experimentando, por otro lado, los hijos de consumidores de otras sustancias los siguientes efectos (Lloret, 2001):

1. Irritabilidad del progenitor alcohólico, que frecuentemente se convierte en hostilidad y violencia.
2. Existencia de trastornos afectivos como depresión, sobre todo en las esposas de alcohólicos.

3. Consecuencias negativas en el ambiente laboral y por ello problemas económicos en la familia.
4. Empobrecimiento de las relaciones sociales.
5. Patología psiquiátrica en la descendencia y consumo de drogas por parte de la fratria.
6. Relación de sobreprotección por parte del progenitor no consumidor, que suele ser la madre en la mayoría de las ocasiones.
7. Deficiencia y carencia de estimulación temprana en niños pequeños.
8. Incoherencia y arbitrariedad en las normas familiares, dando lugar a castigos injustificados y falta de disciplina, entre otros.
9. Falta de uno o incluso los dos progenitores.
10. Ausencia o poca implicación al educar los hijos, ya que el drogodependiente no realiza actividades con sus hijos, no les dedica el tiempo que debería.
11. Percepción de la figura paterna/materna como ambivalente e incluso vergonzante, pues la figura de los progenitores en conversaciones con los iguales se trata como algo de lo que uno se siente orgulloso, de manera que en este caso el hecho de que sea drogodependiente se proyecta también fuera del círculo familiar.

A modo de resumen, y en palabras de Ramírez (2007): "... la existencia de un adicto en la familia afectará negativamente el funcionamiento familiar en conjunto y a cada uno de sus miembros por separado" (p. 159).

### 3. EL FAMILIAR CUIDADOR

Una vez abordado el funcionamiento familiar y el impacto de la enfermedad en la familia, es importante destacar que el cuidado de personas con una enfermedad crónica es desempeñado, habitualmente, por el núcleo familiar, el cual en la mayoría de los casos únicamente posee la información que le ha sido brindada en el ambulatorio o al producirse un alta hospitalaria. Dicha información está relacionada básicamente con la enfermedad (Montalvo y Flórez, 2008).

Existe un gran número de estudios que determinan que el sistema informal de salud es la fuente principal de cuidados de personas que se encuentran, debido a una enfermedad, en situación de dependencia, cubriendo además la atención demandada (Duran, 1988, citado en Mateo et al., 2000).

Pero es evidente que, aunque la totalidad de la familia se vea afectada por la presencia de la enfermedad, como ya se ha expuesto anteriormente, será en la mayoría de las ocasiones un miembro de la misma el que se encargue principalmente de los cuidados que necesita o demanda el enfermo.

Es en la década de los años ochenta, cuando surge la preocupación por la figura del cuidador; en este hecho intervienen varios factores (Twigg, 1993):

1. El crecimiento económico de los años 60 disminuye, siendo al final de los años 70 cuando decaen las economías occidentales, lo que provoca una preocupación por los recursos disponibles, comenzando entonces a surgir la preocupación por el llamado “estado de bienestar”.
2. El envejecimiento de la población, con el consiguiente cambio demográfico.
3. Se reconoce el cuidado informal como tal, sin dejar a un lado el hecho de que la mujer se incorpora al mercado laboral y el incremento de los divorcios, lo cual provoca preocupación.
4. Los sistemas sanitarios son reformados y la Atención Primaria de Salud es uno de sus principales intereses, teniendo como prioridad la atención

completa y continua, apareciendo con ello el interés por las personas dependientes para que continúen en su entorno, dentro de su comunidad.

5. Aparece el movimiento feminista protestando pues la atención a las personas dependientes, es decir la atención comunitaria, la facilita la mujer; es entonces cuando se presentan las cargas diferenciadas que soportan las mujeres.

Desde entonces hasta la actualidad cada vez es más importante esta figura puesto que libera al sistema sanitario, tanto público como privado, de una “sobrecarga” en la atención al enfermo crónico, comenzando ya dicha liberación por la ayuda dispensada por los familiares cuando el paciente ingresa en un centro sanitario sólo por algunos días. En este apartado se analizará la figura del cuidador, generalmente familiar, y se mostrarán sus características psicosociales principales.

### **3.1. Definición de cuidador**

Partiendo de la base de que el hecho de cuidar es una actividad humana, pero no considerada profesional, el fin de los cuidados va dirigido a estimular la vida, yendo por ello más allá de la enfermedad (De la Cuesta, 2007), formando parte además de la intimidad del ámbito en el que se desarrolla, el familiar.

La figura del cuidador es contemplada en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, distinguiendo entre cuidados no profesionales y cuidados profesionales en cuanto a los cuidadores de pacientes crónicos y/o incapacitados:

- Cuidados no profesionales, también denominados informales, definidos como “la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada”, o lo que es lo mismo, la persona o personas que formando parte del entorno familiar, ayudan más o menos a atender al enfermo.

- Cuidados profesionales, también llamados formales, definidos como “los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro”, o dicho de otra forma, la persona o personas que con una formación específica para el cuidado del enfermo y la enfermedad en cuestión, recibe una remuneración por llevar a cabo dicho cuidado.

Además, el cuidado informal (García y Mateo, 1993, citado en Isla, 2010) se define como la prestación por parte de los familiares, amigos y otras personas, de cuidados a personas dependientes, sin recibir retribución económica por la ayuda ofrecida, siendo la familia la que con mayor frecuencia lo ofrece.

Hay una figura, que aunque la Ley no la contempla, sí que es descrita por autores como Astudillo y Mendinueta (2008); se trata del llamado cuidador principal o primario que es definido como la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales del enfermo en primera instancia, especificando que habitualmente este papel lo desempeña un familiar cercano. Concreta también que éste llega a tener gran importancia no sólo para la persona atendida sino para el resto de la familia y entorno, por el lugar que desempeña en el mantenimiento y unión familiar.

En este mismo sentido Isla (2010) especifica que aunque es la familia la que cuida, la que desempeña esa función, en realidad es una persona la que se responsabiliza en mayor medida de la sobrecarga física y emocional que supone el cuidado del enfermo, es el cuidador principal.

Asimismo, el familiar cuidador es la persona encargada de cubrir las necesidades básicas y psicosociales del enfermo, siendo denominado como tal porque tiene lazos de parentesco con él, denominado también en ocasiones cuidador informal debido a la falta de formación específica para la realización de los cuidados de la enfermedad en cuestión. Es importante diferenciar entre cuidadores familiares principales y secundarios, dependiendo del grado de responsabilidad asumido en el cuidado del enfermo (De Valle, Hernández, Zúñiga y Martínez, 2015).

Este cuidador principal, denominado cuidador familiar o familiar cuidador (Barrera, Pinto y Sánchez, 2006), es una persona adulta, con grado de parentesco, que se hace responsable del cuidado de su ser querido, afectado de una enfermedad crónica normalmente.

En definitiva, está claro que la familia se hace responsable del cuidado, pero es una persona en concreto la que asume esa función, y ha sido denominada de diferentes maneras, cuidador informal, cuidador primario, cuidador familiar, entre otros, si bien hay que tener en cuenta que la persona que desempeña este rol antes de ser cuidador es familiar, por ello la denominación de familiar cuidador en vez de cuidador familiar.

### **3.2. El cuidador de un enfermo mental**

La adquisición del papel del cuidador es un proceso importante ya que de ello dependerá la forma de cuidar y el sentimiento que desarrolle al actuar como cuidador. Además, hay que tener en cuenta que la tarea que realiza el cuidador principal es amplia y variada, dependiendo de la enfermedad de la persona cuidada, por lo que puede abarcar desde la vigilancia del enfermo hasta la administración de medicación, sin dejar atrás la alimentación, acompañamiento o incluso disciplina entre otras.

De hecho, autores como Casanova-Gascón, Rascón-Gasca, Alcántara-Chabelas y Soriano-Rodríguez (2014) refieren que las familias en las que alguno de sus integrantes padece enfermedades como esquizofrenia, demencia, trastorno bipolar, depresión o trastorno de la personalidad, entre otros, necesitan que uno de sus miembros desempeñe el rol de cuidador principal.

Así, el cuidador principal de una persona que padece una enfermedad mental, como es la esquizofrenia, tiene que hacerse cargo de las tareas y de la persona; todo ello exige amor, dedicación, esfuerzo y por supuesto disciplina para así conseguir el bienestar del enfermo, considerando un elemento importante la dificultad y el impacto que supone para la familia el convivir con esta persona (Soriano, 2014).

El hecho de que un miembro del grupo familiar sea diagnosticado de, por ejemplo, Alzheimer, tal y como Moreno (2008) resalta, hace que la modificación de los



roles dentro de ese grupo vaya acompañada de un gran número de emociones entre sus miembros. Para amortiguar ese golpe emocional hay que organizar de forma responsable el cuidado y la dedicación hacia el enfermo por parte de cada miembro del núcleo.

Wolf, Freedman y Soldo (1997), en cambio, afirman que la colaboración entre los afectados no es la más adecuada ya que en muchas ocasiones el cuidado y el compromiso con el enfermo acaba siendo asumido fundamentalmente por el cuidador principal.

Teniendo en cuenta que la demencia trae consigo un deterioro tanto a nivel mental como físico, el cual incapacita al paciente para sus quehaceres diarios, estas tareas son llevadas a cabo en la mayoría de los casos por el cuidador principal (Gómez-Ramosa y González-Valverde, 2004, citado en Méndez, Giraldo, Aguirre-Acevedo y Lopera, 2010).

En el caso concreto de la drogodependencia, la familia del adicto, tal y como Ramírez (2007) expresa, y en concreto su familiar cuidador, llama la atención por el tipo de relación que establece con el enfermo, por la afectación que le supone el convivir con él, ya que llega a ser controlado por el drogodependiente, dando lugar en ocasiones, a dejar de hablarle, llorar, gritar...; pero, en contraposición, el familiar cuidador miente para cubrirle, le protege y defiende de las consecuencias de su drogodependencia.

Esta situación tan peculiar se repite en cada una de las adicciones, siendo en la adicción a sustancias la más habitual. De manera que el cuidador asume situaciones que en la mayoría de las enfermedades no se dan.

Cabe decir que la literatura que hace referencia al familiar cuidador del drogodependiente es escasa, por lo que es importante destacar que las responsabilidades que el drogodependiente deja de lado debido a su adicción son asumidas por el familiar cuidador.

### **3.3. El rol del cuidador: características sociodemográficas**

La familia y división de roles se ven influidos por los cambios demográficos; de hecho, las familias actuales están formadas por un menor número de miembros, por lo que el cuidado se reparte entre menos personas, a lo que se une el que cada vez haya mayor número de mujeres que trabajan fuera del hogar y son remuneradas por ello, siendo esto una dificultad a la hora de actuar como cuidadoras principales (Delicado, 2006).

En un estudio realizado por Bazo y Domínguez-Alcón (1995) en las Comunidades Autónomas de Madrid, País Vasco y Cataluña, centrado en los cuidados que presta la familia, hallaron que las mujeres son las que asumen el rol de cuidador principal en gran número de casos, siendo su vinculación con el enfermo la de esposas e hijas, y variando esta proporción dependiendo de la ciudad en la que se ha realizado el estudio, siendo mayor en Cataluña que en País Vasco y Madrid.

También obtuvieron como resultado que la participación de nueras es más reducida y que la presencia del género masculino es meramente testimonial, dándose casos de maridos que prestan cuidado a esposas o hijas y de hijos solteros que prestan cuidado a sus padres, y siendo la edad de estos varones superior a los 60 años. La edad de las mujeres varía dependiendo de lugar de estudio; así, en Madrid se hallan dos grupos de cuidadoras, uno que incluye a mujeres de entre 37 y 50 años y otro entre los 70 y 80, mientras que en Cataluña se halla un grupo mayoritario que va de los 55 a los 76 años. Los autores refieren que la diferencia de edad de las cuidadoras viene determinada por el parentesco que mantienen con la persona a la que cuidan. Además, a partir de estos resultados determinan que la cuidadora brinda una atención y cuidados con los siguientes matices:

1. Garantiza la atención completa de la persona cuidada, es decir se hace responsable de todo.
2. Es una atención continua, ya que no puede dejar de atender a la persona cuidada pues se siente responsable de ella.

3. El hecho de prestar el cuidado pone de manifiesto el deseo de mantener a la persona cuidada en el hogar, lo cual puede denominarse solidaridad familiar.
4. Habitualmente se expresa el cuidado como un deber u obligación, no queriendo defraudar a la persona cuidada.
5. El cuidador expresa sentimientos gratificantes en cuanto a la persona cuidada, aunque también, en contraposición, manifiestan impotencia, desesperación, soledad, entre otros, además de intentar justificar formas de actuar no adecuadas de la persona adecuada.
6. Se muestra un empobrecimiento de las relaciones sociales de la persona cuidadora, de modo que se queja sobre las consecuencias que el hecho cuidar le ha provocado, menos libertad en el plano familiar y personal y restricciones en la vida laboral.
7. Las personas cuidadoras expresan el agotamiento, desánimo, cansancio, falta de descanso y sueño, llegando a veces a sufrir depresiones y falta de capacidad para asumir la situación de cuidado.
8. Además, muestran un gran desconocimiento sobre las escasas ayudas disponibles, quejándose a menudo sobre la falta de ayuda social y estando convencidas de lo difícil que es acceder a ellas.
9. La persona que desempeña el rol de cuidador hace del acto de cuidar una de sus responsabilidades familiares.

Stoller (2002) establece dos líneas de elección del cuidado, la primera sería la desempeñada por uno de los miembros de la pareja en relación con el otro miembro, de manera que lo más habitual es encontrar que es la mujer la que presta el cuidado; la segunda línea es la llevada a cabo por los hijos, siendo en mayor número realizado dicho cuidado por hijas que por hijos.

En una investigación realizada por Chesla (1991, citado en De la Cuesta, 2007), sobre los cuidados que prestan padres de enfermos mentales, se aprecia como el cuidado no es uniforme, hallándose cuatro formas distintas de cuidar:

1. Cuidado implicado: los padres entienden el cuidar de su hijo como un aspecto más de sus responsabilidades y obligaciones como padres. Esto hace que se sientan satisfechos proporcionándole a su hijo el cuidado.
2. Cuidado conflictivo: tener que cuidar provoca insatisfacción y rabia, lo cual provoca que afronten la situación del cuidado sin querer que su vida sea modificada y no consiguiendo la mayoría de las veces un equilibrio entre los intereses del cuidador y el enfermo.
3. Cuidado gestionado: en este tipo de cuidado los padres consideran que tienen los suficientes conocimientos para gestionar el cuidado de su hijo enfermo, conciben la existencia de responsabilidades en el cuidado aunque también consideran que sus funciones tienen unos límites concretos. Los padres, incluso, elaboran terapias para que la funcionalidad del enfermo mejore.
4. Cuidado distanciado: este tipo de cuidado es llevado a cabo de manera directa por el otro cónyuge, es decir si la madre es la cuidadora directa, el padre mira de lejos lo que ésta hace. En esta situación el padre es vulnerable emocionalmente, sólo presta atención al enfermo a veces, lo cual provoca que no sea capaz de seguir los cambios y logros que se producen.

Estas formas de cuidar pueden ser perfectamente aplicadas a cualquier cuidador de una enfermedad crónica, pues tal y como De la Cuesta (2007) indica, no existe una única manera de cuidar.

Solano y Vasquez (2014) indican que la jerarquía de la familia vuelca en las mujeres el rol del cuidado del enfermo y, si los hijos son varones, esta obligatoriedad recae en el mayor de ellos. Dentro de la pareja, la mujer asume su papel de cuidadora de manera incondicional, mientras que el hombre, si lo asume, establece restricciones en disponibilidad y tiempo; de este modo, se considera normal, obligatorio y natural

que una mujer desempeñe el rol de cuidadora, mientras que el hombre puede decidir si prestar o no el cuidado.

En este sentido, Larrañaga et al. (2009) postulan que el sistema de cuidados español está basado en la familia, aunque no se da una distribución homogénea de sus miembros a la hora de desempeñar el rol de cuidador; así, en su investigación los resultados obtenidos muestran que para las mujeres el hecho de cuidar es entendido como la prolongación de su rol de ama de casa, siendo un aspecto importante en su vida y teniendo prioridad cuando entra en discrepancia con un trabajo desempeñado fuera del hogar, aun siendo remunerado. Esa visión de la situación por parte de la mujer conlleva la justificación de la falta de colaboración de los hombres, llegando incluso a tener sentimiento de culpabilidad por no dedicar más tiempo a sus esposos debido a las tareas de cuidado realizadas. Además, en cuanto a los hombres que desempeñan el rol de cuidador, en escasas ocasiones lo consideran un deber moral, lo asumen como una tarea nueva, pero siempre asumiéndolo como tarea comodín. Aun así, el hecho de tener una persona enferma en casa les afecta, ya que no se sienten lo suficientemente preparados para el desempeño de las funciones que requiere el ser cuidador.

El estudio de Torres y Pinilla (2003) también apunta que el cuidado del enfermo es asumido en un 80% de los casos por mujeres, en concreto por madres, esposas, hijas, abuelas y nueras del enfermo, con edades entre los 41 y 60 años. Estos autores, además, indican que los cuidadores padres, esposos e hijos no son directamente cuidadores del enfermo, sino que desempeñan un papel de cuidadores secundarios y su edad oscila entre 30 y 60 años. Asimismo, refieren que el hecho de que el cuidado principal del enfermo sea llevado a cabo por la mujer puede tener relación con la idea de que la mujer es más apta que el hombre para el desempeño de ese rol, debido a las características que posee el género femenino, entre las que destacan sacrificio, comprensión y abnegación.

El rol de cuidador principal es desempeñado en la mayoría de las ocasiones por una mujer, siendo la proporción en comparación con los hombres de cuatro a uno, y seguidas en segundo lugar por las hijas, pero específica, en contraposición con lo

---

comentado por Stoller (2002), que el cónyuge desempeña el rol de cuidador en un número mínimo de casos (Crespo, López, Gómez y Cuenca, 2003).

Sánchez (2002), Venegas (2006) y González-Valentín y Gálvez-Romero (2009), han encontrado resultados similares en sus estudios en cuanto al rol desempeñado por la mujer como cuidadores principales.

En Norteamérica y Europa han sido realizadas investigaciones para detectar el perfil demográfico, psicosocial y el impacto de la situación de cuidar en cuidadores de pacientes con demencia, trastornos psiquiátricos, cáncer, SIDA y personas mayores, hallándose que en un 85% de los casos los cuidados son proporcionados de manera informal. En estos estudios el perfil demográfico obtenido de los cuidadores familiares establece que son mujeres en el 83,6% de los casos, amas de casa en el 44,25%, con edades comprendidas entre 45 y 65 años, siendo la media de 59,2, sin estudios en un 17,1% de los casos, y con lazos familiares directos con la persona cuidada, de manera que son hijas, esposas y nueras (De la Huerta y Corona, 2003, citado en Islas, Ramos, Aguilar y García, 2006).

Por otra parte, los resultados obtenidos por Montalvo y Flórez (2008), en el estudio realizado sobre cuidadores de personas en situación de cronicidad (cuidadores de enfermos de Alzheimer, de niños en situación de discapacidad, de personas portadoras de VIH y de personas con enfermedad cerebrovascular), muestran que el 87% de los cuidadores eran de género femenino, el 72% tenía bachillerato completo o incompleto y un 83% poseía un nivel socioeconómico bajo, teniendo además el 59% de estos cuidadores pareja estable.

En esta misma línea, los resultados obtenidos en la investigación realizada por Mateo et al. (2000) en relación con el perfil de los cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa muestran que en el 84,7% de los casos el cuidador principal es una mujer, en el 69,7% es ama de casa, en el 45,8% es un familiar cercano o la hija, y en el 27,8% de los casos es la esposa, teniendo una edad media de 54,5 años. En concreto, la edad media del cuidador principal de Alzheimer es de 50 años (Stone, Cafferata y Sang, 1987, citado en Moreno, 2008).

Asimismo, los resultados obtenidos por Espín (2008), respecto de las características psicosociales de los cuidadores de enfermos de demencia, muestran que el 55,7% de los cuidadores tenía entre 40 y 59 años, seguido del grupo de más de 60 años con un 36%; siendo cuidadores de menos de 40 años el 8,3% de los sujetos. En cuanto al género, el 70,5% de los cuidadores eran mujeres y el 29,5% hombres, siendo el estado civil del 55,7% casado, el 41% solteros y el 3,3% viudos. El 73,8% de los cuidadores eran hijos de los afectados por demencia, cónyuges el 13,2% y el resto nietos y hermanos, en una proporción de 6,5% cada uno. En cuanto al nivel de estudios, el 49,2% de los cuidadores poseían estudios universitarios, seguido de los cuidadores con nivel de estudios medio que representaban el 24,6% y de los que tenían nivel preuniversitario con un 18%, siendo los cuidadores con nivel de estudios primario el 8,2%. En cuanto a la situación laboral, trabajaba el 47,5% de los cuidadores, el 33,4% eran jubilados y 18% eran amas de casa.

En cuanto a los cuidadores principales de enfermos dependientes por causa de ictus, tienen como características básicas el ser mujer, casada, con estudios primarios, edad media de 59,3 años, y esposa o hija del enfermo (Durán, 2004, citado en Delicado 2006).

Por otro lado, Islas et al. (2006) vuelven a hallar (al igual que los autores citados anteriormente) en su estudio referente al perfil psicosocial primario del paciente con EPOC, que el cuidado del enfermo lo desempeñan las mujeres en un mayor porcentaje, siendo esposa e hijas las que lo llevan a cabo.

Carrillo, Sánchez y Barrera (2014) señalan que el 88,7% de los cuidadores de enfermos crónicos son de género femenino, de estratos socioeconómicos bajos; el 84% poseen niveles educativos medio y bajo, y en cuanto al estado civil, el 31,1% son solteros y el 45,3% casados.

Otra característica importante y común en muchos de los cuidadores que conviven con un enfermo crónico es el aislamiento, la disminución del tiempo que pasan con familia o amigos, de modo que el tiempo libre y de ocio se va relegando a un segundo plano. Grau y Fernández (2010) lo relacionan con el rechazo o estigma de la enfermedad.

---

Para la mujer que desempeña el rol de cuidadora, el tiempo de ocio no tiene cabida; de hecho, aunque estén poco tiempo fuera de casa se sienten culpables, ya que ni siquiera diferencian el tiempo de ocio con el de trabajo. En cambio, los hombres lo consideran un valioso aspecto y hacen uso de él en mayor medida que las mujeres, aunque no sea en la misma proporción que lo hacían antes de ser cuidadores ya que lo estiman esencial para poder seguir desempeñando su rol (Larrañaga et al., 2009).

Se produce una pérdida del estilo de vida que el cuidador tenía cuando no desempeñaba ese rol, de manera que a la vez también se pierden las relaciones importantes de la red social, la cual cambia su estructura y el nivel de relación. Por ello, es imprescindible que el cuidador sostenga las relaciones con familiares y amigos para que pueda obtener bienestar, pues la soledad y aislamiento son característicos del cuidador de un familiar enfermo (Stefani, Seidmann, Pano, Acrich y Bail, 2003).

Lara, Díaz, Herrera y Silveira (2001) señalan que en el 60,5% de los cuidadores se da la disminución o pérdida del tiempo libre, en el 40,7% se da soledad y en el 30,2% de los cuidadores se percibe aislamiento. Mesa (2005), por su parte, comenta que el 55% de los cuidadores padece aislamiento, rechazo, abandono, soledad, disminución o pérdida del tiempo libre.

Finalmente, al ser muy escasa la literatura relacionada con estudios en cuanto a las características sociodemográficas del familiar cuidador del drogodependiente, se tomarán como referencia las mencionadas para otras enfermedades, realizando un paralelismo entre las características del familiar cuidador de esas enfermedades y las del familiar cuidador del drogodependiente.



## **CAPÍTULO TERCERO**

### **CONSECUENCIAS EN EL FAMILIAR CUIDADOR**



*“...sólo puedo decir que no duermo, no descanso, no pienso en otra cosa, he pegado una patada a mi vida, porque todo ronda en torno a él, eso no me importa, pero estoy entrando en una dinámica de mentiras para cubrirle las espaldas, para que nadie se entere, para que pueda seguir llevando una vida normal, sin tener que dejar de mirar a nadie a la cara por su drogodependencia y para que nadie le trate de manera distinta...”*

*Extracto de las palabras del Familiar  
Cuidador de un drogodependiente*

## **1. INTRODUCCIÓN**

Como se ha mencionado en el capítulo anterior, el cuidado del paciente crónico, incluyendo al paciente drogodependiente, está en manos del familiar que desempeña el rol de cuidador, el cual está expuesto a un desgaste originado, no sólo por el propio cuidado que requiere el enfermo, sino también, sobre todo en el caso de las drogodependencias, por las consecuencias originadas por el proceso de intervención, que en el caso de las adicciones incluye la posibilidad de recaída y, por consiguiente, la necesidad de volver a empezar todo el ciclo de intervención.

El familiar cuidador sufre la enfermedad crónica que nos ocupa, la drogodependencia, de forma distinta debido a las características y consecuencias que conlleva dicha enfermedad (las cuales ya han sido descritas en el capítulo 1). La relación que mantiene con el enfermo hace que el familiar cuidador sea manejado por el drogodependiente el cual, debido a la enfermedad, suele ser sumamente manipulador al querer controlar constantemente la situación.

Además, existe una serie de circunstancias que, si cabe, incrementan más la ansiedad, estrés, sobrecarga, etc. que sufre el familiar, tales como preocupación por si le sucede algo tras consumir, por si comete algún acto delictivo para conseguir el dinero necesario para el consumo, por si al no volver a casa en días (o en las horas posteriores a su salida en busca de su dosis) ha ocurrido algún accidente con consecuencias graves, entre otras.

Medeiros y Baena (2007) muestran que el hecho de cuidar conlleva costes emocionales, materiales y de salud provocados por dedicarse a cuidar al familiar enfermo de forma continuada, considerando a los cuidadores personas vulnerables.

En esta misma línea, Corbalán et al. (2013) refieren que el hecho de cuidar puede provocar trastornos psiquiátricos o problemas emocionales, de manera que pueden quedar incapacitados para dicha tarea.

Por ello, este capítulo tratará de exponer las distintas consecuencias que genera la experiencia de cuidar a un enfermo crónico, haciendo especial hincapié en el adicto a sustancias, si bien hay que aclarar previamente la escasa literatura que sobre el tema existe y que, como se indicó al inicio del marco teórico, ha motivado la realización de este estudio.

## **2. CONSECUENCIAS GENERALES DEL HECHO DE CUIDAR**

La tarea de realizar una labor encomiable como es la de cuidar conlleva multitud de actividades, de modo que el rol de cuidador abarca desde atender al enfermo propiamente dicho hasta tener acondicionado y aseado el ámbito en el que se encuentra (Ory, Yee, Tennstedt y Shulz, 2000, citado en De la Cuesta, 2004).

El cuidado familiar proporciona una serie de beneficios sociales, psicológicos, económicos y terapéuticos para la persona cuidada (Schneider, Murray, Banerjee y Mann, 1999) siendo, por el contrario, para el cuidador de un enfermo crónico un desgaste continuo, conllevando una serie de consecuencias, de manera su vida se ve afectada en muchas dimensiones, tales como la socioeconómica, social, física y psicológica. La afectación de esos aspectos implica una “carga” que funciona como obstáculo para el manejo del enfermo y compromete su calidad de vida (Espín, 2008).

En cuanto a la dimensión socioeconómica, la vida del cuidador familiar cambia en las relaciones que mantiene con su familia, en el desempeño de su trabajo fuera de casa y, como consecuencia de esto último, hay también una variación en la situación económica, pudiendo mencionarse los siguientes efectos adversos:

- Las relaciones familiares se ven afectadas porque pueden surgir discrepancias con el resto de integrantes del núcleo familiar en cuanto al desempeño del cuidado; además, el familiar cuidador puede no sentir reconocido su esfuerzo, puede no sentirse apoyado.
- En la mayoría de los casos, es difícil simultanear el desempeño del rol de cuidador con el trabajo que se lleva a cabo fuera de casa, llegando en ocasiones a solicitar la disminución de la jornada laboral y en otras a dejar de lado el trabajo priorizando el cuidado de su familiar enfermo.
- Debido a que el familiar cuidador decide dejar de trabajar fuera de casa, la situación económica se ve afectada al disminuir los ingresos; en este punto, también es importante tener en cuenta que en muchas familias se produce un incremento de los gastos debido a la enfermedad del familiar y al cuidado que necesita.

Un aspecto que también es considerado una repercusión que afecta al familiar cuidador de un enfermo crónico por el hecho de desempeñar su rol es el cambio que deben llevar a cabo en cuanto a la gestión de su tiempo libre (se ha expuesto en el capítulo anterior), pues este tiempo también termina dedicándose al cuidado y, si no es así, en ocasiones provoca sentimientos de culpa al pensar que están dejando de priorizar su función de cuidador; esta situación provoca en gran medida aislamiento y tristeza.

Así, Ferrell et al. (1996, citado en Achury, Castaño, Gómez y Guevara, 2011), entienden por dimensión social las relaciones interpersonales, el rol social en la vida, el desempeño familiar, y el apoyo social y familiar; estos factores se ven alterados en la vida del cuidador familiar, ya que al necesitar tiempo para realizar su rol de cuidador deja de lado estos aspectos.

En cuanto a las consecuencias a nivel físico es importante referirse a la salud física en general, de manera que los síntomas más habituales presentados por los cuidadores familiares suelen ser alteración del apetito y el sueño, fatiga, náuseas, estreñimiento, dolores y malestar (Ferrell et al., 1996, citado en Achury et al., 2011).

Pero no serán tenidas en cuenta en esta investigación las repercusiones físicas como consecuencia del cuidado, sino que los factores contemplados serán considerados afecciones psicosomáticas provocadas por la sobrecarga y esfuerzo del cuidador, y como síntomas de las consecuencias psicológicas sufridas por el desempeño del cuidado, entre los que cabe mencionar las alteraciones del sueño, los cambios en el apetito y deseo sexual, cansancio, etc.

En este sentido, López y Belloch (2002) consideran trastornos psicosomáticos o psicofisiológicos a las dolencias físicas que aparecen, se mantienen o agravan dependiendo de factores psicológicos. En definitiva, existe una relación entre lo psíquico y lo físico. Así, diversos estudios realizados arrojan como resultado que los trastornos psicosomáticos y síntomas tienen una estrecha relación con factores como el estrés, depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, apoyo social y autoestima, entre otros (Fernández y Fernández, 1998; Orejudo y Froján, 2005, citado en Espinoza, Lozano y Ramos, 2014).

Por último, y haciendo referencia a la dimensión psicológica, está claro que el familiar cuidador de un enfermo crónico se ve expuesto a multitud de situaciones que repercuten de forma negativa en su salud psicológica; su bienestar emocional se ve alterado de manera que puede verse expuesto a trastornos tales como depresión, estrés y disminución de la autoestima, por mencionar los más frecuentes.

No obstante, y tras lo expuesto anteriormente, no hay que dar por hecho que el “cuidar” siempre conlleva consecuencias negativas, pues hay situaciones en las cuales el familiar cuidador percibe un beneficio al cuidar a su familiar enfermo crónico, sintiéndose satisfecho por ello.

En definitiva, aunque se distingan distintos planos o dimensiones en los que se aprecian las consecuencias del cuidado en el familiar cuidador, se relacionan entre ellos de forma dinámica, interaccionando y combinándose (Roger-García, 2010).

A continuación se exponen, de forma más extensa, las consecuencias derivadas del cuidado de un familiar enfermo crónico, centrando la atención en las consecuencias psicológicas, familiares, sociales y relacionadas con el esfuerzo, la

sobrecarga y la satisfacción con el cuidado, para finalizar con las repercusiones que, específicamente, se originan en el familiar cuidador de un adicto a sustancias.

### **3. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS**

Las consecuencias psicológicas derivadas de encargarse del cuidado del enfermo crónico son numerosas y no se agotan en las expuestas en este capítulo. Sin embargo, sólo se presentarán las más frecuentes y sobre las que existe un cuerpo teórico mejor fundamentado.

Percibir como un familiar enferma ya de por sí impacta a su familia (tal y como se ha visto anteriormente), cuanto más en su familiar cuidador. Es por eso que sufre psicológicamente las consecuencias de su cuidado al involucrarse emocionalmente con su familiar enfermo.

Como principales consecuencias negativas de carácter emocional aparecen el estrés psicológico, pérdida de sensación de control y autonomía, depresión, sentimiento de culpa, frustración y estado anímico bajo, haciendo acto de presencia, en caso de que el estrés producido por el hecho de cuidar se mantenga en el tiempo, el llamado “Síndrome del quemado” (Peinado y Garcés de los Fayos, 1998, citado en Rogero-García, 2010). En este punto se realizará una revisión de dichas consecuencias.

#### **3.1. Síntomas depresivos, estrés y ansiedad en el cuidador**

La depresión es un elemento de primer orden en la práctica médica (y psicológica) de hoy día, con un valor de prevalencia real (Cerquera, Pabón y Uribe, 2012). Es, además, un síntoma cuando se hace patente la tristeza, y se convierte en enfermedad cuando a la tristeza se le añaden otros síntomas, pasando a ser entonces un síndrome (Díaz et al. 2006).

El familiar cuidador, al participar en el cuidado del familiar enfermo crónico, puede verse afectado de problemas para continuar adecuadamente con su día a día, de modo que puede tener problemas para concentrarse o recordar cosas (debido a que tiene que estar pendiente de los quehaceres que conlleva el ser cuidador) y puede

sentirse afligido y angustiado (debido a los cambios provocados por la enfermedad), entre otros. Estos problemas van incrementándose al prolongarse en el tiempo la labor de cuidado (ya que el cuidador familiar se entrega, volcándose en las necesidades del paciente y dejando a un lado la suya) y generando cansancio físico, enfado e irritabilidad, e incluso sentimiento de culpa (Achury et al., 2011).

En cuanto a los cuidadores de pacientes con demencia, Muñoz, Arancibia y Paredes (1999, citado en Ávila-Toscano, García-Cuadrado y Gaitán-Ruíz, 2010) expresan que al desempeñar la función de cuidadores se encuentran supeditados a esfuerzos tanto físicos como psíquicos, los cuales provocan agotamiento, abandono ocupacional, cefaleas, entre otras consecuencias. Éstas están asociadas al esfuerzo que el cuidador realiza y a sus percepciones negativas.

No obstante, estos cuidadores sufren en mayor medida consecuencias de tipo psiquiátrico, que adoptan la forma de síntomas nerviosos, depresión e incluso distanciamiento emocional con el enfermo, dando lugar a que el cuidador perciba cómo es afectada su vida al verse perjudicados aspectos como las relaciones sociales, intimidad, amistades, etc. (Atarso, Goñi y Gómez, 2001). Por su parte, Mahoney et al. (2005) refieren que el 10,5% de los cuidadores de pacientes con demencia sufren depresión.

La persona que desempeña el rol de cuidador, según López y Blanco (2006), puede llegar a agotarse a lo largo del transcurso de la enfermedad que padece su familiar, lo que está originado por las demandas del cuidado, las características propias y las del entorno.

Las investigaciones realizadas por distintos autores hallan resultados variados en cuanto a los niveles de depresión en cuidadores principales. Así, Dueñas et al. (2006), en su estudio, han hallado promedios altos de manifestaciones depresivas entre cuidadores que no muestran relaciones relevantes con otras variables psicológicas y sociodemográficas, aunque en su opinión cobran importancia los síntomas depresivos en relación con la tarea de cuidar, viéndose afectada la salud psíquica del cuidador.



Estudios hallados (Hudson, Arnold, Keck, Auchenbach y Pope, 2004; Tugrul, Eren, Ozcankaya, Civi, Ertuk y Ozturk, 2003, citado en Alfaro-Ramírez del Castillo et al., 2008) refieren que entre el 46 y el 59 % de los cuidadores primarios están clínicamente deprimidos y cuentan con psicofármacos prescritos para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población.

En general, esta depresión viene dada porque los cuidadores comprometen sus vidas privadas y se encuentran sobrecargados debido a que suelen administrar los analgésicos y decidir si debe o no buscarse ayuda profesional. Además, ser testigo de que una persona querida está sufriendo trae consigo angustia, sentimientos de abandono, ansiedad y dudas acerca del cuidado que se le está proporcionando al paciente.

En la investigación realizada por Lara et al. (2001) sobre cuidadores de personas dependientes, en concreto ancianos, se halla que los síntomas psíquicos que más se dan en el cuidador son la depresión en un 77,6%, el cansancio en un 69,7% y los trastornos del sueño en un 67,1%.

En cuanto a la ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales, Alfaro-Ramírez del Castillo et al. (2008), encontraron mayoritariamente, como síntomas depresivos en estos cuidadores, ganas de llorar en un 73%, irritabilidad en un 69%, tristeza en un 65%, problemas de concentración en un 60%, problemas de sueño en un 59% y dolor de cabeza en un 50%, y como síntomas de ansiedad con mayor presencia tensión nerviosa o estrés en un 66%, problemas para concentrarse en un 60% y nerviosismo o ansiedad en un 50%. Cabe decir que estos autores no encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones de depresión y ansiedad en los dos grupos de cuidadores.

Domínguez et al. (2012), por su parte, señalan que los resultados obtenidos en su investigación demuestran que la depresión de cuidadores de personas dependientes estaba relacionada de manera estadísticamente significativa con el cuidador no remunerado, parentesco (hijas y cónyuges del enfermo cuidado), diagnóstico previo de ansiedad y depresión, toma de ansiolíticos y antidepresivos, y con la presencia de ansiedad, siendo la proporción de los cuidadores que presentaba

---

depresión del 65%, y siendo esta depresión en mayor grado en el 39% de los casos y en menor grado en el 61%.

En su estudio sobre depresión y ansiedad en cuidadores primarios de pacientes neurológicos, Paz-Rodríguez (2010) concluye que tanto ansiedad como depresión dependen de los recursos y las habilidades que posea el cuidador, además del impacto de la enfermedad y la sobrecarga. Ambas correlacionan, además, con problemas físicos, mentales y socioeconómicos que influyen en las relaciones sociales del cuidador, y en su libertad e intimidad.

El cuidado de un enfermo dependiente supone una fuente de estrés crónico que puede comportar graves consecuencias para la salud del cuidador (García-Calvente et al., 2004). Tanto enfermo como cuidador deben hacer frente día a día a nuevas demandas de tipo social, psicológico y físico que comporta la puesta en marcha de constantes recursos que aumentan claramente los niveles de estrés (Feldberg et al., 2011).

Es el modelo transaccional de estrés de Lazarus y Folkman el más adoptado en el estudio del cuidador de tipo informal y sus secuelas sobre la salud (Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012). Tal y como Lazarus y Folkman (1984) conceptualizaron, ante un estímulo percibido como demanda por parte del individuo se ponen en funcionamiento una serie de estimaciones que establecen si ese estímulo es una amenaza, es irrelevante o es beneficioso; este proceso es denominado evaluación primaria. Si lo valora como una amenaza el sujeto evalúa si posee recursos para afrontarlo; este otro proceso es denominado evaluación secundaria. Si en esta segunda valoración el sujeto descubre que no tiene los recursos necesarios para afrontar esa demanda, nace la situación de estrés.

En cambio, otros autores como Crespo y López (2007) consideran el modelo multidimensional de estrés como uno de los más influyentes al abordar la problemática de los cuidadores. Se trata del modelo propuesto por Pearlin, Mullan, Semple y Skaff (1990), quienes entienden que la vivencia del cuidado se ve afectada por el contexto y lo antecedentes en los que aparece.

Desde este modelo concebido por Pearlin et al. (1990), proponen que ante, por ejemplo, un enfermo de Alzheimer, el cuidador debe enfrentarse a muchos estresores como consecuencia de su cuidado. Estos estresores quedan divididos en dos tipos:

- Estresores primarios, que son los que derivan directa y exclusivamente de la actividad de ser cuidador. A su vez dentro de estos estresores se encuentran los siguientes:
  - Estresores objetivos, que proceden de las condiciones del enfermo y de las tareas que acarrea.
  - Estresores subjetivos, que provienen de la apreciación que tiene el cuidador de esos estresores.
- Estresores secundarios, que son los que influyen en otros aspectos de la vida del cuidador, es decir son lo que derivan de las relaciones del cuidador con otras personas.

Además, Haley et al. (1996) consideran que los estresores primarios no son algo unitario, sino que forman parte de otros componentes como:

- 1- La dureza del daño cognitivo del enfermo.
- 2- Alteraciones de conducta del enfermo (vagabundeo, agresividad...).
- 3- Falta de cuidado del propio enfermo en sus actividades básicas como son el asearse, bañarse, vestirse, comer...

De estos componentes, el que aparenta tener una mayor relevancia en relación con el bienestar del cuidador es el segundo, de manera que los problemas conductuales del enfermo se relacionarían con mayor estrés del cuidador (Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995).

Asimismo, el estrés que provoca el cuidar a una persona dependiente, conlleva el riesgo de que el cuidador sufra problemas físicos, emocionales, sociales y familiares (Crespo y López, 2007).

Larrañaga et al. (2008), por su parte, señalan que el género es una variable que actúa como modulador de las consecuencias que genera el estrés del hecho de cuidar sobre los cuidadores. De este modo, las mujeres muestran mayor nivel de estrés que los hombres, lo que es explicado por autores como Masanet y La Parra (2011), quienes refieren que las diferencias existentes en los niveles de estrés se asocian a su mayor implicación en el cuidado.

Finalmente, se analizará la ansiedad generada por el hecho de cuidar. A lo largo de los años, la ansiedad, considerada de forma general, se ha estudiado como respuesta emocional y como rasgo de personalidad. Cano-Vindel (1997) señala que, al igual que el resto de emociones, se puede estudiar como un grupo de manifestaciones fisiológicas, expresivas y experienciales que se dan ante una situación evaluada por el individuo como potencialmente amenazante, aunque objetivamente no sea peligrosa. Como rasgo de personalidad, se puede estudiar a partir de las diferencias individuales para experimentar o manifestar estados o reacciones de ansiedad (Spielberger, 1972). Este estado tiene como características inseguridad, aprensión, autovaloraciones negativas y sentimientos de tensión, y también se refleja a nivel fisiológico mediante diferentes niveles de activación del sistema nervioso autónomo y tensión muscular.

Así, los familiares, especialmente los cuidadores, experimentarán distintas reacciones emocionales como la ansiedad como consecuencia del cuidado del familiar enfermo, las cuales, incluso, pueden llegar a reprimir temiendo perjudicar la salud del enfermo (Navarro, 2004).

Los cuidadores de enfermos dependientes, según un estudio de Domínguez et al. (2012), presentaban en un 86% de los casos ansiedad, teniendo relación estadísticamente significativa con que el cuidador tuviera apoyo social bajo, previo diagnóstico de ansiedad y depresión, toma de ansiolíticos y antidepresivos, y con la presencia de depresión.

La ansiedad es mayor en el cuidador cuando mantiene con el enfermo cuidado un vínculo de primer grado (García y Pardo, 1996), de modo que, en ocasiones, cuando piensa en sí mismo llega a sentirse culpable.

Los trastornos psíquicos más sufridos por los cuidadores como consecuencia del desempeño del cuidado, son ansiedad, depresión, insomnio y somatizaciones (Marco et al., 2010, citado en Mar et al., 2011), siendo consideradas la ansiedad, la aparición de estados distímicos y la depresión mayor consecuencias psicológicas y emocionales de la sobrecarga del cuidador (Turro, 2007; Turro, et al. 2008).

Según un estudio realizado por Rodríguez et al. (2002), se observó que, en el caso de cuidadores familiares, el 36,4% de ellos obtuvo puntuaciones altas en la escala de ansiedad y el 9,2% puntuó alto en la escala de depresión.

Los resultados obtenidos en la investigación realizada por Andueza, Galán, Benavides y Peralta (2012) muestran que el porcentaje de cuidadores que padecen depresión y ansiedad es elevado, siendo de un 62% para ansiedad y un 32% para depresión, estando originado por el estrés crónico que acarrea el hecho de cuidar de un paciente psiquiátrico. También indican que, en cuanto al estado de ánimo del cuidador, destaca la sintomatología ansiosa, sobre todo el rasgo de preocupación, siendo el síntoma más destacado en depresión la falta de energía.

Méndez, Giraldo, Aguirre-Acevedo y Lopera (2010) señalan que, en su estudio sobre la relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación e280a en presenilina 1, la ansiedad estado presentaba relaciones moderadas con ansiedad rasgo ( $r=0,497$ ;  $p=0,070$ ) y depresión ( $r=0,451$ ;  $p=0,105$ ), mostrando que el aumento en la ansiedad estado activa la ansiedad rasgo y la depresión. En cuanto a ansiedad rasgo, encuentran una relación moderada con la edad del familiar enfermo de modo que, al incrementarse, eleva los niveles de ansiedad rasgo, y una relación moderadamente alta con depresión ( $r=0,757$ ,  $p=0,001$ ), lo que indica que poseer el rasgo ansioso predispone a que la depresión aumente. También hallaron una relación moderada con estrés, de modo que el rasgo ansioso aumentará el estrés. Y, finalmente, encontraron una relación moderada con sobrecarga, de manera que el aumento de ansiedad rasgo provocaría niveles altos de sobrecarga. En cuanto a la depresión, encontraron una relación moderada con sobrecarga, de modo que al aumentar los síntomas de depresión también lo haría la sobrecarga. Y en cuanto a estrés también encontraron

una relación moderada con la sobrecarga, por lo que al aumentar el nivel de estrés también lo haría la sobrecarga.

Las puntuaciones de ansiedad-rasgo aumentan cuando el cuidador no percibe disponer de ayuda a la hora de cuidar al familiar enfermo, de modo que existe un paralelismo entre la puntuación obtenida en el cuestionario (STAI-rasgo) y la toma de psicofármacos, según los resultados hallados por García y Pardo (1996) en el estudio realizado en relación con los factores asociados a ansiedad y toma de psicofármacos en cuidadores de pacientes incapacitados.

### **3.2. Autoestima**

La autoestima ha sido considerada tradicionalmente como una autovaloración global (tanto positiva como negativa) y el sentimiento provocado por ella, dándose por hecho que una autoestima alta era algo positivo y una autoestima baja era negativo. En cambio, las investigaciones de los últimos años referidas a la autoestima se han realizado atendiendo a que (Martínez Valero, 2013):

- la alta autoestima no es tan beneficiosa como se creía (incluso puede ser perjudicial, un ejemplo de ello es la autoestima narcisista),
- la baja autoestima no es tan perjudicial como se creía (llegando incluso en ocasiones a impulsar el aprendizaje),
- el nivel de autoestima tiene un mínimo valor predictivo en cuanto a las conductas y el funcionamiento global.

La autoestima es entendida por Rosenberg (1965, citado en Ramos, 2012) como una faceta de la personalidad, como la valoración que la persona hace de sí misma o el elemento afectivo de la actitud que uno tiene hacia sí mismo; este elemento puede ser de aprecio y respeto o de rechazo y desprecio, favorable o desfavorable.

Es evidente la relación existente entre autoestima y trastornos afectivos, siendo además un síntoma de depresión y un factor que hace a la persona más vulnerable (Talbot, Harris y French, 2009, citado en Ramos, 2012).

De este modo, la mayoría de las investigaciones señalan que, a mayor autoestima, mayor salud y que, a menor autoestima, mayor patología, habiendo correlación entre alta autoestima con sociabilidad, motivación, ajuste personal y bienestar, mientras que la autoestima baja correlaciona, entre otros, con fracaso y retraimiento social (Moreno et al., 1989).

La autoestima del cuidador se ve comprometida debido a la falta de reconocimiento de las tareas realizadas en el acto del cuidado (Moreira de Souza y Turrini, 2011), de manera que el cuidador no se siente valorado y su trabajo es muy poco reconocido.

Es posible entonces, establecer una relación entre satisfacción familiar y autoestima pues, tal y como se ha comentado, la falta de reconocimiento por parte de la familia compromete la autoestima y también la satisfacción familiar del cuidador.

Estudios realizados por Delicado, Alcarria, Ortega, Alfaro y García (2010) sobre autoestima, apoyo familiar y social en cuidadores familiares de personas dependientes, arrojaron como resultados que el valor medio de autoestima de los cuidadores era de 34,36, siendo por ello una autoestima elevada; además, el 78,4% de los cuidadores presentaron puntuaciones de autoestima elevada.

En cambio, los estudios realizados por Sánchez-Herrero, Sánchez-López y Aparicio-García (2011) sobre salud, ansiedad y autoestima en mujeres de mediana edad cuidadoras y no cuidadoras hallan como resultado que las mujeres cuidadoras puntúan significativamente más bajo que las no cuidadoras.

#### **4. CONSECUENCIAS A NIVEL FAMILIAR**

La familia es la principal afectada cuando uno de sus miembros enferma, de modo que sufre una serie de consecuencias como cambio de roles, dificultades en el cuidado, cambios en su funcionalidad y disminución de la satisfacción de la persona encargada del cuidado con la familia, entre otros. Es por eso que en este apartado se

abordarán la satisfacción y funcionalidad familiar en el cuidador de un enfermo crónico, dos variables objeto de estudio de esta investigación.

#### **4.1. Satisfacción familiar**

En la década de los años 70 se comienza a evaluar, tanto en el área de la psicología como en el de la sociología, la satisfacción familiar (Tercero et al., 2013). Además, la mayoría de los autores la consideran un juicio cognitivo que el sujeto realiza sobre su vida real, realizando una comparación con una vida familiar ideal (Barraca y López-Yarto, 1999).

La satisfacción es una variable relevante a tener en cuenta, pues engloba y resume la calidad de vida de un sujeto y está relacionada con variables como autoestima y depresión, entre otras (Robinson, 1969, citado en Quiroga y Sánchez, 1997).

Así, Rollán, García-Bermejo y Villarrubia (2005) concluyen en su estudio sobre satisfacción familiar, bienestar psicológico y sentido de la vida que las personas con alta satisfacción familiar tendrán un alto sentido de la vida y un alto nivel de bienestar psicológico.

Cada miembro de la unidad familiar puede tener una percepción diferente de su vida familiar, una satisfacción distinta pues, como Luengo y Román (2006) indican, la satisfacción familiar es la valoración del estado de ánimo despertado por la familia y que está basada en las experiencias positivas y negativas que se viven en ella. Si las relaciones con la familia son positivas, su valoración será positiva y estará satisfecho, sin embargo, si éstas son negativas estará insatisfecho.

La insatisfacción estará relacionada con ambientes familiares en los que predomina la frustración, resentimiento, agresión, poca cohesión y conflictos, dificultades de comunicación, aislamiento, escasas redes de apoyo, ambigüedad en los límites, llegando incluso a no saber relacionarse unos con otros ni saber cuáles son sus tareas (Barraca y López, 1999; Berge y Holm, 2007; Grossman, Rich, Michelson y Hagerty, 1999, citado en Tercero et al, 2007). En definitiva, el individuo no se siente integrado en la familia.



Lo anteriormente expuesto puede aplicarse al hecho de que el familiar cuidador carezca de reconocimiento, por parte de la familia, en relación con el esfuerzo que supone el desempeño del rol, que no se sienta comprendido, produciéndose entonces desencuentros que hacen que el familiar cuidador no esté a gusto con su familia, dando lugar a que la satisfacción familiar sea baja.

## **4.2. Funcionalidad familiar**

Una familia es considerada funcional o sana cuando es un sistema abierto, tiene vínculos y límites con el exterior, y está integrado en el tejido social, de manera que funciona como amortiguador social entre la sociedad y el sujeto, buscando el bienestar y crecimiento de todos y asumiendo los roles que los nuevos integrantes aportan, manteniendo una comunicación directa, clara y abierta (López, Gutiérrez y Ochoa, 2007). Son familias en las que trabajan, colaboran y aportan todos igualmente buscando el bienestar común y todos los roles están establecidos sin que ninguno prevalezca sobre otro (Pérez Peñaranda et al., 2009).

La capacidad del sistema para hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital es concebida por Velazco y Chávez (1994) como funcionalidad familiar, la cual posee una serie de características tales como un fuerte sentido de pertenencia, actitud positiva para resolver los retos que debe superar la familia, tener una clara definición de los aspectos jerárquicos y flexibilidad para el desarrollo y la autonomía, entre otras.

López Gil et al. (2009), en el estudio que realizaron sobre el rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud, hallaron que la funcionalidad familiar (medida mediante el cuestionario Apgar familiar) disminuía en el grupo de cuidadores, de manera que un 15,9% de las familias de cuidadores son disfuncionales mientras que en las familias de no cuidadores el porcentaje es de 7,8%.

Asimismo, los resultados obtenidos mediante al cuestionario Apgar familiar por Pérez Peñaranda et al. (2009), en su estudio referente a la función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia, mostraron que el 69,7% de las familias cuidadoras son normofuncionales encontrando, además, que a mejor función

familiar mejor salud mental del cuidador, y a mayor deterioro cognitivo del enfermo dependiente peor función familiar.

## **5. APOYO SOCIAL PERCIBIDO**

También en los años 70 comienza a estudiarse la influencia del apoyo social y su relación con los resultados de salud en la población. Puede entenderse el apoyo social como la satisfacción con el entorno social y el sentimiento positivo de pertenencia a una comunidad.

El apoyo social es una variable que tiene la propiedad de disminuir el estrés y la sobrecarga, minimizando el impacto de la ansiedad, depresión y trastornos psicósomáticos (Badía, Salamero y Alonso, 2002); todas las personas necesitan, desde que nacen hasta el momento de su fallecimiento, de interacciones con otras personas, las cuales les proporcionan un nivel de vida de calidad. La red social más cercana es la que suele proveer dichas interacciones, facilitando así las de tipo instrumental las herramientas de ayuda para solucionar los problemas y afrontar situaciones difíciles.

Castro, Campero y Hernández (1997), además, consideran el apoyo social como una serie de recursos que poseen otras personas y que desde una perspectiva multidimensional comprende tres áreas:

- Integración social.
- Apoyo social percibido.
- Apoyo social provisto.

Es considerado un concepto complejo, ambiguo y multidimensional, sujeto a diversas interpretaciones y que une aspectos que se relacionan con vínculos familiares, integración social, estado civil, etc. (Alonso, Menéndez y González, 2013).

Bowling (1991) define el apoyo social como el proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, mientras que Thoits (1982) lo define como un

proceso interactivo mediante el que el sujeto, además de conseguir ayuda emocional, la consigue también económica o instrumental a través de la red social de la que forma parte.

Además, autores como Rodin, Craven y Littefield (1992) refieren que el apoyo social es importante ya que puede prevenir que aparezcan efectos psicológicos adversos y síntomas de estrés psicológico y aislamiento social. Es decir, tiene un efecto amortiguador, interviene como una variable mediadora entre el estrés y la enfermedad.

En esta misma línea se expresan Pérez Peñaranda et al. (2009), quienes consideran que el apoyo social es tan importante como el apoyo emocional. Y hallan en su estudio referenciado anteriormente en la funcionalidad familiar que, según el cuestionario Duke-UNC, el 67,3% de los cuidadores percibe apoyo social, ya que en el cuidado de su familiar recibe ayuda.

Delicado et al. (2010), por su parte, señalan que la mayoría de los cuidadores se consideran satisfechos con la ayuda recibida por la familia, aunque sólo un 10% se siente apoyado por vecinos y amigos, sintiendo falta de apoyo social el 24% de los cuidadores.

Asimismo, López Gil et al. (2009) hallaron mayor sensación de apoyo insuficiente en el grupo de cuidadores (medido mediante el cuestionario Duke-UNC), que en el de no cuidadores en el estudio que realizaron sobre el rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. De modo que la mayor parte de los cuidadores percibe como suficiente el apoyo social, pero el pequeño porcentaje que lo percibe como insuficiente (7,1%) es superior estadísticamente al presentado por el grupo de no cuidadores (2.6%). Los autores atribuyeron estos resultados (es decir, que la mayoría de los cuidadores perciban tener un apoyo social suficiente) al hecho de que un alto número de cuidadoras, puesto que eran mayoritariamente mujeres, no trabaja fuera de casa.

Finalmente, estudios realizados por Manso, Sánchez y Cuéllar (2013) señalaron que en las mujeres cuidadoras la percepción de mayor apoyo social está relacionada con menor carga percibida.

## **6. ESFUERZO Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR**

Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980) definen la carga del cuidador como el conjunto de las reacciones emocionales y cambios que se producen en los distintos aspectos del ambiente doméstico y de la vida de los cuidadores. Además, establecen que el cuidador sufre esta carga debido a:

1. La transferencia afectiva de los problemas del enfermo hacia las personas que le atienden.
2. La repetición de situaciones conflictivas.
3. La sensación de sentirse superado por la carga que produce el desempeñar el cuidado, dando lugar a no sentirse capaz de seguir realizándolo.

Existen dos tipos de sobrecarga (Zarit y Zarit, 1982), la sobrecarga subjetiva y la sobrecarga objetiva, las cuales estos autores definen de la siguiente forma:

1. La sobrecarga subjetiva se define como el conjunto de actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar
2. La sobrecarga objetiva consistiría en el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores.

Estos dos tipos de sobrecarga se encuentran perfectamente analizados en la *Entrevista sobre la Carga del Cuidador* de Zarit y Zarit (1982), siendo desde el cuestionario *Índice de Esfuerzo del Cuidador* de Robinson también analizada la carga subjetiva.

Es evidente que la parte subjetiva de la carga no es vivida por los cuidadores familiares de la misma forma; por ello, las vivencias de cada cuidador y su forma de

interpretarlas serán decisivas a la hora de vivir el hecho de cuidar como un perjuicio o un beneficio.

Es importante hacer referencia al miedo que los familiares tienen de vivir el sufrimiento de su familiar y a que les afecten las consecuencias negativas que tiene su rol de cuidador, influyendo en las decisiones que deben tomar en cuanto al cuidado de su familiar. A estas preocupaciones, los problemas sociales, económicos de salud y psicológicos Lobst et al. (2009) los denominan carga del cuidador.

Autores como Rodríguez del Álamo y de Benito (2003) indican que son consecuencias de convivir con una persona que requiere cuidados especiales el desgaste físico y psíquico que llega a padecer el cuidador; es decir, esta situación da lugar a una sobrecarga que desemboca en el llamado síndrome del cuidador quemado o síndrome de Burnout.

Martínez (2010), en relación con la evolución del significado del síndrome de Burnout, mantiene que fue acuñado por Herbert J. Freudenberger, psicólogo estadounidense, en el año 1974, el cual lo utilizó para describir el estado en el que se encontraban un grupo de voluntarios que ayudaban en una clínica a personas que querían abandonar el consumo de drogas; ese estado, prácticamente, era agotamiento, irritación e incluso actitud de desprecio y evitación hacia los pacientes. Posteriormente, en 1977, Christina Maslach, psicóloga estadounidense, presentó el término en el Congreso anual de la Asociación Americana de Psicólogos (APA), haciendo referencia al desgaste tanto emocional como físico que padece la persona que convive y cuida de un familiar dependiente, dando lugar a un sobreesfuerzo y sobrecarga provocado por las situaciones de estrés a las que se enfrenta.

Este síndrome, según García-Piñán (2004), llegan a padecerlo, básicamente, los familiares que desempeñan el papel de cuidadores principales del enfermo en cuestión.

Rodríguez del Álamo (2002) también señala que los familiares cuidadores de pacientes de Alzheimer desarrollan incluso actitudes y sentimientos negativos hacia los enfermos que cuidan, además de depresión, ansiedad, irritabilidad, dificultad en la

---

resolución de problemas reales, desmotivación, agobio y sentimientos de ser desbordados por la situación (Síndrome del cuidador quemado).

En este sentido, tal y como Moreno (2008) establece, una coordinación entre los miembros de las familias con un enfermo de Alzheimer, planificación de tareas y ayuda exterior son factores importantes para que la carga del cuidador se vea aliviada. Expone también que surge un conflicto entre satisfacer las necesidades del enfermo y las que demanda la familia, además del abandono de las relaciones sociales.

Asimismo, el hecho de que la enfermedad sea crónica da lugar a que se produzca cansancio en el cuidador, al prolongarse durante mucho tiempo los cuidados hacia el enfermo, además de los años dedicados al cuidado. La incertidumbre sobre el transcurso de la enfermedad es otro factor que incrementa ese cansancio, pues el desconocimiento de la misma da lugar a inseguridad en el cuidador y, a su vez, genera altos niveles de estrés y malestar. Se puede dar el caso de que el cuidador sufra mayores niveles de estrés y sobrecarga, y que se vea atrapado en su rol si se desarrolla una relación de codependencia entre cuidador y enfermo (Pajares, 2012).

Los estudios realizados por Gutiérrez-Rojas, Martínez-Ortega y Rodríguez-Martín (2013) sobre la sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar, indican que el cuidador principal de un enfermo con este trastorno sufre un gran nivel de sobrecarga que impacta de forma negativa sobre su salud, familia, trabajo e incluso economía.

Segura et al. (2006) señalan, acerca del desgaste físico y psíquico del cuidador del anciano dependiente, que aquél puede llegar a padecer lumbalgias en el 64% de los casos, algias musculares en el 40%, trastornos del sueño en el 40%, ansiedad en el 36%, depresión en el 44% y síndrome del estrés del cuidador en el 36%.

Este tipo de consecuencias también están presentes en los cuidadores de enfermos neurodegenerativos; así lo señalan Rodríguez del Álamo y de Benito (2003), estando presentes síntomas de ansiedad, angustia, tensión y estrés en un 54% de los cuidadores de su estudio, y síntomas depresivos (tristeza, pesimismo, apatía) en un 28%. Un 11 % de los cuidadores llegan incluso a mostrar ideas suicidas.

Estos autores, además, hacen referencia a la modificación que sufren los cuidadores en sus rasgos de personalidad, pues se sienten desbordados al sobreimplicarse emocionalmente con el enfermo, y pensar en él todo el día, apreciándose en estas personas presencia de irritabilidad no habitual en ellos y, como en cuidadores de otro tipo de enfermos, problemas psicosomáticos tales como cefaleas, arritmias..., además de insomnio o presencia de sueño no reparador. Un aspecto más que es importante destacar es la variación en su actitud en cuanto al cuidado de otros familiares, e incluso su autocuidado, no presentando interés ni siquiera por actividades que antes sí eran importantes en el desarrollo de su vida.

Asimismo, Álvarez y Cuadrado (2011) asocian las consecuencias físicas y psíquicas negativas del cuidador a la mala calidad de vida de éste y por ello las contemplan como factor de riesgo para, entre otros, un deterioro funcional e incluso la mortalidad. La depresión en los cuidadores debe ser diagnosticada a tiempo para ser tratada, al igual que las somatizaciones producidas por la angustia y ansiedad características de las personas que desempeñan este rol, entre las que se encuentran fatiga e insomnio.

En esta línea, Puerto (2015) indica que las tensiones, situaciones de estrés y ansiedad son permanentes en los cuidadores familiares, hasta el punto de influir en la salud física, mental, social y espiritual, derivando en un continuo y progresivo deterioro de la calidad de vida.

Por su parte, Manso, et al. (2013) hallaron en mujeres cuidadores una relación lineal directa entre carga percibida y puntuaciones de malestar psíquico, ansiedad y depresión.

## **7. SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DEL ENFERMO**

El hecho de cuidar a otra persona puede conllevar un gran esfuerzo y sobrecarga, pero también puede ir asociada a aspectos positivos. Es importante señalar que aunque las consecuencias de cuidar a un enfermo, señaladas anteriormente son, por lo general, negativas, también existe un aspecto positivo en el

---

hecho de cuidar: se trata de la satisfacción que el cuidador puede tener a la hora de realizar el cuidado, de manera que puede estar relacionada con la llamada resiliencia, la cual es entendida por Block y Kremen (1996) como la capacidad o competencia que un sujeto posee para hacer frente a situaciones que no son favorables; esta capacidad es concebida como un rasgo de personalidad, sin que afecte de manera grave ni a su funcionamiento habitual, ni a su salud física ni a la fisiológica.

El hecho de estar al lado del enfermo, cuidarle, proporcionarle todo lo que necesita, e incluso en ocasiones compartir sus últimos momentos, hacen que el cuidador perciba la situación como una ocasión para su desarrollo personal, lo cual es traducido en sentimientos de bienestar y satisfacción (Fernández-Lansac y Crespo, 2011) y, además, los cuidadores refieren momentos placenteros o divertidos al desempeñar el cuidado (Cohen, Colantonio y Vernich, 2002, citado en Fernández-Lansac y Crespo, 2011).

Los aspectos positivos del cuidado son, por tanto, aquellos elementos que proporcionan al cuidador bienestar, impacto positivo, transformación y crecimiento (Sánchez-Herrera, Carrillo-González, Barrera-Ortíz y Chaparro-Díaz, 2013).

Sotto, Ribeiro y Paul (2009), en su investigación sobre satisfacción en personas con demencia y en personas con accidente vascular cerebral, detectaron una proporción elevada de cuidadores que experimentaban satisfacción, mostrando además que los resultados coexisten con la sintomatología depresiva.

Asimismo, cuando los sentimientos positivos superan a los negativos en el cuidador, Kinney, Parris, Franks y Norris (1995) postulan que los niveles de estrés tienden a disminuir.

Finalmente, Stajduhar (2003) demostró que para muchos cuidadores el hecho de cuidar y atender a una persona con una enfermedad paliativa fue una experiencia enriquecedora y positiva, aportando posibilidades de comunicación, además de facilitar un sentido de reciprocidad al hecho del cuidado y compartir con el familiar enfermo las etapas más duras de la enfermedad.



## 8. CONSECUENCIAS EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL DROGODEPENDIENTE

Es indiscutible que el familiar es un gran apoyo para el drogodependiente e incrementa el éxito y eficacia en la intervención terapéutica y tratamiento de deshabituación, y es por eso que debe ser considerado de gran importancia el conocer cómo afecta al familiar la convivencia con el drogodependiente.

En el campo de las drogodependencias siempre posee el papel principal el adicto, es el centro de atención, pasando el familiar a un segundo plano, pero no por ello se le debe dejar de lado, pues también sufre las consecuencias de esa adicción.

Al concebir la adicción como la pérdida de control del sujeto ante la ejecución de determinadas conductas susceptibles de producir dependencia, abstinencia, tolerancia..., se puede afirmar que la conducta del drogodependiente afectará al núcleo familiar y, más específicamente, al familiar que se encarga de su cuidado, el cual está más expuesto a desarrollar síntomas depresivos, ansiosos, etc.

El familiar del drogodependiente soporta una carga elevada que le afecta deteriorando su salud debido al estrés y ansiedad constante a los que se encuentra expuesto. En ocasiones, y de hecho sucede a menudo, el familiar llega a ser víctima del adicto.

Una vez que se tiene en casa un drogodependiente, las cuestiones obligadas que deben formularse son las siguientes:

- ¿Afecta esta situación a la cohesión familiar?
- ¿Se ven mermadas las relaciones interpersonales del familiar cuidador?
- ¿Abandona su vida para centrarse y volcarse en el adicto?

Marcos y Garrido (2009) señalan la existencia de un funcionamiento familiar caracterizado por la sobreimplicación de uno de los familiares del adicto (generalmente del sexo opuesto) y el papel periférico del resto de familiares; así, también Jerrom, Mian y Rukanyake (1993) indican que estos familiares utilizan estrategias pasivas e inadecuadas de resolución de problemas. Esto puede contribuir al

incremento de la ansiedad, depresión, bajada de autoestima y demás consecuencias que trae consigo el desempeñar el rol de cuidador de un drogodependiente.

Marcon, Rubira, Espinosa y Barbosa (2012) refieren estudios que aportan información sobre los problemas que tienen que afrontar los familiares de drogodependientes, y que se revelan por medio de sentimientos tales como ansiedad, miedo, depresión, frustración, decepción, entre otros. También señalan problemas que tienen relación con el día a día, como distanciamiento de las amistades, disminución de las relaciones sociales, lo cual va mermando la calidad de vida del familiar a la vez que la del drogodependiente.

Es importante señalar que aunque existen muy pocos estudios que informen sobre las consecuencias que sufre el familiar que convive con un drogodependiente y cómo afecta la presencia del mismo en la cotidianidad de la familia, sí existen estudios sobre como el modelo o tipología de familia puede favorecer la adicción de un integrante de la misma; es decir, estos estudios hacen referencia a la influencia que el familiar tiene en el proceso adictivo del drogodependiente, en su aparición (Marcos y Garrido, 2009).

Tal y como ocurre con el resto de enfermedades crónicas, el familiar que se ocupa del drogodependiente ve afectadas diferentes áreas de su vida debido a la adicción de su familiar (Scottish Executive, 2002; Washton, 1995, citado en Calvo, 2007):

- Salud psicológica: el familiar cuidador ve alterado su humor debido a la situación, se muestra irritable, con ansiedad, preocupación e, incluso, se culpabiliza por lo que ocurre.
- Salud física: el sufrimiento que padece psicológicamente se somatiza apareciendo enfermedades relacionadas con el estrés, hipertensión, úlceras, cefaleas, pérdida de apetito...
- Relaciones familiares: se produce una reorganización de los roles (en ocasiones los hijos hacen de padres, intentando controlar la situación), se

producen tensiones familiares, discusiones frecuentes (debido entre otras cosas a que el drogodependiente necesita y, a veces, exige dinero para acudir a buscar su dosis).

- **Ámbito financiero:** se incrementa el gasto económico debido a costes ocasionados por tratamientos, robos perpetrados por el drogodependiente, pago de deudas contraídas por el mismo... Además, el familiar también puede verse afectado en el plano laboral, pues su rendimiento en el trabajo puede disminuir, además de que puede tener dificultad para concentrarse, necesitando realizar horas extras e incluso teniendo que solicitar permisos para acompañar al familiar drogodependiente ...
- **Ámbito social:** en este plano puede producirse una tendencia al aislamiento con respecto a familia y amigos, disminuyendo el tiempo de ocio (tanto por no querer dejar solo al familiar drogodependiente, como por no tener ilusión ni ganas); además, el familiar cuidador siente miedo al rechazo por parte del entorno habitual, por lo que se oculta a conocidos y familiares no directos la misma drogodependencia; esto es debido a la estigmatización, puesto que si se tratara de otra enfermedad probablemente no la ocultaría.

Es por ello que, al igual que ocurre con el resto de enfermedades crónicas, las conductas adictivas a sustancias (drogodependencias) o sin ellas (juego patológico, por ejemplo) provocan un impacto en la familia, amigos y ambiente laboral (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 2000, citado en Fernández-Montalvo y Castillo, 2004).

Girón (2006) expresa el sufrimiento que se aprecia en la familia, el cual está relacionado directamente y provocado por la conducta del drogodependiente sobre cada uno de los miembros de su familia, la cual es víctima de la situación.

Finalmente, es necesario hacer hincapié en que el drogodependiente, al ser una persona que sufre problemas de adicción a sustancias, puede presentar, además de su adicción, trastornos de personalidad, alteraciones psicológicas o conductuales lo cual

incrementa aún más, si cabe, el estrés, ansiedad, sobrecarga y demás consecuencias que está expuesto a sufrir el familiar que convive con él y actúa como su cuidador; esto es así puesto que los cuidados pueden ser, y son de hecho, más complejos y la atención y entrega son mayores.

## **ESTUDIO EMPÍRICO**



## **1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS**





## 1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La convivencia con un enfermo mental o que padece una enfermedad médica crónica e incapacitante genera en la familia una serie efectos negativos que merman la calidad de vida de los cuidadores y del resto de familiares que conviven con ellos, tal y como se ha apuntado en la introducción de este trabajo. Al considerarse la drogodependencia una enfermedad crónica, de difícil solución en ocasiones, puede afirmarse que también el familiar que convive con estos pacientes va a experimentar una serie de consecuencias negativas en diferentes áreas de funcionamiento, consecuencias que es necesario estudiar con el objetivo de diseñar programas de intervención eficaces que consigan, al menos, disminuirlas.

De este modo, la pregunta o problema al que se pretende dar respuesta con el presente estudio sería el siguiente: *qué características familiares describen al familiar cuidador de un drogodependiente, cómo influye en los niveles de autoestima, ansiedad, estrés y depresión el ser familiar cuidador de un drogodependiente, así como la posible influencia de las características del drogodependiente y su problema sobre la sobrecarga y el esfuerzo del cuidador, y la satisfacción con el cuidado.*

Los objetivos e hipótesis derivadas de los mismos que se persiguen con este estudio son los siguientes:

Objetivo 1. Describir las características sociodemográficas y familiares de los sujetos que conviven con un drogodependiente.

Hipótesis 1.1. Los familiares cuidadores de un drogodependiente no diferirán significativamente, en cuanto a sus características sociodemográficas, de los familiares no cuidadores.

Hipótesis 1.2. Los familiares cuidadores de un drogodependiente presentarán niveles más bajos de satisfacción y funcionalidad familiares que los familiares no cuidadores.

Objetivo 2. Describir las características socioculturales y relacionadas con la salud mental, siendo considerada ésta de forma general, de los sujetos que conviven con un drogodependiente.

Hipótesis 2.1. Los familiares cuidadores de un drogodependiente, frente a los no cuidadores, han disminuido el tiempo dedicado a actividades de ocio en la actualidad.

Hipótesis 2.2. Existirá una mayor afectación de la salud mental en los familiares cuidadores que en los no cuidadores, en el sentido de un mayor empleo de psicofármacos, e iniciar tratamientos psicológicos e ingresar en unidades de psiquiatría con mayor frecuencia.

Hipótesis 2.3. Los familiares cuidadores se caracterizarán por percibir un menor apoyo social que los familiares no cuidadores.

Objetivo 3. Conocer los niveles de autoestima, estrés, ansiedad y depresión en la población cuidadora de un drogodependiente.

Hipótesis 3.1. Los familiares cuidadores manifestarán unos índices más elevados de ansiedad y estrés que los familiares no cuidadores.

Hipótesis 3.2. Los familiares cuidadores manifestarán unos índices más elevados de depresión y más bajos en autoestima que los familiares no cuidadores.

Objetivo 4. Comprobar la posible influencia de variables propias del cuidador, variables relacionadas con la adicción del familiar con el que se convive y variables de carácter

---

emocional sobre los niveles de sobrecarga, esfuerzo y satisfacción con el cuidado por parte del familiar cuidador.

Hipótesis 4.1. Los cuidadores de menor edad presentarán valores en sobrecarga y esfuerzo superiores que los cuidadores de mayor edad, y menores en satisfacción con el cuidado.

Hipótesis 4.2. Los hombres cuidadores, frente a las mujeres, presentarán mayores niveles de sobrecarga y esfuerzo, y menor satisfacción con el cuidado.

Hipótesis 4.3. Se espera la existencia de relación entre el vínculo del familiar cuidador con el drogodependiente y los índices de sobrecarga, esfuerzo y satisfacción con el cuidado.

Hipótesis 4.4. A mayor número de recaídas sufridas por el drogodependiente, mayores niveles de ansiedad, depresión, disforia y estrés, y menor autoestima en el sujeto que convive con él.

Hipótesis 4.5. A mayor número de recaídas sufridas por el drogodependiente, mayores niveles de sobrecarga y esfuerzo, y menor índice de satisfacción con el cuidado en el sujeto que convive con él.

Hipótesis 4.6. El número de tratamientos previos estará relacionado positivamente con los niveles de ansiedad, estrés y depresión, y negativamente con la autoestima en los familiares cuidadores.

Hipótesis 4.7. El número de tratamientos previos estará relacionado positivamente con los niveles de sobrecarga y esfuerzo, y negativamente con la satisfacción con el cuidado en los familiares cuidadores.

Hipótesis 4.8. Los familiares cuidadores caracterizados por niveles elevados de sobrecarga y esfuerzo mostrarán puntuaciones más elevadas en depresión, ansiedad estado y estrés actual.

Hipótesis 4.9. Los familiares cuidadores cuyas puntuaciones en satisfacción con el cuidado son altas presentarán una elevada autoestima.

Hipótesis 4.10. La sobrecarga y el esfuerzo del cuidador serán más elevados cuanto menor sea el apoyo social percibido, mientras que la satisfacción con el cuidado aumentará conforme lo haga dicho apoyo social.

## **2. MÉTODO**



## **2. MÉTODO**

Para verificar las hipótesis planteadas anteriormente se seleccionaron una muestra de la población objeto de estudio así como unos instrumentos de medida adecuados de cara a evaluar las distintas variables que se pretende analizar, los cuales se describen a continuación.

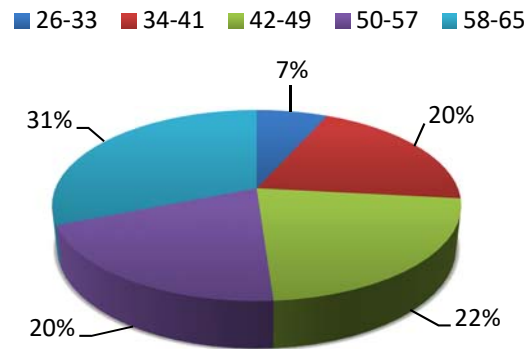
### **2.1. Participantes**

La muestra de este estudio la componen 110 individuos, con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, con una media de 44,70 años y una desviación típica de 13,68 años, la cual se divide en dos grupos, ambos seleccionados mediante muestreo incidental: grupo de estudio, formado por familiares que ejercen como cuidador del drogodependiente y que conviven con él, y grupo de comparación, formado por familiares que no cuidan ni conviven con enfermos que requieran de un cuidado especial.

#### **2.1.1. Grupo de estudio**

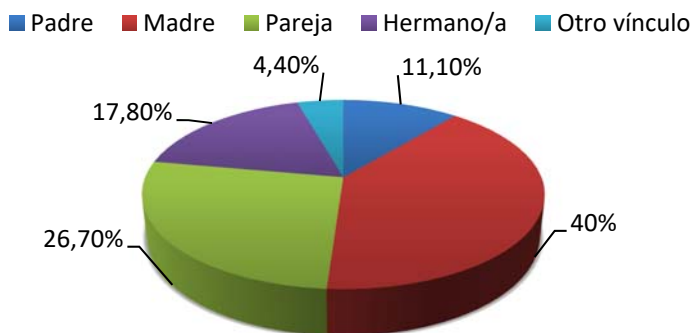
El grupo de estudio procedía de los Centros de Tratamiento Ambulatorio (C.T.A.) de la Sierra Sur, situados en Villamartín y en Arcos de la Frontera, ambos de la provincia de Cádiz y pertenecientes al Servicio Provincial de Drogodependencias, donde se solicitaron los permisos oportunos para ello, tal y como se describe en el

apartado de Procedimiento. Lo componían 45 sujetos, el 40,9% del total de la muestra, 38 mujeres (84,4%) y 7 hombres (15,6%), con una edad media de 50,16 años y una desviación típica de 11,01. En la Figura 2 se muestran los porcentajes de los distintos intervalos de edad establecidos en el grupo de estudio. Se comprueba que el mayor porcentaje se obtiene en el intervalo de 58 a 65 años, seguido del intervalo de edad que oscila entre 42-49 años.



**Figura 2. Variable edad por intervalos del grupo de estudio**

Como se observa en la Figura 3, en la mayoría de los casos el participante del grupo de estudio era la madre del paciente drogodependiente (40%), seguido de la pareja del mismo (26,7%).



**Figura 3. Variable vínculo con el paciente drogodependiente (grupo de estudio)**

Los requisitos que debían cumplir los participantes que formaban este grupo eran:

- Ser mayor de edad.

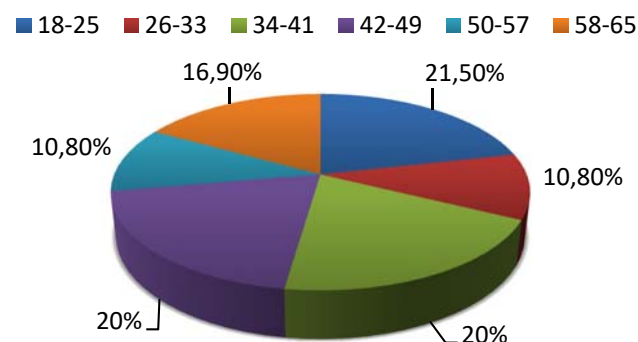


- Convivir con un familiar drogodependiente y encargarse de su cuidado, bien de forma exclusiva o compartiendo dicho cuidado con otra persona.

De total de sujetos entrevistados (53) hubo que excluir a 8 de ellos por no poder responder a un número considerable de preguntas. No obstante, cabe decir que el nivel de motivación de este grupo para participar en la investigación fue muy elevado puesto que la evaluación les permitía explicar a una profesional de la Psicología sus preocupaciones, miedos, inquietudes y, en definitiva, expresar su sufrimiento por convivir con un familiar drogodependiente, lo que para ellos llegó a tener, realmente, un efecto terapéutico.

### 2.1.2. Grupo de comparación

El grupo de comparación, por su parte, fue extraído de la población general y estaba compuesto por 65 individuos, el 59,1% del total de la muestra, 36 de los cuales eran mujeres (55,4%) y 29 hombres (44,6%), con una media de edad de 40,92 años y una desviación típica de 14,15. En la Figura 4 se muestran los porcentajes de los distintos intervalos de edad establecidos en este grupo, observándose que el mayor porcentaje se sitúa en el intervalo de 18 a 25 años, seguido de los intervalos que oscilan entre 34-41 y 42-49 años.



**Figura 4. Variable edad por intervalos del grupo comparación**

Los participantes que conformaban este grupo debían cumplir tres requisitos:

- Ser mayor de edad.

- No convivir ni encargarse del cuidado de un familiar que presentara una enfermedad médica o mental crónica que requiriera cubrir sus necesidades básicas y psicosociales, prestando por ello una atención especial y una dedicación continua.
- Poseer unas características sociodemográficas (edad, género, personas con las que conviven, número de hijos, nivel de estudios, profesión y situación laboral actual) similares a las correspondientes a los sujetos que pertenecían al grupo de estudio, de manera que ambos grupos fueran lo más parecidos posible respecto de tales variables.

Finalmente, señalar que hubo que excluir a 16 sujetos del total de evaluados por no cumplimentar el protocolo en su totalidad lo que, por lo tanto, obligó a anularlos. Asimismo, fue elevado el número de personas (aproximadamente unos 20) que no accedieron a participar en el proceso de evaluación.

## **2.2. Material**

El material empleado en este estudio está compuesto por unos instrumentos de evaluación psicológica, así como por un material informático, en el que queda incluido el paquete estadístico necesario para llevar a cabo el análisis de resultados a partir de los datos obtenidos con los primeros.

### **2.2.1. Instrumentos de evaluación**

Para la recogida de datos se administró una entrevista semiestructurada seguida de las diferentes pruebas psicológicas seleccionadas para recabar la información necesaria con el fin de dar respuesta al problema del estudio, recogidos todos en el Anexo 1, y descritos a continuación en el mismo orden en que fueron aplicados.

#### *2.2.1.1. Entrevista semiestructurada*

En primer lugar se administró una entrevista semiestructurada, elaborada ad hoc, a través de la cual se recabó información de tipo sociodemográfica, familiar,

---

social, relativa a la salud mental y, sólo para el grupo de estudio, sobre el drogodependiente y su problema. El motivo de elegir el formato de entrevista semiestructurada fue el hecho de que permitía flexibilidad en cuanto a la obtención de información.

Las cuestiones que formaban la entrevista, en su mayor parte, fueron cuestiones con varias opciones de respuesta, facilitando así al sujeto el hecho de escoger la más adecuada a su situación. El resto fueron preguntas abiertas en las que se dejaba un pequeño espacio en el que el evaluado debía responder; estas respuestas eran codificadas posteriormente. La entrevista constaba de veintiocho preguntas divididas en los siguientes apartados:

- Datos sociodemográficos: integraban este apartado siete preguntas referidas al género, edad, personas con las que se convive, número de hijos, nivel de estudios, profesión y situación laboral actual.
- Datos familiares: lo componían dos preguntas relativas al vínculo que une al familiar cuidador con el drogodependiente y la relación que mantiene con el evaluado desde una perspectiva subjetiva, en el caso del grupo de estudio.
- Datos sociales: formado por cinco preguntas referidas al tipo de actividades que realizan los participantes durante su tiempo de ocio, tiempo semanal que invierten en las mismas, personas con las que comparten dichas actividades, así como dos cuestiones referidas a la disminución o no de tiempo que pasan con la familia, amigos... y, en caso afirmativo, las razones aducidas para ello.
- Datos sobre aspectos relativos a la salud mental: se trata de nueve preguntas encaminadas a conocer el estado de salud mental de los entrevistados y que recaban información sobre la presencia de síntomas depresivos, ansiosos y disfóricos (ante las recaídas en el caso del grupo de estudio), tratamientos psiquiátricos/psicológicos recibidos y razones para ellos, medicación tomada e ingresos en unidades de salud mental.

- Datos específicos sobre el drogodependiente: sólo administrada en el grupo de estudio, este apartado constaba de cinco preguntas que evaluaban aspectos tales como el número de recaídas/recidivas que ha sufrido el drogodependiente en el último año, qué razones han proporcionado los participantes a su familiar adicto para conseguir que inicie el tratamiento para su problema, cuántas veces lo ha iniciado, consumos llevados a cabo durante los tratamientos y forma de afrontar dichos consumos por parte del familiar cuidador.

#### *2.2.1.2. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*

Se trata de una escala auto-aplicada, desarrollada por Beck, Steer y Brown (1996), y adaptada al español y validada por Sanz y Vázquez (2011). Este cuestionario tiene como característica que el 50% de la puntuación total del mismo está referida al componente cognitivo de la depresión, siendo la mayoría del resto de la puntuación referida a síntomas de tipo somático-vegetativo.

Está compuesto por 21 ítems que valoran los siguientes síntomas depresivos: estado de ánimo (tristeza), pesimismo, sentimientos de fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, insatisfacción con uno mismo, autocríticas, pensamientos o deseos de suicidio, tendencia al llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, inutilidad, pérdida de energía, cambios en el patrón de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga, y pérdida del interés por el sexo.

Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta (0-3), oscilando el rango de puntuación obtenido entre 0 y 63 puntos. Los puntos de corte habitualmente aceptados para graduar la intensidad-severidad de los síntomas son:

- Depresión mínima: (0-13 puntos)
- Depresión leve: (14-19 puntos)
- Depresión moderada (20-28 puntos)

- Depresión grave: (29-63 puntos)

Sus propiedades psicométricas están ampliamente demostradas (Conde, Esteban y Useros, 1976; Vázquez y Sanz, 1997, 1999). En cuanto a su consistencia interna, se obtiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0,87.

#### *2.2.1.3. Escalas de Apreciación del Estrés (EAE)*

Desarrollada por Fernández Seara y Mielgo Robles (1992), consta de cuatro escalas independientes las cuales facilitan información sobre el estrés en distintos ámbitos: Escala General de Estrés (EAE-G) (salud, relaciones humanas, estilo de vida, asuntos laborales y económicos); Escala de Acontecimientos Estresantes en Ancianos (EAE-A) (salud y estado físico y psíquico, vida psicológica, vida social y económica); Escala de Estrés Socio-Laboral (EAE-S) (trabajo en sí mismo, contexto laboral, relación de sujetos con el trabajo) y Escala de Estrés en la Conducción (EAE-C) (relaciones con factores externos, relación con uno mismo, relación con otros conductores). Dichas escalas han sido diseñadas con el propósito de conocer la cantidad de acontecimientos estresantes que han tenido lugar en la vida de un individuo, determinar la intensidad con que cada uno los vive y conocer su vigencia.

En el estudio que nos ocupa se aplicó la Escala General de estrés (EAE-G) cuyo objetivo es conocer la incidencia de los distintos sucesos estresantes que suceden a lo largo de la vida del sujeto, y que se administra a individuos con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años (ambos inclusive); si bien la edad máxima de los participantes del estudio ha sido de 65 años, han sido evaluados con esta escala y no con la Escala de Acontecimientos Estresantes en Ancianos ya que ésta última se aplica a individuos de 65 años en adelante.

La escala consta de 53 elementos distribuidos en las áreas anteriormente mencionadas, permitiendo conocer la Presencia (Sí) o Ausencia (No) del suceso estresante, la Intensidad con que se ha vivido (0, 1, 2 y 3) y la Vigencia del mismo, es decir, si ya no le afecta (P) o si aún continúa haciéndolo (A). Las puntuaciones máxima y mínima total son, respectivamente, 123 y 19 puntos.

En relación con las propiedades psicométricas, la fiabilidad para la EAE-G se sitúa entre 0,65 (Test-retest) y 0,74 (Par-impar).

#### *2.2.1.4. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*

Este cuestionario fue elaborado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), debiéndose la adaptación española a Seisdedos (1999). La prueba consta de dos escalas con 20 ítems cada una que miden, mediante una escala de respuesta tipo Likert que puntúa desde 0 a 3, diferentes facetas relacionadas con la ansiedad estado y la ansiedad rasgo.

La escala ansiedad/estado (A/E) evalúa un estado emocional transitorio e informa sobre la intensidad con que aparecen en un determinado momento sensaciones o sentimientos de ansiedad, que se caracteriza por sentimientos subjetivos (“Nada”, “Algo”, “Bastante” y “Mucho”). La escala ansiedad/rasgo (A/R) hace referencia a una propensión ansiosa característica de individuos que tienden a percibir situaciones como amenazadoras, distinguiendo entre individuos con diferente predisposición al estrés, e informa sobre cómo se siente el individuo habitualmente (“Casi nunca”, “A veces”, “A menudo” y “Casi siempre”).

En cada escala, tal y como muestran los análisis factoriales, se distinguen cuatro factores referidos a la presencia o ausencia de ansiedad (presencia de estado de ansiedad, ausencia de estado de ansiedad, presencia de rasgo de ansiedad, ausencia de rasgo de ansiedad). Los totales se obtienen sumando los valores de los ítems, una vez invertidas las puntuaciones de los ítems negativos, de modo que cuanto mayor sea la puntuación, mayor nivel de ansiedad presenta el individuo.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, la fiabilidad estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach para la puntuación total del STAI fue 0,93. Todos los índices de discriminación fueron superiores a 0,30 excepto para los ítems 13, 18, 25 y 34. Para la subescala ansiedad estado, la consistencia interna osciló entre 0,90 y 0,93, y todos los índices de discriminación fueron superiores a 0,34, excepto para el ítem 13. En el caso de la subescala ansiedad rasgo, el alfa de Cronbach ascendió a 0,88,

---

oscilando los índices de discriminación entre 0,23 y 0,64 (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2012).

#### 2.2.1.5. *Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA)*

Se trata de una escala desarrollada por Barraca Mairal y López-Yasto Elizalde (1999) para evaluar la percepción que posee el sujeto de su situación familiar. Se trata de una escala compuesta de 27 ítems, constituidos cada uno de ellos por una pareja de adjetivos antónimos, lo que facilita una sola puntuación; cada pareja de adjetivos se debe valorar marcándola con un solo aspa teniendo en cuenta cuál de los dos adjetivos describe mejor su situación familiar pensando siempre en la frase “*Cuando estoy en casa, con mi familia, más bien me siento...*”, valorando, a continuación, el grado que alcanza ese adjetivo (Totalmente, Bastante o Algo). La puntuación máxima que se puede obtener es de 162 y la mínima de 27 puntos.

Tal y como indican los autores de la prueba, posee la estructura del diferencial semántico y su objetivo es provocar una respuesta afectiva más que cognitiva, como sucede con otros instrumentos que evalúan este constructo (Barraca Mairal y López-Yasto Elizalde, 1999). A nivel teórico, puede señalarse, siguiendo de nuevo a los autores, que la satisfacción familiar experimentada por los individuos es debida a la continua interacción con los demás miembros de la familia; si estas interacciones son reforzantes, provocará satisfacción en el individuo y si son punitivas causarán insatisfacción.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, la consistencia interna, según el valor alfa de Cronbach, es de 0,96 y la estabilidad temporal es de 0,76, siendo, además, los datos de validez muy satisfactorios (Barraca Mairal y López-Yasto Elizalde, 1999).

#### 2.2.1.6. *Escala de Autoestima de Rosenberg*

La Escala de Autoestima de Rosenberg fue elaborada por Rosenberg (1965), y su adaptación española fue realizada por Atienza, Balaguer y Moreno (2000).

La escala se creó, en su origen, para evaluar la autoestima en adolescentes; no obstante, es una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima.

Consta de 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. Se responden con una escala tipo Likert de 4 puntos: 1 (Muy en desacuerdo), 2 (En desacuerdo), 3 (De acuerdo), 4 (Muy de acuerdo). La mitad de los ítems están enunciados positivamente (ítems 1, 2, 4, 6 y 7), y la otra mitad negativamente (ítems 3, 5, 8, 9 y 10), por lo que para su corrección deben invertirse las puntuaciones, oscilando la puntuación total entre 10 y 40 puntos. Los puntos de corte serían los siguientes:

- Menos de 25 puntos: autoestima baja.
- De 26 a 29 puntos: autoestima media.
- De 30 a 40 puntos: autoestima elevada.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el coeficiente alfa de Cronbach muestra, para la consistencia interna, una puntuación de 0.87, y presenta una satisfactoria fiabilidad temporal ( $r=0,72$ ) (Vázquez-Morejón, García-Bóveda, Vázquez-Morejón Jiménez, 2004).

#### 2.2.1.7. Cuestionario APGAR Familiar

Este cuestionario fue creado por Smilkstein en 1978, y su adaptación española se debe a Bellón, Delgado, Luna y Lardelli (1996). El término APGAR corresponde a las siglas en inglés de la prueba: adaptabilidad (*adaptability*), cooperación (*partnertship*), desarrollo (*growth*), afectividad (*affection*) y capacidad resolutive (*resolve*), permitiendo valorar la percepción del individuo sobre la función familiar.

Consta de 5 ítems valorados según una escala tipo Likert (“Casi nunca”, “A veces” y “Casi siempre”), y puede ser hetero o autoadministrado. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7-10 puntos.
- Disfuncional leve: 3-6 puntos.
- Disfuncional grave: 0-2 puntos



---

Las propiedades psicométricas son muy aceptables, obteniendo la consistencia interna un alfa de Cronbach de 0,84, siendo la fiabilidad superior a 0,75 (Bellón et al., 1996).

#### 2.2.1.8. Cuestionario DUKE-UNC

Cuestionario elaborado por Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan (1988), debiéndose la adaptación a muestras españolas a Bellón et al. (1996).

Se trata de un cuestionario formado por 11 ítems que evalúan el apoyo social percibido, no el real, entendiéndose por apoyo social “*el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiéndose por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación*” (p. 153) (Thoits, 1982, citado en Bellón et al., 1996).

Se contesta a través de una escala tipo Likert (de 1 a 5) y el rango de puntuación oscila entre los 11 y los 55 puntos, de modo que, a menor puntuación, menor apoyo percibido. En la validación española el punto de corte se sitúa en el percentil 15 (puntuación menor de 32), siendo la puntuación mayor de 32 indicativa de un apoyo social normal o alto, según el punto obtenido.

Desde el punto de vista psicométrico, el análisis factorial reveló la existencia de dos factores en la escala: el primer factor se denominó apoyo confidencial con los ítems 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10; y el segundo factor apoyo afectivo con los ítems 3, 4, 5 y 11. Los dos factores explicaron el 60,9% de la variabilidad; la consistencia interna de la prueba es un alfa de Cronbach de 0,90, siendo el de la subescala apoyo confidencial de 0,88, y el del apoyo afectivo, de 0,79 (Bellón et al., 1996).

#### 2.2.1.9. Escala de Carga del Cuidador

La Escala de Carga del Cuidador fue creada por Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980), y adaptada a muestras españolas por Martín et al. (1996).

Diseñada para la población cuidadora de personas dependientes, esta escala pretende detectar la percepción de carga del cuidador (carga subjetiva), o el grado en que la atención a la persona dependiente altera el bienestar físico, psicológico, económico y social del cuidador.

Consta de 22 ítems, con respuesta según una escala tipo Likert (1 “Nunca”, 2 “Casi nunca”, 3 “A veces”, 4 “Frecuentemente” y 5 “Casi siempre”). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los ítems, siendo el intervalo de puntuaciones de 22-110; puntuaciones más altas indican un mayor grado de sobrecarga. Los puntos de corte son:

- Menos de 46: no sobrecarga.
- De 46-47 a 55-56: sobrecarga leve.
- Más de 55-56: sobrecarga intensa.

La prueba muestra una consistencia interna, en la adaptación española, de 0,91; el alfa de Cronbach obtenido en esta muestra fue de 0,84 (Martín et al., 1996).

#### *2.2.1.10. Índice de Esfuerzo del Cuidador*

Elaborada por Robinson (1983) y adaptada a muestras españolas por López Alonso y Moral Serrano (2005), fue diseñada para la población cuidadora de personas dependientes en general. Evalúa el grado de sobre-esfuerzo de las personas cuidadoras de enfermos dependientes y podría considerarse complementaria de la anterior.

Se trata de una entrevista semiestructurada que consta de 13 ítems con respuesta dicotómica Verdadero/Falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo. La consistencia interna es de 0,80 (López Alonso y Moral Serrano, 2005).

#### *2.2.1.11. Escala de Satisfacción con el Cuidado*

Por último, la Escala de Satisfacción con el Cuidado fue diseñada por Lawton, Kleban, Moss, Rovine y Glicksman (1989) y su versión española se debe a López y

Crespo (2003).

Esta escala está destinada a evaluar la satisfacción que el cuidador siente con su tarea de ayuda a la persona dependiente. Consta de 6 ítems en los que se recogen diversos aspectos satisfactorios de la labor del cuidador, así como una valoración de la satisfacción general. Cada ítem se puntúa en un gradiente de frecuencia o acuerdo que va desde 1 (Totalmente de acuerdo o Casi siempre) hasta 5 (Totalmente en desacuerdo o Nunca). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los ítems y oscila entre 6 y 30, siendo menor la satisfacción con el cuidado conforme las puntuaciones sean más altas.

Presenta una consistencia interna, en la escala original, que oscila entre 0,67 y 0,92. El alfa de Cronbach obtenido en esta muestra fue de 0,78.

### **2.2.2. Material informático**

El tratamiento estadístico de todos los datos obtenidos con cada participante se ha realizado a través del programa informático SPSS para Windows, en su versión 22.0. Asimismo, y como procesador de texto, se empleó el programa Word 2010, que fue también utilizado para la realización de los gráficos.

### **2.3. Diseño y variables**

El método que se empleará para la consecución de los objetivos y comprobación de las hipótesis se corresponde con un diseño transversal, mediante un método correlacional y descriptivo.

En cuanto a las variables incluidas en el trabajo, así como las opciones de respuesta o niveles de la variable, y las explicaciones de los mismos se recogen a continuación, agrupadas según se trate de variables de medida o criterio, variables predictivas y variables de control.

### 2.3.1. Variables criterio o de medida

Las variables de medida de este estudio serían todas las correspondientes a los cuestionarios administrados a los individuos del grupo de estudio exclusivamente, es decir, la obtenidas a través de la Escala de Carga del Cuidador de Zarit (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980), del Índice de Esfuerzo del Cuidador de Robinson (1983) y de la Escala de Satisfacción con el Cuidado de Lawton et al. (1989), así como aquellas puntuaciones obtenidas a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) de Beck et al. (1996), de las Escalas de Apreciación del Estrés (EAE) de Fernández Seara y Mielgo Robles (1992), del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger et al. (1988), de la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) de Barraca Mairal y López-Yasto Elizalde (1999), de la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), y del Cuestionario APGAR Familiar de Smilkstein (1978), administrados a la totalidad de la muestra. En todas estas variables se han tenido en cuenta las puntuaciones directas obtenidas por los individuos de la muestra; asimismo, se han convertido en variables categóricas, mostrándose los intervalos (categorías o valores) que las constituyen, bien aportados por la propia prueba, bien obtenidos para la muestra de este estudio tras calcular los percentiles 25 y 75 de las puntuaciones. Todas ellas se especifican a continuación:

- *Sobrecarga del cuidador*: variable cuantitativa/ordinal que refleja las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas debidas a la atención y cuidados a personas con dependencia. Las categorías o niveles que la forman, según los puntos de corte, son:
  - Menos de 46 puntos: ausencia de sobrecarga.
  - De 46-47 a 55-56 puntos: sobrecarga leve.
  - Más de 55-56 puntos: sobrecarga intensa.
- *Esfuerzo del cuidador*: variable cuantitativa/ordinal que indica el grado de sobreesfuerzo de las personas cuidadoras de personas dependientes. Las categorías o valores de que consta son:

- 
- Menos de 7 puntos: nivel bajo.
    - 7 puntos o más: nivel elevado.
  - *Satisfacción con el cuidado*: variable cuantitativa/ordinal que indica el grado de satisfacción que el cuidador siente con su tarea de ayuda a la persona dependiente. Cuenta con tres categorías, obtenidas tras haber calculado, sobre los resultados del grupo de estudio, los percentiles 25 y 75:
    - Centiles 1-25 (6 puntos): satisfacción elevada.
    - Centiles 26-75 (7-8 puntos): satisfacción media.
    - Centiles 76-100 (más de 8 puntos): satisfacción baja.
  - *Depresión*: variable cuantitativa/ordinal que refleja el nivel de estado de ánimo depresivo. Las categorías o niveles de que consta son:
    - Depresión mínima: (0-13 puntos)
    - Depresión leve: (14-19 puntos)
    - Depresión moderada (20-28 puntos)
    - Depresión grave: (29-63 puntos)
  - *Estrés*: variable cuantitativa/ordinal que muestra el grado de estrés que sufre el individuo. Facilita una puntuación directa que indica la presencia o ausencia de estrés; asimismo, permite conocer si el mismo se encuentra presente en la actualidad o no. Sus valores para determinar la vigencia o no del mismo, obtenidos a partir del cálculo de los percentiles 25 y 75 para toda la muestra, serían los siguientes:
    - Centiles 1-25 (0 a 8 puntos): nivel bajo de estrés.
-

- Centiles 26-75 (de 9 a 16 puntos en el caso del estrés vigente y de 9 a 16,25 puntos para el estrés ausente o pasado): nivel medio de estrés.
- Centiles 76-100 (más de 16 puntos para el estrés vigente y más de 16,25 para el estrés ausente): nivel alto de estrés.
- *Ansiedad estado*: variable cuantitativa/ordinal que evalúa el nivel de ansiedad transitorio que caracteriza al individuo. Consta de las siguientes categorías o valores, obtenidos tras el cálculo de los percentiles 25 y 75 en toda la muestra:
  - Centiles 1-25 (de 0 a 14 puntos si es varón, y de 0 a 15 puntos si es mujer): ansiedad estado baja.
  - Centiles 26-75 (de 15 a 28 puntos si es varón, y de 16 a 31 puntos si es mujer): ansiedad estado media.
  - Centiles 76-100 (de 29 a 60 puntos si es varón, y de 32 a 60 puntos si es mujer): ansiedad estado alta.
- *Ansiedad rasgo*: variable cuantitativa/ordinal que evalúa la propensión ansiosa relativamente estable del individuo. Consta de las siguientes categorías o valores obtenidos tras el cálculo de los percentiles 25 y 75:
  - Centiles 1-25 (de 0 a 14 puntos si es varón, y de 0 a 17 puntos si es mujer): ansiedad rasgo baja.
  - Centiles 26-75 (de 14 a 25 puntos si es varón, y de 18 a 32 puntos si es mujer): ansiedad rasgo media.
  - Centiles 76-100 (de 26 a 60 puntos si es varón, y de 33 a 60 puntos si es mujer): ansiedad rasgo alta.

- 
- *Satisfacción familiar*: variable cuantitativa/ordinal que valora el grado en el que el individuo se siente satisfecho y reforzado con sus interacciones familiares. Está formada por los siguientes intervalos:
    - Centiles 1-30: nivel de satisfacción bajo.
    - Centiles 31-69: nivel de satisfacción medio.
    - Centiles 70-100: nivel de satisfacción alto.
  
  - *Autoestima*: valoración que el individuo realiza de la imagen de sí mismo, basada en la opinión que cada persona tiene acerca de sí misma. Los niveles o categorías que la constituyen son:
    - 25 puntos o menos: nivel de autoestima bajo; problemas significativos de autoestima.
    - De 26 a 29 puntos: nivel de autoestima medio; no presenta problemas graves de autoestima, pero conviene mejorarla.
    - De 30 a 40 puntos: nivel de autoestima alto; considerada una autoestima normal.
  
  - *Función familiar*: variable cuantitativa/ordinal que evalúa la percepción que tiene el individuo de la función familiar. Los valores o categorías de que consta son los siguientes:
    - Normofuncional: 7-10 puntos.
    - Disfuncional leve: 3-6 puntos.
    - Disfuncional grave: 0-2 puntos

### 2.3.2. Variables predictivas

Este grupo incluye aquellas variables que tienen un efecto directo sobre las variables de medida, de modo que deberían diferenciar a ambos grupos de forma clara

y significativa. También estarían comprendidas en este grupo aquellas variables que, reuniéndose única y exclusivamente en el grupo de estudio, sí podrían afectar de forma diferencial, dentro del mismo, en relación con los niveles apreciados en las distintas variables de medida. Todas estas variables se expondrán siguiendo la codificación final empleada para realizar los correspondientes análisis estadísticos, no coincidiendo esta codificación, necesariamente, con la empleada en la entrevista inicial. Se agruparán según el área a que se refieran, aunque se comenzará por la variable que diferencia a los dos grupos que se estudian y comparan en este trabajo. Serían las expuestas a continuación:

- *Ser cuidador de un individuo dependiente de sustancias psicoactivas.* Variable cualitativa que divide a la muestra en dos grupos según desempeñe el papel de cuidador principal del dependiente o no cumpla con dicho papel. Presenta dos categorías:
  - 1. Sí: se encarga del cuidado del drogodependiente, considerado éste como un enfermo mental con un nivel moderado de incapacitación y con unas necesidades asistenciales elevadas.
  - 2. No desempeña el papel de cuidador de ningún individuo que padezca ninguna enfermedad física o mental que requiera de cuidados especiales.

#### *2.3.2.1. Variables familiares*

Grupo de variables que recogen información sobre la relación de los participantes con distintos miembros de su familia y los vínculos que se mantienen.

- *Relación con el drogodependiente.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en cuatro niveles o categorías:
  - 1. Buena: menos de cuatro discusiones al mes.
  - 2. Regular: de dos a cuatro discusiones a la semana.
  - 3. Mala: discusiones a diario.



- 
- 4. Sin relación.
  - *Vínculo que se mantiene con el drogodependiente.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en cinco niveles o categorías
    - 1. Padre.
    - 2. Madre.
    - 3. Pareja.
    - 4. Hermano.
    - 5. Otro vínculo: cuñado/cuñada.

Estas variables sólo se registraron en el grupo de estudio por estar referidas al drogodependiente.

#### *2.3.2.2. Variables sociales*

Este grupo de variables hace referencia al empleo del tiempo de ocio y las características del mismo. Se valoraron en ambos grupos.

- *Actividades realizadas en el tiempo libre.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en cinco niveles o categorías:
  - 1. Actividades lúdicas/recreativas: el tiempo libre se dedica a actividades que entretienen o divierten tales como ver la televisión, salir de compras, conectarse a internet ...
  - 2. Actividades culturales/educativas: el tiempo libre se dedica a actividades tales como la lectura, el teatro, asistir a conciertos....
  - 3. Actividades deportivas y lúdicas: el tiempo libre se dedica tanto a practicar algún deporte, como al hecho de asistir a eventos deportivos y conectarse a internet, ver la televisión ...

- 4. Actividades culturales y lúdicas: el tiempo libre se dedica a la lectura, asistir a conciertos, conectarse a internet, ver la televisión ...
- 5. Actividades culturales y deportivas: el tiempo libre se dedica tanto a actividades tales como la lectura, el teatro, asistir a conciertos..., como a practicar algún deporte.
- *Tiempo libre disponible a la semana.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en seis niveles o categorías:
  - 1. Ninguno: no dispone de ningún tiempo para dedicarlo a actividades con las que disfrute, excluyendo las laborales, domésticas y de cuidado del familiar.
  - 2. De 1 a 5 horas semanales.
  - 3. De 6 a 10 horas semanales.
  - 4. De 11 a 15 horas semanales.
  - 5. De 16 a 20 horas semanales.
  - 6. Más de 20 horas semanales.
- *Personas con las que comparte el tiempo libre.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en cuatro niveles o categorías:
  - 1. Ninguna: realiza las actividades en solitario.
  - 2. Familia: se incluyen en esta categoría los familiares propiamente dichos y la pareja.
  - 3. Amigos.
  - 4. Familia y amigos.
- *Disminución del tiempo dedicado a la familia/amigos en la actualidad.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías:

- 
- 1. Sí.
  - 2. No.
  - *Motivos para la disminución del tiempo dedicado a la familia/amigos actualmente.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en cuatro niveles o categorías:
    - 1. No: no ha disminuido el tiempo dedicado a la familia o amigos.
    - 2. Circunstancias familiares: adicción de un familiar, enfermedad de un familiar ...
    - 3. Trabajo: sobrecarga de trabajo.
    - 4. Residir en otra ciudad.
  - *Apoyo social:* variable cuantitativa/ordinal que refleja el apoyo social percibido, no el real, evaluada a través del Cuestionario DUKE-UNC de Broadhead et al. (1988). Sus valores o categorías son:
    - 32 puntos o menos: nivel de apoyo social bajo.
    - Más de 32 puntos: nivel de apoyo social normal/alto.

#### 2.3.2.3. Variables relacionadas con la salud mental

Este conjunto de variables recoge información sobre el estado de salud mental de los participantes de ambos grupos.

- *Existencia de síntomas del estado de ánimo depresivo ante los deslices y recaídas: tristeza.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:
  - 1. Sí.
  - 2. No.

- *Existencia de síntomas del estado de ánimo depresivo ante los deslices y recaídas: abatimiento.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:
  - 1. Sí.
  - 2. No.
- *Existencia de síntomas del estado de ánimo depresivo ante los deslices y recaídas: infelicidad.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:
  - 1. Sí.
  - 2. No.
- *Existencia de síntomas del estado de ánimo depresivo ante los deslices y recaídas: falta de concentración.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:
  - 1. Sí.
  - 2. No.
- *Existencia de síntomas del estado de ánimo depresivo ante los deslices y recaídas: problemas de atención y memoria.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:
  - 1. Sí.
  - 2. No.
- *Existencia de síntomas del estado de ánimo depresivo ante los deslices y recaídas: alteraciones del sueño.* Variable cualitativa que distribuye a los

---

participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:

- 1. Sí.
  - 2. No.
- *Existencia de síntomas del estado de ánimo depresivo ante los deslices y recaídas: alteración del apetito y deseo sexual.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:
  - 1. Sí.
  - 2. No.
- *Existencia de síntomas del estado de ánimo depresivo ante los deslices y recaídas: autoinculpación.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:
  - 1. Sí.
  - 2. No.
- *Existencia de síntomas del estado de ánimo depresivo ante los deslices y recaídas: autorreproches.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:
  - 1. Sí.
  - 2. No.
- *Existencia de síntomas ansiosos ante los deslices y recaídas: inquietud.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:

- 1. Sí.
  - 2. No.
  
- *Existencia de síntomas ansiosos ante los deslices y recaídas: nerviosismo.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:
  - 1. Sí.
  - 2. No.
  
- *Existencia de síntomas ansiosos ante los deslices y recaídas: preocupación.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:
  - 1. Sí.
  - 2. No.
  
- *Existencia de síntomas ansiosos ante los deslices y recaídas: miedo.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:
  - 1. Sí.
  - 2. No.
  
- *Existencia de síntomas ansiosos ante los deslices y recaídas: alarma.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:
  - 1. Sí.
  - 2. No.

- 
- *Existencia de síntomas disfóricos ante los deslices y recaídas: irritación.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:
    - 1. Sí.
    - 2. No.
  
  - *Existencia de síntomas disfóricos ante los deslices y recaídas: disgusto.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:
    - 1. Sí.
    - 2. No.
  
  - *Existencia de síntomas disfóricos ante los deslices y recaídas: enfado.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:
    - 1. Sí.
    - 2. No.
  
  - *Existencia de síntomas disfóricos ante los deslices y recaídas: rabia.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías, según hayan sufrido o no dicho síntoma:
    - 1. Sí.
    - 2. No.

Estas tres variables se recogieron, tal y como se han descrito, en el grupo de estudio (es decir la existencia de estos tres grupos de síntomas ante la ocurrencia de un desliz/recaída); sin embargo, en el caso del grupo de comparación se refirieron a la existencia de tales síntomas alguna vez en el último año, no en alguna situación en concreto.

- *Consumo de psicofármacos.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en cuatro niveles o categorías:
  - 1. No: no consume ni ha consumido fármacos del tipo Valium, Tranxilium, Rohipnol, Prozac...
  - 2. Fármacos ansiolíticos.
  - 3. Fármacos antidepresivos.
  - 4. Fármacos ansiolíticos y antidepresivos.
- *Tratamiento psicológico/psiquiátrico previo.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en cinco niveles o categorías:
  - 1. Nunca he asistido a consulta de salud mental.
  - 2. Problemas con un familiar: fallecimiento de un familiar, adicción de un familiar, ruptura de la relación con un familiar,...
  - 3. Problemas ansiosos.
  - 4. Problemas de estado de ánimo depresivo.
  - 5. Problemas de estrés.
- *Ingreso en unidades de salud mental.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías:
  - 1. Sí.
  - 2. No.

#### *2.3.2.4. Variables relacionadas con el drogodependiente y su problema*

Finalmente, las variables que se describen a continuación sólo se tuvieron en cuenta en el grupo de estudio pues son las referidas al familiar dependiente, a su relación con la enfermedad que éste padece.



- 
- *Recaídas/deslices sufridas por el familiar drogodependiente en el último año.* Esta variable hace referencia a las situaciones en las que se produce una ruptura de la abstinencia, pero incluyendo tanto el *desliz*, *recidiva* o *caída*, términos empleados para referirse a la concurrencia única de la conducta en cuestión (la primera copa, el primer cigarro o una inyección de heroína), el cual no se ve acompañado de un consumo continuo e incontrolado, como la *recaída propiamente dicha*, que implicaría una vuelta al consumo compulsivo e incontrolado con una mayor o menor reagudización de la adicción (Llorente, 1997). Por lo tanto, se trataría de una variable cualitativa que distribuye a los participantes en tres niveles o categorías:
    - 1. Ninguna.
    - 2. De 1 a 3 recaídas/recidivas.
    - 3. Más de 3 recaídas/recidivas.
  
  - *Razones para iniciar el tratamiento para la drogodependencia por parte del familiar drogodependiente: voluntad propia.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías según sea o no el drogodependiente el que demande tratamiento por sí mismo, sin ser derivado ni presionado por familia o por instancia judicial:
    - 1. Sí.
    - 2. No.
  
  - *Razones para iniciar el tratamiento para la drogodependencia por parte del familiar drogodependiente: presión familiar.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías según el drogodependiente acceda o no a iniciar el tratamiento debido a la insistencia de la familia y a los ultimátum que le plantean:
    - 1. Sí.
-

- 2. No.
- *Razones para iniciar el tratamiento para la drogodependencia por parte del familiar drogodependiente: presión judicial.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías según el inicio del tratamiento se haya producido o no debido a la existencia de problemas con la justicia, siendo el tratamiento un beneficio a nivel judicial:
  - 1. Sí.
  - 2. No.
- *Razones para iniciar el tratamiento para la drogodependencia por parte del familiar drogodependiente: motivos de salud.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías según el drogodependiente haya tenido o no una experiencia desagradable con el consumo, ya sea por una sobredosis o porque se haya contagiado de alguna enfermedad, que haga que se plantee el iniciar el tratamiento:
  - 1. Sí.
  - 2. No.
- *Razones para iniciar el tratamiento para la drogodependencia por parte del familiar drogodependiente: motivos económicos.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías según el drogodependiente tenga o no solvencia económica; es decir, hace referencia a si puede conseguir la sustancia por medios legales para seguir manteniendo el consumo, o si debe obtener el dinero para adquirir la droga cometiendo algún tipo de delito, lo que hace que decida someterse a tratamiento:
  - 1. Sí.
  - 2. No.

- 
- *Número de veces que el familiar drogodependiente ha iniciado tratamiento.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en tres niveles o categorías:
    - 1. Ninguna.
    - 2. De 1 a 3 veces.
    - 3. Más de 3 veces.
  
  - *Número de deslices/recaídas ocurridas durante la asistencia a tratamiento.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en tres niveles o categorías:
    - 1. Ninguna.
    - 2. De 1 a 3 veces.
    - 3. Más de 3 veces.
  
  - *Forma de afrontamiento del familiar cuidador ante el/la deslíz/recaída durante el tratamiento: paciencia.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías:
    - 1. Sí.
    - 2. No.
  
  - *Forma de afrontamiento del familiar/cuidador ante el/la deslíz/recaída durante el tratamiento: desánimo.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías:
    - 1. Sí.
    - 2. No.
-

- *Forma de afrontamiento del familiar cuidador ante el/la desliz/recaída durante el tratamiento: dudas.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías:
  - 1. Sí.
  - 2. No.
  
- *Forma de afrontamiento del familiar/cuidador ante el/la desliz/recaída durante el tratamiento: frustración.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en dos niveles o categorías:
  - 1. Sí.
  - 2. No.

### **2.3.3. Variables de control**

En este grupo se incluyeron todas aquellas variables cuya influencia sobre las variables de medida debía ser idéntica entre cuidadores y no cuidadores, de manera que las diferencias entre ambos grupos fuera atribuida exclusivamente al efecto de las variables predictivas. Sin embargo, aquellas variables de control que resultaron significativas en los correspondientes contrastes realizados, pasaron a ser consideradas variables predictivas.

Se trata, de este modo, de variables referidas a las características sociodemográficas del individuo, valoradas tanto en el grupo de cuidadores como de no cuidadores.

- *Edad.* El rango empleado fue de 18 a 65 años. Esta variable se empleó en sus formas cuantitativa discreta y cualitativa, ésta última con los siguientes niveles:
  - 1. 18-25 años.
  - 2. 26-33 años.
  - 3. 34-41 años.

- 
- 4. 42-49 años.
  - 5. 50-57 años.
  - 6. 58-65 años.
- *Género*. Variable cualitativa que distribuye a todos los individuos en dos niveles:
    - 1. Mujer.
    - 2. Hombre.
  - *Número de hijos*. Variable cualitativa que distribuye a los participantes en tres niveles o categorías:
    - 1. Ninguno.
    - 2. De 1 a 2 hijos.
    - 3. Más de 2 hijos.
  - *Personas con las que se convive*. Variable cualitativa que distribuye a los participantes en cuatro niveles o categorías:
    - 1. Familia completa: se encuentran conviviendo juntos todos los miembros de la unidad familiar, referida sólo a la familia de origen.
    - 2. Familia incompleta: falta algún miembro de la unidad familiar, tanto referida a la familia de origen como a la propia.
    - 3. Pareja y/o hijos.
    - 4. Solo/a.
  - *Nivel de estudios*. Variable cualitativa que distribuye a los participantes en cinco niveles o categorías:
    - 1. Sin estudios.
-

- 2. Primarios: hasta 6º de Educación General Básica (E.G.B.).
- 3. E.G.B./Graduado Escolar.
- 4. Estudios secundarios: ESO, FP, Bachillerato, Título de Bachiller, COU, Grado Medio.
- 5. Estudios Universitarios medios o superiores.
- *Profesión.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en ocho niveles o categorías:
  - 1. Sin profesión.
  - 2. Labores agrícolas/ganaderas.
  - 3. Profesionales: se incluyen en esta categoría aquellas profesiones desempeñadas por titulados superiores, exceptuando las sanitarias.
  - 4. Profesión sanitaria.
  - 5. Operario cualificado.
  - 6. Operario sin cualificar.
  - 7. Ama de casa.
  - 8. Estudiante.
- *Situación laboral actual.* Variable cualitativa que distribuye a los participantes en cuatro niveles o categorías:
  - 1. Activo.
  - 2. Desempleado.
  - 3. Jubilado.
  - 4. Baja laboral.

---

## 2.4. Procedimiento

Una vez establecidos los objetivos de la investigación, y elaborados y seleccionados los instrumentos de evaluación, se procedió a solicitar los permisos tanto al C.T.A. de Villamartín como al de Arcos de la Frontera para la selección de los sujetos pertenecientes al grupo de estudio (Anexo 2). El motivo de elegir ambos centros fue el hecho de que se tenía contacto con uno de los profesionales que formaba parte del equipo de tratamiento quien, en todo momento, facilitó la tarea de contactar con las familias y proceder a su evaluación. En todo caso, el muestreo fue incidental, tal y como se indicó al describir a los participantes.

Este tipo de centros constituyen el primer nivel de atención en el sistema público de atención a las drogodependencias, pudiéndose, a partir de ellos, derivar a los usuarios al resto de recursos asistenciales existentes en la red pública. Sus funciones serían la intervención en las distintas fases del proceso terapéutico, sin necesidad de separar al adicto de su entorno familiar, social... cercano, así como llevar a cabo actividades de prevención, reducción de daños y (re)incorporación social.

Una vez obtenidos los permisos, desde el centro en cuestión, fueron facilitadas las citas de una hora y cuarto con los familiares de los pacientes que aceptaron participar en el estudio, las cuales se desarrollaron tanto en un centro como en otro, en un despacho acondicionado para ello. Asimismo, se delimitaron las características del grupo objeto de estudio, determinando una serie de requisitos que ya han sido descritos anteriormente.

A continuación, se procedió a la toma de contacto con los participantes, los cuales una vez informados de los objetivos y, habiendo accedido a ser evaluados tras solicitar su participación anónima, confidencial y voluntaria en el estudio, debieron firmar el consentimiento informado que se adjunta en el Anexo 3.

Una vez hecho esto, se les facilitaron las instrucciones necesarias para la cumplimentación de la entrevista y cuestionarios. El protocolo fue hetero-aplicado en el caso del grupo de estudio, dado que en un porcentaje elevado los participantes de este grupo eran analfabetos, siguiendo el mismo orden de administración con que han

sido descritos en el apartado Instrumentos de evaluación. Las instrucciones facilitadas a los participantes del grupo de estudio fueron las siguientes:

*“Se trata de un estudio que se está llevando a cabo en la Universidad de Sevilla sobre las consecuencias psicológicas, la satisfacción familiar, y el esfuerzo y sobrecarga que padecen los familiares cuidadores que conviven con un drogodependiente. Se le solicita su ayuda para su realización. Su tarea consistirá en contestar a una serie de preguntas. En todo momento se le aseguran el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas; asimismo, se le informa de que el tratamiento de los datos obtenidos será global, junto con el del resto de participantes. Muchas gracias por su colaboración.”*

El protocolo de evaluación se administró, en el mismo orden en que se ha presentado anteriormente, en dependencias de los dos centros seleccionados, para lo que se invirtió, como media, aproximadamente una hora, si bien en algunos casos el tiempo invertido fue superior por la necesidad que tenían los participantes de explicar su problema a alguien ajeno a su entorno.

Por su parte, el grupo de comparación fue obtenido de la población general siguiendo un muestro incidental, tal y como se especificó anteriormente, teniendo en cuenta, de igual forma, los requisitos expuestos. Una vez localizado un posible participante, se le solicitaba su colaboración voluntaria y anónima, firmando, asimismo, el consentimiento informado. El protocolo fue auto-aplicado para mayor facilidad de los participantes, ofreciéndoles la opción de completar el protocolo en papel, o mediante un formulario vía web, e indicándoles que disponían de tres semanas para su finalización; en caso de que tuvieran alguna duda sobre las cuestiones se les sugirió que las anotaran en el cuadernillo para su resolución en el momento de la entrega si era en papel, y si la entrega era mediante cuestionario vía web se les invitó a que las consultaran mediante correo electrónico.

Las instrucciones facilitadas a los participantes del grupo de comparación fueron las siguientes:

*“Se trata de un estudio que se está llevando a cabo en la Universidad de Sevilla sobre las consecuencias psicológicas del clima familiar en los miembros de la familia. Se*



---

*le solicita su ayuda para su realización. Su tarea consistirá en contestar a una serie de pruebas y entregarlas si es en papel o enviarlas si es vía cuestionario web, una vez cumplimentadas. En todo momento se le aseguran el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas; asimismo, se le informa de que el tratamiento de los datos obtenidos será global, junto con el del resto de participantes. Muchas gracias por su colaboración.”*

En este caso, el protocolo se aplicó en el domicilio de los participantes y el tiempo invertido por el grupo fue, de media, veinte minutos.

Antes de comenzar el proceso de evaluación propiamente dicho se consideró oportuno realizar un estudio piloto previo con el fin de detectar los posibles fallos metodológicos existentes, así como dificultades en la administración de las pruebas seleccionadas, y pasar a su corrección. Para ello, se eligió a un total de 10 sujetos, de características similares a los que constituirían la muestra final, a los que se administraron todas las pruebas, tras lo cual se verificó que no existía ningún tipo de problema, por lo cual tanto la entrevista como los cuestionarios elegidos fueron elevados a definitivos.

Finalmente, se realizó el análisis estadístico de los datos teniendo en cuenta la naturaleza de las variables estudiadas, así como los objetivos e hipótesis planteados. Se comenzó por un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio, realizando cálculos de tendencia central (media aritmética) y de variabilidad o dispersión (desviación típica) en el caso de las variables cuantitativas, y de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

Asimismo, se procedió a comprobar si las muestras recogidas reunían los requisitos de normalidad y homogeneidad u homocedasticidad de las varianzas respecto de las variables de medida, puesto que algunos de los estadísticos empleados eran pruebas altamente restrictivas que requieren, para su aplicación, el cumplimiento de estos supuestos. Para ello, se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov en el estudio de la normalidad, y el estadístico F de Levene para la homogeneidad. En ambos casos el nivel de confianza aceptado fue del 95%.

Para realizar los contrastes entre grupos con respecto a las distintas variables incluidas en el estudio se aplicaron dos tipos de estadísticos, según aquéllas fueran cuantitativas o cualitativas. De este modo, en el caso de las primeras, se aplicó el estadístico t de Student para muestras independientes, con el fin de comprobar si existían o no diferencias entre las medias de los grupos, siempre y cuando se asumiera el supuesto de normalidad de la muestra. Cuando no se cumplió el requisito de normalidad de las muestras ni las varianzas fueron homogéneas, se aplicó su alternativa no paramétrica, U de Mann-Whitney. El nivel de confianza que se determinó fue del 95%.

Asimismo, cuando se trataba de contrastar variables de estudio cualitativas con k categorías se empleó la prueba Chi cuadrado de Pearson. Cabe señalar que, cuando las variables analizadas incumplían los requisitos para poder ser analizadas con este estadístico, es decir, contaban con frecuencias esperadas menores de 5 en más del 20% de las casillas, se empleó la Razón de verosimilitud ( $L^2$ ) cuando una de las variables o las dos estaban formadas por más de dos categorías, y la Corrección por continuidad del estadístico Chi-cuadrado o Corrección de Yates en el caso de que ambas variables fueran dicotómicas. En todos los casos se ha mantenido un nivel de confianza del 95%.

Se estableció también una Matriz de Correlaciones (r de Pearson a dos colas) entre las distintas variables de medida y el apoyo social (variable predictiva) en el caso del grupo de estudio, con el fin de comprobar la relación existente entre ellas.

Finalmente, para conocer la influencia de algunas de las variables predictivas que se valoraron exclusivamente en el grupo de estudio (referidas al drogodependiente y su problema, así como las variables emocionales, esto es, depresión, ansiedad, estrés y autoestima), sobre las distintas variables de medida, más las variables sociodemográficas que pasaron a convertirse en predictivas y el vínculo con el drogodependiente, se optó por aplicar la t de Student (o su alternativa no paramétrica U de Mann-Whitney) cuando se trataba de variables cualitativas con dos categorías, o un Análisis Unidireccional de la Varianza F de Snedecor en el caso de que las variables categóricas contaran con 3 o más grupos. En los casos en los que se

rechazara la hipótesis nula de igualdad de medias tras aplicar el ANOVA, se determinó qué medidas eran las que diferían entre sí mediante las comparaciones múltiples post hoc o a posteriori; para ello se empleó el método Bonferroni en los casos en los que existía homogeneidad de varianzas y el método Tamhane si no era así. En aquellas variables en las que la muestra no se distribuía normalmente se aplicó la prueba no paramétrica equivalente al ANOVA, esto es, el estadístico de Kruskal-Wallis (Camacho, 1996).



### **3. RESULTADOS**



### **3. RESULTADOS**

Este apartado comienza con una descripción general de la muestra en función de las distintas variables para exponer, a continuación, los contrastes significativos entre ambos grupos y, dentro del grupo de estudio, entre las variables de medida y las variables relacionadas con el drogodependiente y su problema adictivo, y que aportan la información necesaria para dar respuesta a las hipótesis planteadas, para finalizar con un análisis de correlaciones entre las diferentes variables de medida, sólo para el grupo de estudio.

#### **3.1. Análisis descriptivo**

El análisis descriptivo de este estudio se llevará a cabo con el fin de conocer las características de la muestra objeto de estudio en relación con todas las variables incluidas en el mismo. Para ello se ha diferenciado a las variables según sean variables criterio, predictivas o de control, y se han presentado los resultados agrupándolas en los distintos apartados que constituyen. La exposición de los resultados en tablas y gráficos se realizará tal y como se especifica a continuación en el caso de las variables cualitativas:

- Valores de la variable.
- Frecuencias de casos aparecidos en los valores de cada una de las variables según los grupos estudiados.

- Porcentajes de casos aparecidos en los valores de cada variable según los grupos estudiados.

En el caso de las variables de medida y el apoyo social (variable predictiva), en su forma cuantitativa, se incluirán el nombre de la variable, así como las medias y desviaciones típicas de cada una de ellas, según el grupo de que se trate.

### **3.1.1. Variables criterio**

La descripción de las variables criterio o de medida se presenta tanto para la muestra total (110 sujetos) como para cada uno de los grupos (de estudio y de comparación), dato este último que servirá para realizar las comparaciones entre grupos.

Para todas y cada una de las variables analizadas se presentarán los resultados tanto considerando a las mismas como variables categóricas como considerándolas cuantitativamente, estableciendo unos intervalos, para un mejor aprovechamiento estadístico de los datos.

Comenzando con las variables emocionales en su forma cualitativa, tal y como se muestra en la Tabla 9, se observa que los dos grupos de la muestra se caracterizan diferencialmente por sus niveles de depresión, estrés y ansiedad rasgo; de este modo, los niveles de dichas variables son más elevados en el grupo de estudio que en el grupo de comparación, mientras que la ansiedad estado es más elevada en el grupo comparación.



**Tabla 9** Descriptivos de las variables criterio depresión, estrés y ansiedad en toda la muestra

		Muestra total (N=110)		Grupo estudio (n=45)		Grupo comparación (n=65)	
		f	%	F	%	f	%
Depresión	Mínima	73	66,4	24	53,3	49	75,4
	Leve	22	20,0	9	20,0	13	20,0
	Moderada	7	6,4	5	11,1	2	3,1
	Grave	8	7,3	7	15,6	1	1,5
Estrés	Bajo	41	37,3	7	15,6	34	52,3
	Medio	65	59,1	38	84,4	27	41,5
	Alto	4	3,6	0	0	4	6,2
Ansiedad estado	Bajo	49	44,5	21	46,7	28	43,1
	Medio	39	35,5	19	42,2	20	30,8
	Alto	22	20,0	5	11,1	17	26,2
Ansiedad rasgo	Bajo	26	23,6	4	8,9	22	33,8
	Medio	50	45,5	26	57,8	24	36,9
	Alto	34	30,9	15	33,3	19	29,2

Asimismo, y según lo expuesto en la tabla 10, se comprueba que las medias de las variables emocionales son más elevadas en el grupo de estudio que en el grupo de comparación y que en la muestra total.

**Tabla 10** Media y desviación típica de las variables criterio depresión, estrés y ansiedad en toda la muestra

	Muestra total (N=110)		Grupo estudio (n=45)		Grupo comparación (n=65)	
	X	Dt	X	Dt	X	Dt
Depresión cuantitativa	11,53	9,04	15,67	10,56	8,66	6,48
Estrés no vigente cuantitativa	12,52	6,17	13,36	4,19	11,94	7,21
Estrés vigente cuantitativa	12,18	5,51	14,11	3,34	10,85	6,29
Ansiedad estado cuantitativa	20,0	12,8	20,64	13,44	19,55	12,44
Ansiedad rasgo cuantitativa	25,21	11,52	30,27	9,6	21,71	11,49

Respecto de las variables relativas a la percepción de la función familiar y de la satisfacción dentro de la familia, tal y como se observa en la Tabla 11, en el grupo de

estudio la satisfacción familiar se presenta baja en un porcentaje elevado de casos, mientras que en el grupo de comparación más de la mitad de los participantes la presentan alta. En el caso de la función familiar, ambos grupos, de forma mayoritaria, son normofuncionales.

**Tabla 11** Descriptivos de las variables criterio satisfacción familiar y función familiar en toda la muestra

		Muestra total (N=110)		Grupo estudio (n=45)		Grupo comparación (n=65)	
		f	%	f	%	f	%
ESFA	Baja	35	31,8	28	62,2	7	10,8
	Media	33	30,0	12	26,7	21	32,3
	Alta	42	38,2	5	11,1	37	56,9
APGAR	Disfuncional grave	9	8,2	6	13,3	3	4,6
	Disfuncional leve	15	13,6	7	15,6	8	12,3
	Normofuncional	86	78,2	32	71,1	54	83,1

Teniendo en cuenta las medidas de tendencia central y las de dispersión para las variables criterio familiares, expuestas en la Tabla 12, en el grupo de comparación las medias son más elevadas que en el grupo de estudio, es decir, tanto el funcionamiento familiar como la satisfacción con la familia son superiores en este grupo frente a lo que sucede en el grupo de estudio, si bien la diferencia no es muy alta en el caso de la función familiar.

**Tabla 12** Media y desviación típica de las variables criterio satisfacción familiar y función familiar en toda la muestra

	Muestra total (N=110)		Grupo estudio (n=45)		Grupo comparación (n=65)	
	X	Dt	X	Dt	X	Dt
ESFA cuantitativa	124,69	30,07	105,02	30,55	138,18	21,12
APGAR cuantitativa	7,75	2,67	7,09	2,97	8,22	2,35

La autoestima en ambos grupos muestra resultados muy similares, tal y como se presenta en la Tabla 13, si bien es ligeramente superior en el grupo de comparación. Teniendo en cuenta la variable en su forma cualitativa, se comprueba que más de la

mitad de la muestra del grupo de estudio presenta niveles bajos de autoestima, siendo alta sólo en el 4,4% de los sujetos. En el grupo de comparación se duplica el porcentaje de individuos, con respecto al grupo de estudio, que muestran una autoestima elevada (9,2%).

**Tabla 13** Descriptivos de la variable criterio autoestima en toda la muestra

		Muestra total (N=110)		Grupo estudio (n=45)		Grupo comparación (n=65)	
		f	%	f	%	f	%
Autoestima	Baja	58	52,7	27	60,0	32	49,2
	Media	42	38,2	16	35,6	26	40,0
	Alta (normal)	10	9,1	2	4,4	7	10,8

Por su parte, las medias en autoestima, mostradas en la Tabla 14, al igual que ocurre con los porcentajes, son ligeramente superiores en el grupo de comparación

**Tabla 14** Media y desviación típica de la variable criterio autoestima en toda la muestra

	Muestra total (N=110)		Grupo estudio (n=45)		Grupo comparación (n=65)	
	X	Dt	X	Dt	X	Dt
Autoestima cuantitativa	25,95	2,66	25,40	1,94	26,34	3,02

Finalmente, y sólo para el grupo de estudio, así se presenta en la Tabla 15, puede afirmarse que los sujetos obtienen una media moderadamente alta con respecto a la percepción de carga como cuidador, concretamente una sobrecarga intensa; asimismo, es alta la media correspondiente a la escala de esfuerzo del cuidador, lo que sugiere un nivel elevado de esfuerzo. Por último, los sujetos de este grupo presentan una puntuación media en satisfacción con el cuidado.

**Tabla 15** *Medias y desviaciones típicas de las variables criterio relacionadas con el cuidador del grupo de estudio*

	Carga del cuidador (Zarit)		Esfuerzo del cuidador (Robinson)		Satisfacción con el cuidado (Lawton)	
	X	Dt	X	Dt	X	Dt
Cuantitativa	58,8	18,96	7,6	2,6	7,89	3,8

Asimismo, se comprueba que las personas que conviven con un familiar drogodependiente muestran, en casi la mitad de los casos, una sobrecarga intensa, un elevado nivel de esfuerzo en el 62,1% de los casos, así como una satisfacción con el cuidado elevada en el 52,2% de los participantes, así puede observarse en la Tabla 16.

**Tabla 16** *Descriptivos de las variables criterio relacionadas con el cuidador del grupo de estudio*

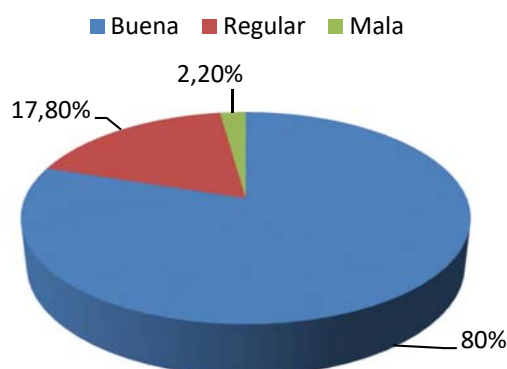
VARIABLES	Categorías	f	%
Carga del cuidador	Ausencia de sobrecarga	15	33,3
	Sobrecarga leve	9	20,0
	Sobrecarga intensa	21	46,7
Esfuerzo del cuidador	Nivel bajo	17	37,8
	Nivel elevado	28	62,1
Satisfacción con el cuidado	Satisfacción elevada	24	52,2
	Satisfacción media	12	26,1
	Satisfacción baja	9	21,7

### 3.1.2. Variables predictivas

Para exponer los resultados descriptivos de la muestra con respecto de las variables predictivas se procederá a considerar la misma de forma conjunta, así como a ambos grupos por separado, presentando las frecuencias y los porcentajes, en el caso de las variables cualitativas, y medias y desviaciones típicas en el caso de las variables cuantitativas.

Pasando a analizar la relación de los sujetos con el familiar drogodependiente con el que conviven, y sólo para el grupo de estudio, se comprueba que dicha relación

es en el 80% de los casos buena, siendo mala en el 2,2% de los casos. Así se muestra en la Figura 5.



**Figura 5. Relación con el drogodependiente (grupo de estudio)**

Analizando las variables relacionadas con el tiempo libre de que disponen los participantes de ambos grupos, y a la luz de los resultados expuestos en la Tabla 17, en el grupo de estudio la mayoría de los sujetos emplean dicho tiempo en actividades lúdicas (62,2%), mientras que en el grupo de comparación más del 75% de los participantes dedican su tiempo libre a actividades lúdicas sólo o combinadas con actividades culturales.

El número de horas disponibles para realizar actividades en el tiempo libre es de más de 10 horas en más del 75% de los sujetos del grupo de estudio; en el caso del grupo de comparación, el 32,3% de sus componentes destina más de 20 horas a dichas actividades, si bien, por lo general, parece que los componentes del grupo de estudio disfrutan de más tiempo libre que los del grupo de comparación. Asimismo, ambos grupos coinciden en los porcentajes correspondientes a las personas con las que comparten su tiempo libre, siendo mayores en las opciones familia, y familia y amigos.

También son similares los porcentajes obtenidos por ambos grupos respecto de la posible disminución del tiempo dedicado a actividades de ocio, repartiéndose los mismos prácticamente a partes iguales entre ambas opciones de respuesta.

Por último, y respecto de los motivos para haber disminuido el tiempo libre actualmente en el caso de que así haya sido, también ambos grupos coinciden puesto

que alrededor de la mitad de los participantes de ambos grupos afirman que no se ha visto reducido su tiempo libre, mientras que los que afirman que sí ha disminuido, lo ha hecho por circunstancias familiares en un 37,8% de los sujetos del grupo de estudio y en un 33,8% en el caso del grupo de comparación.

**Tabla 17** Descriptivos de las variables predictivas relacionadas con el tiempo libre en toda la muestra

		Muestra total (N=110)		Grupo estudio (n=45)		Grupo comparación (n=65)	
		f	%	f	%	f	%
Actividades tiempo libre	Lúdicas/recreativas	52	47,3	28	62,2	24	36,9
	Culturales/educativas	3	2,7	1	2,2	2	3,1
	Deportivas y lúdicas	18	16,4	7	15,6	11	16,9
	Culturales y lúdicas	27	24,5	4	8,9	23	35,4
	Culturales y deportivas	10	9,1	5	11,1	5	7,7
Tiempo libre semanal	Ninguno	3	2,7	3	6,7	0	0
	1-5 horas	10	9,1	1	2,2	9	13,8
	6-10 horas	23	20,9	5	11,1	18	27,7
	11-15 horas	29	26,4	17	37,8	12	18,5
	16-20 horas	9	8,2	4	8,9	5	7,7
	Más de 20 horas	36	32,7	15	33,3	21	32,3
Personas con las que comparte el tiempo libre	Ninguna	1	0,9	0	0	1	1,5
	Familia	45	40,9	21	46,7	24	36,9
	Amigos	2	1,8	0	0	2	3,1
	Familia y amigos	62	56,4	24	53,3	38	58,5
Disminución tiempo libre con familia y amigos	Si	55	50,0	19	42,2	36	55,4
	No	55	50,0	26	57,8	29	44,6
Motivos para disminuir dicho tiempo	No ha disminuido	55	50,0	26	57,8	29	44,6
	Circunstanc. familiares	39	35,5	17	37,8	22	33,8
	Trabajo	12	10,9	1	2,2	11	16,9
	Residir en otra ciudad	4	3,6	1	2,2	3	4,6

En relación con los niveles de apoyo social obtenidos por los sujetos de ambos grupos, y según los resultados mostrados en la Tabla 18, es necesario hacer notar que el porcentaje de individuos del grupo de comparación que obtienen puntuaciones normales/altas es más elevado que el del grupo de estudio (92,3% frente a 75,6% respectivamente).

**Tabla 18** Descriptivos de la variable predictiva apoyo social en toda la muestra

		Muestra total (N=110)		Grupo estudio (n=45)		Grupo comparación (n=65)	
		f	%	f	%	f	%
Apoyo social	Bajo	16	14,5	11	24,4	5	7,7
	Normal/alto	94	85,5	34	75,6	60	92,3

Sin embargo, en la tabla 19, donde se muestran las puntuaciones medias referentes al apoyo social, no se observan diferencias llamativas entre ambos grupos puesto que las medias son bastante similares.

**Tabla 19** Meda y desviación típica de la variable predictiva apoyo social en toda la muestra

	Muestra total (N=110)		Grupo estudio (n=45)		Grupo comparación (n=65)	
	X	Dt	X	Dt	X	Dt
Apoyo social cuantitativa	43,15	11,62	40,91	14,5	44,69	8,92

Para terminar con este grupo de variables, y en relación con aquellas vinculadas con la salud mental de los participantes, mostrados en la Tabla 20, puede afirmarse que en lo que respecta al consumo de psicofármacos, mientras que casi el 80% de los sujetos de grupo de comparación no los ha consumido nunca, en el caso del grupo de estudio más de la mitad de los individuos los ha tomado o los toma en la actualidad, sobre todo fármacos ansiolíticos (53,3%). Respecto del hecho de haberse sometido a tratamiento psicológico, en ambos grupos la gran mayoría no lo ha necesitado nunca y, en caso de haber acudido, en el grupo de estudio el 15,6% de los participantes lo ha hecho por problemas con un familiar, mientras que en el grupo de comparación un 13,8% ha acudido por problemas de ansiedad. En cuanto al hecho de haber ingresado alguna vez en una unidad de salud mental es de destacar que la mayoría de los sujetos de ambos grupos no lo ha necesitado nunca.

**Tabla 20** Descriptivos de las variables predictivas relacionadas con salud mental en toda la muestra

		Muestra total (N=110)		Grupo estudio (n=45)		Grupo comparación (n=65)	
		f	%	f	%	f	%
Consumo de psicofármacos	No consume ni ha consumido	72	65,5	21	46,7	51	78,5
	Ansiolíticos	19	17,3	10	22,2	9	13,8
	Antidepresivos	3	2,7	0	0	3	4,6
	Ansiolíticos y antidepresivos	16	14,5	14	31,1	2	3,1
Tratamiento psicológico o psiquiátrico	Nunca ha acudido	79	71,8	31	68,9	48	73,8
	Problemas con familiar	8	7,3	7	15,6	1	1,5
	Problemas ansiosos	12	10,9	3	6,7	9	13,8
	Problemas de estado de ánimo depresivo	9	8,2	4	8,9	5	7,7
	Problemas de estrés	2	1,8	0	0	2	3,1
Ingreso en unidades de salud mental	Si	24	21,8	2	4,4	1	1,5
	No	86	78,2	43	95,6	64	98,5

En relación con la presencia de síntomas del estado de ánimo depresivo durante la ocurrencia de una recaída/desliz, o alguna vez en el último año en caso del grupo de comparación, en la Tabla 21, los resultados muestran que, en el grupo de estudio, los sujetos han experimentado últimamente tristeza en un 93,3% de los casos, infelicidad en el 77,8% y alteraciones del sueño en el 82,2%, presentando porcentajes más bajos en síntomas tales como problemas de atención y memoria, alteraciones del deseo sexual y autorreproches; en el grupo de comparación los porcentajes de presencia del síntoma más elevados se obtienen en tristeza (50,8%), falta de concentración (47,7%) y alteraciones del sueño (49,2%), si bien con escasa diferencia con respecto al porcentaje de individuos que no los padecen.



**Tabla 21** Descriptivos de las variables predictivas síntomas del estado de ánimo depresivo en toda la muestra

		Muestra total (N=110)		Grupo estudio (n=45)		Grupo comparación (n=65)	
		f	%	f	%	f	%
Tristeza	Sí	75	68,2	42	93,3	33	50,8
	No	35	31,8	3	6,7	32	49,2
Abatimiento	Sí	48	43,6	26	57,8	22	33,8
	No	62	56,4	19	42,2	43	66,2
Infelicidad	Sí	51	46,4	35	77,8	16	24,6
	No	59	53,6	10	22,2	49	75,4
Falta de concentración	Sí	56	50,9	25	55,6	31	47,7
	No	54	49,1	20	44,4	34	52,3
Problemas de atención y memoria	Sí	35	31,8	17	37,8	18	27,7
	No	75	68,2	28	62,2	47	72,3
Alteraciones del sueño	Sí	69	62,7	37	82,2	32	49,2
	No	41	37,3	8	17,8	33	50,8
Alteraciones del apetito y deseo sexual	Sí	29	26,4	17	37,8	12	18,5
	No	81	73,6	28	62,2	53	81,5
Autoinculpación	Sí	35	31,8	20	44,4	15	23,1
	No	75	68,2	25	55,6	50	76,9
Autorreproches	Sí	30	27,3	12	26,7	18	27,7
	No	80	72,7	33	73,3	47	72,3

El grupo de estudio, tal y como se muestra en la Tabla 22, presenta porcentajes muy elevados en todos los síntomas ansiosos presentes tras una recaída/desliz incluidos en el estudio, a diferencia del grupo de comparación que sólo muestra un porcentaje alto en preocupación (86,2%), en nerviosismo (58,5%) y algo menor en inquietud (40%), todos ellos experimentados alguna vez en el último año.

**Tabla 22** Descriptivos de las variables predictivas síntomas ansiosos en toda la muestra

		Muestra total (N=110)		Grupo estudio (n=45)		Grupo comparación (n=65)	
		f	%	f	%	f	%
Inquietud	Sí	63	57,3	37	82,2	26	40,0
	No	47	42,7	8	17,8	39	60,0
Nerviosismo	Sí	79	71,8	42	91,1	38	58,5
	No	31	28,2	4	8,9	27	41,5
Preocupación	Sí	100	90,9	44	97,8	56	86,2
	No	10	9,1	1	2,2	9	13,8
Miedo	Sí	56	50,9	36	80,0	20	30,8
	No	54	49,1	9	20,0	45	69,2
Alarma	Sí	39	35,5	32	71,1	7	10,8
	No	71	64,5	13	28,9	58	89,2

Los síntomas disfóricos sufridos tras una recaída/desliz en el grupo de estudio, mostrados en la Tabla 23 también han obtenido porcentajes muy elevados, mientras que en el grupo de comparación sólo superan el 50% disgusto y enfado experimentados alguna vez en el último año.

**Tabla 23** Descriptivos de las variables predictivas síntomas disfóricos en toda la muestra

		Muestra total (N=110)		Grupo estudio (n=45)		Grupo comparación (n=65)	
		f	%	f	%	f	%
Irritación	Sí	65	59,1	39	86,7	26	40,0
	No	45	40,9	6	13,3	39	60,0
Disgusto	Sí	81	73,5	42	93,3	39	60,0
	No	29	26,4	3	6,7	26	40,0
Enfado	Sí	74	67,3	34	75,6	40	61,5
	No	36	32,7	11	24,4	25	38,5
Rabia	Sí	59	53,6	34	75,6	25	38,5
	No	51	46,4	11	24,4	40	61,5

Por último, y sólo para el grupo de estudio, se analizaron las variables relacionadas con el problema del familiar drogodependiente se presentan en la

Tabla 24, encontrándose que más del 50% de los consumidores dependientes había presentado una o más recaídas alguna vez en su vida, elevándose ese porcentaje a 84,5% en los casos en que dicha recaída/recidiva tuvo lugar durante el período en que se sometió a tratamiento; el familiar que convive con el drogodependiente afrontó la recaída/recidiva con desánimo (86,7%) y frustración (71,1%) en la mayoría de los casos, si bien alrededor de la mitad de ellos lo hicieron con paciencia (49,8%) y dudas (55,6%) en un número nada desdeñable de casos. Por otro lado, prácticamente la totalidad de los consumidores ha iniciado alguna vez tratamiento para su dependencia, siendo las razones más frecuentes para ello el deseo de someterse al mismo por voluntad propia con el fin de conseguir la abstinencia (73,3%) y la presión familiar (57,8%).

**Tabla 24** *Descriptivos de las variables predictivas relacionadas con el familiar drogodependiente del grupo de estudio*

Variables	Categorías	f	%
Número de recaídas/deslices	Ninguna	21	46,7
	1 a 3 recaídas/recidivas	10	22,2
	Más de 3 recaídas/recidivas	14	31,1
Número de veces que inicia tratamiento	Ninguna	2	4,4
	1 a 3 veces	29	64,4
	Más de 3 veces	14	31,1
Razones para iniciarlo (voluntad propia)	Sí	33	73,3
	No	12	26,7
Razones para iniciarlo (presión familiar)	Sí	26	57,8
	No	19	42,2
Razones para iniciarlo (presión judicial)	Sí	7	15,6
	No	38	84,4
Razones para iniciarlo (motivos de salud)	Sí	4	8,9
	No	41	91,1
Razones para iniciarlo (motivos económicos)	Sí	1	2,2
	No	44	97,8
Número de recaídas/deslices durante el tratamiento	Ninguna	7	15,6
	1 a 3 recaídas/recidivas	4	8,9
	Más de 3 recaídas/recidivas	34	75,6
Afrontamiento recaída/desliz (paciencia)	Sí	22	48,9
	No	23	51,1
Afrontamiento recaída/desliz (desánimo)	Sí	39	86,7
	No	6	13,3

**Tabla 24** *Continuación*

VARIABLES	CATEGORÍAS	f	%
Afrontamiento recaída/desliz (dudas)	Sí	25	55,6
	No	20	44,4
Afrontamiento recaída/desliz (frustración)	Sí	32	71,1
	No	13	28,9

### 3.1.3. Variables de control

Se procederá, para describir a la muestra en relación con las variables de control, del mismo modo que se ha hecho en el caso de las variables predictivas. Tal y como muestra la Tabla 25, y en relación con las variables sociodemográficas, el porcentaje de individuos de ambos grupos que convive con la familia completa es muy similar (44,4% en el grupo de estudio y 47,7% en el de comparación); no obstante, en el grupo de estudio en más de la mitad de los casos convive la familia a la que le falta algún miembro. Por otro lado, casi la mitad de los sujetos del grupo de comparación no tiene hijos o tiene de 1 a 2 hijos; en el grupo de estudio son pocos los individuos que no tienen hijos, teniendo, en un 46,7% de los casos, más de 2 hijos.

Respecto del nivel de estudios, mientras que más de la mitad de los sujetos del grupo de comparación posee estudios universitarios, en el grupo de estudio sólo cuentan con ellos el 11,1% de los participantes, siendo más elevado (31,1%) el porcentaje de individuos sin estudios o con estudios primarios (26,7%).

Finalmente, la profesión que ejercen casi el 50% de los componentes del grupo de estudio es la de operario sin cualificar, mientras que el grupo de comparación el mayor porcentaje se sitúa en la opción de profesionales (33,8%), es decir, titulados superiores. En cuanto a la situación laboral, más de la mitad de los sujetos del grupo de comparación se encuentra en activo, mientras que en el grupo de estudio tres cuartas partes de la muestra no, estando al 37,8% de los sujetos desempleados y el 33,3% jubilados.

**Tabla 25** Descriptivos de las variables de control sociodemográficas en toda la muestra

		Muestra total (N=110)		Grupo estudio (n=45)		Grupo comparación (n=65)	
		f	%	f	%	f	%
Personas convive	Familia completa	51	46,4	20	44,4	31	47,7
	Familia incompleta	41	37,3	25	55,6	16	24,6
	Pareja y/o hijos	10	9,1	0	0	10	15,4
	Solo/a	8	7,3	0	0	8	12,3
Número de hijos	Ninguno	37	33,6	5	11,1	32	49,2
	1 a 2	48	43,6	19	42,2	29	44,6
	Más de 2	25	22,7	21	46,7	4	6,2
Nivel de estudios	Sin estudios	14	12,7	14	31,1	0	0
	Primarios (hasta 6º EGB)	15	13,6	12	26,7	3	4,6
	8º EGB/Graduado Escolar	15	13,6	9	20,0	6	9,2
	Estudios secundarios	25	22,7	5	11,1	20	30,8
	Estudios Universitarios	41	37,7	5	11,1	36	55,4
Profesión	Sin profesión	2	1,8	0	0	2	3,1
	Labores agrícolas/ganaderas	6	5,5	6	13,3	0	0
	Profesionales	25	22,7	3	6,7	22	33,8
	Profesión sanitaria	11	10,0	3	6,7	8	12,3
	Operario cualificado	12	10,9	3	6,7	9	13,8
	Operario sin cualificar	24	21,8	19	42,2	5	7,7
	Ama de casa	18	16,4	11	24,4	7	10,8
	Estudiante	12	10,9	0	0	12	18,5
Situación	Activo	46	41,8	10	22,2	36	55,4
	Desempleado	40	36,4	17	37,8	23	35,4
	Jubilado	21	19,1	15	33,3	6	9,2
	Baja laboral	3	2,7	3	6,7	0	0

Las variables edad y género, incluidas en este grupo, así como el vínculo con el drogodependiente, ya fueron mostradas en la descripción de los participantes del estudio.

### 3.2. Comprobación de supuestos

Con el fin de comprobar si se cumplían los requisitos de normalidad de las muestras y homogeneidad de las varianzas se aplicaron las correspondientes pruebas de significación. El primer supuesto que se comprobó fue el de normalidad mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de la significación de Lilliefors, tal y como se muestra en la Tabla 26, concluyéndose que la muestra total procede de una población que no se ajusta a una distribución normal en ninguna de las variables

analizadas, puesto que el valor crítico (valor p) fue muy pequeño (menor que 0,05) y no permitía aceptar la hipótesis de normalidad.

**Tabla 26** Prueba de normalidad para las variables criterio y el apoyo social en la muestra total

Variabes	Estadístico	p
Depresión	Z=,134	<b>,000</b>
Ansiedad estado	Z=,129	<b>,000</b>
Ansiedad rasgo	Z=,089	<b>,034</b>
Autoestima	Z=,211	<b>,000</b>
Estrés actual	Z=,086	<b>,046</b>
Estrés pasado	Z=,104	<b>,005</b>
Satisfacción familiar	Z=,143	<b>,000</b>
Función familiar	Z=,246	<b>,000</b>
Apoyo social	Z=,191	<b>,000</b>

p<,05

También se comprobó el supuesto de normalidad en relación con la variable de control edad en su forma cuantitativa, comprobándose que en este caso se cumplía dicho supuesto puesto que el valor del estadístico obtenido fue Z=,070, p=0,200.

En el caso de las variables criterio referidas al cuidador, y exclusivamente en el grupo de estudio, sólo resultó normal la distribución para la variable esfuerzo del cuidador, e incumplían el criterio de normalidad las variables sobrecarga y satisfacción con el cuidado, dichos resultados se muestran en la Tabla 27.

**Tabla 27** Prueba de normalidad para las variables criterio referidas al cuidador en el grupo de estudio

Variabes	Estadístico	p
Sobrecarga del cuidador	Z=,133	<b>,046</b>
Esfuerzo del cuidador	Z=,116	,153
Satisfacción con el cuidado	Z=,310	<b>,000</b>

p<,05

En cuanto a la homogeneidad de las varianzas de la muestra total, analizada mediante la prueba F de Levene, resultaron homogéneas las variables criterio autoestima y ansiedad estado; los resultados de esta prueba se muestran en las tablas correspondientes a los contrastes realizados.

### 3.3. Comparación entre grupos

Para comprobar si existían diferencias significativas entre ambos grupos en relación con las distintas variables incluidas en el estudio se llevaron a cabo los contrastes a través del estadístico Chi-cuadrado en el caso de las variables predictivas (todas ellas categóricas salvo el apoyo social), y mediante el estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney para las variables criterio (todas cuantitativas) y la variable predictiva apoyo social, al no cumplirse los supuestos de normalidad y homogeneidad de las varianzas para ninguna de ellas. También en este apartado se mostrarán los resultados agrupando las distintas variables tal y como se ha establecido en el análisis descriptivo.

Del total de variables contempladas en el estudio se controlaron algunas de ellas, lo que permitían considerar similares y comparables al grupo de estudio y al grupo de comparación respecto de las mismas y, por lo tanto, aseguraría que los cambios observados en las variables criterio no se debían a estas variables, sino al hecho o no de ser cuidador de un drogodependiente. De este modo, se estableció que las variables sociodemográficas debían distribuirse de forma similar en ambos grupos. En caso negativo, pasarían a considerarse predictivas.

Comenzando por los contrastes de medias entre ambos grupos con respecto de las variables criterio, a raíz de los resultados obtenidos en la Tabla 28, lo más destacable se refiere a las diferencias significativas entre cuidadores y no cuidadores respecto de las variables depresión, estrés actual, ansiedad rasgo, satisfacción familiar y función familiar.

**Tabla 28** Contrastes sobre las medias U de Mann-Whitney de las variables criterio en función del grupo de pertenencia (cuidadores-no cuidadores)

Variables	Media (desviación típica)		F de Levene	p	Estadístico de contraste	P
Depresión	Cuidadores	15,67 (10,56)	9,022	<b>,003</b>	U=841,5	<b>,000</b>
	No cuidadores	8,66 (6,48)				
Estrés pasado	Cuidadores	13,36 (4,19)	14,180	<b>,000</b>	U=1154,0	,060
	No cuidadores	11,94 (7,21)				
Estrés actual	Cuidadores	14,11 (3,34)	7,121	<b>,009</b>	U=770,5	<b>,000</b>
	No cuidadores	10,85 (6,29)				
Ansiedad Estado	Cuidadores	20,64 (13,44)	,091	,763	U=1398,5	,697
	No cuidadores	19,55 (12,44)				
Ansiedad Rasgo	Cuidadores	30,27 (9,6)	5,074	<b>,026</b>	U=853,5	<b>,000</b>
	No cuidadores	21,71(11,49)				
Autoestima	Cuidadores	25,40 (1,95)	3,619	,060	U=-1190,5	,094
	No cuidadores	26,34 (3,02)				
Satisfacción familiar	Cuidadores	105,20 (30,54)	10,155	<b>,002</b>	U=-533,5	<b>,000</b>
	No cuidadores	138,18 (21,11)				
Función familiar	Cuidadores	7,09 (2,97)	5,223	<b>,024</b>	U=-1115,0	<b>,030</b>
	No cuidadores	8,22 (2,35)				

p<,05

A continuación se exponen los resultados obtenidos tras aplicar la prueba Chi-cuadrado para contrastar los dos grupos que conforman la muestra con respecto a las variables predictivas cualitativas, de los cuales sólo se expondrán en la Tabla 29 aquéllos que han resultado significativos.

Centrando la atención en las variables socioculturales, han resultado significativas las diferencias entre ambos grupos respecto de las actividades que realizan los sujetos en su tiempo libre, y la cantidad de tiempo libre de que disponen.

En el caso de las variables relacionadas con la salud mental de los participantes, se han obtenido diferencias significativas entre ambos grupos en relación con el consumo de psicofármacos y la existencia de tratamientos previos.



**Tabla 29** Contrastes Chi-cuadrado significativos de las variables predictivas en función del grupo de pertenencia (cuidadores-no cuidadores)

VARIABLES	Categorías	Cuidadores (f/%)	No cuidadores (f/%)	Chi <sup>2</sup>	P
Actividades que realiza en el tiempo libre	Lúdicas/recreativas	28 (62,2%)	24 (36,9%)	11,649 L <sup>2</sup> =12,665	,020 <b>,013</b>
	Culturales/educativas	1 (2,2%)	2 (3,1%)		
	Deportivas y lúdicas	7 (15,6%)	11 (16,9%)		
	Culturales y lúdicas	4 (8,9%)	23 (35,4%)		
	Culturales y deportivas	5 (11,1%)	5 (7,7%)		
Tiempo libre disponible	Ninguno	3 (6,7%)	0	15,600 L <sup>2</sup> =17,646	,008 <b>,003</b>
	1-5horas	1 (2,2%)	9 (13,8%)		
	6-10 horas	5 (11,1%)	18 (27,7%)		
	11-15 horas	17 (37,8%)	12 (18,5%)		
	16-20 horas	4 (8,9%)	5 (7,7%)		
	Más de 20 horas	15 (33,3%)	21 (32,3%)		
	Consumo de psicofármacos	No consume ni ha consumido	21 (46,7%)		
Ansiolíticos		10 (22,2%)	9 (13,8%)		
Antidepresivos		0	3 (4,6%)		
Ansiolíticos y antidepresivos		14 (31,1%)	2 (3,1%)		
Tratamiento psicológico previo	Nunca ha acudido	31 (68,9%)	48 (73,8%)	9,962 L <sup>2</sup> =11,116	,041 <b>,025</b>
	Problemas con familiar	7 (15,6%)	1 (1,5%)		
	Problemas ansiosos	3 (6,7%)	9 (13,8%)		
	Problemas de estado de ánimo depresivo	4 (8,9%)	5 (7,7%)		
	Problemas de estrés	0	2 (3,1%)		

$p < ,05$ ; L<sup>2</sup>=Razón de verosimilitud

En el caso del apoyo social, y puesto que se tuvo en consideración también como variable cuantitativa, se realizó un contraste de medias U de Mann-Whitney al no distribuirse la muestra con normalidad, comprobándose que ambos grupos no diferían en esta variable ( $U=1377,5$ ,  $p=,604$ ), encontrándose las medias de ambos grupos expuestas en el apartado de Análisis descriptivo.

Para finalizar con las comparaciones entre ambos grupos en relación con las variables predictivas, respecto de la presencia de síntomas depresivos, ansiosos y disfóricos ante las recaídas/deslices (o en el último año en el grupo de comparación) han resultado significativas las diferencias en tristeza, abatimiento, infelicidad,

alteraciones del sueño, alteración sexual, autoinculpación, inquietud, nerviosismo, miedo, alarma, irritación, disgusto y rabia, tal y como se muestra en la Tabla 30.

**Tabla 30** Contrastes Chi-cuadrado significativos de las variables predictivas síntomas depresivos, ansiosos y disfóricos en función del grupo de pertenencia (cuidadores-no cuidadores)

Variables	Categorías	Cuidadores (f/%)	No cuidadores (f/%)	Chi <sup>2</sup>	P
Tristeza	Sí	42 (93,3%)	33 (50,8%)	22,206 Yates: 0,288	,000
	No	3 (6,7%)	32 (49,2%)		
Abatimiento	Sí	26 (57,8%)	22 (33,8%)	6,192	,000
	No	19 (42,2%)	19 (66,2%)		
Infelicidad	Sí	35 (77,8%)	16 (24,6%)	30,121	,000
	No	10 (22,2%)	49 (75,4%)		
Alteraciones del sueño	Sí	37 (82,2%)	32 (49,2%)	12,373	,000
	No	8 (17,8%)	33 (50,8%)		
Alteración sexual	Sí	17 (37,8%)	12 (18,5%)	5,111	,024
	No	28 (62,2%)	53 (81,5%)		
Autoinculpación	Sí	20 (44,4%)	15 (23,1%)	5,596	,018
	No	25 (55,6%)	50 (76,9%)		
Inquietud	Sí	37 (82,2%)	26 (40,0%)	19,371	,000
	No	8 (17,8%)	39 (60,0%)		
Nerviosismo	Sí	41 (91,1%)	38 (58,5%)	14,005	,000
	No	4 (8,9%)	27 (41,5%)		
Miedo	Sí	36 (80,0%)	20 (30,8%)	25,788	,000
	No	9 (20,0%)	45 (69,2%)		
Alarma	Sí	32 (71,1%)	7 (10,8%)	42,309	,000
	No	13 (28,9%)	58 (89,2%)		
Irritación	Sí	39 (86,7%)	26 (40,0%)	23,956	,000
	No	6 (13,3%)	39 (60,0%)		
Disgusto	Sí	42 (93,3%)	39 (60,0%)	15,219	,000
	No	3 (6,7%)	26 (40,0%)		
Rabia	Sí	34 (75,6%)	25 (38,5%)	14,713	,000
	No	11 (24,4%)	40 (61,5%)		

p<,05

En la Tabla 31 se muestran los resultados correspondientes a los contrastes entre ambos grupos en relación con las variables sociodemográficas, que fueron consideradas

variables de control, comprobándose que existen diferencias significativas en relación con las variables género, número de hijos, personas con las que conviven los participantes de la investigación, nivel de estudios, profesión que ejercen y situación laboral.

**Tabla 31** Contrastes Chi-cuadrado significativos de las variables de control en función del grupo de pertenencia (cuidadores-no cuidadores)

Variables	Categorías	Cuidadores (f/%)	No cuidadores (f/%)	Chi <sup>2</sup>	P
Género	Mujer	38 (84,4%)	36 (55,4%)	10,199	<b>,001</b>
	Hombre	7 (15,6%)	29 (45,6%)		
Número de hijos	Ninguno	5 (11,1%)	32 (49,2%)	30,725	<b>,000</b>
	1-2	19 (42,2%)	29 (44,6%)		
	Más de 2	21 (46,7%)	4 (6,2%)		
Personas con las que convive	Familia completa	20 (44,4%)	31 (47,7%)	19,352 L <sup>2</sup> =25,680	<b>,000</b>
	Familia incompleta	25 (55,6%)	16 (24,6%)		
	Pareja y/o hijos	0	10 (15,4%)		
	Solo/a	0	8 (12,3%)		
Nivel de estudios	Sin estudios	14 (31,1%)	0	50,471	<b>,000</b>
	Primarios (hasta 6º EGB)	12 (26,7%)	3 (4,6%)		
	8º EGB/Graduado Escolar	9 (20,0%)	6 (9,2%)		
	Estudios secundarios	5 (11,1%)	20 (30,8%)		
	Estudios universitarios	5 (11,1%)	36 (55,4%)		
Profesión	Sin profesión	0	2 (3,1%)	46,575 L <sup>2</sup> =55,482	<b>,000</b>
	Labores agríc./ganad.	6 (13,3%)	0		
	Profesionales	3 (6,7%)	22 (33,8%)		
	Profesión sanitaria	3 (6,7%)	8 (12,3%)		
	Operario cualificado	3 (6,7%)	9 (13,8%)		
	Operario sin cualificar	19 (42,2%)	5 (7,7%)		
	Ama de casa	11 (24,4%)	7 (10,8%)		
	Estudiante	0	12 (18,5%)		
Situación laboral	Activo	10 (22,2%)	36 (55,4%)	19,460 L <sup>2</sup> =20,990	<b>,000</b>
	Desempleado	17 (37,8%)	23 (35,4%)		
	Jubilado	15 (33,3%)	6 (9,2%)		
	Baja laboral	3 (6,7%)	0		

p<,05; L<sup>2</sup>=Razón de verosimilitud

En cuanto a la edad y contrastando ambos grupos mediante la prueba t de Student al distribirse con normalidad la muestra para esta variable, los resultados (asumiendo varianzas iguales) mostrados en la Tabla 32 indican que los participantes del

grupo de estudio y los del grupo de comparación difieren respecto de la misma, de manera que la media en el primero de los grupos es mayor que en el segundo, si bien la variabilidad es mayor, si se tiene en cuenta que no hay ningún sujeto de ese grupo que cuente con una edad que oscile entre los 18 y los 25 años, así se ha mostrado en la Figura 1.

**Tabla 32** Contrastes sobre las medias *t* de Student de la variable de control edad en función del grupo de pertenencia (cuidadores-no cuidadores)

Variable	Media (desviación típica)		F de Levene	p	Estadístico de contraste	p
Edad	Cuidadores	50,10 (11,01)	2,988	,086	t=3,843	<b>,000</b>
	No cuidadores	40,92 (14,15)				

p<,05

Como se desprende de los resultados expuestos en las tablas 31 y 32, ninguna de las variables que en principio debían distribuirse de la misma forma entre ambos grupos lo hacía, por lo que fue necesario tenerlas en cuenta a la hora de explicar los cambios en las variables criterio, pasando a ser variables predictivas.

### 3.4. Correlaciones

A continuación se llevó a cabo un Análisis de Correlaciones de Pearson a dos colas entre las distintas variables criterio o medida, así como con el apoyo social, el cual se expone en la Tabla 33. Este análisis revela una relación significativa directa entre depresión y ambos tipos de ansiedad, la existencia de estrés actual, y sobrecarga del cuidador, siendo todas ellas de moderadas a altas (sobre todo la obtenida con la ansiedad estado); a su vez, también se obtiene una relación significativa, pero indirecta, con el apoyo social.

En cuanto a los dos tipos de ansiedad, además de la alta correlación existente entre ellas, ambas correlacionan positivamente con el estrés actual y con el esfuerzo del cuidador, y negativamente con el apoyo social y con la existencia de estrés pasado. Igualmente, la ansiedad estado correlaciona positivamente con la sobrecarga del cuidador y negativamente con la satisfacción familiar.

El estrés actual correlaciona negativamente con la función familiar y con el apoyo social y positivamente con la sobrecarga del cuidador.

En cuanto a la satisfacción familiar, correlaciona positivamente con el apoyo social y negativamente con la sobrecarga del cuidador, al igual que la función familiar, variable que, además, correlaciona negativamente con la satisfacción con el cuidado.

Finalmente, el apoyo social correlaciona negativamente con la sobrecarga del cuidador, mientras que la sobrecarga, por su parte lo hace con la satisfacción con el cuidado y, sobre todo, con el esfuerzo del cuidador.

**Tabla 33** Correlaciones de Pearson (a dos colas) entre las variables criterio en el grupo de estudio (n=45)

	D	A-R	A-E	EA	EP	AE	SF	FF	AS	S	EC	SC
D												
A-R	,458**											
A-E	,735**	,543*										
EA	,394*	,356*	,505**									
EP	-,256	-,334*	-,489**	-,281								
AE	,210	,132	,177	,073	-,140							
SF	-,507**	-,237	-,407**	-,226	,227	-,156						
FF	-,326	-,230	-,471	-,401**	,105	,198	,279					
AS	-,619*	-,401**	-,528**	-,354*	-,259	,042	,391**	,667**				
S	,525**	,277	,599**	,315*	-,259	,253	-,450**	-,378*	-,314*			
EC	,162	,331*	,368*	,166	-,179	,099	-,013	-,164	,070	,704**		
SC	,032	-,067	,075	,146	,104	-,138	-,092	-,395**	-,087	,315*	,257	

\*p<,05 \*\*p<,01

D: depresión. A-R: ansiedad rasgo. A-E: ansiedad estado. EA: estrés actual. EP: estrés en el pasado. AE: autoestima. SF: satisfacción familiar. FF: función familiar. AS: apoyo social. S: sobrecarga del cuidador. EC: esfuerzo del cuidador. SC: satisfacción con el cuidado.

### 3.5. Análisis de las variables predictivas sobre las variables criterio en el grupo de estudio

En este apartado se han realizado los contrastes en el grupo de estudio mediante la prueba t de Student (o el estadístico alternativo no paramétrico), cuando se compararon dos grupos, y el Análisis Unidireccional de la Varianza o ANOVA de un factor (F de Snedecor), cuando se compararon tres o más grupos (o su alternativa no paramétrica), con el fin de determinar la existencia de diferencias significativas, dentro del grupo de cuidadores, entre las variables de medida y las siguientes variables predictivas que, presumiblemente, y según la literatura consultada, podían influir en

las primeras: vínculo con el drogodependiente, número de recaídas, número de recaídas durante el tratamiento y número de tratamientos previos, así como las variables sociodemográficas que resultaron significativas y que podían resultar de interés. En el caso de los contrastes ANOVA se emplearon, además, las comparaciones a posteriori explicitadas con anterioridad en caso de existir diferencias significativas entre las variables analizadas y con el fin de determinar qué grupos diferían entre sí.

Cabe decir que, a la luz de los resultados obtenidos con estos contrastes, prácticamente ninguna de las variables predictivas contempladas parece influir en las variables de medida a excepción de la satisfacción con la familia (relacionada con la edad, situación laboral y nivel de estudios), la ansiedad rasgo (influida por el vínculo que une al cuidador con el drogodependiente, con el número de tratamientos previos y con el género), el estrés actual (relacionado igualmente con el vínculo entre familiar cuidador y drogodependiente), la autoestima (relacionada con la profesión) así como la carga del cuidador y la satisfacción con el cuidado (relacionadas ambas con la ocurrencia de recaídas/deslices y la situación laboral) y el esfuerzo del cuidador (relacionada con el nivel de estudios).

Comenzando por la variable criterio estrés experimentado en la actualidad, tal y como se expone en la Tabla 34, se comprueba que el vínculo parece influir en los niveles de la misma, siendo los familiares con otros vínculos los que obtienen las medias más elevadas.

**Tabla 34** *Contrastes significativos entre la variable criterio estrés actual y la variable predictiva vínculo con el drogodependiente en el grupo de estudio*

Variables		Media (desviación típica)	Kruskal- Wallis	p
Vínculo con el drogodependiente	Padre	11,20 (0,84)	X <sup>2</sup> =12,316	<b>,015</b>
	Madre	13,39 (3,83)		
	Pareja	15,92 (2,87)		
	Hermano/o	13,63 (2,00)		
	Otro	16,50 (2,12)		

p<,05

Analizando las variables que hacen diferir a los diferentes grupos respecto de la variable criterio ansiedad rasgo, los resultados que se muestran en la Tabla 35 indican

que, nuevamente, las distintas figuras vinculadas con el drogodependiente difieren en relación con los niveles de ansiedad, de manera que son los familiares con otros vínculos (cuñados) los que presentan los niveles más altos. Asimismo, también parecen diferir las puntuaciones en ansiedad rasgo según el número de tratamientos iniciados por el drogodependiente, siendo ligeramente más elevadas cuando se han iniciado más de 3 tratamientos. Finalmente, se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en la variable de medida, de manera que las mujeres, respecto de los hombres, obtienen puntuaciones más elevadas.

**Tabla 35** *Contrastes significativos entre la variable criterio ansiedad rasgo y las variables predictivas sociodemográficas y relacionadas con el drogodependiente en el grupo de estudio*

Variables		Media (desviación típica)	Estadístico de contraste	p
Vínculo con el drogodependiente	Padre	15,20 (9,96)	X <sup>2</sup> =13,973	<b>,007</b>
	Madre	34,17 (8,57)		
	Pareja	31,08 (7,07)		
	Hermano/o	27,75 (5,63)		
	Otro	38,00 (7,07)		
Tratamientos iniciados	Ninguno	35,00 (,00)	X <sup>2</sup> =6,730	<b>,035</b>
	De 1 a 3	27,45 (8,65)		
	Más de 3	35,43 (10,02)		
Género	Mujer	32,37 (7,875)	U=45,500	<b>,006</b>
	Hombre	18,86 (10,653)		

p<,05

Pasando a analizar la satisfacción familiar y según los resultados de la Tabla 36, puede señalarse que existen diferencias significativas para esta variable en relación con la edad - puntuando más alto cuanto más joven es el sujeto -, situación laboral - los individuos desempleados o que se encuentran en baja laboral obtienen puntuaciones más altas - y nivel de estudios - los universitarios y los sujetos con estudios medios obtienen las medias más altas -.

**Tabla 36** *Contrastes significativos entre la variable criterio satisfacción familiar y las variables predictivas sociodemográficas en el grupo de estudio*

VARIABLES		Media (desviación típica)	Kruskal-Wallis	p
Edad	26-33	124,33 (12,42)	X <sup>2</sup> =12,256	<b>,016</b>
	34-41	124,22 (19,95)		
	42-59	91,40 (31,29)		
	50-57	121,22 (26,71)		
	58-65	88,43 (28,46)		
Situación laboral	Activo	99,0 (25,67)	X <sup>2</sup> =10,473	<b>,015</b>
	Desempleado	117,94 (21,60)		
	Jubilado	95,13 (36,40)		
	Baja laboral	134,0 (3,46)		
Nivel de estudios	Sin estudios	83,71 (24,57)	X <sup>2</sup> =12,053	<b>,034</b>
	Primarios	115,83 (32,49)		
	8º EGB/Grad. Esc.	109,22 (24,91)		
	Secundarios	121,50 (9,11)		
	Universitarios	122,40 (37,64)		

p&lt;,05

En cuanto a la autoestima, las diferencias se producen con respecto a la variable profesión, de manera que son los operarios, con o sin cualificar, los que muestran las medias más elevadas, tal y como puede observarse en la Tabla 37.

**Tabla 37** *Contrastes significativos entre la variable criterio autoestima y la variable predictiva profesión en el grupo de estudio*

VARIABLES		Media (desviación típica)	Kruskal-Wallis	p
Profesión	Agríc./ganad.	24,0 (1,09)	X <sup>2</sup> =12,450	<b>,029</b>
	Profesionales	25,0 (1,00)		
	Sanitarios	24,0 (1,73)		
	Op. Cualificados	27,33 (2,51)		
	Op. no cualificados	26,21 (2,04)		
	Ama de casa	25,40 (1,94)		

p&lt;,05

La satisfacción con el cuidado parece ser diferente según el número de recaídas que ha sufrido el drogodependiente objeto de cuidado en el último año, de manera que las mayores medias se obtienen cuando se superan las 3 recaídas/deslices. Asimismo, la satisfacción con el cuidado varía según la situación laboral del cuidador, siendo los individuos en activo los más satisfechos con el cuidado, según los resultados de la Tabla 38.



**Tabla 38** *Contrastes significativos entre la variable criterio satisfacción con el cuidado y las variables predictivas sociodemográficas y relacionadas con el drogodependiente en el grupo de estudio*

Variables		Media (desviación típica)	Kruskal-Wallis	p
Recaídas en el último año	Ninguna.	6,67 (1,28)	X <sup>2</sup> =6,471	<b>,039</b>
	De 1 a 3	8,30 (2,31)		
	Más de 3	9,43 (6,13)		
Situación laboral	Activo	11,20 (6,56)	X <sup>2</sup> =11,564	<b>,009</b>
	Desempleado	7,35 (2,14)		
	Jubilado	6,67 (1,39)		
	Baja laboral	7,89 (0,00)		

p<,05

También parecen diferir las puntuaciones en sobrecarga del cuidador en función de las recaídas ocurridas en el último año, puede observarse en la Tabla 39, siendo, de nuevo, más elevados los niveles de sobrecarga a mayor número de recaídas. También varía la sobrecarga del cuidador según la situación laboral del cuidador, siendo de nuevo los sujetos en activo los más sobrecargados

**Tabla 39** *Contrastes significativos entre la variable criterio sobrecarga del cuidador y las variables predictivas sociodemográficas y relacionadas con el drogodependiente en el grupo de estudio*

Variables		Media (desviación típica)	Kruskal-Wallis	p
Recaídas en el último año	Ninguna.	51,71 (18,81)	X <sup>2</sup> =6,463	<b>,040</b>
	De 1 a 3	61,40 (16,41)		
	Más de 3	67,79 (17,69)		
Situación laboral	Activo	70,30 (17,38)	X <sup>2</sup> =10,558	<b>,014</b>
	Desempleado	55,71 (15,48)		
	Jubilado	60,30 (19,68)		
	Baja laboral	31,33 (5,77)		

p<,05

Por último, y según los resultados expuestos en la Tabla 40, el esfuerzo del cuidador difiere según el nivel de estudios que éste posea, de modo que los que muestran puntuaciones más elevadas son los individuos con menos estudios, si bien las mayores diferencias, de hecho significativas, se establecen entre los grupos 2 y 3, es decir, entre individuos con graduado escolar e individuos con estudios primarios.

**Tabla 40** *Contrastes significativos entre la variable criterio esfuerzo del cuidador y la variable predictiva nivel de estudios en el grupo de estudio*

Variables	Categorías	Media (Desviación típica)	F de Levene	P	Estadístico de contraste	p	Prueba post hoc (Bonferroni)	p
Nivel de estudios	Sin estudios	7,50 (2,82)						
	Primarios	5,67 (1,82)						
	8ºEGB/G.E.	9,0 (2,55)	1,317	,280	F=3,508	<b>,015</b>	2<3	<b>,027</b>
	Secundarios	9,2 (2,58)						
	Universitarios	8,40 (1,14)						

p&lt;,05

Sin embargo, ninguna otra variable sociodemográfica ni las referidas al drogodependiente ni a su situación parecen relacionarse con el esfuerzo del cuidador.

## **4. DISCUSIÓN**



#### **4. DISCUSIÓN**

El problema del que se partía a la hora de plantear este trabajo, y que se convirtió en el principal objetivo del mismo, era conocer qué características familiares describen al familiar cuidador de un drogodependiente, cómo influye en los niveles de autoestima, ansiedad, estrés y depresión el ser familiar cuidador de un drogodependiente, así como la posible influencia de las características del drogodependiente y su problema sobre la sobrecarga y el esfuerzo del cuidador, y la satisfacción con el cuidado. Es decir, se pretendía analizar, en definitiva, cómo afecta al familiar cuidador convivir con el drogodependiente y encargarse de su cuidado.

De este modo, tras haber presentado los resultados obtenidos una vez aplicado el análisis estadístico correspondiente, a continuación se procederá a reflexionar sobre dichos resultados teniendo en cuenta, en primer lugar, las propias hipótesis de trabajo formuladas inicialmente para, seguidamente, contrastarlas con las aportaciones que han realizado otros autores en diferentes investigaciones.

A la luz de los resultados obtenidos, y comenzando por la hipótesis de trabajo número 1.1 que plantea que los familiares cuidadores de un drogodependiente no difieren, en cuanto a sus características sociodemográficas, de los familiares no cuidadores, los resultados nos indican que ambos grupos sí difieren significativamente entre sí en cuanto a la edad, género, número de hijos, personas con las que convive, nivel de estudios, profesión y situación laboral lo que, por otro lado, obligó a

considerar a dichas variables como variables predictivas que podían influir en las variables de medida, y no variables control tal y como se estableció en un principio.

Analizando cada una de las variables pertenecientes a este grupo, y comenzando por la edad, cabe decir que el 80% de los participantes cuidadores es mayor de 40 años, siendo escaso el porcentaje que cuenta con menos de 35 años. Esto está en consonancia con lo indicado por Torres y Pinilla (2003), quienes sitúan el intervalo de edad más representado entre los 41 y los 60 años en el 80% de los casos de cuidadores.

El género, por su parte, es mayoritariamente femenino en el grupo de estudio, tal y como establecen otros estudios (Bazo y Domínguez-Alcón, 1995; Torres y Pinilla, 2003), y como tradicionalmente ha sido -y sigue siendo-. Coincide, además, este resultado con el obtenido por Biegel, Katz-Saltzman, Tracy y Townsend (2008), en su estudio con drogodependientes y sus cuidadores familiares, y con los realizados en cuidadores de enfermos crónicos por Carrillo, Sánchez y Barrera (2004). Tanto este dato como el anterior no sorprenden puesto que, de forma generalizada, son las mujeres de edad madura las que suelen ser las encargadas de cuidar tanto de los mayores dependientes, como de hijos y otros familiares que sufren una enfermedad física o mental. A esto hay que añadir que, mayoritariamente y según los resultados, se trata de cuidadores con pocos estudios o sin ellos, dedicados a las labores domésticas o empleados en trabajos con escasa cualificación, en caso de que se encuentren en activo, y en su mayoría desempleados o jubilados, lo que vuelve a estar en consonancia con el género y edad predominantes.

No obstante, y en relación con las características sociodemográficas, cabe decir que, en realidad, dichas variables no fueron controladas en ningún momento y, dado que el muestreo fue por conveniencia en los dos grupos, difícilmente podía conseguirse este objetivo. Por lo tanto, los dos grupos no difieren entre sí, necesariamente, porque convivan o no con un drogodependiente, sino porque fueron extraídos de sus respectivas poblaciones con un escaso control dada la dificultad para conseguirlo.

---

Pasando a discutir los resultados relativos a las características familiares, conforme a los datos obtenidos en este estudio, se han encontrado diferencias significativas en cuanto a satisfacción familiar y funcionalidad familiar entre los grupos de cuidadores de un drogodependiente y no cuidadores, siendo mayores los niveles en estos últimos, lo cual permite afirmar que se cumple la hipótesis 1.2, que plantea que los familiares cuidadores de un drogodependiente presentarán niveles más bajos de satisfacción y funcionalidad familiares que los familiares no cuidadores. Es decir, los no cuidadores experimentan interacciones reforzantes con el resto de miembros del núcleo familiar lo que provoca mayores niveles de satisfacción en el seno de la familia, así como una percepción más positiva del funcionamiento familiar en el sentido de existir mayor cooperación, posibilidades de desarrollo en el seno familiar, mayor afectividad entre los miembros de la familia y mayor capacidad para resolver problemas, conflictos, etc. Estos datos en cuanto a funcionamiento familiar confirman lo expuesto por Téllez (2007, citado en Kanán et al., 2010) quien indica que la aparición de una enfermedad, independientemente del carácter de ésta, afecta a la familia tanto en su estructura como en su funcionamiento. Asimismo, coincide con lo expresado por Gómez, León y Pérez (2012), quienes señalan que, si en el núcleo familiar uno de sus miembros es drogodependiente, éste dañará y trastornará el funcionamiento familiar, dando lugar a todo tipo de desavenencias, y quedando como consecuencia el núcleo familiar a merced del comportamiento del drogodependiente y su consumo (Orth y Moré, 2008, citado en Barbosa, Ramos, Cardozo y Harter, 2012). En cuanto a la satisfacción familiar, los datos obtenidos concuerdan con que la insatisfacción familiar (satisfacción familiar baja), tiene relación con ambientes familiares en los que existen predominio de la frustración, resentimiento, agresión, poca cohesión y conflictos, dificultades de comunicación, aislamiento, escasas redes de apoyo y ambigüedad en los límites (Barraca y López, 1999; Berge y Holm, 2007; Grossman, Rich, Michelson y Hagerty, 1999, citado en Tercero et al., 2007).

Analizando la satisfacción familiar sólo en el grupo de estudio, y en relación con algunas variables sociodemográficas, se comprueba que los grupos de edad más jóvenes, los desempleados o en situación de baja laboral y los cuidadores con estudios medios o superiores muestran una mayor satisfacción con la familia. Estos resultados

son los esperados para este grupo puesto que estos cuidadores pueden encontrar en la familia una fuente de bienestar y apoyo en relación con su tarea de cuidar del familiar drogodependiente, lo que les resulta altamente reforzante.

Con respecto a la hipótesis 2.1 que postula que los familiares cuidadores de un drogodependiente han disminuido, en la actualidad, el tiempo dedicado a actividades de ocio, en este estudio, los resultados han sido significativos en cuanto a las actividades realizadas en el tiempo libre y el tiempo libre de que disponen por semana disfrutando, paradójicamente, los componentes del grupo de estudio de más tiempo libre que los no cuidadores. Los datos obtenidos no concuerdan con los referidos por Grau y Fernández (2010), quienes afirman que las personas que conviven con un enfermo crónico disminuyen el tiempo que pasan con familia y amigos, dejando a un lado su tiempo libre y de ocio.

En consonancia con el dato anterior, se observa también la existencia de un gran porcentaje de familiares cuidadores de un drogodependiente (la mitad de ellos aproximadamente) que han expresado que no ha disminuido en la actualidad el tiempo que pasan con familia y amigos, lo cual puede ser debido a que utilizan dicho tiempo de ocio como vía de escape de la situación en la que se encuentran, como método para poder seguir afrontando el cuidado de su familiar drogodependiente o, asimismo, puede ser debido a que dejan de realizar otras actividades, como trabajar, para dedicarse al cuidado del drogodependiente, lo que explicaría el hecho de que dispongan del mismo o de más tiempo libre. Finalmente, sí es cierto que, en caso de haberse reducido la dedicación al ocio, en la mayoría de las veces la razón ha sido, precisamente, un problema familiar.

En cuanto a la existencia de una mayor afectación de la salud mental en los familiares cuidadores que en los no cuidadores (hipótesis 2.2), los resultados obtenidos permiten validar parcialmente la hipótesis puesto que en cuanto a las variables consumo de psicofármacos y tratamiento psicológico o psiquiátrico los grupos difieren significativamente; sin embargo, no se observan tales diferencias en relación con el ingreso en unidades de salud mental, donde se aprecia que en ambos



grupo la mayoría de los individuos no han ingresado nunca en una unidad de salud mental.

Analizando más detenidamente el consumo de psicofármacos, se observa que más de la mitad de los individuos del grupo de estudio los emplean, sobre todo la combinación de ansiolíticos y antidepresivos, lo que podría explicarse por el hecho de encontrarse conviviendo con un familiar drogodependiente y el estrés que ello conlleva, no sólo por la propia dependencia y las consecuencias que se derivan de ella (problemas médicos, psico(pato)lógicos, laborales, familiares, etc.), sino por la dureza de los tratamientos (vivenciada así, de forma subjetiva por los adictos) y la inevitable existencia de recaídas, como parte del proceso terapéutico, que hace perder, en la mayoría de las ocasiones, la esperanza de recuperación del familiar. Todo esto puede hacer que el cuidador se encuentre sometido a una gran tensión y pueda llegar a entrar en un bucle de miedo/ansiedad, estado de ánimo decaído, desesperanza, desmotivación y, finalmente, depresión. Domínguez et al. (2012) también señalaron que la combinación ansiedad, depresión y consumo de psicofármacos para tales problemas era frecuente entre los cuidadores de personas dependientes.

Por otro lado, los cuidadores han estado recibiendo tratamiento psicológico, sobre todo, debido a problemas familiares, entre los que destacan de forma relevante los relacionados con la adicción de un familiar, lo que estaría en consonancia con lo expuesto en el párrafo anterior.

Sin embargo, son muy pocos los participantes que han ingresado alguna vez en unidades de salud mental, tal vez debido a que los problemas que han sufrido no requerían ingreso, el cual queda reservado para patologías más incapacitantes que exigen una atención continuada y se manifiestan más en forma de brotes.

La hipótesis 2.3. plantea que los familiares cuidadores se caracterizan por percibir un menor apoyo social que los familiares no cuidadores, lo que no puede ser validado a la luz de los resultados obtenidos ya que ambos grupos han estado muy igualados y han obtenido, en su mayoría, puntuaciones normales/altas en apoyo social. No obstante, sí confirman estos resultados lo establecido por Delicado et al.

---

(2010), quienes indican que la mayor parte de los cuidadores se considera satisfecho con la ayuda recibida de la familia, expresando falta de apoyo social únicamente el 24% de los cuidadores.

Pasando a analizar las variables de carácter emocional, la hipótesis 3.1 y 3.2 establecen que los familiares cuidadores exhibirán índices más elevados de depresión, ansiedad y estrés, y más bajos en autoestima que los no cuidadores; los resultados hallados confirman estas hipótesis parcialmente en cuanto a que se aprecian, de forma significativa, niveles más altos de depresión, ansiedad rasgo y estrés actual entre los cuidadores pero, en cambio, no ocurre así en cuanto a ansiedad estado y estrés pasado, variables en las que las diferencias entre ambos grupos son escasas. Asimismo, tampoco difieren cuidadores y no cuidadores de forma significativa respecto de la autoestima. En parte, estos resultados corroboran los aportados por Andueza et al. (2012) quienes indican que un elevado número de cuidadores presentan depresión y ansiedad, todo esto debido al rol desempeñado de cuidador de un paciente psiquiátrico. El hecho de que se incrementen la ansiedad y depresión en familiares de cuidadores drogodependientes puede ser consecuencia, tal y como Jerrom et al. (1993) indican al respecto, de la utilización de estrategias inadecuadas a la hora de resolver problemas. No obstante, debe señalarse que en el grupo de cuidadores los niveles de depresión son leves (mínimos entre los no cuidadores), el grado de estrés actual es medio en ambos grupos, aunque el valor obtenido sea mayor en los cuidadores, al igual que ocurre en el caso de la ansiedad rasgo, donde ambos grupos presentan una diferencia importante aunque tanto cuidadores como no cuidadores exhiben niveles medios. Tal vez el hecho de que ambos grupos, aunque difieran significativamente en relación con estas variables, muestren niveles medios en la mayoría de ellas o, incluso en autoestima, donde no difieren los dos grupos pero sus puntuaciones medias han sido realmente bajas, puede estar explicado por el estilo de vida actual, sumamente estresante, poco reforzante y con numerosas exigencias (la mayoría de las veces relacionadas con conductas poco motivadoras), lo que convierte a los individuos en seres no demasiado felices, ansiosos, con pocas capacidades para afrontar las situaciones estresantes y con una baja autoestima, a lo que se suma, igualmente, una baja autoeficacia o sentimiento de ser poco competente y eficaz.

Analizando estas variables de carácter emocional en el grupo de estudio exclusivamente, y relacionándolas con variables sociodemográficas, se observa que, en el caso del estrés actual del grupo de cuidadores, son otros familiares cuidadores –esto es, cuñados/as- los que exhiben las puntuaciones más elevadas. Tal vez esto pueda deberse a que su grado de motivación podría no haber sido tan elevado como lo hubiera sido en caso de tratarse de un familiar más cercano al drogodependiente, por lo que la tarea de asistirle podría suponer mayores dificultades.

Por otro lado, los resultados también apoyan la idea de que las mujeres cuidadoras presentan niveles más elevados de ansiedad rasgo que los hombres, lo que podría no tener demasiada relación con el hecho de encargarse de asistir a un familiar drogodependiente, sino más bien con el propio género y la forma habitual de reaccionar ante situaciones que pueden percibirse como amenazantes y que puede haberse aprendido a lo largo de su historia personal, fruto de la experiencia.

El cuarto y último objetivo pretende examinar la posible influencia de ciertas variables relacionadas con el drogodependiente (concretamente la existencia de recaídas/deslices y el tratamiento al que debe someterse para conseguir abandonar el consumo adictivo) y las características sociodemográficas de los cuidadores de un adicto sobre los niveles de sobrecarga, esfuerzo y satisfacción con el cuidado de aquéllos, así como sobre las variables emocionales. En este sentido, la edad y el género de los familiares cuidadores se hallan relacionados con los niveles de sobrecarga, esfuerzo y satisfacción con el cuidado, es lo planteado por las hipótesis 4.1 y 4.2, respectivamente, circunstancia que no se cumple atendiendo a los resultados de la investigación realizada. El motivo puede ser, en el caso de la edad, el hecho de que la mayoría de los cuidadores superan los 40 años, lo que implica mayor capacidad para soportar este tipo de situaciones, tanto la sobrecarga y el esfuerzo como la escasa satisfacción obtenida a raíz de su papel de cuidador/a cuando comprueba que el proceso terapéutico exige un esfuerzo y un sacrificio tanto para el drogodependiente como para la familia, y suficiente madurez como para comprender lo que supone una drogodependencia y las complicaciones que derivan de la misma.

En el caso del género, puede extrapolarse la misma explicación que la propuesta anteriormente para la edad, sobre todo teniendo en cuenta que la mujer, incluso en estos tiempos, en pleno siglo XXI, aún es educada para asumir que el cuidado de los hijos, abuelos, enfermos... recaiga sobre ella, añadiéndose, además, el hecho de que la mayoría de los individuos del grupo de estudio son mujeres con más de 40 años. Todo esto ayuda a que, a pesar de la dureza de convivir y tener que encargarse de la atención del drogodependiente, las mujeres estén más preparadas y concienciadas para ello, lo que explicaría que el número de varones del grupo de estudio ha sido escaso. Esto está en consonancia con lo apuntado por Torres y Pinilla (2003), quienes afirman que los varones no suelen encargarse del cuidado directo del enfermo y lo explica sugiriendo que la mujer es más apta para desempeñar esta tarea debido a la capacidad de sacrificio, comprensión y abnegación que aquella posee.

También puede ser relevante el vínculo establecido entre cuidador y drogodependiente por lo que, tal y como plantea la hipótesis 4.3, sería lógico señalar la existencia de relación entre el vínculo del familiar cuidador con el drogodependiente y los índices de sobrecarga, esfuerzo y satisfacción con el cuidado; no obstante, los resultados obtenidos no validan la hipótesis, lo que puede ser debido a que la persona que ocupa y desempeña el rol de familiar cuidador lo hace por propia voluntad, y no porque se sienta obligado por mantener un vínculo u otro con el drogodependiente; esto contradice uno de los matices que Bazo y Domínguez-Alcón (1995) establecen, el cual especifica que la persona que desempeña el rol de cuidador hace del acto de cuidar una de sus responsabilidades familiares. Si bien, se hace necesario puntualizar que también existen casos en los que, aunque se ejerce la labor de cuidador de forma voluntaria, los familiares lo consideran como una responsabilidad e incluso prioridad.

Asimismo, se observa un mayor grado de satisfacción con el cuidado entre los individuos cuya situación laboral es en activo. Esto podría ser debido a que el cuidar del familiar drogodependiente puede ser tanto o más reforzante que la propia profesión. Sin embargo, y al mismo tiempo, también los cuidadores que se encuentran en activo presentan una mayor sobrecarga, resultado lógico al tener en cuenta que, una vez finalizada la jornada laboral, debe dedicarse en su hogar a atender las

necesidades de su familiar drogodependiente, solicitar días libres para acudir a las citas en los centros de tratamiento, a llevarlo a un centro médico, etc., lo que puede conllevar un nivel de carga excesivo que puede acarrearles consecuencias diversas. Además, la satisfacción con el cuidado en familiares se da por las expectativas que genera el hecho de que salgan adelante y consigan la abstinencia.

Igualmente, y en relación con el esfuerzo del cuidador, son los familiares cuidadores con estudios medios y con la E.G.B. los que exhiben puntuaciones más elevadas, mostrando estos últimos las diferencias más relevantes con respecto a los cuidadores con estudios primarios. El esfuerzo del cuidador implica una serie de consecuencias físicas, psicológicas, de relación dentro de la familia, etc. de gran importancia; tal vez, y debido a su nivel de estudios, han tenido acceso a profesiones con poca o nula cualificación, en las que no se encuentran satisfechos y que desempeñan por necesidad; o tal vez se trate de mujeres amas de casa o desempleadas, poco valoradas en el seno de su familia, con pocas relaciones con personas ajenas a la familia. Si a esto se une que deben encargarse del cuidado de un familiar drogodependiente no es de extrañar que perciban dicha tarea con la sensación de que el nivel de exigencia es superior y difícil de soportar.

Pasando a examinar la influencia de las recaídas y los tratamientos previos sobre las variables emocionales evaluadas en el cuidador, así como sobre los niveles de sobrecarga, esfuerzo y la satisfacción con el cuidado, y comenzando por la existencia de recaídas ocurridas durante el último año, atendiendo a los resultados obtenidos en relación con la hipótesis 4.4, la cual indica que a mayor número de recaídas sufridas por el drogodependiente, mayores niveles de ansiedad, depresión, disforia y estrés, y menor autoestima en el sujeto que convive con él, se puede afirmar que esta hipótesis no se valida, ya que no existen diferencias significativas entre los familiares cuidadores de drogodependientes que nunca las han experimentado, los que han sufrido de una a tres recaídas y de aquéllos que han recaído más de tres veces en el último año. Estos resultados pueden deberse a que los drogodependientes cuidados por este grupo de cuidadores se encuentran en tratamiento, por lo que los familiares cuidadores asumen que, gracias al equipo profesional que atiende a sus familiares, los deslices/recaídas

forman parte de esta enfermedad crónica llamada drogodependencia y deben servir, tal y como se les explica en el transcurso del tratamiento, para aprender a afrontar las distintas situaciones que pueden desencadenar el deseo de consumir, en el sentido de conocerlas, evaluarlas y poner en marcha las estrategias de afrontamiento más adecuadas a cada situación.

Sin embargo, comparando a ambos grupos, cuidadores y no cuidadores, en relación con la existencia de sintomatología ansiosa, depresiva y disfórica (ante las recaídas en el caso del grupo de estudio y en el último año en el grupo de comparación), los resultados obtenidos evidencian que los cuidadores sí se han sentido tristes, abatidos, infelices, con dificultades para dormir, inquietos, nerviosos, con miedo, irritados, disgustados y con rabia ante las recaídas, lo que puede ser debido a la situación que el cuidador vive a diario con el drogodependiente, sobre todo ante una recaída o la elevada probabilidad de que se produzca, y a la afectación que el familiar cuidador sufre debido a sus actuaciones. Los no cuidadores, por su parte, han experimentado estos síntomas con menor frecuencia que los cuidadores.

Continuando con las recaídas, y centrando la atención en la hipótesis 4.5, la cual expresa que a mayor número de recaídas sufridas por el drogodependiente, mayores niveles de sobrecarga y esfuerzo, y menor índice de satisfacción con el cuidado en el sujeto que convive con él, los resultados permiten confirmar dicha hipótesis parcialmente pues, efectivamente, los cuidadores muestran mayores niveles de sobrecarga al aumentar los deslices/recaídas sufridos por el familiar drogodependiente, pero no aumenta el grado de esfuerzo del cuidador. Los niveles más elevados de sobrecarga conforme aumenta el número de recaídas se debe, de nuevo y con toda probabilidad, a las consecuencias derivadas de una drogodependencia, tanto para el adicto como para el familiar cuidador, lo que provoca en éste un nivel excesivo de carga en relación con el cuidado y atención del adicto, añadida a las que previamente soportaba. Por esta misma razón, tal vez no aumente el grado de esfuerzo conforme lo hace el número de recaídas ya que, independientemente de que éstas se produzcan, el familiar va a volcarse en el cuidado

---

del adicto y en tratar de evitar por todos los medios que vuelva a consumir estando en tratamiento.

Por otro lado, tampoco puede afirmarse que a mayor número de recaídas menor índice de satisfacción con el cuidado, sino todo lo contrario, lo que puede ser debido a que, cuando el drogodependiente recae, el familiar cuidador se vuelca para conseguir que vuelva a estar abstinente, proporcionándole una mayor satisfacción al querer lograr el bienestar del drogodependiente, pero no lo entiende como un esfuerzo ya que, tal y como se ha comentado en anteriores hipótesis, al estar el drogodependiente en tratamiento asumen las recaídas o deslices como posibles, y muy probables, en el proceso de deshabitación/rehabilitación.

En relación con la influencia del número de tratamientos previos sobre las variables emocionales, esto es, con los niveles de ansiedad, estrés, depresión y autoestima en los familiares cuidadores (hipótesis 4.6 del estudio), no parece validarse en su totalidad, pues sólo es cierta esta afirmación en cuanto al número de tratamientos previos y su influencia sobre los niveles de ansiedad rasgo en el familiar cuidador, no estando el resto de variables relacionadas. Es necesario llamar la atención con respecto a los resultados obtenidos para la variable ansiedad rasgo: podría afirmarse que la relación entre número de tratamientos y ansiedad rasgo adopta la forma de U invertida, de modo que los niveles más elevados de ansiedad los obtienen aquéllos cuidadores cuyo familiar adicto nunca se ha sometido a tratamiento y aquéllos cuyo familiar se ha sometido en más de tres ocasiones a tratamiento, siendo menores en aquéllos cuyo familiar adicto ha iniciado tratamiento previamente de una a tres veces. Los niveles elevados en el primer grupo pueden ser debidos a la inevitable ansiedad que puede generarse cuando el adicto inicia tratamiento por primera vez y la incertidumbre derivada de ello en relación con el éxito terapéutico que se espera consiga el adicto y el miedo a no conseguirlo. Por otro lado, no hay que olvidar que se trata de la ansiedad rasgo, es decir, una tendencia permanente a reaccionar con ansiedad ante distintas situaciones, siendo ésta una suficientemente ansiógena como para provocar dichos niveles. Asimismo, el tercer grupo, esto es, familiares de adictos que han iniciado tratamiento más de tres veces con anterioridad, obtienen

puntuaciones más elevadas ya que el hecho de haberse sometido el drogodependiente a más de tres tratamientos previamente puede llegar a aumentar unos niveles de ansiedad ya de por sí elevados al formar parte del funcionamiento del individuo, puesto que el familiar cuidador se caracteriza por mostrar inquietud e incertidumbre respecto a si esta vez el drogodependiente logrará seguir el tratamiento adecuadamente logrando, finalmente, la abstinencia y manteniéndola.

La hipótesis 4.7 postula que el número de tratamientos está relacionado con los niveles de sobrecarga, esfuerzo y satisfacción con el cuidado en los familiares cuidadores lo que, a la luz de los resultados del estudio no se puede confirmar dado que ninguna de las variables predictivas parece influir sobre las variables criterio; estos resultados pueden deberse a que el familiar cuidador del drogodependiente, al pensar que esta vez sí puede ser posible conseguir de forma permanente la abstinencia, mantenga la esperanza en este hecho, disminuyendo de este modo el grado de sobrecarga y esfuerzo que experimenta y, por otro lado, sintiéndose satisfecho con su labor.

En cuanto a la hipótesis 4.8., la cual establece que los familiares cuidadores con niveles elevados de sobrecarga y esfuerzo mostrarán puntuaciones más elevadas en depresión, ansiedad estado y estrés actual, se ha visto confirmada en su totalidad respecto de la sobrecarga, pero no en relación con el esfuerzo del cuidador dado que sólo correlaciona con la ansiedad estado. Era de esperar que los individuos con un exceso de carga con respecto al cuidado se sientan por ello más tristes, desanimados, con dificultades para dormir, con poco apetito, nerviosos y estresados puesto que deben hacer frente a una situación que, en numerosas ocasiones, puede llegar a superarles y a provocar en ellos la sensación de que nunca finalizará, que se perpetuará en el tiempo o que, como ocurre a veces lamentablemente, tendrá un triste final.

La hipótesis 4.9., por su parte, postula que los familiares cuidadores cuyas puntuaciones en satisfacción con el cuidado son altas presentarán una elevada autoestima. Dicha hipótesis no se ha verificado en este estudio, debiéndose, tal vez, a que el cuidado de un drogodependiente no está exento de obstáculos a los que tanto



el adicto como el familiar deben hacer frente conjuntamente, como es el caso del deseo de consumir que se va a producir de forma segura durante el tratamiento, las complicaciones en diversas áreas ocasionadas por la sustancia, etc. Es decir, el cuidador se ve sometido a una continuada observación de su familiar dependiente, tanto si se encuentra en tratamiento como si no, y en caso de sobrevenir algún problema, se sentirá culpable y su autovaloración será negativa a pesar de sentir un gran bienestar y satisfacción por cuidar del familiar enfermo.

Finalmente, en la hipótesis 4.10. se plantea que la sobrecarga y el esfuerzo del cuidador serán más elevados cuanto menor sea el apoyo social percibido, mientras que la satisfacción con el cuidado aumentará conforme lo haga dicho apoyo social. Tampoco esta hipótesis se ha verificado totalmente puesto que sólo es cierta para la relación negativa que se establece entre sobrecarga del cuidador y apoyo social. Es decir, cuanto menor sea el apoyo social, mayor será el nivel de sobrecarga que soporta el cuidador, lo que tiene sentido ya que puede experimentar por ello sentimientos de soledad, poco refuerzo por parte de los demás en relación con su labor de cuidador o con respecto a cualquiera de las actividades que realice, atención por parte de los demás, pocas posibilidades de desconectar aunque sea sólo por unas horas con la ayuda de otras personas...

En cuanto a las limitaciones encontradas a la hora de llevar a cabo el estudio, y comenzando por las relativas a la muestra, el hecho de que haya habido familiares – sobre todo del grupo de comparación- que se negaran a participar al solicitarles su participación y que, posteriormente, de los que accedieron participar se haya tenido que excluir algunos de ellos por dejar sin responder un alto número de cuestiones, ha limitado considerablemente el tamaño de la muestra. Por otro lado, el grupo de estudio presentaba una gran dificultad puesto que se trataba de familiares que convivían con un drogodependiente con lo que ello implica y que necesitaban explicar su situación en busca de una ayuda que, en la actualidad, es inexistente; todo ello prolongó la evaluación de este grupo. Asimismo, la elección de dos centros de tratamiento únicamente redujo las posibilidades de conseguir una muestra más amplia. Finalmente, habría sido interesante contar con un tercer grupo (grupo de

---

comparación) de familiares de cuidadores de otro tipo de enfermo crónico con el fin de contrastar los resultados obtenidos con los referidos al grupo de estudio.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, señalar que el hecho de que no existan instrumentos específicos para familiares cuidadores de drogodependientes ha sido un factor limitante, pues se han utilizado instrumentos generales, o más específicos pero diseñados para medir las variables objeto de estudio en familiares cuidadores en el caso de otras enfermedades crónicas, por lo que sería importante, a la vez que útil, el poder contar con instrumentos validados que permitieran evaluar las consecuencias psicológicas que acarrea el convivir con un drogodependiente, además de la sobrecarga, índice de esfuerzo y satisfacción familiar de su familiar cuidador.

Otro factor relevante y muy limitante a la hora de realizar este trabajo ha sido el relativo a la escasa literatura disponible con respecto a las consecuencias que sufre el familiar cuidador de un drogodependiente, sus características sociodemográficas y todo lo relacionado con la influencia de la drogadicción en su núcleo familiar; esta información, para la población objeto de estudio, no es tan variada y completa como lo es la relativa a la influencia del clima familiar en el inicio de la drogadicción, o la referida a las consecuencias que sufren los cuidadores principales de otras enfermedades crónicas.

Finalmente, hubiera sido interesante haber recabado información referida al propio drogodependiente como, por ejemplo, el tipo de sustancias que consume, tiempo de consumo, complicaciones sufridas, etc. No obstante, es cierto que no era objetivo de este estudio.

Si bien esta investigación puede presentar multitud de beneficios, el más importante de todos ellos puede ser el conocer de primera mano cómo se siente el familiar cuidador, cómo afronta la situación de convivir con un familiar drogodependiente, cómo le afecta dicha convivencia, cómo se adapta a esa vida, a la realidad del adicto y cómo se sobrepone a los deslices/recaídas que pueden aparecer en el largo camino de la enfermedad. Y, sobre todo, sensibilizar a los profesionales de la salud mental acerca de la necesidad de atender a este colectivo.

Teniendo en cuenta que la drogadicción es una enfermedad que hoy por hoy no entiende de clases sociales ni de niveles educativos, puede ser importante implantar talleres sobre técnicas de afrontamiento, grupos de ayuda mutua y otro tipo de recursos que los servicios públicos ofrezcan a los familiares cuidadores del drogodependiente, contribuyendo, de este modo, a que tanto las consecuencias psicológicas como la sobrecarga que sufren, además de los demás aspectos involucrados en el proceso de la enfermedad y que sufre el familiar cuidador, sean minimizados.

Desde esta investigación se propone seguir explorando en las características, factores de riesgo y consecuencias relacionadas con el familiar cuidador de esta enfermedad crónica: la drogodependencia. Es por ello que algunas de las líneas de investigación futuras a tener en cuenta podrían ser, además de diseñar instrumentos de evaluación adecuados para evaluar a los cuidadores de un drogodependiente, crear programas de asesoramiento/intervención atendiendo a sus necesidades de apoyo, comprensión y adquisición de estrategias de afrontamiento para los múltiples problemas que pueden surgir durante el transcurso de la dependencia, el tratamiento del dependiente y su recaída.

Por último, se propone la difusión de estos resultados a las instituciones que se ocupan y dedican su trabajo a las drogodependencias, para que sean conscientes de que el familiar cuidador es el gran olvidado de esta enfermedad, y así prevenir o al menos controlar futuros síntomas depresivos, ansiosos, disfóricos entre otros, que sufre el familiar cuidador de un drogodependiente.



## **5. CONCLUSIONES**



## 5. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y descritos en el apartado anterior, así como los objetivos e hipótesis mencionados al principio de esta investigación, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Los cuidadores familiares de un drogodependiente difieren de los que no lo son en cuanto a las características sociodemográficas, puesto que en un 84,4% son de género femenino, tienen más de 2 hijos en un 46,7% de los casos (frente al 6,2% de los no cuidadores), conviven con una familia incompleta en el 55,6% de los casos (frente al 24,6% de los no cuidadores), el 31,1% de los sujetos no posee estudios (frente al 0% de los no cuidadores), su profesión es operario sin cualificar (42,2%, frente al 7,7% de los no cuidadores) y su situación laboral es la de activos en un 22,2% de los casos (frente al 55,4% de los no cuidadores).

2. Los familiares cuidadores de un drogodependiente muestran una menor satisfacción con la familia que los familiares no cuidadores, así como menores niveles de cooperación, comunicación, afectividad, solución de problemas de forma conjunta y apoyo a nivel familiar.

3. En la actualidad, más de la mitad de los familiares cuidadores de un drogodependiente no ha disminuido el tiempo dedicado a actividades de ocio destinando, de forma significativa, más tiempo semanal a las mismas que los no cuidadores.

4. Los familiares cuidadores de un drogodependiente consumen más psicofármacos, en concreto ansiolíticos y antidepresivos, y se han sometido más frecuentemente a tratamiento psicológico o psiquiátrico que los familiares no cuidadores, sobre todo debido a problemas con un familiar, si bien ambos grupos se caracterizan, en su mayoría, por no haber ingresado nunca en una unidad de salud mental.

5. Los familiares cuidadores obtienen una media en apoyo social percibido de 40,91, algo inferior a la del grupo de no cuidadores (44,69), aunque esta diferencia no ha resultado significativa.

6. Los familiares cuidadores de drogodependientes presentan, de forma significativa, mayores niveles de depresión, ansiedad rasgo y estrés actual que los no cuidadores, mientras que no lo hacen en cuanto a estrés experimentado en el pasado, ansiedad estado y autoestima.

7. La edad y el género de los cuidadores no parece ejercer influencia en los niveles de sobrecarga, esfuerzo y satisfacción con el cuidado.

8. Los niveles de sobrecarga, esfuerzo y satisfacción con el cuidado no parecen verse afectados por el vínculo que establece el familiar cuidador con el drogodependiente.

9. Un mayor número de recaídas del drogodependiente no parece influir en los niveles de ansiedad, depresión, disforia, estrés y autoestima en el sujeto que convive con él.

10. Los niveles de sobrecarga y satisfacción con el cuidado son mayores conforme aumenta el número de recaídas sufridas por el drogodependiente, pero éstas no parecen afectar al nivel de esfuerzo experimentado por el cuidador.

11. El número de tratamientos previos del drogodependiente está relacionado con niveles elevados de ansiedad rasgo en el familiar cuidador, no presentando relación con ansiedad estado, depresión, estrés, ni autoestima.



12. El número de tratamientos previos realizados por el drogodependiente no se encuentra relacionado con los niveles de sobrecarga, esfuerzo y satisfacción con el cuidado de su familiar cuidador.

13. Los familiares cuidadores que sufren una elevada sobrecarga obtienen puntuaciones también elevadas en depresión, ansiedad estado y estrés experimentado en la actualidad, mientras que los caracterizados por presentar niveles incrementados de esfuerzo alcanza puntuaciones también elevadas en ansiedad estado, pero no en depresión ni en estrés actual.

14. Los niveles elevados en satisfacción con el cuidado no parecen estar relacionados con una mayor autoestima entre los familiares cuidadores.

15. Los familiares que perciben un menor apoyo social sufren mayores niveles de sobrecarga, pero no de esfuerzo. Asimismo, tampoco parece existir un mayor grado de satisfacción con el cuidado conforme se incremente el apoyo social percibido por el cuidador.



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Achury, D.M., Castaño, H.M., Gómez, L.A. y Guevara, N.M. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(1), 27-46.
- Aizpiri, J., Barbado, J.A., Cañones, P.J., Fernández, A., Gonçalves, F., Rodríguez, J.J., De la Serna, I. y Solla, J.M.(2002). Trastornos por sustancias de abuso: otras drogodependencias. *Medicina General*, 48, 814-823.
- Aja, M. y Villanueva, N. (1998). *El impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia*. Trabajo no publicado, 3º curso Psicoterapeutas. Escuela Vasca de Terapia Familiar.
- Alfaro-Ramírez del Castillo, O.I., Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román, S., Ramos-del Río, B. y Guevara-López, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5), 485-494.
- Alonso, A., Menéndez, M. y González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cuadernos de Atención Primaria*, 19, 118-123.

- Alonso, F. (1998). *Los secretos del alcoholismo. Mujer, trabajo y juventud*. Madrid: Libertarias.
- Álvarez, A.M., Ayala, A., Nuño, A.E. y Efrén, M. (2005). Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con parálisis cerebral infantil (PCI). *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 17(3), 71-76.
- Álvarez, L. y Cuadrado, P. (2011). Síndrome del cuidador del paciente con demencia. *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 2, 12-18.
- Álvarez-Sala, J.L.; Fernández, J.M. y Álvarez-Sala, R. (2003). Tabaco y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En P. Lorenzo.; J.M. Ladero; J.C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias* (pp. 343-354). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. Barcelona: Masson.
- Andueza, M.R., Galán, P., Benavides, M.B. y Peralta, M.C. (2012). Sobrecarga emocional del cuidador del enfermo mental ingresado en una unidad de subagudos. *Nure Investigación*, 61, 1-10.
- Aragón, C.M.G. y Miquel, M. (1995). Alcoholismo. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos, *Manual de Psicopatología*, 1 (pp. 465-491). Madrid: McGraw Hill.
- Araos, P., Vergara-Moragues, E., Pedraz, M., Pavón, F.J., Campos, R., Calado, M., Ruiz, J.J., García-Marchena, N., Gornemann, I., Torrens, M. y Rodríguez de Fonseca, F. (2014). Comorbilidad psicopatológica en consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 26(1), 15-26.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F. y Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25 (1), 191-200.

- Astudillo, A.W. y Mendinueta, A.C. (2008). *Necesidades de los cuidadores del paciente crónico*. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa. 7ª sección. Madrid. 235-255.
- Atarso, B., Goñi, A. y Gómez, A.R. (2001). Sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia: demanda en un Centro de Diagnóstico Psicogeriátrico en Navarra. *Geriatría*, 17(2), 39-43.
- Atienza, F.L., Balaguer, I. y Moreno, Y. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 22, 29-42.
- Ávila-Toscano, J.H., García-Cuadrado, J.M. y Gaitán-Ruiz, J. (2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1), 71-84.
- Aylwin, N. (1990). *Orientaciones de Políticas para la Familia y el Menor*. Santiago: Sename.
- Badía, X., Salamero, M. y Alonso, J. (2002). *La medida de la salud: Guía de Escalas de Medición*. Barcelona: Edimac.
- Bahorik, A.L., Newhill, C.E. y Eack, S.M. (2013). Characterizing the longitudinal patterns of substance use among individuals diagnosed with serious mental illness after psychiatric hospitalization. *Addiction*, 108 (7), 1259-1269.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista Internacinal de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(3), 505-520.
- Barbosa, L., Ramos, I., Cardozo, R.I., Harter, J. (2012). Consumo de crack: repercusiones en la estructura y en la dinámica de las relaciones familiares. *Enfermería Global*, 11(25), 139-149.
- Barlow, D.H. y Durand, V.M. (2003). *Psicopatología*. Madrid: Thomson Paraninfo.

- Barraca, M.J. y López-Yarto, E.L. (1999). *ESFA. Escala de satisfacción familiar por adjetivos*. Segunda edición. Madrid, España: TEA, Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Barrera, L., Pinto, N. y Sánchez, B. (2006). La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1), 36-46.
- Bazo, M.T. y Domínguez-Alcón C. (1995). Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sanitarias. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 43-56.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.F. y Erbaugh, J.K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571
- Becoña, E. (2002). Adicciones y salud. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com>
- Becoña, E. (1995). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos, *Manual de Psicopatología*, 1, (pp. 493-530). Madrid: McGraw-Hill.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). Atención y reinserción socio-laboral y familiar. *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. (pp.229-254). Valencia: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. y Oblitas, L. A. (2002). Adicciones y salud. *Revista Psicología Científica.com*, 4(2). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/adicciones-y-salud/>
- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-63.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, Desarrollo, Aplicaciones*. Madrid: Fondo de cultura económica.
- Bezanilla, J. M. y Miranda, M. A. (2014). La familia como grupo social: una re-conceptualización. *Alternativas en Psicología*, 29, 58-73.



- Biegel, D.E., Katz-Saltzman, S., Tracy, E.M. y Townsend, A. (2008). Indicadores de la calidad de la relación diádica de mujeres en tratamiento por drogodependencia. *REDES-Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales* 15(10), 182-209.
- Blanco, J.L., (2013). Afrontamiento Familiar del paciente con depresión. *Realitas*, 1(2), 46-51.
- Block, J. y Kremen, A.M. (1996). IQ and ergoresiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349-361.
- Bowling, A. (1991). Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people un the community. An analisys of concepts and a review of the evidence. *Family Practice*, 8(1). 68-83.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*, 26, 709-723.
- Buelga, S. y Pons, J. (2004). Alcohol y Adolescencia: ¿Cuál es el papel de la familia? En L. Gómez (coord.). *Encuentros en Psicología Social*. Málaga: Aljibe.
- Burgos, J.M. (2004). *Diagnóstico sobre la familia*. Madrid: Palabra.
- Calvo, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. *Salud y Drogas*, 7(1), 45-56.
- Camacho, J. (1996). *Manual de uso del programa estadístico SPSS/PC+*. Barcelona: EUB.
- Canga, A., Vivar, C.G. y Naval, C. (2011). Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(3), 463-469.
- Cano-Vindel, A. (1997). La visión del psicólogo. Alteraciones de los procesos cognitivos por el estrés. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, XLIV, 103-111.

- Caqueo, A. y Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20 (4), 577-582.
- Carrillo, G. M., Sánchez, B. y Barrera, L. (2004). Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños y adultos con enfermedad crónica. *Index de Enfermería*, 23(3), 129-133.
- Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H. y Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, 37, 443-448.
- Casola, P.G., Goldsmith, R.J., Daiter, J. y Varenbut, M. (2006). Sleep in the substance-using population. *Psychiatric Annals*, 36(12), 841-847.
- Castro, R., Campero, L. y Hernández B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Saúde Pública*, 31(4), 425-435.
- Cerquera, A.M., Pabón, D.K. y Uribe, D.M. (2012). Nivel de depresión experimentada por una muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*, 29(2), 360-384.
- Cervel, M. (2005). Orientación en Intervención familiar. *Revista Educación y Futuro: Revista de Investigación Aplicada y Experiencias Educativas*, 13, 83-100.
- Cervera, G. (2013). Patología dual. *Revista Española de Drogodependencias*, 30(1), 5-6.
- Cervera, G., Bolinches, F. y Valderrama, J.C. (1999). Trastornos de la personalidad y drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 1(2), 91-99.
- Cervera, G., Haro, G., Martínez-Raga, J., Bolinches, F., De Vicente, P. y Valderrama, J.C. (2001). Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias. *Trastornos Adictivos*, 3(3), 164-171.
- Clemencia, Y. (1993). La familia: dimensiones y predicciones de su futuro. *Psykhé*, 2(1), 25-32.

- Conde, V., Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.
- Corbalán, M.G., Hernández, O., Carré, M., Paul, G., Hernández, B. y Marzo, C. (2013). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Gerokomos*, 24(3), 120-123.
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Crespo, M., López, J., Gómez, M.M. y Cuenca, T. (2003). ¿El cuidador descuidado? *Jano*, LXV; 1485, 54-55.
- De la Cuesta, C. (2004). Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. *Texto y Contexto Enfermagem*, 13(1), 137-146.
- De la Cuesta, C. (2007). El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1), 106-112.
- De Valle, M. J., Hernández, I.E., Zúñiga, M.L. y Martínez, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 19-27.
- Degenhardt, L. y Hall, W. (2006). Is cannabis use a contributory cause of psychosis? *Canadian Journal of Psychiatry*, 51.
- Delicado, M.V., Alcarria, A., Ortega, C., Alfaro, A. y García, F. (2010). Autoestima, apoyo familiar y social en cuidadores familiares de personas dependientes. *Metas de Enfermería*, 13(10), 26-32.
- Delicado, V. (2006). Características sociodemográficas y motivación de las Cuidadoras de personas dependientes. *Praxis Sociológica*, 10, 200-234.
- Díaz, L., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, R., Font, I. y Cardona, M. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 35(3), 1-7.

- Dirección General de Tráfico. (2013). Principales cifras de siniestralidad vial. Disponible en: [www.dgt.es](http://www.dgt.es)
- Domínguez, J.A., Ruiz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J. y Izquierdo, M.T. (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *Semergen*, 38(1), 16-23.
- Dueñas, E., Martínez, M., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A. y Herrera, J. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica*, 37(1), 31-38.
- Eliason, M.J. y Amodia, D.S. (2007). An integral approach to drug craving. *Addiction Research and Theory*, 15 (4), 343-364.
- Esandi, N. y Canga-Armayor, A. (2011). Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. *Gerokomos*, 22(2), 56-61.
- Espejel, E. (1997). *Estudios de familia en relación con la esquizofrenia*. Instituto de la Familia. México.
- Espin, A. M. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(3), 1-12.
- Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (2006). El enfoque sistémico en estudios sobre la familia. *Revista Internacional de Sistemas*, 14, 21-34.
- Espinoza, P.C., Lozano, A.I. y Ramos, V.M. (2014). Síntomas Psicosomáticos en el cuidador Adolescente. *Parainfo Digital*, 20. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/008.php>
- Feldberg, C., Tartaglini, M. F., Clemente, M. A., Petracca, G., Cáceres, F., y Stefani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina*, 3(1), 11-17.

- Fernández Fernández, J.A. y Marquina Planchadell, M. (1995). El uso de drogas en personas con problemas psiquiátricos crónicos. *Psicothema*, 7 (3), 557-567.
- Fernández Seara JL y Mielgo Robles N. (1992). *Escalas de apreciación del estrés. EAE*. Madrid: TEA.
- Fernández, M.A. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 47(6), 251-254.
- Fernández-Lansac, V. y Crespo, M. (2011). Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en Cuidadores de Personas con Demencia en el Entorno Familiar: Una Revisión. *Clínica y Salud*, 22(1), 21-40.
- Fernández-Montalvo, J. y Castillo, A. (2004). Repercusiones familiares del juego patológico: una revisión crítica. *Salud y Drogas*, 4(2), 149-166.
- Fernández-Montalvo, J., Báez, C. y Echeburúa, E. (2000). Ludopatía y trabajo: análisis de las repercusiones laborales de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras. *Clínica y Salud*, 11, 5-14.
- Flores, E.M. (2011). La evolución de la familia. *Almenara*, 3, 7-9.
- Flórez, J.A., Menéndez, L.F. González, J., Gutiérrez, A.I., y Hurtado, P. (1990). Trastornos psicofisiológicos de los hijos de alcohólicos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43(1), 85-95.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra, S., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.
- Fromm, E., Horkheimer, M. y Parsons, T. (1970). *La familia*. Barcelona: Península.
- Galvani, S. (2004). Responsible disinhibition: alcohol, men and violence to women. *Addiction Research and Theory*, 12(4), 357-371.
- García, A. y Rodríguez, J. (2005). Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental. *Cultura de los cuidados*, 9(18), 45-51.
-

- García, L. y Casique, L. (2012). Relación del sistema familiar y capacidad de autocuidado del adolescente que consume bebidas alcohólicas. *Health and Addictions*, 12(1), 105-121.
- García, L. y Pardo, C. (1996). Factores asociados a la ansiedad y toma de psicofármacos en cuidadores de pacientes incapacitados. *Atención Primaria*, 18, 103-110.
- García, T. (2013). Usos y acepciones del concepto de familia: Entre el texto y la realidad. *Revista de la Facultad de Psicología Social*, 29(29), 49-64.
- García-Caballero, C. y González-Meneses, A. (2000). *Tratado de Pediatría Social*. Madrid: Díaz de Santos.
- García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83-92.
- García-Piñán, A. (2004). BurnOut. *Psicología*, 59, 42-5.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Álvarez, H., Río, A., Fernández-Hermida, J.R., Carballo, J.L., Errasti, J.M. y Al-Halabí, S. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19(1), 134-139.
- Giddens, A. (1994). *Sociología*. Madrid: Alianza.
- Girón, S. (2006). *Intervención con familias de drogodependientes*. XVII Jornadas Andaluzas de Asociaciones de Drogodependencias y Sida. Sevilla.
- Goldstein, A. (1994). *Adicción*. Barcelona: Neurociencias.
- Gómez, C., León, C. A. y Pérez, L. E. (2012). El alcoholismo, una problemática actual. *Acta Médica del Centro*, 6(4), 11-18.
- Gómez, P. (2008). Familia y matrimonio sólo existen en la red de parentesco (antropológicamente hablando). *Gazeta de Antropología*, 24(1). Artículo 3.

- González, A.D. (2014). Publicaciones e investigación con enfoque familiar en la Revista Española de Drogodependencias (2002-2012). *Revista Española de Drogodependencias*, 39(2), 74-81.
- González, I. (2000). Las crisis familiares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(3), 280-286.
- González, S., Steinglass, P., y Reiss, D. (1987). Putting illness in its place: Discussion groups for families with chronic medical illness. *Family Process*, 28, 69-87.
- González-Valentín, A. y Gálvez-Romero, C. (2009). Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos*, 20(1), 15-21.
- Gonzalvo, B., Barral, C., Grau-López, L., Esteve, O. y Roncero, C. (2011). Comorbilidad psiquiátrica en adolescentes consumidores de cannabis. *Trastornos Adictivos*, 13(3), 109-112.
- Goti, J., Díaz, R. y Arango, C. (2014). *Patología dual. Protocolos de intervención. Adolescentes*. Barcelona: Edikamed.
- Grau, C. y Fernández, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(2), 203-212.
- Gutiérrez, L., Martínez, J. y Rodríguez, F. (2013). La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. *Anales de Psicología*, 29(2), 624-632.
- Haley, W., Roth, D., Coleton, M., Ford, G., West, C., Colins, R. y Isobe, T. (1996). Appraisal, coping and social support as mediators of well-being in black and white family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 121-129.
- Herrera, P.M. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(6), 591-595.

- Herrera, P.M. (2012). Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. *Humanidades Médicas*, 12(2), 184-191.
- Isla, P. (2000). El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Revista de Enfermería y Humanidades*, 7 y 8, 187-194.
- Islas, N.L., Ramos, B., Aguilar, M.G. y García, M.L. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 266-271.
- Jaime, L.M., Pérez, L.E., Rodríguez, M., Vega, T y Díaz, I. (2014). Caracterización del funcionamiento familiar en el paciente alcohólico. *Acta Médica del Centro*, 8(1), 22-28.
- Jerrom, B., Mian, I. y Rukanyake, N.G. (1993). Stress on relative caregivers of dementia sufferers and predictors of the breakdown. *GeriatrPsychiatry*, 8, 331-337.
- Jiménez, M., Graña, J.L. y Rubio, G. (2002). Modelos teóricos de conceptualización del craving. *Trastornos Adictivos*, 4(4), 209-215.
- Johansen, O. (2004). *Introducción a la Teoría General de Sistemas*. México: Limusa.
- Kanán, G. E., Rivera, M. E., Rodríguez, A.R., López, J., Medellín, M. M. y Caballero, P. (2010). Funcionamiento familiar de los pacientes hipertensos con y sin la experiencia de la migración. *Psicología y Salud*, 20(2), 203-212.
- Kinney, J.M., Parris, M.A., Franks, M.M. y Norris, V.K. (1995). Stresses and satisfactions of family caregivers to older stroke patients. *Journal of Applied Gerontology*, 14(1), 3-21
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la Muerte y el Morir*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ladero, J.M. (2003a). Alcohol (I). Farmacología del alcohol. Intoxicación aguda. En P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias* (pp. 233-248). Madrid: Editorial Médica Panamericana.



- Ladero, J.M. (2003b). Alcohol (III). Otras complicaciones orgánicas del abuso del alcohol (I). En P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias* (pp. 259-270). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ladero, J.M. (2003c). Alcohol (IV). Otras complicaciones orgánicas del abuso del alcohol (II). Alcohol y cáncer. Alcohol y gestación. En P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias* (pp. 271-282). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ladero, J.M. y Martín del Moral, M. (2003). Cocaína (III). Complicaciones del consumo de cocaína: orgánicas y psiquiátricas. En P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias* (pp. 187-202). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Landa, N., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. y Lorea, I. (2006). Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: un estudio descriptivo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 253-269.
- Lara, L., Díaz, M., Herrera, E. y Silveira, P. (2001). Síndrome del “Cuidador” en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Revista Cubana de Enfermería*, 17(2), 107-111.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Bergiristáin, J., Valderrama, M.J. y Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 443-450.
- Larrañaga, I., Valderrama, M.J., Martín, U., Begiristain, J.M., Bacigalupe, A. y Arregui, B. (2009). Mujeres y hombres ante el cuidado informal: Diferencia en los significados y las estrategias. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 27, 50-55.
- Lawton, M.P., Kleban, M.H., Moss, M., Rovine, M. y Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 44(3), 61-71.

- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lehr, U. (1995). El cuidado familiar: Posibilidades y limitaciones. En J.C. Baura. *Las personas mayores dependientes y el apoyo informal*. (pp.145-164). Jaén: Universidad Internacional de Andalucía.
- León, J.L. (1996). Psicopatología de las adicciones. En J.L. León Fuentes. *Apuntes de Psicopatología de Adultos* (pp.341-409). Sevilla: Kronos.
- Lévi-Strauss, C. (1949). *Las estructuras elementales del parentesco*. Barcelona: Paidós.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre., de *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Boletín Oficial del Estado, 299, de 15 de diciembre de 2006.
- Leza, J.C. (2003). Cannabis (I). Farmacología. P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias* (pp. 191-198). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Leza, J.C. y Moro, M.A. (2003). Opiáceos (II). Dependencia y síndrome de abstinencia. En P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias* (pp. 65-76). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Lizasoain, I. y Moro, M.A. (2003a). Cocaína (I). Farmacología. Intoxicación aguda. En P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias* (pp. 113-122). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Lizasoain, I. y Moro, M.A. (2003b). Cocaína (II). Dependencia. Síndrome de abstinencia. En P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias* (pp. 123-134). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Lizasoain, I., Moro, M.A. y Martín del Moral, M. (2003). Alucinógenos. En P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias* (pp. 215-226). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Lobs, E., Alderfer, M., Jane, O., Askins, M., Fairclough, D., Katz, E., Butler, R., Dolgin, M. y Noll, R. (2009). Problem solving and maternal distress at the time of a child's diagnosis of cancer in two-parent versus lone-parent households. *Journal of Pediatric Psychology, 34*, 817-821.
- López Alonso, S.R., Moral Serrano, M.S. (2005). Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enfermería Comunitaria, 1*(1), 12-17.
- López Gil, M.J., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J. y Alonso Moreno, F.J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia, 2*(7), 332-334.
- López, A. y Becoña, E. (2006a). El craving en personas dependientes de la cocaína. *Anales de Psicología, 22*(2), 205-211.
- López, A. y Becoña, E. (2006b). Dependencia de la cocaína y psicopatología a través del SCL-90-R. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 11*(1), 13-20.
- López, A. y Becoña, E. (2006c). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema, 18*(3), 578-583.
- López, A. y Blanco, D. (2006). *La importancia de un buen cuidador: guía para cuidadores de personas dependientes*. España: Gobierno de La Rioja.
- López, E., Gutiérrez, T. y Ochoa, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia: Edicions Culturals Valencianes.
- López, J. y Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome. Una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 7*(2), 73-93.
- López, J. y Crespo, M. (2003). *Salud física y mental de los cuidadores informales de enfermos con demencia. Análisis de la situación y factores asociados*. Premio Rafael Burgaleta. COP de Madrid.

- López, M.J. y Núñez, M.C. (2006). *Apuntes de Conducta anormal: Adicciones*. Sevilla: OCE España.
- Lorenzo, P. (2003). Dependencia tabáquica. En P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias* (pp. 329-342). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Lozano, O.M., Rojas, A.J., Pérez, C., González-Sáiz, F., Ballesta, R. y Bilbao, I. (2008). Evidencias de validez del test para la evaluación de calidad de vida de adictos a sustancias psicoactivas a partir del modelo biaxial de la adicción. *Psicothema*, 20(2), 317-323.
- Luengo, R.T. y Román, S.J.M. (2006). Estructura familiar y satisfacción parental: propuestas para la intervención. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 1, 455.
- Llorente, J.M. (1997). *Validación del DCTQ-H para la población española. Cuestionario de confianza ante situaciones de riesgo de consumo de heroína*. Tesis Doctoral. Madrid: UNED.
- Lloret, D. (2001). Alcoholismo: una visión familiar. *Salud y Drogas*, 1(1), 113-128.
- Maganto, C. (2004). *Mediación Familiar: aspectos psicológicos y sociales*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Mahoney, R., Regan, C., Katona, C., y Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(9), 795-801.
- Manso, M.E., Sánchez, M.P. y Cuéllar, I. (2013). Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. *Clínica y Salud*, 24(1), 37-45.
- Mar, J., Arrospide, A., Begiristain, J.M., Larrañaga, I., Sanz-Guinea, A. y Quemada, I. (2011). Calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con daño cerebral adquirido. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46(4), 200-205.

- Marcon, S.R., Rubira, E.A., Espinosa, M.M. y Barbosa, D.A. (2012). Calidad de vida y los síntomas depresivos en cuidadores y los adictos a las drogas. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 20(1), 167-174.
- Marcos, J.A. y Garrido, M. (2009). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 339-362.
- Martín del Moral, M. y Lorenzo, P. (2003). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias* (pp. 3-20). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Martín del Moral, M., Gerona, J.L. y Lizasoain, I. (2003). Fundamentos biopsicosociales del alcoholismo. Complicaciones psiquiátricas del abuso del alcohol. Tratamiento de la dependencia alcohólica. En P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias* (pp. 283-316). Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
- Martínez Valero, C. (2013). Reseña: Autoestima Sana. Una visión actual basada en la investigación. Elia Roca. *Información Psicológica*, 105, 133.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Masanet, E. y La Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública*, 85(3), 257-266.
- Mata, E.A. (2005). Estructuras familiares y comportamientos adictivos. *Alcmeon*, 45(12). Disponible en: [http://www.alcmeon.com.ar/12/45/03\\_mata.htm](http://www.alcmeon.com.ar/12/45/03_mata.htm)

- Mateo, I., Millán, A., García, M.M., Gutiérrez, P., Gonzalo, E. y López, L.A. (2000). Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Atención Primaria*, 26(3), 139-144.
- McCubbin, M., y McCubbin, H. (1993). Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. En C. Danielson, B. Hamel-Bissell y P. Winstead-Fry. (Eds.). *Families, health and illness: Perspectives on coping and intervention* (pp. 21-63). St. Louis, MO: C.V. Mosby.
- Medeiros, B. y Baena, L. (2007). Caregivers of children with cancer: Aspects of life affected by the caregiver role. *Revista Brasileña de Enfermería*, 60, 670-675.
- Méndez, L., Giraldo, O., Aguirre-Acevedo, D. y Lopera, F. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5(2), 137-145.
- Mesa, M. P. (2005). *El cuidador crucial. Detección y medición de necesidades* Ponencia presentada en la XIX Reunión de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Zaragoza.
- Miranda, M., y Rodríguez, E. J. (2010). *Intervención psicosocial en la familia*. Disponible en [www.scribd.com/102598](http://www.scribd.com/102598)
- Mojalefa, S.R. (2003). The impact of schizophrenia on family functioning: A social work perspective. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 63(8), 3005.
- Montalvo, A. y Flórez, I. E. (2008). Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia). Un estudio comparativo. *Salud Uninorte*, 24(2), 181-190.
- Moore, T., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T., Jones, P., Burke, M. y Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 370, 319-328.

- Moreira de Souza, R. y Turrini, R.N.T. (2011). Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. *Enfermería Global*, 10(22), 1-13
- Moreno, A. (2008). Repercusión de la enfermedad de Alzheimer en el núcleo familiar. *Revista Psicología Científica.com*, 10(26). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/alzheimer-repercusion>
- Moro, M.A. y Leza, J.C. (2003). Opiáceos (I). Farmacología. Intoxicación aguda. En P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias* (pp. 47-64). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Moro, M.A., Lizasoain, I. y Ladero, J.M. (2003). Xantinas y otros estimulantes. P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias* (pp. 185-190). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- National Mental Health American. (2007). *Dual diagnosis*. Disponible en: [www.nmha.org](http://www.nmha.org)
- Navarro, J. (2004). *Enfermedad y familia: Manual de intervención psicosocial*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa, I., Espina, A. y Ortego, M.A. (2006). Un estudio sobre personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastorno alimentario. *Clínica y Salud*. 17(2). 117-160.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2014). *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10*. Madrid: Meditor.

- Pajares, M. (2012). Cansancio del rol del cuidador. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie Trabajos de Fin de Grado*, 4(1), 717-750.
- Paz-Rodríguez, F. (2010). Predictores de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes neurológicos. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 19, 25-33.
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S. y Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-595.
- Pedrero, E.J. y Segura, I. (2003). Los trastornos de la personalidad en drogodependientes y su relación con la dificultad de manejo clínico. *Trastornos Adictivos*, 5(3), 229-240.
- Pedrero, E.J., Puertas, C., Lagares, A. y Sáez, A. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5(3), 241-255.
- Pérez Peñaranda, A., García Ortiz, L., Rodríguez Sánchez, E., Losada Baltar, A., Porras Santos, N. y Gómez Marcos, M.A. (2009). Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Atención Primaria*, 41(11), 621-628.
- Perinat, A., Lalueza, J.L. y Sadurní, M. (2007). *Psicología del desarrollo: un enfoque sistémico*. Barcelona: Editorial UOC.
- Prado, V., Crespo, J.M., Brenlla, J. y Páramo, M.F. (2007). Relación entre consumo de alcohol y rasgos patológicos de personalidad en una muestra de alumnos universitarios. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 126-131.
- Proserpio, T. (2009). Familia y enfermedad. *Tredimensioni*, 6, 210-216.
- Puerto, H.M. (2015). Calidad de vida en cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Revista Cuidarte*, 6(2), 1029-1040.
- Quiroga, M.A. y Sánchez, M.P. (1997). Análisis de la insatisfacción familiar. *Psicothema*, 9(1), 69-82.



- Ramírez, L. (2007). *El funcionamiento familiar en familias con hijos drogodependientes. (Un Análisis Etnográfico)*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. Valencia.
- Ramos, J.M. (2012). Autoestima y Trastornos de Personalidad. De lo Lineal a lo Complejo. *Clínica y Salud*, 23(2), 123-139
- Real Academia Española. (2012). *Diccionario de la lengua española* (22.<sup>a</sup> ed.). Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=familia>
- Rivero-Lazcano, N., Martínez-Pampliega, A. y Iraurgi I. (2011). El papel funcionamiento y la comunicación familiar en los síntomas psicósomáticos. *Clínica y Salud*, 22(2), 175-186.
- Robinson, B.C. (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology*, 38(3), 344-348.
- Robles, A. (2012). Fibromialgia y el contexto familiar. *Familia*, 45, 35-51.
- Roca, V. y Laredo, J.M. (2003). Opiáceos (V). Complicaciones orgánicas de la dependencia a opiáceos. En P. Lorenzo.; J.M. Ladero; J.C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias* (pp. 97-106). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Rodin, G.M., Craven, J.L. y Littlefield, C.H. (1992). *Depresión in the medically ill: An integrated approach*. New York: Brunner/Mazel
- Rodríguez del Álamo, A. (2002). Factores de riesgo de sobrecarga en los familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Alzheimer*, 28(4), 34-36.
- Rodríguez del Álamo, A. y de Benito, F. (2003). Sobrecarga familiar en las enfermedades neurodegenerativas. *Utopía*, 13(1). Disponible en: <http://www.portalsolidario.net/revista/EF03/colabora1.php3?mas=4>
- Rodríguez, B., Ortiz, A., Palao, A., Avedillo, C., Sánchez-Cabezudo, A. y Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *The European Journal of Psychiatry*, 16(1), 27-38.

- Rodríguez, M. (2006). Viejas y nuevas familias. La transición hacia nuevas estructuras familiares. Comunicación presentada en el *7º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis*.
- Rogero-García, J. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería*, 19(1), 47-50.
- Rollán, C., García-Bermejo, M. y Villarrubia, I. (2005). Relación entre la satisfacción familiar, el bienestar psicológico y el sentido de la vida. *Educación y Futuro: Revista de Investigación Aplicada y Experiencias Educativas*, 12, 71-82.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Rubio, G., Ponce, G., Jiménez, A. y Bobes, J. (2003). Objetivos y estrategias generales del tratamiento. En J. Bobes, M. Casas y M. Gutiérrez, *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias* (pp. 115-125). Barcelona: Ars Medica.
- Ruiz, A.O., Hernández, M.I., Mayren, P.J. y Vargas, M.L. (2014). Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. *Liberabit*, 20(1), 109-119.
- Ruiz, G. (1990). La familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 6(1), 58-73.
- Ruiz-Robledillo, N. y Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22-30.
- Sáiz, P.A., Jiménez, L., Díaz, E.M., García-Portilla, M.P., Marina, P., Al-Halabí, S., Szerman, N., Bobes, J. y Ruiz, P. (2014). Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*, 26(3), 254-274.
- Sánchez, B. (2002). El cuidado de la salud de personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América Latina. *Actualizaciones en Enfermería*, 5(1), 13-16.

- Sánchez-Herrera, B., Carrillo-González, G.M., Barrera-Ortíz, L. y Chaparro- Díaz, L. (2013). Carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible. *Aquichan*, 13(2), 247-260.
- Sánchez-Herrero, M.P., Sánchez-López, M. y Aparicio-García, M.E. (2011). Salud, ansiedad y autoestima en mujeres de mediana edad cuidadoras y no cuidadoras. *Ansiedad y Estrés*, 17(1), 27-37.
- Sánchez-Hervás, E.; Morales, E. y Tomás, V. (2000). Gravedad de la psicopatología en usuarios de drogas. *Psiquiatría Biológica*, 7(3), 95-99.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998) Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2011). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II*. Madrid: Pearson
- Saunders, B. (1993). Conductas adictivas y recaída. Una visión de conjunto. En M. Casas y M. Gossop, *Recaída y prevención de recaídas* (pp. 45-84). Barcelona: Neurociencias.
- Saunders, J. (1999). Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 95-113.
- Saunders, J. (2003). Families living with severe mental illness: A literatura review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 175-198.
- Schneider, J., Murray, J., Banerjee, S. y Mann, A. (1999). Eurocare: a cross national study of co-residents spouse carers for people with Alzheimer's disease: I- factors associated with carer burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(8), 651-661.
- Schulz, R., O'Brien, A., Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates and causes. *The Gerontologist*, 35(6), 771-791.

- Segura, N., Gómez, R., López, R., Gil, E., Saiz, C. y Cordero, J. (2006). El anciano dependiente y el desgaste físico y psíquico de su cuidador. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 41(1), 15-20.
- Serrano, A. C., Rodríguez, N. y Isabel, L. (2011). Afrontamiento familiar a la drogodependencia en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2), 130-136.
- Smilkstein, G. (1976). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal Family Practice*, 6, 1231-1239.
- Solano, M. I. y Vázquez, S. (2014). Familia, en la salud y en la enfermedad... mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 194-202.
- Soriano, M. (2014). Experiencia vivida en cuidadores principales de personas con esquizofrenia. *Revista Científica de Enfermería*, 8, 1-2.
- Sotto, M., Ribeiro, O. y Paúl, C. (2009). Percepción de la satisfacción de cuidadores de personas con demencia y de cuidadores de personas con AVC. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 17(5).
- Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C.D. Spielberger (Ed.). *Anxiety Behavior* (pp. 23-49). New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R., y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Stajduhar, K. (2003). Examining the perspectives of family members involved in the delivery of palliative care at home. *Journal of Palliative Care*, 19(1), 27-35.
- Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C., Acrich, L. y Bail, V. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(1), 55-65.
- Stoller, E.P. (2002). Theoretical perspectives on caregiving men. En B.J. Kramer y E.H. Thompson Jr., *Men as Caregivers* (pp. 51-68). Nueva York: Springer.

- Szerman, N. (2006). Patología dual. *Trastornos Adictivos*, 8(4), 208-210.
- Tercero, G, Deyanira, M.P., Muñoz, O., Clark, P., Medeiros, M., Hernández, A. y Luque, M. (2013). Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) en escolares y adolescentes mexicanos: datos normativos. *Salud Mental* 36(5), 381-386.
- Thoits, P. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 2, 145-159.
- Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-320.
- Torres, A. M. y Pinilla, M. (2003). Perfil de los cuidadores de enfermos mentales. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 5(1), 11-17.
- Tortajada, S., Herrero, M.J., Domingo-Salvany, A., Molist, G., Barrio, G., de la Fuente, L. y Brugal, T. (2012). Morbilidad psiquiátrica en consumidores de cocaína y heroína reclutados en la comunidad. *Adicciones*, 24(3), 201-210.
- Turro, O. (2007). Repercusión de la enfermedad de Alzheimer en el cuidador de Alzheimer. *Realidades e Investigación en Demencia*, 35, 30-37.
- Turro, O., Soler, O., Garre, J., López, S., Vilalta, J. y Vila, M. (2008). Distribución factorial de la carga en cuidadores con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 46, 582-588.
- Twigg, J. (1993). Cuidadores de los ancianos: modelos para un análisis. En A. Jamieson y R. Illsley. (Ed.). *Comparación de políticas europeas de atención a las personas mayores*. Barcelona: SG editores.
- Vargas, E. y Terleira, A. (2003). Sustancias volátiles. En P. Lorenzo, J.M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain, *Drogodependencias* (pp. 227-232). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Vázquez Morejón, A.J., Jiménez García-Bóveda, R. y Vázquez-Morejón, R. (2004)..Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255.
- Velazco, O. y Chávez, A. (1994). La Disfunción Familiar, un Reto Diagnóstico-Terapéutico. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 32(3), 271-275.
- Venegas, B.C. (2006). Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. *Aquichan*, 6(1), 137-147.
- Walsh, F. (1982). *Conceptualización de normal family functioning*. New York: Guilford Press.
- Washton, A.M. (1991). *Querer no es poder*. Barcelona: Paidós.
- Weiss, P.A. (1971). El sistema viviente, determinismo estratificado. *Convivium*, 33, 3-45.
- Wolf, D., Freedman, V. y Soldo, B. (1997). The division of family labor: care for elderly parents. *The Journal of Gerontology*, 52B, 102-109.
- Zarit, M. y Zarit, T. (1982). *Evaluación del medio y del cuidador del paciente con demencia*. Barcelona: Prous.
- Zarit, S. H., Reever, K. E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist*, 20, 649-654.

**ANEXOS**





**ANEXO 1**



## ANEXO 1

## CUESTIONARIO PARA LA RECOGIDA DE DATOS DEL GRUPO DE ESTUDIO

<b>Fecha:</b> <b>Entrevistador:</b> <b>Nº de sujeto:</b>
--

### ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LA RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, FAMILIARES, SOCIALES, PSIQUIÁTRICOS Y ESPECÍFICOS

**I. Datos sociodemográficos**

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Sexo:

1. Mujer   
 2. Hombre

3. Personas con las que convive:

1. Familia completa   
 2. Familia incompleta   
 3. Pareja y/o hijos   
 4. Solo/a   
 5. Otras personas

Indicar cuáles:

4. Número de hijos:

1. Ninguno   
 2. De 1 a 2   
 3. Más de 2

5. Nivel de estudios:

1. Sin estudios   
 2. Primarios (hasta 6º EP)   
 3. 8º EGB/Grad. Escolar   
 4. ESO/FP   
 5. COU/Bachillerato   
 6. 3º Estud. Universitarios   
 7. Estud. Universitarios   
 8. Otros Niveles

Indicar cuál/es:

6. Profesión:

1. Sin profesión   
 2. Empresario/liberal   
 3. Admón. Pública   
 4. Sanitaria   
 5. Docencia

6. Cuerpos FF Sgdad.   
 7. Arquitecto/Ingeniero   
 8. Ama de casa   
 9. Estudiante   
 10. Otros

Indicar cuál/es:

7. Situación laboral actual:

1. Activo   
 2. Desempleado   
 3. Jubilado   
 4. Baja laboral

**II. Datos familiares**

8. Vínculo que mantiene con el paciente:

1. Padre   
 2. Madre   
 3. Pareja   
 4. Hermano   
 5. Otros

Indicar cuáles:

9. Relación con paciente:

1. Buena   
 2. Regular   
 3. Mala   
 4. Sin relación

**III. Datos sociales**

10. ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?:

1. Lectura   
 2. Música   
 3. Internet   
 4. Deporte   
 5. Viajar

6. Compras   
 7. Ver TV   
 8. Varios   
 9. Otros

Indicar cuál/es:

---

11. ¿De cuánto tiempo libre dispone a la semana?:

1. Ninguno   
 2. De 1 a 5 horas   
 3. De 6 a 10 horas   
 4. De 11 a 15 horas   
 5. De 16 a 20 horas   
 6. Más de 20 horas

12. ¿Con qué personas comparte su tiempo libre?:

1. Ninguna   
 2. Familia   
 3. Amigos   
 4. Pareja   
 5. Otros

Indicar cuál/es:

---

6. Varios de ellos

13. ¿Considera que en la actualidad ha disminuido la cantidad de tiempo que pasa con sus amigos y/o su familia?:

1. Sí   
 2. No

*En caso afirmativo, responda la siguiente pregunta*

14. ¿A qué cree que es debido?:

1. Circunstancias familiares   
 2. Trabajo   
 3. Habitar en otra ciudad   
 4. Paso tiempo con pareja   
 5. Varios de ellos   
 6. Otros

Indicar cuál/es:

---

#### IV. Datos Psiquiátricos

15. ¿Ha notado en su estado de ánimo? (puede indicar más de una opción):

1. tristeza   
 2. abatimiento   
 3. infelicidad   
 4. falta de concentración   
 5. problemas de atención y memoria   
 6. alteración del sueño   
 7. alteración del apetito y

- deseo sexual   
 8. autoinculpación   
 9. autorreproches

16. ¿Ha tenido problemas de ansiedad tales como? (puede indicar más de una opción):

1. inquietud   
 2. nerviosismo   
 3. preocupación   
 4. miedo   
 5. alarma

17. ¿Ha experimentado sentimientos de ira y hostilidad manifestada tales como? (puede indicar más de una opción):

1. irritación   
 2. disgusto   
 3. enfado   
 4. rabia

18. ¿Ha estado alguna vez en tratamiento con un psicólogo o un psiquiatra?:

1. Sí   
 2. No

*En caso afirmativo, continúe respondiendo*

19. ¿Cuál fue el motivo para acudir?:

1. Adicción de un familiar   
 2. Ansiedad   
 3. Depresión   
 4. Estrés   
 5. Disminución de autoestima   
 6. Otros

(Indicar cuál/es:

---

20. ¿Cuáles cree que son los motivos de esos problemas? (puede indicar más de una opción):

1. Problemas con familiar   
 2. Ruptura equilibrio familiar   
 3. Ansiedad   
 4. Estrés   
 5. Otros

(Indicar cuál/es:

---

21. ¿Toma o ha tomado algún tipo de psicofármaco (valium, tranxilium, rohipnol, prozac, etc.) para su problema?:

1. Sí   
 2. No

22. Indique cuál o cuáles:

---

---

**23.** ¿Ha estado alguna vez ingresado en un hospital por problemas psiquiátricos?:

- 1. Sí
- 2. No

**V. Datos específicos**

**24.** ¿Qué número de recaídas ha tenido su familiar en el último año?:

- 1. Ninguna
- 2. De 1 a 3
- 3. Más de 3

**25.** ¿Cómo ha conseguido que su familiar comience el tratamiento?:

- 1. Por su propia voluntad
- 2. Presión familiar
- 3. Presión judicial
- 4. Motivos de salud
- 5. Motivos económicos
- 6. Otros

Indicar cuál/es:

---

**26.** ¿Cuántas veces ha iniciado el tratamiento su familiar?:

- 1. Ninguna
- 2. De 1 a 3
- 3. Más de 3

**27.** Estando ya su familiar en tratamiento ¿cuántas veces ha consumido?:

- 1. Ninguna
- 2. De 1 a 3
- 3. Más de 3

**28.** ¿Cómo ha afrontado usted esa situación (consumo del familiar estando en tratamiento)? (puede indicar más de una opción):

- 1. paciencia
- 2. desánimo
- 3. dudas
- 4. frustración

## CUESTIONARIO PARA LA RECOGIDA DE DATOS DEL GRUPO COMPARACIÓN

<b>Fecha:</b> <b>Entrevistador:</b> <b>Nº de sujeto:</b>
--

### ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LA RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, FAMILIARES, SOCIALES Y PSIQUIÁTRICOS

#### I. Datos sociodemográficos

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Sexo:

1. Mujer   
 2. Hombre

3. Personas con las que convive:

1. Familia completa   
 2. Familia incompleta   
 3. Pareja y/o hijos   
 4. Solo/a   
 5. Otras personas

Indicar cuáles:

\_\_\_\_\_

4. Número de hijos:

1. Ninguno   
 2. De 1 a 2   
 3. Más de 2

5. Nivel de estudios:

1. Sin estudios   
 2. Primarios (hasta 6º EP)   
 3. 8º EGB/Grad. Escolar   
 4. ESO/FP   
 5. COU/Bachillerato   
 6. 3º Estud. Universitarios   
 7. Estud. Universitarios   
 8. Otros Niveles

Indicar cuál/es:

\_\_\_\_\_

6. Profesión:

1. Sin profesión   
 2. Empresario/liberal   
 3. Admón. Pública   
 4. Sanitaria   
 5. Docencia   
 6. Cuerpos FF Sgdad.   
 7. Arquitecto/Ingeniero   
 8. Ama de casa   
 9. Estudiante   
 10. Otros

Indicar cuál/es:

\_\_\_\_\_

7. Situación laboral actual:

1. Activo   
 2. Desempleado   
 3. Jubilado   
 4. Baja laboral

#### II. Datos familiares

8. Vínculo que mantiene con el paciente:

1. Padre   
 2. Madre   
 3. Pareja   
 4. Hermano   
 5. Otros

Indicar cuáles:

\_\_\_\_\_

9. Relación con paciente:

1. Buena   
 2. Regular   
 3. Mala   
 4. Sin relación

#### III. Datos sociales

10. ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?:

1. Lectura   
 2. Música   
 3. Internet   
 4. Deporte   
 5. Viajar   
 6. Compras   
 7. Ver TV   
 8. Varios   
 9. Otros

Indicar cuál/es:

\_\_\_\_\_

11. ¿De cuánto tiempo libre dispone a la semana?:

1. Ninguno   
 2. De 1 a 5 horas

3. De 6 a 10 horas
4. De 11 a 15 horas
5. De 16 a 20 horas
6. Más de 20 horas

**12.** ¿Con qué personas comparte su tiempo libre?:

1. Ninguna
2. Familia
3. Amigos
4. Pareja
5. Otros

Indicar cuál/es:

- 
6. Varios de ellos

**13.** ¿Considera que en la actualidad ha disminuido la cantidad de tiempo que pasa con sus amigos y/o su familia?:

1. Sí
2. No

*En caso afirmativo, responda la siguiente pregunta*

**14.** ¿A qué cree que es debido?:

1. Circunstancias familiares
2. Trabajo
3. Habitar en otra ciudad
4. Paso tiempo con pareja
5. Varios de ellos
6. Otros

(Indicar cuál/es:

#### IV. Datos Psiquiátricos

**15.** ¿Ha notado en su estado de ánimo? (puede indicar más de una opción):

1. tristeza
2. abatimiento
3. infelicidad
4. falta de concentración
5. problemas de atención y memoria
6. alteración del sueño
7. alteración del apetito y deseo sexual
8. autoinculpación
9. autorreproches

**16.** ¿Ha tenido problemas de ansiedad tales como? (puede indicar más de una opción):

1. inquietud
2. nerviosismo
3. preocupación
4. miedo
5. alarma

**17.** ¿Ha experimentado sentimientos de ira y hostilidad manifestada tales como? (puede indicar más de una opción):

1. irritación
2. disgusto
3. enfado
4. rabia

**18.** ¿Ha estado alguna vez en tratamiento con un psicólogo o un psiquiatra?:

1. Sí
2. No

*En caso afirmativo, continúe respondiendo*

**19.** ¿Cuál fue el motivo para acudir?:

1. Adicción de un familiar
2. Ansiedad
3. Depresión
4. Estrés
5. Disminución de autoestima
6. Otros

(Indicar cuál/es:

**20.** ¿Cuáles cree que son los motivos de esos problemas? (puede indicar más de una opción):

1. Problemas con familiar
2. Ruptura equilibrio familiar
3. Ansiedad
4. Estrés
5. Otros

Indicar cuál/es:

**21.** ¿Toma o ha tomado algún tipo de psicofármaco (valium, tranxilium, rohipnol, prozac, etc.) para su problema?:

1. Sí
2. No

**22.** Indique cuál o cuáles:

**23.** ¿Ha estado alguna vez ingresado en un hospital por problemas psiquiátricos?:

1. Sí
2. No

**BDI-II**

**Instrucciones:** Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido durante las dos últimas semanas, incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar la elección. Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los elementos 16 (cambio en el patrón de sueño) y 18 (cambio en el apetito).**

**1. Tristeza**

0. No me siento triste habitualmente.  
1. Me siento triste gran parte del tiempo.  
2. Me siento triste continuamente.  
3. Me siento tan triste o tan desgraciado/a que no puedo soportarlo.
- 

**2. Pesimismo**

0. No estoy desanimado sobre mi futuro.  
1. Me siento más desanimado/a sobre mi futuro que antes.  
2. No espero que las cosas mejoren.  
3. Siento que mi futuro es desesperanzador y las cosas sólo empeorarán.
- 

**3. Sentimientos de fracaso**

0. No me siento fracasado.  
1. He fracasado más de lo que debería.  
2. Cuando miro hacia atrás, veo fracaso tras fracaso.  
3. Me siento una persona totalmente fracasada.
- 

**4. Pérdida de placer**

0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.  
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.  
2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.  
3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 

**5. Sentimientos de culpa**

0. No me siento especialmente culpable.  
1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.  
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.  
3. Me siento culpable constantemente.
- 

**6. Sentimientos de castigo**

0. No siento que esté siendo castigado.  
1. Siento que puedo ser castigado.  
2. Espero ser castigado.  
3. Siento que estoy siendo castigado.
- 

**7. Insatisfacción con uno mismo**

0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.  
1. He perdido confianza en mí mismo.  
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.  
3. No me gusta
- 

**8. Autocríticas**

0. No me critico o me culpo más que antes.  
1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.  
2. Critico todos mis defectos.  
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 

**9. Pensamientos o deseos de suicidio**

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.  
2. Me gustaría suicidarme.  
3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 

**10. Llanto**

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.  
1. Lloro más de lo que solía hacerlo.  
2. Lloro por cualquier cosa.  
3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.
- 

**11. Agitación**

0. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.  
1. Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.  
2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.  
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.
- 

**12. Pérdida de interés**

0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.  
1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.  
2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
-



---

3. Me resulta difícil interesarme en algo.

---

### 13. Indecisión

0. Tomo decisiones más o menos como siempre.
1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
  2. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
  3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
- 

### 14. Inutilidad

0. No me siento inútil.
1. No me considero tan valioso y útil como solía ser.
  2. Me siento inútil en comparación con otras personas.
  3. Me siento completamente inútil.
- 

### 15. Pérdida de energía

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía de la que solía tener.
  2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
  3. No tengo suficiente energía para hacer nada
- 

### 16. Cambios en el patrón de sueño

0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 

- 1a. Duermo algo más de lo habitual.  
1b. Duermo algo menos de lo habitual.
- 

- 2a. Duermo mucho más de lo habitual.  
2b. Duermo mucho menos de lo habitual.
- 

- 3a. Duermo la mayor parte del día.  
3b. Me levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.
- 

### 17. Irritabilidad

0. No estoy más irritable de lo habitual.
1. Estoy más irritable de lo habitual.
  2. Estoy mucho más irritable de lo habitual.
  3. Estoy irritable continuamente.
- 

### 18. Cambios en el apetito

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 

- 1a. Mi apetito es algo menor de lo habitual.  
1b. Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- 

- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.  
2b. Mi apetito es mucho mayor que antes.
- 

- 3a. He perdido completamente el apetito.  
3b. Tengo ganas de comer continuamente.
- 

### 19. Dificultad de concentración

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
  2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
  3. No puedo concentrarme en nada.
- 

### 20. Cansancio o fatiga

0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
  2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
  3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.
- 

### 21. Pérdida de interés por el sexo

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
  2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
  3. He perdido completamente el interés por el sexo.
-

**EAE**

**ESCALA G**

**INSTRUCCIONES**

A continuación va a encontrar una serie de enunciados relacionados con acontecimientos importantes, situaciones de ansiedad, momentos tensos, de nerviosismo, de inquietud, de frustración, etc.

Debe decirnos cuáles han estado o están presentes en su vida. Para ello, marcará con un aspa el SI, siempre que uno de estos acontecimientos se haya producido en su vida; de lo contrario, marcará el NO.

Sólo si ha rodeado el SI, señale en qué medida le ha afectado. Para ello, marcará primero con una X el número que considera que representa mejor la intensidad con que le ha afectado, sabiendo que 0 significa nada, 1 un poco, 2 mucho y 3 muchísimo.

En segundo lugar, debe indicar además, si todavía le está afectando o si ya le ha dejado de afectar; en el primer caso, marcará la letra A; si le ha dejado de afectar o apenas le afecta marcará la letra P.

<b>Ejemplo:</b> "Castigo inmerecido"    SI    NO    0   1   2   3    A   P
--

**ESPERE, NO DE LA VUELTA A LA HOJA HASTA QUE SE LE INDIQUE**

---

**NO ESCRIBA NADA EN ESTE EJEMPLAR****Por favor conteste a todos los enunciados**

1. Primer empleo.
2. Situación de paro, desempleo o jubilación anticipada.
3. Época de exámenes u oposiciones.
4. Cambio de ciudad o de residencia.
5. Búsqueda y/o adquisición de vivienda.
6. Deudas, préstamos, hipotecas.
7. Problemas económicos propios o familiares.
8. Estilo de vida y/o forma de ser.
9. Subida constante del coste de la vida.
10. Emancipación, independencia de la familia.
11. Falta de apoyo o traición de los amigos.
12. Infidelidad propia o de la otra persona hacia mi.
13. Hablar en público.
14. Inseguridad ciudadana.
15. Situación socio-política del país.
16. Preocupación por la puntualidad.
17. Vivir sólo.
18. Problemas de convivencia con los demás.
19. Presencia de una persona no deseada en el hogar (tía, abuela, pariente).
20. Vida y relación de pareja o de matrimonio.
21. Ruptura de noviazgo o separación de pareja.
22. Ruptura de las relaciones familiares (con los padres, hermanos).
23. Abandono del hogar de un ser querido.
24. Separación, divorcio de mis padres.
25. Nacimiento de otro hijo o hermano.
26. Estudios y/o futuro de mis hijos o familiar cercano.
27. Problemática de drogas o alcohol (propia o familiar).
28. Muerte de algún familiar muy cercano (cónyuge, padres, hermanos).
29. Muerte de algún amigo/a o persona querida.
30. Embarazo no deseado o deseado con problemas.
31. Aborto provocado o accidental.
32. Tener una enfermedad grave.
33. Envejecer.
34. Enfermedad de un ser querido.
35. Pérdida de algún órgano o función física o psíquica.
36. Problemas sexuales.
37. Someterse a tratamiento, revisión o rehabilitación.
38. Intervención u operación quirúrgica.
39. Ocupar un nuevo cargo o puesto de trabajo.
40. Cambio de horario de trabajo.
41. Exceso de trabajo.
42. Excesiva responsabilidad laboral.
43. Hacer viajes (frecuentes, largos).
44. Tiempo libre y falta de ocupación.
45. Problemática de relaciones en mi trabajo (con los jefes, compañeros).
46. Situación discriminatoria en mi trabajo.
47. Éxito o fracaso profesional.
48. Desorden en casa, despacho.
49. Reformas en casa.
50. Dificultades en el lugar donde vivo.
51. Preparación de vacaciones.
52. Etapa de vacaciones e incorporación al trabajo.
53. Servicio militar.

**EAE ESCALA G****HOJA DE RESPUESTAS**

Compruebe que el número de la fila donde anota su respuesta coincide con el del cuadernillo.

**Ejemplo:** "Castigo inmerecido"                      SI      NO      0 1 2 3      A      P

SI	NO	Intensidad	Tiempo	SI	NO	Intensidad	Tiempo
1. SI	NO	0 1 2 3	A P	28. SI	NO	0 1 2 3	A P
2. SI	NO	0 1 2 3	A P	29. SI	NO	0 1 2 3	A P
3. SI	NO	0 1 2 3	A P	30. SI	NO	0 1 2 3	A P
4. SI	NO	0 1 2 3	A P	31. SI	NO	0 1 2 3	A P
5. SI	NO	0 1 2 3	A P	32. SI	NO	0 1 2 3	A P
6. SI	NO	0 1 2 3	A P	33. SI	NO	0 1 2 3	A P
7. SI	NO	0 1 2 3	A P	34. SI	NO	0 1 2 3	A P
8. SI	NO	0 1 2 3	A P	35. SI	NO	0 1 2 3	A P
9. SI	NO	0 1 2 3	A P	36. SI	NO	0 1 2 3	A P
10. SI	NO	0 1 2 3	A P	37. SI	NO	0 1 2 3	A P
11. SI	NO	0 1 2 3	A P	38. SI	NO	0 1 2 3	A P
12. SI	NO	0 1 2 3	A P	39. SI	NO	0 1 2 3	A P
13. SI	NO	0 1 2 3	A P	40. SI	NO	0 1 2 3	A P
14. SI	NO	0 1 2 3	A P	41. SI	NO	0 1 2 3	A P
15. SI	NO	0 1 2 3	A P	42. SI	NO	0 1 2 3	A P
16. SI	NO	0 1 2 3	A P	43. SI	NO	0 1 2 3	A P
17. SI	NO	0 1 2 3	A P	44. SI	NO	0 1 2 3	A P
18. SI	NO	0 1 2 3	A P	45. SI	NO	0 1 2 3	A P
19. SI	NO	0 1 2 3	A P	46. SI	NO	0 1 2 3	A P
20. SI	NO	0 1 2 3	A P	47. SI	NO	0 1 2 3	A P
21. SI	NO	0 1 2 3	A P	48. SI	NO	0 1 2 3	A P
22. SI	NO	0 1 2 3	A P	49. SI	NO	0 1 2 3	A P
23. SI	NO	0 1 2 3	A P	50. SI	NO	0 1 2 3	A P
24. SI	NO	0 1 2 3	A P	51. SI	NO	0 1 2 3	A P
25. SI	NO	0 1 2 3	A P	52. SI	NO	0 1 2 3	A P
26. SI	NO	0 1 2 3	A P	53. SI	NO	0 1 2 3	A P
27. SI	NO	0 1 2 3	A P				

**Número de SI****Puntuaciones en intensidad**

En A=

A=

Total=

Total=

Centil=

En P=

P=

**STAI****AUTOEVALUACIÓN A (E/R)****A-E****INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA**

Ahora, pase a la siguiente página y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A/E	PD = 30 + - =
A/R	PD = 21 + - =

**A-R**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA**

## ESCALA DE SATISFACCIÓN FAMILIAR POR ADJETIVOS

### INSTRUCCIONES

En la siguiente página encontrará una lista de pares de adjetivos separados por seis casillas. Fíjese en cada uno de ellos y piense cuál de los dos adjetivos describe mejor su situación en respuesta a la frase: "CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA. MÁS BIEN ME SIENTO..." Una vez que haya elegido el adjetivo, valore el grado que alcanza en su caso (Totalmente, Bastante o Algo) y ponga un aspa (X) en la casilla correspondiente.

Ejemplo:

"CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA. MÁS BIEN ME SIENTO..."

	Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente		
1	FELIZ				X		INFELIZ	1

Quien ha contestado de este modo indica que más bien se siente BASTANTE INFELIZ cuando está en casa con su familia.

### IMPORTANTE

- Conteste a todos los pares de adjetivos y no ponga más de una señal en cada línea.
- Recuerde que antes de responder a cada adjetivo debe pensar primero en la frase:

"CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA, MÁS BIEN ME SIENTO..."

## HOJA DE ANOTACIÓN

"CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA, MÁS BIEN ME SIENTO..."

		Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente		
1	FELIZ							INFELIZ	1
2	AISLADO/A							ACOMPañADO/A	2
3	JOVIAL							MALHUMORADO/A	3
4	RECONFORTADO/A							DESCONSOLADO/A	4
5	CRITICADO/A							APOYADO/A	5
6	SOSEGADO/A							DESASOSEGADO/A	6
7	DESCONTENTO/A							CONTENTO/A	7
8	INSEGURO/A							SEGURO/A	8
9	A GUSTO							A DISGUSTO	9
10	SATISFECHO/A							INSATISFECHO/A	10
11	COHIBIDO/A							A MIS ANCHAS	11
12	DESANIMADO/A							ANIMADO/A	12
13	ENTENDIDO/A							MALINTERPRETADO/A	13
14	INCÓMODO/A							CÓMODO/A	14
15	ATOSIGADO/A							ALIVIADO/A	15
16	INVADIDO/A							RESPETADO/A	16
17	RELAJADO/A							TENSO/A	17
18	MARGINADO/A							INTEGRADO/A	18
19	AGITADO/A							SERENO/A	19
20	TRANQUILO/A							NERVIOSO/A	20
21	ATACADO/A							DEFENDIDO/A	21
22	DICHOSO/A							DESDICHADO/A	22
23	DESAHOGADO/A							AGOBIADO/A	23
24	COMPRENDIDO/A							INCOMPRENDIDO/A	24
25	DISTANTE							CERCANO/A	25
26	ESTIMULADO/A							REPRIMIDO/A	26
27	MAL							BIEN	27



## ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)

Por favor, lea las frases que figuran a continuación y señale el nivel de acuerdo o desacuerdo que tiene con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

**CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR**

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi siempre</b>
1- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4- ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5- ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>			

### CUESTIONARIO DUKE-UNC (apoyo social percibido auto)

<b>Instrucciones:</b> En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en cama					
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>					

**ESCALA DE CARGA DEL CUIDADOR de ZARIT**

<b>Instrucciones:</b> A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Vd. así: nunca, casi nunca, a veces, frecuentemente y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia. <b>CON QUÉ FRECUENCIA</b>	<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>FRECUENTEMENTE</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.- ¿Siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2.- ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?					
3.- ¿Se siente estresado al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades?					
4.- ¿Se siente avergonzado por el comportamiento de su familiar?					
5.- ¿Se siente irritado cuando está cerca de su familiar?					
6.- ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?					
7.- ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8.- ¿Siente que su familiar depende de usted?					
9.- ¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10.- ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					
11.- ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					
12.- ¿Cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					
13.- ¿Se siente incómodo por invitar a amigos a casa, a causa de su familiar?					
14.- ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?					
15.- ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16.- ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?					
17.- ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18.- ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19.- ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
20.- ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21.- ¿Cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?					
22.- En general ¿Se siente muy sobrecargado al tener que cuidar a su familiar?					
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>					

## INDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR (Robinson)

Instrucciones: Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes con los que conviven en casa. ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso? (aportar los ejemplos)

1. Tiene trastornos de sueño (Ej. Porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)	SI	NO
2. Es un inconveniente (Ej. Porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar)	SI	NO
3. Representa un esfuerzo físico (Ej. Hay que sentarlo, levantarlo de una silla)	SI	NO
4. Supone una restricción (Ej. Porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas)	SI	NO
5. Ha habido modificaciones en la familia (Ej. Porque la ayuda ha roto la rutina y no hay intimidad)	SI	NO
6. Ha habido cambios en los planes personales (Ej. Se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)	SI	NO
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. Por parte de otros miembros de la familia)	SI	NO
8. Ha habido cambios emocionales (Ej. Causa de fuertes discusiones)	SI	NO
9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. La incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas)	SI	NO
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. Es una persona diferente de antes)	SI	NO
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. A causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda)	SI	NO
12. Es una carga económica	SI	NO
13. Nos ha desbordado totalmente (Ej. Por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento)	SI	NO
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

## ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO (Lawton)

1- Me gustaría hablar de algunos sentimientos que pueda tener cuando cuida a su familiar. Por favor, dígame en qué medida está de acuerdo con la siguiente afirmación:

Siento satisfacción por ayudar a (persona cuidada)

1. Totalmente de acuerdo
2. Algo de acuerdo
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4. Algo en desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

2- Dígame ¿con qué frecuencia siente que ayudar a (persona cuidada) le ha hecho sentir más cercano a él/ella?

1. Casi siempre
2. Con bastante frecuencia
3. Alguna vez
4. Rara vez
5. Nunca

3- Dígame ¿con qué frecuencia siente que realmente disfruta estando con (persona cuidada)?

1. Casi siempre
2. Con bastante frecuencia
3. Alguna vez
4. Rara vez
5. Nunca

4- Dígame ¿con qué frecuencia siente que el hecho de responsabilizarte de (persona cuidada) le ayuda a aumentar su autoestima?

1. Casi siempre
2. Con bastante frecuencia
3. Alguna vez
4. Rara vez
5. Nunca

5- Dígame ¿con qué frecuencia siente que los momentos placenteros de (persona cuidada) le producen placer a usted también?

1. Casi siempre
2. Con bastante frecuencia
3. Alguna vez
4. Rara vez
5. Nunca

6- Dígame ¿con qué frecuencia siente que cuidar a (persona cuidada) da un mayor sentido a su vida?

1. Casi siempre
2. Con bastante frecuencia
3. Alguna vez
4. Rara vez
5. Nunca

**ANEXO 2**





---

**ANEXO 2**

Sevilla, 04 de Julio de 2014

SR. DIRECTOR DEL CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA SIERRA SUR

El motivo de la presente es solicitar permiso para realizar en su Centro una Evaluación Psicológica de los familiares de los pacientes que acuden al mismo para el tratamiento de su drogodependencia. Dicha evaluación forma parte de un estudio encaminado a la obtención del Título de Doctora en Psicología por la Universidad de Sevilla de la doctoranda Begoña Nava Arquillo, bajo la dirección de la profesora María José López Miguel.

El familiar debe considerarse como un gran apoyo para el drogodependiente, que incrementa el éxito y la eficacia en la intervención terapéutica y en el tratamiento de deshabituación. Por ello consideramos de vital importancia, y es nuestro propósito conocer cómo afecta a dicho familiar la convivencia con el paciente (persona con problemas de adicción – comienzo del consumo, recaídas,...-)

La evaluación, para la cual será necesario seleccionar, como mínimo, a treinta familiares (padres, hermanos, parejas, etc.) será anónima, confidencial y voluntaria, quedando lo anteriormente expuesto garantizado mediante la firma del correspondiente consentimiento informado, y pudiendo ser interrumpida su participación en cualquier momento, sin que ello suponga un cambio en la relación con el equipo de atención clínica.

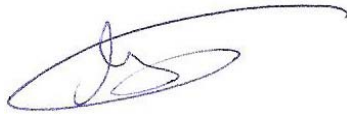
Para llevar a cabo la evaluación, el familiar del paciente deberá cumplimentar un protocolo con distintos test psicológicos y una entrevista semiestructurada para la recogida de datos sociodemográficos, familiares, escolares, laborales, sociales y psiquiátricos. El tiempo estimado de participación del familiar del paciente durante el estudio es de 45 minutos, en una única visita; dándose por finalizada la evaluación una vez sean tomados los datos al número de

familiares necesario, un mínimo de treinta tal y como se ha expuesto anteriormente, no pudiéndose estimar la cantidad de tiempo de calendario pues dependerá del número de familiares que acudan al centro acompañando al paciente. Se llevará a cabo bajo las indicaciones del personal del Centro, intentando no causar molestias ni al personal ni a los familiares.

El organismo público que facilita el acceso a la población en estudio (Centro de Tratamiento de Adicciones de Villamartín. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz. Diputación de Cádiz), será reconocido en la Investigación realizada.

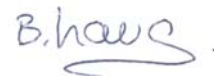
Agradecemos de antemano su interés y quedamos a su disposición para cualquier aclaración que desee realizarnos.

Atentamente,



María José López Miguel

Directora del estudio



Begoña Nava Arquillo

Estudiante de Doctorado

**ANEXO 3**



## ANEXO 3

.....de .....de 20....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO DE ESTUDIO**

Yo.....

Como familiar del paciente asistido en el Centro de Tratamiento Ambulatorio de Villamartín/Arcos de la Frontera consiento que me sean realizadas pruebas psicológicas y entrevista para conocer cómo influye en mi persona el tener un vínculo familiar con dicho paciente, conociendo y aceptando que:

- a. Mi colaboración contribuye a que la investigadora D. Begoña Nava Arquillo, inserta en el Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud, impartido por el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla, pueda aprender de una forma efectiva sobre los aspectos psicológicos implicados en las personas evaluadas. Participando en este estudio, contribuyo a que se entienda como afecta la vida del paciente al familiar que convive con él.
- b. La investigadora D. Begoña Nava Arquillo es titulada superior en Psicología.
- c. La entrevista y pruebas psicológicas se centrarán en aspectos relacionados con la convivencia con el paciente (como afecta a mi persona el vivir día a día con él).
- d. Mi colaboración es **voluntaria** y **anónima** y puedo dejar de prestarla o negarme a responder la/s pregunta/s que estime conveniente, sin tener que dar explicaciones.
- e. La responsable de esta actividad es la doctoranda Dña. Begoña Nava Arquillo, que se encargará de **custodiar la información obtenida** durante la realización del estudio y de destruirla a la finalización de éste, comprometiéndose a no darle ningún otro uso más que el antes mencionado.

Por todo lo cual, **PRESTO MI CONSENTIMIENTO** para participar en la actividad antes mencionada.

Fdo:.....

..... de .....de 20.....

### CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO COMPARACIÓN

Yo.....

Consiento que me sean realizadas pruebas psicológicas y entrevista para conocer cómo influye en mi persona el clima familiar en el que convivo, conociendo y aceptando que:

- a. Mi colaboración contribuye a que la investigadora D. Begoña Nava Arquillo, inserta en el Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud, impartido por el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla, pueda aprender de una forma efectiva sobre los aspectos psicológicos implicados en las personas evaluadas. Participando en este estudio, contribuyo a que se entienda como afecta y qué consecuencias tiene el clima familiar en la vida de los sujetos.
- b. La investigadora D. Begoña Nava Arquillo es titulada superior en Psicología.
- c. La entrevista y pruebas psicológicas se centrarán en aspectos relacionados con el clima familiar en el que convivo (cómo me afecta el vivir día a día en ese clima).
- d. Mi colaboración es **voluntaria** y **anónima** y puedo dejar de prestarla o negarme a responder la/s pregunta/s que estime conveniente, sin tener que dar explicaciones.
- e. La responsable de esta actividad es la doctoranda Dña. Begoña Nava Arquillo, que se encargará de **custodiar la información obtenida** durante la realización del estudio y de destruirla a la finalización de éste, comprometiéndose a no darle ningún otro uso más que el antes mencionado.

Por todo lo cual, **PRESTO MI CONSENTIMIENTO** para participar en la actividad antes mencionada.

Fdo:.....

