

CAPÍTULO I
Planteamiento del
Problema y Justificación

1.1 Planteamiento del Problema

En la actualidad, se observa que el consumo de drogas se incrementa a nivel mundial y sudamericano. En su informe mundial sobre las drogas, la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC) informó que, durante el año 2016, la tasa de consumidores de sustancias ilegales se encontraba en poco más del 5% de la población mundial, es decir, 246 millones de personas aproximadamente, lo que significaría que una de cada 20 personas que oscilan entre 15 y 64 años de edad, alrededor del mundo, han consumido sustancias psicoactivas por lo menos una vez en su vida.

Entre 2017 y 2019, la UNODC, mediante su proyecto de Prevención del Uso Indebido de Drogas y el Delito, se orientó a frenar el crecimiento de los índices de prevalencia del uso indebido de drogas y del delito en Bolivia. Los esfuerzos de prevención de la UNODC se orientaron a contribuir a detener el aumento de las tasas de uso de drogas ilícitas entre los escolares de La Paz, Santa Cruz de la Sierra, Oruro, Sucre, Tarija y Cochabamba, mediante el fortalecimiento de los factores de protección en la sociedad; a través de estrategias educativas integrales y participativas con el fin de crear conciencia, empoderar y movilizar a la sociedad contra el uso ilícito de drogas.

Las personas adictas a menudo tienen uno o más problemas de salud relacionados con las drogas, que pueden incluir enfermedades pulmonares o cardíacas, embolia, cáncer o problemas de salud mental. El consumo de drogas con frecuencia coexiste con otras enfermedades mentales. En algunos casos, trastornos mentales como la ansiedad, la depresión o la esquizofrenia pueden estar presentes antes de la adicción. En otros, el consumo de drogas puede desencadenar o empeorar esos trastornos de salud mental, particularmente en las personas que tienen ciertas vulnerabilidades específicas. Algunas personas con trastornos como ansiedad o depresión pueden consumir drogas para intentar aliviar los síntomas psiquiátricos.

Para el adicto el presente consiste en hacerse cargo del futuro y del pasado. Esto es una ampliación del espacio que se manifiesta en el estar fuera de sí, la vida se hace soportable solo saliendo del sí mismo, solo así se alivia el peso de la vida y el sufrimiento. Por otro lado, la rehabilitación puede introducirse en ese espacio, el convencimiento que todo futuro será mejor, pero existe una fragilidad en esta realidad y desaparecen los afectos, intereses, la vida gira solo en torno a la droga. La adicción significa perderse en el presente para no sentir la angustia existencial. El adicto tiene una tendencia a la caída y esto se palpa aún más en la adicción: seducción, aquietamiento, extrañamiento y encierro. La rehabilitación es el proceso donde sufre para no sufrir de por vida con la adicción. Por todos estos antecedentes es que se aborda aquí la relación de las habilidades sociales con el funcionamiento familiar y bienestar psicológico en adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija.

La OMS (2009) define droga a “toda sustancia farmacológicamente activa sobre el sistema nervioso, sea prescrita o no, que modifica la conducta de quien la consume” (p.126). De ahí que la adicción a las drogas se puede definir como un conjunto de síntomas psíquicos, caracterizados por una necesidad compulsiva de consumo de sustancias psicótropas con alto potencial de abuso y dependencia. Se manifiesta clínicamente por una combinación de tolerancia a sus efectos, síndrome de abstinencia y pérdida de control en el consumo, que desemboca en un deterioro de la vida social y de la salud del paciente, habiéndose relacionado su aparición con la recaída en el consumo (UNODC, 2014).

La adicción a las drogas invade progresivamente todas las esferas de la vida del individuo (familia, relaciones sociales, trabajo, etc.) provocando un deterioro de la vida del paciente con un incremento de los problemas sociales, económicos, de salud física, etc. Al mismo tiempo, se produce un desinterés hacia actividades, experiencias y placeres alternativos que habían formado parte de la vida del individuo afectado y, todo ello, a pesar de las consecuencias negativas que conlleva el consumo.

Rehabilitación es un término usado para los procesos de tratamiento médico o psicoterapéutico por la dependencia de sustancias psicoactivas como el alcohol, medicamentos y drogas ilegales como la cocaína, la heroína o las anfetaminas. La intención general es que las personas adictas cesen el consumo abusivo de sustancias no permitidas o psicotrópicas, a fin de evitar las consecuencias psicológicas, legales, financieras, sociales y físicas que pueden producirse, especialmente después del abuso extremo (UNODC, 2014).

Para el proceso de rehabilitación es importante tomar en cuenta el análisis de las variables habilidades sociales, función familiar y bienestar psicológico. A continuación, se definen cada una para dimensionar los alcances del estudio.

Es fundamental el estudio de las habilidades sociales, que desarrollan las personas consideradas rehabilitadas, puesto que a menudo el estigma de ser un exadicto/a afecta la calidad de interacción con los amigos y demás personas del entorno social. Las habilidades sociales, según Gismero (2001), son “un conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos actitudes, deseos, opiniones, o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás” (p.51).

Los estudios demuestran, a decir de Caballo (2003) que:

Los adictos presentan un déficit en las habilidades sociales debido a trastornos provocados por el consumo de distintas sustancias, esto puede manifestarse en dificultades para hacer frente a situaciones de riesgo, en la toma de decisiones y la solución de problemas. (p.12)

El recaer en la adicción no solo es perjudicial para la salud, sino también lo es para las relaciones personales, familiares, sociales, incluso en las relaciones de pareja, ya que “de cada cuatro personas fumadoras reconoce haber roto un vínculo sentimental por no querer abandonar ese hábito” (UESB, 2018, p.1).

Para profundizar este tema en relación al medio tarijeño, este informe académico presenta una evaluación de la funcionalidad familiar de las personas adictas rehabilitadas, entendida como “un conjunto de cualidades que identifican a la familia como un sistema y explica con exactitud cómo opera, evalúa y se comporta el sistema familiar” (Ortega, De la Cuesta & Días,1999, p.22).

Otro elemento importante para la investigación es el estado afectivo emocional que presentan los adictos rehabilitados, evaluado a través del bienestar psicológico: “un constructo que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social” (Robert, 1989, p.20). Medir esta dimensión es importante, puesto que determinados estados emocionales negativos pueden estar relacionados con la tendencia a sufrir una recaída en la condición de adicción.

A continuación, se presenta un breve repaso del estado en el que se encuentran las investigaciones sobre el tema en tres planos: internacional, nacional y regional.

A Nivel Internacional

Moreno (2012) realizó un estudio de la recaída en egresados de la Clínica Multidisciplinaria para el Tratamiento de las Adicciones estudió a 29 varones, en un rango de 22 a 38 años de edad, internos en el Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla, que atravesaron por un proceso terapéutico al permanecer durante seis meses para cubrir las etapas de tratamiento y post tratamiento. Utilizó la entrevista de recaída para usuarios de sustancias adictivas “ERSA” con el objetivo de identificar las situaciones asociadas a las recaídas. El resultado fue que 16 sujetos entrevistados (la mayoría) refirieron haber consumido hasta un día antes de la entrevista y que continúan haciéndolo. A su vez, el 100% de los egresados describieron como “voluntario” el tiempo de abstinencia, de hecho, la mayoría

argumentó que solicitó su ingreso al tratamiento por el deseo de dejar la droga. De acuerdo con los datos obtenidos, el factor predominante para esta población son las emociones desagradables que enfrentan al mostrarse ante sus familias y el deterioro de sus habilidades sociales.

A Nivel Nacional

La Fundación Interamericana del Corazón de Bolivia (FIC), ubicado en la ciudad de Cochabamba socializó un proyecto de ley de prevención y control a los productos de tabaco en la Asamblea Legislativa Plurinacional. La especialista de control de tabaco de la FIC-Bolivia, declaró al periódico Los Tiempos (2017):

Que los kioscos cercanos a unidades educativas, el 80 por ciento, tenía varias marcas de cigarro a la venta. Si bien, los efectos físicos del consumo del tabaco son más frecuentes, el daño psicológico puede generar con una mayor facilidad el contacto de drogas ilegales; puesto que los rasgos débiles de personalidad, en los cuales se muestra a individuos introvertidos o ansiosos, como característica general, son los más propensos a caer en estas adicciones. (p.3)

El 2016 en la ciudad de La Paz, El Instituto de Drogodependencia indicó que el 38% de las personas que son rehabilitadas admitieron tener la presencia de cierto nivel de depresión. Estas personas revelaron sentirse tristes de manera exagerada, lo que provoca en estas una apatía general hacia todo aquello que antes les producía placer. No sienten ganas de vivir o realizar alguna actividad, aunque estos momentos son muy fugaces y/o de corta duración, deben de tomarse en cuenta para evitar futuros problemas o crisis profundas, que a veces desencadenan en suicidio u otros casos.

A Nivel Regional

En la ciudad de Tarija no existen investigaciones académicas sistemáticas sobre el tema de la adicción. En cambio, si hay referencias de notas periodísticas, por ejemplo, el diario El País indicó que Tarija ocupa el penúltimo lugar, a nivel nacional, en relación a las personas drogodependientes. El Instituto Nacional de Drogodependencias y de la Salud Mental refiere que Oruro tiene el 32,67% de adictos, La Paz 31,69 %, Trinidad 29,98%, Bermejo (ciudad de la provincia Arce del departamento de Tarija) 28,98 % y la ciudad capital de Tarija con el 25,68%. DE acuerdo con el Instituto Nacional de Prevención Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependencia y Salud Mental (Intraid) son más las mujeres atendidas que los varones porque presentan con frecuencia problemas de salud mental. Mientras, la edad de más incidencia es de 31 a 40 años. El estudio también reveló que las mujeres son las que padecen más trastornos depresivos a comparación de los varones, sin embargo, estos presentan más dependencia al alcohol que las mujeres.

Hoy en día, el consumo de drogas se ha generalizado debido, entre otras cosas, a la facilidad de acceso a las mismas. También, cuando hablamos de los problemas de adicción a las drogas en los jóvenes, está asociado a una generación a la que le cuesta encontrar la felicidad. (Diario La Voz de Tarija, 2019, p.4)

Al respecto, se consideró si en los/as adictos/as rehabilitados/as se relacionan factores psicológicos como la ansiedad, depresión, baja autoestima, etc. Por tanto, la interrogante formulada a nivel de problema investigativo refiere a ¿Cuál es la relación que existe entre las habilidades sociales con el funcionamiento familiar y bienestar psicológico en los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija en la gestión 2021?

1.2 Justificación

Los pacientes que presentan una adicción mantienen comportamientos desajustados debido a que su conducta y motivación están orientadas a la consecución de la sustancia de manera casi exclusiva. Es por ello que el adicto suele lidiar con su entorno familiar, laboral o social donde se producen diversos conflictos a los que, por lo general, no suele responder de manera adecuada debido a que presenta un desajuste entre las diferentes esferas de su vida y su funcionamiento cotidiano. Además, con el objetivo de satisfacer la compulsión de consumo, el/la paciente adicto/a suele utilizar mentiras o estrategias de manipulación en su entorno para optar por el consumo y satisfacer ese deseo o necesidad imperiosa que tiene.

Cuando el adicto entra en recuperación, es importante que realice un tratamiento con el refuerzo de sus diferentes habilidades sociales deterioradas por su enfermedad. Estas son fundamentales para el mantenimiento de unas relaciones interpersonales positivas con su entorno. El consumo de drogas da lugar al aislamiento, así como a una escasa tolerancia de la frustración, evita resolver conflictos y promueve resoluciones inapropiadas. Estas conductas pueden ser reforzadas según el apoyo o rechazo que la familia dé a la persona adicta.

Cuando un/a paciente inicia un programa de tratamiento busca encontrar bienestar psicológico, ello se considera como la pérdida de ciertas partes de sí mismo/a porque no es la misma persona que solía antes del consumo. Si bien es cierto que, como se ha señalado previamente, la adicción genera unos cambios en el individuo también es cierto que las habilidades sociales se pueden entrenar, son aprendidas y es un aspecto mejorable en el individuo durante todo su proceso vital.

A través de esta investigación, la meta fue concientizar a la importancia que tienen las habilidades sociales e impulsar estudios de programas dirigidos a su entrenamiento, tanto en la parte preventiva como en la reinserción. Las personas que son reinsertadas a la sociedad viven con la estigmatización de ser un “adicto/a” y el apoyo que su familia y la sociedad les brinda

puede definir para mantenerse limpias por vida o fracasen y recaigan. También es innegable que la manera como aprecian estas personas a la sociedad, puede ayudar o perjudicar su progreso y hacerlo/a más o menos propenso/a de recaer cuando deja de ser parte de algún programa de reinserción, dado que su principal apoyo moral es su propia perspectiva de vida.

Por lo tanto, el estudio de las características psicosociales de los/las adictos/as rehabilitados/as nos ayuda a comprender cuáles son las estrategias y motivaciones que podrían aplicar en su vida para mantenerse limpios/as de drogas y tratar de vivir sin una posible recaída.

Por otra parte, este análisis brinda datos frescos y sistematizados, que aportan a la teoría respecto a la relación entre habilidades sociales, el funcionamiento familiar y bienestar psicológico en los adictos rehabilitados. Resulta de interés científico conocer estas características psicosociales de los/as rehabilitados/as para ahondar sobre la psicología de estas personas con tendencias a la drogodependencia.

Si bien, en otras latitudes, se hicieron estudios con objetivos semejantes en el medio tarijeño es un tema muy poco entendido, divulgado y analizado. Además, existe un axioma teórico-científico que indica toda problemática es regionalizada, es decir, la psicología del habitante tarijeño es particular, debido a las características únicas del entorno social en el cual se desenvuelve. Esto convierte los datos que se obtuvieron en aspectos de interés y significado particulares.

La investigación también brinda un aporte social, pues al conocer la relación entre las habilidades sociales con el funcionamiento familiar y bienestar psicológico en los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija, se podrá prevenir y combatir eficazmente los daños y/o efectos psicológicos que ocasiona la drogodependencia.

También pretende brindar una información útil y válida a las instituciones que trabajan esta temática y a futuros investigadores que deseen profundizar el tema, debido a que es necesario darle a esta problemática un enfoque amplio e integral con medidas que prevengan

forma de adicciones, sobre todo al momento de diseñar estrategias de tratamiento y prevención de adicciones.

CAPÍTULO II

Diseño Teórico

2.1 Problema de Investigación

¿Cuál es la relación que existe entre las habilidades sociales con el funcionamiento familiar y bienestar psicológico en los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija en la gestión 2021?

2.2 Objetivos

2.2.1 *Objetivo General*

Determinar la relación que existe entre las habilidades sociales con el funcionamiento familiar y bienestar psicológico en los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija en la gestión 2021.

2.2.2 *Objetivos Específicos*

- Identificar el nivel de habilidades sociales de los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija.
- Evaluar el estilo de funcionalidad familiar.
- Determinar el nivel de bienestar psicológico.
- Evaluar la relación existente entre las habilidades sociales y el funcionamiento familiar en los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija.
- Definir la relación existente entre las habilidades sociales y bienestar psicológico en los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija.

2.3 Hipótesis

- El nivel de las habilidades sociales que desarrollan los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija corresponde a un nivel medio.
- El tipo de funcionalidad familiar predominante de las personas adictas rehabilitadas de la ciudad de Tarija corresponde a la categoría disfuncional.
- Las personas adictas rehabilitadas de la ciudad de Tarija tienen un nivel de bienestar psicológico bajo.
- La relación que existe entre las habilidades sociales y el funcionamiento familiar en los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija es positiva.
- La relación existe entre las habilidades sociales y bienestar psicológico en los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija es positiva.

2.4 Operacionalización de Variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Habilidades sociales	Es el conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera asertiva, respetando todo ello en los demás. (Gimero, 2001, p.91)	I. Autoexpresión de situaciones sociales	1. A veces evito hacer preguntas por miedo a ser estúpido. 2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc. para preguntar algo. 10. Tiendo a guardar mis opiniones a mí mismo. 11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a ser o decir alguna tontería. 19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás. 20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas de presentación a tener que pasar por entrevistas personales. 29. Me cuesta expresar mi opinión cuando estoy en grupo.	La escala de habilidades sociales EHS Nivel bajo de habilidades sociales (25 o por debajo) Nivel medio de habilidades sociales (26 y 74)
		II. Defensa de los propios derechos como consumidor	3. Sí al llegar a mi casa encuentro un defecto a algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo. 4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entro después de yo, me quedo callado. 12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle. 21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo. 30. Cuando alguien se me “cuela” en una fila hago como si no me diera cuenta.	Nivel alto de habilidades sociales (75 o más)

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
		<p>III. Expresión de enfado o disconformidad</p>	<p>13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.</p> <p>22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.</p> <p>31. Me cuesta mucho expresar mi ira, cólera, o enfado hacia el otro sexo, aunque tenga motivos justificados.</p> <p>32. Muchas veces prefiero callarme o “quitarme del medio” para evitar problemas con otras personas</p>	
		<p>IV. Decir no y cortar interacciones</p>	<p>14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla</p> <p>15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden no sé cómo negarme.</p> <p>23. Nunca se cómo “cortar” a un amigo que habla mucho.</p> <p>24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.</p> <p>33. Hay veces que no se negarme con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.</p>	

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
		V. Hacer peticiones	<p>6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que deje prestado.</p> <p>7. Si en un restaurant no me traen la comida como le había pedido, llamo al camarero y pido que me hagan de nuevo.</p> <p>16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal vuelto, no regreso allí a pedir el cambio correcto.</p> <p>25. Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, no se lo recuerdo.</p> <p>26. Me suele costar mucho pedirle a un amigo que me haga un favor.</p>	
		VI. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.	<p>8. A veces no sé qué decir a personas atractivas al sexo opuesto.</p> <p>9. Muchas veces cuando tengo que hacer un algo no sé qué decir.</p> <p>17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.</p> <p>18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.</p> <p>27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita.</p> <p>28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico.</p>	

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Funcionalidad familiar	“Es un conjunto de cualidades que identifican a la familia como un sistema y explica con exactitud cómo opera, evalúa y se comporta el sistema familiar” (Ortega, De la Cuesta & Días, 1999, p.22).	Cohesión	8.Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás ayudan. 12.Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	Cuestionario de la funcionalidad familiar de Dolores de la Cuesta. Familia funcional (70 – 57) Familia moderadamente funcional (56 – 43) Familia disfuncional (42 – 28) Familia severamente disfuncional (27 – 14)
		Armonía	2.En mi casa predomina la armonía. 13.Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	
		Comunicación	5.Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa 11.Podemos conversar diversos temas sin temor.	
		Permeabilidad	1.Se toman decisiones entre todos para cosas importantes en la familia. 7.Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	
		Afectividad	4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. 14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.	
		Roles	3.En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades. 9.Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.	
		Adaptabilidad	6.Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos 10.Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Bienestar psicológico	Es un constructo que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social. (Robert & Ryff, 1989, p.20)	Autoaceptación	1.Estoy contento con cómo me han resultado las cosas. 7.En general me siento seguro/a conmigo mismo/a. 10.Me juzgo por lo que yo creo que es importante. 13.Hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría. 19.Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad. 25.Me siento decepcionado/a de mis logros en la vida. 31.Me siento orgulloso/a de quien soy y la vida que llevo.	Escala De Bienestar Psicológico De Ryff Bienestar psicológico elevado (156 – 176) Bienestar psicológico alto (141 – 155)
		Relaciones Positivas	2. A menudo me siento sola/o porque tengo pocos amigos íntimos. 8. No tengo muchas personas que quieran escucharme. 14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas. 20. La mayor parte de las personas tienen más amigos que yo. 26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza. 32. Puedo confiar en mis amigos y ellos en mí.	Bienestar psicológico moderado (117 – 140) Bienestar psicológico bajo (100 – 116)

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
		Autonomía	<p>3. Expreso mis opiniones, aunque sean opuestas a la mayoría.</p> <p>4. Me preocupa como se evalúan las elecciones que he hecho.</p> <p>9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otros piensan de mí.</p> <p>15. Tiendo a estar influenciado por gente con fuertes convicciones.</p> <p>21. Tengo confianza en mis opiniones por sobre las del consenso general.</p> <p>27. Me es difícil expresar mis opiniones en asuntos polémicos.</p> <p>33. Cambio mis decisiones si mis amigos o familia están en desacuerdo.</p>	
		Dominio del entorno.	<p>5. Es difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.</p> <p>11. He construido un hogar y modo de vida a mi gusto</p> <p>16. Siento que soy responsable de la situación en la que vivo experiencias.</p> <p>22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen</p> <p>28. Soy bueno/a manejando las responsabilidades de mi vida.</p> <p>39. Si me sintiera infeliz con mi vida trataría de cambiarla</p>	

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
		El crecimiento personal.	<p>35. Pienso que es importante tener nuevas.</p> <p>24. Siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo/a.</p> <p>30. Hace tiempo que deje de intentar hacer grandes mejoras en mi vida.</p> <p>36. Realmente con los años no he mejorado mucho como persona.</p> <p>37. Con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.</p> <p>38. La vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.</p>	
		Propósito En La Vida	<p>6. Disfruto haciendo planes y trabajar para hacerlos realidad.</p> <p>12. Soy activo al realizar los proyectos que me propongo.</p> <p>17. Me siento bien con lo hecho en el pasado y con lo que espero hacer en el futuro.</p> <p>18. Mis objetivos en la vida han sido más satisfactorios que frustrantes.</p> <p>23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.</p> <p>29. No tengo claro que es lo que intento conseguir en la vida.</p> <p>34. Mi vida está bien como esta, no cambiaría nada</p>	

CAPÍTULO III

Marco Teórico

En este capítulo se desarrollan los conceptos teóricos que fundamentan la investigación en base a la relación que existe entre las variables habilidades sociales, funcionamiento familiar y bienestar psicológico en los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija.

3.1 Adicción o Drogodependencia

Sin duda, el primer concepto a definir para explicar la drogodependencia merece ser el de droga, concepto sobre el cual orbita una significativa parte del contenido de la presente investigación. Desde que las drogas existen, sin duda han tenido múltiples acepciones, la primera definición conceptualizada corresponde al ámbito universal propuesta por el Comité de Expertos sobre Drogas Adictivas de la OMS (1952): “Droga es cualquier sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” (p.5).

Se puede observar que esta definición sigue un criterio clínico, incluyendo cualquier tipo de fármaco o cualquier producto que se derive de algún tipo de manipulación química, incluso los alimentos estarían incluidos en una interpretación literal de dicha definición. Así pues, en la actualidad, la concepción más aceptada de droga es la que dieron Kramer y Cameron (1975):

Droga es toda sustancia que introducida en nuestro organismo por alguna vía de administración produce una alteración, de algún modo, en el normal funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea física, psicológica o ambas. (p.17)

Desde entonces, en el ámbito clínico, continúan ambos autores, los profesionales de la salud, generalmente utilizan el término droga para referirse a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

- Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicótropo o psicoactivo).
- Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva).
- El cese en su consumo puede dar lugar a un malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psicológica).
- No tienen ninguna aplicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Cuando se habla de droga se hace referencia a las drogas de abuso, también llamadas sustancias psicoactivas, tóxicos, etc. Al ser sustancias que afectan al cerebro sus efectos pueden variar, y mucho, según las características de la propia sustancia (dosis, calidad, características de cada droga, etc.) y de la persona que las consume (estado tanto físico como psicológico) y del contexto en el que se consume (compañía, lugar del consumo, etc.). Por tanto, se puede decir que, en el ámbito de las drogas y drogodependencias, cada persona es muy propia de sus variaciones, estas son dinámicas y que están influenciadas por agentes externos y factores internos.

3.1.1 Drogodependencia

Este término hace referencia tanto a la dependencia física como a la psíquica o a las dos conjuntamente. Es un sustituto reciente del término “adicción”, el cual está considerado como muy cargado emotivamente, de este modo, la palabra “drogadicto” se tiende a sustituir por los términos “drogodependencia” y “drogodependiente”. En algunas ocasiones sólo se puede resolver la drogodependencia mediante un tratamiento largo y especializado. Se emplean para ello diversos programas y dispositivos en una tentativa de individualizar al máximo a intervención terapéutica.

3.1.2 *Conceptos Complementarios a la Conceptualización de Droga*

Existen una serie de conceptos de importancia relevante a la hora de conceptualizar el término droga y sus efectos sobre el consumidor, dichos conceptos, definidos por la OMS (1975), son los que se utilizan en la actualidad (Como se citó en Kramer, 1999 & Weil, 2016). A continuación, se presentan los conceptos de estos autores.

Tolerancia: Es un estado de adaptación que se caracteriza por una disminución de la respuesta a la misma dosis de droga, es decir, que una persona que consume de modo habitual una droga, cada vez necesita más cantidad de dicha sustancia para conseguir los mismos efectos. La tolerancia es un fenómeno que afecta de manera muy diversa a las distintas sustancias; por ejemplo, el LSD presenta una tolerancia muy rápida (después de tres tomas consecutivas ya no afecta al organismo) mientras que el alcohol presenta una tolerancia relativamente lenta.

Síndrome de Abstinencia: Conjunto de síntomas y signos que aparecen cuando se interrumpe la administración de la droga. Los signos y síntomas que el síndrome representa pueden ser muy variados, normalmente van acompañados de ansiedad y puede derivarse en un cuadro clínico de gravedad. Se puede hablar de dos subtipos:

El síndrome de Abstinencia Tardío. Puede aparecer a los pocos días o semanas de haber abandonado el consumo de la droga, bien después del síndrome de abstinencia agudo o bien, a veces, en su lugar, siendo un suceso relacionado con la dependencia psicológica, las manifestaciones de este síndrome pueden durar meses, incluso años.

Síndrome de abstinencia condicionado. Aparición de una sintomatología típica del síndrome de abstinencia en un drogodependiente que lleva meses o años sin consumir. El cuadro se puede desencadenar cuando la persona es re expuesta a los

estímulos ambientales donde tenía lugar su consumo o bien los estímulos del entorno en que se encuentra son similares a aquellos. La presencia de elementos vinculados al consumo de la droga “inician” toda una serie de anhelos, deseos y necesidades de droga junto con las manifestaciones psicofisiológicas de su ausencia o retirada cuyo origen neurobiológico no se encuentra determinado. Este síndrome va seguido de un periodo de gran ansiedad y miedo pues la persona se ve a sí misma como en el momento inicial del abandono de su dependencia, de manera que estas manifestaciones desagradables que se presentan sin razón aparente, pueden propiciar una recaída.

Dependencia: Cuando una droga se consume de manera reiterada puede llegar a desarrollarse una necesidad ineludible de seguir tomándola. Este proceso se conoce como dependencia, y puede ser psicológica, física o ambas (Graña, 1998).

La dependencia psicológica: Ocurre cuando la persona tiene un gran deseo, ineludible o casi, de obtener las sensaciones que le provoca la droga, hasta preferir el estado modificado por la sustancia a la normalidad. Para poder mantener esos efectos, el consumidor tiene que hacer un consumo regular y cada vez mayor de la sustancia (debido al fenómeno de la tolerancia) y cuando el consumo cesa sobrevienen estados depresivos o ansiosos de mayor o menor intensidad, los cuales pueden requerir atención especializada.

La Dependencia Física: No es indispensable para la instauración de la dependencia. Sí lo son los efectos reforzadores positivos y negativos que abocan directamente a cambios comportamentales en la persona, es decir, la acción irrefrenable de búsqueda, obtención y consumo de la sustancia. Esto constituye lo que también se denomina dependencia conductual. Los efectos inmediatos de las drogas actúan como reforzadores positivos ya que son un premio o recompensa para el consumidor, pudiéndose producir una o varias de las siguientes situaciones: una vivencia placentera,

una vivencia de evasión, una vivencia de aprobación de los amigos (refuerzo positivo). Por otra parte, con la retirada de la droga la persona sufre un cuadro clínico muy desagradable y éste pasa a ser, también, un elemento reforzador, pero en este caso negativo porque se busca y consume la droga para suprimir los efectos aversivos debidos a su falta (refuerzo negativo). En ambos casos se responde ingiriendo más droga. En definitiva, se puede entrar en un consumo de sustancia psicoactiva buscando el placer y continuar en dicho consumo por esta causa y/o para evitar el malestar que supone su falta. Cuando se emplean drogas de acción breve, como la heroína, cocaína o nicotina, el refuerzo ocurre varias veces al día y crea, por tanto, un vínculo muy poderoso a nivel psicológico. Un subtipo de dependencia psicológica con especial relevancia en nuestro medio es la llamada dependencia social o funcional. Este tipo particular de dependencia psicológica se caracteriza por buscar la persona estados alterados de conciencia en las ocasiones de ocio o diversión, hasta tal punto de no ser capaz de no consumir cuando este tipo de situaciones se le presentan.

3.1.3 Desarrollo de la Vida Consumista del Drogodependiente

Como siempre en este campo particular de las drogas, hay que tener en cuenta que influyen factores personales, del entorno social y familiares. Se trata de un continuo con límites claros entre etapas, como lo refieren Escotado (2002) y Szasz (2001), contempla la existencia de una serie de etapas concretas, aunque con dificultad para su delimitación exacta. Cada etapa requiere de la anterior, pero no es necesario el paso de una etapa a la siguiente.

Aproximación: Se refiere a la percepción y acercamiento cognitivo a las drogas. Esta etapa la hemos pasado todos, en cuanto hemos escuchado hablar de las drogas desde la infancia y la adolescencia. Este acercamiento puede ser afectivo en casos de niños que

han vivido la experiencia de las drogas a través de personas con las que han convivido de forma cercana.

El inicio o Experimentación: Se refiere a la decisión de consumir drogas. Esto puede explicarse por la teoría de búsqueda de sensaciones o por la teoría de la reactancia. La primera se basa en que algunas personas se encuentran siempre con un nivel de excitación por encima del normal, lo que supone una búsqueda de sensaciones y tareas arriesgadas, lo que se encuentra con frecuencia en el consumo de drogas. La segunda supone que la transgresión y realización de lo prohibido sería la principal causa del consumo. En esta etapa influyen de forma especial la presión social hacia el éxito y el consumismo, la publicidad, el sentido de pertenencia a un grupo, así como la disponibilidad de las drogas y la exposición al consumo.

La escalada surge cuando se ha probado algún tipo de droga y aumenta la cantidad y variedad en el consumo. Intervienen factores personales como búsqueda de placer, que a veces no se satisface con otras actividades socialmente aceptadas. Se puede producir también un desplazamiento del autocontrol, ya que al principio el sujeto tiene un control sobre el consumo para pasar posteriormente a que este control sea externo, social o normativo.

Mantenimiento o de Consumo Compulsivo: La droga pasa a ser el centro de la vida de la persona adicta. En esta fase las variables personales más características son la falta de motivaciones y alternativas, la baja autoestima del adicto y el miedo al malestar o al síndrome de abstinencia (en esta fase el sujeto consume la sustancia para evitar estar mal, no para obtener placer). Adquieren gran importancia las variables del contexto interpersonal.

Progresivamente la persona puede ir perdiendo el control sobre el consumo, a la vez que éste va desplazando otras actividades que resultan incompatibles con la adicción,

como el trabajo, estudios, relaciones familiares e interpersonales u otras actividades e interés. Normalmente las personas adictas cuentan cómo al comienzo del consumo podían compatibilizar una vida normal (trabajo, familia, amigos) con la adicción, sin que nadie se diese cuenta de su problema, que quizá entonces no suponía un problema.

Con el paso del tiempo, llevar una doble vida resultó imposible por los trastornos que la drogodependencia produce en el estilo de vida: llegar tarde al trabajo, extraer pequeñas (o grandes) cantidades de dinero en casa o en el trabajo, llegar tarde a las citas... agravándose hasta producirse una desconexión total con su mundo anterior. En otros casos, la mayoría, los sujetos no han estado nunca insertos en la sociedad normal, ya que siempre han pertenecido a un sector socialmente marginado.

Abandono de la Adicción: Suele estar inducido, al principio, por el contexto de la persona adicta más que por propia voluntad. Entre las motivaciones personales se encuentran el cansancio que supone ese estilo de vida, que empieza a estar lleno de factores adversos: problemas judiciales, policiales, económicos, discusiones familiares, falta de relaciones sociales, problemas de salud.

La Recaída: Suele considerarse como una etapa más del proceso de adicción, lo que supone desdramatizarla y seguir el proceso de deshabitación que se hubiese comenzado. Se piensa que las recaídas son inevitables y que el intento de las intervenciones debe basarse en que estas recaídas estén más alejadas en el tiempo, a la vez que los periodos de abstinencia sean mayores.

3.1.4 Modelos de Intervención y Tratamiento Psicológico de las Adicciones

Al igual que a la hora de abordar desde la óptica de la Psicología Clínica, las diferentes psicopatologías y estados psicológicos desde varios y diversos paradigmas,

también se han adaptado o creado para el ámbito de las drogodependencias multitud de modelos o paradigmas, tanto generales como específicos.

En 2009 el Nacional Institute on Drug Abuse (NIDA) publicó 13 principios, derivados de la investigación empírica de los treinta años anteriores, considerados relevantes para el tratamiento efectivo de las drogodependencias. Estos principios continúan plenamente vigentes en la actualidad, no siendo cuestionados por la investigación (González Romero, 2015).

Principios para el tratamiento efectivo (NIDA 2009)

1 no hay un tratamiento único que sea apropiado para todos los individuos.
2 el tratamiento necesita estar disponible fácilmente.
3 el tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su dependencia a las drogas.
4 un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado, cuando se considere necesario, para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona.
5 permanecer en tratamiento durante un adecuado período de tiempo es crítico para la efectividad del tratamiento.
6 el counseling (individual y grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción.
7 la medicación es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el counseling y otras terapias conductuales.
8 los individuos adictos o que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada.
9 la desintoxicación médica es sólo el primer estadio del tratamiento de la adicción y, por sí misma, significa poco en lo que se refiere al uso de drogas a largo plazo.
10 el tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.

11 el posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado de manera continua.

12 los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el VIH/SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como counseling que ayude a los pacientes a modificar o cambiar las conductas que les colocan a sí mismos o a otros en riesgo de infección.

13 la recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo que frecuentemente requiera múltiples episodios de tratamiento

Fuente: accional Institute on Drug Abuse (NIDA 2009)

Analizando estos trece principios se puede decir que la implicación del tratamiento psicológico es crítica a la hora de abordar las intervenciones terapéuticas en drogodependencias. Así pues, y según Becoña y Cortés (2008), se puede resumir en cuatro ideas principales la relación indivisible que existiría entre los principios y los tratamientos psicológicos:

-El carácter central de los tratamientos psicológicos, que vendría explicado por los principios seis, siete, nueve y doce en los que el counseling posee especial protagonismo. Estos principios también señalan la subordinación del tratamiento social, muy general para que resulte efectivo en el tratamiento individual y farmacológico, el cual es insuficiente de manera individual ya que, en la actualidad, no existe ningún tratamiento biológico que, sin apoyo del psicológico, resulte efectivo en el tratamiento de adicción a sustancias psicoactivas.

-El carácter crítico y necesario del tratamiento psicológico para abordar la motivación del paciente, entendiendo motivación no sólo como razón para entrar y seguir en el tratamiento, sino como motivación para el cambio, concepto que sólo puede ser entendido desde una perspectiva psicológica. Los principios uno, tres y cuatro explicarían esta idea.

-La conexión fundamental existente entre la variabilidad psicológica y el tratamiento de las adicciones. De este modo, el tratamiento efectivo de las drogodependencias está íntimamente ligado a la evaluación e intervención sobre las variables psicológicas individuales que podrían condicionar el resultado terapéutico. Los principios uno y ocho explicarían esta idea.

-La importancia esencial del tratamiento psicológico en la prevención de recaídas, que vendría explicado por los principios 11 y 13. Del mismo modo, el fenómeno de la recaída se explica mediante modelos explicativos de naturaleza psicológica, de este modo, en una revisión, Brandon, et al. (2007) concluyen que los cuatro modelos de recaídas aceptados en la actualidad ofrecen, a la hora de explicar la etiología de este fenómeno, una misma explicación: que las recaídas son el resultado de mecanismos psicológicos de aprendizaje y condicionamiento en los que actúan distintos factores antecedentes y consecuentes que incluyen los sucesos cognitivo-afectivos, ambientales, conductuales y fisiológicos.

El modelo biopsicosocial de Pomerleau y Pomerleau (2007) es hoy día el modelo predominante del análisis y la intervención en conductas adictivas en nuestro país (Secades, Fernández, García & Carballo, 2010) porque da especial relevancia a los siguientes procesos encargados del inicio, mantenimiento y extinción de la conducta adictiva: la vulnerabilidad individual, el contexto y las consecuencias. Tales procesos, o componentes, representan a variables psicológicas o psicosociales, con la excepción de la vulnerabilidad biológica o los efectos fisiológicos del consumo de la droga, muy condicionados éstos últimos por la interpretación psicológica del propio consumidor. El contexto y las consecuencias, además de modelar la vulnerabilidad psicológica, se relacionan con la conducta del individuo a través de diversos mecanismos psicológicos,

tales como las habilidades sociales y bienestar psicológico o los patrones de comunicación e interacción social y familiar.

El estudio de las habilidades sociales en personas drogodependientes nos ayuda a comprender cuáles son las vulnerabilidades y cuáles son las facilidades de relacionarse con la sociedad y que tipos de mecanismos de defensa utilizan las personas al adictas para comprender su situación la sociedad, el hablar de habilidades sociales no sólo es la relación de las personas de uno es comprender cómo el individuo entiende la forma interina su ciudad no etiqueta como así de que forma el encuentra la manera de integrarse la sociedad dentro de un grupo dentro de la familia en la pareja en todo su entorno social.

Es indudable la relación que existe entre la sociedad y el individuo adicto, dado que la sociedad es quien impulsa al individuo a integrarse en alguna forma no sana al mundo de la drogodependencia ya sea de manera directa o indirecta, una vez que el adicto supera su adicción la sociedad no superan el estigma de que haya sido adictos romper esta brecha y no sentirse etiquetado como una persona adicta drogodependiente y convencer a su entorno social de que ya no pertenece de forma activa al mundo de drogas, para el individuo que ha vivido la situación de la drogodependencia tiene que comprender y comprende que su vida gira en torno de antes y después de la presencia de las drogas más no tiene que sentirse estigmatizado humor y sentirse aún como un drogodependiente si no como un enfermo rehabilitado realizar esta situación y su calidad de vida es un proceso en el cual las habilidades sociales ayudan a defenderse de los criterios e ideas distorsionadas que tiene la sociedad acerca de las personas adicta.

Al considerar que la sociedad marca la vida de las personas drogodependientes se tiene que hablar necesariamente del entorno familiar, la constitución formación afectividad y apoyo moral que brinda la familia es el pilar fundamental del éxito o fracaso y la rehabilitación de las personas y se han propuesto salir del mundo de la droga, en

distintas investigaciones ha demostrado que los rehabilitados para mantenerse y limpios por el mayor tiempo posible encuentran motivación en el afecto familiar.

3.2 Habilidades Sociales

En palabras de los autores Gómez y Gismero (2014):

Las habilidades sociales son un conjunto de conductas que ponemos de manifiesto en las relaciones con los demás. Estas habilidades nos dotan de una mayor capacidad para lograr los objetivos que pretendemos, manteniendo nuestra autoestima y sin dañar a las personas que nos rodean. Estas conductas se basan fundamentalmente en el dominio de las habilidades de comunicación y en el autocontrol emocional, gracias al dominio de estas habilidades podemos expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, podemos pedir favores o negarnos a hacerlos. Sin que esto, nos suponga entrar en conflictos con los demás. (p.36)

Somos seres sociales, por lo que comunicarnos con los demás es algo necesario que nos permite sobrevivir, crecer, nutrirnos de otros puntos de vista y vivir en armonía. Para ello, saber relacionarnos y disponer de una serie de habilidades sociales es fundamental porque en la mayoría de las ocasiones evitaremos malentendidos y conflictos.

Ahora bien, ¿qué son exactamente las habilidades sociales? Hay quien las define como esos rasgos de comportamiento y comunicación que nos hacen tener éxito en la vida. Sin embargo, más que de éxito deberíamos hablar de bienestar, de saber convivir en armonía, compartiendo experiencias, comunicando con efectividad y conformando esa cohesión social donde se llegan a acuerdos y se da forma a un bienestar que revierte de forma directa en cualquier aspecto: el profesional, personal y el de la salud.

Las habilidades sociales son un conjunto de conductas que nos permiten interactuar y relacionarnos con los demás de manera efectiva y satisfactoria. Un aspecto interesante sobre ellas es que se pueden aprender, potenciar e ir desarrollándolas día a día con la práctica. Aunque bien es cierto que no siempre será sencillo debido al grado de complejidad que tienen algunas de ellas, tampoco es imposible conseguirlo.

Un aspecto importante que debemos tener en cuenta es que la cultura y las variables sociodemográficas son imprescindibles para entrenar y evaluar las habilidades sociales, ya que dependiendo del lugar en el que nos encontremos, los hábitos y formas de relacionarse cambian. Por eso, no solo es importante tener un buen repertorio de habilidades sociales, sino que hay que saber cuándo y dónde poner esas habilidades en práctica. Esto último se conoce como competencia social. Así, el hecho de poseerlas evita la ansiedad en situaciones sociales difíciles o novedosas, facilitando la comunicación emocional, la resolución de problemas y la relación con los demás, siempre y cuando se adecuen al contexto.

Según Norbert (1997):

“La persona inteligente emocionalmente tiene habilidades en cuatro áreas: identificar emociones, usar emociones, entender emociones y regular emociones. Si se carece de ciertas habilidades sociales el afrontamiento de las situaciones será pasivo, evitándolas y accediendo a las exigencias de los demás. Pero también se puede caer en la agresividad, imponiendo criterios e infringiendo los derechos de los demás. (p.49)

3.2.1 Tipos de Habilidades Sociales

Existe un gran número de habilidades sociales, pero a nivel general, podemos distinguir dos tipos que engloban y organizan al resto: las habilidades sociales básicas y las habilidades sociales complejas.

Habilidades Básicas:

- Escuchar.
- Iniciar una conversación.
- Formular una pregunta.
- Dar las gracias.
- Presentarse y presentar a otras personas.

Habilidades complejas: Hay que tener en cuenta que es necesario aprender las primeras para desarrollar el segundo tipo de habilidades sociales y que cada situación demandará unas u otras, dependiendo de las características y dificultad de las mismas. Las siguientes características son necesarias para el buen desarrollo de las habilidades sociales:

Empatía e Inteligencia Emocional. En la actualidad estas competencias son esenciales en cualquier dinámica y circunstancia. Es otra raíz que nutre de forma excepcional nuestras relaciones y que, sin duda, debemos saber práctica con efectividad.

Asertividad. Hacíamos referencia a ella hace un momento. En un mundo complejo como son las relaciones sociales, saber defendernos con respeto, hablar de nuestras necesidades, comunicar y escuchar, reclamar derechos y cuidar también los ajenos es una habilidad de gran valía.

Capacidad para Definir un Problema, Negociar y Evaluar Soluciones. Esta dimensión es algo que todos deberíamos practicar a diario y potenciar al máximo. De este modo, podríamos llegar a acuerdos con mayor facilidad, negociar y establecer metas donde ambas partes ganen.

Pedir Ayuda. Tomar consciencia de que no lo sabemos todo, de que necesitamos consejo, apoyo u otras dimensiones es un acto de madurez. Saber pedirla con efectividad es ejemplo de un buen dominio de las habilidades sociales.

Convencer a los Demás. Saber convencer no es manipular. Es saber argumentar, conectar y llegar a un entendimiento donde hacer ver al otro que determinada conducta o acto le puede ser más beneficioso. Crear impacto y hacerlo con respeto es un arte que vale la pena aprender.

Son numerosos los beneficios que obtendremos con su puesta en práctica, como conseguir que no nos impidan lograr nuestros objetivos, saber expresarnos y tener en cuenta los intereses, necesidades y sentimientos ajenos. También nos ayudarán a obtener aquello que queremos, a comunicarnos satisfactoriamente con los demás y facilitar una buena autoestima, entre otros aspectos (Dunia, 2017).

3.2.2 Escala de Habilidades

El desarrollo de las habilidades sociales es un aspecto esencial en el progreso de todo ser humano, ya que es un ser social por naturaleza y necesita vivir en sociedad, relacionarse con ella con sus virtudes y sus defectos, porque en cuanto más efectiva sea esta relación con los demás mayor armonía y bienestar existirá entre sus integrantes (Muñoz, Crespí & Angrehs, 2011).

El interés por las habilidades sociales, entendida en un sentido amplio, se viene manifestando hace ya décadas. Gran parte de la vida de una persona se pasa en interacción con otras y la sociedad, a un ritmo rápido y complejo está inmersa en muchos sistemas distintos en los cuales las reglas varían y los roles no están claramente definidos como lo estaban en otros tiempos.

Es decir, hay muchos individuos que no se relacionan de forma constructiva con las personas de su entorno familiar o social más próximo; pero la necesidad de aprender cómo hacerlo no se ha reconocido hasta hace relativamente poco, comenzándose a hacer

investigaciones con poblaciones distintas y desarrollándose últimamente con adultos y adolescentes.

El contexto familiar y social determina las aptitudes, las actitudes y la personalidad del ser humano. Castro (2016) incide:

Una persona que vive en un entorno desfavorecido puede desarrollar una serie de HHSS válidas para el contexto en el que crece, no siendo extrapolables a otros entornos sociales. La investigación realizada por Catalano, Park, Harachi, Haggerty, Abbott y Hawkins pone de manifiesto que las escasas oportunidades del entorno favorecen el aumento de las diferencias de género, el desarrollo de características personales interiorizadas mediante la reproducción social y el desarrollo de conductas agresivas como respuesta a la resolución de problemas. (p.461)

Su función es contrastar los datos e interpretaciones, así como comprobar lo que era esencial o característico de cada caso. La EHS mide la conducta habitual de jóvenes y adultos en situaciones concretas, valorando hasta qué punto las habilidades sociales modulan ciertas actitudes y comportamientos.

3.2.3 Estudios sobre las Habilidades Sociales de los Adictos Rehabilitados

Moral y Ovejero (2005) analizaron los efectos que tiene un programa cognitivo conductual de intervención psicosocial sobre las habilidades sociales de adolescentes consumidores de alcohol y otras sustancias psicoactivas en España. Esta muestra estuvo conformada por 141 adolescentes calificados en riesgo, de cuatro centros educativos del nivel de secundaria del principado de Asturias. Se empleó el Cuestionario de Habilidades Sociales de Macuá, Méndez y Olivares (1991). Nos muestran los resultados que el

programa fortalece las habilidades sociales en los adolescentes (media de 3,8 a 4,3) reduciendo en gran medida la recaída y facilitando la reinserción.

Fernández (2013) analizó los efectos que tiene un programa de habilidades sociales para personas drogodependientes de León-España. Esta investigación la conformaron dos grupos: el primer grupo con abstinencia de seis meses consolidados (ocho personas) y el segundo grupo de varones mayores de treinta años sin carga familiar, contaban con estudios primarios y consumidores de heroína (cinco personas). Se utilizó para esta investigación un cuestionario con 17 ítems para calcular el nivel de conocimientos de las diferentes habilidades sociales entrenadas. Los resultados nos muestran que al aplicar el programa se fortalecen las habilidades sociales de las personas en ambos grupos (Grupo 1: media pretest de 3,3 a media posttest de 3,8 y grupo 2: media pretest de 3,5 a media posttest de 3,8), demostrando que ambos grupos mejoraron su motivación y resisten a recaídas de consumo.

Rodríguez Díaz (2011) realizó una investigación en España sobre las repercusiones sociales del tabaquismo en la actualidad. En un artículo titulado: Tabaco y cambio social, la construcción del tabaquismo como conducta desviada, afirma que a finales del siglo XX y principios del XXI, aunque los índices de tabaquismo no hayan descendido, pero la actitud de la sociedad hacia esta adicción es cada vez más negativa. El consumo complica las relaciones sociales del adicto y entorpece su adaptación a diferentes ambientes.

A continuación, se presenta una serie de resoluciones, políticas y anuncios prohibitivos del tabaco que literalmente han segregado a los fumadores de los principales escenarios sociales

El fumador segregado. Una de las estrategias utilizadas para crear un colectivo marginado, el de los fumadores, ha sido –además de hacer hincapié en la

nocividad del tabaco— visibilizarlo y aislarlo, expulsándolo de muchos de los espacios en los que se con-vive (espacios «sin humo»), marcando zonas específicas para cultivar su hábito, reduciendo su presencia en los medios de comunicación y en el cine, prohibiendo la publicidad del tabaco, restringiendo sus puntos de venta y marcando las cajetillas con mensajes que hacen referencia a su condición de veneno. Con todas estas medidas se consigue la menor visibilidad posible del acto de fumar en el conjunto social y, simultáneamente, la máxima visibilidad cuando el fumador ejerce su condición en público. Buenos ejemplos de la retórica de confinamiento utilizada en los medios de comunicación a la hora de caracterizar la persecución del hábito de fumar lo constituyen los siguientes titulares: Europa y Estados Unidos empiezan por fin a acorrallar al tabaco y a los fumadores. (ABC, 2003, enero,26)

Considerando a Durkheim y Freud (2011)

El control social necesita de una definición de desviación social, pues el castigo simboliza el consenso de una comunidad en relación a los valores violados por el sancionado, contribuyendo a la creación de la solidaridad social. Por su parte, René Girard subraya la identificación formal entre la violencia y lo sagrado en función del mecanismo de la víctima propiciatoria, que es frecuentemente destruida y expulsada de la comunidad. Es esto lo que hace posible la vida social pues, mediante esta catarsis, la sociedad se ve purificada y cohesionada. Como ya observamos, que por ejemplo el tabaco, etiquetado como veneno («fumar puede ser causa de una muerte lenta y dolorosa») se ha unido a la categoría de sustancias conocidas con el nombre de «drogas», que comenzaron a ser estigmatizadas a principios del siglo XX. Siguiendo con Girard, para que un ser se convierta en susceptible de ser víctima propiciatoria, es necesario que esté fuera de la

comunidad, bien porque nunca ha pertenecido a ella, bien porque se le aparta de ella. Cuando el sacrificado es elegido dentro de la comunidad, pasa a ser un ser diferente del resto. La víctima propiciatoria alcanza un carácter monstruoso, dejándose de ver en ella lo que se ve en los restantes miembros de la comunidad. (p.113)

3.3 Funcionalidad Familiar

El estudio de la familia ha sido abordado por diferentes ciencias a partir de las particularidades de cada una de ellas y de sus intereses específicos. La filosofía, la sociología, el derecho y la psicología, entre otras, han aportado el significado del mencionado concepto con diferentes niveles de generalidad. A través de la historia de la humanidad la familia ha estado condicionada e influida por las leyes sociales y económicas, y los patrones culturales de cada región, país y clase social. El modo de producción imperante en cada sociedad condiciona la ubicación de la familia en la estructura de clase, en función de la inserción en la organización del trabajo. En esta investigación nos interesa abordar el tema de la familia, pues, de los estudios realizados, se establece que existe una estrecha correlación entre la calidad de las relaciones familiares y la adicción a diferentes tipos de sustancias, entre ellas, la nicotina.

Según Pérez (1999), la familia es un elemento activo, nunca permanece estacionaria, sino que pasa de una forma inferior a otra superior, de igual manera que la sociedad evoluciona de un estadio a otro. La familia es un producto del sistema social y refleja su cultura. La familia es una institución formada por sistemas individuales que interactúan y que constituyen a su vez un sistema abierto. Está formada por individuos, es también parte del sistema social y responde a su cultura, tradiciones, desarrollo económico, convicciones, concepciones ético-morales, políticas y religiosas.

Este grupo social primario es la instancia de intermediación entre el individuo y la sociedad; constituye el espacio por excelencia para el desarrollo de la identidad y es la primera fuente de socialización del individuo. Es en la familia donde la persona adquiere sus primeras experiencias, valores, concepción del mundo.

Para Márquez (2017):

La familia se ha denominado como una institución básica de la sociedad ya que constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana. Para este propósito cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del hombre, y ha asegurado, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación del individuo para su incorporación en la vida social y la transmisión de valores culturales de generación en generación. La sociedad descansa en la familia como entidad llamada a garantizar la vida organizada y armónica del hombre. (p.143)

Sin embargo, no toda familia cumple la función de proteger, educar y satisfacer las necesidades de afectos de los individuos. Existe una dimensión denominada funcionalidad familiar que precisamente mide el grado y calidad de interacción entre los diferentes miembros que componen la misma. Por tanto, pasamos a continuación a desarrollar este concepto.

3.2.1 Desarrollo de la Funcionalidad Familiar

Desde la década del 50, la familia se estudia como un sistema relacional con principios y categorías que la definen como un problema de investigación. En esta década tiene lugar en Estados Unidos de América un fortísimo movimiento de terapia familiar como forma de tratamiento no individual de los trastornos mentales y disfunciones de la pareja y la familia.

Esta nueva orientación terapéutica traslada el interés del individuo al grupo familiar, modifica la explicación del origen y desarrollo de la enfermedad mental al transitar de una explicación biologicista a una interaccional y centra su objetivo más en la modificación de los modos de interacción entre las personas, que en la toma de conciencia individual. Claurer (2009) dice:

Se comienza a considerar a la familia como un todo orgánico, es decir como un sistema relacional, definida como un conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por el cambio en otras unidades; a este le sucede de nuevo un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada y así sucesivamente. (p.214)

Los actuales estudios de la familia en el ámbito de la Psicología se apoyan en una epistemología rica, aunque no siempre homogénea, debido a que algunos conceptos básicos provienen de ámbitos relativamente independientes. Muchos estudios quedarán marcados por la impronta inicial de la teoría de los sistemas, como ya se mencionó, pero se le suman los aportes de la cibernética con los conceptos de feedback positivo o negativo, la teoría de la comunicación humana (Watzlawick, Beavin y Jackson), los conceptos procedentes de enfoques evolutivos (Haley) y estructuralistas (Minuchin, 1974).

Los conceptos más importantes que incluyen estos aportes son los conceptos de la teoría de la comunicación, los evolutivos y los estructurales. La teoría de la comunicación postula, en primer lugar, que es imposible no comunicar, en segundo, que en toda comunicación cabe distinguir el nivel digital (contenido semántico de la comunicación) y el nivel analógico (cómo se ha de entender el mensaje, es decir, qué tipo de relación se da entre emisor y receptor), y en tercero, que la definición de una

interacción está condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes.

La teoría evolutiva plantea que la familia pasa por crisis normativas y crisis para normativas provocadas por eventos producidos en el macro contexto o por situaciones no previsible como las enfermedades, las separaciones y la muerte a destiempo. La teoría estructural desarrollada por Salvador Minuchin, aporta los conceptos de límites o fronteras familiares internos, las cuales son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los diferentes subsistemas familiares. Los límites entre los subsistemas varían en cuanto a su permeabilidad, y pueden ser difusos, rígidos o claros: estos últimos son los que definirían una adaptación funcional.

La teoría de campo enunciada por Kurt Lewin ha tenido también importante repercusión en el ámbito de la familia, al servir de punto de partida a la Psicología ecológica. En su teoría se advierte la necesidad de superar el estudio del individuo aislado, al margen de su entorno. La persona y su entorno han de entenderse como una constelación de variables interdependientes, cuya totalidad constituye un campo. Otros aportes recientes son significativos también para los estudios de Psicología de la familia, como los de la escuela de Psicología Social de Pichón – Riviere y los del constructivismo y el construccionismo social. (p.153)

Dentro de los aspectos más notables de la teoría de Pichón – Riviere está el superar algunas deficiencias de la teoría general de los sistemas en cuanto al funcionamiento general y predecible de todos los sistemas incluyendo los humanos. El autor destaca los elementos ideológicos e idiosincráticos de los grupos humanos que los distinguen del resto de los sistemas y que, por tanto, muchas de sus regularidades adquieren especificidades históricas que no pueden ser vistas de manera global.

En este sentido subraya conceptos clave como el de adaptación activa a la realidad versus adaptabilidad (término usado por lo sistémico) y el de enfermo mental como emergente del funcionamiento de un grupo familiar y denunciante de la situación social. La concepción operativa del grupo familiar de esta teoría, permite analizar múltiples variables de dicha organización social: la vida cotidiana, análisis de las ideologías en función de su clase social, relaciones de poder en la familia, relación de los integrantes familiares con el poder (Lewin, 1951).

El estudio psicológico de la familia presenta un conjunto de complejidades y problemas cuyas soluciones y respuestas han de alcanzarse en el camino de la investigación científica y la reflexión teórica. La psicología marxista, si bien no resuelve todas estas interrogantes a partir de una comprensión materialista dialéctica de los procesos de desarrollo de la actividad, la psiquis y la personalidad del ser humano, integra un sistema de principios y categorías básicos que permite analizar e interpretar las particularidades de la familia, de su funcionamiento, desarrollo e interacciones en la sociedad. Se observa la relación entre familia y sociedad y el condicionamiento social de la forma de ser y existir de la familia, se rescata el enfoque histórico de Engels. Cada momento histórico ha condicionado las relaciones en el interior de la familia. No podemos estudiar el fenómeno familia si no estudiamos lo cultural, lo histórico, las condiciones económicas en que la familia se desenvuelve, la tendencia histórico-cultural evalúa el individuo, la familia y la sociedad. Es una perspectiva que nos permite hacer un análisis más amplio de las teorías que estudian la familia.

Uno de los aportes fundamentales a esta ciencia corresponde a Vigostki, creador de la teoría histórico-cultural del desarrollo psíquico que destaca su determinación sociohistórica. En este sentido, señala: “La cultura es el producto de la vida social y de la actividad social del hombre y por ello el planteo mismo del problema del desarrollo

cultural del comportamiento nos conduce directamente al plano social del desarrollo” (Panique, 2013, p.341).

El desarrollo armónico de la familia se ve influido por múltiples valores, uno de ellos lo constituye la satisfacción de las necesidades materiales más elementales. Otros factores del funcionamiento familiar son más intrínsecos a ella y dependerán del ciclo vital, de la forma de comunicación entre miembros y de la forma en que la familia percibe las situaciones que constituyen eventos estresantes.

La familia está universalmente aceptada como unidad básica de la sociedad, independientemente de sus formas u organización, constituye en todas partes del mundo, el espacio natural y el recinto micro social para el desenvolvimiento de sus miembros. En tanto institución que mediatiza la interacción individuo–sociedad–familia, está sensiblemente conectada a la dinámica social y a las realidades históricas diversas en el devenir de los distintos estadios de su ciclo vital. Por tal situación, Mendieta (1987) señala:

Además, está dotada de enorme flexibilidad, de una suerte de metamorfismo y de insospechados mecanismos de adaptación a las condiciones cambiantes del medio material, de la organización del trabajo, de los procesos económicos, de los avances tecnológicos, así como de las estructuras abstractas de la sociedad, la ideología, los valores, las normas, los representativos simbólicos. (p.61)

El diagnóstico de cualquier grupo familiar incluye un conjunto de variables que nos sirven de pauta para evaluar la estructura y el funcionamiento de la familia. En el orden didáctico la estructura y el funcionamiento se separan, pero en el orden práctico no sucede así, sino que se interconectan e influyen mutuamente.

La estructura de la familia comprende varios aspectos: tipos de familias, ciclo vital, crisis, funciones de la familia y condiciones socioeconómicas. La familia recorre

un proceso de desarrollo, ciclo vital en el cual se distinguen etapas o fases marcadas por la ocurrencia de acontecimientos significativos de la vida. Estas etapas son:

Formación e Integración: Sus acontecimientos vitales son matrimonio, embarazo nacimiento del primer hijo. En esta etapa se realiza el ajuste de la individualidad y roles, con el consecuente acople funcional de intereses y necesidades. Se constituye y consolida el llamado proyecto de vida.

Extensión: Los eventos vitales son el nacimiento del primer hijo e independización del último. Es la etapa más larga del ciclo y comprende una gran variedad de cambios en la familia influidos por el crecimiento y desarrollo de los hijos. Se da espontáneamente el aprendizaje del rol papá/mamá-esposo/esposa.

Contracción: Sus eventos son la independización del último hijo y muerte del primer cónyuge. Se produce el cese de la tutela directa de los hijos y un regreso a la comunicación directa de los esposos, sin mediación de los hijos. Es llamada la etapa del nido vacío para referirse que se han ido los hijos del hogar.

Disolución: Sus eventos son la muerte del primer cónyuge y muerte del segundo cónyuge. El ajuste a la viudez es la función más compleja de esta etapa por la pérdida que se sufre y las consecuencias que esto tiene para la familia. Se requiere un ajuste de roles nuevamente y una reestructuración de la jerarquía familiar.

Cuando analizamos el ciclo vital de la familia notamos que esta evoluciona por crisis, pero en un sentido positivo, dándole a este concepto una connotación de momento decisivo o de una situación de peligro y oportunidad. Ahora bien, no podemos negar que hay también crisis que constituyen una amenaza para la familia y que son un riesgo para que esta sufra, se desorganice, funcione mal, se destruya y desmoralice.

A decir de Rueda (2015):

Los acontecimientos normativos dan lugar a las crisis normativas del desarrollo o transitorias, ellas son: matrimonio, embarazo, nacimiento del primer hijo, entrada del primer hijo a una institución infantil escolar, hijo adolescente, jubilación, muerte del primer cónyuge. Los acontecimientos accidentales provocan las crisis para normativas accidentales o no transitorias, que estarán en dependencia de la estabilidad de la membresía y del efecto en la dinámica familiar. (p.173)

El nivel de estabilidad de la familia puede estar dado por:

Incremento: La familia se expande porque alguien que ya se había independizado regresa en un momento del ciclo familiar que no se corresponde con el desarrollo y crecimiento normal de ésta.

Desmembramiento: Se puede producir por varios eventos como el divorcio, muerte, abandono, migración.

La dinámica familiar puede verse afectada por:

Desorganización: cuando se afecta la organización interna de la familia por múltiples causas como la enfermedad somática o siquiátrica, alcoholismo, drogadicción, invalidez significativa de algún miembro, un paciente en estado terminal que crea desequilibrio afectivo, bajo nivel cultural, condiciones inadecuadas de la vivienda, etc.

Desmoralización: cuando se violentan los valores éticos, morales, ideológicos, legales, etc., de la familia: conducta antisocial de sus miembros, encarcelamiento, abuso sexual, maltrato psicológico y físico, negligencia, etc.

Por ello, Delgado (1980) explica:

Si consideramos las crisis como cambios dinámicos, transformación, movimiento, si la familia está en crisis, pues ha atravesado y atraviesa por grandes

modificaciones estructurales y funcionales. Entendemos las funciones de la familia como las actividades que de forma cotidiana realiza, las relaciones sociales que establece en la realización de estas actividades intra y extra familiares y los efectos producidos por ambos. Existen diferentes enfoques para analizar las funciones de la familia. Expondremos el que describe tres grandes grupos. **Función biológica:** Función de reproducción (necesidad de descendencia) se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de los miembros de la familia. (p.154)

A continuación, desarrollamos brevemente las funciones de la familia, considerando que las adicciones se producen, cuando estas funciones fallan y se desencadena, lo que precisamente se llama, la disfuncionalidad familiar:

Función Económica: Obtención y administración de los recursos tanto monetarios, como bienes de consumo, la satisfacción de las necesidades básicas, tareas domésticas que garantizan los servicios que se brinden en el hogar para la existencia, la conservación y el bienestar de la familia.

Función Educativo – Cultural: Influencia que ejerce la familia en sus miembros, todo el proceso de aprendizaje individual y en el propio desarrollo familiar. Se produce el proceso de transmisión de experiencia histórico – social en la vida cotidiana, la transmisión de valores ético – morales que se derivan de los principios, normas, regulaciones que se observan y aprenden en la familia y contribuye al proceso formativo del desarrollo de la personalidad individual y en general a la formación ideológica de las generaciones.

Función de Crianza: Aspectos que tienen como finalidad proporcionarle un cuidado mínimo que garantice su supervivencia, un aporte afectivo y un maternales y paternales adecuados.

Función de Culturalización y Socialización: La familia constituye el vehículo transmisor de pautas culturales a través de varias generaciones lo que permite al mismo tiempo modificaciones de éstas.

Función de Apoyo y Protección Psicosocial: Ejerce un efecto protector y estabilizador frente a los trastornos mentales, la familia facilita la adaptación de sus miembros a las nuevas circunstancias en consonancia con el entorno social. (Castery, 2014, p.327)

3.2.2 *Estudios sobre la Funcionalidad Familiar de los Adictos Rehabilitados*

El estudio realizado en 16 países europeos por Ipsos MORI con la colaboración de la compañía biomédica Pfizer, desvela hasta qué punto la adicción puede perjudicar las relaciones familiares y sociales. Y hasta para el amor una de cada cuatro personas fumadoras reconoce haber roto un vínculo sentimental por no querer abandonar ese hábito. La adicción, si bien aparece en el contexto social, pero muy pronto sus consecuencias se dejan sentir en el ámbito familiar, ya que perturba las relaciones entre padres-hijos y al interior de la pareja.

En lo referido a los resultados alcanzados en España en la encuesta mencionada líneas arriba, Manu Mediavilla (2012) en base a una muestra de 1000 personas adictas rehabilitadas, indica lo siguiente:

Un 14%, por ejemplo, admite haber mentido a familiares y amistades sobre la cuestión, y un 12% llegó a esquivar deliberadamente a gente de su entorno más próximo porque no iba a poder disimular su estado dependiente. Asimismo, el 36% que confiesa haber abandonado su domicilio por la noche para conseguir drogas o el 46% al que no le importó quedarse en la calle hasta satisfacer su dosis, aunque nieve o llueva. Por no hablar del 26% que abandonó lugares donde está

prohibido todo tipo de drogas; sobran testimonios sobre los conflictos familiares ocasionados por las adicciones. (p.17)

Para frenar tal desastre, la OMS aboga por vigilar el consumo de estupefacientes y las políticas de prevención, establecer programas de rehabilitación y refuerzo del bienestar familiar.

En el año 2001 se hizo en Cuba la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Trasmisibles (II ENFRENT) para determinar la frecuencia y características epidemiológicas de los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas no trasmisibles, entre ellas el consumo de drogas. En base a los datos referidos a la influencia que tiene la dependencia, en el ámbito familiar, de adolescentes entre 15 y 19 años, se escribió un artículo titulado: Influencia familiar en el consumo de drogas de adolescentes, cuyo autor es García Rochel, et al., quien indica lo siguiente:

Se encontró influencia significativa de los antecedentes en la familia, como factor de riesgo importante para el consumo de drogas en los adolescentes, aparecen bien documentados en la literatura científica ya que la familia es el primer elemento socializador, en cuyo interior se educa y forma al individuo y cuyos patrones le sirven como modelo para el desarrollo de su conducta. Los resultados de este trabajo coinciden con lo planteado en la literatura al respecto. (p. 4)

Otra investigación que vincula las relaciones familiares con el consumo de tabaco es la realizada por Pilar Lavielle-Sotomayor, Pedro Sánchez-Pérez y otros (2012) en la ciudad de México, se evaluaron a 932 adolescentes de una edad promedio de 16 años que provenían de familias en donde ambos padres tenían hasta 12 años de estudios formales. Entre los principales resultados encontrados están aquellos datos que indican que las malas relaciones familiares desencadenan con mayor probabilidad el hábito de fumar. De manera textual, los resultados se publicaron de esta manera:

Cuando fue evaluada la estructura de la familia de donde provenían los adolescentes, se encontró que 579 (62,4%) de los jóvenes pertenecía a una familia de tipo nuclear, en tanto que 197 (21,3%) de los adolescentes vivían con uno solo de los padres, 19% vivían únicamente con la madre, en tanto que el 2,3% sólo con el padre y 152 (16,4%) procedía de una familia extensa.

La evaluación de la forma de funcionamiento muestra, por un lado, que la mayoría de las familias cumplen de manera apropiada con las funciones que deben cubrir, principalmente en el área de la disciplina (64.0%), la comunicación (63,0%), manejo de la autoridad (52,7%) y demostración del afecto (51,6%). No obstante, en relación al grado de cohesión de los miembros de la familia de los adolescentes, los resultados revelan que prevalecen las familias con vínculos inadecuados: 36,4% fueron familias no relacionadas, el 32% semirrelacionadas, 7,7% familias aglutinadas y sólo el 2,9% de las familias de los adolescentes, presentan un adecuado equilibrio entre independencia y apoyo.

Por otra parte, se puede observar que es mayor la proporción de familias de adolescentes que no fuman y que funcionan de manera adecuada, en comparación de las familias de los fumadores. En las áreas de manejo de la autoridad y la disciplina hubo diferencias, aunque no fueron significativas. Mientras que, en la demostración del afecto, la comunicación y la cohesión familiares fueron variables que tienen un efecto sobre el consumo de tabaco en los adolescentes.

Para muchos estudiantes sus deseos de fumar son parcialmente resultado de la influencia de los miembros de su familia, amigos y los anuncios publicitarios. Sin embargo, no sólo la exposición a modelos lleva a los

adolescentes a fumar, sino que la interacción entre los miembros de la familia tiene un impacto importante sobre el consumo de tabaco en los adolescentes. Diversas investigaciones han considerado que la estructura familiar influye sobre las conductas de riesgo de los adolescentes. En este sentido, se estima que los adolescentes que viven en una familia monoparental tienen mayores conductas de riesgo, debido a que existe una menor capacidad de supervisión de sus actividades, en comparación a las familias en donde están presentes ambos padres. Sin embargo, los resultados de nuestro estudio no mostraron que el tipo de familia tuviera influencia sobre el consumo de tabaco. Un aspecto de la familia que sí influyó de manera importante sobre el consumo de tabaco por parte del adolescente, fue la falta de calidez y de cercanía, así como una comunicación deficiente dentro de la familia, ya que estas características afectan la salud emocional del adolescente, contribuyendo a una baja autoestima y depresión. Por tanto, en este sentido la cohesión familiar es un indicador global del funcionamiento familiar, asimismo es uno de los atributos familiares que funcionan como factor protector contra conductas de riesgo de los adolescentes. (pp.12-13)

3.3 Bienestar Psicológico

La afectividad es un área de estudio de la psicología, que presenta una estrecha conexión con el área de la salud. El hombre siente, piensa y actúa, distinguiéndose, por tanto, los procesos emocionales (sentimientos, emociones, estados emocionales, humor, pasiones, tendencias, instintos, etc.) procesos cognitivos (percepción, atención, memoria,

inteligencia, lenguaje, etc.) y de la conducta (actos volitivos, actitudes, motivaciones, aprendizaje, etc.).

Al respecto, Sánchez (1980) enuncia:

La palabra afecto se usa casi sinónimo de emoción, aunque en la emoción, (por su misma etimología, deriva de moveré) se pone el acento en la respuesta. Es el término preferido por algunos psiquiatras, para quienes los afectos son síntomas importantes para el diagnóstico clínico y para configurar un grupo de trastornos, llamados trastornos afectivos, a los que actualmente se prefiere denominar como trastornos del humor. Conjunto de emociones, estados de ánimo, sentimientos que impregnan los actos humanos, incidiendo en el pensamiento, la conducta, la forma de relacionarnos, de disfrutar, de sufrir, sentir, e interaccionando con la expresividad corporal. (p.146)

3.4.1 Estados Afectivos

Un estado afectivo es una emoción sostenida y persistente experimentada por el sujeto y expresada de forma que puede ser percibida por los que le rodean. Según el rango del estado afectivo se distinguen eutimia, o rango normal de humor, distimia, que corresponde a un estado dirigido hacia la depresión, e hipertimia, cuando se tiende a la manía. Según el tipo de afecto y su duración distinguimos tres en orden de profundidad y duración, de acuerdo con Gutiérrez (2007): Emociones (Las más superficiales de los afectos). Pasiones (Intermedias). Sentimientos (Son los más profundos y duraderos).

Emociones

Son reacciones vivenciales que se acompañan de una fuerte conmoción somática. Son rápidas e inestables, En general duran menos de un día. Tienen gran componente físico: El cerebro percibe algo que le dispara una emoción en la amígdala cerebral.

Vienen acompañados de un síntoma (Pensamiento – emoción – síntoma). Varían según su intensidad, tono y tendencia. Las emociones son la parte más superficial de nuestros estados afectivos, algunos ejemplos de emociones son el ponerse triste un día nublado o alegrarse al recordar un momento agradable. (Ibidem)

Sentimientos

Es un estado afectivo pero elaborado por la inteligencia y la voluntad. Son estables, específicos y duran años. Aunque son los estados afectivos más profundos alcanzan menor intensidad que los otros. Algunos ejemplos de sentimientos son el amor a una persona, a la familia, etc., la bondad o el odio hacia alguien.

Las Pasiones

Las pasiones son la respuesta afectiva a algo exterior, algo que sucede y nos afecta. También se puede definir como una emoción muy fuerte que abarca el deseo o el entusiasmo hacia algún objeto, hacia alguna persona o, en definitiva, hacia un tema determinado. Se produce cuando existe una afinidad por algo o alguien de manera muy intensa. Las pasiones son más fuertes que las emociones ya que afectan al pensamiento y a la voluntad.

Sin embargo, las pasiones están sujetas a desequilibrio y trastornos. Algunos de esos cuadros patológicos pueden desencadenar las adicciones, como por ejemplo al tabaco, el cual es el objetivo de estudio de esta tesis. Pasemos, por tanto, a revisar algunos de los trastornos afectivos, relacionados con las adicciones. Nacy (2016) los define de esta manera:

El Trastorno Afectivo-Emocional. El trastorno afectivo-emocional es un tipo de depresión que se ve afectada por los cambios de luminosidad provocadas por cada estación. Normalmente, se inicia en los meses de octubre y noviembre cuando las horas de luz se ven reducidas. Con la llegada de la primavera estos síntomas se

ven aplacados. ¿Qué ocurre? Que muchas veces sucede al revés y estos síntomas se presentan durante el verano.

Causas del trastorno afectivo-emocional. Las causas del TAE aún no están claras. Por el momento, sabemos que la consecuencia de sentirse triste y desanimado es por las pocas horas de luz de las que nos proviene el cambio estacional. Si es el caso contrario, en verano, pues el aumento de las mismas nos provoca también un cambio en nuestras emociones que no sabemos por qué sucede. (p.56)

Si nos centramos en nuestro cerebro, los expertos creen que la melatonina y la serotonina (dos hormonas que ayudan a regular el ciclo del sueño, la energía y el estado de ánimo) pueden ser las responsables de que nos sintamos más decaídos que de costumbre. Veamos qué síntomas presenta el trastorno afectivo-emocional.

Estado de Ánimo Cambiante. Las personas que padecen TAE de repente presentan un estado de ánimo alicaído, sienten que no valen nada. En definitiva, tienen sentimientos de desesperanza. Se molestan más a menudo con cualquier cosa, por muy tonta que sea. Todo esto es consecuencia de su estado emocional que se encuentra más irritable y sensible.

Incapacidad de Disfrute. A pesar de que algo lo disfrutes notablemente, cuando presentas el trastorno afectivo – emocional todo aquello que disfrutabas de repente no te interesa porque no lo disfrutas como antes. Pierdes el interés y te muestras insatisfecho con muchas cosas y situaciones. Esto suele ir acompañado, muchas veces, de culpabilidad.

Energía que Desciende. ¿Nos hemos sentido a veces cansados sin motivo alguno?, ¿Por qué tendemos a dormir demasiado aún sin estar cansados?, ¿Qué nos ocurre? Estas son las preguntas que suelen hacerse las personas con TAE. La casi ausencia de energía,

que nos aborda de repente, nos provoca una sin razón a la que no logramos encontrarle causa ni solución.

Cambios Alimenticios. Entre los cambios alimenticios causados por este tipo de trastorno entran tanto la falta de apetito como la necesidad de comer más. Esto último puede ser potenciado por la ansiedad ocasionada por los cambios de sueño, la falta de energía, la pasividad de la que nos vemos colmados de repente, etc.

Dificultad para Concentrarse. Este trastorno puede provocar una disminución del rendimiento escolar y laboral. ¿Por qué sucede esto? Por la falta de motivación. Como ya mencionamos anteriormente, la falta de energía tiene mucho que ver. Nos costará más levantarnos, todo requerirá un esfuerzo del que nos sentimos faltos de ganas. A todo esto, se le suma esa falta de concentración que hará que estemos pensando en otras cosas o quizás en nada.

Disminución de las Actividades Sociales. Las personas que padecen este trastorno pueden pasar menos tiempo fuera de casa. Tienden a encerrarse, a ver menos a sus amigos y familia. Es como si se encerrasen en sí mismos. No tienen ganas de salir, de despejarse, de pasarlo bien, de hacer algo, sentirse activos. Esto les produce frustración porque en casa tampoco hacen nada, por lo tanto, ven su vida como un sinsentido (Gallardo, 2014).

3.4.2 Estudios sobre el Bienestar Psicológico de los Adictos Rehabilitados

Todos los estudios sobre el tema han reportado una estrecha relación entre la afectividad del individuo y la drogodependencia. Varios de estos estudios hacen hincapié al individualismo del bienestar psicológico que define el avance a una vida sin adicción y una rehabilitación con menor riesgo de recaída.

En un estudio realizado a 271 estudiantes de entre 13 y 19 años de edad en la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense en el año 2007, Sádaba y Bringué, investigaron el bienestar psicológico de los adolescentes drogodependientes desde una perspectiva cualitativa. En su investigación determinaron el factor que más influenciaba el bienestar psicológico en los adolescentes era la “Calidad de Vínculos Personales”, es decir, sus relaciones con sus pares, familia y amigos.

En la adolescencia la socialización es esencial, siempre buscan la aceptación, el poder integrarse a un grupo de iguales, donde se sienta comprendido, apoyado y apreciado, también el estudio demostró que la necesidad de los adolescentes por sentirse bien psicológicamente impulso a los mismos a tener más predisponían por sus problemas de adicción. es por esto que no sorprende el hecho que el mantener vínculos personales de calidad sea uno de los aspectos determinantes para el bienestar psicológico en esta etapa del desarrollo.

Sádaba y Bringué (2007) indican:

De acuerdo a su planteo, el bienestar psicológico de los individuos cumple una función importante en la comunicación social, además de ser importante para el bienestar/malestar de los individuos ya que las emociones están íntimamente relacionadas con diversos sistemas fisiológicos que forman parte del proceso que podríamos denominar «salud-enfermedad». Las emociones, de esta manera, influyen sobre la salud y la enfermedad a través de sus propiedades motivacionales, es decir por su capacidad para modificar las conductas «saludables» (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y «no saludables» (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo, etc.). (p.45)

En Paraguay, el año 2010, en la Universidad Nuestra Señora de la Asunción, Cervilla realizó la investigación: Bienestar 193 Psicológico de Estudiantes Universitarios en Relación al Tiempo de Uso de drogas., coligiéndose los siguiente:

Ante estas consideraciones y cumpliendo el objetivo específico se determina que la mayoría de estudiantes evaluados poseen puntajes bajos de bienestar psicológico, con un 50.7% del total de la muestra. Pero de igual forma es importante mencionar el hecho que la diferencia existente entre quienes puntuaron alto y quienes puntuaron bajo en el bienestar psicológico es mínima, solamente del 1.4%, lo que significa que una cantidad importante de adolescentes en las instituciones de estudio tienen niveles muy altos de bienestar psicológico.
(p.87)

El instrumento utilizado para evaluar este aspecto en los sujetos de estudio está basado en la teoría del bienestar psicológico como un concepto multidimensional de Ryff y Keyes (1995), donde el bienestar psicológico de una persona es el resultado de una evaluación valorativa del cómo ha vivido su vida. De acuerdo a esto, el instrumento empleado definió a quienes obtienen puntuaciones altas en bienestar psicológico como personas que tienen una sensación de control y de autocompetencia, que pueden aceptar los múltiples aspectos de sí mismos incluyendo los buenos y los malos, se siente bien con su pasado, es cálido, confía en los demás y puede establecer buenos vínculos psicosociales, tiene capacidad de empatía y afectividad, tienen metas y proyectos y considera que su vida tiene significado y propósito.

CAPÍTULO IV

Metodología

4.1 Área de la Psicología en la que se Enmarca el Trabajo de Investigación

La presente investigación se enmarca dentro del área de la Psicología Social, la misma como refieren Pérez y Merino (2008) constituye aquella parte de la psicología:

Que analiza los procesos de índole psicológica que influyen al modo en que funciona una sociedad, así como la forma en que se llevan a cabo las interacciones sociales. En suma, son los procesos sociales los que modulan las características de cada persona. (p.41)

Por lo que la presente investigación pretende determinar la relación de las habilidades sociales con el funcionamiento familiar y bienestar psicológico en adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija.

4.2 Tipificación de la investigación

Correlacional. La parte esencial de este estudio fue relacionar las variables: habilidades sociales, función familiar y bienestar psicológico de los adictos rehabilitados. Con base en Fernández (2003), “la utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales son saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas” (p.63).

Descriptiva. Según Hernández, Fernández y Basptista (2010) “busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier población” (p.80). Este tipo de investigación describió las características de las variables: habilidades sociales con el funcionamiento familiar y bienestar psicológico en adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija.

Emplea un enfoque cuantitativo como cualitativo:

Cuantitativa. Porque utilizó “la recolección de datos empíricos para probar una hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer

patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.4). En la presente investigación todos los instrumentos que se utilizaron dieron como resultado datos numéricos, los cuales han sido tratados estadísticamente a través del programa SPSS, para llegar a las conclusiones y cumplimiento de los objetivos.

Cualitativa. Asume una realidad subjetiva, dinámica y compuesta por múltiples contextos, volviendo a Fernández, “el enfoque cualitativo de investigación privilegia el análisis profundo y reflexivo de los significados subjetivos e intersubjetivos que forman parte de las realidades estudiadas” (p.8).

Según el propósito es de tipo **teórico**, puesto que su meta principal fue generar información nueva sobre el tema de investigación abordado. Es decir, cumplió los objetivos trazados porque se elaboró un reporte sobre habilidades sociales, el funcionamiento familiar y bienestar psicológico de los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija.

Según el tiempo la investigación es **transversal** porque se recolectaron datos de manera inmediata sobre las habilidades sociales, el funcionamiento familiar y bienestar psicológico en adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija. No se realizó el seguimiento de ningún caso ni se analizó la evolución del proceso de adicción a través del tiempo (Martínez, 2000).

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

La población de estudio estuvo compuesta por todas las personas que han sido consideradas rehabilitadas en su categoría de adicto o drogodependientes, pertenecientes a la ciudad capital de Tarija y comprendidas entre las edades de 20 a 40 años. No existe ninguna institución o fuente documental que proporcione estadísticas exactas sobre este tipo de población en nuestro medio, ya que no todos los/as

drogodependientes asisten a centros capacitados y rehabilitarse de su adicción. Para hacer un cálculo estimativo de la cantidad de personas, que constituyeron la población de estudio, se consultó al licenciado Marco Moscoso, perteneciente al Intraid.

Según estadísticas estimadas, proporcionadas por la referida institución, de la ciudad de Tarija, el número de personas adictas a distintas drogas está alrededor de 4000.

Las variables de selección del presente estudio son:

Edad : a) 20-26; b) 27-33; c) 34-40.

Sexo : Hombres y mujeres.

Rehabilitados : Que hayan salido de algún programa de reinserción de adictos.

Tiempo de abstinencia : a) 1 año b) 2 años c) 3 años a más.

Origen : a) Ciudad de Tarija; b) Provincias de Tarija; c) Otro departamento del país.

4.3.2 Muestra

La muestra de estudio estuvo conformada por 93 personas o 2,5% de la población total estimada por la institución Intraid. El tipo de muestreo fue intencional y estratificado. Intencional por el hecho que la investigadora seleccionó personalmente a cada sujeto de estudio, que integró la muestra (no se aplicó al azar), debido a que fue preciso consultar previamente a los/as adictos/as rehabilitados/as si están en condiciones y con la predisposición de participar en la investigación. Fue estratificada debido a que la muestra estuvo dividida de acuerdo a las variables de selección, es decir, la mitad conformada por hombres y la otra mitad por mujeres. El muestreo fue intencional y “supone un cierto conocimiento del universo a estudiar; su técnica

consiste en que el investigador escoge intencionadamente y no al azar algunas categorías que él considera típicas o representativas del fenómeno a estudiar” (Ander-Egg, 2011, p.89).

Cuadro 1

Detalle de la muestra

Sexo																	
Hombres									Mujeres								
A (20-26 años)			B (27-33 años)			C (34-40 años)			A (20-26 años)			B (27-33 años)			C (34-40 años)		
Tiempo de abstinencia																	
A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	1								
									2								
Total: 93																	

4.4 Métodos, Técnicas e Instrumentos

A continuación, se describen los métodos, técnicas e instrumentos que se emplearon en el proceso de elaboración del proyecto, para la recolección de datos, la interpretación y elaboración del informe final.

4.4.1 Métodos

Método hipotético-deductivo. Es uno de los modelos para describir al método científico, basado en un ciclo inducción-deducción-inducción para establecer hipótesis y comprobar o refutarlas. Este método nos permitió una aproximación a la verdad en la ciencia, plantea una hipótesis en base a los datos disponibles luego se aplicó la deducción para llegar a una conclusión, esta se realizó a través de la experimentación.

Método teórico. Es aquel que permite descubrir en el objeto de investigación las relaciones esenciales, las cualidades fundamentales, no detectables de manera

sensoperceptiva. Por ello, se apoya básicamente en los procesos de abstracción, análisis, síntesis, inducción y deducción.

El método teórico permitió la realización del marco teórico, interpretación de datos, interpretación conceptual y el desarrollo de diferentes variables.

Método empírico. Este método fue utilizado para identificar las relaciones esenciales y las características fundamentales del objeto de estudio, accesibles a la detección sensoperceptiva. El aporte al proceso de investigación es el resultado de la experiencia, a través de procedimientos prácticos con el objeto y diversos medios de estudio.

El método empírico sirvió para la recolección de datos, a través de las distintas técnicas e instrumentos, utilizados en el análisis e interpretación de los hechos y la revelación de las características fundamentales del objeto de estudio.

Método estadístico. Fue aplicado en la fase de procesamiento de los datos con toda la información recabada para elaborar tablas y gráficos. La estadística es una ciencia que permite estudiar una determinada población, a partir de la recolección, recopilación e interpretación de datos mediante el análisis numérico.

La estadística se divide en dos grandes áreas: Estadística descriptiva que está dedicada a la descripción, visualización y resumen de datos originados a partir de los fenómenos de estudio. Aquí se calcularon frecuencias, porcentajes, medias aritméticas, desviación estándar, etc. Estadística inferencial sirve para calcular determinados estadísticos, que permiten inferir la prueba o rechazo de una hipótesis, así como la relación entre las variables. En este estudio se tuvo cruzado de variables, comparación de medias aritméticas y la correlación.

4.4.2 Técnicas

Test psicológicos. En la etapa de recojo de datos se emplearon los test psicométricos para valorar diferentes variables de estudio. Un test psicológico es una prueba

estandarizada que tiene por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica. Su validez se basa en la aplicación de la prueba a una muestra amplia de la población a la que está dirigido, de la cual se han calculado parámetros estadísticos creando una escala normalizada que permite ubicar a un individuo particular en esas categorías en promedios de la población. En general, se ha utilizado el término "test" para referirse al instrumento de medición psicológica de variables de tipo cognitivo: aptitudes, conocimientos, rendimiento, habilidades, etc., en los que las respuestas son correctas o incorrectas y la puntuación total viene dada por la suma de respuestas correctas, dando lugar a una escala acumulativa jerárquica. La característica fundamental de los test psicológicos es su naturaleza estandarizada, lo cual implica un procedimiento de aplicación y de corrección idénticos para todos los casos.

Cuestionario. Técnica de recolección de datos que emplea como procedimiento fundamental la formulación de preguntas descriptivas, las cuales valoran características personales estáticas o dadas de antemano, sobre las cuales el entrevistado, generalmente, aplica en mínimo grado el juicio y el razonamiento y se basa fundamentalmente en la memoria. Se trata, según Niño (2011) de una “técnica que permite la recolección de datos que, proporcionan los individuos de una población o más comúnmente de una muestra de ella, para identificar sus opiniones, apreciaciones, puntos de vista, actitudes, intereses o experiencias entre otros aspectos” (p.63.).

Escala. El término "escala" se suele utilizar para hacer referencia al instrumento elaborado, en palabras de Merton (1968):

Para medir variables no cognitivas: actitudes, intereses, preferencias, opiniones, etc., y se caracterizan porque los sujetos han de responder eligiendo, sobre una escala de categorías graduada y ordenada, aquella categoría que mejor represente su posición respecto a aquello que se está midiendo, no hay respuestas correctas o incorrectas, y

la puntuación total es la suma de las puntuaciones asignadas a las categorías elegidas por los sujetos. (p.21)

4.4.3 Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos para la recolección de datos: La escala de habilidades sociales, el cuestionario para medir la funcionalidad familiar y la escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

La Escala de Habilidades Sociales EHS

Nombre completo del test. - EHS Escala de Habilidades Sociales.

Autora. - Elena Gismero Gonzales.

Objetivos. - El objetivo es la evaluación de la aserción y las habilidades sociales de la persona.

Material. - Manual de aplicación, hoja de respuestas, hoja de perfil y lápiz.

A que técnica corresponde. - Escala.

Historia de Creación y Baremación. La baremación o también llamada escala de valores sirve para el proceso de categorización cualitativa. La transformación de una puntuación ayuda a los usuarios a colocar significado a un valor determinado de acuerdo con el comportamiento de un conjunto de observaciones. Si el instrumento dispone de un manual, este debería evidenciar los baremos de las medidas y algunas transformaciones si son requeridas, además de las básicas indicaciones para la interpretación de cualquier puntuación (Meneses, et al., 2014).

Confiabilidad y Validez. Para la confiabilidad se empleó la EHS de Gismero, que muestra una consistencia interna alta como se expresa en su coeficiente de confiabilidad

$a = 0,88$ el cual se considera elevado, pues, supone que el 88% de la varianza de los totales se debe a lo que los ítems tienen en común, o a lo que tienen de relacionado de discriminación conjunta (habilidades sociales o asertividad). Tiene validez de constructo, es decir, el significado atribuido al constructo medido (habilidades sociales o asertividad) es correcto. Tiene validez de contenido porque su formulación se ajusta a lo que comúnmente se entiende por conducta asertiva.

Existe asimismo validez del instrumento, es decir, que se valida toda la escala, el constructo que expresan todos los ítems en su conjunto, a través de la confirmación experimental del significado del constructo tal como lo mide el instrumento, y de los análisis correlacionales que verifican tanto la validez convergente (por ejemplo, entre asertividad y autonomía) como la divergente (por ejemplo, entre asertividad y agresividad). La muestra de ejemplo empleada para el análisis correlacional fue llevada a cabo con 770 adultos y 1015 jóvenes, respectivamente. Todos los índices de correlación esperan los factores encontrados en el análisis factorial de los elementos en la población general, según Gismero, por ejemplo, 0,74 entre los adultos y 0,70 entre los jóvenes en el factor IV.

Procesamiento de Aplicación y Calificación

Normas Específicas. Puede aplicarse tanto individual o colectiva, explicar claramente sobre el objeto, buscando que los sujetos la comprendan, se debe lograr en los sujetos responder lo más sinceramente posible, no existe respuestas correctas o incorrectas, en caso que algún término haya resultado poco comprensible, para alguno de los sujetos, no hay inconveniente en sustituirlo por otro sinónimo más familiar; debe lograr una comprensión de la situación y debe insistirse en que respondan todas las situaciones propuestas

Aplicación. Se debe asegurar que todos los sujetos entiendan perfectamente la forma

de responder a la misma, deben encerrar con un círculo la alternativa elegida, si es posible explicar en la pizarra y no tiene límite, pero por su brevedad no suelen los sujetos demorar más de 15 minutos.

Administración. Se leyeron y explicaron las instrucciones tal como aparecen en las hojas de respuestas, hasta que todos comprendieron y fue indicado que no existen respuestas correctas o incorrectas en la prueba, sino que lo importante es que respondan con toda tranquilidad y sinceridad. Se aplicó toda la escala. El tiempo que se requiere para su contestación es de aproximadamente de 15 minutos, y su administración puede ser individual o colectiva.

La Calificación. Las respuestas a los elementos, reactivos o ítems, que pertenecen a una misma subescala o factor están en una misma columna: se suman los puntos obtenidos en cada factor y se anota esa puntuación directa (PD) en la primera de las casillas que se encuentran en la base de cada columna. Finalmente, la PD global es el resultado de sumar las PD de las seis subescalas y su resultado se anotó también en la casilla que está debajo de las anteriores. Estas puntuaciones han sido luego transformadas.

Descripción de los Materiales. El EHS en su versión definitiva está compuesto por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit en habilidades sociales y cinco en el sentido positivo. Consta de cuatro alternativas de respuesta, desde “No me identifico en absoluto” hasta “Me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”. A mayor puntaje global, el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidades de aserción en distintos contextos.

El análisis factorial final ha revelado seis factores: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar

interacciones positivas con el sexo opuesto. Sus ámbitos de aplicación referentes son el clínico, educativo y el de investigación con adolescentes y adultos.

Escala. Con la ayuda del percentil alcanzado se tiene un primer índice global del nivel de las habilidades sociales o aserción del alumno. Si el Pc está en 25v o por debajo del nivel del sujeto será de bajas habilidades sociales. Si cae al percentil en 75 o más hablamos de un alto nivel en sus habilidades sociales. Si está el percentil entre 26 y 74 es nivel en medio.

Puntaje Pc	Nivel de HS
25 o por debajo	Nivel de bajas H.S.
Entre 26 y 74	Nivel medio
75 o más	Alto nivel en sus H.S.

Cuestionario del Funcionamiento Familiar FF- SIL

Nombre completo del test. Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL.

Autor. Ortega, De la Cuesta y Días, C. (1999).

Objetivos. El objetivo de este cuestionario es evaluar cuantitativa y cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

A que técnica corresponde. Corresponde a la técnica del cuestionario.

Confiabilidad y validez. Es un instrumento validado en la década de los 90 para evaluar cualitativamente la función familiar y permite identificar el factor relacionado causante del problema familiar y así intervenir más eficaz y efectivamente en este.

Procesamiento de aplicación y calificación

Aplicación. Cada una de las 14 situaciones que les son presentadas al usuario, debe ser respondida a con una X en la escala de valores cualitativas, según la percepción que

tenga como miembro de la familia.

Calificación. Una vez que se haya realizado el cuestionario se procederá a sumar los puntos, lo cual determinará en qué categoría se encuentra el funcionamiento familiar: Familia funcional de 70 a 47 pts., familia moderadamente funcional de 46 a 43 pts., familia disfuncional de 42 a 28 pts., familia severamente disfuncional de 27 a 14 pts., familia funcional.

Una familia funcional o moderadamente funcional, se caracterizan por ser cohesionada con unión familiar física y emocional cuando enfrenta diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Es armónica en correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia manteniendo equilibrio emocional positivo.

Una familia disfuncional es un espacio donde no se valora al otro, no se apoya, no se cumplen con los roles correspondientes a cada miembro de la familia y tampoco se delegan responsabilidades. Esto afecta directamente a los integrantes del grupo familiar, porque generan rasgos de personalidad desequilibrados, que les afectan en todos los ámbitos de la vida.

Descripción de los materiales. Este instrumento consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Correspondiendo dos a cada uno de las siete variables, que mide este cuestionario.

Escala

Escala cualitativa	Escala cuantitativa
Casi Nunca	1 pto.
Pocas Veces	2 ptos.
A Veces	3 ptos.
Muchas Veces	4 ptos.
Casi Siempre	5 ptos.

Escala de Bienestar Psicológico de RYFF

Nombre completo del test. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

Autor. Carol Ryff.

Objetivos. Determinar el nivel de bienestar psicológico mediante una escala.

A qué Técnica Corresponde. Escala

Historia de Creación y Baremación. La escala de Bienestar Psicológico fue creada por Carol Ryff en el año 1995, cuya revisión se dio el 2004 y luego adaptado a la versión española por Díaz, et al., (2006). La escala muestra juicios particulares de evaluación de una adecuada actividad psicológica, en contraste al foco tradicional de la psicología clínica que ha sido la patología y el malestar. Esta escala mide seis propiedades positivas del bienestar psicológico, que esta autora constituyó de acuerdo con las discusiones teóricas sobre los requerimientos cumplidos, motivaciones y propiedades que describen a un ser humano en íntegra salud mental.

Por tal razón esta escala puede ser aplicada en el ámbito clínico, organizacional, educativo e investigación. Las dimensiones del instrumento son: La autoaceptación o actitud positiva hacia el yo mismo, asociado a la autoestima y conocimiento de sí. Sentido en la vida o tener un propósito, relacionado a la motivación para actuar y desarrollarse.

Otra dimensión esencial es la autonomía, que involucra mantener la individualidad en diversos ambientes sociales, asentarse en las propias convicciones y mantener su independencia y autoridad individual, dominio del entorno, relacionado al locus de control interno, y ser eficaz de manera personal; 31 relaciones positivas con su entorno, lo que indica mantener lazos de confianza, cálidas, de empatía y de intimidad con otros, el crecimiento personal relacionado a la idea de evolución y aprendizaje positivo de la persona (Páez, 2008). La escala está conformada por 39 ítems, distribuidos en seis

dimensiones y con formato de los ítems Escala Likert de seis puntos:

Dimensión I Autoaceptación, presenta siete ítems.

Dimensión II Relaciones positivas, presenta siete ítems.

Dimensión III Autonomía, presenta cinco ítems.

Dimensión IV Dominio del entorno, presenta siete ítems.

Dimensión V Propósito en la vida, presenta ocho ítems.

Dimensión VI Crecimiento personal, presenta cinco ítems.

Confiabilidad y Validez. La presente escala fue traducida por Díaz, et al. (2006). En el análisis estadístico obtuvo buena consistencia interna con valores del α de Cronbach mayores o iguales que 0,70. Además de las altas correlaciones halladas entre las escalas de ambas versiones: Autoaceptación (0,94), Relaciones positivas (0,98), Autonomía (0,96), Dominio (0,98), Crecimiento personal (0,92) y Propósito en la vida (0,98). En consecuencia, indica que esta versión española representa bien los elementos teóricos esenciales de cada una de las dimensiones. Pero, el análisis factorial confirmatorio no evidenció un nivel de ajuste satisfactorio al modelo teórico planteado. Para mejorar la propiedad psicométrica se desarrolló una versión corta en la que se muestra α de Cronbach 0,84 a 0,70.

Procesamiento de Aplicación y Calificación. El instrumento puede ser aplicado a nivel individual y colectivo. La evaluación dura máximo 20 minutos. La aplicación es dirigida a adolescentes y adultos de ambos sexos con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados de la escala. El evaluado cuenta con las instrucciones básicas para responder de manera acertada cada enunciado. Se presenta enunciados sobre el modo como se comporta, siente y actúa. No existe respuesta correcta o incorrecta. El evaluado puede elegir entre seis alternativas de solución para cada ítem estipuladas como “Totalmente desacuerdo”, “Poco de acuerdo”, “Moderadamente de

acuerdo”, “Muy de acuerdo”, “Bastante de acuerdo” y “Totalmente de acuerdo”. Una vez que el/la evaluado/a haya concluido con la prueba, se confirma que todos los enunciados hayan sido contestados para continuar con la calificación. Las respuestas se califican según las seis alternativas asignadas a todos los ítems, correspondientes a cada dimensión. 32 para la corrección Invertir los ítems: 17, 23, 15, 26 y 21. Siguiendo esta pauta: (1=6) (2=5) (3=4) (4=3) (5=2) (6=1) Interpretación Al obtener el puntaje respectivo por dimensión, se ubica cada uno de ellos en la categoría pertinente según el baremo.

Descripción de los Materiales. Cuestionario de 39 ítems, lápiz y cuadernillo de corrección.

Escala

Bienestar psicológico elevado	156 - 176
Bienestar psicológico alto	141 - 155
Bienestar psicológico moderado	117 - 140
Bienestar psicológico bajo	100 - 116

4.5 Procedimiento

Revisión Bibliográfica y Contacto con Personas e Instituciones Vinculadas a la Investigación

En esta etapa del trabajo se realizó la revisión del material bibliográfico en busca de información referida a todos los conceptos necesarios para la construcción del marco teórico y la comprensión del objeto de estudio, que coadyuvó a su vez con el análisis de los datos vinculados a las variables identificadas. Al mismo tiempo, se estableció contacto con Intraid, esta institución contactó a la población del estudio.

Prueba piloto. En esta etapa se procedió a la realizar la aplicación de los instrumentos al 5% de la muestra (cinco personas) para observar si cada uno de los test, cuestionarios o inventarios son entendidos y averiguar si presentan dificultad en su administración. Esta prueba sirvió para evitar problemas posteriores con los instrumentos,

y posteriormente se procedió a la corrección de los errores o dificultades presentadas.

Selección de la muestra. En esta fase se realizó la elección de cada uno de los sujetos (elementos) para el estudio, la cual se realizó de acuerdo a las variables de selección presentadas en la parte de población y muestra.

De esta misma manera se procedió a la identificación (en la ciudad de Tarija) de las personas que cumplieron con los parámetros establecidos en las variables de selección. Para la elección de la muestra se procedió al tipo de muestreo intencional, es decir, hubo que solicitar la cooperación de las personas adictas rehabilitadas, quienes cumplieron con cada uno de los requisitos de selección.

Aplicación del instrumento. En esta fase del trabajo se procedió a la aplicación de los instrumentos seleccionados para la obtención de datos necesarios para poder dar respuestas a cada uno de los objetivos planteados. La aplicación de cada uno de los instrumentos se la realizó de manera individual en un ambiente apropiado y cómodo (que favoreció a la persona que accedió a la prueba).

A los participantes les fue comunicado, previamente, que toda la información que proporcionaran será tomada mediante los instrumentos de manera muy confidencial y solo con fines académicos.

Procesamiento de la información. En esta etapa, los resultados han sido procesados para cada una de las escalas y o baremos correspondientes a los instrumentos propios de los test.

Los datos fueron procesados a través del paquete estadístico SPSS con los siguientes cálculos: frecuencias, porcentajes, cruzados de variables y correlación.

Análisis e interpretación de los resultados. El objetivo aquí fue confirmar o rechazar las hipótesis de investigación, verificar el cumplimiento de los objetivos a la luz de la teoría, finalmente, redactar las conclusiones y recomendaciones.

Redacción del Informe Final. En esta fase se procedió a la revisión, redacción, organización y presentación del informe final de investigación y posteriormente enviarlo a consideración del Departamento de Psicología Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”.

CAPÍTULO V
Análisis e Interpretación
de Resultados

5.1 Datos Sociodemográficos

Cuadro N° 1

Sexo de los Adictos Rehabilitados

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	56	60,2
Femenino	37	39,8
Totales:	93	100,0

Cuadro N° 2

Edad de los Adictos Rehabilitados

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
A (20-26)	33	35,5
B (27-33)	30	32,3
C (34-40)	30	32,3
Totales:	93	100,0

Cuadro N° 3

Tiempo de Rehabilitación

Tiempo de rehabilitación	Frecuencia	Porcentaje
1 año	27	29,0
2 años	31	33,3
3 años a más	35	37,6
Totales:	93	100,0

5.2 Datos Según Objetivos Específicos

5.2.1 Habilidades Sociales de los Adictos Rehabilitados

Para dar cumplimiento al primer objetivo específico de la investigación: Identificar el nivel de habilidades sociales de los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija. Se utilizó la Escala de Habilidades Sociales EHS de Elena Gismero Gonzales.

Cuadro N° 4

Habilidades Sociales de los Adictos Rehabilitados

Nivel Habilidades Sociales	Resultado general		Masculino		Femenino	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Bajo	22	23,7	12	21,4	10	27,0
Medio	56	60,2	34	60,7	22	59,5
Alto	15	16,1	10	17,9	5	13,5
Totales:	93	100,0	56	100,0	37	100,0

Fuente: Elaboración propia

Las personas adictas rehabilitadas, mayoritariamente, se ubican en el nivel medio (60,2%) y luego están aquellas ubicadas en el nivel bajo (23,7%). A simple vista, parecería que la condición de haber sido adicto/a no afecta de manera considerable la sociabilidad de las personas que pasaron un proceso de rehabilitación.

Cuando se combina con la variable sexo, el resultado es ligeramente mayor para los hombres en el mismo nivel (60,7%) que las mujeres (59,5%), pero en el nivel bajo estas representan la mayoría (27%) en comparación a los hombres (21,4%). Así, las mujeres adictas rehabilitadas tienen algo más de dificultades para el empleo de habilidades sociales que los varones. Esto significa que tanto hombres como mujeres tienen un nivel moderado de habilidades sociales en las situaciones cotidianas, pero cierta dificultad cuando el entorno se vuelve enrarecido. Para un análisis de mayor profundidad sobre las habilidades sociales de los adictos rehabilitados analizaremos los resultados para las

dimensiones que plantea el instrumento de Gismero, a través de tablas donde se puede apreciar las distintas habilidades sociales.

La escala empleada evalúa seis factores: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Cuadro N° 5

Autoexpresión de Situaciones Sociales

Nivel Habilidades Sociales	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	44	46%
Medio	38	42%
Alto	11	12%
Totales:	93	100%

Pregunta	1	2	3	4
	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %
1. A veces evito hacer preguntas por miedo a ser estúpido.	49 52	16 17	8 9	20 21
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc. para preguntar algo.	63 67	13 14	6 7	11 12
10. Tiendo a guardar mis opiniones a mí mismo.	22 24	27 28	39 42	5 6
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a ser o decir alguna tontería.	36 38	14 15	18 19	27 28
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.	55 59	20 21	10 11	8 9
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas de presentación a tener que pasar por entrevistas personales.	52 55	11 12	28 30	2 3
29. Me cuesta expresar mi opinión cuando estoy en grupo.	22 24	27 28	39 42	5 6

Escala de valoración por pregunta.

1. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos
2. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actué o me sienta así
3. Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra
4. No me identifico en absoluto, la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría

Los resultados del test indican que las personas puntuaron en primer lugar en el nivel bajo (46%) con tendencia hacia el nivel medio (42%). Las personas adictas rehabilitadas son personas con un limitado nivel de autoexpresión en situaciones sociales, esto ha sido evidencia en los ítems dos, 19 y 20. El 67% indicó que les cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc., para preguntar algo. Al 59% les cuesta expresar sus sentimientos a los demás y el 55% manifestó que, si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas de presentación a tener que pasar por entrevistas personales.

Gismero describe en el Modelo de Interacción Social que los órganos sensoriales, capacidades cognitivas, estado emocional, rasgos volitivos y estilo interaccional influyen en el proceso de recibir, interpretar, planificar y ejecutar el comportamiento social. Durante las interacciones existen tres dominios en la comunicación, el primero es la parte corporal que comprende el contacto, la mirada, gestos, orientación del cuerpo y la postura.

El segundo es el intercambio de información en el que interactúan varios elementos como la articulación de la palabra, pedir datos, participar, expresar actitudes apropiadas, modular el volumen vocal, compartir información, hablar y sostener el argumento en un tiempo apropiado. Finalmente, están las relaciones que indican un vínculo adecuado para colaborar, conformarse, concentrarse, relacionarse y respetar las respuestas o solicitudes de otros (Gismero, 2010).

Cuadro N° 6

Defensa de los Propios Derechos Como Consumidor

Nivel Habilidades Sociales	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	41	44%
Medio	36	38%
Alto	16	18%
Totales:	93	100%

Preguntas	1	2	3	4
	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %
3. Sí al llegar a mi casa encuentro un defecto a algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	34 36	38 41	7 8	14 15
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después de mí, me quedo callado.	51 53	32 34	8 9	2 3
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	13 14	31 33	28 29	22 24
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	41 44	15 16	31 33	6 7
30. Cuando alguien se me “cuela” en una fila hago como si no me diera cuenta.	27 29	20 21	25 27	21 23

Escala de valoración por pregunta.

1. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos
2. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actué o me siento así
3. Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra
4. No me identifico en absoluto, la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría

Los niveles bajo (44%) y medio (38%) son los que más presentan las personas que hicieron el test. Al respecto, mostraron que tienen problemas cuando se trata de la defensa en sus derechos como consumidores. Esto se puede evidenciar en los ítems 4 con el 53% de respuestas afirmativas y en el ítem 21 con el 44% de respuestas afirmativas. Es decir, no pueden emitir conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos como consumidores.

Valles (1996), dice que existe un tercer tipo de conducta que es considerada positiva y funcional, el comportamiento asertivo. Este implica la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones que no amenazan, castigan ni

violan los derechos de los demás. Se debe atender a las habilidades que conlleva este tipo de conducta, interiorizarlas y utilizarlas en nuestra vida diaria (como se citó en Gismero, 2010).

Cuadro N° 7

Expresión de Enfado o Disconformidad

Nivel Habilidades Sociales	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	41	44%
Medio	37	40%
Alto	15	16%
Totales:	93	100%

Preguntas	1	2	3	4
	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	43 45	36 39	7 8	7 8
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	31 33	18 19	34 37	11 12
31. Me cuesta mucho expresar mi ira, cólera, o enfado hacia el otro sexo, aunque tenga motivos justificados.	35 37	14 15	18 19	27 28
32. Muchas veces prefiero callarme o “quitarme del medio” para evitar problemas con otras personas.	56 60	11 12	8 9	18 19

Escala de valoración por pregunta

1. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos
2. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actué o me sienta así
3. Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra
4. No me identifico en absoluto, la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría

En cuanto a la dimensión expresión de enfado o disconformidad los resultados expresan un nivel bajo (40%). Las personas adictas rehabilitadas no pueden dar muestras de expresión de enfado o disconformidad, sobre todo con la intención de evitar conflictos o confrontaciones con otras personas. Esto se puede evidenciar significativamente en los ítems 32 y 13. El 60% muchas veces prefieren callar o “quitarse del medio” para evitar

problemas con otras personas. El 45% prefiere callarse a manifestarse abiertamente lo que piensa, cuando algún amigo expresa una opinión con la que está muy en desacuerdo

Una puntuación baja en este aspecto es indicador de una dificultad para expresar discrepancias y preferir callar lo que le molesta con tal de evitar posibles conflictos con los demás (aunque se trate de amigos o familiares).

Valles (1996) indica que la Conducta No Asertiva o Pasiva se caracteriza por no defender los propios derechos, no expresar correctamente las opiniones porque no se conocen, por no saber el modo de hacerlo o por creer que no son importantes para los demás. La conducta pasiva está provocada, a menudo, por una falta de confianza en uno mismo y por atribuir superioridad al otro. De forma observable, esta conducta puede caracterizarse, entre otras cosas, por evitar la mirada, ojos hacia abajo, habla poco fluida, con vacilaciones, con silencios, expresión abatida o preocupada, volumen bajo de voz, postura cerrada, tensa, encogida, brazos cerrados, empleo de muletillas, movimientos corporales nerviosos o inadecuados, gestos de huida y alejamiento. Como consecuencia de haber actuado así, la persona no se enfrenta al problema (el otro lo hace por él), evita o escapa de los conflictos y se alivia momentáneamente de toda ansiedad. Sin embargo, el problema queda sin resolver, de manera que sufre accesos de ira incontrolada provocada por aguantar situaciones no resueltas y padecer la inexistencia de relaciones sociales cálidas (como se citó en Gismero, 2010).

Cuadro N° 8

Decir NO y Cortar Interacciones

Nivel Habilidades Sociales	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	31	33%
Medio	44	47%
Alto	18	20%
Totales:	93	100%

Pregunta	1 Fr. %	2 Fr. %	3 Fr. %	4 Fr. %
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	22 24	27 28	39 42	5 6
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden no sé cómo negarme.	36 38	12 13	15 16	31 33
23. Nunca se cómo “cortar” a un amigo que habla mucho.	28 30	13 14	45 48	7 8
24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.	50 52	23 26	15 16	5 6
33. Hay veces que no se negarme con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	21 23	9 10	18 19	45 48

Escala de valoración por pregunta

1. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos
2. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actué o me sienta así
3. Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra
4. No me identifico en absoluto, la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría

Las personas de la muestra manifestaron una conducta de nivel medio en la escala (47%), posiblemente debido al proceso de rehabilitación porque pueden controlar sus relaciones sociales, tal como queda evidenciado en los ítems 24, 23 y 15. A un porcentaje mayor (52%) les cuesta comunicar a otra persona su decisión cuando no desean volver a salir con aquella. El 48% indicó que algunas veces no saben cómo cortar a un amigo que habla mucho y el 42% manifestó también que alguna vez les cuesta cortar la conversación con alguna amiga por teléfono si tiene prisa.

Es posible que a menor tiempo de rehabilitación menor presencia de la habilidad para terminar interacciones que no se quieren mantener (tanto con un vendedor, como con amigos que quieren seguir charlando a pesar de no desearlo o con personas con las que no se quiere continuar una relación). También cuando tendría que negarse a prestar algo cuando le disgusta hacerlo. Se trata de un aspecto de la aserción en que lo crucial es poder decir “NO” a otras personas y cortar las interacciones, a corto o largo plazo, que

no se desean mantener por más tiempo. Sin embargo, la habilidad para decir “NO” y cortar interacciones está asociada con la toma de decisiones e influye positivamente en la salud y bienestar de quienes se han rehabilitado, esto les permite contrarrestar la presión de los pares y el estrés, frente a decisiones como la de estar en situaciones riesgosas, evitando la recaída, principalmente del consumo de alcohol, y también a prevenir otras conductas que ponen en riesgo la integridad personal como la autoagresión (suicidio y violencia). Otro aspecto importante es saber que la adecuada toma de decisiones contribuye a mantener la armonía y coherencia del grupo (familiar, social, laboral, amical) y por ende su eficiencia. Lavielle (2012).

Cuadro N° 9

Hacer Peticiones

Nivel Habilidades Sociales	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	47	50%
Medio	35	37%
Alto	11	13%
Totales:	93	100%

Preguntas	1	2	3	4
	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que deje prestado.	67 70	5 6	14 15	7 8
7. Si en un restaurant no me traen la comida como le había pedido, llamo al camarero y pido que me hagan de nuevo.	50 52	16 17	8 9	19 20
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal vuelto, no regreso allí a pedir el cambio correcto.	31 33	31 33	21 23	9 10
25. Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, no se lo recuerdo.	43 45	27 29	17 18	6 7
26. Me suele costar mucho pedirle a un amigo que me haga un favor	45 48	21 23	9 10	18 19

Escala de valoración por pregunta

5. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos
6. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actué o me sienta así
7. Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra
8. No me identifico en absoluto, la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría

El 50% de las personas adictas rehabilitadas se encuentran en un nivel bajo con tendencia al nivel medio (37%) como quedó establecido en los ítems seis y 26. El 70% manifestó que les resulta difícil a veces pedir que le devuelvan algo que dio prestado y el 48% indicó que suele costarle mucho pedir a un amigo que le haga un favor. Esto demuestra una tendencia en la expresión de peticiones a otras personas por algo que desean, sea a un amigo (que les devuelva aquello que prestó o le haga un favor) o en situaciones de consumo (en un restaurante no les traen algo tal y como lo pidió y quiere cambiarlo o en una tienda donde le dieron mal el cambio).

En este ámbito, retomando a Gismero, el autor distingue que hay comunicación positiva y efectiva cuando las peticiones son escuchadas por la familia, lo cual fundamenta la libertad, el libre flujo de información, la comprensión y la satisfacción experimentada durante la interacción. Por otro lado, la comunicación baja es cuando las personas no expresan sus sentimientos u opiniones, generando así impotencia y frustración al no ser escuchados. La comunicación baja en los adictos rehabilitados se considera poco eficaz, excesivamente crítica o negativa y debido a ello prefieren guardar silencio, se tornan inexpresivos/as, hasta llegan a sentirse sin reconocimiento e inadaptados en el medio familiar o social.

Cuadro N° 10

Iniciar Interacciones Positivas con el Sexo Opuesto

Nivel Habilidades Sociales	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	52	55%
Medio	23	26%
Alto	18	19%
Totales:	93	100%

Preguntas	1	2	3	4
	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas al sexo opuesto.	21 22	22 24	29 30	21 22
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no sé qué decir.	57 60	10 11	8 9	18 19
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	38 42	44 47	2 3	9 10
18. Si veo a una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	18 19	22 24	10 11	43 46
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita.	32 34	31 33	21 23	9 10
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico.	43 46	38 40	6 7	6 7

Escala de valoración por pregunta

1. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos
2. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actué o me sienta así
3. Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra
4. No me identifico en absoluto, la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría

Los resultados mostraron un bajo desarrollo de las habilidades sociales en relación a las interacciones positivas con el sexo opuesto (55%). Los adictos rehabilitados evidenciaron mayor dificultad para iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (una conversación, pedir una cita) y poder hacer espontáneamente un cumplido, un halago, hablar con alguien que le resulta atractivo/a. Estos datos están descritos en los ítems nueve, 17 y 28. El 60% manifestó que cuando tienen que hacer un halago no saben que decir muchas veces; al 47% no siempre les resulta fácil hacer un cumplido y el 46% se siente turbado/a o violento/a cuando alguien del sexo opuesto le dice que le atrae alguna parte de su cuerpo. Una baja puntuación indica dificultad para llevar a cabo espontáneamente y sin ansiedad tales conductas. La comunicación deficiente con el sexo opuesto dificulta el desarrollo del proyecto de vida, la baja interacción generalmente se da por la baja autoestima, poca confianza en sí mismo/a y desvaloración como persona. (Ibidem).

5.2.2 Funcionalidad Familiar de los Adictos Rehabilitados

Para dar cumplimiento al segundo objetivo específico: Evaluar la funcionalidad familiar de los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija, se utilizó el Cuestionario de la Funcionalidad Familiar perteneciente a de la Cuesta.

Cuadro N° 11

Funcionalidad Familiar de los adictos rehabilitados

Nivel de Funcionalidad Familiar	Resultado general		Resultado según el sexo			
	Fr	%	Masculino		Femenino	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Familia severamente disfuncional	7	7,5	4	7,1	3	8,1
Familia disfuncional	48	51,6	25	44,6	23	62,2
Familia moderadamente funcional	24	25,8	17	7	30,4	18,9
Familia funcional	14	15,1	10	17,9	4	10,8
Totales:	93	100,0	56	100,0	37	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Los datos señalan que el nivel de funcionalidad familiar de los adictos rehabilitados corresponde, mayoritariamente, a la categoría “Familia disfuncional” (51,6%). El haber tenido una adicción interfiere en las relaciones familiares. Una persona tachada de adicta posiblemente despierte opiniones y afectos negativos en el entorno familiar, lo cual perturbará sus relaciones.

Los autores del test de funcionalidad familiar afirman que las familias disfuncionales se caracterizan por presentar “el abuso”. Las empines negativas predominantes en el entorno familiar se traducen con mucha frecuencia en comportamientos agresivos y dañinos de unos contra otros, generalmente los miembros de menor poder y control, como los niños, enfermos y ansianos, adoptan el papel de víctimas.

Abuso es todo acto destinado a hacer daño a otra persona, que está en posición de desventaja o vulnerabilidad. Se llega al abuso por una extralimitación de poder, es decir, como el ejercicio de la autoridad sin lógica y sin moderación. El abuso puede ser físico, psicológico y/o sexual. En todos los casos se generan graves consecuencias.

Otra característica de las familias disfuncionales es la desvalorización personal, muy usual entre los integrantes de la familia disfuncional, quienes de hecho lidian con desafíos que son aún más dificultosos debido a los propios miembros de la familia. Además, en una familia con este clima es muy difícil encontrar a alguien que sea capaz de comprender o validar los sentimientos de los demás como, por ejemplo, de los/as adictos/as rehabilitados/as.

De hecho, es habitual que hagan todo lo contrario: despreciarlos o negarlos. También es frecuente que cada uno se muestre intolerante con los defectos o errores de los demás, se critican mutuamente y a veces de manera muy cruel. Priman los sentimientos destructivos y por eso cada individuo siente que tiene muy poco valor. (Ortega, De la Cuesta & Días, 1999).

En los datos obtenidos, las mujeres experimentan mayor disfuncionalidad familiar debido a su condición de adictas rehabilitadas. El 62,2% de ellas indicaron tener disfuncionalidad familiar en comparación con el 44,6 de los varones. Estos datos son coherentes con la lógica común, pues, la sociedad es más crítica con las adicciones de las mujeres, por lo cual, ser una adicta rehabilitada causa mayor desconcierto en la familia.

La adicción femenina es diferente a la adicción masculina, particularmente en lo que se refiere al consumo de drogas. Los expertos del tema nos dicen que hay factores fundamentales que pueden ser un obstáculo para que una adicta abandone su vicio.

Un factor a considerar en la mujer es que tiene mayor dificultad para controlar sus emociones, por tanto, son más vulnerables al estrés y la ansiedad. Las mujeres adictas

afrontan de una forma más pasiva sus problemas laborales, matrimoniales, etc. Parece ser que la forma de afrontamiento del estrés es más de tipo paliativo que activo con el evento estresante. La adicción es una herramienta que le permite realizar un afrontamiento de ese tipo porque en el nivel emocional le alivia su estado, sin tener que modificar directamente la situación estresante.

Un aspecto que las mujeres tienen a favor, al momento de combatir una adicción, es la solicitud de ayuda. En cuanto al apoyo familiar es bien conocido que las mujeres lo usan más que los hombres para afrontar el estrés y cambiar los estilos de vida.

El apoyo familiar es un componente básico en los programas para dejar adicciones dirigidos a las mujeres. De hecho, las mujeres obtienen porcentajes de eficacia más bajas en intervenciones para dejar una adicción con farmacoterapia y en tratamientos educacionales, que en intervenciones conductuales o de psicoterapia. El apoyo social en forma de asistencia de grupo o individual para rehabilitarse y el apoyo posterior de otras personas relevantes (esposo, hijos, amigos), para mantener la abstinencia, es un componente especialmente indicado para las mujeres (Mendoza, 2004).

Para comprender mejor la situación familiar de los adictos rehabilitados indagaremos las respuestas obtenidas en el instrumento de la autora De La Cuesta, ya mencionada.

Preguntas	1	2	3	4	5
	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %
1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes en la familia	13 14	19 20	31 33	17 18	13 14
2. En mi casa predomina la armonía	50 52	26 27	6 7	8 9	3 4
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades	27 28	27 29	14 15	18 19	7 8
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	33 36	23 25	18 19	11 12	8 9
5. Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa	18 19	31 33	16 17	8 9	20 21
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	30 32	18 19	21 23	13 14	11 12
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes	43 45	22 24	13 14	7 8	8 9
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás ayudan	38 41	32 34	15 16	6 7	2 3
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	19 20	8 9	20 21	25 27	21 23
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	18 19	27 29	20 21	14 15	14 15
11. Podemos conversar diversos temas sin temor	31 33	21 23	19 20	13 14	9 10
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas	44 47	23 26	15 16	9 10	2 3
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	43 46	27 29	10 11	8 9	5 6
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos	22 24	28 30	19 20	14 15	10 11

Escala de valoración por Pregunta

1. Casi nunca
2. Pocas veces
3. A veces
4. Muchas veces
5. Casi siempre

Es previsible que toda adicción pueda provocar serios daños en la familia. La adicción no solo daña a las personas que lo consumen, también afectan las relaciones sociales, laborales y por supuesto, a las familiares, desembocando en éstas últimas

situaciones poco deseables para sus miembros. Los datos indican que la disfuncionalidad familiar de los adictos rehabilitados, tiene las siguientes características sobresalientes.

Se refleja la disfuncionalidad en la pregunta 12: “Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas”. El 47% afirmó que esta situación casi nunca se da. Cuando los padres de familia son los adictos, con frecuencia desatienden a sus hijos, desde sus necesidades físicas hasta las emocionales y cognitivas, pues, el abastecerse de cigarrillos siempre implica un desequilibrio económico y emocional.

Las adicciones están asociadas con mucha frecuencia a la violencia, incluso hay dos momentos principales cuando se ve reflejada esta conducta: durante un exceso de droga en el cuerpo y cuando se pasa el efecto, desencadenan situaciones perturbadoras en la familia, así también provoca crisis de sus integrantes al no poder contener la situación del adicto. De esta manera, también se deberá considerar que posiblemente estas familias hayan sido disfuncionales antes de la presencia de la adicción. La pregunta dos nos da una pauta de esta posible situación: “En mi casa predomina la armonía”. El 52% consideró que esta condición no existe en su familia. Cuando la adicción es sumamente intensa, el individuo pierde el control de su conducta y puede llegar a demostrar un grado de abandono a los hijos y otras personas, que dependen de quien es adicto/a. Los padres y hermanos se vuelven personas no deseadas en la vida de la persona adicta. Una vez que la droga ha alterado las vías nerviosas en el cerebro, el deseo de consumirlas se vuelve más importante que los amigos y que la propia familia.

En tanto, lo expuesto en la pregunta 13: “Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar”. Quienes pertenecen a familias disfuncionales de los adictos rehabilitados, no manifestaron tener vínculos de empatía en el entorno familiar, lo cual es síntoma de una familia carente de unión familiar. En este sentido, la

misma autora, de la Cuesta, refiere que la familia actúa como un sistema de apoyo para sus miembros. Actualmente, el funcionamiento familiar se constituye en análisis de pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que permiten llegar al origen de los conflictos familiares y a la causa de la disfunción familiar. Esta situación tradicionalmente era lineal, pues, las pautas y normas se regían autoritariamente. Por ejemplo, la pregunta ocho: “Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás ayudan” es un claro ejemplo de la disfuncionalidad familiar en la que viven los adictos rehabilitados.

Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, les impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros, que son recomendados como indicadores para medir el funcionamiento familiar y cumplimiento eficaz de sus funciones (económica, biológica, psicológica, cultural y espiritual). Es necesario que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros; así mismo, debe existir flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos. También es importante que dentro del sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas y, finalmente, la familia debe ser capaz de adaptarse a los cambios. La familia funciona adecuadamente cuando no existe rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios y así sus miembros se sentirán bien (Romero y Solano, 2005).

5.2.3 Bienestar Psicológico de los Adictos Rehabilitados

Para dar cumplimiento al tercer objetivo específico de la investigación: Determinar el nivel de bienestar psicológico de los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija, se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

Cuadro N° 12

Bienestar Psicológico de los Adictos Rehabilitados

Nivel Bienestar Psicológico	Resultado general		Resultado según el sexo			
			Masculino		Femenino	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Bajo	38	40,9	20	35,7	18	48,6
Moderado	36	38,7	22	39,3	14	37,8
Alto	18	19,4	13	23,2	5	13,5
Elevado	1	1,1	1	1,8	0	0,0
Totales:	93	100,0	56	100,0	37	100,0

Fuente: Elaborado propio.

Al analizar el bienestar psicológico que presentan los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija, existe un predominio del nivel bajo (40,9%), seguido del nivel moderado (38,7%). Estos resultados son coherentes con el estado psicológico previsible para un/a adicto/a rehabilitado/a. Es de suponer que los/as adictos/as se sientan emocionalmente afectados/as y que su nivel de bienestar psicológico sea bajo.

En palabras del manual de Ryff, las personas que tienen un nivel de bienestar psicológico bajo son aquellas con dificultades para apreciar las cosas positivas en su vida.

El mismo autor considera que la adicción representa para la persona una situación desagradable, intrusiva, que domina su conducta y la encadena a un comportamiento que muchas veces el adicto desea abandonar. En este sentido en los dibujos de los adictos, por ejemplo, aparecen imágenes de lluvias tormentosas o gotas grandes, que hacen suponer la visión temerosa o trágica que tiene el adicto de su enfermedad. (p.96)

La anterior tabla pone en evidencia que las mujeres son afectadas emocionalmente en mayor grado que los varones. La adicción afecta negativamente en mayor proporción al sexo femenino que al masculino. El 48,6% de las mujeres tienen un nivel de bienestar psicológico bajo, en relación a solo el 35,7% de los varones.

La sociedad en la que vivimos es mucho más estricta con las mujeres que con los hombres. Hay ciertos defectos que se sanciona más si el infractor es una mujer y menos si es un hombre. Entre estas conductas están las adicciones, pues, es conocido que el alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, es en alguna medida tolerable en el sexo masculino, pero no así en el sexo femenino. Se supone que la mujer debería controlarse más debido a la mayor responsabilidad familiar y social que tiene.

Posiblemente esta idea de mayor censura social es la que hace que las mujeres se sientan más afectas y que sus emociones se acerquen más al polo negativo, al momento de evaluar su vida y su adicción.

Las mujeres tienen más emociones negativas que los hombres, debido a que en la actitud de observarse a sí mismas, analizarse y juzgarse, tienden a incluir los roles maternal y familiar que la sociedad, y la naturaleza les atribuye. Además, incorpora en su lista de juicios de valor su capacidad de compaginar el trabajo con la familia.

Para un mayor análisis del tipo de bienestar psicológico, que presentan los/as adictos/as rehabilitados/as, se tienen resultados del instrumento en base a las preguntas y las dimensiones de la Escala de Ryff: Dimensión I de Autoaceptación, presenta siete ítems. Dimensión II de Relaciones Positivas, presenta seis ítems. Dimensión III de Autonomía, presenta siete ítems. Dimensión IV Dominio del Entorno, presenta siete ítems. Dimensión V Crecimiento Personal, presenta cinco ítems. Dimensión VI Propósito en la Vida, presenta siete ítems.

Los resultados obtenidos son los siguientes:

Cuadro N° 13

Autoaceptación

Nivel Bienestar Psicológico	Autoaceptación	
	Fr	%
Bajo	51	53
Moderado	32	34
Alto	8	9
Elevado	2	3
Totales:	93	100

Preguntas	1	2	3	4	5	6
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
	%	%	%	%	%	%
1.Estoy contento con cómo me han resultado las cosas	2	12	14	18	20	27
	3	13	15	19	21	29
7.En general me siento seguro/a conmigo mismo/a	8	10	9	20	25	21
	9	11	10	21	27	23
10.Me juzgo por lo que yo creo que es importante	13	11	30	21	16	2
	14	12	32	23	17	3
13.Hay muchas cosas de mí mismo que cambiaria	6	2	32	15	28	10
	7	3	34	16	31	11
19.Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	17	13	19	16	13	15
	18	14	20	17	14	16
25.Me siento decepcionado/a de mis logros en la vida	7	8	22	13	30	13
	8	9	24	14	32	14
31.Me siento orgulloso/a de quien soy y la vida que llevo	14	12	27	20	18	2
	15	13	29	21	19	3

Escala de valoración por pregunta

1. Totalmente de acuerdo
2. Bastante de acuerdo
3. Muy de acuerdo
4. Moderadamente de acuerdo
5. Poco de acuerdo
6. Totalmente desacuerdo

En la dimensión de Autoaceptación, el 53% de los/las adictos/as rehabilitados/as tiene un nivel bajo, seguido del nivel moderado con 34%. Tener actitudes positivas hacia

uno/a mismo/a es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo. Respecto a la dimensión de Autoaceptación, Villar y Triadó (2008) refieren a Ryff, quien la define como “el reconocimiento que tiene el ser humano acerca de sus propias habilidades, destrezas y debilidades y está consciente de las cualidades que posee para proponer lo que siente” (p.315)l bienestar psicológico de una persona entra en desequilibrio cuando toma como modelo a otro individuo para reforzar su autoestima, de ahí comienza a disminuir la propia haciendo que consiga sentirse bien, porque la considera vital para su vida.

Considerando esta perspectiva y tomando en cuenta el proceso de rehabilitación de los adictos, se puede decir que su baja autoaceptación puede deberse a la desvalorización propia al comparar su situación de vida con la calidad de vida de otras personas de su entorno, es decir, para el/la adicto/a rehabilitado/a es difícil desligarse de su estigma de haber sido un/a drogodependiente.

Cuadro N° 14
Relaciones Positivas

Nivel Bienestar Psicológico	Relaciones positivas	
	Fr	%
Bajo	36	38%
Moderado	31	33%
Alto	17	19%
Elevado	9	10%
Totales:	93	100%

Preguntas	1	2	3	4	5	6
	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %
2.A menudo me siento sola/o porque tengo pocos amigos íntimos	9 10	2 3	23 26	15 16	20 21	24 27
8.No tengo muchas personas que quieran escucharme	33 36	18 19	11 12	8 9	11 12	12 13
14.Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	7 8	8 9	22 24	13 14	30 32	13 14
20.La mayor parte de las personas tienen más amigos que yo	8 9	3 4	26 27	6 7	39 40	11 12
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	25 27	21 23	8 9	20 21	10 11	9 10
32.Puedo confiar en mis amigos y ellos en mi	6 7	2 3	32 34	15 16	28 31	10 11

Escala de valoración Por Pregunta

1. Totalmente de acuerdo
2. Bastante de acuerdo
3. Muy de acuerdo
4. Moderadamente de acuerdo
5. Poco de acuerdo
6. Totalmente desacuerdo

En cuanto a la dimensión Relaciones Sociales Positivas se observa que los/las adictos/as rehabilitados/as poseen un bajo bienestar (38%), seguido de un bienestar moderado (33%). Desde el punto de vista de los/as adictos/as, consideran que su misma adicción interfiere en sus relaciones con los demás, se ven a sí mismos/as como carentes de inspirar confianza a los demás. En el momento en el que se encuentra en un centro de rehabilitación, toda la familia se resiente por la ausencia de su ser querido, asimismo la persona internada siente pena por estar privada de libertad. Es importante aclarar, aunque los adictos rehabilitados se encontraban en entornos distintos al actual, incurrieron en un comportamiento poco adaptativo, tuvieron constantes riñas o problemas con sus pares, con la autoridad a cargo o con sus figuras paternas.

Winnicott (1954) sustenta que los problemas o carencias que se presenten en la relación hijo-padres, pueden llevar al sujeto a desarrollar conductas antisociales, entre las cuales se incluye el consumo de sustancias psicoactivas. Estas relaciones poco asertivas con los demás y el consumo de sustancias, pueden entenderse como una vuelta contra sí mismos/as, donde por un lado es una vía de venganza contra sus familias por el afecto no recibido y, por el otro lado, un autocastigo por sentimientos inconciliables.

De esta manera, la variable de relaciones positivas del bienestar psicológico es vulnerada. Los sujetos, al no lograr entablar relaciones sólidas con otras personas, difícilmente podrían llegar a contar con una red de apoyo, es decir, con gente con la cual puedan hacer una producción verbal de lo que les sucede y del malestar que los aqueja, entre otros.

Cuadro N° 15

Autonomía

Nivel Bienestar Psicológico	Autonomía	
	Fr	%
Bajo	50	52%
Moderado	16	17%
Alto	8	9%
Elevado	19	20%
Totales:	93	100%

Preguntas	1	2	3	4	5	6
	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %
3.Expreso mis opiniones, aunque sean opuestas a la mayoría	34 36	27 29	10 11	8 9	5 6	9 10
4.Me preocupa cómo se evalúan las elecciones que he hecho	12 13	10 11	28 30	19 20	22 24	2 3
9.Tiendo a preocuparme sobre lo que otros piensan de mí	8 9	20 21	31 33	16 17	11 12	6 7
15.Tiendo a estar influenciado por gente con fuertes convicciones	31 33	19 20	9 10	15 16	13 14	5 6
21.Tengo confianza en mis opiniones por sobre las del consenso general	27 29	20 21	18 19	12 13	14 15	2 3
27.Me es difícil expresar mis opiniones en asuntos polémicos	27 29	18 19	18 19	14 15	7 8	9 10
33.Cambio mis decisiones si mis amigos o familia están en desacuerdo	2 3	3 4	8 9	13 14	28 30	39 40

Escala de valoración Por Pregunta

1. Totalmente de acuerdo
2. Bastante de acuerdo
3. Muy de acuerdo
4. Moderadamente de acuerdo
5. Poco de acuerdo
6. Totalmente desacuerdo

Podemos apreciar que la dimensión de Autonomía mostró en los/as adictos/as rehabilitados/as un bienestar bajo (52%). Si partimos de la condición de adicto/a, hay que considerar que fracasó en el dominio de su entorno, pues, la adicción es algo superior a ellos/as y, por más que quieran, no pueden dejarla. Esto los lleva a que es dominado/a por el vicio y que no tiene autonomía arrebatada por la adicción.

Ryff y Keyes (1995) mencionan lo importante que es la dimensión Autonomía, ya que, para lograr mantener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, los seres humanos necesitan establecerse en sus propias convicciones, y mantener la independencia y autoridad personal. Además, las personas con autonomía son capaces de resistir en mayor medida la presión social y logran balancear mejor su

comportamiento. Asimismo, los/as adictos/as rehabilitados no solo enfrentan el proceso de superar su adicción, sino también enfrentan el proceso de recuperar su autonomía, de la droga, de sus propios pensamientos, su capacidad de tomar decisiones y vivir en libertad asumiendo la responsabilidad de su propia vida.

Cuadro N° 16

Dominio del Entorno

Nivel Bienestar Psicológico	Dominio del entorno	
	Fr	%
Bajo	39	42%
Moderado	27	28%
Alto	22	24%
Elevado	5	6%
Totales:	93	100%

Preguntas	1	2	3	4	5	6
	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %
5.Es difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	17 18	13 14	19 20	16 17	13 14	15 16
11.He construido un hogar y modo de vida a mi gusto	7 8	8 9	22 24	13 14	30 32	13 14
16.Siento que soy responsable de la situación en la que vivo	9 10	2 3	23 26	15 16	20 21	24 27
22.Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	13 14	9 10	15 16	19 20	31 33	5 6
28.Soy bueno/a manejando las responsabilidades de mi vida	33 36	18 19	11 12	11 12	8 9	12 13
39.Si me sintiera infeliz con mi vida trataría de cambiarla	31 33	19 20	15 16	13 14	9 10	5 6
35.Pienso que es importante tener nuevas experiencias	8 9	5 6	27 29	10 11	34 36	9 10

Escala de valoración Por Pregunta

1. Totalmente de acuerdo
2. Bastante de acuerdo
3. Muy de acuerdo
4. Moderadamente de acuerdo
5. Poco de acuerdo
6. Totalmente desacuerdo

La dimensión Dominio del Entorno fue de nivel bajo (42%) en los/as adictos/as rehabilitados/as. Si el/la adicto/a considera que ha fracasado en su dominio del entorno, su adicción es superior a él/ella y, por más que quiera, no puede dejarla. Se trata de una persona dominada por el vicio y no tiene autonomía. Se puede esperar que los/as adictos/as rehabilitados/as no sean capaces de percibir el dominio de lo que sucede a su alrededor.

Al analizar la variable Dominio del Entorno es evidente que algunos participantes, en vez de enfocarse en los aspectos positivos de su rehabilitación, dan mayor valor a los negativos que conlleva su condición de exadicto. No pueden identificar cualidades, que han tomado para mejorar en la medida de lo posible su vida, ejemplos de ello son la elección de optar por asistir a consulta psicológica y tomar provecho de las jornadas de estudio para lograr su título de bachiller.

De acuerdo con lo señalado arriba, se puede establecer que existen patrones que los hacen capaces de manejar su ambiente de forma adecuada, a través del uso efectivo de las oportunidades del medio que los rodea; logrando satisfacer sus necesidades y valores personales. Estos actos concuerdan con la visión de Ryff sobre el estado positivo del dominio del entorno, es decir, que su apreciación no es desvalorizada pero su conducta refleja intención de retomar el control.

Cuadro N° 17

Crecimiento Personal

Nivel Bienestar Psicológico	Crecimiento personal	
	Fr	%
Bajo	7	8%
Moderado	28	30%
Alto	45	48%
Elevado	13	14%
Totales:	93	100%

Preguntas	1	2	3	4	5	6
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
	%	%	%	%	%	%
24.Siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo/a	39 40	29 31	14 15	6 7	3 4	2 3
30.Hace tiempo que deje de intentar hacer grandes mejoras en mi vida	8 9	20 21	31 33	16 17	11 12	6 7
36.Realmente con los años no he mejorado mucho como persona	13 14	11 12	16 17	21 23	30 32	2 3
37.Con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	6 7	2 3	32 34	15 16	28 31	10 11
38.La vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	14 15	12 13	27 29	20 21	18 19	2 3

Escala de valoración por pregunta

1. Totalmente de acuerdo
2. Bastante de acuerdo
3. Muy de acuerdo
4. Moderadamente de acuerdo
5. Poco de acuerdo
6. Totalmente desacuerdo

El siguiente aspecto a ser analizado es el Crecimiento Personal. En esta dimensión se reconoce que los participantes puntuaron en el nivel alto (48%), aunque parece contradictorio con los resultados de las dimensiones anteriormente analizadas; sin embargo, se explica este resultado porque probablemente los/as adictos/as rehabilitados/as han logrado orientarse hacia el reconocimiento de sus logros, a lo largo del proceso terapéutico que han vivido. Esto les permite reforzar la motivación que poseen para continuar inmersos en su rehabilitación, hasta que sea adecuada la reinserción al mundo exterior. Nuevamente Riff indica que el sentimiento de mantener un constante desarrollo promueve los niveles de bienestar psicológico y beneficia la recuperación frente a patrones desadaptativos de conducta. Adicional a lo señalado, los/as adictos/as, en los distintos programas de rehabilitación, tienen la oportunidad de

instruirse en diversos campos como la panadería, carpintería, talleres musicales y demás manualidades, lo cual les facilita la expansión de sus centros de interés y así logran redescubrirse para tomar provecho de su potencialidad. Son diversos los testimonios relatados de situaciones donde los programas les permitieron canalizar sus sentimientos positivos, hacia el crecimiento y la madurez, a través de la búsqueda del desarrollo del propio potencial y el fortalecimiento de las capacidades en pro del proceso terapéutico impartido por las instituciones (Zulema, 2013).

Cuadro N° 18

Propósito en la Vida

Nivel Bienestar Psicológico	Propósito en la Vida	
	Fr	%
Bajo	15	16%
Moderado	5	6%
Alto	23	26%
Elevado	50	52%
Totales:	93	100%

Preguntas	1	2	3	4	5	6
	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %
6. Disfruto haciendo planes y trabajar para hacerlos realidad	2 3	11 12	13 14	16 17	21 23	30 32
12. Soy activo al realizar los proyectos que me propongo	32 34	28 31	15 16	10 11	6 7	2 3
17. Me siento bien con lo hecho en el pasado y con lo que espero hacer en el futuro	8 9	5 6	9 10	10 11	27 29	34 36
18. Mis objetivos en la vida han sido más satisfactorios que frustrantes	2 3	10 11	12 13	19 20	22 24	28 30
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	9 10	2 3	23 26	15 16	20 21	24 27
29. No tengo claro que es lo que intento conseguir en la vida	39 40	29 31	14 15	6 7	3 4	2 3
34. Mi vida está bien como esta, no cambiaría nada	8 9	20 21	31 33	16 17	11 12	6 7

Escala de valoración por pregunta

1. Totalmente de acuerdo
2. Bastante de acuerdo
3. Muy de acuerdo
4. Moderadamente de acuerdo
5. Poco de acuerdo
6. Totalmente desacuerdo

En relación a la variable propósito en la vida, esta obtuvo la puntuación más alta de las seis esferas del bienestar psicológico, posicionándose en el nivel elevado (52%). Se considera que la cauda podría el ingreso a rehabilitación, donde los individuos pasan de estar en un entorno de absoluta libertad y desorden a otro, donde deben asumir una serie de normas, que limitan su actuar con la finalidad de encausarlos/as hacia un proceso terapéutico. El brindarles un espacio de reflexión, frente a sus patrones de comportamiento pasados, les proporciona herramientas para iniciar un proceso de estructuración de sus proyectos de vida. Sumado a esto está la presencia constante de

nuevos actores, que imponen una norma y les permite iniciar la introyección de las figuras de autoridad, carentes en una primera instancia. Todo esto, facilita la reestructuración de sus estilos de proceder, de tal manera que con el paso del tiempo se crean modelos que suplantando los actos compulsivos, que dictaban sus vidas (Korman, 1996).

5.2.4 *Relación Existente entre las Habilidades Sociales y el Funcionamiento Familiar*

Para dar cumplimiento al cuarto objetivo específico: Evaluar la relación que existe entre las habilidades sociales y el funcionamiento familiar en los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija, la información proporcionada por los instrumentos de Habilidades Sociales de Gismero y Funcionalidad Familiar de la autora de la Cuesta, se procedió a la realización del análisis correlacional, a través de la prueba de correlación bilateral de Pearson. Para mayor claridad de la relación existente entre las habilidades sociales y el funcionamiento familiar, ha sido ejecutado el cruce de variables de las mismas. Los datos obtenidos de estos cálculos estadísticos se muestran a continuación.

Cuadro N° 19

Relación Existente entre las Habilidades Sociales y el Funcionamiento Familiar

Correlaciones			
		Nivel Habilidades Sociales	Nivel de Funcionalidad Familiar
Nivel Habilidades Sociales	Correlación de Pearson	1	,987**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	93	93
Nivel De Funcionalidad Familiar	Correlación de Pearson	,987**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	93	93
**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

Cruce de variables Habilidades Sociales y Funcionamiento Familiar				
Nivel de Funcionalidad Familiar	Nivel de Habilidades Sociales			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Familia Severamente Disfuncional	7	0	0	7
	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Familia Disfuncional	12	34	2	48
	25,0%	70,8%	4,2%	100,0%
Familia Moderadamente Funcional	3	16	5	24
	12,5%	66,7%	20,8%	100,0%
Familia Funcional	0	6	8	14
	0,0%	42,9%	57,1%	100,0%
Totales:	22	56	15	93
	23,7%	60,2%	16,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Las Habilidades Sociales (EHS) y Funcionamiento Familiar de los/as adictos/as rehabilitados/as de la ciudad de Tarija presentaron mayoritariamente un nivel promedio (60%) y la disfunción familiar fue del 51,6 %.

Según los resultados obtenidos, se evidencia que existe correlación positiva directa entre las Habilidades Sociales y la Funcionalidad Familiar con un valor $Rho = 0,987$ y nivel de significancia $p = 0,01$ bilateral. Estos datos se asemejan a los hallados por Chanco y Ramos (2018) en su investigación referente a personas alcohólicas, donde prevaleció la disfuncionalidad familiar severa con 52,7% en el nivel bajo de Habilidades Sociales.

Respecto a la relación entre Habilidades Sociales y Funcionabilidad Familiar, los resultados mostraron que 100% de adictos/as rehabilitados/as con familia severamente disfuncional presentaron bajo nivel. En cuanto al grupo que tiene un modelo de familia disfuncional, el 70,8% desarrollan nivel medio habilidades sociales y el 25% un nivel

bajo. A su vez, los/as adictos/as rehabilitados/as, pertenecientes a familias moderadamente funcionales, tuvieron niveles medio (66,7%) y alto (20,8%) respectivamente. Por último, el grupo de adictos rehabilitados que viven dentro de familias funcionales, el 42,9% presentó nivel medio y el 57,1% nivel alto.

Según estos resultados, podría afirmarse que una familia disfuncional conlleva a determinados ambientes familiares, que favorecen las conductas de riesgo en los/as adictos/as rehabilitados/as por ser un grupo de personas que viven un periodo crítico en su situación de vida. En este caso, la readquisición y práctica de habilidades sociales son más complejas para ser desarrolladas, el pertenecer a un ambiente familiar disfuncional no coadyuba al fortalecimiento de aquéllas, por el contrario, una dinámica familiar funcional ayuda a restablecer y crear habilidades sociales más estables.

5.2.5 *Relación Existente entre las Habilidades Sociales y Bienestar Psicológico*

Para dar cumplimiento al quinto objetivo específico: Definir la relación existente entre las habilidades sociales y bienestar psicológico en los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija, a partir de los datos que recopilaron los instrumentos de Habilidades Sociales de Gismero y Bienestar Psicológico de Ryff, se procedió a realizar análisis correlacional a través de la Prueba de Correlación Bilateral de Pearson. También se hizo el cruce de ambas variables. Los datos obtenidos de estos cálculos estadísticos están expuestos a continuación.

Cuadro N° 20

Relación existente entre las Habilidades Sociales y Bienestar Psicológico

Correlaciones			
		Nivel Habilidades Sociales	Nivel Bienestar Psicológico
Nivel Habilidades Sociales	Correlación de Pearson	1	,945**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	93	93
Nivel Bienestar Psicológico	Correlación de Pearson	,945**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	93	93

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

Cruce de variables Habilidades Sociales y Bienestar Psicológico				
Nivel Bienestar Psicológico	Nivel de Habilidades Sociales			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Bienestar Psicológico Bajo	15	22	1	38
	39,5%	57,9%	2,6%	100,0%
Bienestar Psicológico Moderado	6	26	4	36
	16,7%	72,2%	11,1%	100,0%
Bienestar Psicológico Alto	1	8	9	18
	5,6%	44,4%	50,0%	100,0%
Bienestar Psicológico Elevado	0	0	1	1
	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Totales:	22 23,7%	56 60,2%	15 16,1%	93 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de las Habilidades Sociales (EHS) y Bienestar Psicológico de los/as adictos/as rehabilitados/as de la ciudad de Tarija en relación a los objetivos uno y tres demostraron un nivel medio de Habilidades Sociales (60%) y nivel bajo de Bienestar Psicológico (40,9%).

Lo expuesto en el cruce de ambas variables tuvieron el siguiente comportamiento: 39,5% de los/a adictos/as rehabilitados/as con nivel de bienestar psicológico bajo, tuvieron también un nivel bajo en habilidades sociales y 57,9% calificó en nivel medio.

En cuanto a los adictos rehabilitados con bienestar psicológico moderado, el 16,7% tuvo un desarrollo de habilidades sociales bajo y el 72,2% un nivel medio. Prosiguiendo con la categoría de bienestar psicológico alto, el 44,4% presentaron nivel medio de habilidades sociales y el 50% nivel alto. Finalmente, los/as adictos/as rehabilitados/as, que calificaron con bienestar psicológico elevado en su totalidad, se ubicaron en el nivel alto de habilidades sociales.

Analizando la correlación entre habilidades sociales y bienestar psicológico se reportó que es positiva, mediante la correlación de Pearson, con un valor $Rho = 0,945$ y significativa ($p=0,01$) bilateral. Es decir, ambas variables están relacionadas y al aumentar una variable aumenta la otra variable.

Se puede explicar la relación de habilidades sociales y bienestar psicológico de los/as adictos/as rehabilitados/as considerando que la manifestación de un déficit de habilidades sociales, que se da en las relaciones sociales, puede conllevar, en su calidad de adicto/a, a una conducta percibida en diversos comportamiento o actitudes que son inadecuados, mostrando ser inadaptados socialmente.

Al manifestarse este comportamiento inadaptado socialmente, puede generar una percepción negativa del individuo con su entorno, ya que socialmente se compara con las personas que no presentan un antecedente de adicción. A su vez, esto desvaloriza logros y autopercepción afectando al bienestar psicológico. Lo que toda persona debe mantener en todo momento es una conducta asertiva, es decir, mostrar emociones sin herir a la otra persona; por tanto, la regulación de pensamientos y emociones son importantes para poder modificar las conductas negativas realizando una catarsis saludable. Los/as

adictos/as rehabilitados/as, con su conducta de adicción, ya demostraron su incapacidad para realizar este proceso; por lo cual, aprender a realizar esta conducta es un desafío para su propio bienestar.

Los resultados reportados son coherentes con la investigación realizada por los estudiantes de la Escuela Profesional de Educación en una universidad privada de Chimbote el año 2018 concernientes a los niveles de relación entre habilidades sociales y rendimiento académico, bienestar psicológico y rendimiento académico, y habilidades sociales y bienestar psicológico. Esta situación reportada mostró coherencia con las hipótesis planteadas dentro del estudio, dado que hubo niveles de relaciones positivas ($r = 0,60; 0,71$ y $0,52$ respectivamente) y significativas ($p < 0,05$). Esto demostró la relación positiva de las variables habilidades sociales, bienestar psicológico y rendimiento académico (Benavides, 2018).

CAPÍTULO VI
Conclusiones y
Recomendaciones

6.1 Conclusiones

Después de haber presentado, analizado e interpretado los resultados, las siguientes conclusiones se exponen de acuerdo con los objetivos específicos.

Conclusión al Objetivo Específico 1

Identificar el nivel de habilidades sociales de los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija.

Las habilidades sociales son un conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos actitudes, deseos, opiniones, o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás (Caballo, 1993:22).

Las habilidades sociales de los adictos rehabilitados se ubican en un nivel “Medio” con tendencia al nivel “Bajo”. La condición de exadicto/a interfiere poco en las relaciones sociales que despliega el/la afectado/a con su entorno habitual. Pueden manifestar sus opiniones, reclamar sus derechos y tomar la iniciativa en situaciones sociales habituales (amigos y familiares), pero encuentran algunas limitaciones cuando el entorno cambia y se relaciona con personas nuevas y del sexo opuesto.

Para un análisis de mayor profundidad sobre las habilidades sociales de los adictos rehabilitados se analizó las dimensiones que se plantean en el instrumento de Gismero en tablas distintas a la general de habilidades sociales, los resultados de los 6 factores fueron:

Autoexpresión de Situaciones Sociales: los resultados puntuaron primeramente en el nivel bajo (46%) con tolerancia al polo medio (42%). En este sentido, los/as adictos/as rehabilitados/as tienen un limitado nivel de autoexpresión. Decir “No” y

cortar con interacciones apareció en un término medio (47%). Al 50% de los/as adictos/as rehabilitados/as, les cuesta hacer peticiones de demandas para solucionar un problema.

Defensa de los propios derechos como consumidor: En cuanto al resultado de la tabla 6 se observa un nivel alto con un 44 %, asimismo los adictos rehabilitados no tienen mayores problemas en lo referido a la defensa de los propios derechos como consumidor en la vida habitual.

Expresión de enfado o disconformidad: En cuanto a la dimensión expresión de enfado o disconformidad los resultados expresaron un nivel bajo con un 44%. Los adictos rehabilitados no pueden dar muestras de expresión de enfado o disconformidad, sobre todo con la intención de evitar conflictos o confrontaciones con otras personas.

Decir no y cortar interacciones: Los adictos rehabilitados manifiestan una conducta normal en el nivel medio de la escala con un 47%, posiblemente debido al proceso de rehabilitación pueden controlar sus relaciones sociales.

Hacer peticiones: En la tabla 9 se evidencia con un 50% que las personas adictas rehabilitadas les cuesta hacer peticiones, del tipo que sea, sobre todo demandas para solucionar un problema.

Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto: Los resultados de la tabla 10 indican un bajo desarrollo de las habilidades sociales en relación iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto con un 55%. Los adictos rehabilitados muestran mayor dificultad para iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Primera hipótesis: El nivel de las Habilidades Sociales que Desarrollan los Adictos Rehabilitados de la Ciudad de Tarija corresponde a un Nivel Medio.

El cuadro general de habilidades sociales, expuesto para el primer objetivo, indicó que los/as adictos/as rehabilitados/as de la ciudad de Tarija se ubicaron principalmente en este rango con el 60% de la muestra. Al existir coincidencia en los valores previstos y los valores emergentes de la investigación, la primera hipótesis se acepta.

Conclusiones al Objetivo Específico 2

Evaluar el estilo de funcionalidad familiar de los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija.

La funcionalidad es “un conjunto de cualidades que identifican a la familia como un sistema y explica con exactitud cómo opera, evalúa y se comporta el sistema familiar” (Ortega, De la Cuesta & Días, 1999, p.22). La funcionalidad familiar de los adictos rehabilitados corresponde la categoría disfuncional. En el entorno familiar predominan opiniones, sentimientos y conductas negativas precipitadas por la condición de exadicto/a de uno de sus miembros. Se observa con frecuencia comportamientos egoístas, ausentes de empatía e indiferentes en los miembros de la estructura familiar, generalmente adoptando este papel los familiares cercanos del/la adicto/a rehabilitado/a.

En la pregunta dos “en mi casa predomina la armonía”, el 52% afirmó que esta situación se da pocas veces. En la pregunta siete “tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes”, el 45% dijo que esta situación casi nunca se presenta. Luego están las preguntas 12 y 13 “ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas” y “los

intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar”, el 47% y 46%, respectivamente, afirmó que esta situación casi nunca se da.

Segunda hipótesis: El tipo de Funcionalidad Familiar Predominante de las Personas Adictas Rehabilitadas de la Ciudad de Tarija, Corresponde a la Categoría Disfuncional.

Los datos expuestos en el segundo objetivo señalan que el nivel de funcionalidad familiar de las personas adictas rehabilitadas de la ciudad de Tarija, corresponde a la categoría “Familia disfuncional” con el 51,6%. Ante esta evidencia la segunda hipótesis se acepta.

Conclusiones al Objetivo Específico 3

Determinar el nivel de bienestar psicológico de los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija.

Robert E (1989) dicen que el bienestar psicológico “expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social (p.20).

El bienestar psicológico de los/as adictos/as rehabilitados/as es “Bajo”. Son personas emocionalmente afectadas, tienen dificultades para su Autoaceptación, consideran que han fracasado en su dominio del entorno, pero con una valorización alta de los propósitos de vida en su crecimiento personal.

Las dimensiones:

Auto aceptación Presenta: Presentan a su vez dificultades para su auto aceptación 53% en el nivel bajo, es decir no se sienten bien consigo mismas, siendo conscientes de sus limitaciones.

Relaciones Positivas: En cuanto a la dimensión relaciones sociales positivas se observa que los adictos rehabilitados poseen un bajo bienestar 38%. Desde el punto de vista de los adictos consideran que su misma adicción interfiere con sus relaciones con los demás, ya que se ven a sí mismos como individuos carentes de inspirar confianza en los demás

Autonomía: Frente a la variable autonomía podemos evidenciar que los adictos rehabilitados presentar un nivel bajo 52%. hay que considerar que estas personas para lograr mantener su propia individualidad en diferentes contextos sociales son importantes su autonomía ya que necesita establecer sus propias convicciones y mantener su independencia.

Dominio del Entorno: Podemos apreciar que en la dimensión de autonomía los adictos rehabilitados presentan un bienestar bajo 52%. Si partimos de la condición de adicto hay que considerar que estas personas han fracasado en su dominio del entorno pues la adicción es algo superior a ellos y, por más que quieren, no pueden dejarla.

Crecimiento personal: El siguiente aspecto a ser analizado es el crecimiento personal. En esta dimensión se reconoce que los participantes puntuaron con un 48% en el nivel alto, parece contradictorio con los resultados de las dimensiones anteriormente analizadas, pero se podría explicar este resultado, que los adictos rehabilitados han logrado orientarse hacia el reconocimiento de sus logros a lo largo del proceso terapéutico que han vivido.

Propósito en la vida: Frente a la variable de propósito en la vida, se identifica que la variable obtiene la puntuación más elevada de las seis esferas del bienestar psicológico 52% en el nivel elevado. Se considera que esto ocurre, ya que, al ingresar en rehabilitación, los individuos pasan de estar en un entorno de absoluta libertad y desorden, a asumir una serie de normas que limitan su actuar con la finalidad de encausarlos hacia un proceso terapéutico

Tercera hipótesis: Las personas Adictas Rehabilitadas de la Ciudad de Tarija tienen un Nivel de Bienestar Psicológico Bajo.

Tras la evaluación realizada a los/as adictos/as rehabilitados/as de la ciudad de Tarija, se evidenció un nivel de bienestar psicológico “Bajo” en el 40,9%. En consecuencia, la tercera hipótesis se acepta,

Conclusiones al Objetivo Específico 4:

Evaluar la relación existe entre las habilidades sociales y el funcionamiento familiar en los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija.

Respecto a la relación entre habilidades sociales y la funcionabilidad familiar los resultados fueron los siguientes:

- ✓ Del 100% que presentan una familia severamente disfuncional presentan bajo nivel de habilidades sociales.
- ✓ Los adictos rehabilitados que presentan un modelo de familia disfuncional, 70.8% desarrollan un nivel medio habilidades sociales y 25% en un nivel bajo.

- ✓ Los adictos rehabilitados pertenecientes a familia moderadamente funcional, se observa que sus niveles de habilidades sociales están en las categorías medio y alto con 66.7% y 20.8% respectivamente.
- ✓ Finalmente, el grupo de adictos rehabilitados que viven dentro de familias funcionales un 42.9% presento nivel medio de habilidades sociales y el 57.1% de ellos un nivel alto.

Según los resultados obtenidos se evidenció que existe correlación positiva directa entre las habilidades sociales y funcionalidad familiar con un valor $Rho = 0,987$ y nivel de significancia $p = 0,01$ bilateral.

Cuarta hipótesis: La Relación que existe entre las Habilidades Sociales y el Funcionamiento Familiar en los Adictos Rehabilitados de la Ciudad de Tarija es Positiva.

Según los resultados obtenidos se evidenció que existe correlación positiva directa entre las habilidades sociales y funcionalidad familiar con un valor $Rho = 0,987$ y nivel de significancia $p = 0,01$ bilateral, por tanto, la cuarta hipótesis se acepta.

Conclusión al Objetivo Específico 5

Definir la relación existente entre las habilidades sociales y bienestar psicológico en los adictos rehabilitados de la ciudad de Tarija.

En cuanto a la relación de las variables habilidades sociales y bienestar psicológico se estableció la siguiente relación.

- ✓ De los adictos rehabilitados que tienen un nivel bienestar psicológico bajo, de 39.5% de los encuestados tienen baja habilidades sociales, los cuales 57.9% califica en el nivel medio de habilidades sociales.
- ✓ En cuanto a los adictos rehabilitados con bienestar psicológico moderado un 16,7% se establece que poseen un desarrollo de habilidades sociales bajo y un 72,2% de ellos al nivel medio.
- ✓ La categoría de bienestar psicológico alto el 44,4% de los entrevistados presentan un nivel medio de habilidades sociales y un 50,0% de los mismos un nivel alto.
- ✓ Finalmente, los adictos rehabilitados que calificaron con bienestar psicológico elevado en su totalidad se ubicaron en el nivel alto de habilidades sociales.

Analizando la correlación entre habilidades sociales y bienestar psicológico se reportó que es positiva mediante la correlación de Pearson con un valor $Rho = 0.945$ y significativa ($p=0.01$) bilateral, es decir ambas variables están relacionadas, esto quiere decir que al aumentar el nivel de una variable aumenta el nivel de la otra variable.

Quinta hipótesis: La Relación que existe entre las Habilidades Sociales y Bienestar Psicológico en los Adictos Rehabilitados de la Ciudad de Tarija es positiva.

Analizando la correlación entre habilidades sociales y bienestar psicológico se reportó que es positiva mediante la correlación de Pearson con un valor $Rho = 0,945$ y significativa ($p=0,01$) bilateral, por tanto, la quinta hipótesis es aceptada.

6.2 Recomendaciones

En base a los resultados y las conclusiones establecidas en la presente investigación, se realizan las siguientes recomendaciones.

A las instituciones que Trabajan con los Adictos Rehabilitados

Los equipos multi e interdisciplinarios deben manejar objetivos en conjunto y no por separado, de tal manera que abarquen un campo más amplio y puedan dar seguimiento a cada una de las esferas que componen al ser humano, encontrando el punto de equilibrio que le permita reinsertarse en la sociedad y mantenerse constante en su proceso terapéutico. Para impulsar talleres de habilidades sociales también se requerirá de la asesoría del área de psicología y trabajo social con el fin de obtener información de su parte individual y en el contexto donde se desempeña el sujeto.

Se pudo advertir que las personas adictas rehabilitadas tienen recelo y malestar para aceptar su problema y más aún, temor, vergüenza, ante el hecho que la sociedad se entere de su situación de control a su adicción. En base a los comentarios hechos por más de un entrevistado, se recomienda a las instituciones implicadas con este problema aumentar el nivel de discreción y privacidad con esta enfermedad en los pacientes. Asimismo, aumentar y enfatizar el tacto sensibilidad y empatía con los mismos, pues, sufren de aprehensión y timidez, lo cual les hace difícil romper el temor y tomar la decisión de seguir un tratamiento o institucionalizarse.

A las Familias de los Adictos Rehabilitados

Los datos recabados indican que porcentaje representativo de la muestra tiene conflictos de disfuncionalidad familiar, el soporte familiar y social ofrecido al/a adicto/a rehabilitado/a debe posibilitar su individualización y autonomía en este proceso. Una de las consecuencias del abuso y la adicción a las drogas es que el

paciente suele ser visto en su hogar como una persona incompetente, poco responsable y, por lo tanto, necesitada de protección familiar.

Para intervenir este factor de riesgo es necesario un proceso de instrucción familiar, donde el/la paciente con problemas de abuso de drogas sea visto/a por su familia, su entorno y él/ella mismo/a como alguien que puede destacarse en alguna actividad productiva, socialmente aceptada y gratificante. En búsqueda de este logro la familia debe:

Redefinir el rol del individuo en recuperación como persona competente y con potencial para lograr su autonomía. Promover la iniciativa, propósito de vida y espontaneidad del/la paciente, facilitando su participación en la toma de decisiones y asunción de responsabilidades.

A futuros Investigadores del Tema

Después de haber analizado e interpretado toda la información recabada quedan algunas dudas y cuestiones pendientes, que se recomienda tomar en cuenta a los futuros investigadores del tema.

Desarrollar investigaciones sobre el riesgo de recaída, según el tipo de drogas que consumen los/as pacientes con la finalidad de desarrollar estrategias personalizadas para orientar en el tratamiento.

Capacitar a los profesionales que trabajan en las comunidades terapéuticas de Tarija sobre programas multidimensionales de prevención del riesgo de recaída, orientándolos en evaluar todos los factores intrínsecos y extrínsecos que puedan favorecer el hecho de recaer.