



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Apoyo social y síntomatología ansiosa, depresiva e impulsiva en hombres con adicción a sustancias

Alumna: Esther Aguilera González

Tutora: Dra. Silvia Moreno Domínguez

Fecha: Noviembre 2020

Índice

Resumen y abstract.....	3
Introducción, conceptualización y justificación teórica del trabajo	5
Estudio empírico.....	11
Objetivo e hipótesis del estudio.....	11
Participantes.....	11
Diseño y procedimiento de investigación.....	12
Instrumentos de evaluación.....	12
Análisis estadísticos.....	15
Resultados.....	16
Discusión y conclusiones.....	24
Referencias bibliográficas.....	28
Anexos.....	36

Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. En el inicio y mantenimiento de dicho consumo, intervienen numerosos factores, entre los que destacan los psicológicos y sociales. En este estudio, se aborda a nivel psicológico, la sintomatología ansiosa, depresiva e impulsiva, y a nivel social, el apoyo social percibido. El objetivo de este estudio fue describir, analizar y comparar la sintomatología ansiosa, depresiva e impulsiva, y el apoyo social percibido, así como determinar si se establecían relaciones entre estas variables abordadas, en usuarios que estaban bajo tratamiento de las adicciones en Proyecto Hombre Cádiz. Se trata de una investigación de tipo descriptiva comparativa, con un diseño de diferencias entre grupos (grupo ambulatorio) y (grupo residencial). La muestra estaba constituida por 26 usuarios, 17 pertenecientes al programa ambulatorio y 9 al residencial. Los instrumentos de evaluación empleados fueron el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el inventario de Depresión de Beck (BDI-II), la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) y el cuestionario M.O.S de apoyo social percibido (MOS). Los resultados mostraron en ambos grupos elevadas puntuaciones en ansiedad, depresión y apoyo social percibido, y por el contrario puntuaron más bajo en impulsividad. El grupo perteneciente al programa ambulatorio presentó menos ansiedad, depresión e impulsividad y mayor apoyo social percibido que el grupo perteneciente al programa residencial, aunque solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la variable ansiedad estado y apoyo social percibido, entre las cuales se estableció causalidad. Este estudio es novedoso, ya que anteriormente no se han abordado estas variables de forma conjunta en el ámbito de las adicciones, por lo que puede resultar de gran utilidad para futuros estudios que quieran seguir la misma línea de investigación.

Palabras claves: adicción, ansiedad, depresión, impulsividad, apoyo social percibido.

Abstract

The use of psychoactive substances constitutes one of the main public health problems worldwide. In the initiation and maintenance of consumption, numerous factors intervene, some are psychological and social. In this study, we will discuss anxious, depressive and impulsive symptoms at the psychological level and at the social level, perceived social support. The objective of this study was to describe, analyze and compare anxious, depressive and impulsive symptoms, and perceived social support, as well as to determine if relationships were established between these variables, in users who were in addiction treatment at Proyecto Hombre Cádiz. This is a descriptive and comparative investigation, with a design of differences between groups (outpatient group) and (residential group). The sample consisted of 26 users, 17 belonged to the outpatient program and 9 to the residential program. The evaluation instruments used were State-Trait Anxiety Questionnaire (STAI), Beck Depression Inventory (BDI-II), Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) and M.O.S Perceived Social Support Questionnaire (MOS). The results showed in both groups high scores in anxiety, depression and perceived social support, and by contrast it scored lower in impulsivity. The group belonging to the outpatient program presented less anxiety, depression and impulsivity and greater perceived social support than the group belonging to the residential program. Although statistically significant differences were only found for the variable state anxiety and perceived social support, among which causality was established. This study is novel, because these variables have not previously been studied together in the field of addictions, so it may be very useful for future studies that want to follow the same line of research.

Keywords: addiction, anxiety, depression, impulsivity, perceived social support.

Introducción, conceptualización y justificación teórica del trabajo

El consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en las últimas décadas en uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Es un fenómeno que ha cobrado gran importancia debido al impacto en la calidad de vida del consumidor y su familia, y al costo económico y social que genera a la población. El informe de las Naciones Unidas de 2019, revela que 210 millones de personas habían consumido drogas en el año anterior, número que ha incrementado un 30 % con respecto a 2009 (Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, 2019). En España, la prevalencia del consumo de sustancias ilícitas se ha mantenido relativamente estable en estos últimos años, alrededor un tercio de la población señala haber consumido en algún momento de su vida alguna sustancia ilícita. En la última década, entre 47 000 y 53 000 pacientes han sido admitidos a tratamiento cada año (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2019).

Dada la elevada prevalencia y la complejidad de los trastornos por consumo de sustancias, es fundamental conocer aquellos factores que influyen en el inicio y mantenimiento de la adicción, con el fin de lograr optimizar las intervenciones y los tratamientos. Los más destacables son los factores biológicos, psicológicos y sociales. Por ello, en este estudio, a nivel psicológico se abordarán los rasgos ansiosos, depresivos e impulsivos; y a nivel social, el apoyo social percibido.

A nivel psicológico, las adicciones guardan una estrecha relación con la sintomatología ansiosa y depresiva. Según Franklin, Laveist, Webster y Pan (2010) el abuso de sustancias psicoactivas es un desencadenante de cambios en el comportamiento y la personalidad. Algunos de los síntomas ocasionados por estos cambios, son la ansiedad y la depresión. La literatura señala que un gran número de pacientes con dependencia a sustancias pueden tener síntomas depresivos y de ansiedad, a lo largo de su evolución. La presencia de esta sintomatología no implica que la persona cumpla los criterios de un trastorno del estado del ánimo o de ansiedad. Dichos síntomas, tanto los depresivos como los de ansiedad, pueden estar relacionados con el síndrome de abstinencia, situaciones de estrés, el curso de la enfermedad adictiva, etc. Se caracterizan por no alcanzar la intensidad y duración necesarias que permitan establecer el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo o de ansiedad (Guerra, Caballero, Carballoso y Mendoza, 2014). Sanabria, Díaz, Varela y Braña (2002) indicaron que aproximadamente la mitad

de la población que tiene alguna adicción presenta algún tipo de sintomatología psiquiátrica, aunque suele tratarse de alteraciones leves que se manifiestan como cambios en el estado de humor o ansiedad. Estos hallaron que un 41% de la muestra de personas adictas mostraban sintomatología depresiva. Tobal, Prieto y Gervás (1994) desarrollaron un estudio que comparó un grupo de drogodependientes politoxicómanos en rehabilitación, frente a un grupo control, encontrando mayor puntuación en la variable ansiedad para los sujetos drogodependientes. En la misma línea, Goodwin y Ferguson, (2004) mostraron que los consumidores de drogas presentaban mayores puntuaciones en pruebas que medían la ansiedad, y Roncero, Ortiz, Barral, Francás, Rovira y Casas (2009) encontraron que el consumo de drogas guardaba relación con alteraciones en el estado de ánimo.

Las adicciones afectan a la salud mental, al alterar el funcionamiento de los circuitos cerebrales, lo que ocasiona múltiples trastornos cognitivos, emocionales y comportamentales (Olive, Gómez y Lio-Coo, 2020). Por ello, es frecuente encontrar en pacientes que solicitan tratamiento por consumo de drogas, otra problemática psicopatológica, destacando la depresión o la ansiedad como trastornos asociados (Sanabria, Díaz, Varela y Braña, 2002). Estudios epidemiológicos y clínicos indican que existe una elevada comorbilidad entre los trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos mentales, como los afectivos y los de ansiedad. El estudio de la prevalencia de estos, ha adquirido gran interés. Araos et al. (2014) hallaron una comorbilidad del 34,5% para los trastornos del estado de ánimo y un 22,7% para los de ansiedad. Para Silva, Kolling., Carvalho, Cunha y Kristensen (2009), el 77.4% de las personas adictas de la muestra cumplieron los criterios para el trastorno del estado de ánimo y el 41.9% presentaron trastornos de ansiedad. Otros, determinaron una comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias y los trastornos de ansiedad entre el 18% y 37% (Martínez et al., 2014). Para Olive, Gómez y Lio-Coo (2020) la asociación entre consumo de sustancias y depresión oscilaba entre el 12% y el 80 %.

Además, a nivel psicológico, hay un gran número de estudios que señalan que la impulsividad está estrechamente vinculada a la adicción. Esta, puede definirse como un rasgo de personalidad multidimensional asociada al control del comportamiento y las emociones (Cabal y Herin, 2008). Se caracteriza por la predisposición a conductas rápidas, no planificadas, sin o con poca premeditación sobre sus consecuencias, donde prima la urgencia de un refuerzo inmediato (Evenden, 1999; Moeller, Barrat, Dougerty,

Schmitz y Swann, 2001). Se consideran socialmente inapropiadas y pueden dar lugar a resultados desfavorables (Wel et al., 2015). En el DSM-5 se establece que el uso de sustancias puede estar caracterizado por comportamientos asociados con la impulsividad. Las adicciones implican la pérdida de control sobre los impulsos (Everitt, y Robbins, 2000). Nuijten, Blanken, Van den Brink, Gouiaan y Heniks (2016) encontraron que la baja impulsividad autoinformada y conductual predijo un menor consumo de crack. Altos niveles de impulsividad se han relacionado con un incremento del riesgo de iniciar, mantener el consumo de drogas, progresar hacia la adicción y mayor probabilidad de recaída (Stevens, Verdejo-García, Goudriaan, Roeyers, H., Dom, Geert y Vanderplasschen, 2014; Verdejo, Lawrence y Clark, 2008). Pattij y De Vries, (2013) hallaron que las personas que exhiben altos niveles de impulsividad eran más susceptibles al abuso de sustancias y presentaron mayores tasas de recaída tras un periodo de abstinencia.

Por otro lado, a nivel social, son numerosos los estudios que indican la importancia del apoyo social en el ámbito de las adicciones. El apoyo social puede definirse como la provisión de apoyo, paz, actitud positiva y confianza por parte de la familia u otras unidades sociales o miembros de la comunidad ante situaciones estresantes, que tienen un efecto positivo tanto en la salud física como mental (Kaboli y Kiani, 2018; Lemme, 2003). El apoyo social, se considera un factor relevante para prevenir o mitigar el efecto negativo de los acontecimientos vitales estresantes, tanto de forma directa como mediante un mecanismo amortiguador (De la Revilla, Luna, Bailón y Medina, 2005). Destacar, que hay personas que reciben apoyo, pero no lo perciben así, por lo que es fundamental la percepción de este para que tenga efectos positivos. El apoyo social percibido, se define como el juicio subjetivo que hace el individuo de que personas que considera importantes, le proporcionan asistencia de calidad en momentos problemáticos (Shaikh y Ghosh, 2011).

Los estudios realizados por Kaboli y Kiani (2018) han demostrado que el apoyo social y la red de relaciones sociales, ejercidas por personas conocidas, afectan de forma positiva a la salud general de las personas. Asimismo, encontraron que el apoyo y la red social ejercían un papel esencial en los comportamientos de riesgo asociados al consumo (Stein, Charuvastra y Anderson, 2002; Zapka, Stoddard y McCusker, 1993). El apoyo familiar se asocia a una disminución en el riesgo de uso de sustancias, actuando como un factor de protección (Cruz-Salmerón, Martínez-Martínez, Garibay-López, y Camacho-

Calderón, 2010; Wang, Wong, Nyutu, Spears y Nichols, 2016). En la misma línea, Baptista, Lemos, Carneiro y Morais (2013) observaron que el apoyo social percibido actuaba como un factor protector para comportamientos como el consumo de drogas ilícitas. En otros estudios, la familia aparece como un factor protector, fomentando sentimientos de seguridad, afecto, comodidad, protección, cuidado, interés y empatía (Herman y Petersen, 1996; McFarlane, Belissimo y Norman, 1995).

Varios autores han indicado que el apoyo familiar favorece los procesos de detección y prevención del uso problemático de drogas (Vanegas, 2009). Del mismo modo, se descubrió que la presencia de redes y estructuras de apoyo son importantes en la prevención del abuso de drogas (Blume, Green, Joanning y Quinn, 1994).

La mayor parte de los estudios, se centran en los efectos del apoyo social en las personas que presentan alguna adicción y están bajo tratamiento. Vanegas (2009) observó la relevancia que tenía el apoyo familiar durante el proceso de recuperación de una persona con un trastorno por abuso de sustancias, ya que dicho apoyo incrementaba la probabilidad de iniciar y no abandonar el tratamiento. De acuerdo con ello, Feng, Lin, Hsieh, Rou y Li (2018) indicaron que, en el ámbito del tratamiento de la drogodependencia, las familias se consideraban un elemento fundamental para inducir a los usuarios que consumían a iniciar y permanecer en el tratamiento. Otras investigaciones, también señalaron que las relaciones familiares desempeñaban un papel crucial en el tratamiento de drogas, ya que podrían fomentar la participación y el cumplimiento del tratamiento (Liu, Li, Lu, Liu y Zhang, 2010). Dos estudios mostraron que, en las primeras etapas del tratamiento, el apoyo de otras personas era relevante en el tratamiento de la adicción (Laudet, Cleland, Magura, Vogel y Knight, 2004; Warren, Stein y Grella, 2007) Además, se observó que la familia actuaba como un factor protector en el compromiso de los usuarios con el tratamiento de la adicción (Schenker y Minayo, 2004).

Barrick y Connors (2002) y Ham y Hope (2003), mostraron que el apoyo social y las redes son importantes en el mantenimiento de la abstinencia. Richardson (2001) concluyó que el hecho de que la red social de los adictos estuviese constituida por miembros de la familia, prolongaba la abstinencia de drogas tras un año de la desintoxicación. Davis y Jason (2005) también indicaron que había una relación positiva entre la duración de la abstinencia y la recepción de apoyo social. Wasserman, Stewart y

Delucchi (2001), determinaron que, entre las personas en tratamiento de adicciones, el apoyo social pronosticó un menor consumo de cocaína durante los tres meses de seguimiento.

Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino (2008) revelaron que uno de los factores que podría estar relacionado con la no reincidencia del consumo era el apoyo social percibido, puesto que en su estudio confirmó la hipótesis de que el apoyo social era un factor protector de la recaída del consumo de drogas, en pacientes que habían logrado la abstinencia del consumo, tras seis meses de tratamiento. La investigación de Hashemi, Fotouhibonab, Karimi y Beirami, (2010), mostró que las personas que no recayeron tuvieron mejor condición respecto al apoyo social que aquellos que lo hicieron. El apoyo familiar ha sido relacionado con una disminución en el riesgo de recaída y una mejor respuesta al tratamiento (Burkey, Kim y Breakey, 2011; Feaster et al., 2010). Los resultados del estudio de Atadokht, Hajloo, Karimi y Narimani (2015) indicaron el efecto del apoyo social percibido en el ámbito de las adicciones y en el incremento de la salud mental de las personas. Además, enfatizaron en que las redes de apoyo y las intervenciones centradas en este, eran esenciales para la promoción de los objetivos de tratamiento entre las personas adictas y la prevención de recaídas. Según esos hallazgos, el apoyo social percibido podía desempeñar un papel clave para prevenir la recaída de las personas que se encuentran bajo tratamiento. Siguiendo la misma línea, la influencia de los progenitores en el proceso de tratamiento de las drogodependencias, ha sido abordado en otros estudios. Levy (1972), en su estudio de seguimiento de cinco años sobre adictos a narcóticos, encontró que los sujetos que superaban la adicción disponían de respaldo familiar. Kosten, Jalali, Hogan y Kleber, (1983) señalaron que los adictos a la heroína que vivían con su familia obtenían mejores resultados en el tratamiento que los que vivían solos. Por todo ello, se hace patente que uno de los factores sociales que puede influir en el éxito de un programa de rehabilitación es el apoyo social, destacando el familiar.

El apoyo social, no solo ha sido abordado en el campo de las adicciones, sino que ha sido ampliamente estudiado debido a su influencia en el bienestar psicológico de las personas. Este tiene la capacidad de actuar como protector y de mitigar diversa sintomatología, entre la que se encuentra los síntomas depresivos y ansiosos. En cuanto a la impulsividad, hay menor investigación acerca los efectos que genera en esta el apoyo social.

Como se ha mencionado con anterioridad, hay estudios que señalan los aspectos psicológicos que se vinculan en gran medida y caracterizan a la población adicta; hay investigaciones que tratan las repercusiones del apoyo social en diferentes aspectos asociados con las personas que consumen sustancias psicoactivas; y también hay estudios que examinan el impacto del apoyo social en diversa sintomatología. Sin embargo, son pocos los estudios que aborden conjuntamente los efectos del apoyo social en la sintomatología característica de la población adicta.

Estudio empírico

Objetivo e hipótesis del estudio

El objetivo del estudio es describir, analizar y comparar la sintomatología ansiosa, depresiva e impulsiva, y el apoyo social percibido en dos grupos de usuarios, unos pertenecientes a programa de Apoyo (programa ambulatorio) y otros a comunidad terapéutica y casa de acogida (programa residencial) de Proyecto Hombre Cádiz, así como determinar si se establecen relaciones entre las variables abordadas. Este objetivo general de desglosa en los siguientes objetivos específicos:

-Identificar y analizar la sintomatología ansiosa, depresiva e impulsiva, y el apoyo social percibido en los usuarios que realizan un programa para el tratamiento de adicciones que se encuentran en un programa ambulatorio y en un programa residencial.

-Conocer si hay diferencias significativas en cuanto a sintomatología ansiosa, depresiva e impulsiva, y apoyo social percibido entre los usuarios que reciben asistencia en un programa ambulatorio y los que la reciben en un programa residencial.

-Analizar si el apoyo social tiene efectos sobre la sintomatología ansiosa, depresiva e impulsiva en personas que están bajo tratamiento de adicción a sustancias.

Se espera encontrar que ambos grupos de usuarios presenten sintomatología ansiosa, depresiva e impulsiva. Con respecto al apoyo social percibido, se espera que los usuarios del programa de Apoyo (programa ambulatorio) perciban mayor apoyo social y presenten menos rasgos ansiosos, depresivos e impulsivos que los usuarios que pertenecen a comunidad terapéutica y casa de acogida (programa residencial). Por último, se espera que las personas adictas que perciban mayor apoyo social, m menor sintomatología ansiosa, depresiva e impulsiva que las personas adictas que perciban menos apoyo social.

Participantes

La muestra estaba constituida por 26 sujetos que realizaban un programa para el tratamiento de las adicciones en Proyecto Hombre Cádiz (Jerez de la Frontera). Todos los participantes eran hombres, ya que en el momento en el que se realiza el estudio, no había ninguna mujer que formara parte de los grupos de tratamiento. Los participantes tenían

edades comprendidas entre los 25 y 62 años y se encontraban en fase de rehabilitación, deshabitación y reinserción. Los sujetos fueron divididos en dos grupos, el primero formado por 17 sujetos que pertenecían al programa de Apoyo (programa ambulatorio) y el segundo compuesto por 9 sujetos que pertenecían a la comunidad terapéutica y la casa de acogida (programa residencial). La principal diferencia entre ambos es que, en el primer grupo, el programa es ambulatorio y cuentan con apoyo familiar (disponen de terapia familiar y de grupos de autoayuda para estos) y en el segundo grupo, el programa es residencial y ven a los familiares unas horas cada 7-15 días (estos no disponen de terapia familiar ni de grupos de autoayuda). Los criterios de exclusión fueron presentar adicciones conductuales, sin que hubiese adicción a sustancias y no cumplimentar debidamente los instrumentos de evaluación.

Diseño y procedimiento de investigación

En cuanto al diseño de la investigación, se trata de un estudio de tipo descriptivo comparativo de grupos, con un diseño cuasiexperimental.

Respecto al procedimiento, en primer lugar, se contactó con la persona encargada de recursos humanos en Proyecto Hombre Cádiz, con la cual se tuvo una entrevista, con el fin de explicarle los objetivos y la finalidad del estudio. Una vez aceptada la realización de la investigación, se firmó un acuerdo de colaboración. Tras ello, en el mes de julio (debido al confinamiento por el COVID-19), a los usuarios que en ese momento estaban realizando el programa para el tratamiento de las adicciones en ambas modalidades, residencial y ambulatorio, se les administró un consentimiento informado, en el que se especificaba los detalles referentes al estudio. Una vez cumplimentado, se les administró los diferentes instrumentos de evaluación con el fin de medir los rasgos ansiosos, depresivos e impulsivos, y el apoyo social percibido. Destacar, que la administración de los consentimientos informados y los instrumentos de evaluación al grupo residencial, la llevaron a cabo trabajadores de la comunidad terapéutica y de la casa de acogida, ya que era necesario tener la prueba PCR realizada.

Instrumentos de evaluación

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1982.

El STAI es un inventario diseñado para medir la ansiedad. Destaca como uno de los primeros instrumentos validados en España y como uno de los más utilizados por investigadores y profesionales de la salud mental. Las primeras versiones no contaban con la presencia de escalas independientes. La última versión, está constituida por dos subescalas de autoevaluación para medir dos conceptos independientes de la ansiedad: estado y rasgo. La ansiedad estado hace referencia a la condición emocional transitorio, caracterizada por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad rasgo está definida como una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Ambas escalas presentan 20 ítems cada una, en un sistema de respuesta de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta de 0 (casi nunca/nada) a 3 (casi siempre/mucho). Este instrumento está dirigido a adolescentes y adultos, pudiendo administrarse de forma individual o colectiva, con una duración de alrededor de 15 minutos. En cuanto a la corrección, tanto en la ansiedad rasgo como en la ansiedad estado, un porcentaje de los ítems está invertido. La puntuación total en cada una de las escalas oscila entre 0 y 60 puntos. No existen puntos de corte, sino que las puntuaciones directas se transforman en centiles en función del género y la edad. El cuestionario ha demostrado que tiene una fiabilidad y una validez adecuada, presenta una buena consistencia interna en la adaptación española, entre 0.9 y 0.93 en la ansiedad estado y entre 0.84 y 0.87 en ansiedad rasgo (Spielberger et al., 1982). Lo cual coincide con el alfa de Cronbach obtenido en este estudio, siendo 0.91 para ansiedad estado y 0.88 para ansiedad rasgo.

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Beck, Steer y Brown, 1996

El BDI-II es un autoinforme que evalúa la presencia y gravedad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de 13 años, por medio de los síntomas cognitivos, afectivos y somáticos. En un primer momento fue propuesto por Beck y posteriormente se ha modificado dando lugar a diferentes versiones, siendo en la actualidad uno de los más empleados en España. Las áreas de aplicación, son la psicología clínica, la forense y la neuropsicología. Consta de 21 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (0-3), que señalan la intensidad de los síntomas, los cuales se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM y CIE. Destacar que los ítems Cambios en los Hábitos de Sueño (ítem 16) y Cambios en el apetito (ítem 18), constan de siete opciones de respuesta. La aplicación de este instrumento,

puede ser de forma individual o colectiva y su cumplimentación requiere un tiempo de entre 5 y 10 minutos. A la persona que se le va a administrar, se le indica que elija las afirmaciones más características haciendo referencia a las últimas dos semanas, incluido el día en el que lo cumplimenta. Las puntuaciones mínimas y máximas son 0 y 63 respectivamente, y los puntos de corte permiten clasificar a los evaluados en seis grupos: 0-10, altibajos normales; 11-16, leve perturbación del estado de ánimo; 17-20 estados de depresión intermitentes; 21-30 depresión moderada; 31-40, depresión grave; y más de 40, depresión extrema. Estrada, Delgado, Landero y González (2015) estimaron un alfa de Cronbach de 0.90; cerca al indicado por Sanz, Perdigón y Vázquez (2003) que era de 0.87, y similar al obtenido en este estudio, que fue de 0.88.

Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11). Patton, Standord, y Barrat, 1995.

BIS-11 es un instrumento de autoinforme constituido por 30 elementos diseñado para evaluar la impulsividad como rasgo de personalidad, atendiendo a su carácter multidimensional. Los participantes tienen que calificar en qué medida las afirmaciones se aplican a ellos en términos de frecuencia dando respuestas en formato de tipo Likert del 1 al 4 siendo 1 nunca o raramente y 4 siempre o casi siempre. Incluye tres subescalas: impulsividad cognitiva, (toma de decisiones rápida), motora (tendencia a actuar sin pensar) y no planeada (orientación hacia el presente y ausencia de planificación del futuro). Su administración, puede ser de forma individual o colectiva, auto o heteroaplicada y su cumplimentación requiere unos 15 minutos aproximadamente. Está indicada para adolescentes y adultos, siendo las áreas de aplicación más habituales la clínica, investigativa y forense. En cuanto a la corrección, las puntuaciones oscilan entre 30 y 120, indicando las puntuaciones más altas una mayor tendencia hacia la impulsividad. La puntuación de cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems. La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems. No hay un punto de corte establecido, aunque el autor de la escala, sugiere que una puntuación de 75 o más probablemente indica un trastorno de control de impulsos. Destacar que hay algunos ítems inversos, con el fin de evitar el sesgo de respuesta. Esta cuenta con once revisiones existentes, la primera en el año 1959 y la última versión en 1995, siendo en 2001 traducida al castellano. Por ello, la concepción de las dimensiones ha ido variando, y, por consiguiente, el nombre y número de los factores, la cantidad de ítems y el tipo de respuesta (Patton, Stanford y Barratt, 1995). En los diferentes estudios ha demostrado adecuados parámetros de confiabilidad y validez. Se

ha demostrado que este instrumento es confiable tanto en muestras clínicas como comunitarias, con coeficientes alfa de Cronbach que varían de 0.79 a 0.83 (Patton et al., 1995), obteniéndose en este estudio para la escala BIS-11 un coeficiente de 0.84.

Cuestionario M.O.S de apoyo social percibido. Sherbourne y Stewart, 1991.

MOS es un instrumento que evalúa el grado de apoyo social, teniendo en cuenta la naturaleza multidimensional y compleja de este constructo. Está constituido por cuatro dimensiones, cada una de las cuales permite obtener puntuaciones independientes: afectiva (demostración de amor, cariño y empatía); de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse); instrumental (posibilidad de ayuda doméstica), y emocional/ informativa (posibilidad de asesoramiento, consejo, información). Contiene 20 ítems, de los cuales, el primero, hace referencia al tamaño de la red social y los 19 restantes se estructuran de acuerdo a la escala de Likert que puntúa del 1 al 5, siendo 1 nunca y 5 siempre. La puntuación total presenta un rango de 19 a 95, siendo mayor el apoyo social percibido cuanto mayor es este puntaje. Este instrumento, ha sido validado y adaptado en múltiples países e idiomas; y cuenta con varias versiones en castellano, siendo ampliamente utilizado en diversos países de Iberoamérica. La consistencia interna para la puntuación total es alta (0.97) y para las subescalas oscila entre 0.91 y 0.96 (Espinola y Enrique, 2007; Sherbourne y Stewart, 1991). En este estudio, la consistencia del cuestionario obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86.

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos, se realizaron utilizando el paquete estadístico IBM SPSS versión 22.

En primer lugar, para los datos demográficos, se realizó un análisis descriptivo total y dividido por grupos para las variables edad, estado civil y nivel educativo. Las variables cualitativas se expresaron mediante su distribución de frecuencias y la variable cuantitativa por medio de la media aritmética y la desviación estándar.

Para dar respuesta al primer objetivo del estudio, se llevó a cabo un análisis descriptivo dividido por grupos, donde se calculó las medias y desviaciones típicas correspondientes a las puntuaciones obtenidas en los diferentes instrumentos para el grupo de programa ambulatorio y para el de programa residencial, ya que todas las

variables estudiadas mostraban simetría. Las puntuaciones de las variables ansiedad rasgo y estado, e impulsividad, se transformaron en percentiles (Pc) y fueron comparadas con la tabla de percentiles elaborada a partir de la aplicación del instrumento a un grupo normal para así llevar a cabo la interpretación.

Para responder al segundo objetivo, se comprueba si existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo ambulatorio y residencial para cada una de las variables estudiadas. Para elegir la prueba a realizar (t student o t welch), en primer lugar, se comprueba la normalidad con la prueba de Shapiro-Wilk y la homocedasticidad de las varianzas con la prueba de Levene.

Para abordar el tercer objetivo, se realiza un análisis de correlación de Pearson entre las variables investigadas y un análisis de regresión lineal entre la variable apoyo social percibido y las variables ansiedad, depresión e impulsividad.

Resultados

Atendiendo a los objetivos propuestos, los resultados del estudio fueron los que a continuación se detallan.

Análisis descriptivo de datos demográficos

Los datos de los 17 usuarios pertenecientes al grupo de programa ambulatorio (65.4%), se compararon con la información proporcionada por los 9 usuarios pertenecientes al grupo de programa residencial (34.6%). En la Tabla 1, se observa que la edad de los usuarios, estaba comprendida entre 25 y 62 años, encontrándose en el grupo de programa ambulatorio el usuario con mayor edad. Respecto al estado civil, se muestra que en ambos grupos la mayor parte de los usuarios eran solteros. En el grupo residencial no había ningún usuario casado y en este había más divorciados que en el grupo ambulatorio. En cuanto al nivel educativo, en el grupo ambulatorio, había usuarios que obtuvieron la titulación correspondiente a Bachillerato y Diplomatura, mientras que en el grupo residencial la titulación más elevada alcanzada corresponde a la ESO, siendo esta la que predominaba en ambos grupos.

Tabla 1

Distribución de frecuencias de Estado civil y nivel educativo, y descriptivos de edad dividido por grupos

		Grupos	
		ambulatorio	residencial
Estado civil	Soltero	11	5
	Casado	4	0
	Divorciado	2	4
Nivel educativo	Bach	4	0
	Dip	1	0
	ESO	9	6
	FPS	1	1
	FPM	1	0
	Prim	1	2
	Edad	Media	36.5
	Desviación estándar	8.92	7.52
	Mínimo	25	25
	Máximo	62	50

Nota: Bach=Bachillerato; Dip=Diplomatura; ESO= Educación Secundaria Obligatoria; FPS=Fomación Profesional de grado Superior; FPM= Formación Profesional de grado medio; Prim=Primaria

Objetivo 1. Análisis descriptivo total y dividido por grupos para las variables ansiedad, depresión, impulsividad y apoyo social percibido

-Ansiedad

La Tabla 2 muestra que el 58.8% de la muestra presentó una elevada puntuación en ansiedad estado y el 65.4% una alta puntuación en ansiedad rasgo.

Tabla 2

Distribución de frecuencias de percentiles en STAI

	Percentil	Frecuencia	% del total
STAI-E	<75	12	46.2%
	>75	14	58.8%
STAI-R	<75	9	34.6%
	>75	17	65.4%

La Tabla 3 indica los resultados del STAI para cada uno de los dos grupos. Los usuarios del grupo ambulatorio, para la variable ansiedad estado, presentaron una media de 25, lo cual equivale a un Pc de 70, y para la variable ansiedad rasgo, obtuvieron una media de 27.8, lo que corresponde a un Pc de 80. Los usuarios del grupo residencial, para

la variable ansiedad estado, presentaron una media de 29.9, lo que equivale a un Pc de 80, y para la variable ansiedad rasgo, mostraron una media de 26.1, lo que corresponde con un Pc 77. En ambos grupos las puntuaciones obtenidas corresponden a una ansiedad estado-rasgo elevada.

Tabla 3
Descriptivos divididos por grupos para las variables STAI Estado y STAI Rasgo

	grupo	STAI-E	STAI-R
Media	ambulatorio	25.0	27.8
	residencial	29.9	26.1
Desviación estándar	ambulatorio	4.00	5.70
	residencial	2.57	5.53

-Depresión

En cuanto a la variable depresión, la Tabla 4 muestra que un 46,2% no mostró sintomatología depresiva (normal, leve) y un 53.8% sí que presentaba dicha sintomatología, obteniendo dos de los usuarios de la muestra, puntuaciones muy elevadas.

Tabla 4
Distribución de frecuencias BDI-II

Nivel	Frecuencia	% del total
Normal	8	30.8%
Leve	4	15.4%
Intermitente	6	23.1%
Moderada	6	23.1%
Grave	1	3.8%
Extrema	1	3.8%

La Tabla 5 señala que el grupo perteneciente al programa ambulatorio, mostraba una media de 15.8, correspondiente a una leve perturbación del estado de ánimo, y el grupo perteneciente al programa residencial, obtuvo una media de 20.1, correspondiente a estados depresivos intermitentes.

Tabla 5
Descriptivos divididos por grupos para la variable BDI-II

	grupo	BDI-II
Media	ambulatorio	15.8
	residencial	20.1
Desviación estándar	ambulatorio	6.65

Tabla 5
Descriptivos divididos por grupos para la variable BDI-II

grupo	BDI-II
residencial	14.2

-Impulsividad

Atendiendo a la variable impulsividad, la mayoría de los usuarios indicaron tener baja impulsividad. Un 14.4% de la muestra obtuvo puntuaciones elevadas frente al 84.6% (Tabla 6).

Tabla 6
Distribución de frecuencias de percentiles en BIS

Percentil	Frecuencia	% del total
<75	22	84.6%
>75	4	14.4%

La Tabla 7 indica que el grupo de usuarios del programa ambulatorio, presentó una media para impulsividad de 54.1, equivalente a Pc 20, es decir baja impulsividad. Las medias de las subescalas obtuvieron un Pc entre 20 y 25. El grupo de usuarios del programa residencial, obtuvo una media de 60.3 correspondiente a Pc 35, una impulsividad baja y las subescalas presentaron un Pc entre 35 y 45. En general el grupo de programa residencial indicaron puntuaciones más elevadas que el de ambulatorio.

Tabla 7
Descriptivos divididos por grupos para la variable BIS y para sus subescalas

	grupo	BIS TOTAL	BIS np	BIS mot	BIS cog
Media	ambulatorio	54.1	22.6	17.1	14.4
	residencial	60.3	25.3	18.7	16.3
Desviación estándar	ambulatorio	12.9	6.36	6.46	3.91
	residencial	16.8	6.67	9.15	4.50

Nota: Subescalas BIS np= Impulsividad no planeada; BIS mot= Impulsividad motora; BIS cog= Impulsividad cognitiva.

-Apoyo social percibido

Respecto a la variable apoyo social percibido, la mayoría de los usuarios de la muestra (92.3%) refirieron tener un buen apoyo social percibido (Tabla 8).

Tabla 8
Distribución de frecuencias de MOS

Nivel	Frecuencia	% del total
Buen	24	92.3%
Escaso	2	7.7%

La Tabla 9 apunta que los usuarios del grupo perteneciente al programa ambulatorio, presentaron una media de 82.2, y los del programa residencial, una media de 64.2, lo que corresponde en ambos casos a un buen apoyo social percibido. En cuanto a las subescalas, las medias obtenidas en ambos grupos se encuentran por encima del punto de corte, por lo que confirman que los grupos perciben apoyo social. Tanto en MOS total como en las subescalas, el grupo ambulatorio obtuvo mayor apoyo percibido que el residencial.

Tabla 9
Descriptivos divididos por grupos para la variable MOS y para sus subescalas

	grupo	MOS TOTAL	MOS AE	MOS AI	MOS IS	MOS AA
Media	ambulatorio	82.2	33.4	18.0	17.3	13.4
	residencial	64.2	28.4	13.2	13.0	9.33
Desviación estándar	ambulatorio	10.9	5.51	2.21	2.64	2.23
	residencial	8.94	4.45	2.44	2.24	1.32

Nota. Subescalas. AE= Apoyo emocional; AI=Apoyo instrumental; IS= Interacción social; y AA= Apoyo afectivo

Objetivo 2. Diferencias significativas en las variables estudiadas entre los grupos

-Ansiedad

En la Tabla 10, la prueba t student indica que para la variable ansiedad estado hay diferencias significativas entre los usuarios del programa ambulatorio y residencial, por tanto las medias son diferentes $t(24)=-3.306$; $p=.003$. Sin embargo, en la variable ansiedad rasgo no se encuentran diferencias significativas entre los usuarios del programa ambulatorio y residencial, las medias serían iguales $t(24)=-0.711$; $p=.484$.

Tabla 10
Prueba T para muestras independientes STAI-E y STAIR

		Estadísticos	df	p	Diferencia de medias	Error típico		Tamaño efecto
STAI-E	t Student	-3.306	24.0	0.003	-4.89	1.48	d Cohen	-1.363
STAI-R	t Student	0.711	24.0	0.484	1.65	2.33	d Cohen	0.293

-Depresión

En la Tabla 11 la prueba t de Welch para la variable depresión, revela la inexistencia de diferencias significativas entre los usuarios del programa ambulatorio y residencial, y por tanto las medias son iguales $t(24)=-.871$; $p=.405$

Tabla 11
Prueba T para muestras independientes BDI-II

		Estadísticos	df	p	Diferencia de medias	Error típico		Tamaño efecto
BDI-II	t Welch	-0.871	9.90	0.405	-4.35	4.99	d Cohen	-0.393

-Impulsividad

La prueba t student para la variable impulsividad $t(24)=-1.016$; $p=.299$ y sus respectivas subescalas, impulsividad no planeada $t(24)=-1.030$; $p=.314$, motora $t(24)=-.523$; $p=.606$ y cognitiva $t(24)=-1.133$; $p=0.268$, muestra que no hay diferencias significativas entre los usuarios del programa ambulatorio y residencial, por tanto las medias son iguales (Tabla 12).

Tabla 12
Prueba T para muestras independientes BIS

		Estadísticos	df	p	Diferencia de medias	Error típico		Tamaño efecto
BIS TOTAL	t Student	-1.061	24.0	0.299	-6.27	5.91	d Cohen	-0.437
BIS npl	t Student	-1.030	24.0	0.314	-2.75	2.67	d Cohen	-0.424

Tabla 12
Prueba T para muestras independientes BIS

		Estadísticos	df	p	Diferencia de medias	Error típico		Tamaño efecto
BIS mot	t Student	-0.523	24.0	0.606	-1.61	3.08	d Cohen	-0.215
BIS cog	t Student	-1.133	24.0	0.268	-1.92	1.70	d Cohen	-0.467

-Apoyo social percibido

En la Tabla 13, se muestra las pruebas realizadas, las cuales señalan que para la variable apoyo social percibido $t(24)=4.24$; $p<.001$ y sus respectivas subescalas apoyo emocional $t(24)=2.30$; $p=.031$, apoyo instrumental $t(24)=5.07$; $p<.001$, interacción social $t(24)=4.15$; $p<.001$ y apoyo afectivo $t(24)=7.74$; $p<.001$, existen diferencias estadísticamente significativas entre los usuarios del programa ambulatorio y residencial.

Tabla 13
Prueba T para muestras independientes MOS y subescalas

		Estadísticos	df	p	Diferencia de medias	Error típico		Tamaño efecto
MOS TOTAL	t Student	4.24	24.0	<.001	17.95	4.239	d Cohen	1.746
MOS AE	t Student	2.30	24.0	0.031	4.91	2.136	d Cohen	0.947
MOS AI	t Student	5.07	24.0	<.001	4.78	0.943	d Cohen	2.089
MOS IS	t Student	4.15	24.0	<.001	4.29	1.036	d Cohen	1.709
MOS AA	t Welch	7.74	14.6	<.001	5.17	0.668	d Cohen	3.26

Objetivo 3. Causalidad entre apoyo social percibido y las otras variables (ansiedad, depresión e impulsividad)

La Tabla 14, muestra en una matriz de correlación que las dos variables que correlacionan significativamente son apoyo social percibido y ansiedad estado.

Tabla 14
Matriz de correlación

		STAI-E	STAI-R	BDI	BIS	MOS
STAI-E	r Pearson	—				
	p-value	—				
STAI-R	r Pearson	-0.140	—			
	p-value	0.495	—			
BDI-II	r Pearson	0.018	-0.057	—		
	p-value	0.929	0.782	—		
BIS	r Pearson	-0.120	-0.080	0.390 *	—	
	p-value	0.560	0.699	0.049	—	
MOS	r Pearson	-0.675 ***	-0.151	-0.242	0.036	—
	p-value	<.001	0.461	0.234	0.863	—

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

En la Tabla 15, se realiza una regresión lineal, la cual indica una relación significativa e inversa entre el apoyo social percibido y la ansiedad estado $r=0,675$ $R^2=0,455$. La ecuación de regresión que se resume en la Tabla 16 presenta un coeficiente $b=-0,435$, $t=-4,48$, $p<0,001$; pudiendo explicar un 45,5% de varianza de STAI-E en función de la puntuación en MOS. Es decir, un mayor apoyo social percibido predecirá menor puntuaciones en ansiedad estado.

Tabla 15
Medidas de ajuste del modelo

Modelo	R	R ²
1	0.675	0.455

Tabla 16
Coeficientes del modelo - STAI-E

Predictor	Estimador	Error típico	t	p
Intercepto	58.411	7.4093	7.88	<.001
MOS	-0.435	0.0971	-4.48	<.001

Discusión y conclusiones

Las adicciones son en la actualidad una de las problemáticas más graves para la salud y bienestar de las personas, y dicha adicción está asociada con factores psicológicos y sociales. Por ello, el presente estudio, tiene como fin, identificar los rasgos ansiosos, depresivos e impulsivos, así como el apoyo social percibido en los usuarios que están bajo tratamiento de las adicciones en Proyecto Hombre Cádiz (Jerez de la Frontera), en programa ambulatorio y residencial, con el objetivo de comparar los resultados, determinar si existen diferencias significativas para cada una de las variables y en ese caso, establecer relaciones de causalidad entre dichas variables.

A nivel general, los usuarios pertenecientes al programa ambulatorio, presentaron menos ansiedad, depresión e impulsividad, y mayor apoyo social percibido en comparación con los usuarios pertenecientes al programa residencial. Sin embargo, solo se pudo determinar diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para la variable ansiedad estado y apoyo social percibido, entre las cuales se estableció causalidad.

Los usuarios de los dos programas, mostraron altas puntuaciones para la ansiedad rasgo y estado. Un 53.85% de la muestra presentó ansiedad estado y un 65.4% mostró ansiedad rasgo, datos que están en consonancia con otros estudios en los que han encontrado sintomatología ansiosa en personas adictas a sustancias psicoactivas. El porcentaje de usuarios que presenta puntuaciones altas para la ansiedad, es más elevado que los que refieren otras investigaciones, como la de Olive, Gómez y Lio-Coo (2020), que puso de manifiesto que el 24% de los pacientes con un trastorno por uso de sustancias, padecían trastorno de ansiedad, o la de Lopéz, Brands, Strike, Mann, y Khenti (2012) donde de las personas que estaban bajo tratamiento de adicciones, el 24.2% fue diagnosticado de trastorno de ansiedad. En la misma línea, autores como Escribano et al. (2015) y Goodwin y Ferguson (2004), defendieron que los consumidores de drogas en comparación con los no consumidores, presentan mayores puntuaciones en pruebas que evalúan la ansiedad, sufriendo muchos de ellos trastornos de ansiedad. Navarrete et al. (2013) hallaron que los trastornos por consumo de sustancias tenían gran comorbilidad con los de ansiedad (30.35%) y Ochoa (1999) determinó que de las personas dependientes de sustancias aproximadamente un 10% presentaba algún trastorno de ansiedad.

En referencia a la depresión, en este estudio el 30.8.% no mostraban

sintomatología depresiva. Sin embargo, un 23.1% presentó estados depresivos intermitentes y depresión moderada; y un usuario manifestó depresión grave y otro, extrema. En general, un 53.8% de la muestra presentaba sintomatología depresiva, lo cual coincide con parte de la literatura revisada. Sanabria, Díaz, Varela y Braña (2002), hallaron que el 41% de los pacientes adictos a sustancias, mostraban sintomatología depresiva. Otras investigaciones, manifestaban una incidencia más baja, como Lopéz, Brands, Strike, Mann y Khenti (2012) que registraron un 17.4% o Moral, Sirvent, Blanco, Rivas, Quintana y Campomanes (2011) que encontraron que la prevalencia de la depresión en personas adictas era alrededor del 18%. Otros estudios, indicaban que la sintomatología depresiva en personas adictas, oscilaba entre el 12 y 80% (Dackis y Gold, 1984). Por ello, se puede desprender de los resultados obtenidos con anterioridad, que hay cierta relación entre el consumo de drogas y la depresión, lo cual es apoyado por Lai, Cleary, Sitharthan, y Hunt (2015), quienes en su revisión sistemática, confirmaron la elevada asociación entre el consumo de sustancias y la depresión; y por Pérez de los Cobos, (1996) y Sanabria, Díaz, Varela, y Braña (2002), para los que la depresión era uno de los trastornos que con más frecuencia convivía con la drogadicción.

Respecto a la variable impulsividad, la mayor parte de los usuarios de ambos programas, el 84.6%, revelaron bajas puntuaciones, frente al 14.4% que indicaron altas puntuaciones. La media obtenida para el programa ambulatorio y residencial fueron 54.1 y 60.3 respectivamente, las cuales se asemejan a la de otros estudios como el de Chapa, Pavía y Soler (2006) que reportaron una media de 59.53 y el de Enríquez, Pérez y Zavala (2015) cuya media fue entre 49.14 y 51.03 según el tipo de sustancia consumida. Por ello, aunque las puntuaciones obtenidas no son tan elevadas como para otras variables, se puede afirmar que hay cierta asociación entre impulsividad y trastornos por uso de sustancias, aunque para observar diferencias significativas, habría que comparar estos grupos con un grupo control, que no tuviese adicciones. Destacar, que uno de los motivos por los que es posible que esta variable no puntuase más alto, es debido a que, en ambos programas, desde que las personas usuarias entran en programa, se trabaja el control de impulsos, ya que suele ser una de las problemáticas más recurrentes.

En este estudio, se evidenció que existía causalidad entre la variable apoyo social percibido y ansiedad estado, es decir a mayor apoyo social percibido, menor fue la ansiedad estado, resultados que coinciden con los de otras investigaciones. Rhoads (1983), encontró que los individuos que estaban en tratamiento de adicciones que

disponían de mayor apoyo social, disminuyeron el consumo y mostraron niveles más bajos de ansiedad. Baptista, Lemos, Carneiro y Morais (2013) indicaron la existencia de correlaciones negativas entre apoyo familiar percibido y los niveles de ansiedad. Del mismo modo, Chen (2010) realizó un análisis de regresión que le llevó a concluir que la falta de apoyo social estaba relacionada con puntuaciones elevadas en ansiedad. Escribano et al. (2015) determinaron que la exclusión social en consumidores de sustancias, se asociaba con una mayor ansiedad estado.

En contraposición con algunas investigaciones, en este estudio, no se establecieron relaciones de causalidad entre apoyo social y las variables ansiedad rasgo, depresión e impulsividad.

Entre las limitaciones del estudio, se encuentran cuatro. La primera hace referencia a que se contó con una muestra constituida por pocos sujetos, que, aunque pueda ser relevante como estudio piloto, es relativamente pequeña desde una perspectiva estadística. Por ello, es posible, que, debido al tamaño de la muestra, algunas variables no hayan mostrado diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos programas. Por tanto, los resultados de este estudio, es necesario que se interpreten con cierta prudencia. La segunda limitación, es que la muestra, estaba constituida únicamente por hombres, ya que en el momento en el que se llevó a cabo el estudio, en ninguno de los dos programas había mujeres que se encontrasen bajo tratamiento de las adicciones, lo cual limita el conocimiento de los aspectos abordados en este estudio en la población de género femenino. Esto es debido a que, aunque el número de mujeres que consumen sustancias psicoactivas está en incremento, la incidencia de asistencia a tratamiento no es tan alta y cuando asisten, muchas muestran dificultad de adherencia al tratamiento, abandonándolo en numerosas ocasiones (Olivares y Chulkova, 2016). La tercera limitación, es que el diseño del estudio era transversal, por lo que la información que se obtuvo correspondía a un momento concreto de la vida del usuario y además en el momento en el que se les administró las pruebas de evaluación, algunos acababan de entrar en los programas y otros ya llevaban unos meses en tratamiento. La cuarta limitación, corresponde a que el estudio se realizó en un contexto concreto, por lo que hay que tener precaución a la hora de extrapolar los datos a otras poblaciones.

Este estudio es novedoso, ya que anteriormente no se han abordado estas variables de forma conjunta en el ámbito de las adicciones, por lo que puede resultar de gran

utilidad para otros estudios. Además, de cara a investigaciones futuras que sigan la misma línea, sería fundamental ampliar el tamaño de la muestra, así como incidir en la búsqueda de población femenina, con el fin de realizar comparaciones en función del género. Además, sería interesante, desarrollar un estudio que tenga un diseño longitudinal, en el que, a los sujetos, se les administrara las pruebas de evaluación al comienzo, durante y al finalizar el tratamiento, con el objetivo de comprobar la evolución de la sintomatología estudiada. También, aunque resulte un tanto complejo de abordar, en futuros estudios, se podría determinar si es el consumo de sustancias psicoactivas el que actúa como factor de riesgo para desarrollar otros problemas psicológicos (causa) o por el contrario el consumo de sustancias es la consecuencia de dichos problemas psicológicos (efecto). Por otro lado, resaltar la necesidad de que los familiares de las personas usuarias, participen en el tratamiento de estas, siempre y cuando estén dispuestos a hacerlo, ya que tanto este como otros estudios, muestran la importancia que tienen para superar las adicciones y reducir la sintomatología asociada a dicha adicción. Por último, de acuerdo con los resultados obtenidos y la literatura revisada, es esencial que, en los centros de tratamiento de adicciones, se ofrezca a las personas usuarias una atención integral, que aborde tanto la adicción como otras psicopatologías de forma conjunta y se generen modelos que proporcionen una atención multidisciplinaria e integral desde una perspectiva más individualizada. De este modo, se podría incrementar la probabilidad de éxito del tratamiento, reduciendo la incidencia de recaídas y mejorando en general la calidad de vida de la persona y del entorno que le rodea.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.th ed. [DSM-5])*. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Araos, P., Moragues, E. V., Pedraz, M., Pavon, F. J., Cloute, R. C., Calado, M., ... Fonseca, F. R. (2014). Comorbilidad psicopatológica en consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 26(1), 15.
- Atadokht, A., Hajloo, N., Karimi, M., y Narimani, M. (2015). The role of family expressed emotion and perceived social support in predicting addiction relapse. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 4(1).
- Baptista, M. N., Lemos, V. A., Carneiro, A. M., y Morais, P. R. (2013). Percepción del apoyo familiar en los consumidores de drogas y su relación con trastornos psiquiátricos. *Adicciones*, 25(3), 220-225.
- Barrick, C. y Connors, G. (2002). Preventing relapse in the older adult alcohol-dependent patient. *Drugs and Aging*, 19, 583-594.
- Blume, T. W., Green, S., Joanning, H., y Quinn, W. S. (1994). Social role negotiation skills for substance-abusing adolescents: A group model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(3), 197-204.
- Burkey, M. D., Kim, Y. A., y Breakey, W. R. (2011). The role of social ties in recovery in a population of homeless substance abusers. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10, 14–20.
- Cabal, L. F. O, y Herin, D. (2008). Neurobiología de la impulsividad y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(2), 207-219.
- Chapa, R. F., Pavía, N. P., y Soler, B. B. (2006). Impulsividad en dependientes de cocaína que abandonan el consumo. *Adicciones*, 18(2), 111-117.
- Chen, G. (2010). Gender differences in sense of coherence, perceived social support, and negative emotions among drug-abstinent Israeli Inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54, 937-958.

- Cibulskytė, M., y Staskevičienė, L. Z. (2017). The changes of self-efficacy and perceived social support of addicted to alcohol women and men during treatment period. *Tarptautinis Psichologijos Zurnalas: Biopsichosocialinis Požiūris*, 20(20), 23-40.
- Contreras, J. A., Hernández, L., y Freyre, M. A. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33(3), 195-203.
- Cruz-Salmerón, V. H., Martínez-Martínez, M. L., Garibay-López, L., y Camacho-Calderón, N. (2010). Comparación del perfil de funcionamiento familiar en los adolescentes con y sin drogadicción de un colegio de bachilleres. *Atención Primaria*, 43(2), 89-94.
- Dackis, C. A., y Gold, M. S. (1984). Depression in opiate addicts. *Substance abuse and psychopathology*, 19-40.
- Davis, M. I., y Jason, L. A. (2005). Sex differences in social support and self-efficacy within a recovery community. *American Journal of Community Psychology*, 36(3), 259-274.
- De la Revilla, L., Luna, J., Bailón, E., y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de familia*, 6(1), 10-8.
- De los Cobos, J. P. (1996). Depresiones aducidas (por el paciente) e inducidas (por las drogas) en las adicciones. *Opinión*, 5, 27-32.
- Enríquez, F. E. B., Pérez, R. L., y Zavala, H. A. (2015). Impulsividad, memoria de trabajo, atención, inteligencia fluida y funcionabilidad familiar entre adultos adictos a sustancias y adultos con conductas adictivas. *Jóvenes en la ciencia*, 1(2), 106-111.
- Escribano, A. B., Orensa, G. C., Arnal, R. B., Olmos, S.F., Dalae, M., y Cortés, G. H. (2015). Ansiedad, depresión y autoestima en población general, transeúntes y consumidores de sustancias adictivas. *Revista española de drogodependencias*, 40(2), 24-39.
- Espinola, S. R., y Enrique, H. C. (2007). Validación argentina del cuestionario MOS de

- apoyo social percibido. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 7, 155-168.
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361.
- Everitt, B. J., y Robbins, T. W. (2000). Second-order schedules of drug reinforcement in rats and monkeys: Measurement of reinforcing efficacy and drug-seeking behaviour. *Psychopharmacology*, 153(1), 17-30.
- Feaster, D. J., Mitrani, V. B., Burns, M. J., McCabe, B. E., Brincks, A. M., Rodriguez, A. E., y Robbins, M. S. (2010). A randomized controlled trial of Structural Ecosystems Therapy for HIV medication adherence and substance abuse relapse prevention. *Drug and Alcohol Dependence*, 111, 227–234.
- Feng, N., Lin, C., Hsieh, J., Rou, K., y Li, L. (2018). Family related factors and concurrent heroin use in methadone maintenance treatment in china. *Substance use & Misuse*, 53(10), 1674-1680.
- Franklin, F. A., Laveist, T. A., Webster, D. W., y Pan, W. K. (2010). Alcohol outlets and violent crime in Washington D.C. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 11(3), 283-290.
- Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., y Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista Médica de Chile*, 136(2), 169-178.
- Garrote, G. P. A, Gómez, B. M, y Rubio, L. R. (2019). Influencia de la impulsividad y de la búsqueda de sensaciones en el consumo precoz de cannabis. Diferencias de género y orientaciones para la prevención. *Revista Española De Orientación y Psicopedagogía*, 30(1), 27.
- Goodwin, R. y Fergusson, D. (2004). Association between anxiety and substance use disorders among young persons: Results of a 21-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 295-304.
- Guerra, Y. I. S., Caballero Moreno, A. J., Carballoso Acosta, M. R., & Mendoza Quiñones, R. (2014). Patología Dual: trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en drogodependientes. La Habana, 2011-2013. *Revista del Hospital Psiquiátrico*

de La Habana, 11(2).

- Gutiérrez, J. S., de Fonseca, F. R., y Valladolid, G. R. (2013). La impulsividad: ¿antesala de las adicciones comportamentales? *Health and Addictions: Salud y Drogas, 13(2)*, 145-155.
- Hashemi, T., Fotouhibonab, S., Karimi, H. R. y Beirami, M. (2010). Role of irrational beliefs, perceptions, self-efficacy and social support on recurrence of substance abuse disorder. *J Res Addict, 4(13)*, 7–23.
- Haverfield, M. C., Ilgen, M., Schmidt, E., Shelley, A., y Timko, C. (2019). Social support networks and symptom severity among patients with co-occurring mental health and substance use disorders. *Community Mental Health Journal, 55(5)*, 768-776.
- Herman, S. M., y Petersen, A. C. (1996). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 25*, 733-753.
- Kaboli, R y Kiani, Q. (2018). Mediatory roles of social support and self-efficacy in the relationship between religious orientation and addiction potential among adolescents. *Health, Spirituality and Medical Ethics, 5(3)*, 36-43.
- Kosten, T. R., Jalali, B., Hogan, I. K., y Kleber, H. D. (1983). Family denial as a prognostic factor in opiate addict treatment outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease, 171*, 611-616.
- Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T. y Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 154*, 1-13.
- Laudet, A. B., Cleland, C. M., Magura, S., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2004). Social support mediates the effects of dual-focus mutual aid groups on abstinence from substance use. *American Journal of Community Psychology, 34(3)*, 175-185.
- Levy, B. (1972). Five years after: A follow-up of 50 narcotic addicts. *American Journal Psychiatry, 7*, 22.

- Liu, H., Li, J., Lu., Z., Liu, W., y Zhang, Z. (2010). Does Chinese culture influence psychosocial factors for heroin use among young adolescents in China? A cross-sectional study. *BMC Public Health*, *10*, 563.
- López, R. P., Brands, B., Strike, C., Mann, R., y Khenti, A. (2012). Estudio de la comorbilidad entre el estrés psicológico y abuso de drogas en pacientes en dos centros de tratamiento, Asunción-Paraguay. *Texto y Contexto-Enfermagem*, *21*, 168-173.
- Martínez, P. A. S., Treviño, L. J., Mesa, E. M. D., González, P. G. P., González, P. M, Al-Halabí, S., . . . Ruiz, P. (2014). Patología dual en trastornos de ansiedad: Recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*, *26*(3), 254-274.
- McFarlane, A.H., Bellissimo, A. y Norman, G.R. (1995). Family structure, family functioning and adolescent well-being: the transcendent influence of parental style. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, *5*, 847-64.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., y Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, *158*(11), 1783-1793.
- Moral, M. V., Sirvent, C., Blanco, P., Rivas, C., Quintana, L., y Campomanes, G. (2011). Depresión y adicción. *Revista de Psiquiatría*, *15*, 27.
- Muñoz, J. T., Farré, A., Pintó, J. M, Szerman, N., y Torrens, M. (2018). Patología dual en Depresión: recomendaciones en el tratamiento Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations. *Adicciones*, *30*(1), 66-76.
- Navarrete, R. M., Benjet, C., Borges, G., Hernández, A. E., Alvarado, R. N., Ledesma, M. A., ... y Mora, M. E. M (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud mental*, *36*(6), 471-479.
- Nuijten, M., Blanken, P., van den Brink, W., Gouiaan, A. E., y Heniks, V. M. (2016). Impulsivity and attentional bias as predictors of modafinil treatment outcome for retention and drug use in crack-cocaine dependent patients: Results of a randomised controlled trial. *Journal of Psychopharmacology*, *30*(7), 616-626.

- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA). (2019). Informe sobre drogas 2019. Recuperado de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/unionEuropea/docs/20190725_InformeDrogasEspana2019_EMCDDA_DG_PNSD.pdf
- Ochoa, E. (1999). Trastornos de ansiedad y dependencia de alcohol y drogas. *Actas Españolas Psiquiatría*, 27, 56-63.
- Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC). (2019). Informe Mundial sobre las Drogas. Recuperado de https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf
- Olivares, R. R., y Chulkova, M. (2016). Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica. *Clínica y Salud*, 27(1), 1-6.
- Olive, Y. C., Gómez, O. M., y Lio-Coo, V. T. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana De Medicina Militar*, 49(1), 71-85.
- Pattij, T., y De Vries T. J. (2013) The role of impulsivity in relapse vulnerability. *Current Opinion in Neurobiology*, 23, 1-6.
- Rhoads, D. L. (1983). A longitudinal study of life stress and social support among drug abusers. *International journal of the addictions*, 18(2), 195-222.
- Richardson, L. (2001). Social network characteristics and substance abuse treatment outcome. *New School for Social Research*, 6, 1-4.
- Roncero, C., Ortiz, C. L., Barral, C., Francás, N. S., Rovira, M. y Casas, M. (2009). Tratamiento Concomitante de Litio y Metadona en un Paciente Bipolar: a Propósito de un Caso. *Adicciones*, 21, 131-136.
- Sanabria, M. A., Díaz, O., Varela, J., y Braña, T. (2002). Relevancia para el tratamiento de la sintomatología depresiva de los pacientes adictos. *Adicciones*, 14(1), 25.
- Schenker, M. y Minayo, M. C. de S. (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 20,

649-659.

- Serrano, S. A. A., Vega Valero, C. Z. V., Quiroz, C. N., y Trujano, R. S. (2010). Las habilidades sociales en universitarios, adolescentes y alcohólicos en recuperación de un grupo de alcohólicos anónimos (AA). *Liberabit*, 16(1), 17-26.
- Shaikh, F. A., y Ghosh, A. (2011). Effect of social support and self-efficacy on depression among recovering substance users. *Journal of Psychosocial Research*, 6(2), 211.
- Sherbourne, C. D., y Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 32(6), 705-714.
- Silva, C. R., Kolling, N. M., Carvalho, J. C. N., Cunha, S. M., y Kristensen, C. H. (2009). Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. *Aletheia*, 30, 101-112.
- Stein, M. D., Charuvastra, A., y Anderson, B. J. (2002). Social support and zero sharing risk amonghazardously drinking injection drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(3), 225-230.
- Stevens, L., Verdejo-García, A., Goudriaan, A. E., Roeyers, H., Dom, G., y Vanderplasschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: a review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal of substance abuse treatment*, 47(1), 58-72.
- Tavares, G. P., Scheffer, M., y Almeida, R. M. M. (2012). Drogas, violência e aspectos emocionais em apenados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(1), 89-95.
- Tobal, J. J. M, Prieto, R., y Gervás, B. (1994). Análisis de la ansiedad y depresión en un grupo de sujetos drogodependientes en tratamiento comparado con otro grupo de sujetos no drogodependientes. *Memoria de Master en Drogodependencias [Tesis de Maestría]. Instituto Complutense de Drogodependencias.*
- Torrecillas, F. L., Bulas, M., y Arroyo, R. L. (2005). Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones*, 17(3), 241-251.
- Vanegas, M. A. Z. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las

drogas. *Revista CES Psicología*, 2(2), 6-6.

Verdejo, A., Lawrence, A. J., y Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32, 777-810.

Wang, M., Wong, Y. J., Nyutu, P. N., Spears, A., y Nichols, W. (2016). Suicide protective factors in outpatient substance abuse patients: Religious faith and family support. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 26(4), 370-381.

Warren, J. I., Stein, J. A., y Grella, C. E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2), 267-274.

Wasserman, D. A., Stewart, A. L., y Delucchi, K. L. (2001). Social support and abstinence from opiates and cocaine during opioid maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 65-75.

Wel, J. H. P., Spronk, D. B., Kuypers, K. P. C., Theunissen, E. L., Toennes, S. W., Verkes, R. J., & Ramaekers, J. G. (2015). Psychedelic symptoms of cannabis and cocaine use as a function of trait impulsivity. *Journal of Psychopharmacology*, 29(3), 324-334.

Zapka, J. G., Stoddard, A. M., y McCusker, J. (1993). Social network, support and influence: Relationships with drug use and protective AIDS behavior. *AIDS Education and Prevention*. 5(4), 352-366.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado.



MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos de participación en la investigación. Léalo atentamente y consulte con el/la terapeuta todas las dudas que se le planteen.

1. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de investigación y solamente por parte de..... con DNI....., domicilio situado en persona responsable de la investigación denominada

guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD), asimismo en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, de conformidad con la Ley de Competencia Desleal 3/1991, incluyendo su modificación a través de la Ley 29/2009, y de la Ley Orgánica 5/2010 por la que se modifica el Código Penal de 1995. Siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

2. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo,
Don/Dña.....
.....con
DNI.....

he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación. Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en la investigación y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En de de 20.....

Firmado: Don/Dña. _____ (El/la usuario/a)

Anexo 2. Acuerdo de colaboración.

ACUERDO DE COLABORACIÓN

Jerez de la Frontera (Cádiz),..... de de 2

REUNIDOS

De una parte, (nombre y apellidos) como.....(cargo que ostenta) de la Fundación CESJE-Proyecto Hombre provincia de Cádiz con sede social en C/ Corredera nº 25 CP.11402 Jerez de la Frontera, con C.I.F G-11631686

Y, de otra,(nombre y apellidos), con DNI..... y domicilio en.....como responsable de la investigación/trabajo/comunicación.....

MANIFIESTAN:

Que están en disposición de establecer una relación de colaboración para el beneficio y mejora de los servicios que presta la entidad en la prevención y tratamiento de adicciones. Esta colaboración se concreta en las siguientes

CLAUSULAS:

I El autor/a de la investigación o trabajo debe enviar por escrito el objetivo de la misma, así como la metodología prevista y los datos de los que requiere.

II La participación en la investigación o trabajo indicada anteriormente no supondrá ningún coste económico ni para PH Provincia de Cádiz ni para las personas que conformen la muestra, cuya participación no tendrá ninguna retribución económica.

II Todas las publicaciones científicas, comunicaciones orales, o en general divulgación de resultados relacionados con la presente investigación o trabajo deberán incluir una mención expresa a la colaboración de PH Provincia de Cádiz. Así mismo su difusión deberá ser comunicada de forma previa con el fin de revisar cuantas menciones expresas al funcionamiento de sus programas de tratamiento en ellas se realicen y mos trar conformidad con la exactitud de las mismas.

IV PH Provincia de Cádiz por su parte, podrá hacer mención expresa a su participación en esta investigación o trabajo en los soportes que estime oportunos, mencionando siempre de forma explícita al autor/a del mismo.

V La utilización de los datos obtenidos con motivo de esta investigación o trabajo en posteriores investigaciones deberá ser comunicada a PH Provincia de Cádiz y contar para ello con su correspondiente conformidad.

VI PH Provincia de Cádiz, previa información y consentimiento de los usuarios/as, cederá al responsable de la investigación o trabajo los datos que sean necesario para la realización del mismo. Los datos facilitados no podrán ser utilizados con un fin distinto al estipulado en este acuerdo.

VI En el tratamiento de los datos de carácter personal se atenderá a las obligaciones legales establecidas en el Reglamento General de Protección de Datos relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD), asimismo en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, de conformidad con la Ley de Competencia Desleal 3/1991, incluyendo su modificación a través de la Ley 29/2009, y de la Ley Orgánica 5/2010 por la que se modifica el Código Penal de 1995.

VII Cualquiera de las partes podrá suspender su participación en la investigación en caso de producirse un incumplimiento de cualquiera de las cláusulas establecidas en el presente acuerdo de colaboración.

VIII El presente acuerdo de colaboración es vigente desde el momento de su firma finalizando su vigencia en la fecha de terminación de la investigación o trabajo.

Y, en prueba de conformidad, ambas partes firman por duplicado el presente convenio de colaboración, en la ciudad y en la fecha mencionada en el encabezamiento

Por la entidad
CESJE-Proyecto Hombre P. Cádiz

Responsable de la Investigación/trabajo

Anexo 3. Ansiedad Estado-STAI

STAI

A-E

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas ni buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

		NADA	ALGO	BASTANT	MUCHO
1.	Me siento calmado	0	1	2	3
2.	Me siento seguro	0	1	2	3
3.	Estoy tenso	0	1	2	3
4.	Estoy contrariado	0	1	2	3
5.	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6.	Me siento alterado	0	1	2	3
7.	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8.	Me siento descansado	0	1	2	3
9.	Me siento angustiado	0	1	2	3
10.	Me siento confortable	0	1	2	3
11.	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12.	Me siento nervioso	0	1	2	3
13.	Estoy desasosegado	0	1	2	3
14.	Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15.	Estoy relajado	0	1	2	3
16.	Me siento satisfecho	0	1	2	3
17.	Estoy preocupado	0	1	2	3
18.	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19.	Me siento alegre	0	1	2	3
20.	En este momento me siento bien	0	1	2	3

Anexo 4. Ansiedad Rasgo-STAI

STAI

A-R

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE EN GENERAL** en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas ni buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

		CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI
21.	Me siento bien	0	1	2	3
22.	Me canso rápidamente	0	1	2	3
23.	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24.	Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25.	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26.	Me siento descansado	0	1	2	3
27.	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28.	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30.	Soy feliz	0	1	2	3
31.	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32.	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33.	Me siento seguro	0	1	2	3
34.	No suelo afrontar las crisis y dificultades	0	1	2	3
35.	Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36.	Estoy satisfecho	0	1	2	3
37.	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38.	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39.	Soy una persona estable	0	1	2	3
40.	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Anexo 5. BDI-II

Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de una opción por grupo.

1.
 - No me siento triste
 - Me siento triste gran parte del tiempo
 - Me siento triste todo el tiempo
 - Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

2.
 - No estoy desalentado respecto del mi futuro
 - Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo
 - No espero que las cosas funcionen para mí
 - Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar

3.
 - No me siento como un fracasado
 - He fracasado más de lo que hubiera debido
 - Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
 - Siento que como persona soy un fracaso total

4.
 - Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
 - No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
 - Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
 - No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar

5.
 - No me siento particularmente culpable
 - Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
 - Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
 - Me siento culpable todo el tiempo

6.
 - No siento que este siendo castigado
 - Siento que tal vez pueda ser castigado
 - Espero ser castigado
 - Siento que estoy siendo castigado

- 7.

- Siento acerca de mí lo mismo que siempre
- He perdido la confianza en mí mismo
- Estoy decepcionado conmigo mismo
- No me gusta a mí mismo

8.

- No me critico ni me culpo más de lo habitual
- Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- Me critico a mí mismo por todos mis errores
- Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9.

- No tengo ningún pensamiento de matarme
- He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- Querría matarme
- Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

10.

- No lloro más de lo que solía hacerlo
- Lloro más de lo que solía hacerlo
- Lloro por cualquier pequeñez
- Siento ganas de llorar, pero no puedo

11.

- No estoy más inquieto o tenso que lo habitual
- Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
- Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

12.

- No he perdido el interés en otras actividades o personas
- Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas
- He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
- Me es difícil interesarme por algo

13.

- Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
- Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
- Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14.

- No siento que yo no sea valioso
- No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- Me siento menos valioso cuando me comparo con otros
- Siento que no valgo nada

15.

- Tengo tanta energía como siempre

- Tengo menos energía que la que solía tener
- No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- No tengo energía suficiente para hacer nada

16.

- No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
- Duermo un poco más que lo habitual
- Duermo un poco menos que lo habitual
- Duermo mucho más que lo habitual
- Duermo mucho menos que lo habitual
- Duermo la mayor parte del día
- Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17.

- No estoy tan irritable que lo habitual
- Estoy más irritable que lo habitual
- Estoy mucho más irritable que lo habitual
- Estoy irritable todo el tiempo

18.

- No he experimentado ningún cambio en mi apetito
- Mi apetito es un poco menor que lo habitual
- Mi apetito es un poco mayor que lo habitual
- Mi apetito es mucho menor que antes
- Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- No tengo apetito en absoluto
- Quiero comer todo el día

19.

- Puedo concentrarme tan bien como siempre
- No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo
- Encuentro que no puedo concentrarme en nada

20.

- No estoy más cansado o fatigado que lo habitual
- Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual
- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21.

- No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo
- Estoy mucho menos interesado en el sexo
- He perdido completamente el interés en el sexo

Anexo 6. BIS 11

Escala de impulsividad Barratt (BIS 11)

Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

	RARAMENTE O NUNCA	OCASIONALMENTE	A MENUDO	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
1. Planifico mis tareas con cuidado	0	1	3	4
2. Hago las cosas sin pensarlas	0	1	3	4
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente)	0	1	3	4
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente)	0	1	3	4
5. Planifico mis viajes (actividades) con antelación	0	1	3	4
6. Soy una persona con autocontrol	0	1	3	4
7. Me concentro con facilidad	0	1	3	4
8. Ahorro con regularidad	0	1	3	4
9. Se me hace difícil estar quieto por largos periodos de tiempo	0	1	3	4
10. Pienso las cosas cuidadosamente	0	1	3	4
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegurarme que tendré dinero para mis gastos)	0	1	3	4
12. Digo las cosas sin pensarlas	0	1	3	4
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados o complejos	0	1	3	4
14. Cambio de trabajo frecuentemente	0	1	3	4
15. Actúo impulsivamente	0	1	3	4
16. Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo	0	1	3	4
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	0	1		4
18. Hago las cosas en el momento en que se me	0	1	3	4

ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una cosa por mucho tiempo)	0	1	3	4
20. Cambio de vivienda a menudo	0	1	3	4
21. Compro cosas impulsivamente	0	1	3	4
22. Yo termino lo que empiezo	0	1	3	4
23. Camino y me muevo con rapidez	0	1	3	4
24. Resuelvo los problemas experimentando (tratando una posible solución y viendo si funciona)	0	1	3	4
25. Gasto más dinero de lo que tengo/ de lo que gano	0	1	3	4
26. Hablo rápido	0	1	3	4
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando	0	1	3	4
28. Me interesa más el presente que el futuro	0	1	3	4
29. Me siento inquieto si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo	0	1	3	4
30. Planifico para mi futuro (Me interesa más el futuro que el presente)	0	1	3	4

Anexo 7. MOS

Cuestionario M.O.S. Apoyo social

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que usted dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?

Escriba el n° de amigos y familiares

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila:

		NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
2.	Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3.	Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4.	Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5.	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6.	Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7.	Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8.	Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9.	Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10.	Alguien quien le abrace	1	2	3	4	5
11.	Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12.	Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13.	Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14.	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar problemas	1	2	3	4	5
15.	Alguien que le ayude en	1	2	3	4	5

	sus tareas domésticas si está enfermo					
16.	Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17.	Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18.	Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19.	Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20.	Alguien a quien amar y hacerle sentir querido	1	2	3	4	5