



**Pontificia Universidad Católica Argentina**  
**“Santa María de los Buenos Aires”**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS**  
**ECONÓMICAS**  
**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**Trabajo de investigación final**

“Potencial resiliente familiar en personas con consumo problemático y su relación con la etapa de estadio de cambio de las personas en tratamiento.”

**Alumna:** Lopez, Macarena de los Ángeles

**N° de Registro:** 76-132034-2

**Correo electrónico:**

lopez\_macarena@uca.edu.ar

**Director:** Lic. Fernando Rafael Herrera

**N° de matrícula:** 1309

**Correo electrónico:**

fernando\_herrera@uca.edu.ar



*"La familia es el lugar donde la vida comienza y el amor nunca termina. En los momentos más difíciles, su resiliencia es la fuerza que nos sostiene y nos guía hacia la luz del cambio y la recuperación." Anónimo*



## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo de investigación a Lucas y su familia. Al enseñarme sobre la inmensurable importancia de la fortaleza y el apoyo familiar en la lucha contra el consumo problemático, el ejemplo de ellos ha sido una fuente de inspiración. En este camino, su resiliencia y amor han sido fuentes de esperanza.



## **Agradecimientos**

En primer lugar, quiero agradecer de todo corazón a la Santísima Trinidad y la Sagrada Familia por ser una constante compañía en mi vida, bendiciéndome y guiándome en cada paso que he dado.

A mis padres, les debo un reconocimiento especial por enseñarme el valor de seguir mi vocación y la importancia de afrontar los fracasos con valentía. Mamá, tu apoyo inquebrantable y tus oraciones siempre han sido mi motor para seguir adelante.

Un enorme agradecimiento a mis hermanos, quienes han estado ahí con su respaldo constante, repasando conmigo, alentándome con sus palabras y esos pequeños gestos llenos de cariño, como prepararme un mate. Cada detalle simboliza su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida. Y, cómo olvidar a mi tío "Raulito", quien ha sido un pilar fundamental, brindándome su aliento y compañía en cada momento trascendental.

Emanuel, mi compañero académico y futuro esposo, merece una mención especial. Gracias por ser mi compañero de viaje, por tu amor incondicional y por impulsarme a seguir adelante cuando todo parecía complicado.

A mis amigos, que se han convertido en verdaderos cómplices de alegrías y consuelo en momentos difíciles, les agradezco por su constante apoyo. No puedo dejar de mencionar a mis amigos del grupo "Hijos de la Virgen" por su comprensión y aliento durante mis ausencias durante los exámenes.

Mi gratitud hacia la Universidad Católica Argentina (UCA) es enorme. Agradezco al personal no docente por su acompañamiento y a los docentes que han sido fuente de inspiración. Mi director de tesis, el Licenciado Fernando Herrera, ha sido fundamental en mi camino académico. A las autoridades de la universidad, gracias por brindarme un espacio laboral y a Paola Banegas, la bibliotecaria, por su apoyo y por darme la oportunidad de trabajar junto a ella.

A todos y cada uno de ustedes, mi más profundo agradecimiento desde lo más sincero de mi corazón. Gracias por ser parte de mi camino y por ayudarme a llegar hasta este día tan especial.



## Índice

<b>Resumen</b>	7
<b>Abstract</b>	9
<b>Introducción</b>	10
<b>Marco teórico</b>	12
<b>1.1. Capítulo 1: Consumo problemático y sistema familiar</b>	13
1.1.1. Factores desencadenantes	14
1.1.2. Criterios de diagnóstico	16
1.1.3. Enfoques Psicológicos para el Abordaje del Consumo Problemático	19
<b>1.2. Capítulo 2: Resiliencia familiar</b>	20
1.2.1. Sistema de creencias	21
1.2.2. Procesos organizacionales	22
1.2.3. Procesos de comunicación	22
<b>1.3. Capítulo 3: Estadio de cambio</b>	23
1.3.1. Evaluación de los estadios de cambio	24
<b>1.4. Capítulo 4: Antecedentes</b>	26
<b>Marco Metodológico</b>	27
<b>1. Objetivo general:</b>	28
<b>1.1. Objetivos específicos:</b>	28
<b>1.2. Método</b>	29
1.2.1. Diseño de estudio	29
1.2.2. Participantes	29
<b>Tabla 1:</b> Descripción de datos sociodemográficos sobre la muestra. (N=20)	30
<b>Tabla 2:</b> Descripción de datos sobre la composición familiar de la muestra.	31
1.2.3. Instrumentos	32
1.2.4. Procedimiento	33
<b>1.3. Consideraciones éticas</b>	34
<b>1.4. Análisis de datos</b>	35
<b>Resultados</b>	36
<b>Tabla 3.</b> Datos estadísticos de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk.	37
<b>Figura 1.</b> Histograma sobre la prueba de normalidad del Inventario Potencial	37
<b>Figura 2.</b> Histograma sobre la prueba de normalidad de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)	38



<b>Tabla 4.</b> Datos estadísticos descriptivos sobre el puntaje total del Inventario Potencial Resiliente Familiar (IPRF). -----	39
<b>Figura 3.</b> Histograma sobre la desviación estándar y asimetría del puntaje del Inventario Potencial Resiliente Familiar (IPRF). -----	40
<b>Tabla 5:</b> Estadísticas descriptivas del Índice de Potencial Resiliente Familiar (IPRF) por género. 41	
<b>Tabla 6:</b> Estadísticos descriptivos del Índice de Potencial Resiliente Familiar (IPRF) según Nivel Educativo-----	42
<b>Tabla 7.</b> Estadísticas Descriptivas de las Etapas de Tratamiento por Consumo Problemático de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA). -----	44
<b>Tabla 8.</b> Resultados de prueba de asociación de las variables de Potencial Resiliente Familiar y Estadio de Cambio, a través de Rho de Spearman. -----	45
<b>Tabla 9.</b> Resultados de prueba de asociación de las variables de Potencial Resiliente Familiar y Estadio de Cambio: precontemplación, a través de Rho de Spearman. -----	46
<b>Tabla 10.</b> Resultados de prueba de asociación de las variables de Potencial Resiliente Familiar y Estadio de Cambio: contemplación, a través de Rho de Spearman. -----	47
<b>Tabla 11.</b> Resultados de prueba de asociación de las variables de Potencial Resiliente Familiar y Estadio de Cambio: acción, a través de Rho de Spearman. -----	47
<b>Tabla 12.</b> Resultados de prueba de asociación de las variables de Potencial Resiliente Familiar y Estadio de Cambio: mantenimiento, a través de Rho de Spearman. -----	48
<b>Discusión</b> -----	50
<b>Conclusiones</b> -----	54
<b>Referencias</b> -----	57
<b>Anexo</b> -----	62
<b>Anexo 1:</b> -----	63
<b>Anexo 2:</b> -----	65
<b>Anexo 3:</b> -----	71



## Resumen

La investigación se centró en describir la relación entre el estadio de cambio y la percepción del potencial resiliente familiar en individuos en tratamiento por consumo problemático. Los objetivos específicos fueron: establecer la percepción del potencial resiliente familiar de las personas en tratamiento por consumo problemático, precisar el estadio de cambio en el que se encuentran estos individuos y analizar si existe relación entre la percepción de potencial resiliente familiar y la etapa de estadio de cambio de las personas en tratamiento por consumo problemático.

Este estudio cuantitativo no experimental empleó un diseño descriptivo-correlacional, examinando la relación entre las variables de potencial resiliente familiar y estadio de cambio utilizando el Inventario del Potencial Resiliente de la Familia (IPRF) y la escala University of Rhode Island Change Assessment (URICA).

La muestra estuvo compuesta por 20 adultos de 18 a 60 años, bajo tratamiento por consumo problemático en los centros ambulatorios de Cable a Tierra y Conexión en la provincia de Mendoza.

Entre los hallazgos, se observó que, a diferencia de la Escala de Estadios de Cambio (URICA), el Potencial Resiliente Familiar (IPRF) podría tener una distribución normal según la prueba de Shapiro-Wilk. A pesar de la variabilidad (modalidad de 90 puntos), los participantes demostraron un alto potencial resiliente (99.7 en IPRF). Los hombres mostraron mayor potencial resiliente familiar que las mujeres, con datos menos uniformes en este grupo.

La educación universitaria completa se asoció con un mayor IPRF en comparación con la secundaria. En términos de los estadios de cambio, se encontraron valores más altos en Contemplación y Acción que en Precontemplación y Mantenimiento. La correlación entre IPRF y URICA fue significativa (0.452), siendo más fuerte en Contemplación y Acción, y débil en Precontemplación, sin correlación en Mantenimiento.

En resumen, se evidenció una correlación entre la percepción de potencial resiliente familiar y la etapa de estadio de cambio de las personas en tratamiento por consumo problemático, con un enfoque particular en la influencia en la contemplación y la acción. Estos



hallazgos resaltan la importancia de comprender cómo potencial resiliente familiar puede influir en el proceso de cambio en individuos con problemas de consumo.





## Abstract

The research aimed to describe the relationship between the stage of change and the perception of family resilience potential among individuals undergoing treatment for problematic use. The specific objectives were: to establish the perception of family resilience potential among those in treatment for problematic use, specify the stage of change in which these individuals are, and analyze the relationship between the perception of family resilience potential and the stage of change, among individuals undergoing treatment for problematic use.

This non-experimental quantitative study employed a descriptive-correlational design, examining the relationship between the variables of family resilience potential and stage of change using the Family Resilience Potential Inventory (IPRF) and the University of Rhode Island Change Assessment scale (URICA).

The sample comprised 20 adults aged 18 to 60, receiving treatment for problematic use at the outpatient centers Cable a Tierra and Conexión in the province of Mendoza.

Among the findings, it was observed that unlike the Stages of Change Scale (URICA), Family Resilience (IPRF) might have a normal distribution according to the Shapiro-Wilk test. Despite variability (90-point mode), participants demonstrated high resilience potential (99.7 in IPRF). Men showed higher family resilience than women, with less uniform data in this group.

Complete university education was associated with higher IPRF compared to secondary education. In terms of stages of change, higher values were found in Contemplation and Action compared to Precontemplation and Maintenance. The correlation between IPRF and URICA was significant (0.452), stronger in Contemplation and Action, and weak in Precontemplation, with no correlation in Maintenance.

In summary, a correlation was evidenced between the perception of family resilience potential and the stage of change, among individuals undergoing treatment for problematic use, particularly focusing on the influence on contemplation and action. These findings highlight the importance of understanding how family resilience can influence the process of change in individuals with use problems.



## Introducción

El abuso de sustancias es una práctica social con relaciones multifactoriales, el cual constituye un fenómeno que trasciende multitud de determinantes a aspectos individuales, familiares, económicos, sociales y culturales. La adicción, termina siendo un comportamiento nocivo tanto para el individuo como para su entorno familiar y social (Bonfiglio et al., 2015).

Las familias se ven afectadas por el abuso de sustancias, lo que crea un entorno inestable y, en ocasiones, violento. La pérdida de contacto y aislamiento familiar, y la falta de sentido de pertenencia e identidad, suelen ser signos en los grupos familiares de las personas con problemas de adicciones (Bonfiglio et al., 2015).

Es por esto, que partiendo de esta problemática y como repercute en el sistema familiar, entre otros, se abre paso en el siguiente trabajo al concepto de resiliencia, entendiendo a la resiliencia como un proceso de afrontamiento frente a una adversidad o cambio gracias a la activación de recursos propios y el fortalecimiento de factores protectores, concepto que no solo se atribuye a modelos individuales de enfrentamiento ante las adversidades, sino que puede contextualizarse en familias y comunidades (Gómez et al., 2010 citado en Jiménez et al., 2019).

Para comprender mejor esta capacidad de afrontamiento, es esencial explorar el estadio de cambio, un elemento clave en la búsqueda de soluciones y la recuperación en el contexto del abuso de sustancias. El propósito de este modelo es explicar la estructura del cambio de comportamiento al sugerir que se analicen tres dimensiones fundamentales: procesos, estadios y niveles de cambio. En la literatura científica y en la práctica clínica, se ha prestado mayor atención a la variable temporal de los estadios del cambio, que indica la relevancia de las fases previas al cambio conductual evidente (Díaz Salabert, 2001).

A lo largo de esta investigación, se buscará describir la relación entre las variables de estadio de cambio y resiliencia familiar de las personas en tratamiento por consumo problemático que son abordadas en las instituciones Cable a Tierra y Conexión, ubicadas en la provincia de Mendoza. Estas instituciones son centros ambulatorios de tratamiento de adicciones. En primer lugar, se establecerá la percepción del potencial resiliente familiar de las personas en tratamiento por consumo problemático, luego se precisará el estadio de cambio en el que se encuentran las personas en tratamiento por consumo problemático. Y, de esta manera,



se analizará si existe una relación entre el potencial resiliente familiar y la etapa de estadio de cambio en la persona en tratamiento por consumo problemático.



# Marco teórico



## 1.1. Capítulo 1: Consumo problemático y sistema familiar

El consumo es un fenómeno complejo que se ve afectado por la historia personal de cada persona y por su entorno. Si hablamos de este entorno actual, debemos tener en cuenta que es una sociedad de consumo, no solo de sustancias sino también de tecnología, estereotipos de belleza, entre otros, a los que deseamos acceder y, en muchos casos, no solo deseamos, sino que debemos ser parte de. (Pérez Espinosa, 2015).

La Ley Nacional N° 26.934 define al consumo problemático como aquello que, mediante o sin mediar sustancia alguna, tienen un impacto negativo prolongado en la salud física o mental de una persona, así como en sus relaciones sociales. El abuso de alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas (legales o ilegales) o el comportamiento compulsivo de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado como compulsivo por un profesional de la salud pueden clasificarse como adicciones (Ley Nacional Plan Integral de Abordaje a los Consumos Problemáticos N° 26.934, 2014, Artículo 2).

La adicción tanto química como comportamental altera la dinámica familiar. La dinámica disfuncional de conductas, reglas y roles afecta a las personas que integran el sistema familiar, traduciéndose en un malestar que facilita el proceso adictivo y tiene ramificaciones para futuras relaciones. La persona que padece de adicción experimenta sentimientos de tristeza, soledad, ansiedad, entre otros, y estos sentimientos se verán reflejados en el grupo familiar como una unidad, cambiando toda su estructura, es decir, en relación con todos sus miembros (Rodríguez y Bonfiglio, 2017).

El comportamiento de un individuo se ve influenciado por el de sus pares, por lo que el uso inapropiado o abuso de sustancias psicoactivas debe considerarse y tratarse dentro del entorno relacional en el que se encuentra la persona, es decir, su familia. Actualmente, se sabe que la mayoría de las personas con consumo problemático pertenecen a familias bien constituidas, desechando la creencia de que eran individuos sin hogar (Pierri, 2007).

La familia juega un papel importante en el proceso de socialización porque actúa como el entorno a través del cual se adquieren y manifiestan creencias, comportamientos, valores, rutinas y formas de vida, los cuales tendrán un impacto en la probabilidad de involucrarse en el consumo de alcohol y drogas. Por lo tanto, el núcleo familiar representa los elementos y



características que influyen continuamente en todas las etapas del proceso de adicción, como el inicio del consumo, su mantenimiento y las necesidades de tratamiento (López-Torrecillas, 2005, citado en Rivadeneira-Díaz et al., 2020)

La prevención más eficaz en el entorno familiar se logra mediante la educación en estilos de vida saludables, enmarcada dentro de una estrategia general de educación para la salud. Varios expertos han indicado que el compromiso y la conexión con los hijos son sinónimos de protección y desmotivación para el consumo problemático. Además, otros mencionan que un adecuado seguimiento por parte de los padres también resulta efectivo en la disminución de las posibilidades de consumo entre los jóvenes (Pierri, 2007).

Igualmente, la familia puede funcionar como un factor protector, por ejemplo, a través de la prevención, cumpliendo un rol de suma importancia, ya que diversos autores afirman que, si la familia recibiera una orientación en prevención, esto traería beneficios positivos, debido a que un buen ambiente sociofamiliar protegería del consumo (Carreter et al., 2011).

El sistema familiar se ve afectado por la adicción, pero también es uno de los ámbitos clave en el tratamiento, ya que es el escenario donde se padecen y sustentan los problemas relacionados con el trastorno adictivo. La adicción tiene un origen multicausal, por lo que es necesaria una intervención integral. La familia es clave en la atención y tratamiento de la adicción, entendiendo que puede ser parte tanto del problema como de la solución (Cañequé, 2017 citado en Cordero, 2017).

### *1.1.1. Factores desencadenantes*

El sistema de control inhibitorio, asociado con la regulación de impulsos del cerebro, y el sistema de recompensa, ligado a la sensación de placer y motivación, son dos de los principales factores desencadenantes de la adicción. Para mantener una estabilidad en la motivación y el control de impulsos, ambas deben trabajar juntas y funcionar en armonía. Cuando hay un desequilibrio entre ambos sistemas, es común que se manifiesten los primeros signos de dependencia o incluso de recaída en aquellos que habían superado su adicción durante un período de tiempo (Español, 2021).

En términos generales, los factores de riesgo se refieren a características internas y externas que aumentan la probabilidad de que ocurra un fenómeno específico. Se aplican al



campo de las adicciones en este contexto, abordando los factores biopsicosociales, de comportamiento y ambientales asociados con la iniciación y desarrollo de comportamientos adictivos. Estos factores, entre otros, pueden incluir factores personales, sociales y familiares, que pueden predecir el comportamiento de consumo de drogas y colocar al individuo en una posición vulnerable (Laespada et al., 2004).

Es importante recordar que la presencia de todos los factores de riesgo no es necesaria para la aparición de la conducta adictiva, y la presencia de uno de ellos no garantiza que la conducta ocurra de manera causal. Estos factores aumentan la probabilidad de que se produzca la conducta adictiva porque interactúan entre sí de manera probabilística (Laespada et al., 2004).

Además, debido a las diversas circunstancias personales y sociales, no todos los consumidores tienen los mismos factores de riesgo. En la comprensión del consumo de drogas, se considera un campo de fuerzas bio-psico-socio-culturales donde la sustancia, el individuo y el contexto se entrelazan (Laespada et al., 2004).

Diversas teorías, incluido el Modelo de desarrollo social (Catalano et al., 1996, citado en Laespada et al., 2004) y la Teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes (Jessor, 1991, citado en Laespada et al., 2004), enfatizan el papel de los factores de riesgo y protección en la predicción de la conducta problemática. Todas estas teorías coinciden en que la adolescencia es un período crucial para la adquisición de dichas conductas (Laespada et al., 2004).

Dado que la adolescencia presenta una serie de cambios cognitivos, personales y psicosociales que hacen que los adolescentes sean más propensos a comportamientos problemáticos, esta etapa se considera crucial para el inicio del consumo de sustancias. Esto los coloca más cerca de los tres principales grupos de factores de riesgo (Laespada et al., 2004):

- Los factores de riesgo individuales: incluyen las características internas de una persona, como la edad, la personalidad, los recursos sociales, las actitudes, los valores y la autoestima.
- Factores de riesgo relacionales: estos factores están relacionados con el entorno más cercano de la persona, como la interacción con amigos, la familia y la escuela.



- Factores de riesgo sociales: Estos se relacionan con un entorno social más amplio, como la estructura económica, las normas, la accesibilidad al consumo, la aceptación social y las costumbres, que varían de cultura a cultura y afectan la conducta individual.

En resumen, debido a los cambios significativos que experimentan los adolescentes en su desarrollo cognitivo y social, la adolescencia es un momento crucial en el proceso de predicción y comprensión de las conductas adictivas (Laespada et al., 2004).

### *1.1.2. Criterios de diagnóstico*

Griffith, en 1998 (citado en Griffiths, 2005), define operacionalmente el comportamiento adictivo como cualquier comportamiento que tenga todas las características fundamentales de la adicción. El autor sostiene que cualquier comportamiento que cumpla con estos seis criterios es operacionalmente una adicción. Estos son:

- Prominencia: se refiere a cuando una actividad particular se convierte en la más importante en la vida de alguien y domina sus pensamientos, sentimientos y comportamiento.
- Cambio de estado de ánimo: es una experiencia subjetiva que las personas experimentan como resultado de participar en una actividad.
- Tolerancia: es el proceso por el cual se requiere aumentar la cantidad de una actividad específica para lograr los efectos anteriores.
- Síndrome de abstinencia: se define como un estado emocional desagradable y/o efectos físicos que ocurren cuando una actividad particular se interrumpe o se reduce repentinamente.
- Conflicto: se refiere a los conflictos que surgen entre el adicto y las personas que lo rodean (conflicto interpersonal), con otras actividades (trabajo, vida social, intereses, aficiones) o dentro de los propios individuos que están involucrados en la actividad en cuestión (conflicto intrapsíquico).





- **Recaída:** es la tendencia a repetir los patrones iniciales de actividad, restaurando los patrones más extremos de la adicción después de muchos años de abstinencia o control.

Los criterios de diagnóstico para los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos de control de impulsos y de conducta (comportamentales) se describen por separado en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Ambos tipos de trastornos cumplen los criterios de diagnóstico siguientes: Trastorno por consumo de sustancias y Trastornos de control de impulsos y de conducta (American Psychiatric Association [APA], 2014).

#### *1.1.2.1. Trastorno por Consumo de Sustancias*

El DSM-5 (APA, 2014), define un trastorno por consumo de sustancias como una serie de problemas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que una persona sigue consumiendo una sustancia a pesar de los problemas importantes relacionados con ella. Los criterios específicos son los siguientes:

- 1) Consumo en cantidades mayores o durante un período de tiempo más largo de lo previsto.
- 2) El deseo persistente o los esfuerzos infructuosos para regular o disminuir el consumo.
- 3) Se invierte mucho tiempo en tareas que involucran la obtención, el consumo o la recuperación de los efectos de una sustancia.
- 4) Un deseo o una necesidad persistente de consumir la sustancia.
- 5) El consumo dificulta el cumplimiento de roles importantes en la vida.
- 6) Uso persistente a pesar de problemas sociales o interpersonales provocados o empeorados por los efectos de la sustancia
- 7) Dejar de participar en actividades sociales, laborales o recreativas significativas como resultado del consumo.



- 8) Uso continuo a pesar de saber que la sustancia causa o exagera un problema físico o mental persistente.
- 9) Tolerancia, necesidad de una cantidad mayor de sustancia para lograr el efecto deseado o una disminución de los efectos con la misma cantidad de sustancia.
- 10) Síndrome de abstinencia, que se caracteriza por síntomas específicos cuando se reduce o se detiene el consumo de una sustancia o se utiliza otra sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 11) El uso de la sustancia en condiciones de riesgo
- 12) Uso persistente a pesar de tener conocimiento de un problema social o interpersonal recurrente o persistente causado o exacerbado por los efectos de la sustancia.
- 13) Deseo o incapacidad para controlar o disminuir el consumo.
- 14) Se gasta una gran cantidad de tiempo en actividades de consumo.
- 15) Dejar de participar en actividades sociales, laborales o recreativas importantes o reducir las actividades debido al consumo.
- 16) Uso continuo a pesar de problemas de salud o de una afección médica persistente o recurrente que puede ser causada o exacerbada por el consumo de la sustancia.
- 17) Tolerancia: se caracteriza por la necesidad de cantidades cada vez mayores de la sustancia para lograr la intoxicación deseada o por el efecto significativamente reducido con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.
- 18) Abstinencia, como se manifiesta por el síndrome de abstinencia para la sustancia o por el consumo de esta (o una sustancia relacionada) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 19) La sustancia se usa con frecuencia en situaciones peligrosas.
- 20) A pesar de tener conocimiento de un problema físico o psicológico persistente o recurrente que es probable que haya sido causado o exacerbado por la sustancia, el consumo de la sustancia sigue siendo un hábito.



### *1.1.2.2. Trastornos comportamentales de control de impulsos y de conducta*

Los trastornos de control de impulsos y de conducta, como el trastorno del juego y el trastorno explosivo intermitente, están incluidos en el DSM-5. Los criterios particulares varían según el trastorno, pero generalmente implican la dificultad para controlar impulsos y comportamientos problemáticos que causan angustia o problemas en la vida de una persona (APA, 2014).

### *1.1.3. Enfoques Psicológicos para el Abordaje del Consumo Problemático*

El National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2014), que es una institución gubernamental estadounidense y que cuya misión es aumentar la comprensión de las causas y efectos del consumo problemático, así como aplicar esa comprensión para mejorar la salud pública e individual, expone que los modelos de abordaje terapéuticos científicamente respaldados son los siguientes:

- **Terapia cognitiva conductual:** tiene como objetivo ayudar a los pacientes a reconocer, evitar y manejar situaciones en las que son más propensos a abusar de drogas.
- **Reforzamiento sistemático:** utiliza refuerzos positivos, como recompensas o privilegios por abstenerse de consumir drogas, asistir y participar en sesiones de terapia o tomar medicamentos para el tratamiento según las indicaciones.
- **La terapia de estímulo motivacional:** utiliza técnicas para motivar internamente a las personas a cambiar rápidamente de comportamiento, dejar de consumir y facilitar el inicio del tratamiento.
- **La terapia familiar:** aborda los problemas de consumo problemático de una persona en el contexto de las interacciones y dinámicas familiares que podrían contribuir al consumo y otras conductas de riesgo.



## **1.2. Capítulo 2: Resiliencia familiar**

En la década de 1970, se popularizó el término resiliencia para referirse a aquellos que, a pesar de enfrentar problemas económicos graves, lograron recuperar su estabilidad psicológica y abordar la situación de manera saludable (Rocamora-Bonilla, 2008 citado en Aguilar-Maldonado et al., 2019). Término que surge de las ciencias físicas que se refiere a la resistencia de los materiales y su capacidad de recuperarse al ser sometidos a diferentes fuerzas y presiones (García et al., 2016 citado en Estrada-Araoz et al., 2020). Después, en la década de 1980, se utilizó para referirse a la habilidad de las personas para mantener su estabilidad mental después de enfrentar conflictos significativos (Rocamora-Bonilla, 2008 citado en Aguilar-Maldonado et al., 2019).

La resiliencia es la capacidad de las personas o grupos para adaptarse a los desafíos o amenazas. Se define como la capacidad de soportar, crecer o superar el estrés o las adversidades, que pueden tener consecuencias negativas. Es un concepto positivo que refuerza a las personas al reconocer los mecanismos para hacer frente a los contratiempos y a las adversidades (Oriol-Bosch, 2012).

Se puede relacionar el concepto de resiliencia con el estudio de las adicciones, ya que se trata de cómo las personas pueden enfrentar la adversidad y alimentarse de ella; en otras palabras, es un proceso dinámico que incluye factores de riesgo y protección, en el que el sujeto es capaz de utilizar sus recursos internos y externos para negociar los desafíos actuales de manera adaptativa y, por extensión, para desarrollar una base sobre la cual apoyarse cuando se producen desafíos futuros (Yates y Luthar, 2009 citado en García, 2015).

A su vez, se forma a través de una red de relaciones y experiencias del ciclo de vida, por lo que hablar de familias resilientes incluye identificar y evaluar las características únicas de cada miembro de la familia y cómo se relacionan con los demás para inducir comportamientos de adaptación en situaciones estresantes (Walsh, 2004 citado en García, 2015).

La resiliencia familiar se define como los procesos de reorganización de significados y comportamientos, así como los procesos de superación y adaptación, que se dan en la familia como unidad funcional. Esto se hace para reducir el estrés, enfrentar las dificultades, superar



las crisis, recuperar y mantener niveles óptimos de funcionamiento y bienestar, equilibrar recursos y necesidades familiares y lograr salir transfigurada y fortalecida de las crisis.

El nivel de desarrollo, los recursos disponibles (humanos y materiales), la combinación de factores de riesgo y protección, así como el enfoque familiar compartido son factores que inciden en la resiliencia familiar. (Jiménez et al., 2019).

Tres procesos fundamentales apoyan la resiliencia familiar: el sistema de creencias, los procesos organizacionales y los procesos de comunicación. Los principales factores de protección familiar son el apego y el apoyo adecuados, la disciplina y la vigilancia, la amabilidad y el apoyo adecuados. (Walsh, 1998 citado en Bravo, 2015).

Las familias desplazadas tienen las siguientes fortalezas principales: reflexiones sobre el valor de la vida y el sentido de la experiencia; reconstrucción de proyectos de vida a partir del nuevo sentido atribuido; constancia en el logro de metas; posición empática en el reconocimiento de emociones y sentimientos de los demás; unión familiar, a pesar de la distancia; solución conjunta de problemas cotidianos; buen humor como forma de comunicación; generosidad hacia otros desfavorecidos crear nuevas conexiones de apoyo entre parientes y vecinos (González, 2004 citado en Bravo, 2015).

Finalmente, podemos decir que el trabajo desde la resiliencia se preocupa por las fortalezas familiares, la adaptación positiva y lo que lleva a mejores resultados para la familia en su conjunto, en lugar de factores de riesgo y resultados problemáticos (Fitzgerald, 2010 citado en Bravo, 2015).

### *1.2.1. Sistema de creencias*

Los sistemas de creencias son fundamentales para el funcionamiento familiar y tienen un gran poder para construir la resiliencia, ya que están estructurados dentro de la familia y establecen las normas, reglas y funciones del sistema. Las creencias se construyen socialmente y se desarrollan a través de transacciones con otras personas y con el mundo en general. Tres áreas pueden incluir las creencias más importantes sobre la resiliencia en las familias: atribuir sentido a la adversidad, tener una perspectiva positiva, trascendencia y espiritualidad. Cuando enfrentamos crisis y adversidades, atribuimos significado a nuestra experiencia vinculándolas con nuestro mundo social, nuestras creencias culturales



y religiosas, nuestro pasado multigeneracional y nuestras esperanzas y ensoñaciones para el futuro (Walsh, 2005 citado en de Andrade et al., 2011).

### *1.2.2. Procesos organizacionales*

Los patrones de organización de la familia se consideran los mejores protectores contra los conflictos familiares. Estos patrones, que son el resultado de la conexión de recursos sociales y económicos, forman la unidad funcional de la familia y regulan y definen las relaciones y comportamientos reforzados por creencias culturales y familiares. Una estructura flexible pero estable es necesaria para un buen funcionamiento familiar. Las reglas, los papeles y los patrones interaccionales son necesarios para mantener esta estabilidad. De esta manera, los rituales familiares y las rutinas de la vida diaria mantienen un sentido de continuidad a lo largo del tiempo (Walsh, 2005 citado en de Andrade et al., 2011).

### *1.2.3. Procesos de comunicación*

En situaciones de crisis repentinas o prolongadas, la comunicación es fundamental para la supervivencia de una familia. Según la investigación sobre las relaciones de pareja y la dinámica familiar, los elementos esenciales de una comunicación efectiva incluyen la capacidad de expresarse y escuchar, la apertura, la claridad, el respeto y la consideración. El enfoque de la resiliencia familiar se enfoca en fortalecer la capacidad de los miembros de la familia para comunicarse de manera efectiva, abordar las diversas necesidades y problemas y negociar cambios sistémicos para abordar las demandas que surgen en momentos críticos. En este contexto, se destacan la importancia de la claridad en la comunicación, la expresión de las emociones y la resolución colaborativa de los problemas como elementos clave en la comunicación familiar (Walsh, 2006 citado en Vallejos, 2011).



### **1.3. Capítulo 3: Estadio de cambio**

Los autores Prochaska y DiClemente (2013, citados en Alarcón et al., 2015) proponen un Modelo Transteórico, que propone una comprensión en fases de descripción, explicación y predicción del cambio o abandono de diversas conductas adictivas, constituyendo un recurso teórico y metodológico que se ha mostrado útil en el diseño de eficientes e intervenciones efectivas. Este modelo integra los pasos, etapas y niveles que se requieren para cambiar la conducta adictiva (Alonso, 2016).

Esta teoría surge en los años 70 y 80 debido al aumento del tabaquismo, que se convirtió en una conducta abusiva del consumidor, y el objetivo de esta teoría era dar respuestas a situaciones difíciles de explicar: algunas personas no eran conscientes de que su conducta fumadora es un comportamiento negativo; otros sabían que tenían un problema pero no hacían nada al respecto; otros eran plenamente conscientes de que tenían un problema y buscaban alguna solución; otros habían aplicado las soluciones y otros habían abandonado el consumo y mantenido los cambios realizados (Díaz et al., 2013 citado en Ruiz et al., 2020).

Prochaska et al. (2013, citado en Alarcón et al., 2015) proponen que los Estadios de Cambio son marcadores en el proceso de cambio que significan una determinada condición o fase que será superada dependiendo de las percepciones del sujeto sobre las consecuencias de su comportamiento problemático. Dicha percepción puede estar influenciada por la retroalimentación que absorbe de su entorno o del trabajo psicoterapéutico o psicoeducativo. Cada etapa está predeterminada, así como definida, tiene lugar durante un período de tiempo y engloba una colección de conocimientos o comportamientos relacionados, lo que permite establecer las siguientes etapas:

- Precontemplación. Se refiere a aquellos que no han mostrado deseos de cambiar su comportamiento en los próximos seis meses. Además, no creen tener el mismo problema que otros adictos, por lo que, en términos de interés profesional en facilitar la eventual abstinencia del consumo, las tareas psiquiátricas más importantes serán fomentar la duda y aumentar la conciencia sobre los riesgos y problemas que el sujeto está enfrentando actualmente.
- Contemplación. En este caso, las personas son conscientes de un problema y piensan seriamente superarlo, pero aún no han tomado medidas. En otras palabras, en ellos



predomina la ambivalencia, en el sentido de que son conscientes de su adicción y quieren cambiar, pero no tienen una fuerte creencia de que el cambio y el esfuerzo que requiere cambiar les dará resultados positivos.

- Preparación. Este es un estadio de determinación o de toma de decisiones; es el momento en que la persona se dispone o se prepara para actuar y trata de determinar el mejor curso de acción para iniciar el cambio, para lo cual puede estar más o menos preparada.
- Acción. En este, los cambios más notables en el comportamiento, las experiencias y el entorno se realizan con el objetivo de superar los desafíos, lo que requiere un gran esfuerzo y un claro apoyo de quienes lo rodean. Se cree que los sujetos en esta etapa han estado allí hasta por seis meses sin involucrarse en un comportamiento adictivo.
- Mantenimiento. Se refiere a la capacidad del individuo de conservarse alejado de la conducta adictiva y de comprometerse consistentemente en su nuevo estilo de vida durante más de seis meses. Esta fase no tiene una duración determinada, aunque se propone que después de ella habría otro estadio de finalización, caracterizado por la ausencia total de tentaciones.

### 1.3.1. *Evaluación de los estadios de cambio*

Durante mucho tiempo se ha sabido cuán importantes son los estadios de cambio para las personas que luchan contra las adicciones. Junto con esto, otro componente crucial de la intervención terapéutica es la motivación para el tratamiento. Numerosos cuestionarios, como el URICA y el SÓCRATES, están disponibles para su uso en la evaluación de los estadios de transición. La Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento son las cuatro etapas de cambio que mide la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA; McConaughy et al., 1983 citado en Becoña Iglesias, E. 2016). Por otro lado, la escala SÓCRATES, desarrollada por Miller y Tonigan en 1996, (citado en Becoña Iglesias, E. 2016) consta de 19 ítems que se distribuyen en tres niveles: ambivalencia, reconocimiento y disposición a realizar cambios. Estos niveles representan el proceso motivacional como un espectro continuo (Becoña Iglesias, 2016).





También se destaca el Cuestionario de Preparación para el Cambio (Rollnick et al., 1992; Rodríguez-Martos et al., 2000 citado en Becoña Iglesias, E. 2016), la cual consta de doce ítems y describe tres estadios motivacionales (precontemplación, contemplación y acción), con cuatro ítems para cada uno. Además, se tiene cuestionarios como el Cuestionario de Procesos de Cambio para Adictos a la Cocaína (PCQ) (Martin et al., 1992 citado en Becoña Iglesias, 2016), que analiza diez procesos de cambio de Prochaska y Diclemente (Becoña Iglesias, 2016).



#### **1.4. Capítulo 4: Antecedentes**

En un estudio de investigación realizado en Brasil, en el que se buscaba conocer la percepción de los profesionales de la salud de un centro de adicción sobre los atributos de resiliencia para los familiares de las personas con dependencia de sustancias psicoactivas; se llegó a la conclusión en que los atributos de resiliencia familiar son necesarios para una comunicación eficiente y asertiva, así como patrones organizativos y fortalezas familiares facilitadoras, factores que contribuyen a mejorar la relación familiar y la funcionalidad familiar (Zerbetto et al., 2017).

De esta manera, Zerbetto et al., (2017) en dicha investigación concluyen que los elementos positivos y eficaces han ayudado a los miembros de la familia a afrontar y superar situaciones y desafíos adversos durante su propio tratamiento y el de su familiar. Otra conclusión que obtuvieron es que el equipo de salud de este estudio reconoció el papel terapéutico en el fortalecimiento de las habilidades comunicativas familiares, logrando que esto refuerce la necesidad de una práctica clínica que reconozca y valore este atributo de la resiliencia familiar, y promueva la fortaleza y el apoyo familiar en su proceso de organización estructural y funcional.

Otra investigación llevada a cabo en Irán en el año 2015, buscaba investigar el papel de la resiliencia familiar y la atención plena en el potencial de adicción de estudiantes y obtuvo como resultado la importancia y el énfasis en la resiliencia familiar y el mindfulness como variables personales y familiares en la preparación de la adicción, logrando que la capacitación en habilidades de resiliencia familiar y atención plena puedan disminuir el potencial de adicción entre los estudiantes (S. Jalili Nikoo et al., 2015).



# Marco Metodológico



## **1. Objetivo general:**

- Describir la relación entre las variables de estadio de cambio y la percepción de potencial resiliente familiar de las personas en tratamiento por consumo problemático.

### **1.1. Objetivos específicos:**

- Establecer la percepción de potencial resiliente familiar de las personas en tratamiento por consumo problemático.
- Precisar el estadio de cambio en el que se encuentran las personas en tratamiento por consumo problemático.
- Analizar si existe relación entre la percepción de potencial resiliente familiar de las personas en tratamiento por consumo problemático y la etapa de estadio de cambio en el que se encuentran estas mismas personas.



## 1.2. Método

### 1.2.1. Diseño de estudio

Se utilizó un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental (Roussos, 2007) y con un estudio de alcance descriptivo - correlacional. Un estudio descriptivo es aquel que tiene como objetivo describir las características y propiedades de conceptos, fenómenos, variables o hechos en un contexto específico. Por otro lado, un estudio correlacional son investigaciones que pretenden asociar conceptos, fenómenos, hechos o variables. Miden las variables y su relación en términos estadísticos (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018).

### 1.2.2. Participantes

La muestra que se utilizó fue no probabilística, también llamada intencional o dirigida. La misma, supone un criterio de selección informal, de acuerdo con algún criterio de quien investiga o de disponibilidad. No representan a la población y son útiles cuando se busca casos con peculiaridades específicas (Hernández Sampieri et al., 2014).

Dicha muestra, estuvo compuesta por 20 sujetos de ambos sexos que se encontraban en tratamiento por consumo problemático. Se estableció un rango de edad entre 18 y 60 años para incluir a individuos en una etapa específica de la vida adulta, donde se considera relevante comprender el impacto del consumo problemático. Además, se requirió que los participantes contaran con el apoyo de al menos un integrante del grupo familiar.

Los pacientes/participantes pertenecían al grupo ambulatorio de las instituciones Cable a tierra y Conexión, que son centros de abordaje en adicciones del gran Mendoza, del cual se excluyeron a aquellos que no poseían la permanencia en el tratamiento de al menos seis meses, también a menores de edad y a aquellos que no contaban con el apoyo de al menos un integrante del grupo familiar. Por ende, la investigación tuvo en cuenta a aquellos sujetos que llevaban un periodo mayor de seis meses en tratamiento y aquellos que contaban entre uno o más integrantes del grupo familiar de apoyo que acompañaba el tratamiento.

Los datos sociodemográficos de los participantes se presentan a continuación. (Ver tabla 1).



**Tabla 1:** Descripción de datos sociodemográficos sobre la muestra. (N=20)

<b>Variables</b>	<b>Datos</b>	<b>%</b>
Género	Femenino	15%
	Masculino	85%
Estado civil	Soltero/ra	65%
	Casado/da	25%
	Divorciado/da	10%
Nivel académico	Secundario completo	35%
	Secundario incompleto	30%
	Universitario completo	25%
	Universitario en curso	5%
	Universitario incompleto	5%
Ocupación	Abogado	10%
	Barbero	5%
	Cantante	5%
	Comerciante	10%
	Corredor público inmobiliario	5%
	Desocupado	5%
	Empleado/da	35%
	Encargado de depósito	5%
	Jubilada	5%
	Operario	5%
	Técnico en refrigeración	5%
	Técnico en telecomunicaciones	5%
	Edad	M=39,05 DE=10,778

Nota: M= Media; DE= Desviación Estándar

En la tabla presentada se puede observar que la muestra estuvo compuesta mayoritariamente por participantes del sexo masculino.

Además, se puede observar que la edad promedio de la muestra fue de 39 años, con una desviación estándar de 10.778, lo que indica que la mayoría de los valores del conjunto de datos se encuentran alrededor de la media, pero con una desviación significativa.



En cuanto al estado civil, se puede observar que la mayoría de los participantes de la muestra se encontraban solteros, correspondiendo al 65% de los participantes. El 25% se encuentran casados, y el 10% de ellos, divorciados.

Con relación al nivel académico, se puede percibir que el 35% de los participantes sólo ha completado el nivel secundario, mientras que el 30% no lo ha hecho. Un 25 % tiene educación universitaria completa, mientras que el 10 % restante está dividido en un 5 % que tiene educación universitaria incompleta y un 5 % que está cursando educación universitaria actualmente.

Con respecto a la ocupación, el 90% de la muestra están empleados, mientras que el 10% restante, representa en un 5% a personas jubiladas y otro 5% a personas desempleadas.

En la siguiente tabla se representa el porcentaje de datos de la composición familiar de cada uno de los participantes de la muestra:

**Tabla 2:** Descripción de datos sobre la composición familiar de la muestra.

Composición familiar	<i>f</i>	%
Hijos	12	60%
Padre/Madre	14	70%
Pareja	9	45%
Nietos	1	5%
Abuelos	1	5%
Hermanos	12	60%
Sobrinos	1	5%

Nota: *f*= Frecuencia

Como se puede observar en la Tabla 2, la composición familiar del 70% de los participantes se encuentra conformada por sus padres o madres. El 60% del total de la muestra, posee una composición familiar con hijos o hermanos. El 45% de las personas censadas también poseen una familia compuesta por sus parejas y solo el 5% del total de los participantes, poseen sobrinos, abuelos o nietos como parte de su composición familiar.



### 1.2.3. Instrumentos

Para establecer la percepción de potencial resiliente familiar de las personas en tratamiento por consumo problemático, se empleó el Inventario del Potencial Resiliente Familiar (IPRF) desarrollado por Caruso y Mikulic (2010). Este instrumento se utiliza para evaluar los procesos interactivos fundamentales en las familias, los cuales les permiten tolerar y enfrentar diversas situaciones estresantes. El IPRF consta de 36 preguntas en una escala de Likert, donde el 0 representa "nunca", el 1 "poco", el 2 "algunas veces", el 3 "bastante" y el 4 "siempre".

El instrumento creado por Caruso y Mikulic (2010) mide cuatro dimensiones principales:

1. Sistema de creencias familiares (preguntas 2, 10, 18, 25, 34), analizando cómo la familia encuentra sentido en la adversidad.
2. Patrones organizativos familiares (preguntas 4, 6, 9, 13, 16, 20, 21, 26, 29, 33, 35), identificando elementos clave del funcionamiento familiar relacionados con la resiliencia, como la flexibilidad, la conexión y los recursos sociales y económicos.
3. Comunicación familiar (preguntas 1, 5, 8, 12, 15, 19, 22, 24, 30, 31, 36), evaluando la claridad y la expresión sincera de las emociones.
4. Resolución cooperativa de problemas (preguntas 3, 7, 11, 14, 17, 23, 27, 28, 32).

La puntuación total del instrumento es de 144 puntos, y se establecen tres niveles de potencial resiliente: de 0 a 48 puntos indica un potencial resiliente nulo, de 49 a 96 puntos indica un potencial resiliente medio, y de 97 a 144 puntos indica un potencial resiliente alto. El instrumento ha sido validado con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.93 (Caruso & Mikulic, 2010).

Por otro lado, para determinar el estadio de cambio en el que se encuentran las personas bajo tratamiento por consumo problemático, se empleó la escala University of Rhode Island Change Assessment (URICA) (McConaughy, et al., 1983 citado en Famar y Casari, 2018). Se utilizará la versión argentina adaptada por Wyss y García en el año 2014.





Esta escala consta de 32 ítems que consisten en frases. La persona debe indicar, en una escala tipo Likert del 1 al 5, el grado de acuerdo con cada afirmación. Los ítems se dividen en cuatro subescalas: Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento. La suma de los puntos de los ítems en cada subescala determina su puntuación total. La etapa con el puntaje más alto corresponde al estadio en el que se encuentra ese sujeto (Martínez y Casari, 2018).

#### 1.2.4. Procedimiento

Primero se presentó la solicitud de evaluación de protocolos de investigación ante las autoridades de las instituciones, en conjunto con toda la documentación requerida para llevar a cabo la investigación:

- Protocolo de Investigación: Objetivos – Pertinencia - Plan de análisis de los resultados.
- Criterios de selección de los participantes.
- Diseño, descripción de procedimiento.
- Modelo de Consentimiento Informado y /o Asentimiento específico a utilizar en los centros donde se desarrolló la investigación.
- Documentación para entregar a los participantes de la investigación.

Posteriormente, habiendo sido analizado y aprobado el proyecto de investigación por las autoridades correspondientes de las instituciones, se realizó un contacto más específicamente con los profesionales a cargo, donde se estableció la muestra pretendida para dicha investigación.

A continuación, se administró un consentimiento informado para cada uno de los pacientes.

Finalmente se realizó la recolección de datos mediante la administración de técnicas, donde primero se le administró el Inventario del Potencial Resiliente de la Familia (IPRF), elaborado por Caruso y Mikulic (2010) y seguidamente, la escala URICA adaptada por Wyss y García (2014).



Para concluir el trabajo de investigación, se recogieron todos los datos obtenidos y se analizó los resultados, estableciendo la relación o no entre las variables establecidas en dicha investigación.

### 1.3. Consideraciones éticas

#### **Consideraciones del Consentimientos Informados:**

En lenguaje comprensible para el sujeto, se explicó:

- Que se trataba de una investigación
- Los objetivos
- Qué se esperaba que hiciera esa persona mientras participaba
- Qué riesgos y beneficios tenía su participación individual

Se quedó bien establecido que la participación y el retiro del sujeto era totalmente voluntario, sin perjuicio de la atención que el mismo pudiera recibir.

Se explicitó un teléfono al que el sujeto podía contactarse las 24hs. en caso de que necesitara realizar alguna consulta sobre el estudio o sobre alguna lesión relacionada con el estudio. El teléfono figuraba impreso en el formulario.

Se realizó con las autoridades de la institución un acuerdo de palabra sobre la confidencialidad acerca del compromiso de guardar confidencialidad de toda la información y conocimiento que obtuviera de los procesos de investigación que se sometían a evaluación en el marco de la Resolución N° 2334/10 del Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza, de manera que la reserva de esta información quedó totalmente garantizada.

En caso de que los participantes deseaban obtener una devolución de los resultados obtenidos, se elaboró un informe escrito y se les hizo llegar por medio de correo electrónico a la dirección brindada por el o la participante. Además, se ha planificado realizar una devolución de forma oral a las instituciones involucradas en la investigación. Se acordó organizar una reunión con los directivos y profesionales que facilitaron su espacio para tomar la muestra necesaria para la investigación, con el fin de presentar y discutir los hallazgos del estudio en un formato presencial o virtual, según la disponibilidad y preferencia de los involucrados.



#### **1.4. Análisis de datos**

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 29.0.1.0 para analizar los datos obtenidos. En primer lugar, se evaluó la consistencia interna de cada uno de los instrumentos de IPRF y URICA mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach y se calcularon los estadísticos descriptivos para las dimensiones de la escala URICA. En segundo lugar, se realizó la prueba de normalidad utilizando la prueba Shapiro–Wilk, ya que la cantidad de participantes era inferior a 50, para identificar si una muestra de datos seguía una distribución normal o no normal. La prueba arrojó como resultado una muestra no normal, por lo que se utilizó una distribución no paramétrica, la de Spearman. Por último, se realizó un análisis de correlación entre las variables IPRF y URICA para determinar si existe una relación significativa entre ellas.



# Resultados



Para determinar la naturaleza de la distribución de la muestra se utilizó el análisis de la prueba de normalidad. La justificación del uso de la prueba de Shapiro-Wilk se debió al tamaño de la muestra, que consistía en 20 participantes, al ser inferior a 50, se procedió a la elección de este método (Ver tabla 3).

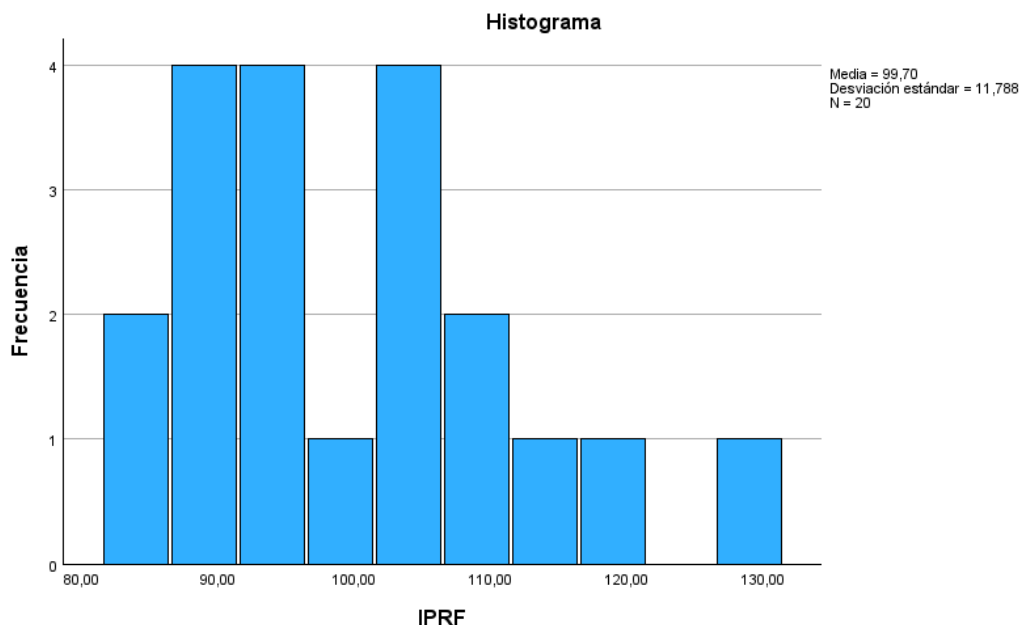
**Tabla 3.** Datos estadísticos de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk.

Variable	Valor	gl	P
IPRF	0,944	20	0,290
URICA	0,897	20	0,036
N	20		

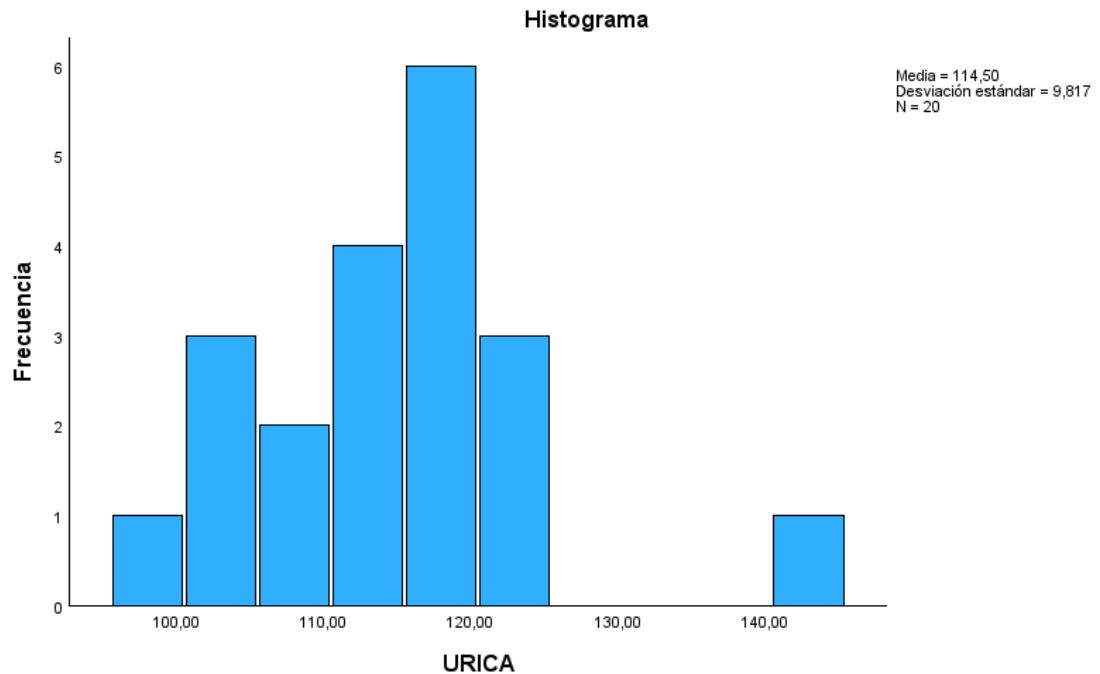
Nota: gl= grado de libertad.

Los resultados de la prueba mostraron un nivel de significancia de 0,290 para la escala de Potencial Resiliente familiar (IPRF) y 0,036 para la escala de Estadios de Cambio (URICA). Estos valores se compararon con un nivel de significación alfa de 0,05 establecido. El nivel de significancia (0,290) para el Potencial Resiliente Familiar (IPRF) superó el alfa de 0,05, lo que indica que los datos poseen tener una distribución normal. No obstante, el nivel de significancia (0,036) para la escala de Estadios de Cambio (URICA) fue inferior al alfa establecido, lo que indica que los datos de URICA no se ajustan a una distribución normal. (Ver figura 1 y 2).

**Figura 1.** Histograma sobre la prueba de normalidad del Inventario Potencial Resiliente Familiar (IPRF).



**Figura 2.** Histograma sobre la prueba de normalidad de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)



A continuación, en las tablas 4 y 7, se presentan los análisis estadísticos descriptivos realizados en las escalas de Inventario Potencial Resiliente Familiar (IPRF) y Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA).

- **Primer objetivo:** *Establecer la percepción de potencial resiliente familiar de las personas en tratamiento por consumo problemático.*

En respuesta al primer objetivo específico planteado en dicha investigación, se observaron los siguientes datos estadísticos (ver tabla 4).



**Tabla 4.** Datos estadísticos descriptivos sobre el puntaje total del Inventario Potencial Resiliente Familiar (IPRF).

<b>Estadísticos descriptivos</b>	<b>M</b>	<b>Me</b>	<b>Mo</b>	<b>DE</b>	<b>gl</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>N</b>
<b>Datos</b>	99,7000	90,00	96,5000	11,78804	778	84,00	128,00	20

Nota: M= Media; Me= Mediana; Mo= Moda; DE= Desviación Estándar; gl= Asimetría; Min= Mínimo; Max= Máximo

En promedio, los participantes de la muestra obtuvieron un puntaje de 99.7 puntos en la escala de Potencial Resiliente Familiar. El instrumento IPRF establece tres niveles de potencial resiliente, donde las puntuaciones de 97 a 144 puntos implican un alto nivel. Así, se puede afirmar que aquellos en tratamiento por consumo problemático muestran un alto potencial resiliente familiar.

La desviación estándar (DE) es 11.78804, indicando cuánto se desvían los valores individuales de la media. Una desviación estándar más grande sugiere mayor variabilidad en los datos, con valores más dispersos alrededor de la media.

El rango se define como la diferencia entre el valor máximo y mínimo (Max - Min). En este caso, el rango es de 44 (128 - 84), indicando mayor variación en los datos, con valores más dispares entre el mínimo y el máximo.

Tanto la desviación estándar como el rango señalan la dispersión de los datos alrededor de la media. La variabilidad mencionada refiere a la dispersión de valores individuales alrededor de la media de 99.7.

No obstante, existe cierta diferencia en los niveles de potencial resiliente, evidente al observar que la mediana es menor que el promedio, situándose en 96.5 puntos.

La moda, que es de 90 puntos y se repite con mayor frecuencia en el conjunto de datos, podría tener una relevancia significativa al evaluar el potencial resiliente familiar. Este valor sugiere que la mayoría de los participantes exhiben un nivel medio de potencial resiliente. Es importante señalar que la escala total del instrumento es de 144 puntos, dividiéndose en tres niveles de potencial resiliente: de 0 a 48 puntos para un potencial resiliente nulo, de 49 a 96

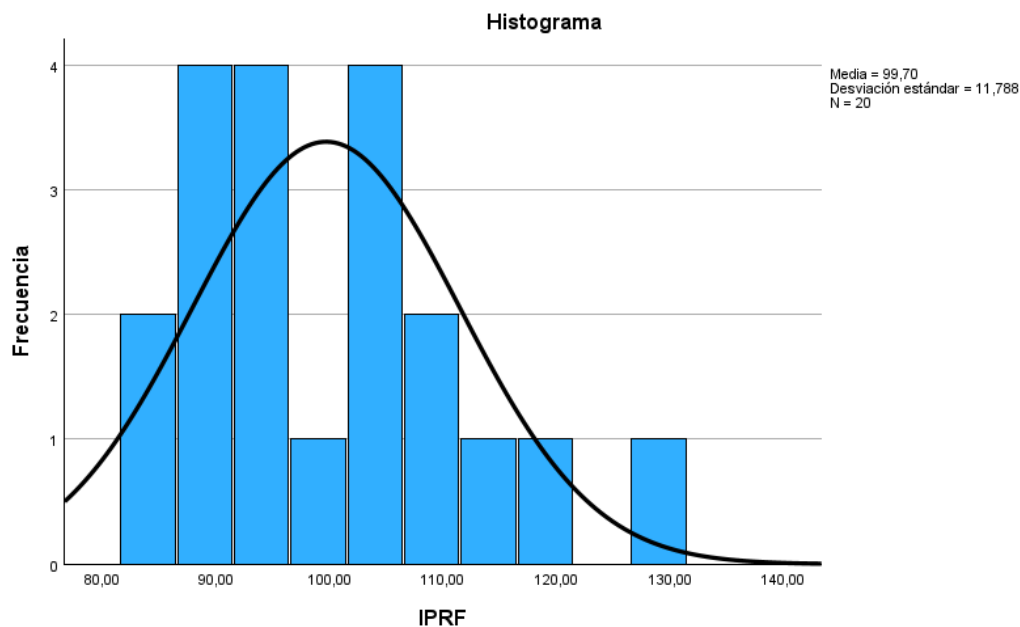
puntos para un potencial resiliente medio, y de 97 a 144 puntos para un potencial resiliente alto.

La asimetría, con 778 puntos, indica una leve inclinación hacia la derecha en la distribución de los datos. Esto implica que algunos casos tienen niveles de potencial resiliente familiar significativamente más altos que la media, contribuyendo a la asimetría positiva.

Los valores mínimo y máximo, 84.00 y 128.00 puntos respectivamente, muestran la amplitud completa de los datos, evidenciando extrema variabilidad en los niveles de potencial resiliente familiar en la muestra.

Estos hallazgos indican que, aunque la media refleje un nivel general de resiliencia familiar alto, la presencia de valores extremos, asimetría positiva y variabilidad destacada señalan la importancia de analizar la distribución completa de los datos para comprender completamente el fenómeno en cuestión (Ver figura 3).

**Figura 3.** Histograma sobre la desviación estándar y asimetría del puntaje del Inventario Potencial Resiliente Familiar (IPRF).



A continuación, se presentan los datos estadísticos descriptivos correspondientes al potencial resiliente familiar de las personas en tratamiento por consumo problemático, divididos por género binario (ver Tabla 5).





**Tabla 5:** Estadísticas descriptivas del Índice de Potencial Resiliente Familiar (IPRF) por género.

<b>Estadísticos descriptivos</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>Me</b>	<b>Mo</b>	<b>DE</b>	<b>gl</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>Género Femenino</b>	3	93,6667	94,0000	90,00	3,51188	-0,423	90,00	97,00
<b>Género Masculino</b>	17	100,7647	102,0000	84,00	12,46761	0,546	84,00	128,00

Nota: M= Media; Me= Mediana; Mo= Moda; DE= Desviación Estándar; gl= Asimetría; Min= Mínimo; Max= Máximo

Los datos presentados describen las diferencias entre los géneros femenino y masculino, en el Índice de Potencial Resiliente Familiar. Las estadísticas descriptivas que se muestran sirven como base para fundamentar estas diferencias.

Teniendo en cuenta los niveles propuestos por la escala mencionados anteriormente, el Índice de Potencial Resiliente Familiar es mayor en el grupo masculino (100.7647) que en el femenino (93.6667). Esta diferencia indica que los hombres tienen un potencial resiliente familiar más alto que las mujeres.

Además, el grupo masculino tiene una desviación estándar más alta (12.46761) que el grupo femenino (3.51188). La mayor variabilidad en el grupo masculino indica que los valores del Índice de Potencial Resiliente Familiar están más dispersos alrededor de la media en comparación con el grupo femenino, donde los valores tienden a estar más cerca de la media.

La asimetría también describe cómo se distribuyen los datos. El grupo femenino presenta una ligera asimetría negativa, mientras que el grupo masculino presenta una asimetría positiva. Esto indica que las distribuciones de datos en ambos grupos están sesgadas en direcciones opuestas. La asimetría positiva en el grupo masculino muestra una tendencia a valores más bajos, mientras que la asimetría negativa en el grupo femenino muestra una ligera tendencia a valores más altos.

En síntesis, los resultados muestran que no solo existen variaciones en la media del Índice de Potencial Resiliente Familiar entre géneros, sino que también hay variaciones en la distribución y la variabilidad de los datos. Esto indica que los géneros femenino y masculino



pueden diferir en el potencial resiliente familiar, aunque se necesitarían más análisis para comprender completamente estas diferencias.

Finalmente, se presentan estadísticas descriptivas que reflejan el nivel académico de las personas en tratamiento por consumo problemático y su percepción de potencial resiliente familiar. Estos datos se recopilaron para analizar las diferencias en el nivel de potencial resiliente familiar en relación con los niveles educativos. (Ver tabla 6).

**Tabla 6:** Estadísticos descriptivos del Índice de Potencial Resiliente Familiar (IPRF) según Nivel Educativo

Estadísticos descriptivos	N	M	Me	Mo	DE	g1	Min	Max
<b>Secundario completo</b>	7	102,4286	96,0000	93,00	10,62791	0,784	93,00	119,00
<b>Secundario incompleto</b>	6	95,1667	96,0000	84,00	8,81854	-0,179	84,00	104,00
<b>Universitario completo</b>	5	106,4000	108,0000	90,00	14,43260	0,673	90,00	128,00
<b>Universitario en curso</b>	1	90,0000	90,0000	90,00	-	-	90,00	90,00
<b>Universitario incompleto</b>	1	84,0000	84,0000	84,00	-	-	84,00	84,00

Nota: M= Media; Me= Mediana; Mo= Moda; DE= Desviación Estándar; g1= Asimetría; Min= Mínimo; Max= Máximo

Para los participantes con educación secundaria completa, el valor IPRF promedio es de aproximadamente 102,43, con una mediana de 96,00 y una moda de 93,00. Además, hay una desviación estándar de 10,63, lo que indica una cierta dispersión cerca de la media. Los valores mínimo y máximo registrados en este grupo fueron 93,00 y 119,00, respectivamente, lo que refleja la amplitud de la distribución de los datos.



Sin embargo, aquellos con educación universitaria completa presentaron un valor IPRF promedio más alto, con una media de 106,40 y una mediana de 108,00. La moda para este grupo fue de 90 puntos, lo que indica una concentración en este valor. Sin embargo, los datos estaban más dispersos, como lo demuestra una desviación estándar de 14,43 y un rango más amplio entre los valores mínimo de 90,00 y máximo de 128,00.

El valor IPRF medio de los participantes con educación secundaria incompleta fue de 95,17, mientras que la mediana y la moda fueron de 96,00 y 84,00, respectivamente. En comparación con los otros grupos, los datos se dispersaron menos, según la desviación estándar de 8,82.

Es importante destacar que los participantes con educación superior completa e incompleta muestran valores distintos y menos dispersión en sus datos. El grupo de educación universitaria en curso tiene un valor único para todos los estadísticos, lo que indica que el IPRF es homogéneo en este grupo.

En síntesis, los hallazgos muestran que hay diferencias en la capacidad de resiliencia de las familias en diferentes niveles educativos. En comparación con los estudiantes de secundaria con educación completa o incompleta, los participantes con educación universitaria completa exhiben, en promedio, un IPRF más alto. Sin embargo, para comprender mejor la relación entre el nivel educativo y el potencial resiliente familiar, se requiere un análisis más detallado. También se deben considerar otros factores que podrían influir en estos resultados.

- **Segundo objetivo:** *precisar el estadio de cambio en el que se encuentran las personas en tratamiento por consumo problemático.*

En respuesta al segundo objetivo específico, se obtuvieron los siguientes resultados estadísticos (Ver tabla 7).



**Tabla 7.** Estadísticas Descriptivas de las Etapas de Tratamiento por Consumo Problemático de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA).

<b>Estadísticos descriptivos</b>	<b>N Válido</b>	<b>M</b>	<b>Me</b>	<b>Mo</b>	<b>DE</b>	<b>gl</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>Precontemplación</b>	20	16,80	17,00	12,00	4,31	0,292	11,00	24,00
<b>Contemplación</b>	20	33,50	34,00	35,00	3,22	-0,294	27,00	40,00
<b>Acción</b>	20	35,35	36,00	40,00	4,09	-0,648	27,00	40,00
<b>Mantenimiento</b>	20	28,85	30,00	30,00	5,19	-0,624	17,00	40,00

Nota: M= Media; Me= Mediana; Mo= Moda; DE= Desviación Estándar; gl= Asimetría; Min= Mínimo; Max= Máximo

La tabla muestra las estadísticas descriptivas claves para cada fase del tratamiento por consumo problemático: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

Se observa una variación significativa en la media de la variable medida entre las diferentes etapas del tratamiento. La media más alta se registra en la etapa de Contemplación (33,50), seguida de la etapa de Acción (35,35), mientras que la media más baja se registra en la etapa de Precontemplación (16,80). La media de la etapa de Mantenimiento es de 28,85, esto demuestra que el factor medido cambia significativamente a lo largo del tratamiento.

El valor central de los datos, la mediana, también muestra una tendencia similar a la media, con el valor más alto en la etapa de Contemplación, seguido de manera decreciente, por la etapa de Acción, luego Mantenimiento y por último la etapa de Precontemplación.

La tabla también muestra las tendencias para cada etapa del tratamiento. La Precontemplación muestra una moda de 12,00 que en referencia a las restantes etapas es la menor. Mientras que, las etapas de Contemplación, Acción y Mantenimiento tienen modas de 35,00, 40,00 y 30,00 respectivamente, lo que indica que se concentran más valores en estas etapas.



Las desviaciones estándar muestran la dispersión de los datos en relación con la media. Se observa que las etapas de Acción y Mantenimiento presentan desviaciones estándar más altas en comparación con las etapas de Precontemplación y Contemplación, indicando así mayores variaciones en los datos para estas etapas de tratamiento.

Por último, al observar los valores mínimos y máximos, se puede ver que las etapas de Precontemplación y Mantenimiento tienen el rango más amplio, lo que indica que tienen una mayor variabilidad en los valores extremos que las etapas de Contemplación y Acción.

- **Tercer objetivo:** *analizar si existe relación entre la percepción de potencial resiliente familiar de las personas en tratamiento por consumo problemático y la etapa de estadio de cambio en el que se encuentran estas mismas personas.*

Finalmente, en cumplimiento del último objetivo específico, y en consonancia con el objetivo general de “describir la relación entre las variables de etapa de estadio de cambio y el potencial resiliente familiar en individuos con consumo problemático”, se presenta la respuesta obtenida para demostrar la correlación entre estas dos variables examinadas a lo largo de la investigación.

Según la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk detallada en la tabla 3, la muestra no posee una distribución normal. Por consiguiente, se optó por utilizar la prueba no paramétrica Rho de Spearman para evaluar la correlación entre las variables propuestas (Ver tabla 8).

**Tabla 8.** Resultados de prueba de asociación de las variables de Potencial Resiliente Familiar y Estadio de Cambio, a través de Rho de Spearman.

			IPRF	URICA
Rho de Spearman	IPRF	Coefficiente de correlación	1,000	0,452
		<i>P</i>	-	0,045
	<i>N</i>	20	20	
	URICA	Coefficiente de correlación	0,452	1,000
<i>P</i>		0,045		
		<i>N</i>	20	20



En este caso, la prueba de correlación de variables Rho de Spearman, entre IPRF y URICA presenta un nivel de significancia de 0,045 puntos, lo que indica que, al comparar dicho resultado con el alfa de significación bilateral establecido en 0,05, existe correlación significativa entre el nivel de Potencial Resiliente Familiar y el Estadio de Cambio en el que se encuentra la persona.

Teniendo en cuenta que el valor de correlación de la prueba no paramétrica Rho de Spearman es de 1,000 para ambos casos, se puede afirmar que existe una relación monótonica perfecta entre las dos variables.

Además, posteriormente a la medición de la correlación general entre el Inventario Potencial Resiliente Familiar (IPRF) y la Escala de URICA, se procedió a realizar pruebas de correlación individuales del IPRF con cada uno de los estadios de cambio de la escala URICA. Estos análisis permitieron determinar con qué etapa específica se establece la correlación más destacada entre las variables. Los resultados se detallan a continuación.

**Tabla 9.** Resultados de prueba de asociación de las variables de Potencial Resiliente Familiar y Estadio de Cambio: precontemplación, a través de Rho de Spearman.

			<b>IPRF</b>	<b>PRECONTEMPLACIÓN</b>
<b>RHO DE SPEARMAM</b>	<b>IPRF</b>	Coefficiente de correlación	1,000	0,213
		<i>P</i>	-	0,368
		<i>N</i>	20	20
		Coefficiente de correlación	0,213	1,000
	<b>Precontemplación</b>	<i>P</i>	0,368	
		<i>N</i>	20	20

La correlación de Spearman entre el Inventario Potencial Resiliente Familiar (IPRF) y el estadio de Precontemplación muestra un coeficiente de correlación de 0,213 y un valor de significancia bilateral de 0,368.

En el contexto del tratamiento por consumo problemático, no hay una asociación entre el nivel de potencial resiliente familiar y el estadio de precontemplación. Se ha llegado a la conclusión de que esta relación no es estadísticamente significativa al considerar el valor de significancia bilateral (0,368), que supera el nivel de significancia normalmente establecido en



0,05. En resumen, no hay pruebas adecuadas para afirmar que la conexión detectada entre el nivel de resiliencia familiar y el estadio de Precontemplación sea verdadera o si simplemente se deba a un hecho aleatorio.

**Tabla 10.** Resultados de prueba de asociación de las variables de Potencial Resiliente Familiar y Estadio de Cambio: contemplación, a través de Rho de Spearman.

			IPRF	CONTEMPLACIÓN
<b>RHO DE SPEARMAM</b>	IPRF	Coefficiente de correlación	1,000	0,394
		<i>P</i>	-	0,085
		<i>N</i>	20	20
		Coefficiente de correlación	0,394	1,000
	Contemplación	<i>P</i>	0,085	
		<i>N</i>	20	20

La correlación entre el Inventario Potencial Resiliente Familiar (IPRF) y el estadio de Contemplación arrojó un coeficiente de correlación positivo de 0,394 y un nivel de significancia bilateral de 0,085.

Según estos resultados, no existe una relación entre el nivel de potencial resiliente familiar medido por IPRF y el estadio de contemplación en la escala de cambio, ya que el nivel de significancia es mayor que el Alfa de significación de 0,05.

**Tabla 11.** Resultados de prueba de asociación de las variables de Potencial Resiliente Familiar y Estadio de Cambio: acción, a través de Rho de Spearman.

			IPRF	ACCIÓN
<b>RHO DE SPEARMAM</b>	IPRF	Coefficiente de correlación	1,000	0,465
		<i>P</i>	-	0,039
		<i>N</i>	20	20
		Coefficiente de correlación	0,465	1,000
	Acción	<i>P</i>	0,039	
		<i>N</i>	20	20



Se encontró una correlación entre el Inventario Potencial Resiliente Familiar (IPRF) y el Estadio de Acción con un coeficiente de correlación de Spearman de 0,465 y un nivel de significancia bilateral de 0,039.

El coeficiente de correlación positivo y significativo indica una relación moderada entre el nivel de potencial resiliente familiar y el estadio de acción en el tratamiento por consumo problemático.

El valor de 0,465 indica que, a medida que aumenta el nivel de potencial resiliente familiar, las personas se encuentran en un estadio de acción más avanzado en su proceso de tratamiento por consumo problemático. Esto podría indicar que los participantes con un mayor potencial resiliente familiar están más comprometidos en llevar a cabo cambios y tomar medidas específicas para superar sus problemas de consumo.

Es importante tener en cuenta que la correlación no implica causalidad, por lo que no se puede afirmar que un mayor nivel de potencial resiliente familiar sea la causa directa de un estadio más avanzado de acción en el tratamiento.

**Tabla 12.** Resultados de prueba de asociación de las variables de Potencial Resiliente Familiar y Estadio de Cambio: mantenimiento, a través de Rho de Spearman.

			<b>IPRF</b>	<b>MANTENIMIENTO</b>
<b>RHO DE SPEARMAN</b>	IPRF	Coeficiente de correlación	1,000	-0,074
		<i>P</i>	-	0,755
		<i>N</i>	20	20
	Mantenimiento	Coeficiente de correlación	-0,074	1,000
		<i>P</i>	0,755	
		<i>N</i>	20	20

El coeficiente de correlación de Spearman (Rho) entre el estadio de mantenimiento y el inventario potencial resiliente familiar (IPRF) es de -0.074. No hay correlación entre estas dos variables, como lo demuestra el p valor de 0.755 siendo este mayor al Alfa de significación definido en 0.05.





Para esta correlación, se encontró un nivel de significancia de 0.755, que supera el umbral típico de 0.05, por lo tanto, la correlación entre el índice de potencial resiliente familiar y el estadio de mantenimiento no es estadísticamente significativa.

En el contexto del tratamiento por consumo problemático, los hallazgos indican que no existe una correlación entre el nivel de potencial resiliente familiar y la permanencia en el estadio de mantenimiento en la muestra examinada.



# Discusión



Un componente clave en la superación de crisis y desafíos en la estructura familiar ha sido el estudio de la resiliencia familiar (Walsh, 1998 citado en Herscovici, 2011). Se destaca que las familias siempre enfrentan desafíos, pero ciertos procesos familiares tienen el potencial de restaurar la unidad y las relaciones interpersonales en momentos difíciles (Boss, 2001 citado en Herscovici, 2011). Además, se destaca que las fortalezas de la familia han sido cruciales para lidiar con los obstáculos en el tratamiento (Zerbetto et al., 2017).

La resiliencia familiar y los estadios de cambio pueden estar relacionados en el campo de la adicción y la salud mental (Jiménez et al., 2019). Según esta relación, los diferentes estadios podrían afectar la capacidad de una familia para apoyar cambios en el comportamiento, lo que a su vez podría afectar la resiliencia familiar.

Investigaciones anteriores muestran una correlación entre una mayor resiliencia familiar, la atención plena y la probabilidad de que los estudiantes desarrollen adicciones (Jalili Nikoo et al., 2015). Por otro lado, García, García y Rivero (2015) descubrieron que el funcionamiento familiar puede predecir la resiliencia de los padres con problemas de consumo de alcohol. Estos resultados destacan la importancia de la resiliencia familiar en la lucha contra la adicción y la recuperación.

Los resultados actuales de la investigación muestran que los participantes obtuvieron una puntuación promedio de 99.7 puntos en la escala de potencial resiliente familiar, lo que los clasifica en un alto nivel según el instrumento IPRF. La presencia de valores extremos, la asimetría positiva y la variabilidad indicada por la desviación estándar y el rango sugieren una distribución de datos más compleja a pesar de esta media elevada. Mientras tanto, según la mediana y la moda de 90 puntos, la mayoría de los participantes tienen un potencial resiliente de nivel medio.

Se observa una notable disparidad en la media entre las distintas etapas del tratamiento por consumo problemático. Las fases de Contemplación y Acción tienen las medias más altas, mientras que las fases de Precontemplación tienen las medias más bajas. La presencia de modas específicas para cada etapa indica la concentración de valores en esos puntos, y las desviaciones estándar y los rangos resaltan la variabilidad de datos en las fases de Acción y Mantenimiento en comparación con las fases iniciales.



El análisis de la correlación entre el potencial resiliente familiar y los estadios de cambio muestra una correlación significativa, particularmente en la etapa de acción. Se puede observar una correlación positiva moderada, lo que indica que a medida que aumenta el nivel de potencial resiliente familiar, aumenta la disposición a considerar e implementar cambios en la vida de las personas en tratamiento.

Sin embargo, al investigar la relación con los demás estadios, se observó una correlación no significativa entre potencial resiliente familiar y la permanencia en estas etapas del tratamiento.

El análisis de la investigación actual indica una relación con varios estudios anteriores mencionados. En primer lugar, coincide con la noción de que las familias enfrentan desafíos constantemente y que ciertos procesos familiares pueden ayudar a restaurar la unidad y las relaciones interpersonales durante momentos difíciles (Walsh, 1998 citado en Herscovici, 2011; Boss, 2001 citado en Herscovici, 2011). Además, afirma la noción de que las fortalezas de la familia son esenciales para superar los desafíos durante el tratamiento (Zerbetto et al., 2017).

La investigación actual también se alinea con otros estudios que indican una conexión entre la resiliencia familiar, los estadios de cambio y la lucha contra la adicción y la recuperación. Coincide con la idea de que los diferentes estadios podrían afectar la capacidad de la familia para ayudar a cambiar el comportamiento, lo que podría afectar la resiliencia familiar (Jiménez et al., 2019).

Aunque hay similitudes en el tema, los hallazgos de las investigaciones que vinculan la resiliencia familiar con la probabilidad de que los estudiantes desarrollen adicciones (Jalili Nikoo et al., 2015) y la predicción del funcionamiento familiar en la resiliencia de los padres con problemas de consumo de alcohol (García, García y Rivero, 2015) pueden no ser completamente consistentes. Los hallazgos de la presente investigación muestran una significativa correlación entre el potencial resiliente familiar y los estadios de cambio, especialmente en la etapa de acción, pero una correlación no significativa con la permanencia en las restantes etapas de estadios de cambio.



Estos resultados destacan la importancia de examinar a fondo la conexión entre la resiliencia familiar y los estadios de cambio para entender mejor su impacto en el tratamiento de consumo problemático.



# Conclusiones



En conclusión, la investigación logró cumplir con el objetivo general de describir la relación entre las variables de estadio de cambio y la percepción del potencial resiliente familiar en personas en tratamiento por consumo problemático, así como con los objetivos específicos planteados:

- Se estableció la percepción del potencial resiliente familiar de las personas que estaban en tratamiento por consumo problemático.
- Se precisó en qué estadio de cambio se encontraban estas personas en el tratamiento por consumo problemático.
- Se analizó la existencia de relación entre la percepción del potencial resiliente familiar de estas personas en tratamiento por consumo problemático y la etapa de estadio de cambio en la que se encontraban.

Los hallazgos de la investigación revelaron algunas cosas importantes sobre la muestra de personas con problemas de consumo. Según la prueba de Shapiro-Wilk, el Potencial Resiliente Familiar (IPRF) podría tener una distribución normal, mientras que la Escala de Estadios de Cambio (URICA) no.

Se encontró un puntaje promedio de 99.7 en la IPRF en la muestra estudiada, lo que indica que los participantes tenían una alta percepción de potencial resiliente familiar.

Al analizar las diferencias de género, se descubrió que el grupo masculino tenía una mayor percepción de potencial resiliente familiar en comparación con el grupo femenino, lo que evidenció una mayor dispersión de datos en el primer grupo.

Se demostró que, en relación con la relación entre el nivel educativo y la percepción de potencial resiliente familiar, los estudiantes con educación universitaria completa presentaban un IPRF más alto en promedio que los estudiantes de secundaria.

Se observó una variación en la media de las diferentes etapas de tratamiento en relación con el segundo objetivo de los estadios de cambio. En comparación con las etapas de Precontemplación y Mantenimiento, las etapas de Contemplación y Acción mostraron valores más altos en relación a la etapa de estadio de cambio en el tratamiento.



La correlación entre IPRF y URICA resultó significativa (0.045), lo que indica una relación moderadamente positiva para el tercer objetivo sobre la relación entre la percepción del potencial resiliente familiar y la etapa de cambio. Se descubrió que el potencial resiliente familiar y la etapa de Precontemplación, Contemplación y Mantenimiento no tenían correlación significativa, pero sí se observó correlación moderada y significativa con la etapa de Acción.

En síntesis, se encontró una conexión entre el potencial resiliente familiar y etapas específicas de cambio, específicamente en la etapa de Acción, pero no en las etapas restantes. Estos resultados destacan la importancia de comprender cómo la resiliencia familiar podría afectar el proceso de cambio en personas que tienen problemas de consumo.

Se propone lo siguiente para investigaciones futuras sobre la resiliencia familiar y el consumo problemático:

- Realizar investigaciones cualitativas para determinar el impacto de los niveles académicos en la resiliencia de las familias.
- Investigar el impacto de la resiliencia familiar en el consumo problemático y viceversa.
- Para obtener resultados más representativos y sólidos, se deberá aumentar el tamaño de la muestra.

Las limitaciones a tener en cuenta incluyen la falta de estudios previos, la cantidad limitada de muestras y las posibles dificultades para encontrar participantes dispuestos a hablar sobre consumo problemático. Estas áreas podrían ser cruciales para las investigaciones futuras.





## Referencias

- Aguilar-Maldonado, S. L., Gallegos-Cari, A., & Muñoz-Sánchez, S. (2019). Análisis de componentes y definición del concepto resiliencia: una revisión narrativa. *Revista de investigación Psicológica*, (22), 77-100. Recuperado en 21 de octubre de 2023, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-30322019000200007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322019000200007&lng=es&tlng=es).
- Alarcón Vásquez, Y., Vásquez de la Hoz, F., Pineda Alhuacema, W. F., & Martínez de Biava, Y. (2015). *Estudios actuales en psicología*. Editorial Mejoras. <http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/1126/Estudios%20en%20psicolog%c3%ada.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alonso Ruiz, R. (2016). *Adicciones: El autoengaño y autoconcepto en los diferentes estadios siguiendo el modelo transteórico del cambio*. <http://hdl.handle.net/11531/13570>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a ed.). Editorial Médica Panamericana. (Págs. 481-589). Recuperado de <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Becoña Iglesias, E. (2016). *Trastornos adictivos*. Síntesis.
- Bonfiglio, J. I., Rodríguez Espínola, S. S., & Salvia, A. (2015). *Aumento del tráfico de drogas en los barrios, problemas de adicciones severas en las familias y poblaciones de riesgo*. Barómetro del Narcotráfico y las Adicciones en la Argentina. Serie del Bicentenario (2010-2016). Informe nº 1. Observatorio de la Deuda Social Argentina. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8294>
- Bordoni, M. F. (2017). Abordaje integral de los consumos problemáticos. In *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.



- Bravo A., H., & López P., J. (2015). Resiliencia familiar: una revisión sobre artículos publicados en español. *Revista De Investigación En Psicología*, 18(2), 151-170. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v18i2.12089>
- Carreter Parreño, J., García Castillo, O., Ródenas Aguilar, J. L., Gómez Saldaña, A., Bermejo Cacharrón, Y., & Villar Garrido, I. (2011). Estudio cualitativo sobre el consumo de tóxicos en adolescentes. *Atención Primaria*, 43(8), 435-439. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.08.003>
- Caruso, Agostina Paola, & Mikulic, Isabel María. (2010). Evaluación psicológica de la familia con un bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos (UCIN): construcción de un inventario para evaluar el Potencial Resiliente Familiar (IPRF). *Anuario de investigaciones*, 17, 159-168. Recuperado en 09 de junio de 2023, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862010000100060&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100060&lng=es&tlng=es).
- Cordero Ramos, N. (2017). *La intervención con familia: la incursión desde la perspectiva de la práctica profesional*. Dykinson. <https://elibro.net/es/ereader/sibuca/58857?page=181>
- de Andrade S., Marisol L., & da Cruz Benetti, S. P. (2011). Resiliencia familiar: nuevas perspectivas en la promoción y prevención en salud. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(1), 43-55. Retrieved November 04, 2023, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982011000100004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982011000100004&lng=en&tlng=es).
- Díaz Salabert, J. (2001). El modelo de los estadios de cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos De Psicología - Psychological Writings*, 1(5), 21-35. <https://doi.org/10.24310/epsiesepsi.vi5.13463>
- Estrada Araoz, E. G., & Mamani Uchasara, H. J. (2020). Bienestar psicológico y resiliencia en estudiantes de educación superior pedagógica. *Apuntes Universitarios*, 10(4), 56-68. <https://doi.org/10.17162/au.v10i4.491>



- Español Lucas, L. (2021). Adicciones sin sustancia: una aproximación teórica al fenómeno y su tratamiento social [Tesis de grado, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Comillas.
- Famar Martínez, M. P., & Casari, L. M. (2018). *Cineterapia y adicciones: El cine como herramienta de la terapia en pacientes con adicciones. Un estudio piloto*. <http://hdl.handle.net/11336/91917>
- García Cortés, J. M., García Méndez, M., & Rivera Aragón, S. (2015). *Potencial resiliente en familias con adolescentes que consumen y no consumen alcohol*. <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2015.18.2.14>
- Griffiths, M. D. (2005). Adicción a los videojuegos: una revisión de la literatura. *Psicología conductual*, 13(3), 445-462.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Pilar Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Herscovici, C. (2011). Resiliencia familiar y el énfasis en los recursos del sistema. *Cultura, Educación, Sociedad*, 2(1), 105-110
- Jiménez-Picón, N., Velasco-Sánchez, M. A., & Romero-Martín, M. (2019). La resiliencia familiar como activo en salud. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 42, No. 1, pp. 121-124). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0589>
- Laespada, T., Iraurgi, I., & Arostegui, E. (2004, julio). *Factores de riesgo y de protección hacia el consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. [Universidad de Deusto]
- Cardiometabolic Risk Working Group: Executive Committee, Leiter, L. A., Fitchett, D. H., Gilbert, R. E., Gupta, M., Mancini, G. B. J., McFarlane, P. A., Ross, R., Teoh, H., Verma, S., Anand, S., Camelon, K., Chow, C.-M., Cox, J. L., Després, J.-P., Genest, J., Harris, S. B., Lau, D. C. W., Lewanczuk, R., ... Ur, E. (2011). Identification and



- management of cardiometabolic risk in Canada: A position paper by the cardiometabolic risk working group (executive summary). *The Canadian Journal of Cardiology*, 27(2), 124-131. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2011.01.016>
- Ley Nacional Plan Integral de Abordaje a los Consumos Problemáticos N° 26.934. (2014). Artículo 2.
- National Institute on Drug Abuse. (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Recuperado de [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa\\_sp\\_2014.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_sp_2014.pdf)
- Oriol-Bosch, Albert. (2012). Resiliencia. *Educación Médica*, 15(2), 77-78. Recuperado en 21 de octubre de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132012000200004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000200004&lng=es&tlng=es).
- Pérez Espinosa, C. A. (2015). Familia y consumo problemático de drogas. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/5771>
- Pierri, G. (2007). Familia y drogodependencia. *Clínicas Pediátricas del Sur* (1), 70-75.
- Rivadeneira-Díaz, Y., Cajas-Siguencia, T., Viejó-Mora, I., & Quinto-Saritama, E. (2020). Adicciones a Sustancias y Comportamentales en la Ciudad de Loja. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 4(6), 20-29. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol4iss6.2020pp20-29p>
- Rodríguez Espínola, S. S., & Bonfiglio, J. I. (2017). *Adicciones y vulnerabilidad social: El consumo problemático de alcohol, factores de riesgo, grupos vulnerables y consecuencias sociales*. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8133>
- Roussos, A. J. (2007). *El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>
- Ruiz, H., & Gonzales, L. (2020). *Calidad de vida y estadios de cambio en la conducta adictiva en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia Tarapoto, 2019* [Tesis de maestría, Universidad Peruana Unión]. <https://hdl.handle.net/20.500.12840/3393>



- S. Jalili Nikoo, S. H. Kharamin, R. Ghasemi Jobaneh & Z. Mohammad Alippoor. (2015). Role of Family Resilience and Mindfulness in Addiction Potential of Students. *yums-armaghan*, 20(4), 357-368.
- Vallejo, G. A. C., Jaramillo, C. A. J., Osorio, H. H., & Le Gal, D. (2016). *Representaciones sociales sobre las adicciones comportamentales en el Valle de Aburrá*. Universidad Católica Luis Amigó. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/sibucasp/detail.action?docID=5514158>.
- Vallejos, P. A. (2011). *Procesos de resiliencia familiar: Familias afectadas por el terremoto del 27 de febrero del 2010, Condominio "Don Luis"*. Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/bitstream/handle/123456789/2608/tpsico457.pdf?sequence=1>
- Wyss, G & García, F. (agosto, 2014). *Estudiando los Estadios del Cambio: Adaptación de la escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale) para consultantes adultos de la Provincia de Buenos Aires*. Presentación realizada en 11º Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia, 13º Congreso Chileno de Psicoterapia. Reñaca, Chile.
- Zerbetto, S. R., Galera, S. A. F., & Ruiz, B. O. (2017). Family resilience and chemical dependency: perception of mental health professionals. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(6), 1184-1190.



# Anexo



## **Anexo 1:**

### **Nota de consentimiento informado**

Mediante el presente se deja el consentimiento para realizar un proyecto de investigación, bajo la temática de “Potencial resiliente familiar en personas con consumo problemático y su relación con la etapa de estadio de cambio de las personas en tratamiento.”. El proyecto estará a cargo de una estudiante avanzada de la carrera de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica Argentina.

Los datos aquí aportados serán confidenciales, bajo ningún punto de vista se divulgará información de los/las participantes. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Es de carácter voluntario, es decir, que no se obtendrá ningún beneficio económico por formar parte de la investigación.

El proceso consistirá en la aplicación de dos cuestionarios escritos, la cual deberá marcar que tanto está de acuerdo o en desacuerdo con las afirmaciones que se presentan. Dichos instrumentos refieren a la temática de la investigación, son muy breves y fáciles de responder. En el mismo se intentará determinar el grado de resiliencia familiar de la persona con consumo problemático y establecer la etapa de estadio de cambio en la que se encuentra la persona en tratamiento por consumo problemático.

En cualquier momento del proceso puede hacer preguntas si tiene alguna duda sobre este proyecto, como también puede retirarse del mismo sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la técnica administrada le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Al finalizar el estudio y si usted lo desea, se realizará una devolución de los resultados obtenidos durante la investigación por medio de un informe escrito.

Datos de los integrantes de la Investigación:

- Nombre: Macarena de los Ángeles, López.
- Contacto:



- E-mail: lopez\_macarena@uca.edu.ar
- Teléfono: 261-5964307

La participante manifiesta entender lo que se llevará a cabo y acepta por lo tanto comenzar y finalizar dicho proceso.

*Código de identificación:* \_\_\_\_\_

*Fecha:* \_\_\_\_\_

*Firma:* \_\_\_\_\_

En caso de querer obtener una devolución de los resultados obtenidos indique una dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_





**Anexo 2:**

**Inventario del Potencial Resiliente de la Familia (IPRF) (Caruso, A. y Mikulic, I. M., 2010)**

**Datos Personales**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nivel de Instrucción: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

**Instrucciones**

Composición Familiar: En el primer apartado anote las personas que considera como parte de su familia actualmente. Indique en cada una de ellas el vínculo (por ejemplo, si es su hijo/a, esposo/a, padre, etc.), la edad y si convive o no con usted.

VINCULO	EDAD	¿CONVIVE? SI – NO

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones. Por favor, lea atentamente cada una de ellas, piense en su familia y marque con una X el cuadro que considere pertinente. Deberá reflexionar si lo que la frase dice sucede: nunca, poco, algunas veces, bastante o siempre.

EN NUESTRA FAMILIA...	NUNCA (1)	POCO (2)	ALGUNAS VECES (3)	BASTANTE (4)	SIEMPRE (5)
1. Cuando hay un problema familiar lo hablamos.					



2. Las creencias religiosas nos consuelan en los momentos más duros.					
3. Nos ponemos de acuerdo fácilmente.					
4. Sabemos lo que se espera de cada uno de nosotros.					
5. Utilizamos “las indirectas” para comunicarnos.					
6. Cuando atravesamos una situación como esta podemos contar con el apoyo de nuestros amigos					
7. Ante un problema logramos mantener la calma.					
8. Nos decimos las cosas con sinceridad.					
9. Respetamos las diferencias existentes entre nosotros.					



10. Las creencias espirituales dan un mayor sentido a nuestra vida.					
11. Cuando atravesamos una situación difícil, pensamos que contamos con fortalezas para afrontarla.					
12. Existe una gran confianza entre nosotros.					
13. Las reglas impuestas pueden modificarse sin problemas.					
14. Cuando estamos en problemas creemos que la culpa es de otro.					
15. Ante una situación difícil nos apoyamos unos a otros.					
16. Logramos cubrir económicamente nuestras necesidades básicas.					



17. Se puede hablar sobre la mayoría de los temas.					
18. Creemos en la existencia de un Dios.					
19. Aunque pasemos por situaciones difíciles hay humor.					
20. Si algo negativo sucede creemos que hay una solución.					
21. Hemos atravesado en general muchas crisis.					
22. Cuando uno se siente triste puede compartirlo.					
23. Hay contradicciones entre lo que se dice y lo que se hace.					
24. Cuando atravesamos una situación difícil, podemos compartir nuestros miedos.					



25. Ante un problema contamos con ayuda espiritual para enfrentarlo.					
26. Creemos que las cosas nos saldrán bien.					
27. Se puede opinar libremente.					
28. Cuando atravesamos un problema familiar decimos lo que pensamos.					
29. Resulta difícil organizarnos.					
30. Pudimos sobrellevar con éxito la mayoría de los problemas que atravesamos.					
31. Se tolera el enojo del otro ante una situación difícil.					
32. Se reacciona rápidamente ante un problema.					



33. Cuando atravesamos una situación como esta podemos contar con nuestros familiares.					
34. Tenemos la esperanza de que las cosas van a mejorar en el futuro.					
35. Aunque los problemas se pongan difíciles, somos perseverantes para encontrar las soluciones.					
36. Las cosas se dicen a quien se tienen que decir, sin intermediarios.					

**Inventario del Potencial Resiliente de la Familia (IPRF).**

No. Subescalas	No. Variables	Variables
Sistema de creencias Familiar	5	2, 10, 18, 25, 34
Patrones Organizacionales Familiares	11	4, 6, 9, 13, 16, 20, 21, 26, 29, 33, 35
Comunicación Familiar	11	1, 5, 8, 12, 15, 19, 22, 24, 30, 31, 36
Resolución Cooperativa de Problemas	9	3, 7, 11, 14, 17, 23, 27, 28, 32



**Anexo 3:**

**Evaluación de cambios de la Universidad de Rhode Island (URICA). Versión Argentina. Wyss, G. & García, F.**

Apellido y Nombre:  
 Género: M \_\_ F\_\_ (marque con una cruz).  
 Edad:  
 Fecha de hoy:  
 Nivel educativo:

Consigna: Este cuestionario apunta a saber en qué etapa del proceso de cambio usted se encuentra al comenzar una terapia para abordar un motivo de consulta. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Primer Paso: De todo lo que le preocupa, marque con una cruz el problema que más lo aqueja (SOLO UNO).

- Relaciones Interpersonales
- Ansiedad
- Estado anímico deprimido
- Problemas con sustancias
- Trastornos alimenticios
- Problemas en el desarrollo personal
- Duelo
- Problemas en su “modo de ser”
- Otro (indicar Cual)

Segundo Paso: Se solicita que, en cada afirmación siguiente, marque con una cruz acerca de cómo siente o piensa respecto del problema que marcó en el paso anterior. No deje casilleros sin responder.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1- En mi opinión, no tengo ningún problema que necesite cambiar.					



2- Creo que podría estar listo/a para superarme de alguna manera.					
3- Estoy haciendo algo con respecto a los problemas que me vienen preocupando.					
4- Es probable que valga la pena trabajar en mi problema.					
5- Yo no soy el problema y creo que no tiene mucho sentido estar aquí (“aquí” hace referencia al lugar del tratamiento).					
6- Me preocupa poder recaer en un problema que ya modifiqué, por lo tanto, me encuentro aquí para buscar ayuda.					
7- Ahora estoy trabajando en mi problema.					
8- Vengo pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo/a.					
9- Tuve éxito trabajando en mi problema, pero no tengo la seguridad de poder continuar haciendo el esfuerzo yo solo/a.					
10- A veces mi problema resulta dificultoso, pero estoy trabajando en el mismo.					
11- Creo que estar aquí es principalmente una pérdida de tiempo porque el problema nada tiene que ver conmigo.					





12- Espero encontrar aquí la ayuda para entenderme mejor a mí mismo/a.					
13- Supongo que tengo algunos problemas, pero no hay nada que realmente necesite cambiarse.					
14- Verdaderamente ahora estoy trabajando para cambiar.					
15- Tengo un problema y realmente pienso que debería trabajar en el mismo.					
16- Espero tener continuidad en los cambios alcanzados y prevenir una recaída.					
17- Aunque no siempre logro cambiar, estoy intentando resolver mi problema todavía estoy luchando con él.					
18- Creía que una vez resuelto mi problema ya estaría liberado/a del mismo, pero a veces todavía estoy luchando con él.					
19- Me gustaría tener más ideas acerca de cómo resolver mi problema.					
20- Ya comencé a trabajar en mis problemas, pero igualmente me gustaría recibir ayuda profesional.					
21- Tal vez en este lugar pueda recibir la ayuda profesional que necesitaría					
22- Es probable que ahora mismo necesite un estímulo que me					



ayude a mantener lo que ya modifiqué.					
23- Quizá yo sea parte del problema, aunque realmente no creo que sea así.					
24- Espero que aquí haya algún profesional que pueda ayudarme					
25- Cualquiera puede hablar de cambio, pero yo actualmente estoy haciendo algo para cambiar.					
26- Las charlas psicológicas me parecen aburridas ¿Por qué la gente no puede resolver sus problemas solo/a?					
27- Estoy aquí para prevenir una recaída en mi problema.					
28- Aunque me resulte frustrante, siento que puedo estar recurriendo en un problema que ya creí resuelto.					
29- Tengo preocupaciones, pero ¿Quién no las tiene? ¿Por qué dedicar tiempo para hablar acerca de eso?					
30- Estoy trabajando de forma activa en mi problema.					
31- Prefiero lidiar con mis problemas, antes que tratar de cambiarlos.					
32- Después de todo lo que hice para tratar de modificar mi problema, de vez en cuando vuelve para atormentarme.					