

Percepción de apoyo social por pacientes con enfermedad alcohólica en fase de recuperación.

[Justo Reinaldo Fabelo Roche](#), [Serguei Iglesias Moré](#), [Salami Bachir Orozco](#), [Annelie Ramirez Muñoz](#) y [Jesus Amador Montejo](#)

RESUMEN

El consumo excesivo de alcohol genera una enfermedad crónica, que se manifiesta por su búsqueda continua, su uso compulsivo y la pérdida paulatina de las redes de apoyo social del afectado. Esta es una investigación descriptiva de corte transversal en la que nos propusimos describir las características del apoyo social percibido por pacientes alcohólicos integrados a los grupos de psicoterapia ambulatorios del Hospital Psiquiátrico de La Habana. La selección de los 20 casos evaluados se determinó en correspondencia con el cumplimiento de los criterios de inclusión definidos para el estudio y la disponibilidad de tiempo para la realización de la investigación. Para la recogida de la información se utilizó el Cuestionario de Soporte Social en Pacientes Alcohólicos. Se obtuvieron valores medios en cuanto a percepción de apoyo social. Con relación a la percepción de los tres tipos de soporte social evaluados se constataron diferencias. La percepción de soporte emocional fue relativamente baja. En la percepción de soporte instrumental se constató un predominio del rango bajo y en la percepción de soporte del tratamiento alcanzaron valores medios. En general enarbolaron criterios favorables acerca de los dispositivos asistenciales existentes, de las actitudes familiares de ayuda y de la adherencia al tratamiento indicado. Los pacientes evaluados perciben un nivel aceptable de apoyo social en general y de soporte al tratamiento en específico. Ello favorece su recuperación en sentido general. No obstante no han logrado fortalecer su relación afectiva ni su credibilidad con sus posibles proveedores de apoyo emocional e instrumental.

Palabras clave: alcoholismo, apoyo social, soporte emocional, soporte instrumental y soporte al tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas genera una enfermedad crónica, que se manifiesta por su búsqueda continua, su uso compulsivo y la pérdida paulatina de las redes de apoyo social del afectado. Está relacionada con una predisposición

biológica, por los efectos prolongados de su acción sobre el cerebro y por graves afectaciones en el entorno social del consumidor.

En la actualidad el alcohol es considerado una droga legal y su uso abusivo representa en muchos países, una de las causas principales de problemas de salud así como de conflictos en las áreas familiar y laboral. Su peligrosidad no depende solamente de los efectos fisiológicos, sino también de su repercusión sobre los aspectos económicos, de la expansión masiva de su uso y de las crisis sociales y familiares ocurridas como resultado de su consumo.

Estudios realizados en países desarrollados evidencian el notable incremento de su consumo a nivel mundial, siendo una de las drogas con las que el ser humano más interactúa. El consumo de alcohol varía notablemente según las áreas geográficas, es más común en las zonas urbanas que en las rurales y aparece entre personas de cualquier nivel socioeconómico.¹ Cada año se reportan más de 200 mil muertes vinculadas con su uso. Cerca del 70 % de la población mundial consume bebidas alcohólicas en diferentes proporciones y de ellas el 10 % aproximadamente pasarán a convertirse en alcohólicos en el curso de sus vidas.²

Más de la mitad de los alcohólicos identificados a nivel mundial tienen edades que oscilan entre los 15 – 28 años y más del 65 % de ellos están en edad productiva. La conducta de estos enfermos afecta emocionalmente a cinco personas como promedio, entre los que se incluyen a los padres, hermanos, cónyuges e hijos. El consumo de alcohol también está asociado significativamente a la elevada tasa de divorcialidad que se reconoce a nivel internacional.¹

En Cuba, el 45,2 % de la población consume bebidas alcohólicas, con un índice de prevalencia en el año 2006 en un 6,6 % que lo sitúa entre los más bajos de América Latina, aunque en los últimos 15 años se ha evidenciado un sostenido incremento del consumo de alcohol en algunas regiones del país. Se aprecian, además, patrones de consumo de alto riesgo y cierta tendencia al uso indebido del alcohol. Entre un 20 y un 25 % de las muertes violentas y un 30 % de los hechos delictivos y violentos están relacionados con el uso del alcohol. Según estudios realizados en esta población la cifra de dependencia alcohólica esta alrededor del 2 %.³

En la sociedad contemporánea, el consumo recreativo de alcohol se ha extendido por todos los ámbitos sociales y es aceptado en muchas culturas, incluida la nuestra, como una costumbre integradora y festiva. Pero con el incremento del consumo de alcohol ha surgido también un complejo problema de salud pública, la dependencia y la adicción al alcohol (una enfermedad incurable, progresiva y

mortal conocida como *alcoholismo*), una enfermedad que se expande en todas las direcciones, dejando secuelas tanto a nivel físico, psicológico como espiritual al individuo que la padece como en las personas que conforman su entorno familiar y social. La adicción al alcohol, aunque todavía se considere erróneamente como un asunto de falta de voluntad o de carácter, es una entidad mórbida que escapa del control del enfermo y que requiere tratamiento para dejar el consumo compulsivo de esta sustancia.⁴

El tema tiene otra arista de riesgo mayor, y es que cada vez se incorporan nuevas personas y con menos edad.⁵ El sistema de salud y también el educacional realizan labores profilácticas ante esta situación, sin embargo toda acción que emprendamos es poca, hasta tanto no logremos una cultura de consumo responsable.²

Las redes de apoyo constituyen un espacio de relaciones interpersonales, donde el individuo tiene la oportunidad de dar y recibir recursos personales y sociales, a la vez que establece relaciones estrechas y profundas con los demás individuos, con los cuales mantiene coincidencia en la comunicación, además encuentra retroalimentación de sus actos, guía para su conducta, estímulo por los éxitos alcanzados y apoyo ante los fracasos experimentados. El apoyo social influye en la salud a través de la percepción que tiene un individuo en concreto sobre la disponibilidad de ayuda de otras personas ante cualquier evento estresante que potencialmente pudiera ocurrir, o como resultado de la positiva vivencia de pertenencia a la red social a la que está integrado. ⁶

La percepción de que otros están dispuestos a ayudar puede tener efectos positivos en el individuo, mediante la elevación de la autoestima y de los sentimientos de estabilidad y control sobre el medioambiente. Este estado psicológico favorable, a su vez, puede influir sobre la vulnerabilidad a enfermedades físicas a través de sus efectos en el funcionamiento de los sistemas inmunológicos y/o endocrinos.⁷ De igual forma posibilita un incremento del sentido de bienestar social y una mayor adaptación al entorno favorecedor del sentimiento de identidad personal, convirtiéndose en un elemento promotor de las evaluaciones que pueden realizarse sobre eventos sociales, potencialmente estresantes, que ocurran.

Saber que se tiene acceso a personas competentes y que ofrecerán la ayuda precisa, en el momento preciso, y que cuando así no ocurra sabrá qué es lo que se debe hacer, deviene en un importante elemento facilitador de la salud humana. La orientación, retroalimentación y la dirección de otros contribuyen a evitar o atenuar estresores, que de otra manera podrían incrementar el riesgo de desórdenes físicos y psicológicos. ⁶

Muchos investigadores consideran que *el verdadero apoyo social es el percibido*, argumentando que si el sujeto no percibe la ayuda ofrecida o los recursos externos que están a su disposición, estos difícilmente influirán sobre su salud y bienestar. Esta percepción no tiene que estar basada en una relación específica, ni tiene que referirse a la percepción de una ayuda efectiva en una situación particular de estrés. Las fuentes o sistemas de apoyo social no son intercambiables o equivalentes, no todas logran beneficiar al sujeto necesitado.

La acción conjunta de varias de ellas ante la misma situación puede cumplir tres funciones diferentes. Ante todo hablamos de una función aditiva que se refiera a cuando la ayuda proporcionada por diferentes fuentes no es contradictoria, sino que sus acciones se dirigen en una misma dirección. También se valora una función complementaria cuando las acciones realizadas por algunas fuentes complementan la realizada por otras. Finalmente se habla de una función contradictoria cuando las diferentes fuentes evalúan y reaccionan de manera desigual ante una misma problemática. Esta situación puede acrecentar más que reducir los problemas de las personas. En los alcohólicos es frecuente que mientras que los familiares procuran la atención especializada, los “amigos” o compañeros de consumo incitan a continuar una relación idílica con el alcohol.

Una persona puede estar inmersa en los más diversos sistemas de apoyo social, desde aquellos más generales e impersonales hasta aquellos más específicos y en los que el individuo está sumamente implicado o comprometido. Su contenido puede ser sumamente variado, pero mientras mayor sea su nivel de intimidad, su grado de significación personal, mayor será su efecto sobre el bienestar y la salud del individuo. 8

En sentido general, resulta posible afirmar que la fuente o sistema de apoyo social efectiva es aquella que reúne condiciones básicas como: ser accesible, aceptada y positivamente valorada por la persona necesitada, competente en su función, conocedora de las reales necesidades del individuo y capacitada para ofrecer lo que realmente se espera de ella.

Entre los tratamientos más utilizados para lograr que el paciente alcohólico mejore la calidad de sus relaciones sociales y sea capaz de percibir el apoyo de las fuentes que reconoce, están las terapias cognitivo-conductuales. La aplicación de la Teoría del aprendizaje social cognitivo de Albert Bandura, el empleo de técnicas de psicoterapia grupales y otras medidas psicosociales constituyen aspectos indispensables para el abordaje multilateral del alcoholismo.9

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal. Se empleó el cuestionario como técnica cuantitativa, combinando su uso con la entrevista como técnica cualitativa, articulándose de esta manera la llamada triangulación metodológica, como combinación de múltiples técnicas para fortalecer la confianza en las interpretaciones. El estudio se desarrolló entre los meses de enero a marzo del 2011 con pacientes que asistieron habitualmente a los grupos de psicoterapia ambulatorios del Hospital Psiquiátrico de La Habana.

La selección de los 20 casos evaluados se determinó en correspondencia con el cumplimiento de los criterios de inclusión definidos para el estudio y la disponibilidad de tiempo para la realización de la investigación. Se consideró que fueran pacientes con diagnóstico de alcoholismo confirmado, con un tiempo de abstinencia mayor a 30 días y que no presentaran trastornos psiquiátricos y (o) lesiones cerebrales diagnosticadas, que puedan determinar algún tipo de discapacidad.

Entre las técnicas y procedimientos para la recogida de la información utilizados estuvieron el Cuestionario de Soporte Social en Pacientes Alcohólicos¹⁰, el cual consta de 45 ítems tipo Likert con cinco alternativas. Su aplicación se completa en aproximadamente 10 minutos y su objetivo es evaluar las conductas y actitudes percibidas por el sujeto que implican ayuda, comprensión y aceptación por parte de los demás.¹¹

Contiene tres sub escalas:

Soporte emocional (18 ítems): Está centrado en el apoyo recibido por las personas de trato frecuente, con una relación afectiva estrecha. Tiene también en consideración las presiones para el consumo.

Soporte instrumental (15 ítems): Incluye los recursos materiales recibidos a través de otras personas o instituciones.

Soporte del tratamiento (12 ítems): abarca tres aspectos: dispositivos asistenciales, actitudes familiares para la búsqueda y mantenimiento del tratamiento y aceptación y cumplimiento de este por parte del paciente y de la familia.

Además se realizó una entrevista a cada sujeto, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la técnica anteriormente aplicada. Finalmente se desarrolló un análisis de contenidos y se establecieron categorías valorativas. Los objetivos fundamentales de la entrevista fueron profundizar en las conductas y actitudes percibidas por el sujeto que implican ayuda, comprensión y aceptación

por parte de los demás. La edad promedio de los sujetos estudiados fue de 43,5 años y el tiempo de abstinencia promedio fue de 6 meses aproximadamente.

Durante todo el proceso de estudio fueron cumplimentados los aspectos éticos con rigor. El tema investigativo fue aprobado por la Consultoría General de la Unidad de Desarrollo Científico Tecnológica CEDRO de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana y forma parte del Proyecto "Abordaje psicosocial de las conductas adictivas" aprobado por el Consejo científico y por el Comité de ética de la investigación científica de la Facultad General Calixto García de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Se solicitó el consentimiento informado de todos los participantes.

RESULTADOS

El 65 % de los pacientes estudiados obtuvieron puntuaciones en el Cuestionario de Soporte Social en Pacientes Alcohólicos que se ubican en un rango medio. La puntuación total promedio de 161.9 refleja que existe percepción de apoyo social en los sujetos estudiados. Ello es un aspecto muy valioso para esas personas ya que contribuye a que se sientan con mayor fortaleza para seguir adelante con el tratamiento y la abstinencia.

Tabla 1. Distribución de pacientes según puntuación total en el cuestionario.

	Frecuencia	Porcentaje
Puntuación Total		
Bajo	7	35.0
Medio	13	65.0
Total	20	100.0

Las estadísticas descriptivas para los tipos de soporte social valorados muestran que los tres tipos de apoyo considerados también alcanzaron valores promedio de forma independiente. Los pacientes evaluados perciben apoyo social a niveles aceptables y consecuentemente favorecedores a su recuperación. Es significativo que ello ocurra a pesar de que por lo general llevan poco tiempo de tratamiento.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos para los tipos de soporte social.

	Soporte Emocional	Soporte Instrumental	Soporte Tratamiento
Media	64.0000	52.5000	45.4500
Mediana	67.0000	51.0000	48.0000
Moda	68.00	45.00	48.00
Desv. típ.	8.92070	12.77951	7.86381

Analizando ahora cada tipo de soporte social por separado podemos apreciar que el apoyo emocional aunque alcanzó valores medios en sentido general, los valores obtenidos están próximos al límite inferior de la escala. Ello significa que la percepción de soporte emocional es relativamente baja, lo que se traduce en que los pacientes no han logrado fortalecer una relación afectiva con las personas de trato frecuente.

Tabla 3. Distribución de pacientes según percepción de soporte emocional.

		Frecuencia	Porcentaje
Soporte Emocional	Bajo	9	45.0
	Medio	11	55.0
Total		20	100.0

La distribución de los pacientes evaluados según su percepción de soporte instrumental, muestra un predominio del rango bajo (11 pacientes con una puntuación de 52 puntos). Se aprecia que el apoyo económico por parte de los familiares, amigos e instituciones es limitado. Los cambios sociales, físicos y psicológicos aún son pocos y apenas representan un ligero cambio en sus vidas. Los proveedores de apoyo instrumental temen a las recaídas del enfermo, suceso que ha sido vivenciado con anterioridad en la mayoría de los sujetos estudiados

Tabla 4. Distribución de pacientes según percepción de soporte instrumental.

		Frecuencia	Porcentaje
Soporte Instrumental	Bajo	11	55.0
	Medio	7	35.0
	Alto	2	10.0
Total		20	100.0

La distribución de los pacientes evaluados según percepción de soporte del tratamiento muestra que 12 de los pacientes estudiados obtuvo una puntuación media. Ello fue corroborado en las entrevistas al enarbolarse criterios favorables acerca de los dispositivos asistenciales existentes, de las actitudes familiares de ayuda y de la adherencia al tratamiento indicado. Subrayan que disponen de un centro en el cual reciben la ayuda psicológica que necesitan. Las actitudes familiares van siendo más favorables. En sentido general cuando aceptan su enfermedad tiende a autoprepararse, lo que permite que el cumplimiento del tratamiento gane en calidad.

Tabla 5. Distribución de pacientes según percepción de soporte del tratamiento.

	Frecuencia	Porcentaje
Soporte del Tratamiento		
Bajo	6	30.0
Medio	12	60.0
Alto	2	10.0
Total	20	100.0

DISCUSIÓN

El apoyo social percibido está mediatizado por la subjetividad, y aunque su medición no refleja objetivamente la cantidad y calidad de las relaciones de ayuda con que cuentan las personas, si ofrece una medida del apoyo "*que realmente existe*" para ese sujeto, que aunque no tiene que ser, necesariamente, el único que influye sobre su estado de salud, sí es el más efectivo al menos para él.⁸ Evidentemente los pacientes estudiados perciben niveles aceptables de apoyo social que si bien no se manifiestan de forma homogénea en las áreas estudiadas constituyen un asidero eficaz para afrontar las adversidades que impone el proceso de rehabilitación.

En entrevistas realizadas a familiares, se pudo confirmar que en mucho de los casos no se les brinda confianza debido al poco tiempo de tratamiento. En un estudio realizado a pacientes con dos o más años de abstinencia fue común el reconocimiento de estos a las ayudas que recibieron de parte de familiares, instituciones de salud y organizaciones de autoayuda indistintamente, caracterizados por la diversidad y sistematicidad de estos apoyos, así como la disponibilidad de estos sujetos a estos apoyos.⁹ Sin embargo en estos casos se hizo evidente que con el aumento del tiempo de abstinencia es que se logra la mayor disponibilidad de las diversas fuentes de apoyo social ante las demandas de los pacientes.

En el caso de los sujetos estudiados se destaca el rol asumido por las esposas al atribuirles ellos gran parte de los éxitos de su recuperación. Esto también ha sido destacado en la literatura especializada consultada.¹² No obstante la elevada tasa de divorcialidad en los pacientes alcohólicos presupone que muchas veces la relación se deshace antes que el paciente se decida a asumir el tratamiento como única vía de garantizar su estabilidad. Apenas la mitad de estos pacientes están casados o mantienen relaciones de pareja estables. Los pacientes van adquiriendo confianza, respeto, apoyo y ayuda de sus familiares y amigos a medida que va avanzando el tiempo y su recuperación. Siendo el tiempo de abstinencia el catalizador más importante en este proceso.

Se mantienen presiones para el consumo por parte de personas conocidas, incitando al paciente a recaer. Según los resultados obtenidos en otras

investigaciones¹³ entre los factores más frecuentes que favorecen la recaída está la “Influencia perjudicial de amigos bebedores” el cual ejerce una considerable presión social ante situaciones en las que el sujeto responde a la influencia de otra u otras personas que lo incitan a involucrarse de nuevo en el consumo del alcohol. La presencia perjudicial de dichas amistades ejerce una notable coacción hacia el consumo dado que las actitudes y valores grupales son favorables a la ingestión. La aceptación del alcohol en su contexto social y los patrones socioculturales de consumo constituyen obstáculos dóciles de superar para estos pacientes.

Los pacientes evaluados valoran las recaídas como una enseñanza, ya que saben los efectos que trae consigo volver a los patrones de consumo anteriores. Los sujetos aprenden de las recaídas en la medida en que ya saben cómo enfrentar una situación de riesgo y de peligro, a la vez comprenden que los problemas no tienen solución bebiendo. Los sujetos tratan de que no se vuelva a repetir la recaída por las consecuencias que trae consigo, las mismas le han permitido reflexionar acerca del abuso del alcohol, ya que en la mayoría de ellos no saben y no tienen recursos para enfrentarla. Consideran que las recaídas solo los beneficia en que les convence de que no deben beber.

Según la literatura este hecho está asociado a factores socioculturales traducidos en expresiones de amistad, de diversión, de compartir el tiempo libre, de mejorar las relaciones sociales y el alivio de las tensiones que producen los días de trabajo.¹⁴ Es necesario tener en cuenta que beber alcohol es una conducta que en múltiples ocasiones es aprendida por imitación principalmente de amigos y compañeros los cuales ayudan a mantenerla. Ello se mantiene aun cuando en el discurso quede bien establecido que una persona para celebrar, divertirse o mostrar amistad, amor u hombría no necesita del alcohol, ya que estos son atributos espontáneos en cualquier persona normal.¹⁵

En otros estudios se ha encontrado que la mayor parte de las familias son antagónicas ante el paciente y muy poco colaboradoras con el tratamiento. Ello es preocupante, pues precisamente esta toxicomanía constituye una de las entidades que más apoyo requiere, y cuando estas personas no lo encuentran, muchas veces tienden a recaer, creándose un círculo vicioso soledad-ayuda-familiar-ayuda en el alcohol-depresión-soledad. Por esa razón los familiares deben, en algún momento ponerse en el lugar del enfermo para entenderlo, comprenderlo y disponerse a ayudarlo, única forma en que pudieran reincorporarlo como ser útil a su grupo familiar y a la sociedad, sin que ello implique recriminación y rechazo.¹⁶

Un postulado básico del humanismo plantea que las experiencias dolorosas que tenga que atravesar un ser humano en la vida, pueden devenir potencialmente en oportunidad para incentivarse el desarrollo humano.¹⁷ Estudios realizados con enfermos víctimas de otras afecciones han mostrado que el crecimiento personal puede concretarse en la adopción de valores de alta estima e incidir en una reinserción social de mayor calidad y compromiso social.¹⁸ El alcoholismo se considera como evento de gran impacto para la vida de una persona por la nocividad y extensión de los daños que llega a provocar.

En este estudio se pudo apreciar el conocimiento que ya han adquirido sobre las consecuencias dañinas que provoca el consumo del alcohol en cuanto a la repercusión biológica, psicológica, social y económica. Además se constató que ello ha sido comparado con la experiencia propia que tienen de los efectos beneficiosos de mantenerse abstinentes. Ello pudiera ser el resultado de habilidades de afrontamiento desarrolladas con las técnicas psicoterapéuticas utilizadas, donde por lo general el paciente reflexiona acerca de los daños que produce la drogadicción y de los beneficios que se derivan de la sobriedad definitiva.¹⁹

El desarrollo de estrategias de afrontamiento funcionales se viene consolidando en estos pacientes a partir de la utilización de técnicas cognitivo-conductuales en las que se ha venido incrementando el conocimiento de la enfermedad, como se inició, que circunstancias facilitaron sus manifestaciones, como se fue consolidando la adicción, cuales son los factores de riesgo que la favorecen, el proceso de desintoxicación, de deshabitación, el manteniendo de la abstinencia, los procesos de recaídas, las situaciones de riesgo, así como el aprendizaje de las habilidades de afrontamiento que deben ir desarrollando.

A manera de conclusión cabe señalar que los pacientes evaluados perciben un nivel aceptable de apoyo social en general. Ello favorece su recuperación ya que los estimula a continuar el tratamiento y a tolerar los efectos adversos de la abstinencia durante las primeras etapas del proceso de deshabitación. Además perciben un nivel aceptable de soporte al tratamiento lo que se corroboró con la emisión de criterios favorables acerca de los dispositivos asistenciales existentes, de las actitudes familiares de ayuda y de la adherencia al tratamiento indicado. No obstante no han logrado fortalecer su relación afectiva con las personas significativas para ellos con vistas a mejorar sus niveles de soporte emocional ni mucho menos restituir su credibilidad con sus posibles proveedores de apoyo instrumental.

Perception of social support for patient with alcoholic illness in recovery phase.

SUMMARY

The excessive consumption of alcohol generates a chronic illness that one manifests for its continuous search, its compulsive use and the gradual loss of the nets of social support of the one affected. This is a descriptive investigation of traverse court in which we intended to describe the characteristics of the social support perceived by alcoholic patients integrated to the ambulatory psychotherapy groups of the Psychiatric Hospital of Havana.. The selection of the 20 evaluated cases was determined in correspondence with the execution of the defined inclusion approaches for the study and the readiness of time for the realization of the investigation. For the collection of the information the Questionnaire of Social Support in Alcoholic Patients was used. Values means were obtained as for perception of social support. With relationship to the perception of the three evaluated types of social support differences were verified. The perception of emotional support was relatively low. In the perception of instrumental support a prevalence of the low range was verified and in the perception of support of the treatment they reached values means. In general they emitted favourable approaches about the assistance existent devices, of the family attitudes of help and of the adherence to the suitable treatment. The evaluated patients perceive an acceptable level of social support in general and of support to the treatment in specific. It favours it their recovery in general sense. Nevertheless they have not been able to strengthen their affective relationship neither their credibility with their possible suppliers of emotional and instrumental support.

Key words: alcoholism, social support, support emotional, support instrumental and support to the treatment.

ANEXO

Cuestionario de Soporte Social en Pacientes Alcohólicos

A continuación se relacionan una serie de situaciones a las cuales usted deberá responder de la manera que más se ajuste a su realidad actual. No hay respuestas buenas ni malas, simplemente deseamos que sea completamente sincero a la hora de seleccionar la respuesta que mejor describa su realidad actual

No.		Encierre en un círculo la respuesta
-----	--	-------------------------------------

1	Mi vida familiar es tan agradable como la de la mayoría de gente que conozco	Mucho Peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho Mejor
2	Desde que no bebo he recuperado amigos que había perdido a causa de mi abuso de alcohol	No	Poco	Bastante	Mucho	Totalmente
3	En el trabajo los compañeros me presionan para que vuelva a beber alcohol	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
4	Creo que la gente me rechaza debido a mi enfermedad alcohólica	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
5	Mi familia valora el esfuerzo que estoy haciendo para mantenerme abstinente	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
6	Estoy satisfecho respecto al tratamiento de al alcoholismo que he hecho	No	Poco	Bastante	Mucho	Totalmente
7	Mis amigos o compañeros de trabajo me han hecho bromas pesadas para probar que soy capaz de mantenerme sin beber	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
8	Puedo contar con algunas personas si necesito una ayuda económica	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
9	El hecho de que en la empresa supieran mi problema alcohólico, me ha supuesto dificultades para conseguir trabajo o mejorar laboralmente	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
10	Mi familia controla que yo no vuelva a recaer	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
11	Desde que no bebo mi situación económica ha mejorado	No	Poco	Bastante	Mucho	Totalmente
12	Puedo hablar abiertamente con mis familiares de mi alcoholismo, porque me comprenden	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
13	Ahora los vecinos hablan y cuentan más conmigo que cuando bebía	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
14	Desde que estoy abstinente, tengo tantos problemas con mi pareja como antes	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
15	Cuento con gente que me puede ayudar si lo necesito	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
16	Me molesta hablar con mis familiares de temas relacionados con mi alcoholismo	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
17	Ahora ocupo más que antes el tiempo libre en actividades que me hacen que me relacione bastante con otras personas	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
18	Mi familia me reprocha los malos ratos que les había hecho pasar cuando bebía	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre

19	Desde que no bebo mis familiares cuentan conmigo más que antes, en la toma de decisiones	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
20	Me han hecho comentario desagradables relacionado con mi alcoholismo, desde que estoy abstinente	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
21	Cuando tengo un problema puedo comentarlo con mi familia	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
22	Mis amigos y vecinos me tratan de forma diferente desde que no bebo alcohol	Mucho Peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho Mejor
23	En mi trabajo conocen mi enfermedad alcohólica	No	Poco	Bastante	Mucho	Totalmente
24	Me he encontrado en situaciones difíciles de superar en fiestas o reuniones, porque la gente ha insistido mucho en que bebiera alcohol	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
25	Desde que estoy abstinente, la gente se fía más de mí y me dan más responsabilidades	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
26	En mi trabajo comprenden mi problema con el alcohol	No	Poco	Bastante	Mucho	Totalmente
27	Algún familiar próximo (<i>pareja, padre, hermano</i>) me ha acompañado a las visitas y a los grupos del centro de alcoholismo	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
28	Las personas con las que más trato (<i>familiares, amigos</i>), se interesan por cómo estoy superando mi problema con el alcohol	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
29	El hecho de conocer a gente con el mismo problema que yo, ha sido para mí	Mucho Peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho Mejor
30	Ahora realizo actividades con otra gente que antes no me creía capaz de hacer	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
31	Para mantener mi abstinencia, el hecho de que un familiar me acompañara al centro ha sido para mí	Mucho Peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho Mejor
32	Actualmente mis hijos tienen más en cuenta mis opiniones	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
33	Desde que no bebo, habló más con mis amigos de mis problemas personales	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
34	El hecho de dejar de beber alcohol me ha servido para recuperar mi categoría profesional	No	Poco	Bastante	Mucho	Totalmente
35	Si tengo dificultades, mi familia me ayuda y me apoya	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
36	He podido reintegrarme fácilmente al grupo social al que pertenecía antes de beber alcohol	No	Poco	Bastante	Mucho	Totalmente

37	La ayuda de mi familia en la decisión de empezar el tratamiento, ha sido importante para mí	No	Poco	Bastante	Mucho	Totalmente
38	El hecho de tener trabajo me ha ayudado a mantenerme abstinentes	No	Poco	Bastante	Mucho	Totalmente
39	Desde que no bebo alcohol, tengo más ocupado el tiempo libre	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre

40	Puedo comentar con mi familia las ocasiones o situaciones en las que tengo ganas de beber alcohol	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
41	La gente interpreta mi alcoholismo como un vicio y no como una enfermedad	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
42	El hecho de que mi familia haya aprendido cosas sobre el alcoholismo durante el tratamiento, ha sido para mí	Mucho Peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho Mejor
43	Mis superiores o clientes han comentado la mejoría de mi rendimiento en el trabajo desde que no bebo alcohol	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
44	Vuelvo a sentirme como un miembro más de la familia entre mis parientes más próximos.	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre
45	La ayuda de mi familia ha sido importante para mí, para poder finalizar el tratamiento del alcoholismo.	Nunca	Pocas Veces	A Menudo	Casi Siempre	Siempre

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velazco, R.: Las adicciones, impactos y perspectivas, Secretaria de Salud, México D.F., 1994.
2. Organización Mundial de la Salud. La 58ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS.2005.
3. Dirección Nacional de Asistencia Social. Comisión Nacional de Salud Mental. Atención a las Adicciones en la Comunidad. La Habana.2007
4. González R y Galán G. El alcohol: la droga bajo la piel del cordero. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana [serie en Internet]. 2007 [citado 4 mayo 2011]; 4(3): Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0307/hph030707.html>
5. González R. Alcoholismo. Un abordaje integral. Editorial Oriente. Santiago de Cuba. 2004

6. Roca ME y Pérez M. Apoyo Social: su significado para la salud humana. Editorial Félix Varela. La Habana, 2000
7. Roca ME. Introducción a la Psicología Clínica. Editorial Félix Varela. La Habana, 2005
8. Roca ME. Psicología Clínica. Una visión general Editorial de Ciencias Médicas ENSPES, La Habana, 2007
9. García H., Verdecia RM y Fernández A. Estrategias de sostén de la abstinencia de alcohol en un grupo de dependientes rehabilitados. Rev. . Hosp. Psiquiát. de la Hab. 2011, 8 (1)
10. Guijarro A, Ramírez-Vila M, Salamero M (1990) Evaluación del Soporte social en pacientes alcohólicos, *Adicciones*; 2(3): 175-190
11. Bristol-Myers Scuibb. Instrumentos de evaluación en adicciones: Alcohol y Heroína. www.imago.es, 2006
12. González R. El consumo social y anormal de alcohol. Criterios para su diagnóstico por el médico de la familia. Rev. Medicina General. Integral. 1993; 9, 251- 257.
13. Fernández S. Factores que condicionan la Recaída en los alcohólicos. Propuesta en la prevención de Recaída. Trabajo de diploma. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana. 2006
14. Colectivo de autores. Teorías explicativas del alcoholismo. Disponible en: www.ucm.es/info/Psi/programasnew/507.htm
15. González R. Cómo enfrentar el peligro de las drogas. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2000.
16. García R, Garcés A, López M, y López EF. Caracterización sociofamiliar en un grupo de pacientes alcohólicos. Rev. Cubana. Med Gen Integr. 1997,13 (2)
17. Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona, España: Herder; 2004.
18. García H, Carpe SA, Rodríguez L, Govín CH, y Masjuan Y. Caracterización de los afrontamientos personales exitosos en pacientes con VIH” En: Rev. Hosp. Psiquiát. de la Hab. 2009; 5(3) Disponible en: http://www.psiquiatricohph.sld.cu/revista/portal_revhph.htm
19. González R. Las adicciones ante la luz de la ciencia y el símil. Editora Política. La Habana

[Licenciado en Psicología. Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor Titular. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.](#)

[Licenciado en Enfermería. Máster en Psicología de la Salud. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.](#)

Licenciado en Psicología. Sede Universitaria Municipal San Antonio de los Baños. Universidad Agraria de La Habana, Cuba.

Licenciada en Psicología. Sede Universitaria Municipal San Antonio de los Baños. Universidad Agraria de La Habana, Cuba.

Especialista de Primer Grado en Psiquiatría, Servicio Toxicomanías Hospital Psiquiátrico de la Habana.