

## **Bloqueos gestálticos, rasgos psicopatológicos y estilos de enfrentamiento en familiares de usuarios de drogas**

### **Gestaltic blocking, psychopathological traits and coping styles in drug user's family**

---

Francisco Antonio Calderón González  
Alberto Castro Valles  
María Elena Vidaña Gaytán  
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

#### **Resumen**

Sin duda, el consumo de drogas no solo afecta a quien consume, sino a quienes conviven con el usuario, de ahí que el propósito de este estudio fue obtener datos sobre las afectaciones, tanto físicas como psicológicas, propiciadas por dicha convivencia, a partir de una exploración de los bloqueos gestálticos propuestos desde la psicoterapia Gestalt, y los estilos de enfrentamiento que implementan los familiares de usuarios, frente al consumo de su ser querido. Se evaluaron dos grupos de 30 personas cada uno; el primero de familiares de usuarios de drogas, y el segundo sin familiares de drogas, el diseño fue transversal y los métodos cualitativos. Se aplicaron tres instrumentos: la Escala de síntomas SRT, la Escala de Bloqueos Gestálticos Castanedo-Munguía y el Cuestionario de Enfrentamiento CQ, los tres validados en población mexicana. Se obtuvieron altos niveles de fiabilidad de los instrumentos, aunado a correlaciones significativas, sobre todo en bloqueos gestálticos y rasgos psicopatológicos, además, diferencias significativas en cuanto a síntomas psicológicos y síntomas totales presentes en el grupo que cuentan con un familiar de usuario y aquellos que no. Los datos obtenidos permiten el diseño de una novedosa intervención psicoterapéutica, que incorpore los elementos de las intervenciones para familiares de usuarios, más utilizadas hasta el momento, de corte cognitivo conductual, e incorporar los elementos fundamentales del enfoque humanista para un tratamiento más integral.

*Palabras clave:* bloqueo, psicopatología, enfrentamiento, familiares, drogas.

---

#### Nota del autor

Francisco Antonio Calderón González, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Valle de Napa Nte, # 1809, Fracc. Reserva del Valle, C. P. 32546, tel. 656-6-384847, correo electrónico: psiccalderon@gmail.com

### Abstract

The consumption of drugs affects not only those who consume them, but also those who live with the consumer. The purpose of this study was to collect data of the physical and psychological effects of family members living with a drug user. Contact interruption, stemming from Gestalt psychotherapy theory, utilized by family members and their effect on their coping was investigated. Using a quantitative cross-sectional design, two different groups ( $n = 30$  each), were evaluated. The first group was composed of drug user family members and the second included family members without drug users. Three instruments previously validated in Mexican samples were used: the Symptom Scale (SRT), The Castanedo-Munguia Scale of Contact Interruptions, and the Coping Questionnaire (CQ). These instruments showed high reliability and results demonstrated significant correlations, especially between contact interruption and psychopathology symptom. Additionally, there were significant differences on psychological symptoms between the two groups. These results may inform the design of novel psychotherapeutic intervention that incorporate elements investigated in this study.

*Keywords:* contact interruptions, psychopathological traits, coping styles, family members, drugs.

Si bien, es ampliamente conocido el efecto del consumo de drogas en los usuarios, no siempre se visualiza el impacto psicológico y el conductual en los miembros no consumidores de la familia, que de acuerdo a Mattoo, Nebhinani, Basu y Kulhara (2013), es mayor en ellos (p. 705). Es decir, la convivencia con consumidores de alcohol o drogas, es un fuerte generador de estrés, no solo a corto, sino a largo plazo y con un alto nivel de impacto (Orford citado en Krishnan, Orford, Bradbury, Copello, & Velleman, 2001, p. 386). Dicha convivencia sitúa a los integrantes de la familia no consumidores, en un alto riesgo de padecer problemas de índole física, psicología, emocional y social, por el estrés generado (Orford, Bailey, & Andrade citados en Krishnan et al., 2001, p. 386). Por ejemplo, Morita, Naruse, Yoshioka, Nishikawa, Okazaki y Tsujimoto (2011), reportan que 20% de los familiares desarrollan desórdenes

mentales, que requieren una atención profesional (p. 538). El Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) reportó en su encuesta, realizada en la población adolescente mexicana, que 4.6% cuenta con un padre consumidor de drogas y 1%, de la madre. El 5.4% de los varones y 6.4% de las mujeres refieren contar con un hermano usuario de drogas (INPRFM, 2015, p. 49). Es importante tomar en cuenta lo reportado por Hussaarts, Roozen, Meyers, Van De Wetering y McCrady (2012), quienes afirman que cinco personas se encuentran directamente afectadas por cada abusador de alcohol o drogas (p. 43); incluso los niveles de angustia, tanto física como psicológica, son iguales entre los familiares de usuario y los consumidores. Entre las emociones más frecuentes experimentadas por los familiares de usuarios de drogas son la preocupación y ansiedad, sentirse indefenso y desesperado, depresivo, culpable, resentido y

enojado, en otras ocasiones surgen temores y, comúnmente, aislamiento (Orford, Velleman, Copello, Templeton, & Ibang, 2010, p. 10).

Quienes se encuentran particularmente afectadas son las esposas de consumidores, con frecuencia presentan insatisfacción en la relación, aunada a violencia en el hogar (Leonard, & Eiden citados en Sen, Víctor, & Saxena, 2016, p. 2). Por ejemplo, son de llamar la atención, los hallazgos reportados por Medina-Mora, Berenzon y Natera (en Centros de Integración Juvenil [CIJ], 2015), quienes encontraron que la violencia en contra de la pareja aumenta 3.3 veces, cuando el hombre se emborracha diariamente. Por lo general, las investigaciones que toman en cuenta a los familiares de usuario se enfocan en su descripción y dejan de lado las estrategias que implementan los miembros de la familia para abordar la adicción de su familiar (Nuño-Gutiérrez, & González-Forteza, 2004, p. 124). De la misma manera, las dificultades experimentadas por la familia ante el consumo de sustancias de uno de sus miembros, se relaciona con el nivel de tolerancia que se tiene frente a los diversos comportamientos del consumidor considerados como aberrantes (Steinglass citado en Mattoo et al., 2013, p. 705). Al existir una perspectiva histórica, donde se concibe la problemática del consumo de drogas como índole personal y no observarse desde una perspectiva social, se ha generado un descuido de los estudios de la problemática familiar (Mattoo et al., 2013, p. 705).

Orford, Velleman, Natera, Templeton y Copello (2013), puntualizan la notoriedad, con la cual, las diversas investigaciones en torno a la salud mental, pocas veces abordan la problemática de los familiares de usuarios de droga o alcohol (p. 71). Esto es relevante, ya que Copello y Orford (2002), afirman que a pesar del cúmulo de evidencia sobre la importancia del rol que juegan las familias en la atención de las adicciones, el foco de la atención se mantiene en el individuo que toma o abusa de drogas, relegando a un segundo plano las redes sociales de apoyo y el entorno familiar; en aquellos casos donde se brinda atención a familias o parejas, los servicios son muy especializados y las intervenciones, en su mayoría, son aquellas con los menores registros de efectividad (p. 97).

### **Bloqueos gestálticos, rasgos psicopatológicos y estilos de enfrentamiento**

Dentro de la terapia *Gestalt*, un pilar fundamental, son los mecanismos neuróticos, o también conocidos como bloqueos gestálticos; de acuerdo a Petit (2009), son procesos que nos permiten separarnos del dolor, que nos puede producir un rechazo o desamor, los cuales son de utilidad, sin embargo, su uso repetitivo o crónico los convierte en patológicos. Al respecto, Martín (2006) resalta que dichos bloqueos no se originan de manera espontánea, sino que su constitución se realiza de manera paulatina, durante el transcurso de la vida (p. 118). El instrumento de Bloqueos Gestálticos Castanedo-Mungía, nos brinda los resultados de seis bloqueos gestálticos. El primero de ellos es

la proyección, mecanismo que evita el contacto con la realidad y, por ende, en la relación con las demás personas (Castanedo-Secadas, 1997, p. 95). El segundo bloqueo se denomina introyección, el cual consiste en colocar dentro de nosotros algo ajeno, algo proveniente del exterior, que al no ser procesado simplemente se integra a nuestra personalidad (Castanedo-Secadas, 1997, p. 94).

Como tercer bloqueo tenemos la retroflexión, o bien, volver la hostilidad contra uno mismo en lugar de dirigirla a la fuente de la rabia y frustración (Castanedo-Secadas, 1997, p. 91). El cuarto de los bloqueos gestálticos se denomina confluencia, es conceptualizada como la indiferenciación de la persona y su entorno, es decir, se conceptualiza el sujeto y el ambiente como una sola unidad (Castanedo-Secadas, 1997, p. 90). El quinto bloqueos es el mecanismo de deflexión, el cual realiza un desvío de la conciencia presente con el objetivo de no permitir el contacto con la experiencia (Castanedo-Secadas, 1997, p. 91). En cuanto a la desensibilización, Castanedo Secadas (2002) manifiesta, que ésta ocurre cuando existe un impedimento del uso de los sentidos y las sensaciones (p. 379).

La *escala de síntomas SRT* facilita una exploración de la presencia de rasgos psicopatológicos, presentes en las personas evaluadas; el instrumento se compone de dos subescalas: síntomas físicos, incluye debilidad en el cuerpo, dolores de pecho, poco apetito, cansancio; y la segunda subescala incluye sintomatología, como tensión, preocupaciones, pensamientos fi-

jos, pérdida de interés, temores y poca memoria (Mora, Natera, & Andrade-Palos, 1994). Es de gran importancia señalar que la atención familiar es fundamental, ya que el proceso patológico, en el binomio familia-adicto, se encuentra implícito (Copello, & Orford citados en Valle-Rivadeneira, & Perales-Cabrera, 2010, p. 64).

En otro sentido, los estilos de enfrentamiento planteados por Orford, tienen origen en investigaciones en torno a el modelo estrés-enfrentamiento y salud, elaborados tanto por Lazarus y Folkman en 1984, como por Holmes y Rahe en (Orford et al., 2013). El modelo se centra en las diversas maneras en las que personas responden a las condiciones estresantes del entorno, como pudiera ser un prolongado desempleo, padecer enfermedades crónicas o vivir con un familiar que padezca dichas enfermedades; su aplicación se ha extendido a una gran variedad de problemáticas, como es el enfrentamiento al cáncer, familiares con demencia, y a familiares que viven con una persona con problemas de alcohol o drogas (p. 2). Existen altas correlaciones entre los mecanismos de enfrentamiento, que incluyen respuestas asociadas a la tolerancia e inacción y la presencia de sintomatología física en los familiares de usuarios (Natera, Mora, & Tiburcio, 2002, p. 112).

La posición tolerante es caracterizada por conductas, en las cuales se encubre o minimizan las consecuencias por el consumo (Natera, Orford, Tiburcio, & Mora citados en Marín-Navarrete, Templos-Núñez, & Larios-Chávez, 2011, p. 154). El enfrentamiento comprometido

do se caracteriza por los intentos que realiza el familiar para modificar el consumo inaceptable y excesivo de sustancias (Orford et al., 1998, p. 1989). En cuanto al enfrentamiento independiente o apartado, es caracterizado por un familiar que mantiene sus actividades normales, dentro de la familia, mediante lo cual logra una autoconfianza, autoestima y afecto para el usuario y él mismo (Natera, Orford, Tiburcio, & Mora citados en Marín-Navarrete et al., 2011, p. 155). La presente investigación se encuentra acorde con lo que se establece en la Norma Oficial Mexicana (Nom-028-SSA2-2009), la cual establece que los centros de atención a las adicciones promuevan la integración de los miembros de la familia en el proceso de tratamiento (p. 40).

### Método

En la presente investigación, con enfoque cuantitativo, de temporalidad transversal, se recolectaron datos en un periodo de quince días. No se utilizó laboratorio, los instrumentos fueron autoadministrados con un tiempo de respuesta de 20 minutos, a 21 familiares de usuarios, que acuden a visita de sus parientes en dos centros de rehabilitación en Ciudad Juárez; nueve son estudiantes universitarios en Ciudad Juárez, quienes también cuentan con familiares que abusan de drogas. Los familiares participaron de forma voluntaria, otorgando su consentimiento para participar en la investigación; el muestreo fue a conveniencia. También se conformó otra muestra con 30

estudiantes universitarios de Ciudad Juárez, que no cuentan con un familiar usuario de drogas, como muestra de contraste. El procedimiento de la aplicación de los tres instrumentos se realizó en un solo momento, con cada individuo. Se utilizó el programa estadístico *SPSS*, con el fin de realizar el análisis estadístico de los datos obtenidos; se efectuaron análisis descriptivos y de frecuencias, aunados a comparativas de medias. La presente investigación presenta la primera parte de un estudio más amplio, para el diseño, implementación y evaluación de una intervención humanista para familiares de usuarios de drogas.

### Instrumentos

Se aplicaron ficha sociodemográfica y tres instrumentos de evaluación: la Escala de síntomas SRT (Mora, Natera, & Andrade-Palos, 1994); la Escala de Bloqueos Gestálticos Castanedo-Munguía y el Cuestionario de Enfrentamiento CQ (Orford et al., 1998). La Escala de Síntomas SRT fue elaborada por Mora, Natera y Andrade Palos en 1994, basada en la escala creada por Kellner y Sheffield en 1993.

La Escala de Bloqueos Gestálticos, creada por Castanedo-Munguía, presentada por Munguía en 2016 y validada en población mexicana de ( $n=426$ ), tomando muestras de seis estados: Campeche, Chihuahua, Sinaloa, Guanajuato, Michoacán y Querétaro, cuenta con 48 reactivos, con opciones de respuesta tipo Likert, con valores de 0 a 4. La escala permite, obtener información de los bloqueos gestálticos presentes en un sujeto, los cuales se asocian a la neuro-

sis; la escala mide los siguientes bloqueos: desensibilización (ítems 2,8,14,20,26,32,38,44), proyección (ítems 5,11,17,23,29,35,41,47), introyectos (ítems 4,10,16,22,28,34,40,46), retroflexión (ítems 6,12,18,24,30,36,42,48), deflexión (ítems 3,9,15,21,27,33,39,45) y confluencia (ítems 1,7,13,19,25,31,37,43). De acuerdo a Munguía (2016), dichos bloqueos ocurren cuando el organismo, frente al entorno, no puede satisfacer su necesidad y no recupera su equilibrio (p. 723). La escala presenta un coeficiente alpha de  $\alpha = 0.895$  y presenta una correlación, altamente significativa entre los diversos bloqueos y la sintomatología psicopatológica, arrojada por otros instrumentos de medición, como el Symptom Checklist SCL-90, Cuestionario de trastornos de personalidad CTP-4, Fundamental Interpersonal Relations Orientations Behavior FIRO B, Inventario de Personalidad NEO-FFI, Deflection Scale y Trait Meta-Mood Scales TMMS (p. 724).

La interpretación de los resultados de cada uno de los bloqueos, se sitúa dentro de un rango, ya sea normal, moderado y riesgoso; los valores para la desensibilización es riesgo (14 a 32), para moderado de (7 a 13) y normal de (0 a 6); en el caso de la proyección riesgo (11 a 32), para moderado de (6 a 10) y normal de (0 a 5); la introyección riesgo (28 a 32), para moderado de (12 a 27) y normal de (0 a 11); la retroflexión, riesgo (18 a 32), para moderado de (9 a 17) y normal, de (0 a 8); deflexión, con un riesgo situado entre (17 a 32), para moderado de (10 a 16) y normal, de (0 a 9); y por último, la

confluencia, con riesgo (13 a 32), para moderado de (7 a 12) y normal de (0 a 6).

La escala de síntomas SRT brinda la posibilidad de una exploración de rasgos psicopatológicos, entre los cuales se incluye sintomatología, asociada a la somatización, depresión y ansiedad; tanto en el ambiente clínico, como la población en general. Dentro de las diversas áreas de aplicación del SRT, es la medición de modificaciones en el estado psicológico de pacientes, medición en experimentos, y la efectividad que proveen diversos tratamientos, tanto de índole psicoterapéutica como farmacológica, así como en estudios longitudinales, donde se busca una identificación de la evolución del paciente (Mora, Natera, & Andrade-Palos, 1994, p. 15).

La validez de la prueba en población mexicana se realizó en 1994 por Mora, Natera y Andrade-Palos con una población de ( $n= 338$ ). La prueba ha sido utilizada en el contexto de evaluación de efectividad de intervenciones dirigidas a familiares de usuarios en población mexicana por Tiburcio-Sainz y Natera-Rey (2003); Tiburcio Sainz y Natera Rey (2007); Natera Rey, Medina Aguilar, Callejas Pérez, Juárez y Tiburcio (2011). Por su parte, Calleja (2011) realizó una descripción de la validez de la prueba; obtuvo niveles altos de confiabilidad en las dos subescalas, síntomas físicos y síntomas psicológicos, aunados a la escala total.

La escala consta de 30 reactivos, los cuales se pueden puntuar con una frecuencia de (nunca = 0, algunas veces = 1 y a menudo = 2), se logra evaluar el malestar psicológico, comprendido

como un estado cambiante y transitorio, dividido en dos subescalas: síntomas físicos y psicológicos (Tiburcio-Sainz, & Natera-Rey, 2003 p. 51). Para la evaluación de la subescala de síntomas físicos, se suman los reactivos (1, 2,4,6,7,11,14,16,21,22,27,29,30) y la subescala de síntomas psicológicos, se suma el puntaje de los reactivos (3,5,8,9,10,12,13,15,17,18,19,20,23,24,25,26,28); los autores no describen rangos para la interpretación de las subescalas. Con el fin de obtener los resultados de una escala total, es decir, la sumatoria de las puntuaciones de todos los reactivos, se reporta el punto de corte de 25 puntos, lo cual refleja un mayor riesgo.

El Cuestionario de Enfrentamiento CQ (Orford et al., 1998), permite determinar la frecuencia en que la familia utiliza tres posturas de enfrentamiento al consumo excesivo de un miembro de la familia, involucramiento, retiro y tolerancia. El instrumento ha sido utilizado en población mexicana con el objetivo de medir los estilos de enfrentamiento y la efectividad de intervenciones en familias (Orford et al., 1998; Orford et al., 2001; Natera-Rey, & Tiburcio Sainz, 2007; Natera et al., 2011).

El enfrentamiento involucrado o comprometido se puntúa de la siguiente manera: (ítems 1,5, 6,7,9,11,13,16,17,21,25,26,28), tolerancia (ítems 3,4,10,14,20,23,24,27,30), y retiro o apartado (ítems 2,8,12,15,18,29); los reactivos (5 y 22) aportan negativamente a la subescala, por consiguiente se restan y, enseguida se suman 6, con el fin de eliminar resultados negativos. En los 30 reactivos que comprenden el instrumento, se

puntúa la frecuencia con la cual se utilizó en los últimos tres meses. Las puntuaciones comprenden de nunca = 0, una o dos veces = 1, algunas veces = 2, a una frecuencia = 3; en una muestra mexicana los índices de coeficiente de confiabilidad fueron de  $\alpha = .82$  y  $\alpha = .73$ , respectivamente (Tiburcio-Sainz, & Natera-Rey, 2003, p. 53). No se especifican rangos, para los resultados obtenidos.

## Resultados

Se aplicaron los instrumentos a un total de 60 personas, de las cuales, 30 son familiares de usuarios de drogas y el resto no tienen parientes consumidores, con el objetivo de validar la fiabilidad de los instrumentos y obtener información relevante para el diseño e implementación de una intervención humanista.

Cabe mencionar que la media de edad de los participantes fue de 36.8, con una desviación estándar de 13.55, entre un mínimo de 18, con un máximo de 72 años.

El análisis de fiabilidad del instrumento Cuestionario de bloqueos gestálticos, Castanedo-Munguía obtuvo un  $\alpha = .93$  con 48 elementos, en el total de 49 casos válidos como muestra. La prueba *KMO* obtuvo un nivel de .173 y el análisis de fiabilidad por rotación *Varimax* obtuvo 60% acumulado en seis factores, el primero de ellos con 20.74%, el segundo, 9.96%, el tercero, 8.65%, el cuarto, 8.59%, el quinto, 8.02%, y el sexto, 4.67%.

Tabla 1.  
*Características sociodemográficas de los familiares*

<b>Variables sociodemográficas</b>	<b>(%)</b>
<b>Grupo con familiar usuario de drogas</b>	
Sexo (n=30)	
Femenino	55.2
Masculino	44.8
Estado civil	
Soltero	50
Casado	33.3
Unión libre	10.0
Separado	6.7
Vive con el familiar usuario de drogas	
Sí	50
No	50
Parentesco con el usuario de drogas	
Hijo	48.3
Hermano	20.7
Abuelo	10.3
Padre	6.9
Primo	6.9
Tío	3.5
Pareja	3.4
Droga de impacto en familiares	
Alcohol	36.7
Cristal	36.7
Marihuana	10.0
Cocaína	10.0
Heroína	6.6
<b>Grupo sin familiar usuario de drogas</b>	
Sexo (n=30)	
Femenino	85.7
Masculino	14.3
Estado civil	
Soltero	82.8
Casado	10.3
Unión libre	6.9
Separado	



Los datos obtenidos de la Escala de bloqueos gestálticos, Castanedo-Munguía, obtenidos, tanto de los familiares de usuarios de drogas, como de las personas sin familiares usuarios de drogas, muestran que el único bloqueo gestáltico con diferencia significativa entre los grupos es la desensibilización con un  $.013$  de significancia bilateral.

El análisis de fiabilidad del instrumento: Cuestionario de síntomas SRT obtuvo un  $\alpha = .95$  con 30 elementos, en el total de 55 casos válidos como muestra. La prueba *KMO* obtuvo un nivel de  $.814$  y el análisis factorial de los dos componentes obtuvo un porcentaje de  $52.37$ . El primero de los componentes presenta  $26\%$  de la varianza y el segundo,  $25.7\%$ .

El análisis de prueba *t*, de muestras independientes, indica que hubo una diferencia importante, en cuanto a síntomas psicológicos, entre el grupo con familiar de usuario de drogas ( $M= 14.23$ ;  $DE= 8.85$ ) y el grupo sin familiar usuario de drogas ( $M= 9.07$ ;  $DE= 5.53$ );  $t(58) = 2.71$ ,  $p < .01$ . En cuanto a síntomas totales, la diferencia fue significativa, entre el grupo con familiar de usuario de drogas ( $M= 24.73$ ;  $DE= 14.73$ ) y el grupo sin familiar usuario de drogas ( $M= 17.10$ ;  $DE= 10.09$ );  $t(58) = 2.34$ ,  $p < .05$ . No hubo diferencias entre los grupos con respecto a los síntomas físicos.

El análisis de fiabilidad del instrumento: “Cuestionario de enfrentamientos”, obtuvo un  $\alpha = .91$ , con 30 elementos, en el total de 24 casos válidos como muestra, Se realizó un análisis

factorial, con rotación varimax, obteniendo en los tres factores,  $54.02\%$  total de varianza; el primer componente representó  $26.34\%$ , el segundo,  $13.99\%$ , y el tercero,  $13.68\%$ ; se encontró concordancia entre los componentes reportados por los autores.

El estilo de enfrentamiento comprometido, representó  $36.7\%$  en un nivel alto, el  $40.0\%$  presentó nivel medio, y  $23.3\%$ , nivel bajo; en cuanto al enfrentamiento tolerante, un  $3.3\%$  presentó un alto nivel de enfrentamiento tolerante,  $50\%$  presentó nivel medio y un  $46.7\%$ , nivel bajo. Los resultados del enfrentamiento apartado indican que  $13.3\%$  presentó nivel medio y  $86.7\%$ , nivel bajo.

Se efectuó el análisis de correlación de los resultados arrojados por la aplicación de los instrumentos: Escala de bloqueos gestálticos, Castanedo-Munguía, el Cuestionario de Enfrentamiento CQ y Escala de síntomas SRT, con fuertes niveles de correlación, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2.

Matriz de correlación de Pearson

	Proyección Introyecto	Deflexión	Desensibilización	Confluencia	Síntomas totales	SPSI	SFIS	ENTO	
RET	.73**	.56**	.48**	.71**	.43**	.45**	.40**	.47**	.30 <sup>ns</sup>
PRO	-	.59**	.46**	.70**	.52**	.28*	.27*	.27*	.42* (r = 28)
INT	-	.46**	.44**	.33*	.09 <sup>ns</sup>	.61 <sup>ns</sup>	.49 <sup>ns</sup>		-.007 <sup>ns</sup>
DEF	-	-	.54**	.54**	.21 <sup>ns</sup>	.16 <sup>ns</sup>	.26*		.19 <sup>ns</sup>
DES	-	-	-	.53**	.33**	.32*	.32*		.57** (r=28)
CON	-	-	-	-	.28*	.24 <sup>ns</sup>	.29*		.14 <sup>ns</sup>
ST	-	-	-	-	-	.96**	.94**		.29 <sup>ns</sup>
						(r= 58)	(r= 58)		
SP	-	-	-	-	-	-	0.83**		.26 <sup>ns</sup>
							(r= 58)		
EC	-	-	-	-	-	-	.29 <sup>ns</sup>		.74**

Nota 1: \* significativo P = 0.05, \*\* Significativo P = 0.01, ns: No significativo P > 0.05

Nota 2: r= 57 excepto cuando se indica

Nota 3: RET= retroflexión; PRO= proyección-; INT= introyección; DEF= deflexión; DES= desensibilización; CON= confluencia; ST= síntomas totales; SP= síntomas psicológicos; EC= enfrentamiento comprometido

Nota 4: SPSI= síntomas psicológicos; SFIS= síntomas físicos; ENTO= enfrentamiento tolerante

## Discusión

En los tres instrumentos aplicados se encontraron altos niveles de fiabilidad, además de haberse confirmado los componentes propuestos por los autores de cada uno de los instrumentos. Los resultados de la aplicación de instrumentos proveen datos estadísticamente significativos sobre la correlación entre bloqueos gestálticos y rasgos psicopatológicos, corroborando lo propuesto por Munguía (2016), acerca de la existencia de una asociación entre bloqueos gestálticos y psicopatología (tabla 2).

Se muestran también diferencias significativas, en cuanto a los síntomas totales y síntomas

psicológicos presentes en familiares con usuarios de drogas y aquellos que no cuentan con familiares consumidores, similar a lo referido por autores como Copello, Velleman y Templeton (2005), quienes afirman que el impacto producido por quienes consumen algún tipo de droga o alcohol puede llegar a ser significativamente perjudicial para los miembros de una familia, quienes tenderán a manifestar con asiduidad elevados niveles de síntomas físicos y psicológicos. Dichos autores se basan en sus propios estudios y en estudios previos como el elaborado por Svenson, Forster, Woodhead y Platt en 1995, quienes compararon dos grupos, uno con familiares de usuarios de drogas y otro sin familiares usuarios

de drogas, de su investigación resultó que en el primero de ellos utilizaban más los servicios de salud y presentaban más patologías que la población en general, dichas patologías se relacionaban con el estrés, trauma y problemas mentales.

De la misma forma que autores como Krishnan, Orford, Bradbury, Copello y Velleman (2001); Sen, Víctor y Saxena (2016); Mattoo y colaboradores (2013), enfatizan las consecuencias en la salud de los familiares de usuarios de drogas, en la presente investigación registró mayor prevalencia de sintomatología psicológica, en la población con familiares de usuarios.

También se observaron en la población evaluada, niveles bajos de enfrentamiento apartado, asociados a una mayor sintomatología psicológica y niveles altos de enfrentamiento comprometido y tolerante, asociado, a su vez, con un mayor estrés (Orford, Templeton, Velleman, & Copello, 2005; Natera et al., 2011; Mackenzie, Best, Savic, & Hunter, 2015).

Siguiendo la recomendación realizada por Doba, Nandrino, Dodin y Antoine (2014), quienes señalamos la importancia de investigar los diversos niveles de las perturbaciones familiares que permitan adaptar técnicas terapéuticas a los trastornos adictivos y el desarrollo de recursos en el sistema familiar (p. 114), consideramos que los resultados de la presente investigación aportan datos relevantes para el diseño de una intervención de corte humanista, ya que se observan correlaciones significativas con elementos pertenecientes a dicha corriente, como son los bloqueos gestálticos, y elementos

de abordaje, predominante en el tratamiento de familiares de usuarios, como son los síntomas psicológicos y los estilos de afrontamiento, pertenecientes a un enfoque cognitivo conductual.

## Referencias

- Calleja, N. (2011). *Inventario de escalas psicosociales en México 1984-2005*. México, DF: Universidad Autónoma de México.
- Castanedo-Secadas, C. (1997). *Terapia Gestalt Enfoque centrado en el aquí y ahora*. España: Herder.
- Castanedo-Secadas, C. (2002). *Terapia Gestalt Enfoque centrado en el aquí y ahora*. España: Herder.
- CIJ Centros de integración juvenil. (2015). *Consumo de drogas: Riesgos y Consecuencias*. México, DF: CIJ.
- Copello, A., & Orford, J. (2002). Addiction and the family: is it time for services to take notice of the evidence?. *Addiction*, 97(11), 1361-1363.
- Copello, A. G., Velleman, R. B., & Templeton, L. J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24, 369-385.
- Doba, K., Nandrino, J. L., Dodin, V., & Antoine, P. (2014). Is there a family profile of addictive behaviors? Family functioning in anorexia nervosa and drug dependence disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 70(1), 107-117.

- Hussaarts, P., Roozen, H. G., Meyers, R. J., Van De Wetering, B. J. M., & McCrady, B. S. (2012). Problem areas reported by substance abusing individuals and their concerned significant others. *American Journal on Addictions*, 21(1), 38-46.
- INPRFM Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente. (2015). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas*. México: DF: INPRFM.
- Krishnan, M., Orford, J., Bradbury, C., Copello, A., & Velleman, R. (2001). Drug and alcohol problems: the user's perspective on family member's coping. *Drug and Alcohol Review* 20, 385-393.
- Mackenzie, J., Best, D., Savic, M., & Hunter, B. (2015). *Evaluating the effectiveness of support programs for family members affected by a relative's substance use*. Fitzroy, Victoria, Australia: Commonwealth Department of Health. Recuperado de <http://www.sharc.org.au/wp-content/uploads/2015/11/FDH-Evaluation-Final-17-11-15.pdf>
- Martín, A. (2006). *Manual práctico de Psicoterapia Gestalt*. España: Desclée de Brouwer.
- Marín-Navarrete, R., Templos-Núñez, L., & Larios-Chávez, L. (2011). Codependencia: una revisión de sus distintas aproximaciones en México. En M. Romero Mendoza, M. Medina Mora, y C. Rodríguez Ajenjo. *Mujeres y adicciones* (pp. 127-159). México: CENAD-IC, Secretaría de Salud.
- Mattoo, S. K., Nebhinani, N., Basu, D., & Kulhara, P. (2013). Family burden with substance dependence: a study from India, *The Indian Journal of Medical Research*. 137, 704-711.
- Mora, J., Natera, G., & Andrade-Palos, P. (1994). Escala de Síntomas "Symptom Rating Test" (SRT) en estudiantes mexicanos de nivel medio superior. *Salud Mental*, 17(3), 15-23.
- Morita, N., Naruse, N., Yoshioka, S., Nishikawa, K., Okazaki, N., & Tsujimoto, T. (2011). Mental health and emotional relationships of family members whose relatives have drug problems. *Japanese Journal of Alcohol Studies & Drug Dependence*, 46(6), 525-541.
- Natera, G., Mora, J., & Tiburcio, M. (2002). Experiencia de las mujeres frente al abuso de alcohol y drogas de sus familiares. En M. Lara y N. Salgado. *Cálmense, son sus nervios, tomes un tecito. La salud mental de las mujeres mexicanas* (pp. 105-130). México, DF: Editorial Pax México
- Natera-Rey, G., & Tiburcio-Sainz, M. (2007). Tailoring an intervention model to help indigenous families cope with excessive drinking in central Mexico. *Salud Mental*, 30(6), 32-42.
- Natera-Rey, G., Medina-Aguilar, P. S., Callejas-Pérez, F., Juárez, F., & Tiburcio, M. (2011). Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena en México. *Salud Mental*, 34(3), 195-201.

- Norma Oficial Mexicana. NOM-028-SSA2-2009. *Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>
- Nuño Gutiérrez, B. L., & González, C. (2004). La representación social que orienta las decisiones paternas al afrontar el consumo de drogas de sus hijos. *Salud Pública de México*, *46*, 123-131.
- Nuño-Gutiérrez, B. L., & González, C. (2004). La representación social que orienta las decisiones paternas al afrontar el consumo de drogas de sus hijos. *Salud Pública de México*, *46*, 123-131. ISSN 0036-3634. Recuperado de <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=10646206>
- Munguía, G. (2016). *Escala de bloqueos gestálticos Castanedo-Munguía*. En Memorias del XXIV Congreso Mexicano de Psicología. México: Del Río Portilla, I., pp. 723-724.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C... Velleman, R. (1998). Tolerate, engage or withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in south west England and Mexico City. *Addiction*, *93*(12), 1799-1813.
- Orford, J., Natera, G., Velleman, R., Copello, A., Bowie, N., Bradbury, C., Davies, J... Tiburcio, M. (2001). Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*, *96*(4), 761-774.
- Orford, J., Templeton, L., Velleman, R., & Copello, A. (2005). Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: A set of standardized questionnaires for assessing stress, coping and strain. *Addiction*, *100*(11), 1611-1624.
- Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L., & Ibang, A. (2010). The experiences of affected family members: a summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *17* (s1). pp. 44-62.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science and Medicine*, *78*(1), 70-77.
- Petit, M. (2009). *La terapia Gestalt*. España: Editorial Kairós.
- Sen, S. K., Víctor, R., & Saxena, K. (2016). Family burden in alcohol dependence: A study in north - eastern India. *International Journal of Medical Science and Public Health Online*, *5*(12), 2402-2409.
- Svenson, L. W., Forster, D. I., Woodhead, S. E., & Platt, G. H. (1995). Individuals with a chemical-dependent family member. Does their health care use increase? *Canadian family physician*, *41*, 1488-1493.
- Tiburcio-Sainz, M., & Natera-Rey, G. (2003). Evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas. Un estudio Piloto. *Salud Mental*, *26*(5), 33-52.

- Tiburcio-Sainz, M., & Natera-Rey, G. (2007). Adaptación al contexto ñahñú del Cuestionario de Enfrentamientos (CQ), la Escala de Síntomas (SRT) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). *Salud Mental*, 30(3), 48-58.
- Valle-Rivadeneira, R. E., & Perales-Cabrera, A. (2010). La familia en la prevención de la adicción de sustancias psicoactivas. *Anales de la facultad de Medicina*, 71(1), 63-64.

Recibido: 20/04/2018

Revisado: 25/05/2018

Aceptado: 21/07/2018