

El papel del apoyo familiar y el estatus socioeconómico sobre la **salud mental** y la desregulación emocional en usuarios de **Comunidad Terapéutica**

En el contexto actual, comprender las variables de salud mental se vuelve fundamental para abordar de manera efectiva las adicciones. Este estudio se centró en examinar cómo el apoyo familiar y el estatus socioeconómico influyen en factores como la ansiedad, la depresión, la desregulación emocional y la asertividad en individuos en tratamiento por adicciones en una comunidad terapéutica del Proyecto Hombre en Burgos.

Resumen:

Numerosos estudios destacan la importancia del apoyo familiar y el estatus económico en la recuperación de adicciones. Según Farhoudian et al. (2022), el apoyo familiar es fundamental porque influye en la motivación de las personas en tratamiento y en su permanencia en programas de tratamiento (Hong et al., 2021; Bravo et al., 2019). Además, la familia actúa como un factor de protección contra la recaída en trastornos por uso de sustancias (TUS) (Grigsby et al., 2023). Este apoyo es crucial para abordar factores subyacentes como el estrés y la ansiedad, permitiendo un enfoque integral en el tratamiento (Clay, 2008).

El estatus socioeconómico también se ha identificado como un factor relevante en el proceso de recuperación. Su influencia se observa en el acceso a tratamientos y en la calidad de atención recibida (Rapp et al., 2006; Farag et al., 2012; Lv & Zhu, 2014). Los usuarios y usuarias con un estatus socioeconómico bajo suelen perci-

bir más barreras en su recuperación (Siddharth et al., 2021). La relación entre estas variables y las habilidades sociales se ha documentado en personas con problemas de adicciones que reciben tratamiento ambulatorio (Farhoudian et al., 2022).

La prevalencia de problemas de salud mental, como la depresión y ansiedad, es alta entre quienes reciben tratamiento por adicciones. Se estima que alrededor del 32% padece depresión y el 30% presenta ansiedad (Inchausti et al., 2016). Babaie & Razeghi (2013) encontraron que quienes carecen de apoyo familiar tienen una mayor probabilidad de sufrir estos problemas. Además, el bajo estatus socioeconómico puede agravar los trastornos mentales concurrentes a los TUS (Aschengrau et al., 2021).

En pacientes con antecedentes de recaídas, los síntomas depresivos y ansiosos tienden a empeorar con el tiempo, mientras que el apoyo familiar y el estatus económico disminuyen (Daigre et al., 2019). Sin embargo, hay escasez de estudios sobre la relación entre estas variables



en comunidades terapéuticas. Dada la creciente gravedad de los síntomas emocionales en esta población, es crucial investigar cómo el apoyo familiar y el estatus socioeconómico afectan su salud mental.

El apoyo familiar y un entorno socioeconómico favorable son pilares fundamentales en la búsqueda de la salud mental; como un faro en la tormenta, guían a quienes enfrentan las adicciones hacia la calma y la recuperación. Estos elementos no solo mitigan la ansiedad y la depresión, sino que también fortalecen la asertividad y el bienestar emocional. Al reconocer que cada individuo es parte de un sistema más amplio, se hace evidente que el camino hacia el bienestar es más efectivo cuando se recorre en compañía, promoviendo así una transformación integral que va más allá de la simple abstinencia

La asertividad, definida como la habilidad para expresar pensamientos y sentimientos respetuosamente (Omura, 2017), también ha sido poco estudiada. Ozechowski & Waldron (2010) encontraron que un buen apoyo familiar puede aumentar los niveles de asertividad durante el tratamiento. En cuanto a la relación entre estatus económico y asertividad, Lv & Zhu (2014) observaron que la pobreza se asocia con niveles más bajos de asertividad.

Dada la falta de investigación homogénea sobre estos temas, este estudio busca profun-

dizar en cómo los factores sociodemográficos influyen en la salud mental, asertividad y regulación emocional de personas con adicciones en comunidades terapéuticas.

Muestra y método:

La investigación se centra en un total de 248 personas de entre 23 y 60 años que han recibido o están recibiendo tratamiento por adicciones en la comunidad terapéutica de Proyecto Hombre Burgos durante los últimos ocho años. De estos participantes, el 85% son hombres, con una edad promedio de 35,04 años y una desviación estándar de 7,28 años. El tiempo promedio que los participantes han estado en tratamiento es de cinco meses, con una desviación estándar de 0,83 meses. Durante los primeros seis meses del tratamiento, todos los participantes completaron los instrumentos de evaluación diseñados para el estudio.

La participación fue completamente voluntaria, asegurando la confidencialidad y el anonimato de cada individuo involucrado. La muestra se dividió en dos submuestras: la primera consistió en 80 personas que estaban en tratamiento durante el último año y que respondieron a un formulario diseñado específicamente para recopilar datos sociodemográficos. La segunda submuestra incluyó datos ya recopilados de 168 sujetos a lo largo de siete años anteriores mediante diversas pruebas aplicadas durante su tratamiento.

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado que les explicaba que sus datos podrían ser utilizados con fines de investigación. Este enfoque permite obtener una comprensión más profunda del tratamiento y la efectividad del programa en Proyecto Hombre Burgos, contribuyendo así a mejorar las intervenciones para aquellos que luchan contra las adicciones.

Datos descriptivos

La Tabla 1 muestra algunas de las características sociodemográficas de los participantes.

Tabla 1

Análisis descriptivos muestra

Medidas	
Edad ^a	35,07±7,31
Apoyo familiar (%)	
Si apoyo familiar	51
No apoyo familiar	49
Tiempo en tratamiento ^{a b}	4,86±0,81
Ingresos mensuales (%)	
Con ingresos mensuales	34,5
Sin ingresos mensuales	65,5
Sustancia principal (%)	
Cocaína	62,2
Alcohol	14,9
Opiáceos	10,8
Otras conductas adictivas	12,1

Nota. ^a = Media ± Desviación Típica; ^b = Meses

■ Tabla 1: Características sociodemográficas de los participantes.

Todos los participantes completaron diversos instrumentos de evaluación durante los primeros seis meses de tratamiento. Se diseñó un cuestionario ad hoc para recopilar datos sociodemográficos, incluyendo edad, sexo, estado civil, nivel académico, situación laboral, ingresos mensuales, tiempo en tratamiento y apoyo familiar. La desregulación emocional se evaluó mediante la versión española de la Escala de Regulación Emocional DERS, que mostró buena consistencia interna ($\alpha = 0,75$). Para medir la ansiedad, se utilizó el Cues-

nario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), con excelentes índices de fiabilidad ($\alpha = 0,964$ para ansiedad estado y $\alpha = 0,927$ para ansiedad rasgo). La depresión fue evaluada a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), que también demostró buena consistencia interna ($\alpha = 0,76$). Finalmente, la asertividad se midió con el Inventario de Rathus adaptado al español, mostrando un alto índice de fiabilidad ($\alpha = 0,91$). Estos instrumentos permiten una evaluación integral del bienestar emocional de los participantes en tratamiento

Tabla 2

Correlaciones entre las variables del estudio

2

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Apoyo familiar	1											
2. Ingresos económicos	-.460**	1										
3. DERS escala global	.794**	-.478**	1									
4. Atención y desatención DERS	.518**	-.335**	-.690*	1								
5. Claridad y confusión DERS	.705***	-.348**	-.898*	-.698*	1							
6. Aceptación y rechazo DERS	.759**	-.390**	-.962***	-.592*	-.882***	1						
7. Funcionamiento e interf. DERS	.741**	-.525**	-.940***	-.614**	-.770**	-.865*	1					
8. Regulación y descontrol DERS	.783**	-.509*	-.450*	-.564*	-.798**	-.903***	-.921*	1				
9. STAI (ansiedad estado)	.842***	-.454*	-.767**	-.559*	-.660*	-.708**	-.727**	-.763***	1			
10. STAI (ansiedad rasgo)	.849***	-.437*	-.767**	-.579*	-.652*	-.698**	-.749**	-.757***	-.948***	1		
11. BDI-II (depresión)	.881***	-.405**	-.742**	-.537*	-.694**	-.714**	-.659**	-.718**	-.890**	-.900***	1	
12. Rathus (asertividad)	-.037	-.012	-.170	-.202	-.185*	-.196	-.139	-.114	-.088	-.130	-.156	1

Nota. DERS= Difficulties in Emotion Regulation Escale; BDI-II= Beck Depression Inventory-Second Edition; STAI= State-Trait Anxiety Inventory

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Tabla 2: Variables del estudio e instrumentos utilizados

Las variables de apoyo familiar e ingresos económicos actuaron como las variables independientes del estudio, mientras que las variables de salud mental (depresión, ansiedad), los niveles de asertividad) y la disregulación emocional actuaron como variables dependientes.

Se utilizaron varios análisis estadísticos para analizar y comprobar las diferentes relaciones entre variables. En primer lugar, se utilizó el análisis de correlación de Pearson para realizar un análisis preliminar entre la relación de las variables independientes con las variables dependientes. Se realiza la prueba t de Student (tras considerar la prueba de Levene de homogeneidad de varianzas) para comprobar si existen diferencias entre las personas en tratamiento con y sin apoyo familiar en las puntuaciones de depresión, ansiedad, asertividad y las diversas subescalas de regulación emocional. Los tamaños del efecto para las comparaciones significativas fueron calculados con el estadístico eta cuadrado parcial (η^2) para el caso de las pruebas t de Student de muestras independientes. Por último, se realizó una regresión lineal entre la variable independiente de ingresos del individuo con las variables dependientes para comprobar si existían diferencias significativas.

El nivel de confianza establecido para todos los análisis fue del 95% y el paquete estadístico

co empleado fue el SPSS (V25; SPSS, Inc., Chicago, IL).

Resultados y conclusión:

Los resultados revelan que la falta de apoyo familiar se asocia con un aumento en los niveles de ansiedad, depresión y disregulación emocional, aunque no se observan diferencias en la asertividad entre aquellos con y sin este tipo de apoyo. En particular, la depresión, medida con la escala BDI-II, es la variable más afectada, mostrando puntuaciones graves en personas en tratamiento sin apoyo familiar ($\eta^2 = .38$), superando valores significativos de estudios anteriores (Boden & Fergusson, 2011). Esto resalta la importancia del apoyo familiar durante el tratamiento (Grigsby et al., 2023).

Además, se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad, tanto estado como rasgo. En cuanto a la disregulación emocional, los usuarios y usuarias que reportaron apoyo familiar obtuvieron mejores resultados en general, lo que coincide con hallazgos en tratamientos ambulatorios (Alsheikh et al., 2020). Sin embargo, no se encontraron resultados significativos en relación a la asertividad, sugiriendo que futuras investigaciones deberían profundizar en esta área y sus implicaciones clínicas. Esta discrepancia podría deberse a que los participantes llevaban un máximo de seis meses en tratamiento

to, periodo durante el cual otros estudios han indicado un aumento en la asertividad (Vallejo-Medina & Sierra, 2015).

Otro aspecto relevante es el contexto sociocultural de la muestra, que podría influir en los valores de asertividad (Haghparast et al., 2021). Dado que la mayoría de los participantes presenta problemas relacionados con el consumo de cocaína, es posible que esto contribuya a niveles más bajos de asertividad observados. En resumen, estos hallazgos refuerzan la necesidad de considerar factores externos como el apoyo familiar y las características socioeconómicas al abordar la salud mental en comunidades terapéuticas para adicciones.

El estudio presenta resultados prometedores sobre la influencia del apoyo familiar y el estatus socioeconómico en la regulación emocional, ansiedad y depresión de personas en tratamiento en comunidades terapéuticas, pero enfrenta varias limitaciones. Primero, la potencia estadística podría mejorar con grupos más homogéneos respecto a las sustancias consumidas, como alcohol o cocaína. Además, existe un sesgo por la falta de contraste en medidas autoinformadas, como el apoyo familiar y los ingresos. La muestra se compone de individuos en etapas iniciales de tratamiento residencial, lo que restringe la generalización de los resultados a otros perfiles con fases más avanzadas.

Asimismo, no se ha considerado si los participantes habían tenido recaídas anteriores, lo que podría influir en los datos de asertividad. Es importante señalar que el apoyo familiar es una percepción del paciente, que a veces no refleja la realidad. La duración limitada del seguimiento y la complejidad de los procesos de recuperación también son aspectos relevantes. El diseño transversal del estudio impide establecer relaciones de causa-efecto entre las variables analizadas, ofreciendo solo una instantánea del momento.

En conclusión, a pesar de estas limitaciones, el apoyo familiar y el estatus socioeconómico son elementos clave que afectan el bienestar emocional de las personas en tratamiento en comunidad terapéutica. Por ello, es esencial considerar estas variables al desarrollar intervenciones eficaces. La ausencia de apoyo familiar o un bajo nivel de ingresos deberían alertar a los clínicos para realizar evaluaciones más exhaustivas y adaptar los tratamientos según las necesidades específicas de cada usuario en comunidades terapéuticas.

Bibliografía

