



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANÍSTICAS Y SOCIALES**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**MODALIDAD**  
**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**  
**TESIS DE GRADO**  
**PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE**  
**PSICÓLOGO CLÍNICO**

**TEMA:**

FAMILIA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN MUJERES  
DROGODEPENDIENTES DEL CENTRO ESPECIALIZADO EN EL  
TRATAMIENTO A PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE  
ALCOHOL Y OTRAS DROGAS CETAD "MARANATHA" DE PORTOVIEJO EN  
EL AÑO 2020

**AUTORES:**

CEDEÑO BENALCÁZAR MARIA ALEJANDRA

VERA GUERRERO ANGIE YUSTINI

**TUTOR**

LEONOR ALEXANDRA RODRÍGUEZ ALAVA PhD

## ÍNDICE

<b>CAPITULO I</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Introducción/ planteamiento del problema</b> .....	<b>7</b>
1.2. Antecedentes.....	8
1.3. Justificación .....	9
1.4. Objetivos .....	11
1.4.1. General.....	11
1.4.2. Específicos.....	11
1.5. Hipótesis.....	11
<b>CAPITULO II</b> .....	<b>12</b>
<b>Marco teórico</b> .....	<b>12</b>
2.1. Funcionalidad familiar .....	12
2.1.1. Definiciones de familia, estructura, tipos y funcionamiento familiar .....	12
2.1.2. Tipos de familia .....	15
2.1.3. Características y elementos de la funcionalidad familiar .....	19
2.1.4. Funciones de la familia .....	20
2.1.5. Funcionamiento familiar saludable .....	21
2.2. Disfuncionalidad familiar .....	21
2.2.1. Características de las familias disfuncionales.....	22
2.2.2. Causas de la disfuncionalidad familiar .....	23
2.2.3. Consecuencias de la disfuncionalidad familiar .....	24
2.3. Sustancias psicoactivas .....	25
2.3.1. Definición, características y tipos de sustancias psicoactivas .....	25
2.3.2. Proceso de drogodependencia .....	26
2.3.3. Factores de riesgo .....	26
2.3.4. Factores de protección.....	27
2.3.5. Género y edad en el consumo de sustancias .....	28
2.3.6. Tratamiento en adicciones .....	28
2.3.7. La familia y las adicciones .....	30
2.3.8. Efectos de la droga en la familia.....	30
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>32</b>
3.1 Metodología .....	32
3.1.1 Identificación de las variables .....	32
3.1.1.1 Variable independiente.....	32
3.1.1.2 Variable dependiente .....	32
3.2 Tipo de estudio .....	32

<b>3.3 Métodos, técnicas e instrumentos .....</b>	<b>32</b>
<b>3.3.1 Métodos .....</b>	<b>32</b>
<b>3.3.2 Técnicas e instrumentos .....</b>	<b>32</b>
<b>3.3.2.1 Técnicas .....</b>	<b>32</b>
<b>3.3.2.2 Instrumentos.....</b>	<b>33</b>
<b>3.4 Población.....</b>	<b>33</b>
<b>3.5 Recursos .....</b>	<b>33</b>
<b>3.5.1 Talento humano.....</b>	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>35</b>
<b>4.1. Análisis e interpretación de resultados .....</b>	<b>35</b>
<b>4.2. Comprobación de los objetivos e hipótesis .....</b>	<b>48</b>
<b>CAPITULO V .....</b>	<b>49</b>
<b>6. Referencias bibliográficas .....</b>	<b>50</b>
<b>7. Cronograma .....</b>	<b>55</b>
<b>8. Anexos.....</b>	<b>59</b>

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo lo dedico a Dios, por ser mi guía en el camino, por darme la fuerza y voluntad para seguir firme en mis convicciones cada día y lograr todo cuanto he podido alcanzar.

A mi madre Rosa Benalcázar, por ser siempre mi ejemplo diario, por su lucha incansable que me brinda fuerza y determinación para alcanzar mis objetivos, de quien aprendí que las metas en la vida tienen que trabajarse con constancia y esfuerzo diariamente para cumplirlas, por ser motivación en todo mi proceso estudiantil y por su apoyo incansable, a la persona que valoro, admiro, y respeto por su calidad como ser humano, este logro se lo dedico.

A mis hermanas, por ser mi apoyo incondicional siempre en cada proceso de mi vida y formación, por el valor que me dan, por ser mi ejemplo y mostrarme el tipo de profesional que aspiro ser.

A mi pareja por el apoyo que me ha brindado, por enseñarme lo importante que es ser paciente y que la espera vale la pena.

A todos quienes han contribuido en mi proceso de vida y formación profesional, a esas personas especiales que han creído en mí y me han brindado su apoyo constante, a todos ellos dedico este trabajo.

*María Alejandra Cedeño Benalcázar*

## **DEDICATORIA**

Esta tesis va dedicada a mis padres Alfredo y Zoila quienes con su esfuerzo, amor, y paciencia me dieron uno de los mejores regalos que es haberme ayudado a cumplir mi sueño de convertirme en una profesional.

Y quiero hacer una dedicatoria especial en memoria de mi abuela Gladys Vélez quien hasta en sus últimos días de vida fue un apoyo incondicional en todos los ámbitos de mi vida.

A mis tíos Shirley y Mauro que siempre estuvieron presentes brindándome un lugar en su hogar, apoyándome incondicionalmente en mi proceso y me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más.

A mis hermanos que han sido un pilar fundamental por su cariño, carisma y palabras de aliento en mi vida.

Y a todas las personas que de alguna u otra manera han aportado cosas positivas a mi vida y que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano de calidad y calidez.

*Angie Vera Guerrero*

## **AGRADECIMIENTO**

Con salud, fuerza, entusiasmo y perseverancia los sueños se hacen realidad. Agradecemos profundamente a Dios por ser nuestro soporte y fortaleza en los momentos de dificultad y debilidad, que nos permitió culminar nuestros estudios y alcanzar esta importante meta en nuestra vida.

A nuestras familias, que contribuyen constantemente en nuestro desarrollo como personas, quienes gracias a sus esfuerzos nos brindaron en todo momento apoyo incondicional para continuar nuestro proceso de formación, y a día de hoy a alcanzar nuestras metas.

A cada uno de los y las docentes por habernos compartido sus conocimientos, por su predisposición y confianza a lo largo de la preparación en nuestra profesión, gracias a su contribución han hecho de nosotras unas profesionales de calidad.

A nuestra tutora, PhD Alexandra Rodríguez Álava un agradecimiento total, por la enseñanza, paciencia y orientación en el desarrollo de este proyecto

A nuestros amigos y demás personas por su colaboración y paciencia, por estar en los momentos más importantes de nuestra vida. A todos ellos un agradecimiento profundo.

*Las autoras*

## CAPITULO I

### 1. Introducción/ planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) define a la familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial.

La funcionalidad familiar determina de manera exacta e indiscutible la forma en la que funcionan las familias, puesto que, al haber diversos tipos de familias, su funcionamiento varía por muchos factores, entre ellos, los agentes externos e internos, ya que en este apartado no se aspira descubrir las características del funcionamiento familiar universal, sino una similitud al funcionamiento de las familias en general (Suárez, 2013).

Por lo tanto, la familia constituye un ámbito de suma importancia, elemento fundamental para el desarrollo emocional, psicológico y social de los miembros que la integran, siendo importante las relaciones familiares que en ellas se establecen, ya que estas permiten transmitir la cultura y los valores esenciales, así como el desarrollo de sentimiento de identidad personal, pertenencia, separación e individualización (Tellechea, 2014).

La disfunción familiar, como los modelos rígidos de disciplina, los problemas entre los padres, la comunicación inadecuada entre sus miembros, relaciones poco placenteras; son factores que se relacionan con el consumo de sustancias psicoactivas, por lo que en diversas investigaciones se ha establecido a la familia como uno de los factores de riesgo con mayor incidencia en las adicciones (Pinos & Mendoza, 2012).

Con relación a la disfunción familiar, resulta necesario abordar el tema del consumo de sustancias legales e ilegales, en torno al cual existe en la actualidad gran preocupación social en Ecuador y en la Comunidad Internacional, debido a la afectación presente en el individuo a nivel físico, cognitivo y comportamental. En el consumo de sustancias psicoactivas existen varios factores de riesgos, entre estos están los familiares, puesto que cumplen un rol muy importante en los miembros que la conforma y que potencia el desarrollo integral y la formación de valores en los individuos.

Es por ello que surge la siguiente pregunta ¿La funcionalidad familiar se relaciona con el consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres drogodependientes? ya que en ocasiones la familia presenta patrones de comportamiento disfuncionales que pueden

afectar la cohesión de sus miembros; al mismo tiempo surgen otras interrogantes ¿Cómo es el funcionamiento familiar, según la, cohesión, adaptabilidad y comunicación? ¿Cuáles son las causas que conllevan al consumo de sustancias a las mujeres drogodependientes? ¿Cuáles son los factores de la funcionalidad familiar que prevalecen en las mujeres drogodependientes y su relación con el consumo de sustancias?

Con la investigación se buscó dar respuesta a estas interrogantes; además para el estudio de la funcionalidad familiar se tiene como base el modelo circunplejo de los Sistemas Marital y Familiar desarrollado por David H. Olson, Candyce Russel y Douglas Sprenkle en 1979, el modelo dinámico que integra tres dimensiones que repetidamente se han encontrado como relevantes en distintas teorías y abordaje clínico en familia: cohesión, adaptabilidad y comunicación. De esta manera se podrá establecer la relación que existe entre las variables presentadas.

## **1.2. Antecedentes**

La familia es el núcleo de socialización más importante a pesar de las transformaciones y cambios que ha sufrido en las últimas décadas. Es por esto que deben facilitarse actuaciones dirigidas a la mejora de competencias educativas, gestión familiar, incremento de la cohesión familiar, reforzamiento de la resistencia del núcleo familiar, especialmente de los miembros más vulnerables a la exposición y el consumo. Debe promoverse la participación social de las familias, potenciar las redes de información, así como reforzar y facilitar al máximo la participación familiar en los centros educativos (Estrategia del Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

Según López y Ramos, (2012) la función familiar y el apoyo social también se relacionan con el consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes. En su estudio hay un incremento significativo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes con disfunciones familiares intensas, aunque la mayoría de los adolescentes prefieren buena salud física, la presencia de síntomas indicativos de malestar psíquico es elevada y hay una asociación entre la disfunción familiar y los síntomas depresivos.

En la investigación de Cuidateplus, (2003) del libro ‘El papel de la familia en la prevención’, hay cuatro factores familiares que se asocian con una mayor probabilidad de consumo de drogas en los hijos, el primero de ellos es la conflictividad dentro de la familia, el segundo son los enfrentamientos en el hogar aumentan el estrés de sus miembros, que a su vez va unido a un mayor abuso de sustancia, el tercero es respecto a



la educación de los menores, son igualmente peligrosos una gran permisividad y un excesivo autoritarismo y el último factor de riesgo familiar sería el consumo de drogas en los padres o una actitud favorable hacia ella en el seno de la familia.

El diagnóstico de Mendoza, (2016) en cuanto a la funcionalidad familiar de los adolescentes consumidores de sustancias atendidos en el Centro de Tratamiento de Adicciones “Hogar Crecer” de Cuenca se identificó, la mayor parte de las familias estudiadas tienen problemas en la cohesión entre sus miembros; es decir, que un adolescente conviva en un ambiente donde no exista apoyo mutuo, sea difícil recibir y mostrar afectos y no exista la confianza suficiente entre sus miembros para interactuar, resulta un elemento motivador para que éste salga del hogar a buscar la satisfacción de esas necesidades en otros contextos, donde el consumo de sustancias puede ser uno de ellos. Cuando la familia cuenta con un ambiente cohesionado se facilita la toma de decisión conjunta, lo que constituye un recurso muy positivo para el enfrentamiento a las diferentes problemáticas que se suscitan al interior de la vida familiar.

Giler & Vera, (2016) en su estudio caracterizó la cohesión familiar de los adolescentes de la Unidad Educativa Simón Bolívar y se determinó que; el 34.18% de las familias son semirelacionada; el 69.11% fue caracterizada como caótica, y el 65.06% fue determinado como un entorno familiar de nivel medio con una mediana integración y cohesión familiar y el 21.77% se determinó como extremo, dando a conocer que, a pesar de que la familia juega un rol esencial en lo que respecta la formación de los y las jóvenes (tanto a nivel personal, social y educativa), el consumo de alcohol o drogas en los adolescentes depende de su capacidad selección personal.

Mendoza & Gean, (2018) llevaron a cabo una investigación cuya muestra fueron adolescentes de bachillerato en instituciones educativas de la ciudad de Portoviejo , el objetivo de dicha investigación fue dar a conocer la incidencia de la familia en las adicciones y concluyeron que los estudiantes que caen en el consumo de las drogas tienen una carencia de afectividad, que no les permite orientar de manera coherente su propia vida y buscan como escape de su realidad enajenarse al mundo de las drogas.

### **1.3. Justificación**

La investigación permitió conocer cómo es la familia, según su, cohesión, adaptabilidad y comunicación, de acuerdo con el modelo circunplejo de los sistemas marital y familiar desarrollado por David H. Olson, Candyce Russel y Douglas Sprenkle, el cual permitió

develar los factores de la interacción familiar que se relacionan al consumo de sustancias en las mujeres drogodependientes del Centro Especializado en el Tratamiento a personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas Cetad "Maranatha" el cantón Portoviejo en el año 2020.

La importancia de esta investigación, entre otros aspectos, radica en la influencia que ejerce la familia dentro del proceso de formación de cada miembro que la conforma; en él se establecen normas, límites, funciones y se aprenden distintas formas de interacción. Estos representan parte de un modelo activo de la funcionalidad familiar y se presentan como un factor importante en la tendencia al consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres del Centro de Rehabilitación "Maranatha". La investigación benefició de manera directa a la población del Centro de Rehabilitación "Maranatha" e indirectamente a sus familiares y la comunidad en general.

Este trabajo permitió conocer a la familia, su estructura, funcionalidad e importancia que presenta en la formación y desarrollo de sus miembros, convirtiéndose de esta manera en el principal factor de protección o riesgo para el consumo de sustancias. Con esta investigación se proporcionan datos que permiten desarrollar futuros programas preventivos en relación con el tema.

La investigación se realizó en las instalaciones del Centro Especializado en el Tratamiento de personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (Cetad) "Maranatha" ubicado en el cantón Portoviejo con las pacientes internas en el año 2020.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. General**

Determinar la relación entre la familia y el consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres del Centro Especializado en el Tratamiento a personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas Cetad "Maranatha" del Cantón Portoviejo en el año 2020.

### **1.4.2. Específicos**

- Evaluar la funcionalidad familiar en las mujeres drogodependientes, según su, cohesión, adaptabilidad y comunicación.
- Determinar las causas que conllevan al consumo de sustancias a las mujeres drogodependientes del Cetad "Maranatha" Cantón Portoviejo en el año 2020.
- Identificar los factores de la funcionalidad familiar que prevalecen en las mujeres drogodependientes y su relación con el consumo de sustancias.

## **1.5. Hipótesis**

La inadecuada funcionalidad familiar es un factor de riesgo que se relaciona con el consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres del Centro Especializado en el Tratamiento a personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas Cetad "Maranatha" del Cantón Portoviejo en el año 2020.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Familia

##### 2.1.1. Definiciones, estructura, tipos y funcionamiento familiar

La familia es un sistema que se compone de un conjunto de personas relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo, que opera a través de pautas transaccionales, estas establecen cuándo y con quien relacionarse, y son marcadas por la familia; es decir, la familia es el grupo que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación. Se considera un grupo celular de la sociedad que ha existido a lo largo de la historia cumpliendo siempre las mismas funciones; entre ellas, la crianza de los hijos, la supervivencia y la común unión de los miembros, ya que es una parte de la sociedad en donde cada miembro evoluciona, se desenvuelve interactuando con factores biológicos, emocionales, psicológicos y sociales, no es una entidad estática sino que está en un cambio continuo igual que sus contextos sociales (Paladines, 2010), (Ochoa, 2004), (Minuchin & Fischman, 1985).

La familia es un sistema de relaciones complejo que tenemos que comprender, es un microcosmos que representa el mundo en el cual se habita; por tanto, nuestra representación del mundo y cómo lo habitamos proviene de lo que aprendimos dentro de ella. Es un espacio psicológico y físico en el que se detalla y se experimentan una serie de experiencias; como confianza, autonomía, habilidades de comunicación, resolución de conflictos. Los cambios forman parte de la vida familiar, cada familia se transforma con el correr del tiempo y debe adaptarse y reestructurarse para seguir desarrollándose (Satir, 1998).

En cuanto a la estructura familiar, según la teoría sistémica de (Minuchin, 1981) en su obra "Familias y terapia familiar", determina un modelo familiar en el que se describen conceptos básicos del modelo sistémico estructural que caracteriza a las familias, entre los que están: las reglas, normas, límites, roles, jerarquías y alianzas. Es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en los que interactúan los miembros de la familia:

**Normas:** se puede definir como una guía establecida o una regulación para la acción, conducta, método, disposición, forma una especie de taquigrafía que adquiere importancia tan pronto como dos o más personas viven juntas.

Reglas: las podemos clasificar en cuatro categorías:

- Reglas de relación: son reglas que se han establecido explícitamente y de manera directa y abierta. Comprenden acuerdos en distintas áreas; tales como, normas de convivencia, asignación de tareas, responsabilidad de ciertos papeles, expresión de necesidades personales, etc.
- Reglas implícitas: son todos aquellos movimientos inconscientes en lo interno de la familia.
- Reglas explícitas: son todas aquellas reglas expresadas de manera verbal, que se han ido estableciendo desde el desarrollo del niño.
- Reglas secretas: estas son las más difíciles de descubrir al estudiar una familia. Son modos de obrar con los que un miembro, bloquea las acciones de otro miembro. Son actos que tienden a desencadenar actitudes deseadas por quien manipula el resorte que los provoca.

Límites o fronteras: tienen la función de proteger la diferenciación del sistema y determinan quienes participan en una interacción:

Límites claros:

- Son aquellos que resultan definibles y a la vez modificables.
- Se considera que los límites claros comportan una adaptación ideal.
- Los límites pueden separar subsistemas del sistema familiar o a la totalidad del sistema del exterior. En este último caso, los límites exteriores se denominan fronteras.

Límites difusos:

- Resultan difíciles de determinar.
- Se observan en las familias aglutinadas.
- No tienen límites y no tienen claridad sobre los roles que desempeñan sus miembros.
- Entre sus características están el exagerado sentido de pertenencia, ausencia o pérdida de autonomía personal, poca diferenciación entre subsistemas, inhibición del desarrollo cognitivo y afectivo en niños y adolescentes, todos los miembros del subsistema sufren cuando uno de sus miembros se encuentra afectado, el estrés repercute intensamente en toda la familia.

Límites rígidos:

- Resultan difíciles de alterar en un momento dado.
- Se observan en las familias desligadas las cuales se caracterizan porque cada individuo constituye un subsistema, comparten muy pocas cosas y tienen muy poco en común.
- Generalmente tienen un exagerado sentido de independencia
- Presentan ausencia de sentimientos de fidelidad y pertenencia; no piden ayuda cuando la necesitan.
- Toleran un amplio abanico de variaciones entre sus miembros.
- El estrés que afecta a uno de los miembros no es notado por los demás, tienen un bajo nivel de ayuda y apoyo mutuo.

Roles: son los que definen las tareas que cada uno de los miembros debe cumplir dentro de la organización familiar, están establecidos de acuerdo a la cultura y por la misma familia, mantienen la estabilidad del sistema familiar.

- Rol de los padres: toman las decisiones más importantes en el cuidado y educación de sus hijos, ambos velan por el bienestar de la familia, superándose profesionalmente para mejorar su nivel de vida, son los primeros maestros de sus hijos, ya que los conducen y orientan hasta que llegan a la edad escolar donde van desenvolviéndose por sí mismos y desarrollan sus habilidades.
- Rol de los hijos: son el centro de la familia, deben aprender a ser respetuosos, conscientes con las medidas disciplinarias en el hogar y aprender a compartir con la familia.

Jerarquía: se refiere a la posición que ocupa cada miembro de la familia con relación al orden jerárquico dentro del sistema, y marca la subordinación o supra-ordinación de un miembro respecto a otro.

Alianzas y Coaliciones: se entiende por alianza a la unión y apoyo mutuo que se dan dos personas entre sí, supone compartir intereses sin estar dirigida contra nadie. Mientras que la coalición es la unión de dos miembros contra un tercero, es un acuerdo de alianzas establecido para mutuo beneficio de los aliados.

Comunicación: es uno de los elementos más importantes dentro de las relaciones de la dinámica familiar en la que sus integrantes pueden expresar y transmitir emociones. Cada

familia tiene su manera de comunicarse, ninguna es igual a la otra; predomina sus valores, su forma de pensar, la manera de resolver problemas y ayuda a la estructura familiar a mantener la estabilidad emocional de sus integrantes dando como resultado una correcta comunicación entre los mismos, mediante la cual obtendremos una familia sana.

La comunicación digital o verbal es aquella donde la información es transmitida a través de símbolos, estos símbolos comunicativos pueden ser lingüísticos o escritos, la comunicación de este tipo es mediante palabras; por el contrario, la comunicación analógica o no verbal es la expresión mediante el lenguaje corporal, los gestos, las posturas, los símbolos son los medios de comunicación entre las personas.

### **2.1.2. Tipos de familia**

Para (Martínez, 2001) la familia es un producto del sistema social y refleja su cultura en las diferentes épocas históricas, en las cuales ha existido diversas formas de organización familiar, tales como:

- Familia consanguínea: es la primera forma de unión entre hombres y mujeres. No existía el matrimonio, la relación estaba basada en la necesidad sexual, por lo que no constituían parejas. Se desconocen los padres, los hermanos y se producen relaciones entre hermanos, padres e hijos.
- Familia punalúa: tiene lugar en la época del salvajismo. El matrimonio era por grupos, las relaciones sexuales eran limitadas a los miembros de la tribu y existía además un compañero íntimo.
- Familia sindiásmica: existe una pareja, aunque débil que permite tanto al hombre como a la mujer tener relaciones con otros miembros de la comunidad.
- Familia monogámica: surge del matrimonio en la época de la civilización producto de la aparición de la propiedad privada y la necesidad de conocer exactamente la paternidad con el fin de transmitir los bienes de herencia.
- La Familia Contemporánea: a pesar de haberse conservado el carácter monogámico del matrimonio, el individualismo fruto de la revolución francesa tuvo una influencia acentuada en la estructura familiar. Se imponen el matrimonio civil y el divorcio, no solo la simple separación de cuerpos, sino que también se establece el divorcio vincular (Calderón, y otros, 1994).

Según (Minuchin, 1985) existen 4 grupos familiares:

- Familias aglutinadas: estas familias tienen dificultad de discriminación e individuación, debido a que suelen formarse en un conjunto de individuos poco diferenciados. Tienen una ideología de la vida tipo clan, viven lo nuevo como extraño porque para estas familias lo nuevo crea violencia. En este tipo de sistemas existe poca sensibilidad social.
- Familias uniformadas: tienen una tendencia a la individuación. La interacción que prevalece es rígida, estereotipada e insatisfactoria porque es impuesta; además, se observa cierta incomunicación con los hijos adolescentes.
- Familias aisladas: predominan las individualidades. Hay cierto estancamiento en la identidad grupal y un consecuente deterioro en la identidad individual. Las normas y valores pierden su importancia y el mensaje no tiene un contenido afectivo.
- Familias integradas: son familias estables, con flexibilidad en los roles, capaces de contener y afrontar los problemas que surgen sin expulsarlos, reprimirlos, negarlos o inhibirlos. Los roles no son fijos, puede haber un cambio si es necesario, la capacidad reflexiva y la carga emocional regulada por el grupo permiten un diálogo transformador.

Tipos de familia según el Modelo Circumplejo de Olson, 2000:

La familia según su funcionalidad se clasifica en: caótica, flexible, estructurada, rígida, no relacionada, relacionada, semirelacionada y aglutinada.

Desde la dimensión de adaptabilidad la familia se clasifica en:

- Caótica: determinada por la ausencia de liderazgo, cambio imprevisible de roles, disciplina irregular y demasiados cambios.
- Flexible: liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.
- Estructurada: liderazgo y roles en ocasiones compartidos, cierto grado de disciplina democrática y los cambios suceden cuando se solicitan.
- Rígida: liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina restrictiva y ausencia de cambios.



Desde la dimensión de cohesión la familia se clasifica en:

- No relacionada: se caracteriza por la ausencia de unión afectiva entre los familiares, falta de lealtad a la familia y alta independencia personal.
- Semirelacionada: presenta moderada unión afectiva entre los familiares, cierta lealtad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con cierto sesgo hacia la independencia.
- Relacionada: existe considerable unión afectiva entre los familiares, con cierta lealtad, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia y algún sesgo hacia la dependencia.
- Aglutinada: se caracteriza por la máxima unión efectiva entre los familiares y alto grado de dependencia a las decisiones tomadas en común.

Tipos de Familia según (Sánchez, 2019) & (Quintero, 2007):

Tipologías tradicionales:

- Familia nuclear: conformada por dos generaciones, padres e hijos; unidos por lazos de consanguinidad conviven bajo el mismo techo y por consiguiente desarrollan sentimientos más profundos de afecto, intimidad e identificación.
- Familia extensa o conjunta: está integrada por una pareja con o sin hijos y por otros miembros como sus parientes consanguíneos ascendentes, descendientes y colaterales.
- Adoptiva: tiene que ver con las familias que adoptan hijos, bien sea por imposibilidad de concebir o por convicción frente a esta práctica. Suelen conformar hogares estables, aunque hay una minoría de estos hogares en los que los hijos adoptivos son utilizados solo para responder a las expectativas sociales y no reciben todo el afecto que debieran.

Familias del nuevo tipo:

- Familias monoparentales o uniparentales: ocurre cuando en los casos de separación, abandono, divorcio, muerte o ausencia por motivos forzosos, de uno de los padres, el otro se hace cargo de los hijos y conviven.
- Familia reconstruida: está integrada por una pareja donde uno de ellos o ambos, vienen de tener otras parejas y de haber disuelto su vínculo marital. En la nueva

familia es frecuente que los hijos sean de diferentes padres o madres, siendo mayor el número de hijos que en las familias nucleares o monoparentales.

- Familias homosexuales: supone una relación estable entre dos personas del mismo sexo. Los hijos llegan por intercambios heterosexuales de uno o ambos miembros de la pareja, adopción o procreación asistida.
- Sin hijos: corresponde a las parejas que deciden no tener hijos, ni adoptarlos. Suelen ser personas de alto estatus social y con grandes expectativas profesionales. No creen que el rol de padres los satisfaga y ven a la pareja como compañero de vida y de objetivos, principalmente.
- Unipersonal: decide vivir solo y configura sus relaciones con el mundo desde esa posición. A veces, hay también familia unipersonal cuando la persona enviuda o tras un divorcio después de una unión en la que no hubo hijos. Este tipo de familia ya no despierta sorpresa o suspicacia, como sí ocurría antes.
- Con mascotas: este tipo de familia es muy propio de los llamados “millennials” o “generación Y”. Ellos convierten a las mascotas en una parte fundamental de sus vidas, casi como si se tratara de hijos.

En lo relacionado con la funcionalidad familiar, se puede determinar que es un concepto que aborda las características relativamente estables, por medio de las cuales se relacionan internamente como grupo humano los sujetos que la conforman. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. Implica conceptos como: cohesión familiar, estilos parentales democráticos, apego emocional y estrategias de resolución de conflictos; es decir, es el modo como se comportan unos con otros y la calidad de relaciones entre sus miembros que regula el desarrollo familiar como un todo, haciendo posible el desarrollo de sus miembros como unidades interconexas (Castellan & Romero, 2014), (Ledesma & Castellan, 2012), (Oljaca, Erdes Kavecan, & Kostovie, 2012), (Zaldivar H., 2008).

Este funcionamiento definido como la relación de vínculos afectivos entre miembros de la familia puede ser capaz de modificar su estructura con el propósito de superar las dificultades evolutivas familiares y el desarrollo de la comunicación que exista, es decir, es la capacidad de enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella donde los miembros de la misma perciben el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos como

son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos (Canek, 2008), (Olson, 2006), (Smilkstein, 1978).

La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene la familia para enfrentar y superar cualquier conflicto. Cuando el sistema familiar funciona de manera idónea influye en el desarrollo de cada miembro que la conforma; además, fomenta la expresión de pensamientos y emociones de forma libre caracterizándose por el respeto, unión, compromiso, cuidado y apoyo mutuo entre ellos. La familia permanece en constante cambio y crecimiento lo que le permite adaptarse a las situaciones que se generen dentro del grupo o de forma individual a un miembro; es por ello que se la considera como un factor protector ante el consumo de sustancias.

### **2.1.3. Características y elementos de la funcionalidad familiar**

(Cervera, 2016) plantea que un sistema familiar equilibrado y bien estructurado favorece la realización de logros en todos sus miembros. Se trata de unidades ligadas e interdependientes que disponen de elementos concretos, como pueden ser: la vivienda, los comestibles, los muebles, etc., es decir, objetos tangibles, descritos en términos cuantitativos; y elementos abstractos que están compuestos de ideas, criterios o valores, como el afecto, la autoridad las tradiciones, las creencias y otros. La interacción dentro de un sistema tiene las siguientes características:

- Es multidireccional, es decir, todos los integrantes influyen y son influidos por los demás;
- Un objetivo puede lograrse a través de medios y actividades diferentes.
- Las partes de un sistema en cuanto tales son subsidiarias entre sí.
- Existe una jerarquía entre los elementos de cada sistema y entre los diversos sistemas.

Dimensiones del funcionamiento familiar y sus niveles según Olson, (2006):

- **Cohesión:** la cohesión familiar desde modelo Circumplejo de Olson menciona indicadores como cercanía emocional, límites, fronteras, coaliciones, toma de decisiones, intereses y recreación; según los cuales se establecen estilos familiares entre los que están las familias no relacionadas, semirelacionadas, relacionadas y aglutinadas. La cohesión se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan. Es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar y puede

ser definida a partir de los vínculos emocionales, estos lazos afectivos deben permitir que cada familia mantenga su unidad como núcleo, pero que a la vez permita la individualización y el desarrollo personal de sus miembros (Galarza, 2010), (Polaino-Lorente & Martínez, 2006).

- Adaptabilidad: se define como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo; es decir, que la estructura familiar puede verse afectada en un cambio. En la desintegración de una familia nuclear hay cambios en las reglas y roles que los hijos muchas veces no están acostumbrados a realizar y para poder lograr esta habilidad tratan de adaptarse (Olson, Russell, & DSprenkle, 1989).
- La comunicación: es otra de las dimensiones importantes en este modelo, esta se basa en la empatía, la escucha reflexiva y actúa como facilitadora en las 2 primeras dimensiones, por tal motivo se evalúa de forma indirecta en la escala de faces III.

#### **2.1.4. Funciones de la familia**

Según (Marín, 2015) la familia tiene una serie de funciones para intervenir en la vida de todos los miembros y mejorar su conducta notablemente. Todas estas funciones son importantes y deben ser cumplidas eficientemente, para mejorar, fomentar el desarrollo y fortalecimiento de las mismas. Entre las funciones intrínsecas de la familia podemos mencionar las siguientes:

- Funciones afectivas
- Funciones protectoras
- Funciones económicas
- La familia como agente económico

Las funciones extrínsecas son todas aquellas que procuran regular el comportamiento de los integrantes de la familia en la sociedad, la forma de integrarse a ella y los impactos que pueden tener sobre ellos. Entre las funciones extrínsecas de la familia podemos mencionar las siguientes:

- Funciones educativas
- Funciones recreativas
- Funciones reproductivas

### **2.1.5. Funcionamiento familiar saludable**

En las familias funcionales y saludables existen patrones comunicativos directos y claros, sus miembros suelen expresar de manera espontánea, tanto sentimientos positivos como negativos: temores, angustias, y afectos, sin negarle a nadie la posibilidad de expresar libre y plenamente su afectividad; es decir, que predomina un clima emocional afectivo positivo; lo cual, unido a los factores antes apuntados, potencia la integración familiar y eleva los recursos de la familia para enfrentar los conflictos, crisis y problemas que pueden presentarse en distintas etapas a lo largo del ciclo vital (Quintero, 1997).

Según Ares, (2002) el funcionamiento familiar saludable es el que posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes:

- La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.
- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros.
- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social).
- La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual.

### **2.2. Disfuncionalidad familiar**

La disfuncionalidad familiar es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente con los demás miembros de la familia. Es donde uno o algunos de sus integrantes puedan presentar algún problema emocional y psicológico, tal como: depresión, baja autoestima, problemas de ansiedad o agresividad, evitando que sean capaces de superar situaciones críticas que puedan presentarse en el desarrollo de sus etapas vitales. Las familias disfuncionales son también el resultado de personas afectadas por adicciones como el alcohol y las drogas, etc (Galarza & Moran, 2016), (Heredia, 2016).

Marín, (2015) menciona que entre las disfunciones más comunes que suelen aquejar a las familias están las siguientes:

- Evasión de roles parentales: es cuando alguno de los padres se rehúsa a asumir su papel o cumplir sus funciones, ya sea que no le den a los jóvenes atención o no le proporcionen educación, salud y en algunos casos que no establezcan reglas puede provocar desintegración de las familias o inestabilidad emocional.
- Inmadurez: las disfunciones en la familia y la inmadurez de sus integrantes pueden generar matrimonios precoces, elecciones de parejas precipitadamente y embarazos a temprana edad, que, por lo general, no pueden ser manejados con responsabilidad.
- Ausencia de satisfacción de las necesidades básicas: es cuando una de las necesidades como la de alimentación, vivienda y vestido no es satisfecha. Esta disfunción puede causar enfermedades, desnutrición, insalubridad, prostitución y demás problemas.
- Falta de integración: esta disfunción surge cuando dentro de la familia no existe comunicación adecuada y los individuos no se integran entre ellos, y por consiguiente a la sociedad. Estas familias están rodeadas de prejuicios y malos tratos.

### **2.2.1. Características de las familias disfuncionales**

(Carabaño, 2019) menciona que en una familia disfuncional, es posible encontrar más de una de las situaciones que se describen a continuación:

- Dependencia y manipulación emocional
- Violencia intrafamiliar
- Muy autoritarios o muy permisivos
- Problemas en la comunicación
- No hay empatía
- Prejuicios de género
- Conductas inapropiadas
- Conflictos
- Aislamiento
- Ausencia
- Responsabilidades excesivas

Características de una familia disfuncional según (Echeverría, 2015):

- Esta familia es incapaz de satisfacer y reconocer las necesidades emocionales de sus miembros.
- No respeta las individuales de sus integrantes, creando conflictos constantemente entre padres e hijos.
- La comunicación es escasa e ineficiente, no existe la honestidad entre la familia y cada uno vela por los intereses personales y no colectivo, presentando una autoestima baja en sus miembros.
- Los límites o reglas no son claros o son muy rígidos por lo que se crean problemas y no los solucionan, sino que los ignoran.
- Los roles en este tipo de familia no están claros, carece de motivación y se resiste al cambio.

Los problemas de la salud familiar influyen en la salud individual, pues esta última es determinada por las prácticas saludables o patógenas, seguidas por el grupo familiar. Un modo de vida familiar saludable promueve la salud de los miembros; mientras que un modo de vida familiar no saludable puede llegar a enfermar a los integrantes de la familia (Poma, Carrillo, & Gonzáles, 2017).

### **2.2.2. Causas de la disfuncionalidad familiar**

La familia es considerada el núcleo fundamental de la sociedad, por ello, esta debe funcionar de manera organizada, con valores y roles para todos sus miembros. Cuando no hay un buen funcionamiento de esta, se produce la disfunción familiar, que es prácticamente la deficiencia en el mantenimiento de la misma. Esto se puede dar a raíz de factores socioculturales, económicos o psicológicos, ocasionando efectos, no solo en los hijos, sino también en todos los que son parte de ella. Factores causales tales como el alcoholismo, la drogadicción, el maltrato físico, la iniciación sexual desatinada y el embarazo en adolescentes, entre otros, son un grave problema de salud pública y amenazan continuamente a la familia, provocando disfuncionalidad en la misma (Psicología, 2016), (Pérez Lo Presti & Reinoza, 2011).

(Chicaiza & Chicaiza, 2015) mencionan que entre las causas para que se produzca la disfunción familiar, están:

- Las discusiones entre la pareja

- Poca comunicación entre padres e hijos
- La ausencia de autoridad y límites
- Ausencia de los padres en el hogar
- Padre distante, ausente o violento
- Madres a temprana edad

Según (Rivadeneira & Trelles 2013) las posibles causas que originan que la familia se vuelva disfuncional son:

- Machismo
- Violencia.
- Adicción.
- Falta de seguridad.
- Círculo vicioso de las generaciones.
- Negación.

### **2.2.3. Consecuencias de la disfuncionalidad familiar**

(Vásquez, 2011) considera que el efecto de la disfunción familiar a largo plazo generará personas disfuncionales. La manera como se vinculan es donde debemos poner atención; esas conductas que se generan y que pudieran ser inadecuadas por falta de realización y de satisfacción afectiva.

Para el autor (Zuoza-Olaya, 2013) una familia disfuncional puede producir las siguientes consecuencias en sus miembros:

- Rendimiento escolar bajo.
- Conductas agresivas, pasivas o inadecuadas.
- Depresión.
- Suicidios.
- Niños o adolescentes con adicciones.
- Relaciones interpersonales no saludables.
- Falta de valores.
- Embarazos adolescentes.

Para (Rivera & Sánchez, 2014) sí las familias no cumplen con sus funciones al máximo se verán envueltas en muchas consecuencias, las cuales pueden ser:



- La falta de empatía, comprensión y sensibilidad hacia ciertos miembros de la familia.
- Expresión extrema de empatía por uno o más miembros de la familia.
- Comportamiento abusivo, ridiculización, apatía a un miembro de la familia.
- Inexistentes límites para un solo miembro de la familia.
- Tolera trato inadecuado (abuso emocional, sexual o físico) de los demás.
- Imposibilidad de expresar tratamiento aceptable.
- Extremos en conflicto, demasiada lucha o argumentación.
- Sentimientos controladores (celos, etc.).
- Crianza desigual de los hijos (más atención a uno e ignora al otro).
- Pérdida de la autoridad paterna o materna.
- Maltrato entre los miembros de la familia.

## **2.3. Sustancias psicoactivas**

### **2.3.1. Definición, características y tipos de sustancias psicoactivas**

Las sustancias psicoactivas son todas aquellas que una vez introducidas en el organismo, por cualquier vía de administración, ya sea ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras, producen alteración en el funcionamiento del sistema nervioso central, modificando la conciencia, el estado de ánimo, los procesos de pensamiento y la conducta. Son las que, mediante un acto reforzador positivo van a ser aptas para generar dependencia física y psicológica, originando en diversas ocasiones un alarmante deterioro psicoorgánico. Así mismo de su proceder social ya que es un fenómeno que ha acompañado a los seres humanos a lo largo de la historia, y en la actualidad se considera como un problema de salud pública por sus consecuencias biológicas, sociales, económicas y políticas (Gutiérrez, 2019), (Barreto, 2015).

El consumo de sustancias se lo relaciona generalmente con personas de estratos socioeconómicos bajos, que viven en una situación callejizada y en algunas ocasiones marginalizada. Las personas que consumen droga lo hacen debido al efecto que les provoca estar en un estado de euforia y alerta constante, lo que les permite sobrellevar de alguna manera la situación que presentan. Reporta una complejidad de dimensiones, elementos y factores que desencadenan su uso y abuso, según los casos, los individuos, pero también, los grupos y colectivos. En sociedades modernas, esta práctica ha alcanzado dimensiones sociales totalmente diferentes, y el uso de drogas en el ámbito mundial se

convierte en un problema que afecta, a individuos, familias y comunidades (RCN, 2018), (Madrid, 2016), (Vallejo, 2015), (Segura, 2015), (MSP, 2013).

### **2.3.2. Proceso de drogodependencia**

(La Organización de Estados Americanos, 2013) describe que la relación entre personas y sustancias, comprende un amplio espectro de posibles combinaciones y resultados, entre ellos:

- El uso experimental: son ensayos que realiza la persona fundados en la curiosidad hacia las drogas, sin intención explícita de repetir el consumo.
- Consumo ocasional: la persona conoce la droga y sus efectos y escoge los momentos y escenarios más propicios para sentir dichos efectos. El consumo todavía es espaciado y poco frecuente.
- El uso regular o social: se continúa usando la sustancia después de haber experimentado y se integra el consumo al estilo de vida habitual.
- Abuso y dependencia: necesidad del consumo, es algo prioritario e imperioso en su vida.

Características de la drogodependencia según (Guerri, 2020):

- Un deseo incontenible de consumir la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Una tendencia a aumentar la dosis por la tolerancia del organismo hacia la misma. Se necesitan dosis más altas para obtener la misma sensación.
- La aparición de un síndrome de abstinencia en caso de interrupción súbita en el consumo.

### **2.3.3. Factores de riesgo**

Un factor de riesgo es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno (Clayton, 1992).

Para los autores (Kirik, 2019), (Barrios, 2016) & (Navarro, 2015) existen muchos factores que inciden en el consumo de drogas en los jóvenes, entre los que se destacan, la falta de supervisión familiar, presión de los amigos, ruptura de la estructura familiar, frivolidad del consumo por parte de los medios de comunicación social, entre otros. Además, se ha descrito que en las familias con adicciones hay factores de riesgo derivados de su composición, organización, valores y comportamientos característicos, que forman parte de la estructura familiar y que pueden influir en el consumo de sustancias.

(Tobaruela & Loor , 2018) definen que los factores de riesgo relacionados con el consumo de sustancias son:

- Bajos niveles de dopamina en el cerebro
- La presencia de un familiar adicto
- Baja tolerancia a la frustración
- Grupos de iguales en los que el consumo sea frecuente
- La apertura a la experiencia
- Sensación de vacío, depresión y soledad
- Baja autoestima
- Excesiva autoridad
- Actitud permisiva
- Castigos violentos
- Carencia de apoyo familiar
- Dificultad económica
- Violencia intrafamiliar

#### **2.3.4. Factores de protección**

Los factores protectores o que disminuyen el riesgo de consumo son aquellos atributos o características individuales, condición social, contexto ambiental, que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad de uso o abuso de drogas y la implicación con las mismas. Un adecuado ambiente familiar, una buena comunicación, la expresión de afectos, la presencia de vínculos cercanos y el apoyo parental también constituyen factores protectores del uso de drogas (Pinta, 2018).

Según (Klimenk, 2018) & ( Ministerio de Salud Publica de Colombia, 2017) los factores de protección relacionados con el consumo de sustancias son:

- Alta autoestima
- Mediano autocontrol
- Bajas alteraciones de ánimo
- Alto apoyo y cohesión familiar
- Alta motivación escolar
- Bajo nivel de conflictos y maltrato familiar.
- Empatía
- Habilidades sociales
- Capacidad para afrontar problemas

- Respeto, la confianza, las normas y reglas del hogar
- Participación en actividades comunitarias
- La normatividad respecto a las sustancias psicoactivas
- El acceso a servicios de salud y educación

### **2.3.5. Género y edad en el consumo de sustancias**

El alcohol y el tabaco son las sustancias que empiezan a consumirse de forma precoz (16 años), para ambas sustancias, manteniéndose las cifras estables a lo largo de toda la serie histórica. En cuanto a las drogas ilegales, el cannabis es la sustancia que empieza a consumirse a una edad más temprana (18 años). La edad de inicio de consumo se ha mantenido entre los 18 y los 19 años a lo largo de toda la serie histórica (Jiménez, 2018). Entre las diferencias del consumo de sustancias por el sexo, se ha visto históricamente como un tema dominado por los hombres, pero en estudios recientes se muestran que, en algunos países, las mujeres están usando ciertas drogas en mayor proporción que los hombres.

Mientras el alcohol es la sustancia que obtiene una mayor prevalencia tanto en hombres como en mujeres, habiendo sido consumido alguna vez en la vida por la gran mayoría de la población de ambos sexos, es el cannabis la sustancia para la que se obtiene la mayor diferencia de prevalencias entre ambos sexos ya que los hombres han consumido en mayor porcentaje cannabis a diferencia de las mujeres. Esta diferencia se ha mantenido bastante estable a lo largo de los años. Históricamente, en comparación con las mujeres, también se registra un mayor porcentaje de hombres que ha consumido alguna vez en su vida cocaína. Finalmente, los hipnosedantes son la única sustancia con mayor consumo por parte de mujeres que de hombres (Organización de los Estados Americanos, 2019) & (Ministerio de Sanidad, 2017).

### **2.3.6. Tratamiento en adicciones**

Según (Rodríguez, 2016) se entiende por intervención en drogodependencias aquellas iniciativas específicas destinadas a influir en las personas consumidoras y en su entorno más inmediato. Se puede decir que la intervención directa tiene tres ámbitos de actuación, estas son:

- Intervención médica.
- Intervención psicológica
- Intervención social.

El sistema asistencial se basa en la estructuración de circuitos terapéuticos que se complementan en niveles funcionales de intervención, escalonados según el grado de especialización y de accesibilidad, como son:

- **Intervención médica:** se da en primer nivel y será la puerta de entrada a la red asistencial. Son recursos más accesibles y los que menos exigencias plantean. Las finalidades de este primer nivel son: la detección, captación, motivación y derivación a otros recursos especializados para iniciar tratamiento, así como, la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas de la persona consumidora de estimulantes. También se facilitará información y orientación a sus familiares y se desarrollarán actuaciones para reducir daños y riesgos relacionados con el consumo de estimulantes.
- **Intervención psicológica:** se da en el segundo nivel y es el eje fundamental de la red asistencial. Los recursos están en manos de equipos multidisciplinarios, situándose los centros de tratamiento ambulatorios y los recursos especializados de carácter general. En este nivel se desarrollarán la evaluación diagnóstica, la desintoxicación y deshabitación, es donde se diseñan y realizan los planes terapéuticos individualizados para conseguir la incorporación social.
- **El tercer nivel de tratamiento** está compuesto por recursos específicos con un elevado grado de especialización para el tratamiento. Se accede a ellos por derivación de los dispositivos de segundo nivel. Se sitúan recursos como las comunidades terapéuticas o las unidades de desintoxicación.
- **Intervención social:** se da en el cuarto nivel de tratamiento y función es favorecer la incorporación social en el que se sitúan recursos generales y específicos, siempre que consigan dotar a la persona de las habilidades y competencias necesarias para favorecer su plena incorporación social. El acceso a estos recursos será por derivación de dispositivos de segundo o tercer nivel. Algunos de los recursos de este nivel son: viviendas de incorporación social, centros ocupacionales, talleres laborales o empresas de inserción.

Las intervenciones psicosociales convencionales y las comunidades terapéuticas han resultado ser eficaces para mejorar la salud y el funcionamiento social de las personas con trastornos por consumo de drogas, y se logran cuando se adopta un enfoque multidisciplinar e integral. Dicho enfoque debería incluir intervenciones farmacológicas y psicosociales diversificadas e integradas que se centren y respondan a las diferentes

necesidades de las personas afectadas, incluidos los problemas de salud asociados al consumo de drogas como las lesiones, los suicidios y los trastornos mentales provocados por las drogas, las sobredosis, la infección por el VIH y las hepatitis víricas (Organización Mundial de la Salud, 2016).

### **2.3.7. La familia y las adicciones**

La importancia del papel de la familia se refleja en la formación individual y social del individuo, sobre todo para fomentar valores que le permitan vivir en armonía con él y los demás. Cuando entre los familiares hay unión, respeto y la presencia del diálogo entre padres e hijos, se crea un ambiente de protección contra las drogas, es decir, el rol de la familia es de suma importancia, ya que es el primer factor disparador de una problemática psico-emocional, en la medida que existan conflictos familiares y se utilice el consumo como escapismo a enfrentar dicha situación (Pérez M. d., 2017), (Beltrán, 2015).

La familia es una parte elemental en la historia del uso y abuso de sustancias, en su detección, aceptación, orientación, canalización, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de abstinencia, así mismo disminuye o provoca recaídas; es pues, un elemento clave en la generación y recuperación de la drogodependencia (Torres, 2007).

### **2.3.8. Efectos de la droga en la familia**

Con frecuencia los miembros de la familia cesan de actuar en forma funcional cuando tratan de lidiar con los conflictos producidos por la droga en un ser querido, algunos niegan la existencia del problema bloqueando sus propios sentimientos, mientras otros tratan de encubrir los errores cometidos por el adicto. El encubrimiento ocurre cuando un miembro de la familia rescata al consumidor o le ayuda a la obtención de la droga. Con el impacto que la adicción genera sobre la dinámica familiar, los miembros van enfermando progresivamente de codependencia. Muchas veces esto se traduce en una inversión de gran cantidad de tiempo y energía en la actuación de roles familiares disfuncionales, cuyo objetivo es el de proveer a la familia de un mecanismo de defensa para disminuir la ansiedad y el temor causados por el consumo (Galdeano, 2012).

Para Torres, (2007) la educación de la familia en el proceso de rehabilitación de los trastornos adictivos debe dirigirse primeramente a identificar alteraciones que derivan en importantes aspectos de disfuncionalidad. Uno de los problemas más serios que deben enfrentar son las intensas y frecuentes manipulaciones que reciben del adicto en los que se distorsionan los sentimientos del grupo generándose en alguna sobreprotección, rabia, angustia, temor todo lo cual puede repercutir en uno o varios miembros de la familia. Es

importante remarcar que la familia organizada y bajo la guía de un profesional entrenado, puede convertirse en una herramienta de intervención sumamente valiosa para romper la negación del adicto; sin embargo, es necesario para poder iniciar ese proceso que los miembros estén dispuestos a iniciar y mantener su propia recuperación personal como codependientes, por lo que la recuperación de la familia del adicto es necesaria para poder sanar de manera integral todo el daño producido por la adicción en el sistema familiar. Es preciso señalar que la familia se ve afectada seriamente durante todo el período en que se fue desarrollando la adicción.

En base a lo expresado por los autores es necesario enfatizar el rol que ejerce la familia y la importancia de su vinculación en el tratamiento del consumidor. Ya que contribuye de manera positiva a establecer lazos afectivos, emocionales y comunicativos que promuevan el desarrollo integral de los miembros que conforman el grupo, para que de esta manera sean capaces de enfrentar y superar la adicción.

## CAPÍTULO III

### 3.1 Metodología

#### 3.1.1 Identificación de las variables

##### 3.1.1.1 Variable independiente

- Familia

##### 3.1.1.2 Variable dependiente

- Consumo de sustancia

### 3.2 Tipo de estudio

La investigación es de enfoque mixto, de tipo descriptiva, correlacional, de campo y bibliográfica, por las siguientes razones:

**Descriptiva:** permitió identificar y relacionar las características entre la familia y en el consumo de sustancias psicoactivas.

**Correlacional:** se estableció el grado de relación existente entre la familia en cuanto a su funcionamiento y el consumo de sustancias, mediante la aplicación de técnicas que ofrecieron indicios sobre las causas de la problemática.

**Campo:** se recogieron datos de fuentes primarias para el cumplimiento del propósito establecido el cual fue dirigido a comprender, observar e interactuar con la población objeto de estudio.

**Bibliográfica:** se fundamentó en la revisión de fichas bibliográficas, en libros, documentos, revistas, Internet, etc.

### 3.3 Métodos, técnicas e instrumentos

#### 3.3.1 Métodos

**Inductivo- Deductivo:** con este método se permitió la elaboración de leyes generales mediante el proceso de investigación y se establecieron las conclusiones necesarias que dieron explicación a los fenómenos identificados en el objeto de estudio.

**Análisis- síntesis:** este método proporciono conocimientos, información significativa y argumentos necesarios para el análisis de las variables inmersas en la investigación y su organización en base a la realidad detectada.

#### 3.3.2 Técnicas e instrumentos

##### 3.3.2.1 Técnicas

**Entrevista:** permitió obtener información de manera específica mediante un proceso de interacción y conversación entre investigadores y participantes de la investigación.



**Encuesta:** estuvo dirigida a la población de estudio inmersa en la investigación para la obtención de datos específicos.

**Prueba psicométrica:** permitió obtener resultados sobre el funcionamiento familiar de las participantes en la investigación.

### 3.3.2.2 Instrumentos

**Cuestionario estructurado.**

**Escala de Cohesión Familiar de FACES III:** Evalúo la percepción del sistema familiar actual.

- La escala de faces III, consta de 20 preguntas.
- Proporciona indicadores del grado de satisfacción de los miembros de la familia en relación a su sistema familiar actual.
- Los ítems tienen grados de respuestas van de 1 a 5, siendo 1 equivalente a “totalmente en desacuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”.

### 3.4 Población

La población objeto de estudio estuvo representada por las pacientes internas en el Centro especializado en el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas Cetad "Maranatha" que consta de 28 pacientes internas dentro del primer periodo del año 2020.

### 3.5 Recursos

#### 3.5.1 Talento humano

- Las pacientes del Cetad ``Maranatha``
- Encargados de la investigación.
- Personal del Centro de Rehabilitación

#### 3.5.2 Materiales

- De oficina
- Tecnológicos
- Financiero. El desarrollo de este proyecto tuvo un costo \$750, y fue cubierto al 100% por los investigadores, los gastos se detallan a continuación:

MATERIALES	VALOR
De oficina	\$ 100
Impresiones	\$ 150

Internet	\$ 100
Movilización	\$ 150
Empastados	\$ 150
Imprevistos	\$ 100
TOTAL	\$ 750

## CAPÍTULO IV

### 4.1. Análisis e interpretación de resultados

Mediante la información obtenida en el estudio realizado a las pacientes del Cetad Maranatha de la ciudad de Portoviejo, se procede a realizar el análisis e interpretación de resultados obtenidos mediante los instrumentos de evaluación aplicados.

Para la realización del análisis e interpretación de resultados se utilizó la Escala de faces III de Olson, una encuesta y entrevista estructurada de acuerdo a los objetivos específicos planteados en la investigación para evaluar la funcionalidad familiar, causas del consumo y la relación entre las variables mencionadas.

#### Normas y puntos de corte para el Faces III (Olson, 1985).

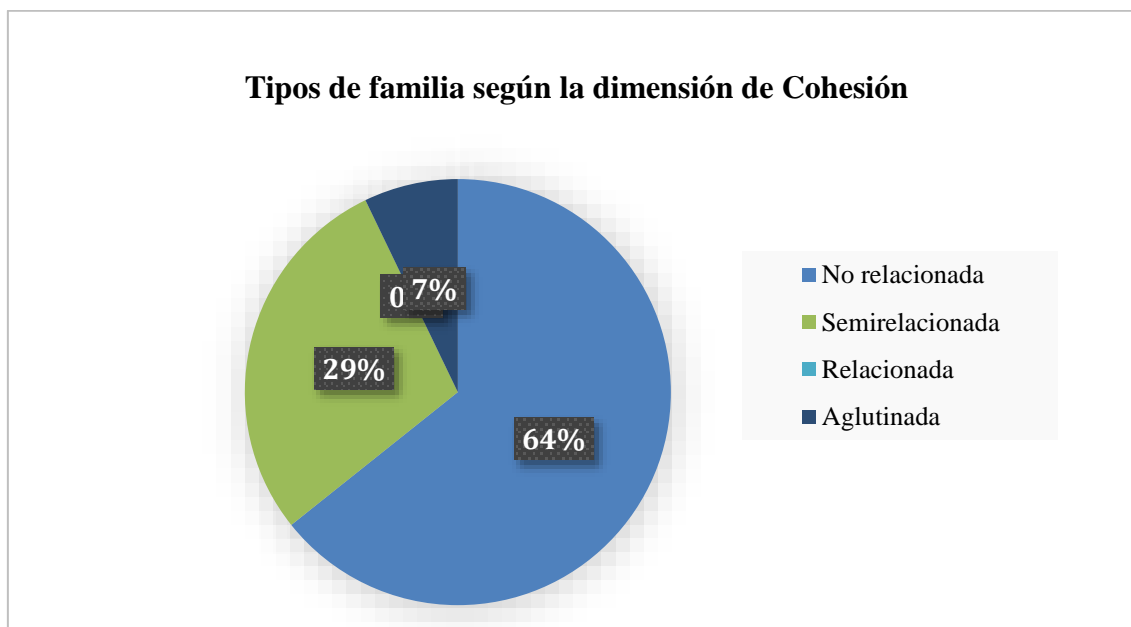
<b>COHESIÓN</b>	<b>RANGO</b>
No relacionada	10 – 34
Semirelacionada	35 – 40
Relacionada	41 – 45
Aglutinada	46 – 50
<b>ADAPTABILIDAD</b>	<b>RANGO</b>
Rígida	10 – 19
Estructurada	20 – 24
Flexible	25 – 28
Caótica	29 – 50

**Tabulaciones de la Escala de Faces III**  
**Tipos de familia según la dimensión de Cohesión**

**Cuadro N° 1**

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
No relacionada	18	64%
Semirelacionada	8	29%
Relacionada	0	0 %
Aglutinada	2	7 %
Total	28	100%

**Gráfico N° 1**



Fuente: pacientes del Cetad “Maranatha”.

**Análisis e interpretación de resultados**

Con relación a los datos obtenidos en la investigación de la Escala de FACES III en relación a la dimensión de Cohesión el 64% de las pacientes encuestadas dio como resultado un tipo de familia no relacionada; el 29% de las familias es semirelacionada; el 7% de las familias son aglutinadas y el 0% corresponde, según la escala de Faces III al tipo de familia relacionada.

Se puede evidenciar en la dimensión de cohesión que un alto porcentaje de las familias se definen como no relacionadas, esto indica que dentro del núcleo familiar existe escasa interacción entre los miembros que la componen con tendencia a manifestar conductas de

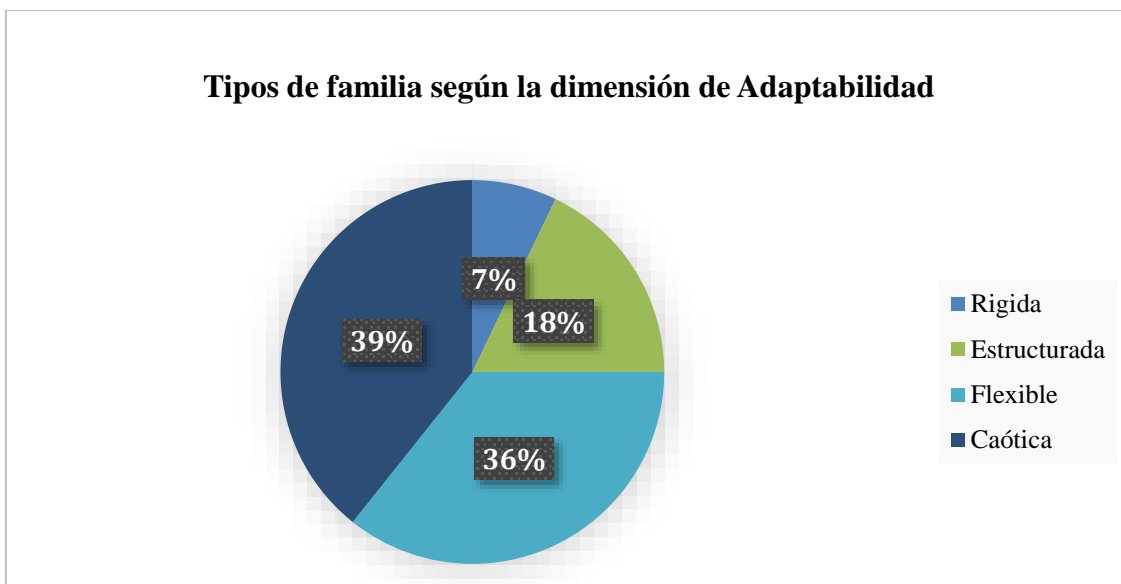
desapego en las cuales predominan la desvinculación afectiva, individualidad y límites rígidos que afecta la relación interpersonal entre los miembros de la familia.

### Tipos de familia según la dimensión de Adaptabilidad

**Cuadro N° 2**

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Rígida	2	7%
Estructurada	5	18%
Flexible	10	36%
Caótica	11	39 %
Total	28	100%

**Gráfico N° 2**



Fuente: pacientes del Cetad “Maranatha”.

### Análisis e interpretación de resultados

Según los datos obtenidos en la investigación de la Escala de FACES III en relación a la dimensión de adaptabilidad el 39% de las pacientes encuestadas dio como resultado un tipo de familia caótica; el 36% de las familias son flexibles; el 18% de las familias son estructuradas y el 7% de las familias son rígidas.

Con relación a la dimensión de adaptabilidad se puede observar que gran parte de la población encuestada describe a su núcleo familiar como caótico que se caracteriza por la presencia de liderazgo limitado e ineficaz el cual se manifiesta en los frecuentes cambios en las reglas, roles y la dificultad para resolver los problemas.

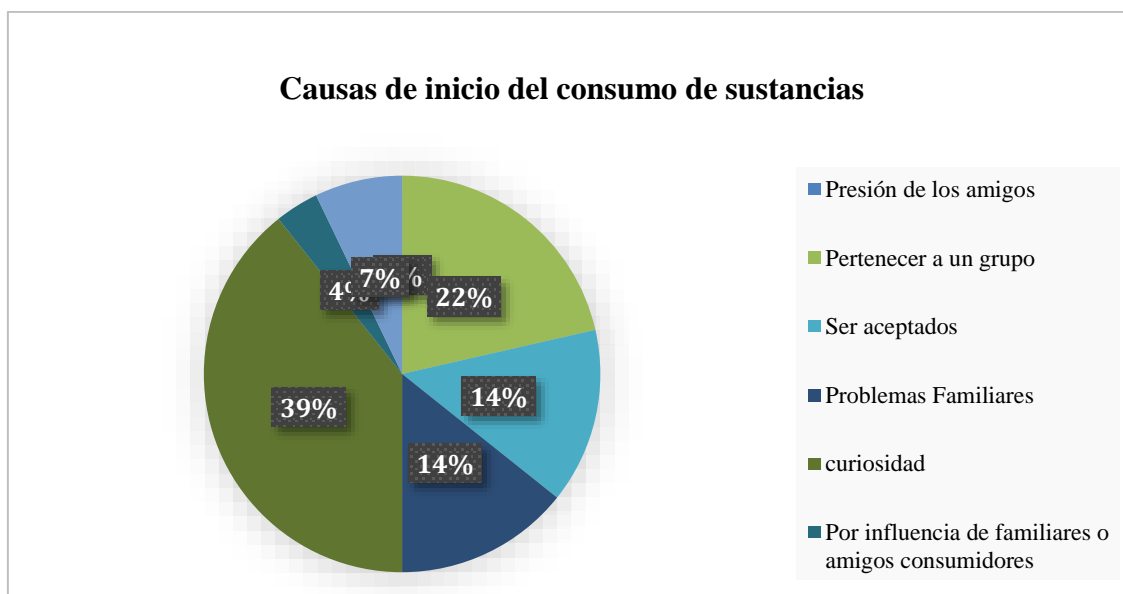
## Tabulaciones de la encuesta

### Causas de inicio del consumo de sustancias

Cuadro N° 3

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Presión de los amigos	0	0%
Pertenecer a un grupo	6	22%
Ser aceptados	4	14%
Problemas familiares	4	14%
Curiosidad	11	39%
Por influencia de familiares o amigos consumidores	1	4%
Otros	2	7%
Total	28	100%

Gráfico N° 3



Fuente: pacientes del Cetad "Maranatha".

### Análisis e interpretación de resultados

Según los datos obtenidos en la encuesta realizada a las pacientes del Cetad, el 39% de ellas resaltó curiosidad como factor inicial del consumo de sustancias; 22% por pertenecer a un grupo, el 14% ser aceptados, 14% de ellas destacó el papel de la familia, 7% resalto estado anímico como tristeza dentro de la categoría otros y el 4% por influencia de familiares o amigos consumidores.

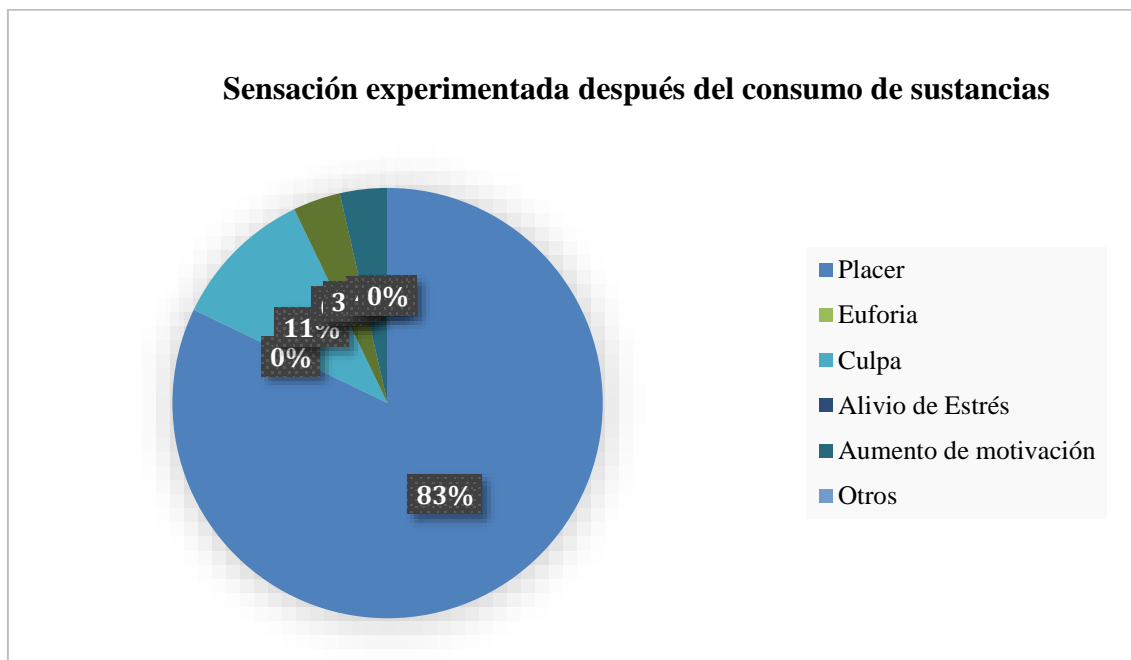
Se muestra que la población evaluada señala la curiosidad como causa inicial del consumo, entendiendo el deseo de conocer o experimentar cosas nuevas como un elemento importante en el desarrollo de las diferentes etapas en la vida de cada individuo con predominancia en la adolescencia debido a la necesidad de aceptación social y pertenencia a un grupo lo cual influye en la toma de decisiones.

### Sensación experimentada después del consumo de sustancias

**Cuadro N° 4**

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Placer	23	83%
Euforia	0	0 %
Culpa	3	11 %
Alivio de estrés	0	0 %
Aumento de motivación	1	3%
Otros	1	3%
Total	28	100%

**Gráfico N° 4**



Fuente: pacientes del Cetad “Maranatha”.

### **Análisis e interpretación de resultados**

De los resultados obtenidos en el instrumento de medición aplicado a la población de estudio el 83% del total de evaluados manifestó que experimento placer, el 11% culpa y el 6% aumento de motivación entre otros.

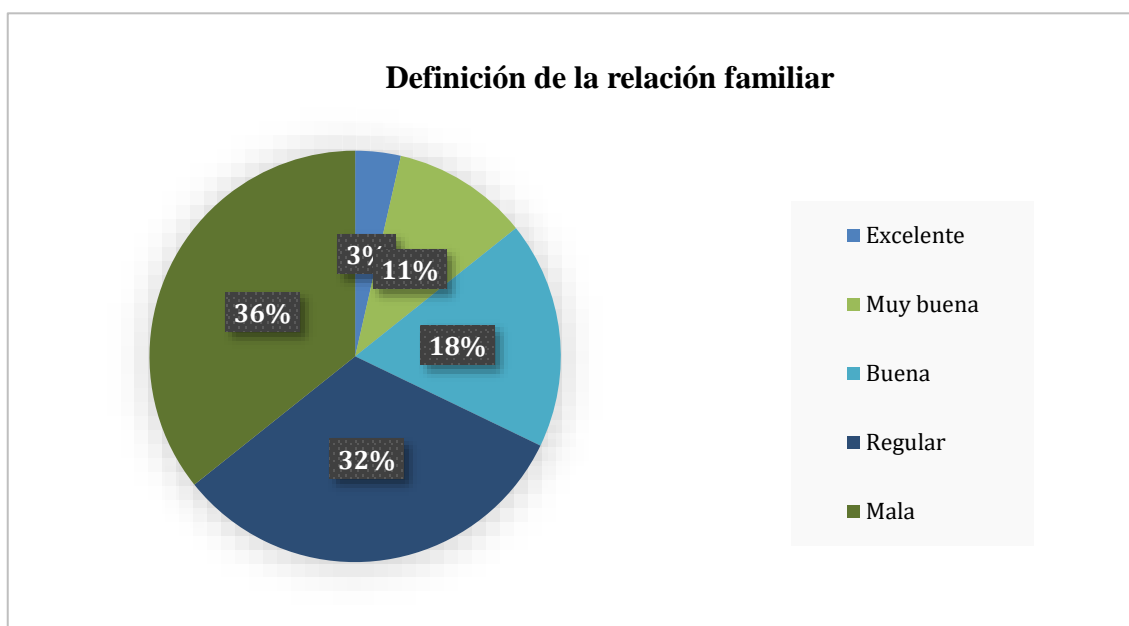
Se evidencia que el placer fue la primera sensación luego del primer consumo de sustancias psicoactivas logrando relacionar el potencial adictivo con el sistema de recompensa cerebral haciendo que las drogas generen placer al ser consumidas, es así que, cuanto más se consume, el deseo se convierte en un deseo patológico y a su vez este se convierte en adicción.

### **Definición de la relación familiar**

**Cuadro N° 5**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Excelente	1	3 %
Muy Buena	3	11%
Buena	5	18%
Regular	9	32%
Mala	10	36%
Total	28	100%

**Gráfico N° 5**



Fuente: pacientes del Cetad “Maranatha”.



## **Análisis e interpretación de resultados**

Según los datos obtenidos en la encuesta realizada a las pacientes en rehabilitación el 36% define la relación con su familia como mala; el 32% la define como regular; el 18% la define como buena; el 11% como muy buena y el 3% como mala.

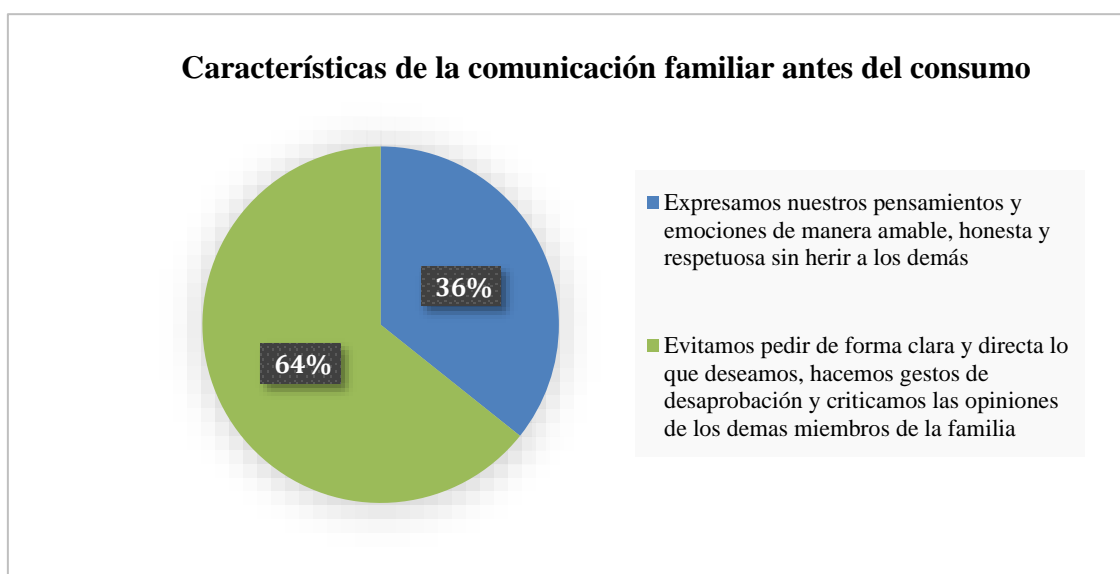
Se evidencia que las pacientes señalan que la relación con su familia antes del consumo era mala lo cual indica la existencia de falencias en la dinámica entre los miembros, es decir, que no existía una comunicación adecuada o demostraciones de afecto, prevalecía la hostilidad lo que genera un ambiente de estrés en la familia.

### **Características de la comunicación familiar antes del consumo**

**Cuadro N° 6**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Expresamos nuestros pensamiento y emociones de manera amable, honesta y respetuosa	10	64 %
Evitamos pedir de forma clara y directa lo que deseamos, hacemos gestos de desaprobación y criticamos las opiniones de los demás miembros de la familia	18	36 %
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N° 6**



Fuente: pacientes del Cetad “Maranatha”.

### **Análisis e interpretación de resultados**

En los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a las pacientes del centro con relación a las características de una comunicación adecuada en el entorno familiar antes del consumo se obtuvo que, el 64% de ellas señaló la opción “evitamos pedir de forma clara y directa lo que deseamos, hacemos gestos de desaprobación y respondemos a las opiniones de los demás criticándolos” mientras que el 36% de las pacientes señaló la opción “expresamos nuestros pensamientos y emociones de manera amable, honesta y respetuosa sin herir a los demás” .

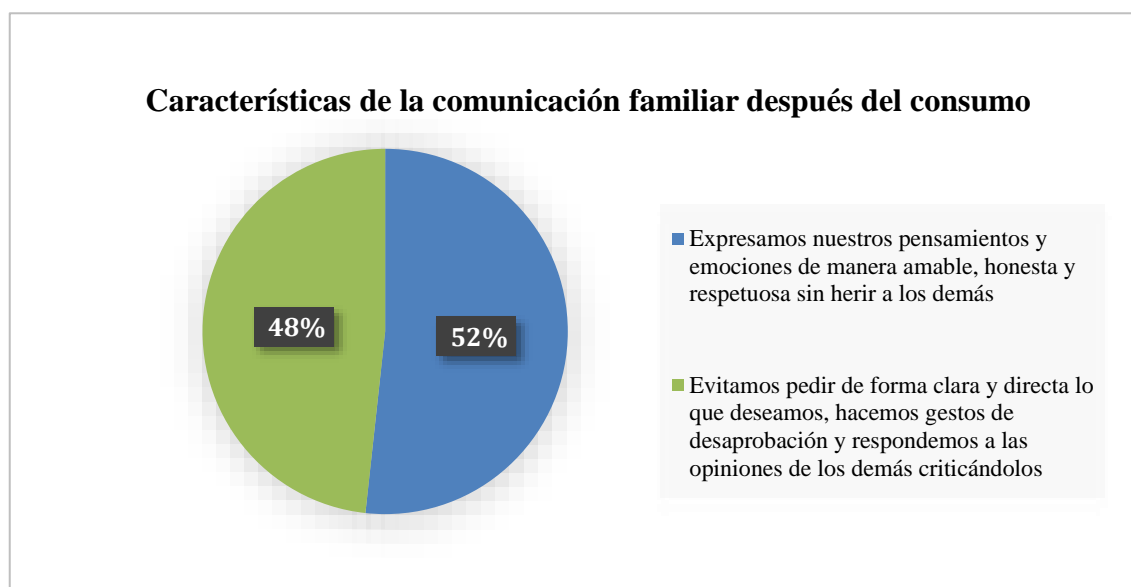
Se concluye mediante los resultados de la encuesta que un alto porcentaje de las pacientes indico que existía un estilo de comunicación agresiva en el entorno familiar antes del consumo, la cual consiste principalmente en el mantenimiento de una postura egocéntrica con dificultad de autocontrol sin respetar los sentimientos e intereses de los demás, resaltando un estilo de comunicativo unidireccional.

## Características de la comunicación familiar después del consumo

Cuadro N° 7

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Expresamos nuestros pensamiento y emociones de manera amable, honesta y respetuosa	10	52 %
Evitamos pedir de forma clara y directa lo que deseamos, hacemos gestos de desaprobación y criticamos las opiniones de los demás miembros de la familia	18	48%
TOTAL	28	100%

Gráfico N° 7



Fuente: pacientes del Cetad "Maranatha".

### Análisis e interpretación de resultados

En los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a las pacientes del centro con relación a las características de una comunicación adecuada en el entorno familiar en la actualidad mientras se rehabilitan se obtuvo que, el 52% señaló la opción "expresamos nuestros pensamientos y emociones de manera amable, honesta y respetuosa sin herir a los demás" mientras que el 48% de las pacientes escogió la opción "evitamos pedir de forma clara y directa lo que deseamos, hacemos gestos de desaprobación y respondemos a las opiniones de los demás criticándolos".

Se puede evidenciar que actualmente en el núcleo familiar existe mejoría en cuanto a la comunicación con los demás miembros la cual favorece la relación, permitiendo la

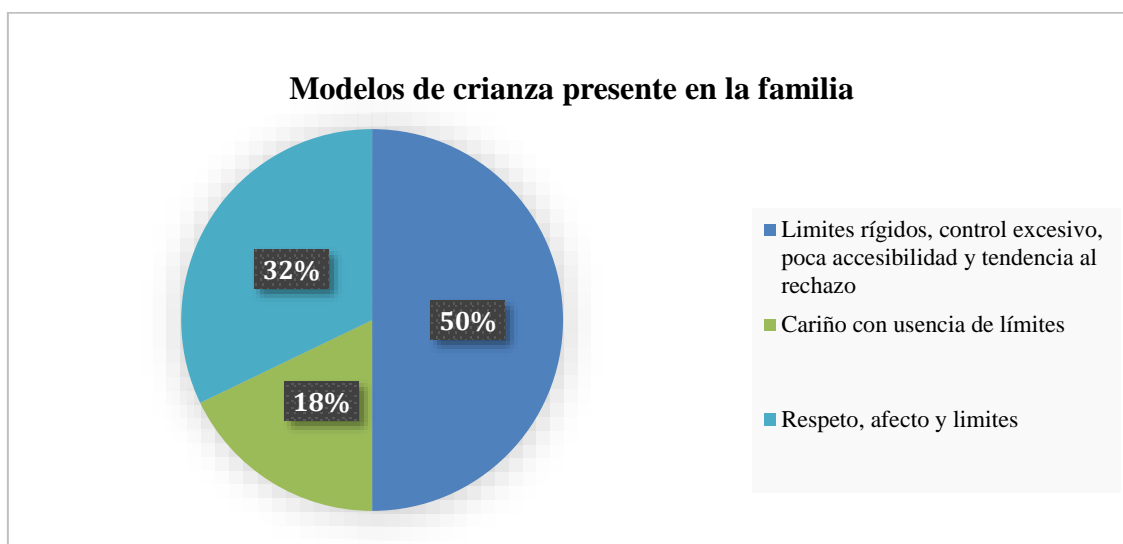
expresión de opiniones, sentimientos de forma clara, directa y respetuosa, ayudando a la confianza y facilitando el desarrollo individual/colectivo del sistema familiar.

### Modelos de crianza presente en la familia

Cuadro N° 8

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Limites rígidos, control excesivo con poca accesibilidad y tendencia al rechazo	14	50 %
Cariño con ausencia de limites	5	18 %
Respeto, afecto y limites	9	32%
TOTAL	28	100%

Gráfico N° 8



Fuente: pacientes del Cetad “Maranatha”.

### Análisis e interpretación de resultados

Según los datos obtenidos en la encuesta realizada a las pacientes en rehabilitación el 50% define que existe limites rígidos, control excesivo, poca accesibilidad y tendencia al rechazo lo que indica un estilo de crianza autoritario; mientras que el 32 % considera que en su familia si ha existido respeto, afecto, normas de convivencia, comunicación adecuada y limites dentro del núcleo familiar, y el 18% cariño con ausencia de límites.

Con base a los resultados obtenidos en la encuesta las pacientes indicaron que en su familia prevalecía el estilo de crianza autoritario lo cual indica que en la dinámica familiar se aplica un estilo de comunicación unidireccional como forma de educación, evitando la

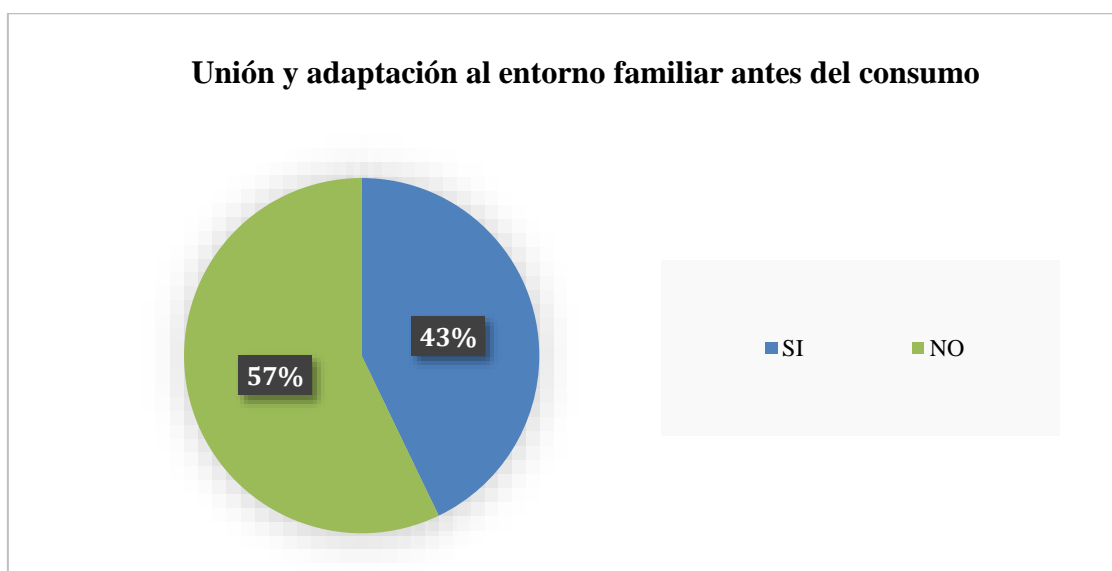
expresión de emociones y sentimientos e imponiendo control sobre sus hijos, propiciando en ellos características de comportamiento sumiso, retraído o haciendo de estas personas con bajo control de impulsos.

### Unión y adaptación al entorno familiar antes del consumo

Cuadro N° 9

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	57%
No	9	43%
Total	28	100%

Gráfico N° 9



Fuente: pacientes del Cetad “Maranatha”.

### Análisis e interpretación de resultados

Según los datos obtenidos en la encuesta realizada a las pacientes en rehabilitación con relación a la adaptación en el entorno familiar antes del consumo; el 57% indica que antes del consumo no existía unión y adaptación en su entorno familiar; y el 43% manifiesta que si existía unión y adaptación en el entorno familiar.

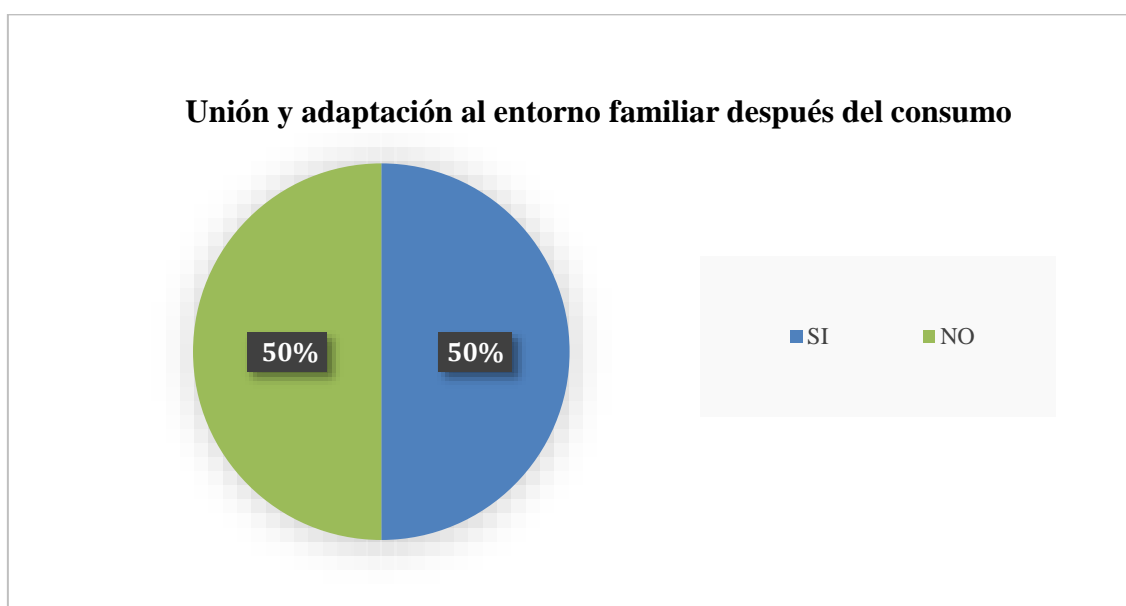
Se puede evidenciar que las pacientes indicaron que antes del consumo no existía unión y adaptación en su entorno familiar debido a la ausencia de vínculos afectivos, presentando, de esta manera, dificultad en la capacidad para adaptarse a las situaciones y enfrentar los conflictos que se suscitaban.

## Unión y adaptación al entorno familiar después del consumo

Cuadro N° 10

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	57%
No	14	43%
Total	28	100%

Gráfico N° 10



Fuente: pacientes del Cetad "Maranatha".

### **Análisis e interpretación de resultados**

Según los datos obtenidos en la encuesta realizada a las pacientes en rehabilitación con relación a la adaptación en el entorno familiar en los momentos actuales del tratamiento; el 50% indica que no existe adaptación en su entorno familiar; y el 50% manifiesta que si existe unión y adaptación en el entorno familiar.

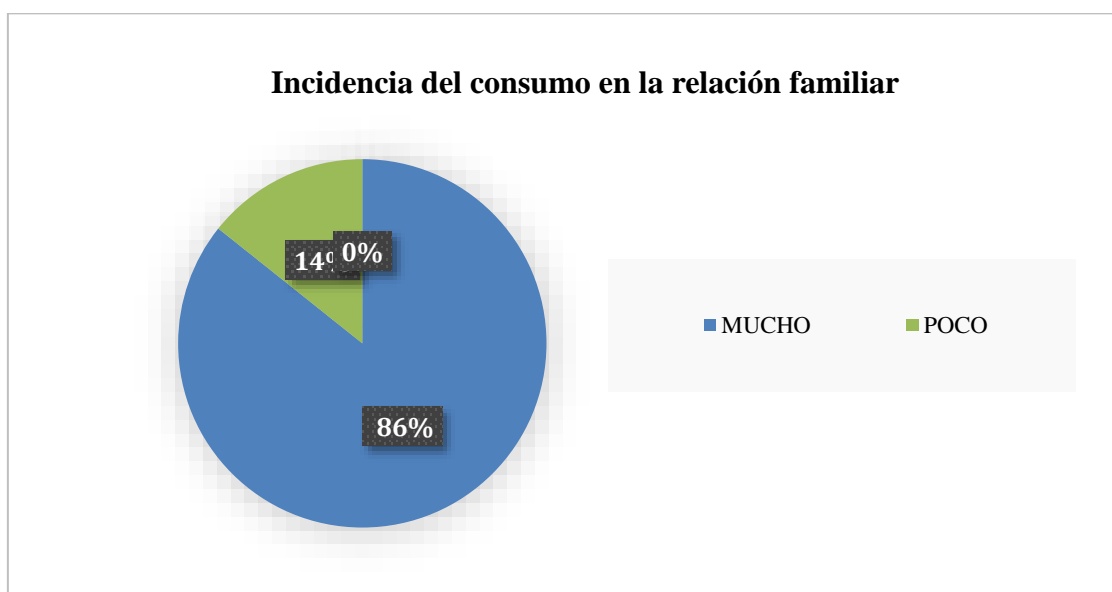
Se interpreta que en comparación con el gráfico anterior y haciendo referencia a la adaptación y unión entre las pacientes con sus familiares, en la actualidad los resultados reflejan igualdad en las respuestas obtenidas, con lo que se puede concluir que el desarrollo integral de un miembro de la familia influye de manera significativa en su entorno familiar.

## Incidencia del consumo en la relación familiar

**Cuadro N° 11**

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Mucho	24	86%
Poco	4	14%
Nada	0	0%
Total	28	100%

**Gráfico N° 11**



Fuente: pacientes del Cetad “Maranatha”.

### **Análisis e interpretación de resultados**

Según los datos obtenidos en la encuesta realizada a las pacientes en rehabilitación en base a si la relación con su familia se vio afectada por el consumo de drogas; el 86% indica que el consumo de drogas afecto mucho su relación familiar; y el 14% manifestó que la relación con su familia se vio poco afectada por su consumo de drogas; y el 0% de manifestó que no afectó nada.

Se concluye en base a los resultados obtenidos que el consumo de sustancias psicoactivas es considerado como un factor que influye de manera negativa en la relación familiar afectando la comunicación y los vínculos afectivos entre los miembros del sistema.

## 4.2. Comprobación de los objetivos

- En cuanto al Objetivo específico 1 “Evaluar la funcionalidad familiar en las mujeres drogodependientes, según su, cohesión, adaptabilidad y comunicación”. Según los resultados obtenidos en la escala de fases III se identificó que un alto porcentaje de las familias (64%) poseen características no relacionadas y (39%) de ellas presentan características caóticas, debido a la ausencia de vínculo emocional y poca flexibilidad ya que sus límites, normas, roles y jerarquías no están bien definidas, lo que permite inferir la presencia de disfuncionalidad dentro del núcleo familiar, además de encontrar estilos de comunicación inadecuados en los que se evita expresar de forma clara los deseos e intereses de los demás miembros.
- En cuanto al Objetivo específico 2 “Determinar las causas que conllevan al consumo de sustancias a las mujeres drogodependientes del Cetad "Maranatha" Cantón Portoviejo en el año 2020”. A partir de la aplicación del instrumento de evaluación-encuesta, dentro de las principales causas que le conllevaron al consumo de sustancias está la curiosidad como primer factor, y también se resalta el deseo de pertenecer a un grupo, lo que muestra que su consumo se debe a factores intrínsecos como la obtención del placer dejando de lado factores familiares implícitos en el consumo.
- En cuanto al Objetivo específico 3 “Identificar los factores de la funcionalidad familiar que prevalecen en las mujeres drogodependientes y su relación con el consumo de sustancias” dentro de los factores presentes en la funcionalidad familiar inadecuada se identifica la prevalencia de estilos de crianza autoritario, permisivo y formas de comunicación poco saludables para el desarrollo individual y grupal de la familia lo que se relaciona como factor de riesgo para el consumo de sustancias.



## **CAPITULO V**

### **5.1 Conclusiones y recomendaciones**

#### **5.1.1 Conclusiones**

A partir de los resultados del estudio de los objetivos específicos se concluye que:

- Un alto porcentaje de las familias (64%) poseen características no relacionadas y (39%) de ellas presentan características caóticas, debido a la ausencia de vínculo emocional y poca flexibilidad ya que sus límites, normas, roles y jerarquías no están bien definidas, lo que permite inferir la presencia de disfuncionalidad dentro del núcleo familiar, además de encontrar estilos de comunicación inadecuados en los que se evita expresar de forma clara los deseos e intereses de los demás miembros.
- Entre las principales causas que conllevaron al consumo de sustancias está la curiosidad como primer factor y también se resalta el deseo de pertenecer a un grupo, lo que muestra que el consumo se debe a factores intrínsecos como la obtención del placer al momento de consumir, dejando de lado a los factores familiares como implícitos en el consumo.
- Los factores presentes en la funcionalidad familiar inadecuada se identifica la prevalencia de estilos de crianza autoritario, permisivo y formas de comunicación poco saludables para el desarrollo individual y grupal de la familia lo que se relaciona como factor de riesgo para el mantenimiento del consumo de sustancias.

#### **5.1.2 Recomendaciones**

- Promover la importancia del papel de la familia como factor protector ante el consumo de sustancias, ya que la familia se establece como el núcleo principal de la sociedad en el que se aprenden normas y valores que propician el desarrollo y bienestar emocional, físico, social de sus miembros y destacar la importancia que ejerce la comunicación asertiva y el rol de acompañamiento e integración de la familia en el tratamiento de las mujeres drogodependientes.
- Fomentar el desarrollo de recursos personales como la autoestima, autoconcepto y aceptación de sí mismo, que propicien la toma de decisiones, resolución de problemas y gestión de emociones en las diversas situaciones que se presenten, esto, como medida preventiva ante el consumo de sustancias y a su vez influya positivamente en el desarrollo del tratamiento de las pacientes del Cetad Maranatha.
- Dirigir talleres en los que se fomente un estilo de crianza adecuado; y en los que se promueva la expresión de deseos, necesidades, emociones, de manera eficaz y respetuosa como forma de comunicación asertiva para el desarrollo individual y grupal de los miembros en el núcleo familiar.

## **6. Referencias bibliográficas**

Cuidateplus. (06 de 04 de 2003). *Cuidateplus*. Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2003/04/06/familia-gran-parte-culpa-consumo-drogas-4449.html>.

- Ares. (2002). *Psicología de Familia*. La Habana: Félix Varela.
- Barreto, P. P. (2015). Consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, factores de protección y de riesgo: estado actual. *Revista de investigación en salud. Universidad de Boyacá*, 33.
- Barrios, Y. &. (2016). Las familias disfuncionales como factor de riesgo adictivo en la adolescencia. *Revista Adicción y Ciencia*. 3.
- Beltrán, Y. H. (14 de Octubre de 2015). *repository.unad.edu.com*. Obtenido de [repository.unad.edu.com](http://repository.unad.edu.com):  
<https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/3691/57298094.pdf;jsessionid=8C05DCB37D79B45E80DD97BB8D90022D.jvm1?sequence=3>
- Calderón, A., Dinorah, Bautista, Burgos, Rolando, G., & Pino, S. (1994). Manual de Derecho de Familia. . *Evolución Histórica de la Familia y Derecho de Familia*. Centro de Investigación y Capacitación.
- Canek, I. (2008). *Medicina Familiar*. Obtenido de <http://medicinafamiliarmazatlan.blogspot.com/2008/12/funcionalidad-familiar.html>
- Carabaño, T. (13 de 11 de 2019). *Mejor con Salud*. Obtenido de ¿Qué es una familia disfuncional y cómo puede afectar a los hijos?:  
<https://mejorconsalud.com/familia-disfuncional-como-afecta-a-los-hijos/>
- Castellan, S., & Romero, L. (2014). *Funcionamiento familiar, vivencias y estrés psicológico*. Obtenido de <https://www.academica.org/sonia.margarita.castellon.castillo/3.pdf>
- Cervera, S. (11 de 2016). *Vivir en Familia*. Obtenido de <http://www.vivirenfamilia.net/articulo/la-familia-funcional/>
- Chicaiza, E., & Chicaiza, S. (11 de 2015). “*Incidencia de la disfunción familiar en el comportamiento, de los estudiantes del séptimo año de educación general básica de la escuela nueve de octubre, de la ciudad de Pujilí en el año lectivo 2014-2015*”. Obtenido de <http://repositorio.utc.edu.ec/bitstream/27000/2438/1/T-UTC-3691.pdf>

Clayton, T. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. *National Association for Special Educational*, 15-16.

Drogas, E. N. (2009). Obtenido de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>

Echeverría, D. (2015). “La influencia de la disfuncionalidad familiar en la resiliencia en niños y niñas en el medio escolar de 6to de Básica del Centro Educativo Jesús María Yepes de la ciudad de Quito”. Quito. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7637/1/T-UCE-0007-75pi.pdf>

Galarza, d., & moran, c. (02 de 04 de 2016). *Influencia de los hogares disfuncionales en la calidad de las relaciones interpersonales en niños de 5 a 6 años de la escuela de educación básica fiscal n° 28 “sociedad italiana garibaldi”*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/12399/1/galarza%20-%20mor%c3%a1n.pdf>

Galarza, J. (2010). *Interacción Familiar*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/2207/1/tps709.pdf>

Galdeano, g. (2012). Adicción: vicio o enfermedad. Impacto en la familia. Obtenido de <http://appwebs.minsa.gob.pa/insam/investigaciones/adiccion%20vicio%20o%20enfermedad%20impacto%20en%20la%20familia.pdf>

Giler, m., & vera, d. (2016). *repositorio.puce*. obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12893/rol%20familiar%20y%20el%20consumo%20de%20alcohol%20y%20drogas%20en%20adolescentes%20de%20la%20unidad%20educativa%20sim%c3%93n%20bol%c3%8dv.pdf?sequence=1&isallowed=y>

Gutiérrez, H. (2019). locus de control en consumidores de sustancias psicoactivas. *Tesis para obtener el título profesional de licenciada en psicología*. Perú.

Guerri, M. (19 de 04 de 2020). Definición y características de las drogas. Obtenido de <https://www.psicoadictiva.com/blog/definicion-y-caracteristicas-de-las-drogas/>

- Heredia, U. P. (29 de 10 de 2016). Rompiendo los tabúes de la psicología social comunitaria. Obtenido de <http://rompiendotabuespsicomunitariaszm.blogspot.com/2016/10/la-disfuncionfamiliar-causas-y.html>
- Jiménez, K. &. (2018). *repository.ucc.edu.com*. Obtenido de repository.ucc.edu.com: [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7314/1/2018\\_estudiantes\\_sustancias\\_psicoactivas.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7314/1/2018_estudiantes_sustancias_psicoactivas.pdf).
- Kirik, T. (03 de Octubre de 2019). *dspace.ups.edu.ec*. Obtenido de dspace.ups.edu.ec: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/17936/1/UPS-CT008503.pdf>
- Klimenk, O. Á. (2018). Factores de riesgo y protección frente al consumo de sustancias psicoactivas. *Dialnet*, 53.
- Ledesma, E., & Castellan, S. (07 de 2012). El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Obtenido de Eumed: <https://www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html>
- López, G., & Ramos, J. (Diciembre de 2012). La estructura y la dinámica familiar asociadas a la vulnerabilidad hacia el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de 10° y 11° jornada de la tarde en la Institución Educativa Alfonso Araujo Cotes de Valledupar. Santa María, Colombia.
- Madrid. (22 de Junio de 2016). *Madrid Salud*. Obtenido de <http://madridsalud.es/conocer-permite-actuar-iii-clasificacion-de-las-sustancias-psicoactivas-estimulantes-cocaina-anfetaminas/>
- Marín, J. (2015). Funciones de la familia: intrínsecas, extrínsecas, y mucho más. Obtenido de <http://hablemosderelaciones.com/c-familia/funciones-de-la-familia/>
- Martínez, C. (2001). *Salud Familiar*. La Habana: Editorial Científico.
- Mendoza, I. (2016). *Maestría en intervención psicosocial familiar*. Cuenca, Ecuador.
- Mendoza, J., & Gean, G. (2018). Incidencia de la familia en las adicciones de los adolescentes del bachillerato en instituciones educativas. *Revista Cognosis*, 9.

- Ministerio de Salud Pública de Colombia. (2017). *ABECÉ de la Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas*.
- Ministerio de Sanidad, C. y. (2017). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (edades), 1995-2017*. Melilla.
- Ministerio de Salud Pública. (23 de Enero de 2013). <https://educacion.gob.ec/>. Obtenido de <https://educacion.gob.ec/>: [https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/2-Guia-Prevencion-Drogas\\_DT.pdf](https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/2-Guia-Prevencion-Drogas_DT.pdf)
- Minuchin, S. (1981). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Minuchin, S. (1997). *Técnicas de Terapia Familiar* (Vol. Primera edición). Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S., & Fischman, C. (1985). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós
- Navarro, P. P. (2015). Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 167.
- Ochoa, I. (2004). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Oljaca, M., Erdes Kavecan, D., & Kostovie, S. (2012). Relationship between the quality of family functioning and the academic achievement of adolescents. *Croatian Journal of Education*, 14.
- Olson, D. (2000). *Circumplex Model of Marital and Family Systems*. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1467-6427.00144>
- Olson, D. (2006). *Modelo Circumplex de Sistemas Maritales y Familiares*. Minnesota: Life Innovations.
- Olson, D., Russell, C., & DSprenkle, D. (1989). *Circumplex model: systemic assessment and treatment of families*. E.E.U.U: Routledge.
- O.M.S. (2009). *Familia y ciclo familiar*. Obtenido de <http://www.actiweb.es/yaxchel/archivo1.pdf>
- Organización de Estados Americanos. (2013). *El Problema de Drogas en la Américas*. Washington: Americana.

- Organización de los Estados Americanos. (2019). *Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas*. Washington, D.C.: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD).
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas, en particular en el contexto del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas celebrado en 2016*. Nueva York.
- Paladines, M. I. (Octubre de 2010). *dspace.ucuenca.edu.ec*. Obtenido de [dspace.ucuenca.edu.ec](http://dspace.ucuenca.edu.ec):  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf>
- Pérez Lo Presti, A., & Reinoza Dugarte, M. (2011). El educador y la familia disfuncional. *Educere*, 629-634. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35622379009>
- Pérez, M. d. (2017). Experiencia vivida de los adolescentes consumidores de drogas: un abordaje fenomenológico. *Revista Escolar de Enfermería*, 4.
- Pinta, E. C. (Octubre de 2018). *repositorio.unemi.edu.ec*. Obtenido de <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4208/1/2.%20factores%20que%20influyen%20en%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20adolescentes-converted.pdf>
- Pinos, K., & Mendoza, I. (2012). *La familia disfuncional como factor de riesgo en el consumo de drogas en adolescentes*. Cuenca. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2286/1/tps785.pdf>
- Polaino-Lorente, A., & Martínez, C. (2006). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. España: Universidad de Navarra - Instituto de Ciencias para la Familia.
- Poma, J., Carrillo, L., & Gonzáles, J. (2017). Funcionalidad familiar y factores de riesgo modificables para hipertensión arterial. *scielo*, 59(1), 2.
- Psicología C. (29 de 10 de 2016). *Psicología Comunitaria: Llenando Corazones en el Mundo*. Obtenido de

<http://llenandocorazonesenelmundo.blogspot.com/2016/10/disfuncion-familiar-causas-y.html>

Quintero, A. (2007). *Trabajo social y procesos familiares*. Buenos Aires: Lumen/Humanitas.

Rivadeneira, S., & Trelles, L. (2013). Incidencias de las familias disfuncionales en el proceso de la formación integral de los niños. Cuenca. Obtenido de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6086/1/UPS-CT002821.pdf>

Rivera, A., & Sánchez, S. (2014). Obtenido de [dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20551/1/TESIS.pdf](https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20551/1/TESIS.pdf)

Rodríguez, P. (2016). *Guía Clínica para El Tratamiento de los Trastornos Por Consumo de Sustancias Estimulantes*. Andalucía: Día Cash, S. L.

RCN. (23 de 05 de 2018). RCN. Obtenido de <https://www.rcnradio.com/salud/hablemos-de-salud/sustancias-psicoactivas-sus-tipos-efectos-y-riesgos>

Sánchez, E. (19 de 06 de 2019). Tipos de Familia en la actualidad. Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/los-11-tipos-de-familia-que-hay-en-la-actualidad/>

Satir, V. (1999). *Nuevas Relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Editorial Pax.

Segura, L. &. (2015). consumo de drogas de uso lícito e ilícito en jóvenes universitarios de la U.D.C.A. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, 311.

Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 1231-1239.

Suarez, E. (2013). Calidad de vida y funcionamiento familiar de adolescentes con depresión. *Tesis de grado*. Chile.

Tellechea, L. (Octubre de 2014). Abordaje del adolescente que se encuentra en una familia disfuncional. Valencia. Obtenido de <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/496/4/ltellechea.pdf>



- Tobaruela & Loor, W. H. (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. Scielo, 135.
- Torres, L. (2007). El adicto y la familia en recuperación. Anudando. Obtenido de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43\\_adicto.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43_adicto.pdf)
- Vásquez, C. (2011). Importancia de las relaciones interpersonales. 22. Editorial Kairos.
- Vallejo, P. (30 de octubre de 2015). <http://repositorio.puce.edu.ec/>. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8772/las%20representaciones%20sociales%20en%20la%20dinamica%20de%20consumo%20de%20pasta%20de%20cocaina%20en%20jovenes%20de%20estrat.pdf?sequence=1&isallowed=y>
- Zaldivar, H. (20 de 10 de 2008). *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud*. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/as/v3n2/a10v3n2.pdf>
- Zuoza-Olaya. (2013). *Causas de la desintegración familiar y sus consecuencias en el rendimiento escolar y conducta de las alumnas de segundo año de la institución educativa nuestra señora de Fátima de Piura*. Piura. Obtenido de [https://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/11042/1818/MAE\\_EDUC\\_110.pdf?sequence=1](https://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/11042/1818/MAE_EDUC_110.pdf?sequence=1)

## 7. Cronograma

ACTIVIDADES	MESES / 2020																				RECURSOS		
	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				HUMANOS	MATERIALES	COSTOS
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
Presentación y Aprobación del anteproyecto.	X	X	X	X																	Miembros de la Unidad de Titulación	Carpetas y documentos, revistas, Internet	\$ 100.00
Reunión con la tutora						X	X			X	X										Autores Del proyecto Tutor	Movilización	\$ 50.00
Reunión con el tribunal															X						Miembros de la Unidad de Titulación	Movilización	\$ 40.00
Diseño y desarrollo del marco teórico del proyecto, selección de fuentes bibliográficas (Recopilación de información)									X	X	X										Autores	Carpetas y Internet Fuente bibliográfica, revistas, impresiones Movilización	\$ 120.00
Desarrollo del marco teórico. Aplicación de instrumentos de trabajo, tabulación de los resultados y elaboración de los cuadros y gráficos estadísticos.												X	X	X							Autores	Fuente bibliográfica Carpeta de informe Movilización	\$ 100.00
Elaboración y presentación del informe final.															X	X					Autores de la investigación y tribunal	Impresiones empastado y anillado	\$ 150.00
Corrección y presentación del proyecto final al departamento correspondiente																	X	X			Autores y Tribunal	Movilización	\$ 40.00
Empastado, entrega de proyecto en CD Aprobación y sustentación.																		X	X		Autores y Tribunal	Empastado. CD.	\$ 150.00
<b>TOTAL</b>																					<b>\$ 750.00</b>		

## 8. Anexos



**Encuesta y psicoeducación sobre la funcionalidad familiar a las pacientes del Cetad  
"Maranatha"**

**ENCUESTA DIRIGIDA A LAS PERSONAS INTERNAS EN EL CENTRO DE  
REHABILITACIÓN CETAD MARANATHA**

**Objetivo general de la investigación:**

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el consumo de sustancias psicoactivas de las mujeres del Centro Especializado en el Tratamiento a personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas CETAD "MARANATHA" del Cantón Portoviejo en el año 2020.

**Instrucciones:**

En las siguientes preguntas marque con una X la opción que usted considere influyó en el consumo de sustancias psicoactivas

**1.) Usted inició el consumo de sustancias por:**

- a) Presión de los amigos
  - b) Pertenecer a un grupo
  - c) Ser aceptados
  - d) Problemas familiares
  - e) Curiosidad
  - f) Por influencia de familiares o amigos consumidores
  - g) Otros (especifique cuales)
- 

**2. Cuando empezó a consumir sustancias psicoactivas experimentó:**

- a) Placer
- b) Euforia
- c) Culpa
- d) Alivio de estrés
- e) Falta de motivación
- f) Aumento de motivación
- g) Otros (especifique) \_\_\_\_\_

**Marque con una X la opción que considere definía su situación antes de iniciar el consumo de sustancias psicoactivas.**

**3. ¿Cómo definiría la relación con su familia?**

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

**4. ¿Cómo considera usted la comunicación con su familia?**

**Marque con una X la opción con la que identifique su situación**

	ANTES		ACTUALMENTE	
	SI	NO	SI	NO
Expresamos nuestros pensamientos y emociones de manera amable, honesta y respetuosa sin herir a los demás				
Evitamos pedir de forma clara y directa lo que deseamos, hacemos gestos de desaprobación y respondemos a las opiniones de los demás criticándolos				

**5. ¿Considera que en su familia ha existido:**

- a) Límites rígidos y Control excesivo
- b) Cariño con ausencia de límites
- c) Poca accesibilidad y tendencia al rechazo
- d) Respeto, afecto y límites

**6. ¿Cree Ud. que existía unión y adaptación en el entorno familiar?**

ANTES		ACTUALMENTE	
SI	<input type="radio"/>	SI	<input type="radio"/>
NO	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>

**7. ¿El consumo de drogas afecto la relación que tiene con su familia?**

MUCHO	POCO	NADA



ENTREVISTA DIRIGIDA AL PERSONAL PROFESIONAL  
DEL CETAD “MARANATHA”



¿Cuáles son las principales causas por las que las pacientes han consumido sustancias psicoactivas?

---

---

---

¿Qué tipo de actividades realizan las pacientes con sus familiares como parte del tratamiento?

---

---

---

¿Cree usted que exista integración y apoyo en la recuperación de las pacientes por parte de los familiares?

---

---

---

¿Considera a la familia como un factor predisponente al consumo sustancias?

---

---

---

¿Desde su punto de vista profesional que favorece en el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas de las pacientes?

---

---

---

ESCALA DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR FACES III

Los items cuentan con grados de respuesta que van desde 1 a 5, siendo 1 equivalente a totalmente en desacuerdo y 5 "totalmente de acuerdo".

Nº	PREGUNTAS	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 ALGUNAS VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
1	Los miembros de su familia se dan apoyo entre si					
2	En nuestra familia se toman en cuenta la sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar a autoridad					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos					
12	En nuestras casas los hijos toman las decisiones					
13	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
14	En nuestra familia las reglas cambian					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17	Consultamos unos con los otros para tomar decisiones					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19	La unión familiar es muy importante					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar					