



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PERCEPCION FAMILIAR EN DOS
GRUPOS DE MUJERES ADICTAS DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN
TRATAMIENTO DE UN HOSPITAL
ESPECIALIZADO DE LIMA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ADICCIONES CON
ENFOQUE DE GÉNERO

ARTURO ASUNCION DUEÑAS YACTAYO

LIMA - PERÚ

2018

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Carlos López Villavicencio
Presidente

Mg. Geraldine Salazar Vargas
Vocal

Dra. Elizabeth Dany Araujo Robles
Secretaria

ASESOR DE TRABAJO ACADEMICO

Dr. Carlos López Villavicencio

DEDICATORIA

A mis queridos padres Mariano y Dionisia por los valores de la perseverancia y responsabilidad en mi formación académica que fueron el origen de mis logros; a mis hermanas Carmen, María que con su presencia alientan el esfuerzo para ser mejor, a mi hija Alexandra quien me impulsa a continuar en la senda del conocimiento. Para todos ellos el agradecimiento profundo por ser parte de mi crecimiento y desarrollo.

“Los Quiero Mucho”

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento muy especial a Dios, por haber estado conmigo a cada momento para darme la fortaleza y continuar con mi desarrollo personal y profesional. De igual manera a las personas amigas que motivaron al desarrollo para cumplir esta gran meta. Y por siempre a mi familia que esta siempre está en mi corazón.



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PERCEPCION FAMILIAR EN DOS
GRUPOS DE MUJERES ADICTAS DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN
TRATAMIENTO DE UN HOSPITAL
ESPECIALIZADO DE LIMA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ADICCIONES CON
ENFOQUE DE GÉNERO

ARTURO ASUNCION DUEÑAS YACTAYO

LIMA - PERÚ

Resumen de coincidencias X

10 %

1	1pdf.net Fuente de Internet	2 %	>
2	studylib.es Fuente de Internet	2 %	>
3	www.scribd.com Fuente de Internet	1 %	>
4	docslide.us Fuente de Internet	1 %	>
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 %	>
6	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1 %	>
7	repositorio.utelesup.ed... Fuente de Internet	1 %	>

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION	1
CAPITULO I.....	4
1.1.- DELIMITACION Y FORMULACION DEL PROBLEMA	4
1.2.- JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA	7
1.3.- LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION	8
1.4.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	9
1.4.1.- OBJETIVO GENERAL	9
1.4.2.- OBJETIVO ESPECIFICO:	9
CAPITULO II	11
MARCO TEORICO	11
2.1.- ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES.	11
2.2.- Estudios Nacionales relacionados a la familia con consumo de drogas.	32
2.3.- Definiciones conceptuales y Operacionales de Variables.	36
2.4.- Hipótesis.	38
CAPITULO III: METODOLOGIA	40
3.1.- NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.2.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	40
3.3.- NATURALEZA DE LA POBLACIÓN.	40
3.4.-MUESTRA:	41
3.5. TÉCNICA (S) E INSTRUMENTO (S) DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
3.6.- PROCEDIMIENTOS	42
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	43
CAPITULO V: DISCUSIÓN	50
CONCLUSIONES.....	52
RECOMENDACIONES.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXOS.....	57

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la percepción familiar en dos grupos de mujeres adictas de sustancias psicoactivas en tratamiento de un hospital especializado de Lima. El tipo de estudio que se realizó fue el aplicado de tipo descriptivo y el diseño de investigación fue experimental. La muestra fue de 18 mujeres, comprendidas entre las edades de 19 a 61 años. El instrumento que se utilizó fue la: Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, 3° versión FACES III; de Olson. Consta de 40 ítems, divididos en dos partes. La parte I, mide la “Familia Real”. Y la parte II, mide la “Familia Ideal”. Los resultados indicaron que no existe diferencia significativa entre la percepción actual, como la percepción ideal de cohesión familiar en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima. Así mismo tampoco se encontró diferencia significativa entre la percepción actual de adaptabilidad familiar, y la percepción ideal de adaptabilidad familiar en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

Palabras clave: Percepción Familiar, mujeres adictas a sustancias psicoactivas.

ABSTRACT

This investigation aims to determine family perception within two groups of psychoactive-substance dependent women under treatment in a specialized hospital in Lima. The type of research that was conducted refers to a descriptive type and the design of the investigation was experimental. The sample size was of 18 women between the ages of 19 and 61. The instrument that was used was the: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III) by Olson. This scale consists of 40 items divided into two parts. Part I measures the “Real Family” and part II measures the “Ideal Family”. The results determined that there is no significant difference between real perception and ideal-cohesion perception in hospitalized psychoactive-substance dependent women and women who are being monitored by a specialized hospital in Lima. Also, there was no significant difference between real perception of family adaptability and ideal perception of family adaptability in hospitalized psychoactive-substance dependent women and women who are being monitored by a specialized hospital in Lima.

Key words: Family Perception, psychoactive-substance dependent women

INTRODUCCION

La problemática del uso de drogas en estos últimos años se ha ido agudizando cada vez más, con repercusiones desastrosas en las áreas familiar, social, individual, y de seguridad nacional.

El ambiente que se desarrolla en relación al consumo de sustancias en nuestro medio es de mucho problema siendo un país productor y consumidor de drogas.

Los diferentes estudios epidemiológicos que se han realizado en nuestro país, indican que el uso de las drogas cada vez son más las personas que consumen tanto hombres como mujeres. Últimamente se está observando un incremento del consumo en la población femenina entendiéndose como un problema, lo refiere (Dodge y Potocky, 2001).

Muchas de las personas especialmente las mujeres su ritmo de vida está sujeta a una situación estresante generando emociones que pueden ser muy negativas como vergüenza, depresión, sentido de culpa, ansiedad, baja autoestima.

En la problemática de las conductas adictivas encontramos una variable importante que actúa como influyente, como factor protector o factor de riesgo, al propiciar la aparición o incrementar la posibilidad, o mantenimiento o facilitación de la adicción.

Es así que la familia funciona como un sistema muy importante y de mucho poder para el desarrollo de la personalidad, la educación y de valores importantes dentro de un sistema, cada miembro actúa de acuerdo a su rol desenvolviéndose cada uno a su modo.

Las mujeres adictas con toda esta problemática, en el momento de buscar un lugar de atención no la encuentran ya que los sistemas de atención no están preparados para apoyarlas, los programas no se adecuan a sus necesidades, los “especialistas” no están capacitados, muchas mujeres no asisten al tratamiento por que la sociedad, la familia, las estigmatiza, generan un sentimiento de culpa y de vergüenza, muchas no pueden, por que toman como prioridad sus atenciones a los hijos que a su enfermedad.

Un gran porcentaje de mujeres inician su consumo por eventos traumáticos a temprana edad que son generados a veces por la propia familia que se da a través del maltrato psicológico, físico, del abuso sexual, desajustes familiares y que van acompañados de otros trastornos como depresión, trastornos alimentarios, trastornos de ansiedad, estrés pos traumático. Por eso es importante la intervención en ambos problemas (Ashley, Marsden y Brady, 2003).

Entonces un punto importante de evaluar es la familia generalmente se manifiestan como disfuncionales, encontrándose patrones desadaptativos en la comunicación, en sus roles, en la parte afectiva, cohesión y flexibilidad, entre otras variables.

La problemática de la adicción no solo atañe al adicto, sino a todas las personas que componen a la familia ya que muchos de ellos generan, inician o mantienen el comportamiento del consumo.

El apoyo familiar es muy débil en las mujeres, sus parejas no las protegen porque también son consumidores, por lo tanto, no cuentan ni entienden sus necesidades para su ayuda. Así lo refiere (Curtis-boles y Jenkins-Monroe, 2000).

Un gran porcentaje de ellas están muy solitarias, se han visto obligadas a abandonar su morada tempranamente, siendo discriminadas y estigmatizadas (Dogdge y Potocky-Tripodi, 2001).

En el tratamiento como el mantenimiento, suele decirse que es muy importantes el acompañamiento de la familia, así como un buen empleo, buenas relaciones familiares, la disminución del estrés Brady y Ashley, 2005; Greenfield, Brooke et al., 2007; Marsh, Shin y Cao, 2010).

Por lo tanto, la familia es muy importante en el acompañamiento para cambiar o modificar los roles que se presentan en ellas.

Por lo tanto, es importante conocer cuál es la percepción familiar en las mujeres adictas de sustancias psicoactivas.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- DELIMITACION Y FORMULACION DEL PROBLEMA

El problema del consumo de sustancias psicoactivas sigue siendo una problemática de la salud pública, que en nuestro país cada vez se incrementa con mayor rapidez. Los intentos y esfuerzos de nuestro país para controlar todavía siguen siendo muy débiles. El surgimiento de muchas alternativas en nuestro medio social puede estar todavía sometido a un alto grado de disfunción familiar porque tenemos un gran índice de personas que recaen en el tema de la adicción.

Grow cuando explica sobre la familia y trastornos por el abuso de sustancias considera que, en los factores de riesgo y los factores de protección, las relaciones familiares se van a generar un gran problema teniendo un impacto fuerte en la rehabilitación de las mujeres.

La ONU de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito, 2000, el consumo de sustancias viene a ser una difícil relación de la persona, la familia, los amigos, y los factores sociales. Ya existen resultados con evidencia donde muchos trastornos por uso de sustancias tienen un factor hereditario. Por lo tanto los historiales familiares por consumo de sustancias se incrementan significativamente entre los miembros de la familia. La familia se desarrolla como un elemento crucial para promocionar y proteger a los miembros de la drogadicción.

El elevado nivel de apoyo percibido de los familiares protege a las personas contra el consumo de sustancias.

Grow (2014), ha puesto de manifiesto que el consumo de sustancias genera efectos diversos en diferentes estructuras familiares que se extienden más allá de la familia nuclear.

Muchos de nuestros clientes están sometidos a situaciones conflictivas familiares que son disfuncionales y que impiden el adecuado proceso de rehabilitación. Muchas de los desajustes generan crisis y conflictos familiares que conllevan a momentos de desconfianza, inseguridad, falta de cohesión entre ellos, la falta de flexibilidad en sus roles, es por eso que muchas de las mujeres recurrirán a veces con un comportamiento que se genere la ingesta de alguna sustancia.

Hay factores que son de riesgo y determinaran el peligro en que se encuentra la persona y muchas veces se encuentra en la propia familia por lo tanto consideramos que no es funcional, mientras que los factores protectores juegan un rol importante para la reinserción de las mujeres que están en una fase de mantenerse en abstinencia. Rojas, (1999) menciona que las causas de riesgo son aquellas situaciones que actúan en el origen de ciertos comportamientos relacionados al consumo, a su vez también pueden influenciar en la recaída de la persona estando en un proceso terapéutico y que los agentes de protección cambian las situaciones conflictivas familiares reduciendo la presentación de un problema adictivo. Por eso es importante desarrollar investigaciones que nos permitan generar habilidades de competencia en el medio

familiar a través de una buena unión afectiva (cohesión) y que se genere un buen liderazgo que implemente de manera adecuada las normas (flexibilidad).

A través del desarrollo de la información de Grow 2014, (Modulo: Familia y sustancias) es que se ha desarrollado una gran importancia en la sensibilización a la población para entender las barreras que se presentan en la rehabilitación de las mujeres. Es así que surge el deseo de desarrollar en estas personas una mejor performance de sus habilidades de comunicación afectiva y de normas, roles para conductas más adaptativas, ya que muchos de ellas ingresan al mundo de la adicción por la falta de apoyo familiar y de afecto por los mismos.

Por otro lado, invita a reconocer diferentes roles en las familias, en especial el papel de la mujer.

Así también describe el impacto de los trastornos por consumo de sustancias en la estructura familiar y roles, así como el impacto de la recuperación.

Todos estos factores son determinantes para mermar la relación familiar y ellas a su vez se sienten, discriminadas por falta de esa cohesión y flexibilidad entre los miembros de la familia. Por lo tanto, dejarán al descubierto su parte, sensible, vulnerable, y débiles ante cualquier situación discriminativa. Respondiendo muchas veces con comportamientos agresivos, autodestructivos, por su poca tolerancia a la frustración, y con un mal manejo de sus emociones.

Son muy pocas los estudios e investigaciones que se han encontrado referente a identificar la percepción familiar en mujeres adictas.

Desde nuestro punto viendo y tomando como referencia los resultados de algunas investigaciones, vemos la necesidad de saber **¿Cuál es la Percepción familiar en**

dos grupos de mujeres adictas de sustancias psicoactivas en tratamiento de un hospital especializado de lima?

Para ello escogeremos como indicadores el grado de cohesión y adaptación, que experimente el sujeto, su nivel de preocupación y la tendencia a percibir su entorno.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿CUAL ES LA PERCEPCION FAMILIAR EN DOS GRUPOS DE MUJERES ADICTAS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN TRATAMIENTO DE UN HOSPITAL ESPECIALIZADO DE LIMA?

1.2.- JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Toda persona que consuma drogas a lo largo de su vida va crear un grado de tolerancia, en su organismo, lo que permite que se incremente el consumo y así experimentar la sensación que obtuvo al inicio, y esto a su vez va generando una necesidad por la sustancia para sentirse bien y aliviar su malestar o problemas. En las mujeres el consumo de sustancias, muestra problemas diferentes, ante esto implica, que el tratamiento debe ser diferente, donde se requiere diferentes estrategias y modelos de tratamiento que acompañen a las necesidades de las mujeres. El consumo en la mujer conlleva a una serie de riesgos físicos y psicológicos como un déficit nutricional, traumas, depresión, maltrato físico, baja autoestima e infecciones y los problemas con la familia. La mayoría de mujeres no asisten a un programa de tratamiento porque su rol de mujer se lo impide, tienen que cuidar a sus hijos, la

sociedad la estigmatiza, siente mucha vergüenza y a las represalias de la pareja que a su vez también son consumidores.

Otro de los problemas que genera el consumo de sustancias en la mujer es la disfuncionalidad en la familia. Sabemos que en la familia su función es el cuidado, el desarrollar el afecto entre sus miembros, implementar valores para la persona y su correcto comportamiento ante la sociedad de acuerdo a normas y reglas. En el contexto, del consumo todo esto se desequilibra, la cohesión y la adaptabilidad familiar se ve nada amigable, creando un desequilibrio entre las personas siendo una comunicación nada asertiva y casi agresiva refiere (Shaffer, 2000).

Si podemos mostrar ciertos indicadores de la problemática que presentan las mujeres en este contexto, droga, mujer, funcionalidad familiar y tratamiento con el consumo de sustancias, se podríamos apoyar con mejores alternativas para ayudar en su terapia psicológica de la mujer y a sus familias y así reinsertarlas a la sociedad de la mejor manera y la percepción familiar podría mejorar.

El tema principal es encontrar la percepción del funcionamiento de sus familias que poseen las mujeres, en situación de vulnerabilidad por el consumo de sustancias psicoactivas por lo que nos planteamos: **¿Cuál es la percepción familiar en dos grupos de mujeres adictas de sustancias psicoactivas en tratamiento de un hospital especializado de Lima?**

1.3.- LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

Las mujeres internadas no permanecen mucho tiempo en el proceso del tratamiento o mejor dicho abandonan tempranamente por razones externas de su rol como mujer.

Así mismo la institución no cubre las necesidades de las mujeres en el proceso del tratamiento, lo cual genera la desmotivación de las mismas abandonando tempranamente el programa.

Las mujeres se les hace difícil participar en su proceso de mantenimiento y al recaer no vuelven a su tratamiento.

1.4.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción familiar en dos grupos de mujeres adictas de sustancias psicoactivas en tratamiento de un hospital especializado de lima

1.4.2.- OBJETIVO ESPECIFICO:

1.- Identificar y comparar la percepción actual de la cohesión familiar entre las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

2.- Identificar y comparar la percepción ideal de la cohesión familiar entre las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

3.- identificar y comparar la percepción actual de la adaptabilidad familiar entre las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

4.- Identificar y comparar la percepción ideal de la adaptabilidad familiar entre las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1.- ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES.

PROBLEMÁTICA DE LA DROGA EN LAS MUJERES

La información que tenemos sobre el tema de las drogas, están enmarcados como una mayor prevalencia en el sexo masculino que en las mujeres pudiendo variar en función a algunas variables como la edad, el tipo de droga, la clase social y económica que pueden cambiar o invertirse en su consumo. Últimamente observamos un incremento del consumo en la población femenina considerándose un problema, lo refiere (Dodge y Potocky, 2001). Al examinar el motivo por que la mujer tiene menor presencia, es porque en los servicios de atención no existe un modelo de acuerdo a sus necesidades o simplemente prefieren asistir a otras redes de salud, más no lugares especializados de drogodependencia debido a su desconocimiento.

ALGUNAS DIFERENCIAS POR QUE LA MUJER CONSUME DROGAS

En cuanto al consumo, cantidad, frecuencia, intensidad, duración, el contexto, sus formas de administración, hay desigualdad tanto en mujeres y varones así lo manifiesta (Dawson y Archer, 1992 citado en Associations Between Personality and Drinking Motives Among Abstinent Adult Alcoholic Men and Women).

El nivel de educación de las mujeres consumidoras generalmente es más bajo en comparación con los varones, dan referencia (Nelson-Zlupko, 1996; Wechsberg y otros, 1998; Uriel-Miller y otros. 1998 citado en “Intervención en Drogodependencias con Enfoque de Género”, 2007).

En la mayoría de sucesos, su experiencia laboral es pobre, muchas de ellas están sin trabajo u ocupando puestos de trabajo con salarios mínimos, dependiendo económicamente de sus parejas, lo cual hace que sean maltratadas y abusadas, o bien sometándose al tema de la prostitución lo manifiesta (Wechsberg y otros, 1998; Amaro y cols. 1999).

La mayoría de las mujeres su inicio de consumo han sido con sujetos varones, compenetradas afectivamente o no, está referido por (Hser y cols. 2005).

Muchas de ellas están sometidas a comportamiento sexual y mucho más a situaciones de riesgo como las actividades sexuales y a veces compartir los utensilios como inyectables para el consumo.

La gran mayoría de ellas están solitarias, han abandonado su casa tempranamente, recibiendo poco apoyo de entorno familiar, siendo discriminadas y estigmatizadas (Dogdge y Potocky-Tripodi, 2001, citado en “Intervención en Drogodependencias con Enfoque de Género”, 2007).

La mayoría de chicas con problemas de drogas generalmente han sido violentadas físicamente y abusadas sexualmente en la niñez, y otras han sido maltratadas psicológicamente o abusadas sexualmente antes o durante el consumo según manifiesta: (Forth-Finegan, 1991; Swift y cols. 1996; Boyd y cols. 1997; Jarvis y cols. 1998;

Los constantes traumas sufridos en su vida algunas presentan dificultades en su sexualidad, producto de estos terribles hechos sufridos según (Forth-Finegan, 1991; Covington, 1997; Gordon, 2002).

El encontrarse solas hacen de que su consumo de intensifique para aliviar su soledad, muchas no teniendo apoyo de nadie y dificultando a veces su rol en la crianza de los hijos, dan referencia (Gossop y cols. 1994; Swift y cols. 1996; Uriel-Miller y otros. 1998; Westermeyer y cols. 1998; Amaro y cols. 1999; Westermeyer y Boedicker, 2000; Hser y cols. 2003; McMahon y cols. 2005).

La sociedad le da una valoración totalmente negativa a la mujer consumidora en relación a los varones consumidores generando el aislamiento, la discriminación, la estigmatización, lo refieren (Rosenmabun, 1981; Forth-Finegan, 1991; Taylor, 1993; Inciardi y cols, 1993) citado en “Intervención en Drogodependencias con Enfoque de Género”, 2007.

Se observa una mayor prevalencia de trastornos comorbido asociados al consumo: trastornos ansiosos, cuadros depresivos, trastornos de bulimia y anorexia, refiere (Kingree, 1995; Wechsberg y otros, 1998; Uriel-Miller y otros. 1998; Westermeyer y cols. 1998; Grella y Joshi, 1999; Amaro y cols. 1999; Neale, 2004).

En ellas, su consumo frecuente y la cantidad de sustancias que ingieren, genera dificultades en su menstruación, lo refiere (Schmittner, J. 2004).

Muchas de ellas, incluyendo a las adolescentes recurren a la prostitución como una forma de sobrevivir y mantenerse así con la sustancia, lo manifiestan (Silverman, 1982; Grella y Joshi, 1999; Byqvist, 1999; Neale, 2004) y, a su vez, esta actividad prioriza el incremento de su consumo (Taylor, 1998).

La problemática familiar toma mayor énfasis en las mujeres consumidoras que en los varones.

Las mujeres por su constitución biológica se observan que el tiempo de adicción es mucho más rápido, lo refieren (Ellinwood y cols., 1966; Anglin y cols. 1987; Nelson-Zlupko, 1996; Grella y Joshi, 1999; Westermeyer y Boedicker, 2000). Citado en “Intervención en Drogodependencias con Enfoque de Género”, 2007.

En las mujeres es muy deficiente el apoyo familiar, el de sus parejas, así como las organizaciones para que logren un adecuado tratamiento, producto no contar y entender sus necesidades para su ayuda. Así lo refiere (Curtis-boles y Jenkins-Monroe, 2000). En las mujeres en adicción, es muy importante el empoderamiento, la confianza, la seguridad, son vínculos muy indispensables para una pronta recuperación.

GROW ha logrado desarrollar de manera estratégica las líneas acción para las mujeres describiendo cómo el abuso de sustancias en las mujeres y las cuestiones relacionadas con dicho abuso se diferencia de aquellos hombres que afectan

Así mismo explicar los componentes físicos, emocionales, psicológicos, sociales y espirituales de la adicción

Identificar las características de las mujeres con problemas de abuso de sustancias

La construcción de relaciones que enseñan formas prácticas para llegar a las mujeres en tratamiento.

Comprender el trauma y TEPT, abuso de sustancias / dependencia, y la relación entre los ambas.

Entender cómo los trastornos concurrentes son experimentados por esta población clínica.

Identificar las herramientas de evaluación apropiadas para evaluar el TEPT.

Identificar los tratamientos empíricamente validados utilizados con esta población.

Discutir un modelo de atención que incluya cuidados posteriores al tratamiento y otros recursos pertinentes a los pacientes.

EFFECTOS Y CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN MUJERES

Consumo de alcohol en las mujeres y sus efectos

Hoy en día el consumo del alcohol se está incrementando más en las mujeres en el mundo. Se considera una de las drogas que inhibe la actividad psicomotora del individuo, generando un adormecimiento en las diferentes áreas del cerebro. Cuando ingresa al torrente sanguíneo, alcanza a los diferentes órganos del ser humano en poco tiempo. Lo que ocurre en las mujeres es que se absorbe y metaboliza el alcohol de manera diferente a los hombres debido a que ellas tienen más tejido adiposo, menor cantidad de masa muscular, sus enzimas que metabolizan el alcohol son mucho menor al de los varones. Estas características permiten mayormente, que en ellas se desarrolle una gran densidad del alcohol en su sangre luego de haber ingerido una cantidad igual de alcohol a los hombres. Al consumir alcohol genera un peligro latente ya que inhibe centros cerebrales muy importantes en el individuo, centros responsables que tienen que ver con funciones vitales como el corazón, la respiración, las destrezas motoras, y el razonamiento, un sujeto sin alcohol no tendría problemas

en estas áreas. Al ingerir una gran cantidad de alcohol, las áreas cognitivas se afectan, alterándose el control del juicio, encontrándose en situaciones de riesgo. Con frecuencia, las mujeres por el consumo se han involucrado y relacionado con actos peligrosos (tener accidentes, ser violentadas, tener sexo involuntariamente, etc.).

El consumo de alcohol, y su implicancia en la sexualidad

Como se sabe el alcohol es una sustancia que dificulta la productividad de las hormonas en la mujer. Las mujeres que han tenido consumos prolongados y en gran cantidad, se encontraron dificultades en su menstruación, como irregularidades en la menstruación, o ausencia de la misma, acompañado de dolor. Así también presentan dificultades en el orgasmo. Las mujeres embarazadas, al consumir dicha sustancia hará, que ésta traspase la barrera placentaria y genere problemas físicos al feto, así también como se sabe, el alcohol suministra calorías al cuerpo y hace que la persona no tenga apetito, y por ende generara un déficit de nutrientes que son necesarios para el crecimiento adecuado de la persona. Para la persona en gestación los tres primeros meses son muy importantes y riesgoso entonces el consumo de alcohol generaría abortos o problemas físicos, nacimientos prematuros, bajo de peso, y por ultimo también se generaría un síndrome alcohólico fetal en las mujeres con dependencia alcohólica.

La Mujer y las Drogas Ilícitas

El THC (Marihuana)

Su componente activo de la marihuana es el tetrahidrocannabinol-9 (THC). Generalmente el organismo constantemente está liberándose de las toxinas por medio de los fluidos, la transpiración, flujo sanguíneo, esta sustancia no es tan fácil liberarse

ya que se depositan en los tejidos adiposos, y otros órganos de nuestro cuerpo. Se cree que es menos dañina a las personas, pero investigaciones dicen todo lo contrario, responsabilizándola por déficit en la motivación, problemas de memoria, trastorno psicóticos etc.

Cocaína y Pasta Básica

La Cocaína como la Pasta básica de cocaína se convierten en potentes estimulantes para el cerebro, al generar la gran fuerza de efecto placentero, activándose el sistema de recompensa, seguido de síntomas paranoides, no tener deseos de comer, adormecimientos en el cuerpo, muchas veces acompañado de alucinaciones visuales y auditivas, temor, miedo, escalofríos, irritabilidad, intensa ansiedad, impulsividad, deseos sexuales, comportamientos psicopáticos como robo, mentiras, agresión física etc.

También puede causar ataques al corazón, debido a la estimulación excesiva de la sustancia.

El consumo de cocaína incrementa o activa la acción placentera en el área sexual es por eso que muchas asocian el consumo con la actividad sexual, para potencializar básicamente el placer, el problema está, que a largo plazo genera consecuencias como alteraciones en la función sexual y una disminución del placer. Durante el proceso del embarazo la mujer tendrá complicaciones serias como las interrupciones espontáneas en el embarazo o bebés prematuros.

Ingesta de tranquilizantes y sus efectos

Las mujeres al ingerir tranquilizantes sienten un alivio moderado disminuyendo su ansiedad acompañado de un bienestar, sin embargo, pero cuando esta es consumida

con mucha frecuencia encontraremos que habrá dificultades o deterioro a nivel cognitivo, a nivel de la memoria, confusión y dificultad para procesar la información.

Las consecuencias a largo plazo generalmente están asociada a malestares físicas, dolores musculares, alteración del sueño, cefaleas, cansancio mucha ansiedad, inquietud, angustia.

Las mujeres por su contexto, y en el desarrollo social en que se desenvuelven, más sus múltiples ocupaciones, preocupaciones generan mayor estrés, y es una de las causas por la que las mujeres su incremento de ingesta de esta sustancia es más elevado que la de los hombres.

Muchas mujeres que han consumido estupefacientes han sufrido intoxicaciones, y accidentes por que han mesclado con el alcohol. En cuanto a las mujeres embarazadas sus niños han tenido problemas físicos y anomalías cerebrales. Muchas mujeres han iniciado su consumo de tranquilizantes debido a algunos problemas psicológicos, entonces para aliviar este malestar han acudido a profesionales y a través de esa prescripción ante el alivio, esto dará inicio a una automedicación.

Los Factores de Riesgo para las mujeres

En función a los datos encontrados los factores de riesgos en la mujer son más específicos lo cual la hace más vulnerable ante el consumo de sustancias. La mujer desarrolla algo más especial que el hombre que la hace diferente especialmente a través de la respuesta de apego hacia los demás la que la hace más vulnerable. Así mismo cuando ella se desenvuelve en el trabajo doméstico como una obligación, cuando debería estar como una opción propia y no sometiénndose a las necesidades de otros limitándola a crecer en las diferentes áreas personales en su existencia. Si su

labor fuese retribuida sería mejor ya que defendería su propia protección, y a su vez se sentiría como una actividad que generaría mucha satisfacción y se empoderaría en esta área laboral.

Las discusiones recurrentes con su conyugue (conflicto, violencia familiar etc).

Las inadecuadas relaciones familiar (el alejamiento, los conflictos, falta de comunicación).

La falta de acompañamiento de los diferentes grupos de soporte (amigos, amigas, familia, trabajo, etc.).

La ausencia de su pareja, el desapego de los hijos.

Así también tenemos algunos de los problemas y las circunstancias diarias en la que tiene que lidiar con los nuevos roles de su vida, generándose mucho estrés.

Las actividades sexuales no satisfactorias producto de muchos factores, violaciones, abusos sexuales etc.

El mal uso inadecuado del tiempo libre y del ocio. No poder generar alternativas para desarrollar mejor sus actividades.

Las mujeres en su mayoría consumidoras provienen de una condición social baja por lo tanto sus posibilidades académicas y laborales son mínimas.

Las parejas muchas veces determinan que no trabajen sometiéndolas a sus propias necesidades, al cuidado de los hijos o del hogar.

La deserción escolar juega un rol demoledor en la esencia del conocimiento de la persona, generando problemas serios en lo académico, inseguridad social, baja autoestima.

No tienen adecuado conocimiento sobre las sustancias como sus efectos y consecuencias debido a la falta de información o capacitación.

Las mujeres que han sido maltratadas, violentadas, acosadas, sexualmente por parte de sus propios familiares cercanos, a veces realizan su consumo o se auto-medican con el fin de mitigar su dolor psicológico, la vergüenza, el temor y la rabia.

La Dinámica de la familia y sus dificultades

Siempre se ha considerado que la familia juega un rol muy importante en la causa o mantenimiento en el problema de las drogas, por ello ha generado la importancia de encontrar e investigar el nexo que se desarrolla en el consumo de drogas y la dinámica familiar, según, Herman y McHale (1993), Otero, Mirón y Luengo (1989).

La mayoría de estas investigaciones distinguen la importancia de comprometer a la familia que sean miembros que operen en la prevención como en los procesos del tratamiento de la adicción. Herman y McHale (1993) y Otero, Mirón y Luengo, (1989) y Latimer et al. (2000) manifiestan que hay correlación entre el uso de drogas y el medio familiar adverso. Así mismo cuando sabemos que hay familias donde la crianza de los niños tiene un nivel alto de conflictos se convierte en un factor de riesgo fuerte, y de generar patrones de conductas desadaptativas Bragado, Bersabé y Carrasco (1999).

Así mismo se considera que los niveles de comunicación, el nivel de satisfacción que existe entre los miembros de la familia, las habilidades, los roles y las funciones, más el grado de estrés han manifestado la evidencia de su consecuencia. Por ello es importante describir la relevancia que juegan cada una en relación al consumo de sustancias.

Comunicación

Las investigaciones siguen afirmadas la trascendencia de la comunicación entre los padres e hijos concernientes al problema del consumo de sustancias. Como dice Castells (1999), toda relación familiar debe encontrar el momento oportuno para generar una comunicación que sea transparente, abierta, sincera para poder orientar, aconsejar y así darle entender que se le está ayudando, transmitiendo el afecto necesario para que se entienda que se le está ayudando. Al no darse esta forma adecuada de ayuda es muy probable o negativas para el propio sujeto. (Franco, 1994). Cuando investigamos sobre drogas la mayoría de autores como Charvoz, Bodenmann y Hermann (2002), McArdle et al. (2002), Lyons (1996) y Spooner (1999) señalan que el eje primordial de este problema está en la dificultad o poca comunicación que se da en los miembros de la familias.

Satisfacción familiar

Las relaciones frágiles, más las relaciones donde el clima familiar no es tan agradable, en relación al medio educador que es la familia son señalados por Protinsky y Shilts (1990) y Elzo (1996) como disparadores de riesgo y hay que estar alerta a un eventual riesgo de consumo. En su investigación, Vielva, Pantoja y Abejón (2001) señala, que se encontró un grado de insatisfacción en los miembros de la familia, de parte de los sujetos consumidores, como también en los padres, de esta manera considera señalar la importancia del nivel de satisfacción que debe de existir

entre los miembros de la familia para evitar una situación de riesgo para un probable consumo.

Habilidades de la familia

Al referirnos sobre las habilidades de la familia estamos haciendo referencia que presente o muestren ciertas habilidades psicológicas, sociales y buenas condiciones físicas lo cual va ayudar a que sus miembros estén más protegidos y no se muestren tan vulnerable al riesgo y así tendrá tiene mayor capacidad de afrontamiento de manera satisfactoria a las situaciones estresantes, haciendo más fácil su adaptación tanto individual como familiar así lo describe Lavee, McCubbin y Olson (1987), McCubbin, Needle y Wilson (1985). Por lo tanto algunas otras investigaciones que desarrollaron esta variable, como la menciona Malkus (1994), también sostiene afirmando, las personas con familias de mejores recursos o habilidades psicológicas, sociales, tendrán menor vulnerabilidad a involucrarse en el abuso de drogas.

Estrés familiar

El estrés familiar se considera como un factor de riesgo y en algunas investigaciones encontramos que tiene relevancia y lo asocia al tema del consumo de drogas, como la que comenta Carvalho et al. (1995), y McQueen, Getz y Bray (2003) donde la asociación que se da, en el consumo de sustancias y los diferentes momentos de estrés en la dinámica familiar, los problemas de pareja que es una constante, conflictos entre los padres, etc.

Lewis, sustenta (1989), el cual señala que las condiciones de las interacciones conyugal es uno de los elementos muy importantes y resaltantes asociados al nivel de habilidades de la convivencia familiar. Coviello et al. (2004) y Lewis (1989),

afirman, que las familias tienen o pasan por niveles altos y bajos de estrés cuando alguno de los miembros está en un problema de consumo o adicción.

EL TRATAMIENTO PARA LAS MUJERES CON PROBLEMAS DE DROGAS

Es sabido que el tratamiento para los sujetos que tienen adicción a las sustancias psicoactiva tiene un desarrollo muy complejo, aquí se necesitan muchos elementos importantes: un servicio que tenga y cubra las necesidades de la mujer, así mismo aspectos psicológicos para deshabituarse el consumo y sus conductas que están muy arraigadas a su consumo, desarrollar la motivación y que permita una mejor adherencia y así entender que en el tiempo generara una mejor conciencia a su problema, es importante la ayuda de la familia y de un conjunto de profesionales especializados que atiendan de acuerdo a las necesidades de la mujer.

Se señala que las mujeres muestran un grado mayor de motivación que los hombres lo refiere (Rosenthal y cols. 1979; Angli y cols. 1987) pero su permanencia es menor en el proceso de tratamiento, así lo menciona (Arfken y cols. 2001). En cuanto a las recaídas las mujeres regresan al tema del consumo por tener mayores problemas psicológicos, está referido por (Rubin y cols. 1996). Pero (Walton Y cols. 2001) considera que ellas utilizan mejores recursos para salir de la recaída por tener menor presión social.

Es muy importante el aporte profesional como va guiar a la mujer durante su proceso de recuperación, para ellas es muy importante la relación con el profesional (Roberts y cols. 2000; Roberts y Nishimoto, 2006).

Así también desarrollar la seguridad y el equilibrio emocional en ellas para desarrollar una adecuada toma de decisiones. Covington (2000) establece, para una buena recuperación se necesita un lugar apropiado que ayude a la recuperación, como la seguridad, la conexión, una buena escucha, respeto, empoderamiento y mutualidad empática.

Así mismo Covington (2000), señala tres áreas importantes: la identidad, la sexualidad y las relaciones familiares.

En otro trabajo manifiesta la autora, conociendo ya, las necesidades de la mujer el desarrollo terapéutico debe tener una variedad de herramientas, de tipo afectivo, cognitivo, conductual, sistémico, que pueda ella pueda auto observarse sus propios problemas. Y también hay que tener en cuenta, otros no siendo su problema para el tratamiento, por lo que debemos priorizar como: la custodia de los hijos, actuar ante el maltrato de su pareja.

ETAPAS DE UN PROGRAMA

Siempre se ha considerado que todo programa tenga las siguientes etapas para una buena rehabilitación:

Desintoxicación:

Esta referida a tomar medidas cuando ciertos síntomas aparecen como acción de dejar la sustancia. Y todo está sujeto a la gravedad del problema de la adicción y de la propia sustancia que puede ser trabajada de manera ambulatoria o internamiento.

Tratamiento:

Esta referido, al proceso en la que aplica o se enseña a determinadas personas, técnicas, que a través de ellas el sujeto encaminara y reaprenderá nuevos hábitos, se

concientizara más en el problema, desarrollara nuevas habilidades personales como sociales, para enfrentar situaciones conflictivas de manera adecuada, ya que en el pasado su actitud fue poco tolerante por el consumo de sustancias, además de desarrollar un plan de vida saludable y una proyección con metas para su mantenimiento de su abstinencia.

Rehabilitación:

Se caracteriza al tomar ciertas reglas desde el punto de vista social, educativo y profesional para reintegrar a la persona en buenas condiciones, con capacidad e independencia posible y así pueda desempeñarse de manera funcional en su vida diaria sin consumo de sustancias.

Reinserción:

Toda persona tiene el derecho de reinsertarse adecuadamente ante la sociedad, en su entorno familiar, laboral, siendo una opción de una oportunidad más de desenvolverse de manera independientemente.

Percibimos que el pedido de apoyo para las mujeres con adicciones, están bastantes lejanas por los problemas personales a la que ellas están circunscritas dentro de la sociedad, así también los factores sociales, a través de la vergüenza, la discriminación, y los proveedores de la salud que todavía no están preparados y sensibilizados para dar una oportuna atención de calidad. Por estas razones observamos, las mujeres no acuden a sus centros de atención y abandona tempranamente el tratamiento. Algunas de ellas embarazadas suelen dejar el consumo de manera espontánea siendo la mejor decisión y oportunidad para mejorar y motivar el dejar su consumo.

Ante estas situaciones las mujeres aprecian que sus oportunidades de ayuda son escasas o tienen menor disponibilidad para su tratamiento y mucho peor cuando la familia se opone a dar apoyo.

La gran mayoría de centros o los escasos centros no están preparados para atender las necesidades de las mujeres involucradas en el tema del consumo de sustancias observamos en nuestro medio de carecer de centros residenciales primero que son escasos y no tienen la capacidad logística recibir a estas personas que tienen el tema de la maternidad con hijos pequeños. La poca adherencia en el tratamiento está relacionada a que no existen especialistas capacitados para entender su problemática y eso se aúna el tema de las responsabilidades domésticas y laborales. Muchas veces estos factores son percibidos como una falta de motivación al cambio, pero si cumplimos con cubrir sus necesidades ellas tienen mayor capacidad de adherencia y mayor tiempo de abstinencia que los hombres.

Las mujeres en consumo tienen serios problemas, generalmente, muchas de ellas han sido violentadas, abusadas, entonces formar grupos de mujeres con el mismo problema ellas logran empoderarse más rápidamente, su autoestima va mejorar, su ansiedad va disminuir por lo tanto estos espacios donde se relacionan fomentaran una valoración personal de mayor confianza y se incrementara la eficacia de su tratamiento.

Las diferentes alternativas como programas de intervención y tratamiento terapéuticas tienen que orientarse hacia la mejoría de las mujeres, que tenga una acción social y sociocultural dentro de las reglas de género. El compromiso es grande y la responsabilidad significa desarrollarlo pero tienen que ser integrando especialistas, la

comunidad, y ver sus alternativas para su reinserción a sus actividades domésticas, laborales, académicas, que puedan reinsertarse adecuadamente en la sociedad sin ser discriminadas o estigmatizadas.

Dificultades en el tratamiento de las mujeres consumidoras.

Muchas revisiones de trabajos distinguen las dificultades de la mujer en el tratamiento como las pocas propuestas de programas y las limitadas oportunidades a sus necesidades de las mujeres, así también vemos el abandono en el proceso del tratamiento.

Prather y Fidell, (1978); ForthFinegan, (1991); Hedrich, (2000) mencionan relacionado al tratamiento algo que ya se conoce:

1. Los programas de tratamientos en su mayoría, por no decirlo todos, están implementados para los hombres.
2. Se ha encontrado que los ingresos o la asistencia a los centros de atención es minoritaria, generando consecuencias negativas para las mujeres.

Según Reed (1987) por estas circunstancias es que los módulos de atención de sustancias estén orientados hacia los varones:

- 1) Los gestores de estos programas de servicios no conocen las inquietudes de las mujeres.
- 2) A ellas no se les ha tomado en cuenta en las investigaciones de cómo ha sido su atención. Esta situación ha dado pie a que sean ignoradas sus necesidades relacionados a las drogas. Por lo tanto, los instrumentos de evaluación no contienen la necesidad de género.

3) La conducta delictiva en mujeres es menor que en los hombres relacionado al consumo.

4) Las mujeres al consumir psicofármacos casi no son tomados en cuenta por lo tanto no es un problema mayor ya que se consume de manera más privada.

5) Las investigaciones sobre cuáles son las causas del consumo es más escaso, circunscribiéndose más a las consecuencias de su embarazo que otros aspectos que también son relevantes.

Dificultades para detectar los problemas de las mujeres adictas en el tratamiento

Algunas investigaciones señalan diversas situaciones propias al tratamiento como obstáculos que se generan por el propio especialista:

Las mujeres no reconocen y ocultan sus problemas con las drogas siendo muchas las variables que afectan su consumo.

Los trastornos concurrentes presentes desvían la precisión diagnóstica sobre el uso de las drogas, no siendo precisados por el especialista o los médicos del primer nivel (Westermeyer y Boedicker, 2000).

No tener un horario adecuado para la atención y no actuar inmediata a sus problemas lo describe: (Downey y cols. 2003; ONU, 2005).

Barreras para mantener el programa de tratamiento

La mayoría de mujeres que inician un programa de tratamiento van encontrando dificultades para mantenerse porque sus condiciones sociales son inseguras no hay apoyo por parte de la familia ni de la pareja y mucho menos de los proveedores a diferencia de los varones.

Los modelos únicos de tratamiento y de las terapias no son los más pertinentes para ayudar a las mujeres. Los proveedores no ofertan variedades alternativas de acuerdo a su problemática u necesidad. (Nelson-Zlupko y cols. 1996).

Existen muchas creencias o mitos sobre la conducta adictiva de las mujeres, propios de los especialistas que han generado falsas ideas: que son más difíciles de tratarlas, interpretándose muchas veces como una baja motivación al cambio, que sus resultados son desastrosos.

Los traumas de las mujeres, los abusos sexuales, las agresiones sexuales se dejan de lado, no se toma en cuenta como un problema importante, tanto para el inicio y mantenimiento de su consumo.

En el tema de la reinserción los programas no proyectan su necesidad académica, laboral de la mujer, lo refiere (Wells y Jackson, 1992; Amaro y cols. 1999; Hedrich, 2000).

PERCEPCION DE LA FAMILIA

La manera de cómo se distribuyen las funciones en la familia, se considera que los hombres son formados para desarrollar tareas más pesadas de atribución mecánica por la relación que tiene con los grupos, mientras que las mujeres son educadas para desarrollar y desempeñar un rol de comprensión, maternal, afectivo, como desarrollar relaciones más cercanas con los hijos que tienen que ver con la crianza dentro de la estructura familiar.

Está claro que tanto para las mujeres y varones, existen factores importantes que actúan como elementos de prevención de riesgos en la familia, cuando ellas actúan

con mayor afecto, o cuando están más cerca de sus hijos, cuando existen buenas reglas y normas de manera precisa y clara, cuando la funcionalidad de la familia actúa de manera provechosa, donde hay equilibrio y cohesión familiar.

Como indica Jennifer Butters (2004) compara el impacto en los pares y la disconformidad social en sujetos con alto riesgo de consumo de marihuana, encontrándose que tanto los Hombres como las mujeres cuando tienen menos relaciones con sujetos consumidoras menos será el riesgo, mientras, mayor sea la relación con consumidores la percepción de desaprobación familiar será mayor.

Sabemos que los factores de riesgo del consumo se dan por maneras diferentes entre hombres y mujeres, en las mujeres existiendo mayor desaprobación por la propia familia especialmente por la madre y la misma sociedad y sus iguales.

En el modelo circuplejo desarrollado por (Olson, 2000; Olson, Russell y Sprenkle, 1989), vemos tres aspectos importantes que tiene que ver con el funcionamiento de la familia como la cohesión, la flexibilidad y la comunicación.

La cohesión: lo conceptualiza como la parte afectiva y emocional que se distingue en el grupo familiar. Aquí se trata de medir como se encuentran los vínculos emocionales, la cercanía entre los hijos (límites familiares), el tiempo que da la familia, las relaciones con los amigos, la toma de decisiones, sus intereses y la recreación.

En la cohesión encontramos cuatro tipos de cohesión familiar: la no relacionada, la semirelacionada, relacionada, aglutinada.

La no relacionada: se caracteriza por que cada quien toma sus decisiones, la parte emocional es débil, sus acciones se dan de manera individual no es compartida.

La semirelacional: sus actividades son espontaneas, sus decisiones son independientes, a veces están y no están con la familia.

La relacionada: las decisiones en familia son importantes, relacionan los espacios, actividades, tiempo con la familia.

La aglutinada: la familia toma las decisiones, el tiempo, los amigos y las actividades tiene que compartirse en familia.

La Flexibilidad familiar: esta conceptualiza, de qué manera se proporcionan los cambios de roles, las normas y como se lidera a la familia. Que tanto la familia es capaz de cambiar, o tener competencias para poder modificar su estructura de poder, su liderazgo, el control sobre los demás, la disciplina que imparte, que rol desempeña, y que reglas genera para una adecuada relación.

La familia Rígida: los padres imponen sus ideas, son muy estrictos en sus disciplinas, no hay decisión de cambio, sus actitudes son más polarizadas.

La familia Estructurada: su control sobre los demás es más homogéneo, estable, sus roles son casi estables, las reglas se hacen cumplir de manera firme, los padres son los que toman las decisiones.

La familia Flexible: permite los cambios en su entorno, es más democrático en el control o igual para todos, se generan acuerdos en las decisiones, se intercambian los roles, las reglas se cumplen con flexibilidad.

La familia Caótica: el control no se da, no existe disciplina, los roles no son claros, constantemente cambian sus reglas.

Teniendo en cuenta estas dos dimensiones y observándolas en nuestras familias nos ayuda a tener una señal de qué forma se da su funcionamiento, si es de manera

opuesta, o de rango equilibrado. Los grupos de familias más equilibrados son en medida los más adecuados, en cambio los extremos son más problemáticos.

La comunicación familiar es una de las dimensiones que interactúa y facilita el desplazamiento dentro de las otras dos dimensiones.

2.2.- Estudios Nacionales relacionados a la familia con consumo de drogas.

La familia es considerada como un elemento importante porque se favorecen con la socialización y educación donde se imparten se hará y se hacen acreedor de ciertos hábitos, creencias, valores, costumbres y eso enrumbará a desarrollar su personalidad, por lo tanto, ahondar en este estudio resulta extremadamente importante.

Se hizo un estudio sobre el tema de adicciones por Zevallos (1985) de hijos adictos a pasta básica de cocaína relacionado a la sobreprotección en 20 mujeres y el otro de madres como grupo control; para ello se utilizó un instrumento que mide la interacción entre la mamá y los hijos de R. M. Roth modificada, en esta investigación se encontraron diferencias en la estadística tanto en la parte de sobreprotección como la de sobreindulgencia; siendo en las madres de hijos dependientes más alto, que el grupo control, de madres de hijos no adictos.

En el estudio que desarrollo, Francis (1987) estableció temas importantes como el de conocer la satisfacción familiar en dos grupos de familias; en una de las 20 familias, había al menos, un sujeto diagnosticado con de dependencia a la PBC y otras 20 familias donde no había ningún sujeto adicto a dicha sustancia, se utilizó el instrumento de Olson y Wilson. En estos grupos se encontraron resultados muy importantes, encontrándose mayor nivel de insatisfacción en madres que en los padres de adictos a la PBC.

Se encontró otra investigación sobre la disfuncionalidad familiar en sujetos dependientes a PBC con un enfoque mucho más sistémico y esto lo diseñó Cañavera (1988). El contenido investigado se refería al problema conyugal en las relaciones de parejas en hijos adictos a P.B.C utilizando la escala de FACES III de Olson et al. (1989). Este cuestionario examina: la cohesión y la adaptabilidad. Todo esto arrojó un resultado a través del análisis estadístico chi cuadrado confirmando las afirmaciones de la no funcionalidad entre parejas de sujetos adictos a la Pasta Básica de Cocaína y buscando su lugar en las categorías del modelo circumplejo; es así como se localizó en el rango medio del modelo a las parejas de sujetos que no consumen sustancias. Pero se estableció que la dimensión de adaptabilidad, las parejas de padres de adictos mostraron una adaptabilidad muy incrementada, presentando un déficit y con poca habilidad para establecer límites, no siendo consistentes en las normas y las reglas, y también se encontró una adaptabilidad baja, demostrando mucha rigidez en su control. Al estimar la variable de cohesión, las guías indican a los padres de los adictos a la Pasta Básica de Cocaína cambian en sus extremos de alejamiento o proximidad, señalando una relación de pareja con problemas, así como una fusión circunstancial para solucionar el problema de la dependencia a la droga del hijo.

Mendoza (2001) generó un perfil desde el punto sistémico para un grupo de familias con sujetos que se atendieron en el Hospital Hermilio Valdizán con un total de 55 familias y su relación con el diagnóstico psiquiátrico. Para ello utilizó la escala familiar estructural sistémica (EFES), ello establece algunas características: como la estructura, fases del desarrollo, la repercusión, la rotulación a las personas

identificadas y solución del problema. Para su diagnóstico se identificaron a través CIE10.

Se observó en esta investigación, que hubo niveles de significación en la disfuncionalidad global, de la misma manera, en el área de solución de problemas y rotulación de estos sujetos. En el grupo familiar de paciente esquizofrénico también presentaron disfuncionalidad en las áreas señaladas y en las fases de desarrollo. En el grupo familiar con un sujeto dependiente a sustancias psicoactivas (alcohol y PBC) mostraron disfuncionalidad en las áreas de rotulación del paciente y solución de problemas; también se muestra que no hay similitud entre las características estructurales sistémicas en las familias con sujetos alcohólicos y con paciente dependiente de Pasta básica de cocaína, siendo mayor en este último.

El interés de Galindo et al. (2004), género que se evaluara en el hospital Hermilio Valdizán de Lima, comparo a dos grupos de familia, para ver ciertos factores de riesgo. El primero estuvo constituido por un total de 18 familias en la existía un sujeto que consumía drogas y el otro grupo que era control que no tenía ningún sujeto consumidor de drogas con un total 16 familias, a todos ellos se les evaluó con la prueba: “¿Cómo es mi familia? y ¿cómo es tu familia?”. En este trabajo se encontró que el grupo que no tenía ningún sujeto consumidor era menos vulnerable, que el grupo donde existía un sujeto adicto, había un nivel de significancia en las diferentes maneras de relaciones, en la capacidad de afrontar las dificultades entre ellos, los elementos de soporte para el adolescente, incremento de los problemas, las dificultades en tener bienestar, habilidades en la familia. Dicha investigación contempla que hay una acción de debilidad en la familia que conlleva a predecir un

riesgo en el sujeto, para un probable consumo; este análisis indica: que hay una disminución en la relación afectiva en los miembros de la familia, observándose una disminución de sus capacidades cognitivas para corregir y solucionar los niveles de comunicación entre ellos, poniendo mayor énfasis, de padre a hijo, siendo el padre el punto muy débil para corregir el entorno del sujeto con sus dificultades, así mismo no se presta mucha atención a los problemas del aprendizaje del hijo, no se logra gran satisfacción por parte de los familiares en fortalecer la estima del sujeto hacia los demás, relacionado a la parte académica y de trabajo de los padres.

Castillo I. (2004), investiga **“Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento”** refiere que utilizo el diseño observacional de corte transversal, evaluando 140 sujetos con diagnóstico adictivo a sustancias ilegales que iniciaban el tratamiento en diferentes centros de tratamiento en sustancias psicoactivas (CTT) explorando la dinámica de las familias, asociado al tema de drogas. Así mismo, encontró que su estado médico y psiquiátrico están correlacionadas afirmativamente por incremento de ansiedad en la familia, a su vez el consumo de las sustancias se relaciona al estado ansioso de la familia, con un nivel bajo de satisfacción familiar, con una inadecuada relación y de habilidades sociales en la familia. Constatando la correlación entre la cronicidad del consumo y el funcionamiento familiar, percibido por el propio paciente como la del profesional.

Fantin, M.y García, H. (2001). En esta investigación **“familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas”**. Encontró, al correlacionar en jóvenes hombres y mujeres, que los varones mantienen un nivel más alto de ingesta de alcohol más

dañino. El resultado relacionado a causas familiares se descubrió, cuando hay una formación familiar que no tiene normas, reglas adecuadas, es muy probable que exista un acercamiento al consumo de sustancias y que el adolescente manifiesta tener valores contrarios a los impartidos en el hogar por sus padres presentando índices altos de uso de sustancias. Mientras que los jóvenes que no consumen poseen mejores condiciones en su interacción y adecuada imagen con la madre a diferencia de los jóvenes en consumo de sustancias.

2.3.- Definiciones conceptuales y Operacionales de Variables.

Tabla N°1

		Operacionalización de las Variables			
Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala	Instrumento de medición
Adicción a sustancias psicoactivas	Afección crónica y recurrente del cerebro que genera la búsqueda y el consumo forzoso de drogas, a pesar de su consecuencia	Conductual.	1. Tiempo de tratamiento	ordinal	Diagnosticados en H. Clínicas
		Físico.	2. edad	ordinal	
		Cognitivo.	3. Grado de Instrucción.	ordinal	

	a negativa (NAIDA, 2016).				
Percepción Familiar.	Como las personas perciben su dinámica familiar en su entorno, si hay cohesión o flexibilidad para afrontar sus problemas. (Olson, 1985)	Cognitivo.	1.Cohesión	Ordinal	Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, 3º versión (FACES III; de Olson, Portner y Lavee,1985; adaptación lingüística: Zamponi y Pereyra, 1997; adaptación métrica: Schmidt, 2002, 2003; Leibovich y Schmidt, 2010).
		Conductual.	2. Adaptabilidad.	Ordinal.	
Tratamiento	Ayudar a las personas a modificar sus actitudes y comportamiento y el aumentar sus destrezas para la vida, ante indicios ambientales inadecuados. (NAIDA, 2016)	Conductual.	1. Internadas.	1. Ordinal.	Programa de tratamiento de la Institución.
		Conductual.	2. seguimiento.	2. Ordinal.	

Variable Independiente: Tipo de Percepción Familiar.

Variable dependiente: Mujeres adictas a sustancias psicoactivas

2.4.- Hipótesis.

Hipótesis General.

1.- Existe una asociación fuerte entre la percepción familiar en cohesión y adaptabilidad en mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentran internadas y las que se encuentran en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

Hipótesis Específica:

1.- H1. Existe diferencia significativa entre el puntaje promedio de cohesión familiar actual en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

2.- H2. Existe diferencia significativa entre el puntaje promedio de cohesión familiar idealmente en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

3.- H3. Existe diferencia significativa entre el puntaje promedio de adaptabilidad familiar actual en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

4.- H4. Existe diferencia significativa entre el puntaje promedio de adaptabilidad familiar idealmente en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1.- NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El nivel es Aplicado, porque voy utilizar una escala con la finalidad de recabar datos para la contratación de las afirmaciones que se plantean.

TIPO: descriptivo (relación asociativa), pues se trata de conocer cuál es la percepción familiar en las mujeres consumidoras a sustancias psicoactivas de un Hospital especializado de Lima.

3.2.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño que se desarrolla es cuantitativo de tipo experimental.

3.3.- NATURALEZA DE LA POBLACIÓN.

Dicho trabajo se investigará a dos grupos de mujeres, (18 TOTAL) el primer grupo está compuesta por mujeres que se encuentran internadas, llevando un programa que dura dos meses, son un promedio de nueve mujeres con un diagnóstico clínico de adictas a sustancia psicoactivas, en un Hospital especializado de lima, y el segundo grupo compuesto por nueve mujeres, son las que terminaron el programa o el tratamiento y que se mantienen en abstinencia y participan de sus terapias una vez por semana, a las que se les denomina encontrarse en seguimiento.

3.4.-MUESTRA:

La muestra está constituida 18 por mujeres adictas a diferentes tipos de sustancias psicoactivas, internadas en una institución especializada en adicciones, su edad comprende desde los 19 años hasta los 61 años, y tiene un tiempo de internamiento promedio 2 meses

Las mujeres del grupo de seguimiento, su edad comprende desde los 20 años hasta los 36 años, tienen un promedio de abstinencia que comprende entre 3 meses a 1 año.

Criterios de inclusión:

- 1.- Mujeres consumidoras de sustancias adictivas.
- 2.- internadas en un centro especializado.
- 3.- Mujeres que terminaron el tratamiento y se mantienen en seguimiento.

Criterios de Exclusión:

- 1.- Trastornos mentales Graves.
- 2.- Mujeres menores de edad.

3.5. TÉCNICA (S) E INSTRUMENTO (S) DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicará la prueba:

- 1.- Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, 3° versión (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; adaptación lingüística: Zamponi y Pereyra, 1997; adaptación métrica: Schmidt, 2002,2003; Leibovich y Schmidt, 2010). Consta

de 40 ítems, cada uno con una escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca), divididos en dos partes. La parte I, compuesta por 20 ítems y que evalúa el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento (“Familia Real”). Y la parte II, compuesta por 20 ítems que reflejan el nivel de cohesión y flexibilidad que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia (“Familia Ideal”). Esta parte incluye los mismos ítems que primera, pero se modifica la consigna general. De las diferencias entre las escalas “real” e “ideal” se puede obtener el índice de satisfacción que la persona tiene con el funcionamiento de su familia.

3.6.- PROCEDIMIENTOS

Se procederá a aplicar los instrumentos validados en la muestra y recoger información de cada sujeto en estudio. Luego se creará la base de datos mediante el SPSS versión 23 para obtener los gráficos y tablas con frecuencias y porcentajes presentando así la estadística descriptiva. Finalmente, se comprobarán las hipótesis mediante el uso de pruebas paramétricas y no paramétricas es decir a través de la estadística inferencial.

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRUPO N° 1 MUJERES INTERNADAS

Tabla N° 2

EDAD

Estadísticos descriptivos Mujeres Internadas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
MI EDAD	9	19,00	61,00	37,7778	15,53044

En la tabla N° 2 observamos que el promedio de edad entre las mujeres que se encuentran internadas es de 37 años.

Tabla N° 3 MUJERES INTERNADAS

TIEMPO DE CONSUMO EN AÑOS

Estadísticos descriptivos Mujeres Internadas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
MITC	9	5,00	32,00	16,7778	9,37787

En la tabla N° 3 se observa que el tiempo promedio de consumo en las mujeres internadas es de 16.7 años.

Tabla N° 4 MUJERES INTERNADAS

PUNTAJE DE PERCEPCION FAMILIAR EN COHESIÓN ACTUAL

Estadísticos descriptivos Mujeres Internadas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
MIAHCOHE	9	14,00	43,00	30,8889	9,17121

En la tabla N° 4 relacionado a la percepción familiar de cohesión actual la media es de 30.8, con una D.S. de 9.17.

Tabla N° 5 MUJERES INTERNADAS

PUNTAJE DE PERCEPCION FAMILIAR EN COHESIÓN IDEAL

Estadísticos descriptivos Mujeres Internadas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
MIICOHE	9	32,00	46,00	41,1111	3,91933

En la tabla N° 5 la percepción familiar de la cohesión ideal la media es 41.1, con una D.S. de 3.91.

TABLA N° 6 MUJERES INTERNADAS

PUNTAJE DE PERCEPCION FAMILIAR EN ADAPTABILIDAD ACTUAL

Estadísticos descriptivos Mujeres Internadas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
MIAADAP	9	18,00	36,00	29,2222	5,28625

En la tabla N°6 la percepción familiar en adaptabilidad actual su media es de 29.22, mientras la D.S. es de 5.28.

TABLA N° 7 MUJERES INTERNADAS

PUNTAJE DE PERCEPCION FAMILIAR EN ADAPTABILIDAD IDEAL

Estadísticos descriptivos Mujeres Internadas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
MIIADA	9	27,00	40,00	31,7778	3,59784

P

En la tabla N° 7 de percepción familiar en adaptabilidad ideal la media es de 31.7, y la D.S. es

GRUPO N° 2 MUJERES EN SEGUIMIENTO

TABLA N° 8

EDAD

Estadísticos descriptivos Mujeres en Seguimiento

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
MSEDAD	9	18,00	36,00	27,0000	7,07107

En la tabla N° 8, observamos que la edad promedio de las mujeres en seguimiento es de 27 años, con una D.S. de 7.07.

TABLA N° 9 MUJERES EN SEGUIMIENTO

TIEMPO DE CONSUMO EN AÑOS

Estadísticos descriptivos Mujeres en Seguimiento

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
MSTC	9	4,00	17,00	9,3333	5,54527

En la tabla N° 9 observamos que la media en relación al tiempo de consumo es de 9.3, y su D.S. corresponde a 5.54.

TABLA N° 10

PUNTAJE DE PERCEPCION FAMILIAR EN COHESIÓN ACTUAL

Estadísticos descriptivos Mujeres en Seguimiento

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
MSAHCOHE	9	27,00	48,00	39,5556	7,65034

En la tabla N° 10 sobre la percepción familiar de cohesión actual de las mujeres en seguimiento la media es de 39.55, con una D.S. de 7.65.

TABLA N° 11

PUNTAJE DE PERCEPCION FAMILIAR EN COHESIÓN IDEAL

Estadísticos descriptivos Mujeres en Seguimiento

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
MSICOHE	9	32,00	46,00	38,0000	3,93700

En la tabla N° 11 sobre la percepción familiar en cohesión ideal de las mujeres en seguimiento la media es de 38.00, con una D.S. de 3.93.

TABLA N° 12

PUNTAJE DE PERCEPCION FAMILIAR EN ADAPTABILIDAD ACTUAL

Estadísticos descriptivos Mujeres en Seguimiento

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
MSAADAP	9	19,00	37,00	26,4444	5,43395

En la tabla N° 12 sobre la percepción familiar en adaptabilidad actual de las mujeres en seguimiento la media es de 26.44, con una D.S. de 5.43.

TABLA N° 13

PUNTAJE DE PERCEPCION FAMILIAR EN ADAPTABILIDAD IDEAL

Estadísticos descriptivos Mujeres en Seguimiento

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
MSIADAP	9	17,00	34,00	27,6667	5,85235

En la tabla N° 13 sobre la percepción familiar en adaptabilidad ideal de las mujeres en seguimiento la media es de 27.66, con una D.S. de 5.85.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

1.- H1. Existe diferencia significativa entre el puntaje promedio de cohesión familiar actual en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Como el P valor = 0.257, de la prueba t de student para dos muestras independientes es mayor al nivel de significancia del 0.05, no se rechaza la hipótesis nula.

Por lo tanto, se puede decir que no existe diferencia significativa entre el puntaje promedio de cohesión familiar actual en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

2.- H2. Existe diferencia significativa entre el puntaje promedio de cohesión familiar idealmente en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Como el P valor = 0.112, de la prueba t de student para dos muestras independientes es mayor al nivel de significancia del 0.05, no se rechaza la hipótesis nula.

Por lo tanto, se puede decir que no existe diferencia significativa entre el puntaje promedio de cohesión familiar idealmente en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

3.- H3. Existe diferencia significativa entre el puntaje promedio de adaptabilidad familiar actual en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Como el P valor = 0.288, de la prueba t de student para dos muestras independientes es mayor al nivel de significancia del 0.05, no se rechaza la hipótesis nula.

Por lo tanto, no existe diferencia significativa entre el puntaje promedio de adaptabilidad familiar actual en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

4.- H4. Existe diferencia significativa entre el puntaje promedio de adaptabilidad familiar idealmente en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Como el P valor = 0.092, de la prueba t de student para dos muestras independientes es mayor al nivel de significancia del 0.05, si se rechaza la hipótesis nula.

Por lo tanto, no existe diferencia significativa entre el puntaje promedio de adaptabilidad familiar idealmente en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

CONCLUSIONES

1.- En esta investigación se concluye que no existe diferencia significativa entre la percepción actual de cohesión familiar en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

2.- Así mismo no existe diferencia significativa entre la percepción ideal de cohesión familiar en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

3.- De la misma manera se encontró que no existe diferencia significativa entre la percepción actual de adaptabilidad familiar en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

4.- Podemos concluir que no existe diferencia significativa entre la percepción ideal de adaptabilidad familiar en las mujeres adictas a sustancias psicoactivas que se encuentra internadas y las que están en seguimiento de un hospital especializado de Lima.

Si bien es cierto estamos concluyendo que no existe una asociación fuerte entre la percepción familiar en estos dos grupos de mujeres adictas de sustancias psicoactivas en tratamiento de un hospital especializado de Lima. Todo esto determina que cada grupo actúa o mantiene su percepción tan igual como la del otro. Sabemos que la gran diversidad de investigaciones manifiesta la importancia de la familia en el proceso de recuperación, en la que una familia que está comprometida, una familia

que genera apoyo, una familia que participa, y la que atiende las necesidades de la mujer adicta, mejorara la relación entre una y otro miembro.

RECOMENDACIONES

- 1.- Replicar la investigación a otras instituciones con la finalidad de encontrar si existen diferencias entre la cohesión y adaptabilidad familiar en adolescentes mujeres.
- 2.- Ampliar la cantidad de la muestra para mayor precisión en la rigurosidad de los resultados.
- 3.- También es importante direccionar dicha investigación, si existe diferencias entre las mujeres adictas internadas y las que no se encuentran internadas.
- 4.- Implementar y mejorar los programas relacionados a cohesión y adaptabilidad familiar para incrementar la autoestima, para generar mayor confianza entre ellas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez y Associates, (2014),” GROW: Guiando a la Recuperación de las Mujeres”, EE.UU.
- Arenas Ayllón Sully Tesis 2009 UNMSM Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Lima.
- Castro Deza L. y Dueñas A. “Consejería Grupal Y Familiar” escuela de Consejería en Adicciones, Lima, 2006.
- Castaños. Meneses Palop. Rodríguez. Tubert,S. (2007). Intervención en Drogodependencias con Enfoque de Género. Edit Instituto de la mujer.
- CEDRO, (2013), Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar, Lima-Perú.
- DEVIDA, (2014) “Manual de prevención del Consumo de Drogas”.
- Govern de les Illes Balears, (2007) Guía mujer y Drogodependencias Edit consejería de salud y consumo.
- GRAÑA, J., (1994) “Conductas Adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento”. Editorial Debate. Madrid 1994.
- Iraurgir Castillo, *Adicciones*. Vol. 16, Núm. 3 (2004) Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento.
- Moreno, K (2004). Mujeres y tratamiento de drogas.
- Muñoz, R. Marina, J. Graña, L. “Factores familiares de Riesgo y de Protección para el Consumo de drogas en adolescentes”.
- Solorzano M. y Brandt Toro C. “Familiogía”. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar.
- RODRÍGUEZ A. (2013) “Prevención del uso y abuso de drogas: conceptos básicos” Cedro.
- Rojas, M. (2013). “Abuso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes y Vulnerabilidad Familiar”. CEDRO.

Sánchez, L. (2012) “Género y Drogas, guía Informativa”, diputación de alicante.

Zambrano, V. (2011) “Cohesión, Adaptabilidad Familiar y el Rendimiento Académico en Comunicación de Alumnos de una Institución Educativa del Callao”. Lima, Perú.

ANEXOS
ANEXOS N° 1
Instrumento

El instrumento es la prueba psicométrica objeto de estudio del presente.

Se utilizará la escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar, tercera versión o FACES-III adaptada a la población española.

El FACES-III evalúa funcionalidad familiar a partir de la medición de dichas dimensiones del modelo circunplejo.

Es un instrumento de autorreporte que consta de 20 ítems con cinco opciones de respuesta en formato Likert (nunca o casi nunca; pocas veces; algunas veces; frecuentemente; y siempre o casi siempre).

El FACES-III tiene dos formatos, uno para *familia real*, que enfoca el análisis de los ítems bajo la percepción actual que posee el participante sobre su dinámica familiar; y otro para *familia ideal*, que se enfoca en cómo se desearía que funcione la propia familia.

FACES III (OLSON, 1985)

Apellidos y Nombres: Sexo:

Edad: _____ tiempo de consumo.....

Lugar que ocupa en la familia: N° de hermanos....

Nivel de Instrucción: _____

Distrito de procedencia:

INSTRUCCIONES

A continuación, va encontrar una serie de afirmaciones acerca de cómo son las familias, ninguna de dichas frases es falsa o verdadera, pues varía de familia en familia.

Ud. Encontrará cinco (5) posibilidades de respuesta para cada pregunta

Le pedimos a Ud. Que se sirva leer con detenimiento cada una de las proposiciones y contestar a ellas sinceramente marcando con una (x) la alternativa que según Ud. Refleja cómo vive en su familia.

Pase a las siguientes afirmaciones y responda.

Describe a tu familia actualmente

	Casi siempre	Muchas veces	A veces si a veces no	Pocas veces	Casi Nunca		
1. Los miembros de mi familia se piden ayuda unos a otros.							
2. En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.							
3. Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.							
4. Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina							
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia cercana							
6. Diferentes personas de mi familia							

actúan en ella como líderes.							
7. Los miembros de mi familia se sienten más cerca entre sí que a personas externa a la familia.							
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de realizar los quehaceres.							
9. A los miembros de mi familia nos gusta pasar tiempo libre junto.							
10. Padres e hijos discuten juntos las sanciones.							
11. Los miembros de mi familia se sienten muy cerca unos a otros.							
12. Los hijos toman las decisiones en la familia							
13. Cuando en la familia compartimos actividades, todos estamos presentes.							
14. Las reglas cambian en nuestra familia.							
15. Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.							
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.							
17. Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.							
18. Es difícil identificar quién o quiénes son los líderes en nuestra familia.							
19. La unión familiar es muy importante.							
20. Es difícil decir quién se encarga de que labores en el hogar.							

Idealmente, cómo te gustaría que sea tu familia

	Casi siempre	Muchas veces	A veces si a veces no	Pocas veces	Casi Nunca		
1. Los miembros de mi familia se piden ayuda unos a otros.							
2. En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.							
3. Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.							
4. Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina							
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia cercana							
6. Diferentes personas de mi familia actúan en ella como líderes.							
7. Los miembros de mi familia se sienten más cerca entre sí que a personas externa a la familia.							
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de realizar los quehaceres.							
9. A los miembros de mi familia nos gusta pasar tiempo libre junto.							
10. Padres e hijos discuten juntos las sanciones.							
11. Los miembros de mi familia se sienten muy cerca unos a otros.							
12. Los hijos toman las decisiones en la familia							
13. Cuando en la familia compartimos actividades, todos estamos presentes.							

14. Las reglas cambian en nuestra familia.							
15. Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.							
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.							
17. Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.							
18. Es difícil identificar quién o quiénes son los líderes en nuestra familia.							
19. La unión familiar es muy importante.							
20. Es difícil decir quién se encarga de que labores en el hogar.							