



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**Cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes mujeres  
drogodependientes**

Trabajo de titulación previo a la obtención  
del título de Psicóloga Clínica

Autora:

Ana Belén Prado Alvear

CI: 0106591373

Directora:

María de Lourdes Pacheco Salazar

CI: 0102045259

**Cuenca - Ecuador**

15/07/2019



## RESUMEN

Según el Instituto de Nacional de la Salud, en el pasado las mujeres estaban excluidas de la mayoría de las investigaciones clínicas sobre el consumo de sustancias tóxicas y, en la localidad de Cuenca esta temática ha sido abordada únicamente desde un enfoque general sin diferenciación de género. Ante la problemática planteada el objetivo del presente estudio cuantitativo transversal es describir el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes mujeres drogodependientes. La población comprende 37 mujeres de 19 a 61 años y con una media de 26 años de dos centros de rehabilitación de la ciudad de Cuenca: Exitus y 12 Pasos. Como herramienta de investigación se utilizó una ficha sociodemográfica orientada a recoger información básica de los participantes. Asimismo, la investigación emplea la escala FACES III (Olson, Portner, y Lavee, 1985) validada por Schmidt (2010) para medir las variables de cohesión y adaptabilidad familiar. Se expone como resultados que, 19 mujeres drogodependientes pertenecen a un tipo de cohesión desligada; en cuanto a la adaptabilidad se evidencia dos tipos predominantes: flexible y caótica, estos dos con 12 mujeres drogodependientes; finalmente 17 casos de mujeres presentan un tipo de familia de rango medio. Examinando los hallazgos se concluye que, en este grupo de estudio prevalece el tipo de familia de cohesión desligada, que indica ausencia de unión afectiva entre los familiares. Así como un tipo de adaptabilidad caótica y flexible, indicando que en las familias del grupo investigado no hay una estabilidad generalizada.

Palabras claves: Drogas. Familia. Cohesión. Adaptabilidad. Mujeres.



## ABSTRACT

According to the National Institute of Health, in the past women were excluded from most clinic research on drug use and, at local level this topic has been addressed from a general approach without gender differentiation. Given the raised problem, the aim of the present cross-sectional quantitative study is to describe the type of family cohesion and adaptability in female drug-dependent patients. The population comprises 37 women from 19 to 61 years old and with an average of 26 years, who belongs to two rehabilitation centers of the city of Cuenca: Exitus and 12 Steps. The research tool has become a sociodemographic sheet to gather basic information of the participants and measure the variables of family cohesion and adaptability. In addition, the research uses the FACES III scale (Olson et al., 1985) validated by Schmidt (2010). The result exposes that 19 drug-dependent women belongs to an independent cohesion type; In terms of adaptability, there are two predominant types: flexible and chaotic, these two with 12 drug-dependent women; Finally, 17 cases of women present a mid-range family type. When examining the findings, it is stated that, the type of family of independent cohesion prevails, which indicates the absence of affective union among the relatives. In addition to a chaotic and flexible type of adaptability, it indicates that in the families of the group under investigation there is no generalized stability.

*Keywords:* Drugs. Family. Cohesion. Adaptability. Women.



## ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	4
Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional .....	5
Cláusula de Propiedad Intelectual .....	6
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....	7
PROCESO METODOLÓGICO .....	14
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	17
CONCLUSIONES .....	26
REFERENCIAS CONSULTADAS .....	29
ANEXOS .....	35

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población de estudio .....	17
Tabla 2. Tipo de Cohesión familiar .....	18
Tabla 3. Tipo de adaptabilidad familiar .....	20
Tabla 4. Tipo general de familia real según Olson .....	21
Tabla 5. Comparativo entre tipo de familia real e ideal .....	22
Tabla 6. Tipo de cohesión real e ideal .....	24
Tabla 7. Tipo de adaptabilidad real e ideal .....	25



## Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Ana Belén Prado Alvear, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes mujeres drogodependientes”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que se realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 15 de julio del 2019

Ana Belén Prado

Ana Belén Prado Alvear

C.I: 0106591373



## Cláusula de Propiedad Intelectual

Ana Belén Prado Alvear, autora del trabajo de titulación “Cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes mujeres drogodependientes”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 15 de julio del 2019

Ana Belén Prado

Ana Belén Prado Alvear

C.I: 0106591373



## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Según la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en la actualidad el consumo de drogas se ha convertido en una problemática a nivel mundial. Estudios revelan que alrededor del 5% de la población mundial ha consumido algún tipo de droga en el 2015, siendo alarmante la incidencia de trastornos relacionados a su ingesta (UNODC, 2017).

Enmarcando la definición de droga, según González (2000), se considera como tal a “toda sustancia de origen natural o artificial, de acción psicoactiva, cuyo consumo prolongado conduce a la tolerancia y dependencia, así como a efectos nocivos sobre el consumidor, la comunidad o ambos” (p. 6).

De la categoría anterior se puede identificar dos términos importantes, la tolerancia que se refiere a que los mecanismos desarrollados para la asimilación en el organismo de la sustancia psicoactiva, van resultando más efectivos y ello determina que, para conseguir los efectos deseados, el usuario deba incrementar cada vez la dosis (González, 2009). La dependencia, la cual es definida por el mismo autor como “la pérdida de libertad basada en mecanismos hegemónicos biológicos con cambios más relevantes en los niveles moleculares, y electrofisiopatológicos inherentes a un mayor desmetabolismo sistémico, determinado por la sustancia” (González, 2000, p. 7).

El Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia indica que las drogas pueden clasificarse: (a) según organismos judiciales en legales o ilegales; (b) por su origen en naturales, sintéticas o semisintéticas; (c) por su uso como medicamentosas o alimenticias, o (d) según sus efectos en el sistema nervioso central como depresoras, estimulantes, alucinógenos (IAFA, 2019). A partir de esta clasificación se conoce como drogas depresoras: benzodiazepinas, barbitúricos, alcohol, derivados de opio como la morfina, heroína y codeína; drogas estimulantes como: anfetaminas (éxtasis), cocaína (crack), fenciclidina, y cafeína; alucinógenos como: ácido lisérgico (LSD), psilocibina (hongos); y, otros tipos de drogas como: la marihuana y el tabaco (Gainza et al., 2003).

Varios autores afirman que el consumo de drogas tales como cocaína, marihuana, tabaco, heroína, entre otras, afectan de forma significativa órganos y sistemas indiscriminadamente del tipo de consumidor, sin importar su edad, raza o género (Díaz y Torres, 2006; Ferrer, Crespo, y Marzoa, 2006; Medina et al., 2001).



El Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) de Estados Unidos define la adicción a las drogas como una enfermedad crónica y recurrente. Esta adicción se caracteriza por la búsqueda y consumo compulsivo, sin considerar consecuencias; y, genera cambios a nivel funcional/estructural del cerebro que da lugar a comportamientos peligrosos hacia la persona misma y hacia la sociedad (NIH, 2018).

Analizando varios factores que incentivan el incremento del consumo, estos podrían relacionarse con la facilidad de acceso, homogenización de estudios, búsqueda de pertenencia a grupo de pares, promoción de la legalización de la marihuana, bombardeo televisivo (Correa y Pérez, 2013), control de peso, disminución del agotamiento y tratamiento de patologías de ámbito emocional (NIH, 2018). Pérez y Correa (2011) plantean que los síntomas de ansiedad y desordenes afectivos tienen mayor incidencia en la drogodependencia, siendo el aspecto emocional el que se encuentra en mayor medida afectado.

En base a estudios realizados por Barreda et al. (2012), Castillo y Gutiérrez (2008) Pérez y Correa (2011), la edad de inicio de consumo es más tardía en mujeres que en varones, sin embargo, son ellas quienes se someten antes a un tratamiento para su recuperación. La edad promedio de inicio de consumo estaría comprendida entre los 14 y 18 años (Barreda et al., 2012; Hernández et al., 2009). En el pasado las mujeres estaban excluidas de la mayoría de las investigaciones clínicas sobre el consumo de drogas. Esto, debido a que se suponía, desde el punto de vista biológico eran más complejas que los hombres y su maternidad les impedía participar (NIH, 2018).

Hoy en día el consumo de drogas en las mujeres está aumentando, pese a que las estadísticas refieren que el consumo de sustancias es mayor en los varones en relación 3 a 1 (Correa y Pérez, 2013). La Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental expone a través de una encuesta nacional sobre consumo de drogas y salud, que alrededor de 15.8 millones de mujeres consumieron drogas en el 2014 (SAMHSA, 2014).

En las mujeres, además de las alteraciones físicas, cognitivas y sociales generadas por el consumo (NIDA, 2018). Según la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito se suman otros factores exclusivos del género que difieren de los hombres; como por ejemplo cambios hormonales, embarazo, lactancia y menopausia que podrían influir también en el tratamiento (UNODC, 2017).





Adicionalmente a los factores citados, el rol de la familia y su funcionamiento es importante en la génesis del consumo, indiferente del tipo de consumidor, debido a su papel trascendental en la formación subjetiva de cada individuo (Mayer, 2010). Así lo indica también Celis (2012), quién afirma que la funcionalidad familiar se relaciona con un mayor riesgo de consumo o dependencia de drogas. De esto se puede concluir que, en el núcleo familiar se marcan diversos estereotipos, prejuicios y etiquetas sociales que favorecen o no el inicio del consumo.

Roig (2000), señala que la familia de mujeres drogodependientes se caracteriza por una figura paterna ausente o presente de manera perversa, donde la madre no tiene mayor protagonismo o sus funciones son subvaloradas. Una familia desligada también incide en el consumo problemático caracterizándose por la ausencia de unión afectiva entre los miembros, comunicación débil, demasiada autonomía individual y la inexistente lealtad hacia la familia (Olson, 1986).

La funcionalidad familiar, comprende la estructura interna de la composición familiar y está representada por las relaciones en su interior, manejo del poder, reglas y roles, jerarquías y límites dentro de un sistema (Vargas et al., 2015). En similitud a esta definición Olson, Russell y Sprenkle (1989), plantean el Modelo Circumplejo de sistemas familiares, mismo que fue desarrollado como un intento de involucrar o integrar tanto la investigación teórica como la práctica.

En base a este modelo, se sostiene que el funcionamiento familiar está determinado principalmente por tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad o flexibilidad y comunicación (Olson et al., 1989); sin embargo, para Olson, el funcionamiento familiar se produce por la interacción de las dimensiones de cohesión (afecto) y adaptabilidad (autoridad), facilitado u obstaculizado por la manera de comunicarse dentro de la estructura familiar.

Se ha propuesto y diseñado la escala “FACES III”, destinada a evaluar la percepción del funcionamiento familiar en dos de los tres parámetros: la Adaptabilidad y la Cohesión familiar, no obstante, de forma implícita valora la variable comunicación, que, a decir de sus autores, entre más adaptada y cohesionada sea una familia, posiblemente sus procesos comunicacionales serán mejores, y, por el contrario, entre menos adaptada y cohesionada sea una familia, se puede presumir de estados comunicacionales escasos (Sigüenza, Buñay y Guamán, 2017).



La cohesión hace referencia al grado de unión emocional percibida por los miembros de la familia; en este sentido, el consumo de alcohol y drogas en los jóvenes se relaciona significativamente con familias de bajos niveles de cohesión (Florenzano, Sotomayor y Otava, 2001). La falta de cohesión es considerada un factor de riesgo, que influye en el inicio de consumo de drogas viéndose comprometida además la recuperación de pacientes en tratamiento (Secades y Fernández, 2002).

Olson (2003) establece cuatro tipos posibles de familia en función de su cohesión: a) la familia desligada que se caracteriza por la presencia de límites rígidos, constituyéndose cada individuo en un subsistema, tienen poco en común y no comparten tiempo entre sus integrantes; b) familia separada, cuyos límites externos e internos son semiabiertos, sus límites generacionales son claros, cada individuo constituye un subsistema, sin embargo, cuando lo requieren pueden tomar decisiones familiares; c) familia unida, la cual posee límites intergeneracionales claros, obteniendo sus miembros espacio para su desarrollo individual, además poseen límites externos semiabiertos; y d) familia enredada que se caracteriza por poseer límites difusos, por lo que se dificulta identificar con precisión el rol de cada integrante familiar.

Para realizar el diagnóstico de la cohesión dentro de la familia, el Modelo Circumplejo de Olson, tomó en consideración lazos emocionales-independencia, límites-coaliciones, tiempo-espacio, amigos-toma de decisiones, e intereses-recreación (Seguil, 2017). Estos aspectos, establecen estilos familiares dentro del Modelo Circumplejo, y determinan familias de estilo: desligado, separado, unidas o enredadas.

Por otra parte, la flexibilidad o adaptabilidad se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. Entre las variables que se evalúan en el Modelo Circumplejo de Olson están: estructura del poder, estilos de negociación, relaciones de los roles y retroalimentación; las mismas que ayudan a caracterizar a las familias en los siguientes tipos: caótico, flexible, estructurado y rígido (Olson, 2000).

La adaptabilidad flexible se caracteriza por disciplina democrática, cambios cuando son necesarios, liderazgo y roles compartidos; en la adaptabilidad caótica hay ausencia de liderazgo, cambios aleatorios o excesivos de roles y disciplina irregular (Bazo et al., 2016). En este sentido, Aguirre, Aldana, y Bonilla (2017) señalan que la disciplina inconsistente o su carencia predicen el consumo de drogas, siendo la familia un factor de riesgo para el consumo. Por otra parte, la adaptabilidad estructurada se caracteriza



porque a veces los miembros de la familia tienden a compartir el liderazgo o los roles, con cierto grado de disciplina democrática, dándose cambios cuando sus integrantes lo solicitan. Y por su parte, la adaptabilidad de tipo rígida posee un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina rígida sin opción de cambios (Olson, 2003).

Olson hace referencia que la familia real se enfoca en la percepción actual que posee el individuo sobre su dinámica familiar; y la familia ideal por su parte, se enfoca en cómo se desearía que funcione la propia familia (Bazo et al., 2016). Schmidt et al. (2010) considera que el grado de cohesión y flexibilidad de la familia real constituye un indicador del funcionamiento predominante en el sistema, este puede ser extremo, de rango medio o balanceado.

Adicionalmente a la relación de la funcionalidad familiar en el consumo de drogas, diversas investigaciones han identificado la existencia de escenarios potencialmente influyentes, denominados factores de riesgo; y otros, que evaden la aparición de esta problemática, llamados factores de protección (Cid-Monckton y Pedrão, 2011). Conocer el funcionamiento de la estructura familiar podría servir como un factor de prevención o factor de riesgo para el consumo de drogas (Martínez, Fuentes, García y Madrid, 2013).

Existen eventos que pueden considerarse como un factor de riesgo como: la adolescencia, cambio de escuela, divorcio, entre otros. Si se focaliza el análisis en la adolescencia, los niños son expuestos por primera vez a sustancias de abuso como cigarrillos o alcohol, e incrementan su consumo a medida que crecen debido a que se pueden encontrar con mayor variedad de drogas, pertenecer a grupos con pares consumidores o asistir a actividades sociales en donde el uso de drogas es común (Correa y Pérez, 2013).

Con el objeto de determinar la influencia de la familia como un factor de riesgo o factor protector frente a la ingesta de drogas, en un estudio realizado en España a 1.570 adolescentes de ambos sexos: 54.4% hombres y 45.6% mujeres, se despliega que los principales factores de riesgo familiares influyentes en el consumo de drogas legales fueron: ausencia de normas familiares sobre el uso de drogas, conflictos entre los padres y el adolescente, y el consumo de alcohol por parte del padre; estos factores se relacionan con una carencia de funcionalidad familiar y las dimensiones que la constituyen según el Modelo Circumplejo de Olson. Por otro lado, los factores de protección más significativos fueron: acostarse a una hora fija por la noche y tener un buen vínculo afectivo con los padres (Muñoz y Graña, 2001).



Con respecto a la realidad latinoamericana, un estudio realizado en México buscó describir la relación entre la funcionalidad familiar y los factores de riesgo de 100 adolescentes de entre 17 y 18 años, en donde el 56% de la muestra fueron mujeres. Los resultados mostraron que: el 21% procedían de familias funcionales, el 48% de familias moderadamente funcionales, el 29% disfuncionales y apenas el 2% severamente disfuncionales. Pese al predominio de funcionalidad en las familias de los encuestados se observa que la mayoría de los adolescentes (62%) ha tenido factor de riesgo relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco o drogas (Hernández, Cargill y Gutiérrez, 2012).

Desde otra perspectiva, en Chile Florenzano, Sotomayor y Otava (2001) investigaron la incidencia predictiva del rol de la familia y de factores de riesgo, sobre el consumo de drogas y alcohol, en 467 adolescentes de entre 11 y 19 años. Los resultados se exhiben que el consumo de drogas y alcohol en los adolescentes se relaciona significativamente con familias de bajos niveles de cohesión.

Vargas et. al (2015) en su estudio llevado a cabo en Colombia concluyen que, en las familias con miembros consumidores, se encontraron problemas en la estructura familiar como: comunicación inadecuada, alteración en la cohesión familiar, ausencia de autoridad, reglas y límites, alianzas expresadas a través del consentimiento o sobreprotección dados por algunos miembros como abuelos, y cambio de roles.

Los antecedentes señalados conllevan a la conclusión que el consumo de drogas es un problema social; y no sólo a nivel mundial sino también a nivel nacional. En el contexto ecuatoriano, según la cuarta encuesta del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas la edad media del inicio del primer consumo es a los 14 años de edad, durante la primera etapa de la adolescencia (CONSEP, 2013).

Desde el punto de vista local, en la ciudad de Cuenca, un estudio realizado con una muestra de 120 adolescentes de ambos sexos, sobre la prevalencia y los factores asociados al consumo de drogas en adolescentes expone que el desarrollo de un posible consumo de drogas está influenciado por: bajo rendimiento académico, la no pertenencia a un grupo social, violencia y consumo de drogas por parte de miembros de la familia (Bravo, 2009).

En otro estudio realizado en la ciudad de Cuenca, sobre funcionalidad familiar en adolescentes con conducta adictiva, se obtuvo como resultado que, en referencia a la cohesión, la mayoría manifiesta un tipo de familia desligada; en lo referente a la



dimensión de adaptabilidad, la mayoría de adolescentes presenta un tipo de familia caótica; además, de acuerdo al tipo de familia real e ideal, existe un predominio en familia de tipo balanceada (Naula, 2018).

Actualmente en la ciudad de Cuenca, no existen estudios que analicen la incidencia de la funcionalidad familiar en el consumo de drogas en una población de pacientes mujeres drogodependientes; sin embargo, en el estudio llevado a cabo por Sigüenza, Buñay y Guamán (2017), se indica que es posible hablar de funcionalidad familiar únicamente cuando los miembros del sistema se encuentran satisfechos. En base a la escasa existencia de estudios relacionadas al tema y todas las variables que este abarca, se considera de gran relevancia realizar la presente investigación a fin de disponer de perspectivas amplias en cuanto a esta relación.

Cabe recalcar, como se ha mencionado en un inicio, que estereotipos y prejuicios han limitado el acceso de las mujeres a procesos investigativos que proveen métodos terapéuticos efectivos para su problemática. La sociedad local no acepta el problema de consumo y dependencia en este grupo poblacional, que va en aumento, generando un freno en la atención de dicha problemática. Esta situación se ve reflejada con la diferencia en número de centros de tratamiento para mujeres (Mayer, 2010).

Bajo este marco contextual los elementos de estudios son muy diversos y amplios, en consecuencia, se dificultan abordar todas sus variables. Sin embargo, es posible identificar la influencia de la funcionalidad familiar en el consumo en las mujeres; cuyos hallazgos de investigación marcarán un precedente sobre este tema, que según la revisión bibliográfica estudiada carece por completo de investigaciones puntuales referidas a la ciudad de Cuenca.

Como efecto, identificado la problemática, es de gran importancia indagar en la funcionalidad familiar, entendida en términos de cohesión y adaptabilidad, de mujeres que llegaron a presentar un consumo problemático de drogas en la ciudad de Cuenca, focalizando la presente investigación dentro de esta temática.

Por lo antes expuesto, se plantea responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿qué tipo de cohesión y de adaptabilidad familiar predominan en pacientes mujeres drogodependientes, los que pueden favorecer o empeorar el proceso de enfermedad en los centros de rehabilitación Exitus y 12 pasos?

Para responder dicha interrogante el objetivo general planteado fue describir el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes mujeres drogodependiente, según las



variables sociodemográficas edad, sustancia que dio inicio al consumo, sustancia de dependencia, frecuencia de consumo y convivencia familiar. Para lo cual se propuso: (a) identificar el tipo de adaptabilidad y cohesión familiar predominante considerando la tipología familiar en pacientes mujeres drogodependientes; (b) establecer una comparación entre los apartados familia real y familia ideal, con el que se identifican las mujeres drogodependientes.

## PROCESO METODOLÓGICO

### Enfoque, tipo y alcance de investigación

La presente investigación se apegó a un enfoque cuantitativo, pues el proceso que se siguió fue sistemático, planificado y estructurado. Igualmente, empleó instrumentos estandarizados para medir las variables de cohesión y adaptabilidad familiar. Además, responde a un diseño de investigación transversal, ya que la recolección de datos se realizó en un único momento; debido a que se caracterizó el fenómeno de estudio el alcance corresponde a un estudio descriptivo-comparativo.

El presente estudio trabajó con la totalidad de la población, 37 mujeres que recibieron tratamiento con internamiento debido a su consumo problemático de alcohol y otras drogas de dos centros de rehabilitación de la ciudad de Cuenca: del centro Exitus participaron 15 mujeres, y del centro 12 Pasos, 22 mujeres. El mínimo de edad de las participantes fue 19 años y un máximo de 61 años, con una *media* = 26.32 y *DE* = 8.90; el mínimo en la edad de inicio de consumo fue de 10 años, con un máximo 45 años, con una *media* = 17.24 años y *DE* = 6.14.

Las participantes de este estudio se vieron sujetas a criterios de inclusión y exclusión, para ser consideradas parte de esta investigación. Por ende, los criterios de inclusión fueron: 1) Pacientes internadas en centros de rehabilitación por un periodo mínimo de un mes, y 2) Mujeres de 18 años en adelante con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de psicotrópicos (F10-F19). Los



criterios de exclusión fueron: 1) Pacientes con alteración cognitiva severa, y 2) Pacientes que presenta patología dual.

Del total de participantes, 30 (81.10%) personas indicaron que la sustancia de inicio de consumo fue el alcohol, 4 (10.8%) personas inició con marihuana, 3 (8.1%) mujeres iniciaron con base de cocaína. En cuanto a la sustancia de dependencia, 15 (40.5%) personas se mantuvieron con el consumo de alcohol, 13 (35.1%) personas consumen marihuana, 7 (18.9%) personas consumen base de cocaína y 2 (5.4%) personas consumen cocaína. De las 37 pacientes, 12 (32.5%) vivían únicamente con la mamá, 6 (16.2%) con el padre, 7 (18.9%) vivían con ambos padres, 2 (5.4%) vivían con madrastra/padrastro y 10 (27%) vivían solas.

### **Instrumentos**

Para obtener los datos se empleó una ficha sociodemográfica orientada a recoger información básica de los participantes, en la cual se indagó sobre edad actual, sustancia de inicio de consumo, sustancia de dependencia, frecuencia de consumo, edad de inicio de consumo, personas con las que vive, información necesaria para caracterizar la población estudiada (Anexo 1).

Por otra, para medir las variables de cohesión y adaptabilidad familiar se empleó, la escala FACES III (Olson et al., 1985) validada en Argentina por Schmidt (2010); consta de dos partes con 20 ítems cada una, a ser respondidos a partir de una escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, algunas veces, pocas veces, casi nunca); la primera parte se refiere a la Familia Real (a la familia tal como el sujeto la percibe en el momento actual) y la segunda a la Familia Ideal (se refiere a la familia tal como al sujeto le gustaría que la misma fuera), la escala se encuentra estructurada con dos ítems para cada uno de los cinco conceptos relativos a la dimensión de cohesión: vinculación personal (11- 19), apoyo (1-17), límites familiares (5-7), tiempo y amigos (9-3), e intereses y recreación (13-15); dos ítems para cada una de las variables de la dimensión de adaptabilidad: liderazgo (6-18), control (12-2), disciplina (4-10); y cuatro ítems vinculados a la combinación de roles y reglas. (8-14-16-20). Está escala indica un nivel de confiabilidad de .70 de Alfa de Cronbach. En el presente estudio, la escala reportó un nivel de confianza de .881 (Anexo 2).



## **Procedimiento**

Para la aplicación de los instrumentos, se solicitó a los directores de los centros: Exitus y 12 Pasos la respectiva autorización para acceder a las participantes. Una vez emitido el permiso, se procedió con la aplicación de los instrumentos de manera individual, proceso que tardó aproximadamente 20 minutos por cada una de las pacientes. En cuanto al centro de rehabilitación 12 pasos no hubo mayor inconveniente en conseguir el permiso, este fue inmediato; mientras que en Exitus se pospuso la aplicación ya que tomó más tiempo conseguir la autorización de este centro de rehabilitación. La recolección completa de datos se realizó en aproximadamente dos meses. Las participantes no recibieron ningún incentivo por su participación en el estudio.

## **Procesamiento de Datos**

Una vez obtenida la información de las participantes, se dio paso a la elaboración de la matriz de datos en el programa estadístico SPSS 25.0. Una vez ingresados el 100% de datos y valiéndose de los baremos, se procede al análisis de confiabilidad de las variables mediante el Alfa de Cronbach y al análisis de la escala de Likert sumando las impares para cohesión y las pares para adaptabilidad. Consecuentemente, se procede a nombrar las variables, realizando el análisis descriptivo y las tablas correspondientes.

La prueba de normalidad Shapiro-Wilk indicó que la distribución de los datos era no normal ( $p > 0.05$ ), por lo que se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, para la comparación de dos grupos, entre la familia real con la familia ideal.

## **Aspectos éticos**

En cuanto a las consideraciones éticas, esta investigación contó con la aprobación del protocolo de investigación, y del consentimiento informado aprobado por el Comité de Bioética de Investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca (COBIAS-UC). Mismo que se apegó a los principios éticos sugeridos por la APA, que incluye: garantizar la confidencialidad de los participantes, la colaboración voluntaria de los individuos y, que el usuario obtuvo información en cantidad y calidad suficiente para tomar la decisión de participar en el proceso, al tiempo que garantiza el derecho de las personas a su autonomía y libertad en la toma de decisiones, se respetará el





anonimato y dicha información no podrá ser utilizada más que para fines netamente académicos (Anexo 3).

## PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados se presentarán en función de los objetivos del estudio.

### Información general de la población de estudio

Tal como se presenta en la tabla 1, la población de estudio estuvo comprendida por 37 mujeres drogodependientes quienes cumplieron los criterios de inclusión para el presente estudio, con una edad mínima de 19 años y una máxima de 61 años, y una media de 26 años. Sin embargo, la moda está representada por una edad de 21 años. La edad promedio de inicio de consumo en la mayoría de pacientes fue a los 15 años, con una moda de 17 años.

**Tabla 1**

*Población de estudio*

		<b>Población</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Casos</b>	Válido	37	100%
	Excluido	0	0%
<b>Total</b>		<b>37</b>	<b>100%</b>



Con relación a la media y moda en la edad de inicio de consumo en las mujeres drogodependientes, los estudios coinciden que la edad promedio de consumo está entre los 14 a 18 años (Barreda et al., 2012; Hernández et al., 2009). En Ecuador, según la encuesta sobre uso y consumo de drogas ilícitas realizada por la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas (SETED, 2017), los adolescentes entre 12 y 17 años consumieron sustancias prohibidas durante el 2015 a nivel nacional. Mientras que, según el tipo de drogas, la edad media para inhalables es de 15.4 años, para cannabis 15.6 años, y para el resto de drogas los 17 años concentran las edades medias (Hernández et al., 2009).

Según el sexo, las mujeres inician en el consumo de drogas más tarde que los varones, siendo la edad promedio 16.5 años (Barreda et al., 2012; Castillo y Gutiérrez, 2008; Pérez y Correa, 2011); además, las mujeres inician más pronto un tratamiento para la recuperación, y las recaídas son más frecuentes en los varones (Pérez y Correa, 2011).

Considerando que el grupo de estudio corresponde al sexo femenino, Roig (2000) destaca diferencias estructurales de las familias de drogodependientes varones y mujeres, señalando que la familia en el caso de mujeres drogodependientes, se caracteriza por un padre que está ausente o que está presente de forma perversa, la madre es descartada o descarta, hay un intento de resolución de conflictos donde la madre no tiene mayor protagonismo y es excluida; mientras que, en los varones la familia se caracteriza por un padre ausente, el hijo es manejado por la madre y es depositario de la melancolía materna. Por su parte, Pérez y Correa (2011) señalan que los síntomas de la ansiedad y los desórdenes afectivos tienen notablemente mayor incidencia en la drogodependencia: “lo emocional es el aspecto que se ve más afectado en las consumidoras de sustancias, considerado colectivamente como el factor más importante de todos, pues se le considera inherente a la naturaleza femenina, independiente de los cambios culturales” (p. 215).

## **Cohesión y adaptabilidad familiar**

**Tabla 2**

*Tipo de Cohesión familiar*

<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
-------------------	-------------------



Desligada	19	51%
Unida	7	19%
Separada	6	16%
Enredada	5	14%
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

Con respecto al tipo de cohesión familiar que caracteriza a las mujeres drogodependientes, según los datos obtenidos en el análisis estadístico mediante el baremo del test FACES III, se observa en la tabla 2 que, según el nivel de cohesión familiar, 19 mujeres drogodependientes pertenecen a un tipo de familia desligada. Mientras que, en menor número de casos, los resultados se distribuyen entre los otros tipos de cohesión familiar (separada, unida, enredada). Este resultado se asemeja al obtenido por Naula (2018), donde indica que la mayoría (n=19) presentaron una tipología familiar desligada.

Se observa entonces, que en este grupo predomina la familia desligada, la cual se caracteriza por la primacía del “yo”, ausencia de unión afectiva entre los familiares, ausencia de lealtad a la familia, alta independencia personal, gran autonomía individual y una comunicación débil (Olson, 1986). Al respecto, Vargas et al. (2015) encontraron que los problemas en la estructura familiar desligada son los sentimientos negativos, violencia, soledad, falta de entendimiento y exceso o déficit de autoridad, que configuran patrones de maltrato, abandono y desligamiento; encontrando “relación entre la alteración en la estructura familiar y las adicciones, debido a la falta de cohesión dada por la existencia de un patrón de relación desligado” (p. 174).

Con respecto a la realidad latinoamericana, en México se realizó un estudio que buscó describir la relación entre la funcionalidad familiar y las conductas de riesgo, encontrando que, el 48% de las familias eran moderadamente funcionales y un 21% funcionales, el 29% disfuncionales y apenas el 2% severamente disfuncionales. Pese al predominio de funcionalidad en las familias de los encuestados el 62% ha tenido conductas de riesgo relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco e inclusive drogas (Hernández, Cargill y Gutiérrez, 2012).

En Chile se investigó la incidencia predictiva del rol de la familia y de los factores de personalidad sobre el consumo de drogas y alcohol en la edad juvenil a 467 jóvenes de ambos sexos, de edades entre once y diecinueve años. Se obtuvo como resultado que el



consumo de drogas y alcohol en los jóvenes se relaciona significativamente con familias de bajos niveles de cohesión (Florenzano, Sotomayor y Otava, 2001).

Por otra parte, se postula que los niveles balanceados (separada y unida) hacen un funcionamiento familiar óptimo y sus miembros son capaces de ser independientes y conectados a sus familias; mientras que, los niveles desbalanceados (desligada y enredada) son vistos como problemáticos (o disfuncionales), si se actúa en estos niveles extremos durante mucho tiempo (Olson, 1986). Considerando este postulado, los resultados muestran una marcada orientación que es mayor en los casos de familias con cohesión desligada y con una distancia significativa hacia la cohesión enredada; por lo tanto, no se ajusta lo establecido por Olson (1986), dejando ver que, con respecto a la cohesión, las familias representan características negativas en la vida de las mujeres drogodependientes.

**Tabla 3**

*Tipo de adaptabilidad familiar*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Rígida	4	11%
Estructurada	9	25%
Flexible	12	32%
Caótica	12	32%
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

En la tabla 3, se evidencian dos tipos de adaptabilidad familiar que destacan: la adaptabilidad familiar flexible en 12 casos de mujeres drogodependientes; y, la adaptabilidad familiar caótica en otros 12 casos de mujeres drogodependientes. Este resultado es semejante al estudio de Naula (2018), donde indica que hay un predominio



de la tipología caótica (n=12) en la adaptabilidad familiar, misma que está seguida por la tipología flexible (n=10).

En el primer caso, la adaptabilidad familiar flexible se caracteriza por el liderazgo compartido, roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios; mientras que, en el segundo caso, la adaptabilidad familiar caótica se caracteriza por ausencia de liderazgo, cambios aleatorios y/o excesivos de roles, disciplina irregular (Bazo et al., 2016). Teniendo en cuenta esto, las familias de las mujeres drogodependientes participantes, según la adaptabilidad, se presentan en dos polos opuestos, ya que, en algunos casos hay un liderazgo compartido y en otros carece de liderazgo. Al respecto, una disciplina inconsistente o carencia de disciplina, unas expectativas poco claras del comportamiento de los hijos, un control o supervisión pobres, predicen el consumo de drogas, constituyéndose la familia como un factor de riesgo para el consumo (Aguirre, Aldana y Bonilla, 2017).

Por otra parte, el postulado de Olson (1986), establece que los niveles extremos de flexibilidad (caótica y rígida) tienden a ser problemáticos, y los niveles moderados (flexible y estructurado) tienden a balancear cambio y estabilidad en un modo más funcional. Sin embargo, los resultados encontrados no coinciden con ninguno de estos postulados, ya que existe una distribución equitativa entre la adaptabilidad familiar flexible y caótica, indicando que las familias no son totalmente problemáticas, pero tampoco son estables.

### **Tipo de familia según adaptabilidad y cohesión**

**Tabla 4**

*Tipo general de familia real según Olson*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Rango medio	17	46%
Balaceada	12	33%
Extrema	8	21%
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

En la tabla 4, los resultados indican que la mayoría de mujeres drogodependientes (15 casos), tiene una familia real de rango medio en la escala de Olson, es decir, rigen las familias con sistemas maritales o familiares medianamente funcionales y



medianamente facilitadores del funcionamiento (Olson et al., 1985). Este resultado se contrapone al expuesto por Naula (2018), donde se indica que en base al tipo de familia real existe un predominio de un rango balanceado (n=14) en cuanto a cohesión y adaptabilidad.

Considerando que, según (Schmidt et al., 2010), el grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado; donde los sistemas medios son más funcionales y los sistemas extremos más problemáticos; se encuentra, entonces, que la familia real que perciben las mujeres drogodependientes no representa totalmente un factor negativo, a pesar de que se ubica en un punto medio en que podría, en algún momento, apegarse a uno u otro extremo, como se observa en algunos casos. Frente a ello, se debe tener en cuenta que unas expectativas poco claras del comportamiento de los hijos, puede también llegar a influir como un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas (Aguirre, Aldana y Bonilla, 2017).

### Comparación de medias en familia real y familia ideal

Para esta sección, 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. De acuerdo a ello, se exponen los siguientes resultados con aplicación de cálculo de medias.

**Tabla 5**

*Comparativo entre tipo de familia real e ideal*

Variable	Tipo de familia	Frecuencia	Promedio (D.E.)	U	Sig.
<b>Tipo general de familia real según Olson</b>	Rango medio	17	2.41(0.93)	219.50***	0.000
	Balanceada	12			
	Extrema	8			
<b>Tipo general de familia ideal según</b>	Rango medio	3	2.86 (0.64)		
	Balanceada	8			
	Extrema	26			



Variable	Tipo de familia	Frecuencia	Promedio (D.E.)	U	Sig.
----------	-----------------	------------	-----------------	---	------

**Olson**

U= Prueba de Mann-Whitney que comparó la escala de familia real con la ideal (siendo 1. Extremadamente baja, 2. Rango medio, 3. Balanceada, 4. Extremadamente alta).

\*\*\*=Significativo al  $p < 0.001$

De acuerdo con los datos presentados en la tabla 5, se evidencia que existe un cambio significativo entre el tipo de familia al cual pertenecen y el tipo de familia al cual desearían pertenecer ( $U = 219.50$  y  $p = 0.000$ ). En este sentido, respecto de la familia idealizada, se observa una conglomeración en la familia extrema caracterizada por expresar niveles de apego y de flexibilidad; por la tanto, se infiere que se las pacientes se identifican con este tipo de familia ya que en el tipo real de familia las pacientes, mayoritariamente, tienen familias de rango medio.

Tomando en cuenta la diferencia entre la familia real y la familia idealizada, se puede entender que el nivel de satisfacción familiar de las mujeres drogodependientes participantes, es baja, puesto que, se observa claramente un gran número de participantes que desean otro tipo de familia, las mujeres demandan mayor cercanía por parte de su familia. Al respecto, (Sigüenza, Buñay y Guamán, 2017, p. 80), basado en su estudio realizado en la ciudad de Cuenca, señala que “la familia solo funcionaría cuando sus integrantes están satisfechos” y resalta la importancia de la intervención de los profesionales en salud mental (psicólogos) para “intentar reducir los problemas modificando patrones mentales inadecuados por otros más pertinentes”.

Por otra parte, este resultado, podría tener relación con la varianza que existe en el tipo de cohesión, pues en su totalidad las pacientes que puntuaban en familia desligada pasan a puntuar en familia enredada (tabla 2); y, en el parámetro de adaptabilidad, con respecto a la familia ideal, pasa a predominar una familia caótica, siendo que, en la familia real se distribuía simétricamente entre los diversos tipos de adaptabilidad familiar (tabla 3). Al respecto, para (Olson et al., 1989) el funcionamiento familiar hace referencia a la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y el funcionamiento capaz de cambiar la estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad); por lo tanto, los resultados en el presente estudio muestran que, a nivel general, existe una cohesión desligada y una adaptabilidad caótica, dejando ver que no hay un buen funcionamiento familiar en el grupo investigado.

**Tabla 6***Tipo de cohesión real e ideal*

Variable	Tipo de cohesión	Frecuencia	Promedio (D.E.)	U	Sig.
<b>Tipo de cohesión familiar real</b>	Desligada	19	1.95 (1.29)	215.00***	0.000
	Separada	6			
	Unida	7			
	Enredada	5			
<b>Tipo de cohesión familiar ideal</b>	Desligada	0	3.46 (0.73)		
	Separada	5			
	Unida	10			
	Enredada	22			

U= Prueba de Mann-Whitney que comparó la escala de familia real con la ideal (siendo 1. Desligada, 2. Separada, 3. Unida, 4. Enredada).

\*\*\*=Significativo al  $p < 0.001$

En la tabla 6, la investigación manifiesta que el tipo de cohesión familiar real presenta una frecuencia de 19 casos en que las mujeres drogodependientes expresan tener una familia con un tipo de cohesión desligada, caracterizada por primacía del “yo” y la ausencia de unión afectiva entre los familiares. Por otro lado, el tipo de cohesión familiar ideal conformado en 22 casos de mujeres drogodependientes, pertenecen a un tipo de familia enredada o amalgamada, caracterizada por la primacía del “nosotros” y máxima unión afectiva entre los familiares. Estas diferencias se consideran significativas al comparar la variable ordenada ( $U = 215.00, p = 0.000$ ).

Al igual que lo revisado en la tabla 6, las mujeres drogodependientes demuestran insatisfacción con su entorno familiar. En esta ocasión, la familia real de las participantes es sustancialmente desprendida, cada miembro se desenvuelve individualmente, no se piensa en colectivo, no hay unión afectiva ni lealtad; es decir, las mujeres se sienten emocionalmente aisladas de su familia, por lo que, en consecuencia, es entendible que su familia ideal sea de tipo enredada, pues, de ser así, ellas encontrarían un entorno donde se piense en todos, donde exista fidelidad, afecto, comunicación, interacción y unión para tomar decisiones y resolver conflictos.

Este resultado, junto con lo anotado en el análisis del tipo de familia según su cohesión, permite resaltar que la falta de cohesión en la familia es un factor de riesgo





que influye en el inicio de consumo de drogas y compromete la recuperación de los pacientes en tratamiento, la relación entre la dinámica familiar y el uso de drogas entre los hijos adolescentes es una cuestión conocida, la falta de cohesión familiar y las relaciones familiares conflictivas han sido variables asociadas habitualmente al consumo de drogas (Secades y Fernández, 2002).

**Tabla 7**

*Tipo de adaptabilidad real e ideal*

Variable	Tipo de adaptabilidad	Frecuencia	Promedio (D.E.)	U	Sig.
<b>Tipo de adaptabilidad familiar real</b>	Rígida	4	2.86 (1.00)	389.00***	0.000
	Estructurada	9			
	Flexible	12			
	Caótica	12			
<b>Tipología de adaptabilidad familiar</b>	Rígida	1	3.59 (0.80)		
	Estructurada	4			
	Flexible	4			
	Caótica	28			

U= Prueba de Mann-Whitney que comparó la escala de familia real con la ideal (siendo 1. Rígida, 2. Estructurada, 3. Flexible, 4. Caótica).

\*\*\*=Significativo al  $p < 0.001$

Se puede visualizar en la tabla 7, la adaptabilidad real, siendo más alta en los tipos de familia flexible y caótica con 12 casos cada uno. Dado los resultados obtenidos en la adaptabilidad familiar ideal, se puede observar que 28 mujeres drogodependientes del total de la muestra, conforman un tipo de familia caótica. Esta diferencia es considerada significativa al comparar la variable ordenada ( $U = 389.00$ ,  $p = 0.000$ ).

Este resultado es interesante, debido a que las mujeres drogodependientes han señalado características que indican que idealizan una familia caótica, que, a pesar de ser consideradas como disfuncionales, presentan particularidades importantes, que podrían constituir en aquello que buscan las participantes. Estas particularidades, muestran familias con capacidad de encontrar soluciones raíz de su caos, lo que les permite aprender y provocar cambios; tal como señalan Sigüenza, Buñay y Guamán (2017) “este tipo de familias requieren de cierto nivel de conflicto para generar variantes más funcionales” (p. 80); lo cual, tiene gran importancia en pacientes



drogodependientes que, junto a su familia, buscan generar cambios positivos para hacer frente a la adicción.

### **Fiabilidad de la escala**

En el presente estudio, el instrumento utilizado (FACES III), reportó un nivel de confianza adecuado, con un Alfa de Cronbach igual a .881.

## **CONCLUSIONES**



En primera instancia, en el grupo de estudio, la edad promedio de inicio de consumo fue a los 15 años, con una moda de 17 años; lo cual concuerda con parámetros encontrados en estudios a nivel internacional y nacional, respecto a la edad de iniciación a nivel general, pero también en cuanto al consumo específico en mujeres.

En la presente investigación, a través de la metodología desarrollada, se alcanzaron los objetivos planteados. Es decir, se identificó, tipo de cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes mujeres drogodependientes; encontrando que, en este grupo de estudio prevalece el tipo de familia de cohesión desligada, que indica ausencia de unión afectiva entre los familiares, y de adaptabilidad caótica y flexible, indicando que en las familias del grupo investigado no hay una estabilidad generalizada.

Se ha identificado, el tipo general de familia considerando los parámetros de adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes mujeres drogodependientes; encontrando que, a nivel general, existe una cohesión desligada y una adaptabilidad caótica, dejando ver que no hay un funcionamiento familiar adecuado capaz de cambiar la estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares, lo cual, podría constituir el factor de riesgo en el consumo de drogas, y un factor que compromete la recuperación de las pacientes, debido a que pueden causar mayor grado de estrés en ellas.

De acuerdo con el FACES III, las mujeres se identifican o tienen una percepción actual de una dinámica familiar real con cohesión desligada y adaptabilidad caótica; sin embargo, desearían que su familia funcione con una cohesión enredada y de adaptabilidad caótica; es decir que, las participantes sienten que sus familias no les transmiten afecto, control, confianza para comunicar sus inquietudes y problemas, por lo cual, ellas idealizan una familia que, si bien no sea muy unida o afectiva toda el tiempo; sin embargo, sus miembros sean capaces de enfrentar los problemas y de apoyarse en situaciones complicadas. Las familias necesitan un poco de caos para aprender a funcionar y generar cambios.

## **RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**



La existencia de pocos centros de rehabilitación para mujeres, fue una limitante dentro de esta investigación, ya que el número de la población con la cual se trabajó fue muy reducido, por lo tanto, no se puede generalizar los resultados, ni hacer inferencias en base a los mismos.

Una gran limitación encontrada, hace referencia a la escasa información obtenida a partir de las variables propuestas en esta investigación, los estudios encontrados se centran en causas, consecuencias y tratamiento de personas drogodependientes, pero no se hace énfasis en el funcionamiento y dinámica familiar de estos pacientes. Además, es importante mencionar que no existen mayores estudios llevados a cabo con la escala, y esta no se encuentra adaptada al contexto donde se llevó a cabo la investigación.

La familia es el núcleo y ente principal en el desarrollo del individuo, es la encargada de dar forma a su proceso de humanización, en tanto que, no solo es responsable del proceso biológico, sino que, construye las bases de la personalidad y la interacción social, donde el individuo aprende a manejar sus emociones, asume el contexto social y se configura el psiquismo; por lo tanto, se recomienda que los programas de prevención o recuperación de pacientes drogodependientes deben tener en cuenta el ámbito familiar.

Finalmente se debe continuar investigando en la temática por la pertinencia y la actualidad del tema de estudio, ampliando la población y modificando las características de la muestra.



## REFERENCIAS CONSULTADAS

- Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2014). *Results from the 2013. National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings* (anual N.º No. (SMA) 14-4863). SAMHSA. Recuperado de Substance Abuse and Mental Health Services Administration - Center for Behavioral Health Statistics and Quality website:  
<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsPDFWHTML2013/Web/NSDUHresults2013.pdf>
- Aguirre, N., Aldana, O., y Bonilla, C. (2017). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19, 3-9. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42250687002>
- Barreda, M., Díaz, M., Cuesta, S., López, M., Rodríguez, M., Sánchez, S., y Calvo, B. (2012). *Mujer y Adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. Instituto de Adicciones de Madrid*. Recuperado de [https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/02\\_Mujer\\_y\\_adiccion\\_InstitutoAdiccionesMadrid.pdf](https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/02_Mujer_y_adiccion_InstitutoAdiccionesMadrid.pdf)
- Bazo, J., Bazo, O., Aguila J., Peralta F., Mormontoy, W., y Bennett, I. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 33, 462-470. doi:<https://10.17843/rpmesp.2016.333.2299>
- Bravo, B. (2009). Prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en los/las adolescentes de los colegios nocturnos de la ciudad de Cuenca. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3928>



- Castillo, I., y Gutiérrez, A. (2008). Consumo de drogas en mujeres asistentes a centros de tratamiento especializado en la Ciudad de México. *Salud mental*, 31(5), 351-359. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n5/v31n5a3.pdf>
- Celis, J. (2012). *Caracterización de la función familiar en consumidores de heroína, consultantes a centros de atención en drogadicción en Pereira* (Universidad Tecnológica de Pereira). Recuperado de <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/2876/6168915C392.pdf;jsessionid=6E1B1F359E5367B0099AF9C9D3A09E77?sequence=1>
- Cid-Monckton, P., y Pedrão, L. (2011). Protective and family risk factors related to adolescent drug use. *Revista latino-americana de enfermagem*, 19(SPE), 738-745.
- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. (2013). *Informe del análisis cast del estudio en población estudiantil de ecuador*. CONSEP. Recuperado de [http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/03/04\\_consep-boletin-marzo-2013.pdf](http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/03/04_consep-boletin-marzo-2013.pdf)
- Correa, A., y Pérez, A. (2013). Relación e impacto del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud en Colombia. *Liberabit*, 19(2), 153-162.
- Díaz, B., y Torres, M. (2006). Complicaciones neurológicas por cocaína. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 18(Patología orgánica en adicciones), 179-196.
- Ferrer, V., Crespo, M., y Marzoa, R. (2006). Cocaína y enfermedad cardiovascular. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 18(Patología orgánica en adicciones), 169-178.
- Florenzano, R., Sotomayor, P., y Otava, M. (2001). Estudio comparativo del rol de la socialización familiar y factores de personalidad en las farmacodependencias



juveniles. *Revista Chilena de Pediatría*, 72(3), 219-233. doi: 10.4067/S0370-41062001000300006

Gainza, I., Nogué, S., Martínez, C., Hoffman, R., Burillo, G., Dueñas, A., Pinillos, M. (2003). Intoxicación por drogas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26, 99-128. SciELO España.

González, R. (2000). *Cómo Enfrentar el peligro de las drogas* (p. 6-7). La Habana, Santiago de Cuba: Oriente

González, G. (2009). *Las adicciones ante la luz de las ciencias y el símil* (p. 21). La Habana, Cuba: Política

Hernández, L., Cargill, N., y Gutiérrez, G. (2012). Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. *Salud en tabasco*, 18(1), 14-24.

Hernández, T., Roldán, J., Jiménez, A., Mora, C., Escarpa, D., y Pérez, M. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199-212. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v18n3/v18n3a02.pdf>

Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, IAFA. (2019). Drogas, Preguntas más Frecuentes. Recuperado de <https://www.iafa.go.cr>

Instituto Nacional de Abuso de Drogas. (2018, julio). *Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción*. NIDA. Recuperado de [https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa\\_sp.pdf](https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa_sp.pdf)

Instituto Nacional de la Salud. (2018). *El consumo de drogas en las mujeres* (p. 6). NIH. Recuperado de National Institute on Drug Abuse website: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts-substance-women-spanish.pdf>



- Martínez, I., Fuentes, M., García, F., y Madrid, I. (2013). El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles. *Adicciones*, 25(3), 235-242.
- Mayer, H. (2010). *Drogas: Hijos en Peligro* (1 er). Bs As, Argentina: El Ateneo.
- Medina, M., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., y Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud mental*, 24(4), 3-19.
- Muñoz, M., y Graña, J. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- Naula, M. (2018). Funcionalidad familiar de adolescentes que presentan conducta adictiva. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30777/1/TRABAJO%20DE%20TITULACIÓN.pdf>
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2017). *World drug report 2017* (Naciones Unidas Oficina Contra la Droga y el Delito). Viena. UNODC. Recuperado de [https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR\\_Booklet1\\_Exsum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf)
- Olson, D. (1986). *Circumplex Model VII: validation studies and FACES III*. 25(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00337.x>
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*, 22(2), 144-167.
- Olson, D., Portner, J., y Lavee, Y. (1985). «Faces III»: Family Adaptability y Cohesion Evaluation Scales, Family Social Science. *St. Paul, University of Minnesota*.





- Olson, D., Russell, C., y Sprenkle, D. (1989). *Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families* (Routledge).
- Pérez, A., y Correa, M. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo. *Liberabit*, 17(2), 211-222.
- Roig, P. (2000). La familia de la mujer adicta. *Adicciones: Aportes para la clínica y la terapéutica*, 69-7.
- Schmidt, V., Barreyro, J., y Maglio, A. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: Modelo de dos o tres factores. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(2), 30-36. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271019811003>
- Secades, R., y Fernández, J. (2002). *Intervención familiar en la prevención de drogodependencias*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=4642>
- Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas. (2017). *Encuesta sobre uso y consumo de drogas ilícitas en estudiantes de enseñanza media*. Quito. SETED.
- Seguil, R. (2017). *Funcionamiento familiar y habilidades sociales en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa privada de Huancayo* (Universidad Peruana Unión). Recuperado de <https://docplayer.es/90358046-Universidad-peruana-union-facultad-ciencias-de-la-salud-escuela-profesional-de-psicologia.html>
- Sigüenza, W., Buñay, R., y Guamán, M. (2017). *Funcionamiento familiar real e ideal según el modelo Circumplejo de Olson*. 8, 77-85.



Vargas N., Parra, M., Arévalo, C., Cifuentes, L., Valero, J., y Sierra, M. (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*, 44(3), 166-176. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.02.007>



ANEXOS

ANEXO 1

Ficha Sociodemográfica

Buenos días/tardes. Desde la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca se está llevando a cabo una investigación con el fin de conocer la cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes mujeres drogodependientes, en donde usted ha sido seleccionada para participar. Las respuestas que se proporcionen a este cuestionario serán tratadas de forma anónima y empleadas únicamente con fines estadísticos. La entrevista durará aproximadamente 15 minutos. Gracias por su participación.

Edad actual:

Fecha de aplicación:

Edad de inicio de consumo:

Sustancia de inicio de consumo:

Alcohol

Cocaína

Marihuana

Otra

Base de cocaína

Sustancia de dependencia:

Alcohol

Cocaína

Marihuana

Otra

Base de cocaína

¿Con que frecuencia consumía?

Todos los días

1 vez cada 15 días

1 vez a la semana

1 vez al



mes

Fines de semana

Otro

**¿Con quién vive?**

Padre

Hermanos

Tío/a

Padrastro

Abuelo

Pareja

Otros

Madre

¿Cuántos?

¿Cuántos?

Madrastra

Abuela

Especifique



## ANEXO 2

### FACES III (1ra parte-Familia Real)

La siguiente escala es de carácter **ANÓNIMO**, la misma que tiene como finalidad identificar el Funcionamiento Familiar tanto en Cohesión y Adaptabilidad. Los resultados de la misma serán usados únicamente con fines investigativos.

Después de haber leído cada frase, coloque una X en el casillero que mejor describa **COMO ES SU FAMILIA AHORA**. Es muy importante que responda a todas las frases con sinceridad. Muchas Gracias.

Nº	Pregunta	Casi nunca o nunca 1	Pocas veces 2	Algunas veces 3	Muchas veces 4	Casi siempre o siempre 5
1	Los miembros de mi familia se dan apoyo entre si					
2	En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3	Aceptamos los amigos de los otros					



	miembros de mi familia					
4	Los hijos también opinan sobre su disciplina					
5	Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia					
6	Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias					
7	Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera					
8	Mi familia cambia el modo de hacer las cosas					
9	A los miembros de mi familia les gusta pasar el tiempo libre juntos					
10	En mi casa, padres e hijos discuten juntos los castigos					
11	Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros					
12	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
13	Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente					
14	En mi familia las reglas suelen cambiar					
15	Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17	Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones					
18	Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia					



19	La unión familiar es muy importante para nosotros					
20	En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica					
TOTAL						

**FACES III (2da parte-Familia Ideal)**

En este apartado si bien es cierto se tratan de las mismas preguntas de la primera parte, coloque una X en el casillero que mejor describa **CÓMO QUISIERA QUE FUESE SU FAMILIA**, es muy importante que conteste todas las frases con sinceridad. Muchas Gracias.

Nº	Pregunta	Casi nunca o nunca 1	Pocas veces 2	Algunas veces 3	Muchas veces 4	Casi siempre o siempre 5
1	Los miembros de mi familia se dan apoyo entre si					
2	En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3	Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia					
4	Los hijos también opinan sobre su disciplina					
5	Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia					
6	Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias					
7	Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera					
8	Mi familia cambia el modo de hacer las cosas					
9	A los miembros de mi familia les gusta pasar el tiempo libre juntos					
10	En mi casa, padres e hijos discuten juntos los castigos					
11	Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros					
12	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está					





	presente					
13	Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente					
14	En mi familia las reglas suelen cambiar					
15	Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17	Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones					
18	Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia					
19	La unión familiar es muy importante para nosotros					
20	En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica					
TOTAL						



### ANEXO 3



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
**COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de la investigación: Cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes mujeres drogodependientes

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Ana Belén Prado Alvear	0106591373	Universidad de Cuenca

<b>¿De qué se trata este documento?</b>
<p>Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en EXITUS/ 12 PASOS. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.</p>
<b>Introducción</b>
<p>Este estudio pretende identificar cual es la influencia que tiene las problemáticas familiares, en términos de cohesión y adaptabilidad, por las que han atravesado las mujeres que llegaron a presentar un consumo problemático de alcohol u otras sustancias. Se ha decidido trabajar con esta población, porque se busca eliminar estereotipos y prejuicios que limitan el acceso de las mujeres a procesos terapéuticos efectivos para su problemática, ya que por el hecho de ser mujeres la sociedad no acepta el problema de consumo y dependencia en este grupo poblacional que va en aumento, lo que ha generado un freno en la atención de dicha problemática. Usted ha sido elegido para participar en este estudio ya cumple con el criterio de estar internada en un centro de rehabilitación por un periodo mínimo de un mes.</p>
<b>Objetivo del estudio</b>
<p>Describir el nivel de cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes mujeres drogodependientes.</p>
<b>Descripción de los procedimientos</b>
<p>Primero se procederá a informar a la población sobre de que se trata el estudio, seguido se les pedirá que contesten la ficha sociodemográfica y luego se procederá a aplicarles la escala FACES III, el cual consta de dos partes, cada parte tiene 20 preguntas que deberán ser respondidas con sinceridad. El número de personas que incluiremos en este estudio es aproximadamente 35 mujeres de 18 años en adelante, con internamiento en centros de rehabilitación por un periodo mínimo de un mes.</p>
<b>Riesgos y beneficios</b>
<p>Al aplicar la escala FACES III, se puede generar un malestar emocional, ya que con algunos ítems del cuestionario el usuario puede recordar situaciones conflictivas que vivió en el contexto familiar y que la llevaron a consumir las sustancias. El estudio no le otorgará beneficios directos a usted, sin embargo, se pretende contribuir con la información con el fin de extender el campo del conocimiento en la temática.</p>
<b>Otras opciones si no participa en el estudio</b>
<p>La participación en este estudio es completamente voluntaria y consiste en responder un proceder metodológico (cuantitativo), ya sea de forma individual o junto a un grupo de personas, acordado conjuntamente, con vistas a proteger su identidad, expresiones y su comodidad, de modo que pueda decidir, en cualquier momento si así fuera, no contestar las preguntas si se siente incómoda desde cualquier punto de vista. Esta libertad de participar o de retirarse, no involucra ningún tipo de sanción, ni tener que dar explicación y, que una eventual no participación o retiro no tendrá repercusión en alguna área de su vida u otro contexto.</p>



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
**COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD**

**Derechos de los participantes**

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

**Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0984207824 que pertenece a Ana Belén Prado o envíe un correo electrónico a ana.prado3@ucuenca.edu.ec

**Consentimiento informado**

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

_____	_____	_____
Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
_____	_____	_____
Nombres completos del testigo <i>(si aplica)</i>	Firma del testigo	Fecha
_____	_____	_____
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec

Comité de Bioética en  
Investigación del Área de  
la Salud  
Universidad de Cuenca  
APROBADO  
Fecha: 01 OCT 2018

