

# UCUENCA

**Universidad de Cuenca**

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

**Estructura y funcionalidad familiar de pacientes adictos atendidos en el Centro de reposo y adicciones (CRA) en la ciudad de Cuenca, 2023**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico


**Autores:**

Cristina Daniela Nieto Polo

Daniela Fernanda Izquierdo Espinoza

**Director:**

Manuel Ismael Morocho Malla

ORCID:  0000-0001-5959-3582

**Cuenca, Ecuador**

2024-04-04

### Resumen

Antecedentes: La adicción es una problemática a nivel mundial. Las causas de su consumo son diversas, que pueden ser: problemas familiares, conflictos interpersonales, enfermedades, etc; por lo que es importante estudiar la relación entre consumo de sustancias y la estructura y funcionalidad familiar. Objetivos: Describir la estructura y funcionalidad familiar de pacientes adictos atendidos en el Centro de reposo y adicciones (CRA) en la ciudad de Cuenca, 2023. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo. La recolección de datos se hizo mediante un formulario elaborado por las autoras para las variables sociodemográficas y el test de funcionamiento familiar FF-SIL, previa la obtención del consentimiento informado a pacientes y sus familiares. Las variables de estudio fueron: sexo, edad, residencia, estado civil, ocupación, características clínicas y funcionalidad y estructura familiar. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS v26 y se presentan en tablas. Resultados: La muestra estuvo conformada por 74% de sexo masculino (n=37), 72% urbano (n=36), 68% casados (n=34), 36% sin trabajo (n=18). 62% consume más de 2 años (n=31), 52% habían tenido una rehabilitación previa (n=26), 64% consumen 1 sustancia (n=32) y el 52% consumen alcohol (n=32). 36% son de estructura familiar monoparental (n=18), 46% son de familia moderadamente funcional (n=23), 14% son de familia disfuncional (n=7) y el 12% son de familia severamente disfuncional (n=6). Conclusiones: Se obtuvo que los pacientes con adicción presentaron en su mayoría disfunción familiar y una estructura familiar monoparental, siendo estos resultados similares a los estudios internacionales.

*Palabras clave del autor:* estructura familiar, dinámica familiar, adicción a sustancias



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

**Repositorio Institucional:** <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

### Abstract

**Background:** Addiction is a worldwide issue. The causes of substance abuse are diverse and can include family problems, interpersonal conflicts, illnesses, etc. Therefore, it is important to study the relationship between substance use and family structure and functionality. **Objectives:** To describe the family structure and functionality of addicted patients treated at the Center for Rest and Addiction (CRA) in the city of Cuenca, 2023. **Methods:** A descriptive study was conducted. Obtaining the informed consent from patients and their families; data collection was carried out using the Family Functioning Test (FF-SIL) and a form crafted by the authors for sociodemographic variables. The study variables included gender, age, residence, marital status, occupation, clinical characteristics, and family structure and functionality. Data were analyzed using the statistical program SPSS v26 and presented in tables. **Results:** The sample consisted of 74% males (n=37), 72% urban residents (n=36), 68% married (n=34), 36% unemployed (n=18). The 62% had been consuming for more than 2 years (n=31), 52% had previous rehabilitation experience (n=26), 64% consumed a single substance (n=32), and 52% consumed alcohol (n=32). 36% belonged to a single-parent family structure (n=18), 46% were moderately functional families (n=23), 14% were dysfunctional families (n=7), and 12% were severely dysfunctional families (n=6). **Conclusions:** It was found that addicted patients mostly presented family dysfunction and a single-parent family structure, findings consistent with previous international studies.

*Author Keywords:* family structure, family dynamics, substance addiction



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

**Institutional Repository:** <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

## Índice de contenido

<b>Resumen.....</b>	<b>2</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>3</b>
<b>Índice de tablas .....</b>	<b>7</b>
<b>Dedicatoria .....</b>	<b>8</b>
<b>Agradecimiento .....</b>	<b>9</b>
<b>Dedicatoria .....</b>	<b>10</b>
<b>Agradecimiento .....</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo I .....</b>	<b>12</b>
1.1.    Introducción .....	12
1.2.    Planteamiento del problema de investigación .....	14
1.3.    Justificación .....	16
<b>Capítulo II .....</b>	<b>18</b>
2.1    Fundamento teórico .....	18
2.1.1.    Adicción: definición y fisiopatología.....	18
2.1.2.    Clasificación de las drogas .....	19
2.1.3.    Epidemiología del consumo de drogas .....	20
2.1.4.    Diagnóstico y evaluación del consumo de sustancias .....	21
2.1.5.    Estructura y funcionalidad familiar .....	22
2.1.6.    Instrumentos para valorar la estructura y funcionalidad familiar .....	23
<b>Capítulo III .....</b>	<b>25</b>
3.1.    Objetivo general.....	25
3.2.    Objetivos específicos .....	25
<b>Capítulo IV .....</b>	<b>26</b>
4.1.    Tipo de estudio .....	26
4.2.    Área de estudio.....	26
4.3.    Universo y muestra .....	26
Universo: .....	26
Muestra:.....	26

4.4. Criterios de inclusión y exclusión .....	26
Criterios de inclusión.....	26
Criterios de exclusión.....	26
4.5. Variables.....	27
4.6. Operacionalización de las variables .....	27
4.7. Métodos, técnicas e instrumentos para recolección de datos.....	27
4.7.1 Método .....	27
4.7.2 Técnica.....	27
4.7.4 Procedimientos .....	28
4.8. Tabulación y análisis.....	28
4.9. Aspectos éticos.....	28
Consentimiento Informado ( <i>Anexo F</i> ).....	29
Balance Riesgo/Beneficio .....	29
<b>Capítulo V .....</b>	<b>30</b>
5.1. Resultados.....	30
<b>Capítulo VI.....</b>	<b>36</b>
6.1. Discusión.....	36
<b>Capítulo VII .....</b>	<b>40</b>
7.1. Conclusiones.....	40
7.2. Recomendaciones.....	41
<b>Referencias .....</b>	<b>42</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>47</b>
Anexo A. Operacionalización de las variables.....	47
Anexo B. Formularios para la recolección de datos. ....	50
Anexo C. Encuesta sobre variables sociodemográficas y clínicas (solo aplica en pacientes) para familiares y pacientes del CRA. ....	52
Anexo D. Evaluación del cuestionario FF-SIL .....	54
Anexo E. Cronograma de trabajo.....	57
Anexo F. Formulario de consentimiento informado. ....	58

Anexo G. Aprobación del Comité de ética.....	61
Anexo H. Aprobación del Consejo Directivo.....	63
Anexo I. Aprobación del CRA para la ejecución del estudio.....	65

## Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes y sus familiares. ....	30
Tabla 2. Características clínicas de los pacientes ingresados en el CRA. ....	32
Tabla 3. Estructura y Funcionalidad familiar de los pacientes ingresados en el CRA. ....	34

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo a mis padres, Marco y Gina, que siempre creyeron en mí, que han sido mi apoyo emocional brindándome ánimos y sabios consejos cuando más los necesitaba.

A mi hermano Elías, quien fue mi compañía junto a Kira en mis momentos de angustia y malas noches.

A mi tía Lucia, que siempre estuvo pendiente del progreso de este trabajo.

A mi amiga Karen, que ha estado presente en los momentos que más la necesitaba, aconsejarme y siendo siempre mi mejor amiga.

Finalmente, a mi familia y amigos que me han apoyado y animado a cumplir este sueño.

**Cristina Nieto P.**



## Agradecimiento

Agradezco a Dios por bendecirme y brindarme la sabiduría para culminar mi carrera universitaria, por ayudarme a enfrentar las dificultades que se me presentaron a lo largo de estos años, y por las personas buenas que puso en mi camino que me guiaron en mi sueño.

A mis padres Marco y Gina, por ser mi motivación y apoyo incondicional a lo largo de la carrera, por pensar siempre en mi bienestar y felicidad.

A mi hermano Elías, por su paciencia y compañía en mis etapas más estresantes.

A mi tía Lucia, por ser mi motivación para ser Médico, por su gran ejemplo de humanidad y solidaridad que demuestra con sus pacientes diariamente, además de creer siempre en mí y mis capacidades.

A mi compañera Daniela, por los sacrificios que hemos tenido que pasar juntas para llegar a la meta de finalizar nuestra carrera.

Agradezco de manera especial a mi alma mater Universidad de Cuenca, por los años de preparación académica que permitieron culminar mi carrera.

Al Doctor Ismael Morocho, por su apoyo como tutor, por su tiempo y conocimiento que nos guio y facilitó la conclusión de este trabajo de titulación de manera satisfactoria.

Finalmente, a mis amigas y compañeros que me acompañaron en todo este proceso y me ayudaron para seguir día a día en cada etapa de esta carrera.

**Cristina Nieto P.**

## Dedicatoria

A mis padres Fernanda y Pablo, los pilares fundamentales de mi vida, quienes me han formado con buenos valores y principios para ser la persona que soy ahora y me han dado la fuerza y la convicción para seguir adelante en los momentos más difíciles de la carrera.

A mi hermana Camila, mi ejemplo de superación en la vida que junto con mi sobrina Juli, alegran mis días.

A mis abuelos, todo esto es por y para ustedes.

A mis mejores amigas Cami, Cami y Belén, quienes han estado siempre para mí, a pesar de la distancia.

**Daniela Izquierdo E.**

## Agradecimiento

A Dios que me ha guiado y me ha dado la sabiduría y la fortaleza para continuar y cumplir mis sueños.

A mi familia por su comprensión y apoyo constante e incondicional a lo largo de mi carrera y por siempre creer en mí.

A mi compañera Cristina, por su paciencia, por los sacrificios que pasamos juntas para llegar hasta aquí.

A mi tutor, Doctor Ismael Morocho, por su tiempo y los conocimientos brindados, por saber guiarnos de la mejor manera para culminar con esta investigación.

A todas las personas, amigos y amigas de la Universidad y del Internado, que de alguna forma fueron parte de este proceso e hicieron el camino más llevadero.

**Daniela Izquierdo E.**

## Capítulo I

### 1.1. Introducción

La adicción o dependencia a sustancias lícitas e ilícitas se ha convertido en un problema de salud pública alrededor del mundo, considerándose como un trastorno neuropsiquiátrico en el cual se manifiesta un fuerte deseo de consumir continuamente este tipo de sustancias a pesar de las posibles consecuencias negativas que ejerce en el organismo (1). A pesar de que la adicción tiene múltiples causas, como la baja productividad, dificultades financieras, conflictos familiares, enfermedades e incluso la muerte, en general resulta en un alto costo emocional, físico y social tanto para la persona afectada como para sus familiares; según el manual DSM-5 los trastornos por consumo de sustancias se caracterizan principalmente por síntomas asociados con la incapacidad para reducir o manejar el consumo de drogas (2).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aquellos afectados por trastornos de consumo de sustancias experimentan estigmatización, se enfrentan al aislamiento social y corren el riesgo de una muerte prematura; por este motivo, la OPS tiene la intención de idear y ejecutar un proyecto dirigido a mejorar la capacidad de cada país para abordar los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas; es importante destacar que la pandemia de COVID-19 ha agravado los casos de trastornos por consumo de sustancias, debido a las dificultades económicas, familiares e interpersonales que surgieron como resultado de la propagación del COVID-19 (3).

La familia se describe como la unidad elemental de la sociedad, formada por subsistemas donde se comparten responsabilidades y cada individuo asume un rol que influye en la funcionalidad del entorno familiar; en los casos de que la funcionalidad familiar sea óptima, generalmente se tratan de familias que no enfrentan trastornos psicológicos significativos y tienen la capacidad de afrontar y resolver crisis familiares; esto se logra a través de la comunicación, que contribuye a forjar vínculos sólidos en la familia; sin embargo, no todas las familias alcanzan un nivel adecuado de funcionalidad, y a veces la estructura misma de la familia puede afectar esta dinámica, ya sea monoparental, nuclear, extendida o compuesta (4).

La disfunción familiar puede tener efectos adversos en los jóvenes, exponiéndolos a situaciones estresantes y traumáticas que, en algunos casos, pueden desencadenar el uso de sustancias como una vía de escape para evadir los problemas internos del hogar; sin embargo, esta adicción termina afectando no solo al que consume sino, además, a la familia en general (5).

Es imperativo instaurar programas que equilibren de manera positiva los factores de riesgo dentro de la familia y promuevan los factores protectores para reducir la probabilidad de consumo de drogas en la sociedad, a través de estos programas, de acceso gratuito en las instituciones educativas se logrará identificar a niños y adolescentes con mayor riesgo para el consumo de sustancias. Estas iniciativas han evidenciado una reducción significativa en el inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (6).

El propósito principal de estas estrategias es que los jóvenes perciban el consumo como una actividad sumamente peligrosa y comprendan el valor de la vida, lo que contribuirá a disminuir su interés por consumir drogas; no obstante, es esencial tener en cuenta el aspecto psicológico, ya que el consumo de drogas puede originarse por diversas causas, incluyendo relaciones familiares disfuncionales; por ello, abordar el entorno familiar y realizar terapias familiares puede reducir el riesgo de consumo de drogas dentro del núcleo familiar (7).

En Ecuador el consumo de drogas ha generado un impacto significativo en la sociedad, afectando la vida de las personas sin importar si son consumidores o no, su posición socioeconómica o pertenencia a diferentes grupos culturales (8). El Ecuador experimenta un elevado nivel de consumo y dependencia de drogas, y a pesar de recibir tratamientos adecuados, muchos pacientes sufren recaídas (9).

Varios factores obstaculizan la recuperación, siendo uno de los más significativos el entorno familiar disfuncional. La falta de respaldo familiar adecuado, la presencia continua de violencia doméstica, una comunicación escasa o inexistente, y otras dificultades en la dinámica y la función familiar, perpetúan conductas de alto riesgo en niños, adolescentes y adultos (10). Esto conduce a la consideración de que la disfuncionalidad y la estructura inadecuada de la familia son factores determinantes en el desarrollo de trastornos relacionados con el consumo y abuso de sustancias legales e ilegales, a veces llevando a la adicción hacia estas sustancias (11).

Por lo antes expuesto se tuvo como objetivo describir el tipo de estructura y funcionalidad familiar de los adictos atendidos en el Centro de Reposo y Adicción (CRA) de Cuenca-Ecuador, con el fin de demostrar como la familia influye en la adicción de los niños, jóvenes y adolescentes, como se ve afectado su calidad de vida y se perjudica su salud por presentar este tipo de problemas. Por este motivo, es necesario identificar, además que factores sociodemográficos se evidencian con mayor frecuencia con el fin de crear estrategias e

implementarlas enfocándose en erradicar estos factores de riesgo y disminuir el riesgo de adicción.

## 1.2. Planteamiento del problema de investigación

La adicción se define como un desorden marcado por un consumo repetitivo de sustancias que conlleva a una dependencia física, manifestada a través de la tolerancia y/o síntomas de abstinencia; en otras palabras, este trastorno se caracteriza por la pérdida de control sobre el consumo, la negación de la problemática asociada y la constante búsqueda de sustancias psicoactivas legales e ilegales, a pesar de los riesgos médicos, psicológicos, psiquiátricos y sociales que puedan surgir como consecuencia (12).

Las razones detrás de estos trastornos son diversas y abarcan problemas de salud, relaciones interpersonales, conflictos familiares, dificultades económicas, y disminución en la productividad, entre otros; en este contexto clínico, un aspecto crucial es la presencia de una estructura familiar inadecuada y una dinámica disfuncional que impacta negativamente en los miembros familiares, especialmente en niños y adolescentes; esta situación aumenta la probabilidad de que desarrollen conductas de riesgo, como el consumo de sustancias legales e ilegales, como una manera de escapar de los problemas que enfrentan en sus vidas; esto no solo afecta la funcionalidad individual de los pacientes, sino que también repercute en el funcionamiento adecuado de la sociedad (13).

El estudio descriptivo correlacional llevado a cabo por Mateo Y. y colaboradores, titulado "Funcionalidad y satisfacción familiar en el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes", tuvo como propósito investigar la conexión y el impacto que tiene el funcionamiento familiar en el consumo de alcohol y tabaco entre adolescentes de una escuela secundaria en una ciudad de México; los resultados revelaron una relación significativa y negativa entre el funcionamiento familiar y el consumo de estas sustancias, lo que significa que a medida que disminuye la funcionalidad familiar, aumenta el consumo de estas sustancias; en conclusión, se determinó que el adecuado funcionamiento familiar fortalece la confianza de los adolescentes en sus decisiones, mejorando su capacidad para identificar y evitar situaciones de riesgo social, lo que reduce la susceptibilidad al consumo de drogas (14).

En términos de esta cuestión en los registros epidemiológicos, el abuso de sustancias se percibe como un asunto de alcance mundial; de acuerdo con, la información documentada, aproximadamente el 5.6% de la población global entre los 15 y 64 años ha consumido drogas al menos una vez en el año 2016; además, se ha constatado que el consumo de drogas es

más prevalente entre los individuos más jóvenes en comparación con los de mayor edad, estadística aplicable a la mayoría de las sustancias estudiadas (15). Según las cifras estadísticas proporcionadas por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) en Ecuador, durante el año 2020, el país se posicionó en el tercer puesto en incautaciones de cocaína, lo que representó aproximadamente el 6.5% del total; mientras que, Colombia lideró en primer lugar con un 41%, seguido por Estados Unidos en segundo lugar con un 11% (16).

El uso de vapeadores se posicionó como una de las formas más habituales de consumo de sustancias entre adolescentes en el año 2019; del mismo modo, entre 2015 y 2017, el uso de vapeadores con nicotina se duplicó, mientras que el empleo de vapeadores con cannabis se triplicó; por otra parte, en cuanto al consumo de alcohol, el 9% de jóvenes de 12 a 17 años lo consumieron, incrementándose al 55.1% en adultos jóvenes de 18 a 25 años; respecto al consumo de cannabis y otras drogas legales e ilegales, como analgésicos, heroína, cocaína y opiáceos en el año 2019, se observó que 57.2 millones de adolescentes de 12 años habían consumido alguna droga ilícita; por lo tanto, este dato marcó un aumento significativo, pasando del 17.8% en 2015 al 20.8% en 2019 (17).

A nivel nacional, el uso de drogas es reconocido como una de las preocupaciones más significativas debido a los altos costos asociados con la salud. Se han llevado a cabo pocos estudios sobre este tema, y aún menos sobre cómo la dinámica y composición familiar influyen en la adicción a las drogas. La frecuencia de esta relación específica aún no se ha explorado en el Centro de reposo y adicciones (CRA) de la ciudad de Cuenca - Ecuador. Identificar los factores que perpetúan el consumo de drogas permitirá a los profesionales médicos mejorar las estrategias de tratamiento durante la rehabilitación, centrándose en los aspectos que tienen un mayor impacto y que pueden obstaculizar una recuperación exitosa, lo que aumenta el riesgo de recaídas. Por lo tanto, es esencial dirigir la atención no solo al paciente, sino también a su entorno familiar, ya que el respaldo familiar desempeña un papel fundamental en la reducción del riesgo de consumo de drogas. Estudios previos han demostrado que cuanto menor sea la funcionalidad y estructura familiar, mayores serán las probabilidades y el impacto perjudicial del consumo de drogas (18,11,19).

En Ecuador, la adquisición, utilización y abuso de drogas es más prevalente entre individuos jóvenes, específicamente entre adolescentes y adultos jóvenes, quienes exhiben un índice significativamente mayor de consumo. Además, aquellos que sufren de trastornos por adicción tienden a no ser conscientes de los impactos que esto genera en su salud ni de las posibles consecuencias a largo plazo en su bienestar. Dadas estas circunstancias, surge la

siguiente interrogante sobre la adicción ¿Cuál es la estructura y funcionalidad familiar de pacientes adictos atendidos en el Centro de reposo y adicciones (CRA) en la ciudad de Cuenca – Ecuador, 2023?

### 1.3. Justificación

En primer lugar, el presente trabajo investigativo se justifica por el aumento evidente en la incautación y consumo de drogas en Ecuador durante los últimos años, especialmente entre la población adolescente y adultos jóvenes. Esto ha generado un incremento notable en la cantidad de pacientes que requieren tratamiento en centros de rehabilitación, donde se ha identificado que el respaldo familiar representa uno de los pilares esenciales para la recuperación de estos individuos. Uno de los objetivos primordiales de este estudio es conocer las características sociodemográficas tanto de los pacientes como de sus familias, con el propósito de identificar el grupo más susceptible al desarrollo de adicciones en la sociedad contemporánea. De esta manera, se proporcionarán datos acerca de la frecuencia del tipo de estructura y funcionamiento familiar de los pacientes con adicciones atendidos en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA) durante el periodo 2023, permitiendo así analizar cómo estas particularidades inciden en la adicción.

Durante la realización del trabajo investigativo, se ha observado la carencia de investigaciones comparativas sobre la relación entre la estructura y funcionalidad familiar con el consumo de drogas en Ecuador. Habitualmente, los estudios se centran en otros aspectos relacionados con estos pacientes, lo que supone una limitación al comparar este estudio con otros a nivel nacional. En este contexto, se espera que la información recopilada resulte útil para futuras investigaciones, permitiendo así comprender el verdadero impacto de esta problemática en la sociedad. Además, se anticipa que los datos obtenidos beneficiarán al personal médico, a los estudiantes de la Universidad de Cuenca y a la comunidad en general, al ampliar los conocimientos en este ámbito. Esto posibilitará que los profesionales médicos puedan diseñar y aplicar nuevas estrategias o fortalecer el soporte psicológico, con el fin de mejorar la estructura y funcionalidad familiar, reduciendo así el riesgo de comportamientos perjudiciales, como el consumo de drogas, entre los miembros de las familias. Asimismo, se espera que la identificación de la estructura y funcionalidad familiar durante el proceso de rehabilitación contribuya a disminuir las recaídas en estos pacientes.

La falta de estabilidad en la estructura familiar y la presencia de disfuncionalidades se perfilan como factores prominentes que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la adicción tanto a sustancias legales como ilegales. Se observa un aumento progresivo en el número de



familias monoparentales o reconstruidas, lo que complica el panorama de las dinámicas familiares y los procesos relacionados. La información recolectada evidencia que cuanto más deficiente sea la relación familiar en términos de su estructura y funcionalidad, mayores serán los conflictos que surgen entre los miembros de la familia; a su vez, puede propiciar la aparición de adicciones a estas sustancias dañinas, generando un alto costo en la salud debido a las complicaciones tanto físicas como psicosociales que producen en los pacientes (20).

La problemática se incluye dentro del Área 11 de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública 2013-2017 correspondiente a salud mental y trastornos del comportamiento, línea de abuso de alcohol, tabaco y drogas y con su sublínea en el impacto psicosocial y en la atención integral y familiar, cuyo objetivo es la optimización de recursos para realizar investigación e impactar positivamente en la calidad de la misma, logrando de esta manera mejorar la eficiencia y coordinar los esfuerzos de todos los actores del sistema de salud para lograr los objetivos del Buen Vivir (21).

Los principales beneficiarios de esta investigación son los profesionales del ámbito de la salud, ya que se prevé que el conocimiento ampliado sobre esta problemática les permitirá identificar de manera más precisa los grupos más susceptibles a sufrir trastornos por consumo de drogas. La información recopilada se espera que contribuya a mejorar o diseñar estrategias más efectivas durante los tratamientos de rehabilitación, lo que a su vez podría reducir tanto el riesgo de consumo de drogas como las posibles recaídas. Asimismo, la sociedad en su conjunto se verá beneficiada a largo plazo debido a la intervención directa en las dinámicas familiares. Al trabajar con las familias para mejorar sus relaciones y su funcionalidad, se anticipa una mejora en la calidad de vida de los pacientes y una disminución en el impacto de la adicción en su entorno social.

## Capítulo II

### 2.1 Fundamento teórico

#### 2.1.1. Adicción: definición y fisiopatología

La adicción se caracteriza por la incapacidad de controlar el consumo de drogas. En su fase inicial, las motivaciones para el consumo pueden incluir la búsqueda de placer, la alteración del estado personal, la influencia de presiones sociales, el deseo de mejorar el rendimiento o la automedicación, entre otros factores (22). La adicción a las sustancias, también conocida como trastorno de adicción a las drogas, es una condición neuropsiquiátrica persistente en la que existe un impulso compulsivo y una búsqueda constante por consumir la droga, a pesar de las repercusiones adversas que pueda acarrear (23). Este comportamiento a largo plazo desencadena una serie de efectos fisiológicos y emocionales negativos, como ansiedad y una pérdida progresiva de control, que perpetúan el consumo continuo de drogas como una manera de aliviar temporalmente dichos efectos; por esta razón, este proceso se ve considerablemente influenciado por factores genéticos individuales, además del entorno psicológico y social en el que tiene lugar el consumo de drogas; por ende, los patrones adictivos reflejan una transición gradual desde un refuerzo positivo inicial (impulsividad) hacia un refuerzo negativo más pronunciado (compulsividad) (24).

La adicción a las drogas abarca el consumo de distintas sustancias, incluyendo tabaco, alcohol y tanto drogas legales como ilegales como los analgésicos, opioides, cocaína, heroína, cannabis, entre otras; según el estudio "Global Burden of Disease", las drogas son responsables de un total de 11.8 millones de fallecimientos, tanto directa como indirectamente, cifra que supera el número de muertes por cáncer y constituye aproximadamente una quinta parte de todos los fallecimientos a nivel mundial (25). Las repercusiones en la salud derivadas del consumo de sustancias son de gravedad, especialmente debido al aumento en la disponibilidad de opiáceos sintéticos en el mercado de drogas ilegales; por otra parte, la cruda realidad es que los riesgos asociados con el consumo de sustancias están en constante aumento y en muchos casos no se les brinda la atención necesaria. Uno de los momentos más críticos en cuanto al consumo de drogas fue durante la pandemia de coronavirus 2019 (COVID-19), la cual planteó desafíos significativos que impactaron el sistema de atención médica y pusieron al descubierto vulnerabilidades que incrementaron el riesgo de consumo de estas sustancias (17).

Los circuitos neurobiológicos y los procesos que generan la búsqueda compulsiva y el consumo adictivo de drogas conllevan aún aspectos parcialmente comprendidos. Se han identificado varios procesos cognitivos que sufren impactos significativos en los individuos

que consumen drogas, entre ellos se encuentran la atención selectiva, la memoria episódica, funciones como la memoria de trabajo, la inhibición, el cambio y la toma de decisiones. Estos cambios se deben a alteraciones progresivas a nivel cerebral que incluyen adaptaciones moleculares y celulares producidas durante la exposición a sustancias adictivas. Estas adaptaciones abarcan la plasticidad neuronal y sináptica, así como modificaciones en la expresión genética, en parte, a través de mecanismos epigenéticos. La mayoría de las modificaciones identificadas como parte integral de un estado de adicción (como la modificación de la transcripción génica, la epigenética, la plasticidad neuronal y los mecanismos neurotróficos) también están vinculadas con aspectos fisiológicos de la memoria conductual (26).

Es conocido que solo una proporción de individuos, dependiendo del tipo de droga, desarrollará adicción tras múltiples exposiciones. Esta susceptibilidad individual probablemente esté influenciada por una combinación de factores genéticos y ambientales. La adicción a las drogas se considera altamente poligénica, ya que cientos de variaciones genéticas combinadas contribuyen a una vulnerabilidad que puede variar de un individuo a otro. Diversos tipos de factores ambientales han sido identificados y interactúan con los antecedentes genéticos específicos de cada persona. El estrés psicosocial, por ejemplo, es uno de esos factores, ya que incrementa la vulnerabilidad individual hacia otras drogas de abuso (25).

### **2.1.2. Clasificación de las drogas**

Existen diversas formas de categorizar las sustancias psicoactivas en función de sus propiedades y efectos. Una de las formas más comunes de clasificación divide estas sustancias en dos grupos principales: las drogas legales y las drogas ilegales. Las drogas legales comprenden aquellas autorizadas por las normativas legales y pueden ser recetadas por profesionales médicos, como fármacos controlados, así como el alcohol y el tabaco. Por el contrario, las drogas ilegales abarcan sustancias cuya tenencia, distribución o consumo están vedados por la ley, incluyendo la marihuana, la cocaína o la heroína (27).

Dentro de estas clasificaciones, se encuentran una gran variedad de sustancias con efectos y características particulares. Por ejemplo, las drogas estimulantes, tales como la cocaína y las anfetaminas, tienen la capacidad de incrementar la alerta y energía en quienes las consumen mediante la liberación en el sistema nervioso central de dopamina y norepinefrina (28). Por otro lado, las drogas depresoras, como los opioides y los sedantes, disminuyen la actividad cerebral y pueden inducir somnolencia en quienes las ingieren. Asimismo, las

drogas alucinógenas, como el LSD y los hongos psilocibios, alteran la percepción y la conciencia de quienes las experimentan. Es importante también mencionar que existen fármacos diseñados para el tratamiento de condiciones médicas específicas, como los analgésicos para controlar el dolor o los antidepresivos destinados a tratar trastornos del ánimo (29).

El alcohol puede generar dependencia debido a varios factores, como su capacidad para producir sensaciones placenteras, la tolerancia desarrollada con el tiempo, la dependencia física y psicológica, y la incapacidad de controlar el consumo. Además de sus propiedades adictivas, el alcohol tiene efectos perjudiciales en el organismo. Afecta al sistema nervioso central, ocasionando cambios en la coordinación, el habla y la percepción (30). También influye en el hígado, donde se metaboliza, pudiendo causar daño hepático a largo plazo, incluyendo la cirrosis. El alcohol puede perturbar el funcionamiento del corazón, aumentando el riesgo de enfermedades cardiovasculares. El consumo prolongado y excesivo de alcohol puede tener impactos significativos en la salud mental y emocional, propiciando la dependencia, así como trastornos de ansiedad y depresión. Adicionalmente, puede afectar la capacidad del cuerpo para absorber nutrientes y debilitar el sistema inmunológico, incrementando la vulnerabilidad a enfermedades (31).

### **2.1.3. Epidemiología del consumo de drogas**

Según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en Latinoamérica y el Caribe, al menos 4.4 millones de hombres y 1.2 millones de mujeres sufren trastornos físicos y mentales como resultado del consumo de drogas. El uso prolongado de estas sustancias conlleva a desarrollar dependencia, la cual se caracteriza por una imperiosa necesidad de consumir de manera irracional y la incapacidad de controlar este consumo. Este comportamiento adictivo se manifiesta sin considerar las consecuencias que pueda tener en la salud o en áreas fundamentales de la vida personal, familiar, académica o laboral (32).

Alrededor del mundo, aproximadamente 275 millones de individuos se vieron involucrados en el consumo de drogas en el año 2021, y más de 36 millones experimentaron algún tipo de trastorno derivado de este consumo. En relación con los cambios demográficos, se estima un aumento del 11% en el número de personas consumidoras para el año 2030 (33). Es más común que se dé el consumo de drogas durante la adolescencia y los primeros años de la adultez temprana. Aproximadamente el 70% de los estudiantes que se encuentran en el último año de la secundaria han probado alcohol, alrededor del 50% ha experimentado con

alguna droga ilegal, casi el 40% ha fumado tabaco y más del 20% ha hecho uso indebido de medicamentos recetados con propósitos no médicos (34).

Se ha observado que la exposición de los adolescentes al tabaco o a la nicotina puede ser un factor que conduzca al posterior abuso de otras sustancias. Fumar se reconoce como la causa principal de muerte prevenible en todo el mundo. Según un estudio realizado en 2015, se evidenció que un 38.8% de los adolescentes comienzan a experimentar con la nicotina antes que con el alcohol y/o la marihuana. En contraste, un 21.3% inicia el consumo de alcohol antes que el de nicotina y/o marihuana, y un 8.6% empieza a consumir marihuana antes que la nicotina y/o el alcohol (35).

#### **2.1.4. Diagnóstico y evaluación del consumo de sustancias**

Para realizar el diagnóstico y la evaluación de los trastornos de adicción, se emplean universalmente los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su 10ma edición (CIE-10) o del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su 5ta edición (DSM-5); estas clasificaciones reconocen una variedad de sustancias comúnmente asociadas con trastornos de adicción, entre las que se incluyen el alcohol, tabaco, cafeína, cannabis, alucinógenos, opioides, sedantes hipnóticos y ansiolíticos, cocaína y otras sustancias (1). Uno de los trastornos más prominentes relacionados con el consumo de sustancias es el trastorno por consumo de alcohol, el cual se define mediante criterios operativos que señalan un patrón continuo de consumo de alcohol a pesar de los efectos adversos que pueda generar a nivel psicológico, biológico, conductual y social. Para clasificar el consumo de alcohol en este diagnóstico, es necesario satisfacer un número mínimo de estos criterios durante un período de al menos 12 meses, y la gravedad del trastorno se evalúa en función de la cantidad de criterios cumplidos (36).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su 5ta edición (DSM-5) clasifica los criterios diagnósticos del abuso y la dependencia a sustancias según una escala de gravedad, que abarca desde adicción leve hasta moderada y grave, basándose en el número de síntomas presentados, evaluados sobre un total de 10. Esta última versión descarta los criterios de problemas legales debido a su infrecuencia y limitada capacidad para distinguirlo, y agrega uno nuevo: la sensación de ansia. En contraste, el sistema Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su 11ª edición (CIE-11) mantiene la dependencia de sustancias como criterio diagnóstico principal, similar a la disposición previa en el CIE-10 (37).

### 2.1.5. Estructura y funcionalidad familiar

La salud mental es un recurso invaluable que contribuye significativamente al crecimiento personal y al correcto desenvolvimiento en la sociedad. En la actualidad, los trastornos y dificultades relacionadas con la salud mental representan un desafío considerable en el ámbito de la salud pública (38). La estructura y funcionalidad familiar se reconocen como factores cruciales en el surgimiento de comportamientos problemáticos en niños y adolescentes, como el uso de drogas o sustancias adictivas, los cuales pueden persistir en la adultez. El consumo y abuso de sustancias se han transformado en un dilema global que desencadena tensiones internas dentro del entorno familiar, provocando inestabilidad y graves conflictos en el seno familiar, los cuales progresivamente desarticulan la estructura y funcionalidad de este núcleo (39).

El adecuado funcionamiento de una familia se basa en la asunción de roles definidos, una comunicación efectiva, la existencia de una estructura definida, interacciones entre los subsistemas familiares y la implementación de reglas y normas que regulen su dinámica interna (40). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se reconoce a la familia como la unidad básica para la estructura social, posibilitando la implementación de medidas preventivas y terapéuticas. Asimismo, se destaca su rol en proporcionar un contexto social favorable que favorece el crecimiento personal y el cumplimiento de potencialidades individuales (41). Existen diversas estructuras familiares, que abarcan desde la familia nuclear (compuesta por padres e hijos), familias formadas por parejas sin hijos, las familias extensas (integradas por parientes más allá de padres e hijos, como abuelos o tíos), uniones de hecho o no matrimoniales, familias reconstituidas o combinadas, familias con padres del mismo sexo, hogares monoparentales, familias que recurren a métodos de reproducción asistida, familias multigeneracionales, aquellas que adoptan a sus miembros y familia unipersonal, cuando es una persona que vive sola (40) (42).

El funcionamiento de la familia es la capacidad que tiene una familia de interaccionar en forma armónica entre los miembros que lo conforman, donde la comunicación es esencial, el respeto de las diferencias entre sus integrantes y buscar la resolución de los problemas de manera adecuada. La funcionalidad familiar implica principalmente la capacidad que presentan para afrontar y adaptarse a los cambios normativos o esperables en relación con el ciclo vital de cada integrante de la familia, y a los no normativos, es decir, aquellos que ocurren de manera inesperada. Esta capacidad se fundamenta en la estructura familiar, su flexibilidad, componentes emocionales, cognitivos, de control y de relaciones externas que presenta cada

familia (11). Una familia disfuncional es aquella que presenta patrones de conducta perjudiciales, falta de comunicación adecuada, relaciones interpersonales complicadas, y situaciones problemáticas como abuso emocional, físico o negligencia. En este contexto familiar, las dinámicas son poco saludables y pueden impactar negativamente en el crecimiento y bienestar de los individuos involucrados (43).

#### **2.1.6. Instrumentos para valorar la estructura y funcionalidad familiar**

Los instrumentos de atención integral a la familia proporcionan representaciones visuales y esquemáticas que ofrecen una comprensión global de la dinámica familiar y sus relaciones. Estos recursos permiten desarrollar una perspectiva integral sobre las interacciones presentes, así como identificar los puntos fuertes y áreas de debilidad dentro de la familia. Son elementos esenciales para el diagnóstico y análisis de la estructura y funcionamiento familiar. La influencia del funcionamiento familiar en el consumo y la adicción a las drogas motiva la utilización de pruebas específicas para identificar la correlación entre ambos. Se empleará una prueba validada que puede ser aplicada en entornos de atención primaria para explorar esta relación con mayor precisión (44):

##### **Test FF-SIL**

La FF-SIL o prueba del funcionamiento familiar es una prueba diseñada por Pérez, de la Cuesta, Louro y Bayarre en 1997, quienes quisieron confeccionar un instrumento que fuese capaz de diagnosticar el funcionamiento familiar; luego de una revisión exhaustiva, obtuvieron las diferentes categorías: cohesión, armonía, afectividad, comunicación, roles, permeabilidad y adaptabilidad, a partir de esto se elaboró un primer instrumento que fue revisado por 30 expertos, con el fin de discriminar si existía diferenciación clara entre las categorías, cuando se terminó de realizar el instrumento, se dictaron las normas para su calificación; posteriormente para su validez se valoraron tres aspectos: el contenido, criterio y construcción, el estudio de la confiabilidad se realizó a través del cálculo del coeficiente de confiabilidad de que se obtuvo un valor de 0,94, lo que resulta que el test es confiable con relación al tiempo y, el análisis de la consistencia interna arrojó un coeficiente de 0,88, que demuestra que el test tiene una alta correlación entre ítems (45).

Posteriormente este test fue validado por Isabel Louro Bernal, Patricia Arés Muzio y Silvia Martínez Calvo en 2004, obteniéndose un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.859 para los 14 elementos lo que demuestra que tiene una excelente consistencia interna para la estructura unifactorial (46), por lo cual, nosotros decidimos utilizar esta versión para nuestra tesis. Esta

prueba permite medir cuantitativa y cualitativamente la funcionalidad familiar, mediante diferentes variables:

- Cohesión (ítem 1 y 8)
- Armonía (ítem 2 y 3)
- Afectividad (ítem 4 y 14)
- Comunicación (ítem 5 y 11)
- Roles (ítem 3 y 9)
- Permeabilidad (ítem 7 y 12)
- Adaptabilidad (ítem 6 y 10).

Esta prueba está constituida por 14 ítems, con un valor por pregunta entre 1 a 5 puntos (casi nunca o nunca: 1 punto, pocas veces: 2 puntos, a veces: 3 puntos, muchas veces: 4 puntos y casi siempre: 5 puntos). De acuerdo con los resultados se obtienen 4 categorías: funcional (70 – 57 puntos), moderadamente funcional (56 – 43 puntos), disfuncional (42 – 28 puntos) y severamente disfuncional (27 – 14 puntos) (47) (48).



## Capítulo III

### 3.1. Objetivo general

Describir la estructura y funcionalidad familiar de pacientes adictos atendidos en el Centro de reposo y adicciones (CRA) en la ciudad de Cuenca, 2023.

### 3.2. Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.
- Determinar las características sociodemográficas de la familia de los pacientes.
- Identificar el tipo de estructura y la funcionalidad de las familias de los pacientes y sus adicciones.

## Capítulo IV

### 4.1. Tipo de estudio

El estudio es de tipo descriptivo y transversal.

### 4.2. Área de estudio

El estudio será realizado con la información obtenido de los familiares y pacientes del Centro de Reposo y Adicciones (CRA) ubicado en Ecuador, provincia Azuay, cantón Cuenca, en Nicanor Corral 1-83 entre Av. 10 de agosto y pasaje el Paraíso.

### 4.3. Universo y muestra

#### Universo:

El Universo constará de todos los pacientes ingresados en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), en el periodo de septiembre a diciembre de 2023, con un total de 50 pacientes del área de hospitalización.

#### Muestra:

La muestra estuvo conformada por 50 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

### 4.4. Criterios de inclusión y exclusión

#### Criterios de inclusión

- Pacientes que estuvieron internados mínimo 1 semana y que firmaron el consentimiento informado aceptando que serán partícipes del estudio realizado.
- Pacientes del sexo femenino y masculino.
- Pacientes mayores de edad que se encontraban hospitalizados en el área de adicciones en el CRA durante el periodo de estudio.
- Pacientes que fueron atendidos entre los meses de septiembre a diciembre del 2023.

#### Criterios de exclusión

- Pacientes que no se encuentren en las capacidades mentales para responder las preguntas.

## 4.5. Variables

- 1) Sexo
- 2) Edad
- 3) Residencia
- 4) Estado civil
- 5) Ocupación
- 6) Características clínicas
- 7) Tipo de funcionalidad y estructura familiar

## 4.6. Operacionalización de las variables

Ver en el cuadro del *Anexo A*.

## 4.7. Métodos, técnicas e instrumentos para recolección de datos

### 4.7.1 Método

El método implementado fue el observacional, es una técnica de estudio que consiste en la recolección de información mediante la observación directa y meticulosa de eventos, conductas o fenómenos sin intervenir en ellos. Este enfoque se centra en registrar y analizar lo que se puede ver o percibir sin realizar alteraciones deliberadas en el contexto bajo investigación.

### 4.7.2 Técnica

Se realizó entrevista directa para recolectar los datos, además del uso de bibliografía con información de la misma temática del trabajo investigativo.

### 4.7.3 Instrumentos

La recolección de datos se realizó mediante el uso de un cuestionario de forma impresa. Se acudió al CRA y se realizó la entrevista a los pacientes. Posteriormente, se organizó la información y se realizó su tabulación en el programa Microsoft Excel. El análisis de los datos se llevó a cabo en el programa SPSS en su versión 28.

Para la obtención de la información del presente estudio investigativo se implementó el Cuestionario validado titulado FF-SIL, que permitió conocer la funcionalidad de las familias. El FF-SIL es una escala creada en Cuba por Ortega, De la Cuesta y Días y, validado en Chile por Ramón Florenzano. Consta de 14 preguntas, con un valor mínimo de 14 en el puntaje total y un valor máximo de 70 puntos (49) (*Anexo B*). Adicionalmente, se realizó una encuesta

formulada por las autoras para obtener los datos sociodemográficos de los pacientes del CRA y de sus familiares (*Anexo C*).

#### 4.7.4 Procedimientos

- Para la recolección de datos de esta investigación se solicitó autorización al Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Universidad de Cuenca.
- **Capacitación:** Las autoras realizarán una extensa revisión bibliográfica del tema de investigación, especialmente de artículos científicos y repositorios académicos como Pub Med o Elsevier. De igual manera, este estudio fue guiado y retroalimentado por el Dr. Manuel Ismael Morocho Malla especialista en el área de psiquiatría, experto en el tema.
- **Supervisión:** el trabajo investigativo contó con el apoyo y supervisión del Dr. Manuel Ismael Morocho Malla, docente de la cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y director de la presente tesis.
- **Proceso:** el avance de la tesis se fue realizando mediante el cronograma planteado.

#### 4.8. Tabulación y análisis

Los datos tabulados en Microsoft Excel fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS en su versión 28 con licencia educativa. Las variables cualitativas serán presentadas como recuentos (frecuencias absolutas) y porcentajes (frecuencias relativas), mientras las cuantitativas serán evaluadas a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución de los datos: las que tengan distribución normal fueron expuestas en medias y desviación estándar mientras que las no normales en medianas y rangos Intercuartiles.

#### 4.9. Aspectos éticos

Para llevar a cabo este estudio, se aplicaron los principios establecidos en la Declaración de Helsinki. Se solicitará a los participantes su consentimiento informado antes de su participación, lo que les permitirá contribuir con los datos necesarios para el estudio. Estos datos serán almacenados en las computadoras de los participantes durante el período de investigación y, posteriormente, fueron eliminados de los mismos. Además, se preservó la confidencialidad de la identidad de los pacientes, ya que no se requirió sus nombres o números de identificación personal en los formularios, sino que se les identificara mediante códigos numéricos arábigos.

**Consentimiento Informado (*Anexo F*)**

Debido al enfoque de la investigación, se requirió el consentimiento informado de los participantes, el cual está detallado en el *Anexo F*. Se llevó a cabo conversaciones con los pacientes en un entorno menos concurrido, asegurando así un ambiente más cómodo y privado para facilitar la comprensión del propósito del estudio. Las cláusulas del consentimiento se leerán las veces necesarias para garantizar su comprensión. Se les informó que, cualquier duda sería atendida y se respondió a todas las preguntas que presentaron. Además, se enfatizó que tenían la libertad de abandonar el estudio en cualquier momento después de haber firmado el consentimiento, asegurando que su privacidad no sea comprometida en caso de retirarse.

De acuerdo con la gestión del CRA por motivos de que los pacientes se encontraban hospitalizados, no se pudo realizar la entrevista con los familiares, sin embargo, por las políticas del CRA, se encargaron de la aprobación y, otorgaron el permiso para la participación de todos los pacientes.

**Balance Riesgo/Beneficio**

El desarrollo de este estudio investigativo no conlleva riesgos, ya que se recopilará información a través de entrevistas con preguntas que no representan ninguna preocupación o amenaza para los participantes. Se garantizará el anonimato utilizando identificaciones numéricas en lugar de nombres o números de identificación personal. Los beneficios potenciales de este estudio incluyen la identificación de la influencia de la estructura y funcionalidad familiar en el desarrollo de la adicción a diversas sustancias legales e ilegales. Esto permitirá un enfoque más específico en los factores que tienen un mayor impacto durante el tratamiento, buscando abordarlos de manera más precisa.

Los familiares de los pacientes no recibirán un beneficio directo inmediato; sin embargo, al comprender cómo la dinámica familiar puede influir en posibles recaídas futuras del paciente, se podrá mejorar el respaldo y la participación familiar durante y después de la rehabilitación. Este enfoque permitirá prevenir recaídas posteriores de manera más efectiva, además de reducir la probabilidad de que otros miembros de la familia se vean afectados y desarrollen una adicción a sustancias.

Las autoras declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés.

## Capítulo V

### 5.1. Resultados

En el presente estudio participaron 50 pacientes internados en el CRA ubicado en la ciudad de Cuenca. A continuación, se describen los resultados mediante tablas y se realiza su respectivo análisis.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes y sus familiares.

Variable	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
<b>Género del paciente</b>		
Femenino	13	26%
Masculino	37	74%
<b>Edad del paciente***</b>		
18-28	25	50%
29-39	14	28%
40-50	4	8%
51-61	5	10%
62-69	2	4%
<b>Residencia actual</b>		
Rural	14	28%
Urbana	36	72%
<b>Estado civil del paciente</b>		
Soltero/a	34	68%
Casado/a	5	10%
Unión libre	7	14%
Divorciado/a	4	8%
<b>Actividad actual del paciente</b>		
No trabaja	18	36%
Trabajo sin contrato	13	26%
Trabajo a medio tiempo	4	8%
Trabajo a tiempo completo	15	30%

\*\*\*Media: 31,3 años; Desviación estándar  $\pm$  13 años

Fuente: entrevista con los pacientes del CRA, realizado por las autoras.

En la *Tabla 1* se detallan las características sociodemográficas de la muestra (n= 50), junto con los resultados obtenidos en el análisis. Se llevó a cabo una evaluación de la normalidad de los datos de edad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, revelando que no seguían una distribución normal ( $p < 0,05$ ). Como resultado, se procedió a calcular la media y

desviación estándar. Se dividió la edad en grupos etarios donde la edad más frecuente comprendió entre los 18 – 28 años correspondiendo al 50%, su frecuencia disminuyó mientras más edad presentaban los pacientes. La media que se obtuvo fue de 31 año con una desviación estándar de  $\pm 13$  años.

En cuanto al género de los pacientes, la gran mayoría se identificaba como masculino, representando un 74% (n= 37), mientras que solo un 26% (n= 13) eran del género femenino. Estos datos indican una notable prevalencia de la afección en hombres. Este fenómeno puede atribuirse a la influencia significativa de las expectativas sociales sobre los roles y responsabilidades de género, lo que condiciona en mayor medida a los hombres y a lo que se espera de ellos en el contexto familiar.

El estado civil de los pacientes en la mayoría fue la soltería, representando un 68% (n= 34) del total, seguido por aquellos en unión libre con un 14% (n=7), los casados con un 10% (n=5) y los divorciados con un 8% (n= 4). Se observa que el consumo de drogas puede influir negativamente en las relaciones sociales, lo que suele resultar en la dificultad para mantener relaciones duraderas. Las adicciones suelen afectar las relaciones existentes y, en casos en los que existen vínculos familiares, pueden desencadenar la ruptura o el divorcio debido al impacto en las relaciones familiares.

Por último, en relación con la actividad laboral de los pacientes, se observa que la mayoría no se encuentran empleados, representando un 38% (n= 18) del total. A continuación, se evidencia que un 30% (n= 15) tienen empleo a tiempo completo, un 26% (n= 13) trabajan sin contrato y un 8% (n= 4) laboran a medio tiempo. Además de los impactos familiares y sociales, se aprecia que la adicción ejerce una influencia significativa en el ámbito profesional. Esto se refleja en una disminución del rendimiento laboral, deserciones laborales debido a incumplimientos y despidos relacionados con el consumo de sustancias. Por consiguiente, la mayoría de los pacientes se encuentran desempleados, y aquellos que mantienen un empleo tienen una probabilidad mayor de enfrentar la pérdida de empleo como consecuencia de su adicción.

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes ingresados en el CRA.

Variable	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
<b>Tiempo de consumo de drogas</b>		
< 1 año	9	18%
1 – 2 años	10	20%
> 2 años	31	62%
<b>Edad de inicio del consumo de drogas***</b>		
9 – 20	40	80%
21 – 31	8	16%
32 – 44	2	4%
<b>Rehabilitación previa</b>		
Sí	26	52%
No	24	48%
<b>Cantidad de drogas que consume</b>		
1 sustancia	32	64%
2 sustancias	10	20%
3 o más sustancias	8	16%
<b>Sustancia que consumen con mayor frecuencia</b>		
Alcohol	26	52%
Marihuana	14	28%
Cocaína	9	18%
Otras	1	2%

\*\*\*Media: 18,3 años; Desviación estándar  $\pm$  6,2 años

Fuente: entrevista con los pacientes del CRA, realizado por las autoras.

En lo referente a las características clínicas de los pacientes en la *Tabla 2*, se evaluaron las variables vinculadas con el consumo de sustancias. Al analizar la edad de inicio del consumo, se llevó a cabo una prueba de normalidad mediante Kolmogorov-Smirnov que arrojó un valor de  $p < 0,05$ , indicando que los datos no siguen una distribución normal. En consecuencia, se analizó utilizando la media y desviación estándar. De la misma forma se dividió en grupos la edad de inicio de consumo; el grupo etario más frecuente fue entre los 9 – 20 años correspondiendo al 80%, así mismo el inicio del consumo disminuía mientras mayor sea el paciente; obteniéndose una edad media del inicio del consumo a los 18 años con una desviación estándar de  $\pm$  6 años. Estos resultados revelan que la mayoría de los pacientes iniciaron el consumo de drogas a una edad temprana, incluso antes de alcanzar la mayoría de edad. Esto sugiere la necesidad de una intervención más amplia desde las instituciones



educativas, tales como escuelas y colegios, con el fin de reducir el riesgo del inicio temprano en el consumo de drogas.

Se evaluó con respecto a la adicción, el periodo de consumo, revelando que la mayoría de los pacientes han estado consumiendo durante un período superior a 2 años, abarcando un 62% (n= 31) del total. A continuación, se observó que un 20% (n= 10) de los pacientes han consumido durante un periodo entre 1 y 2 años, mientras que un porcentaje menor, representando 18% (n= 9), han estado consumiendo durante menos de 1 año. Estos hallazgos evidencian que muchos pacientes han estado inmersos en un estado de adicción prolongado, lo cual puede tener impactos significativos tanto en su salud como en sus relaciones familiares, sociales y laborales.

Dentro de este grupo de pacientes, el 52% (n= 26) ha recibido tratamientos de rehabilitación previamente, mientras que el 48% (n= 24) se somete por primera vez a un programa de rehabilitación. Estos resultados sugieren la existencia de deficiencias en los tratamientos aplicados a estos pacientes, ya que, a pesar de recibir intervenciones terapéuticas anteriores, han experimentado recaídas que han requerido múltiples intentos de rehabilitación. Esto indica la necesidad de una evaluación más exhaustiva del entorno del paciente para garantizar una rehabilitación integral y prevenir recaídas.

En cuanto a la cantidad de sustancias consumidas por los pacientes, se observa que un 64% (n= 32) consume únicamente una sustancia, mientras que un 20% (n= 10) consume dos y un 16% (n= 8) consume tres o más. A pesar de que la mayoría se limita a una sola sustancia, la exposición a múltiples drogas es considerable, lo que aumenta las complicaciones durante la rehabilitación y aumenta el riesgo de contraer enfermedades oportunistas, algunas de las cuales pueden ser graves y resultar fatales para el paciente.

Por último, se identificaron las sustancias más consumidas por los pacientes, siendo el alcohol la más común, con un 52% (n= 26), seguido de la marihuana con un 28% (n= 14), la cocaína con un 18% (n= 9) y otras como la metanfetamina con un 2% (n= 1). El consumo de alcohol prevalece no solo entre estos pacientes, sino también a nivel internacional, debido a su fácil accesibilidad al ser una sustancia de venta libre. Esta accesibilidad genera dependencia y provoca problemas en el hogar, la sociedad y el ámbito laboral. Además, su impacto en la salud puede resultar en lesiones hepáticas graves, como la cirrosis, con una alta tasa de mortalidad. Respecto a las otras drogas, su menor consumo se debe a la dificultad de acceso; sin embargo, cabe recalcar que los datos presentados en la *Tabla 2* representan las sustancias más frecuentes usadas por los pacientes, aunque muchos de ellos consumen más de dos sustancias.

Tabla 3. Estructura y Funcionalidad familiar de los pacientes ingresados en el CRA.

Variable	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
<b>Tipo de estructura familiar</b>		
Nuclear	7	14%
Extendida	5	10%
Monoparental	18	36%
Multigeneracional	14	28%
Unipersonal	6	12%
<b>Funcionalidad familiar de acuerdo con el FF-SIL</b>		
Familia funcional	14	28%
Familia moderadamente funcional	23	46%
Familia disfuncional	7	14%
Familia severamente disfuncional	6	12%

Fuente: entrevista con los pacientes del CRA, realizado por las autoras.

En relación con la *Tabla 3*, se llevó a cabo un análisis que inicialmente abordó el tipo de estructura familiar a través de las respuestas proporcionadas por los pacientes. Estos individuos indicaron los miembros de sus familias con los que convivían, y se categorizó la estructura familiar de acuerdo con dichas respuestas. Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes formaban parte de familias monoparentales, predominantemente conformadas por madres y hermanos, representando el 36% (n=18) del total. En una menor proporción, se identificaron familias monoparentales con padres y hermanos.

El segundo tipo de estructura familiar más común fue la multigeneracional, caracterizada por la presencia de diferentes miembros de la familia pertenecientes a diversas generaciones. Esta estructura no se limita a padres, hermanos y abuelos, sino que se caracteriza por la presencia de uno o dos de estos miembros e incluir otros parientes como sobrinos, primos, tíos, entre otros, representando el 28% (n=14) de los casos.

A continuación, se observaron las familias nucleares, compuestas por padre, madre e hijos, que conformaron el 14% (n=7) de los casos. En menor medida, se encontraron estructuras familiares unipersonales, donde el paciente vive solo, representando el 12% (n=6) del total. Por último, se identificaron las familias extendidas, las cuales son estructuras nucleares que incluyen otros miembros como abuelos, sobrinos, tíos, entre otros, correspondiendo al 14% (n=7) de las familias analizadas. Este último tipo de estructura familiar se diferencia del multigeneracional debido a que sí hay la presencia de ambos padres y hermanos, en cambio el multigeneracional, solo puede haber un padre o solo hermanos, además del resto de generaciones.

Estos resultados proporcionan un panorama diverso de las estructuras familiares presentes entre los pacientes, con una tendencia significativa hacia las familias monoparentales y multigeneracionales, lo que sugiere una amplia gama de dinámicas familiares que pueden influir en el proceso de tratamiento y rehabilitación de los pacientes con adicciones.

En relación con el análisis de la funcionalidad familiar, se empleó el cuestionario FF-SIL que consta de 14 variables. A través de la suma de estas variables se obtuvieron los resultados para categorizar la funcionalidad de las familias de los pacientes ingresados en el Centro de Rehabilitación de Adicciones (CRA). Los resultados arrojaron que el 46% (n= 23) mostraban una funcionalidad familiar moderada, seguidas por familias funcionalmente saludables en un 28% (n= 14). Por otro lado, se identificó un 14% (n= 7) con familias disfuncionales y un 12% (n= 6) con familias severamente disfuncionales.

Además, tras la sumatoria de los valores, se evaluó la normalidad de los mismos utilizando la fórmula de Kolmogorov-Smirnov, demostrando que no seguían una distribución normal. Se procedió a calcular la mediana y los cuartiles, identificando que el cuartil 25 representaba un valor de 39.75, el cuartil 50 o mediana estaba en 51, y el cuartil 75 alcanzaba el valor de 58.25.

En la mayoría de los casos, las familias de los pacientes presentaron una funcionalidad moderada, disfuncional o severamente disfuncional. Esta inadecuada funcionalidad familiar podría desencadenar problemas de adicción y recaídas en los pacientes. Por tanto, se hace imperativo realizar intervenciones familiares que permitan a estas redes actuar como un apoyo sólido para los pacientes, en lugar de ser una de las causas de su adicción.

Estos resultados resaltan la importancia de abordar la dinámica familiar como parte integral del tratamiento de las adicciones, reconociendo su potencial para influir en el curso y la recuperación del paciente.

## Capítulo VI

### 6.1. Discusión

La problemática creciente de la adicción a diferentes sustancias en Ecuador requiere un análisis exhaustivo. Los datos recopilados a partir de la encuesta FF-SIL a pacientes con adicción, internados en el Centro de Rehabilitación de Adicciones (CRA) en Cuenca, revelan tendencias significativas en cuanto a las características sociodemográficas. Se destaca que los hombres son el grupo más afectado por problemas de adicción, y la media de edad se sitúa en los 31 años. Además, la mayoría de los afectados residen en áreas urbanas de la ciudad. En contraste a estos resultados está un estudio realizado por Castaño J & Páez M, titulado "Funcionalidad familiar y tendencias adictivas a internet y a sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios", se observó que el sexo femenino fue el más predominante, pero la edad promedio fue de 20,97 años, un dato que se asimila con los resultados encontrados en este estudio actual (11). Se ha observado que, a pesar de la diversidad en la prevalencia de la adicción, los hombres se ven más afectados por esta problemática; esto se atribuye a múltiples factores, donde la estigmatización de los roles de género desempeña un papel crucial; esta carga de estereotipos a menudo genera una presión adicional en los hombres, especialmente en su rol de proveedores dentro del núcleo familiar (50).

Los hallazgos de este estudio revelan que la mayoría de los participantes se encontraban solteros, seguidos por aquellos en unión libre, con una minoría conformada por individuos casados o divorciados. Estos resultados contrastan con la investigación realizada por Sánchez A, et al, en su estudio acerca de las "Características sociodemográficas y el perfil de consumo de tabaco y drogas en estudiantes de dos universidades en México", también observó una mayoría de individuos solteros en su muestra, aunque presentó una pequeña proporción de casados y en unión libre (51).

Por otro lado, en cuanto a la situación laboral de los pacientes del CRA, se destaca que la mayoría no se encuentran trabajando al momento, en menor proporción los pacientes se encuentran trabajando de manera parcial. Este escenario difiere de los hallazgos de Rodríguez S, et al, quienes notaron que la mayoría de sus participantes estaban empleados, seguidos por individuos desempleados en su muestra (52). El consumo de drogas puede no solo afectar la salud física y mental de manera significativa, sino también las relaciones interpersonales y la estabilidad laboral; esto puede explicar por qué muchos de los participantes en esta investigación se encontraban desempleados y enfrentaban desafíos en la construcción y mantenimiento de relaciones interpersonales, llegando incluso a la ruptura de relaciones debido al consumo de sustancias adictivas (53).

En lo que respecta a las características clínicas de los individuos con problemas de adicción, se observó que la mayoría tiene una trayectoria de consumo de más de dos años, y la mediana de inicio de consumo se sitúa alrededor de los 17 años. A nivel global, se ha notado un descenso en la edad de inicio del consumo de sustancias, lo que ha llevado a un aumento preocupante en la tasa de mortalidad por sobredosis de drogas entre los adolescentes. Por ejemplo, entre los adolescentes de 15 a 19 años, se duplicó la tasa de mortalidad entre 1999 (1,6 por cada 100000 jóvenes) y 2007 (4,2 por cada 100000 jóvenes), disminuyendo un 26% entre el 2007 y 2014 (3,1 por cada 100000 jóvenes), pero hubo un incremento hacia el 2015 con 3,7 por cada 100000 jóvenes; aunque las cifras pueden variar según el año y la ubicación geográfica, en 2016, aproximadamente el 60% de las muertes se atribuyeron a sobredosis de drogas, y el 86% se clasificaron como no intencionales; este patrón revela una preocupación creciente en cuanto al consumo temprano de sustancias y sus graves consecuencias, subrayando la importancia de abordar este problema desde una perspectiva de salud pública (54,55,33).

En numerosos estudios a nivel internacional, se ha constatado que existe una tendencia para iniciar de forma precoz el consumo de drogas. Se identificó que, en 2019, la mayoría de los jóvenes empezaron a consumir diversas sustancias entre las edades de 12 a 17 años, coincidiendo con los resultados obtenidos en el estudio actual (17). Además, se ha observado que la mayoría de los pacientes han pasado por programas de rehabilitación con anterioridad; estos individuos muestran una inclinación a consumir una sola sustancia, aunque un porcentaje considerable llega a ingerir dos o más sustancias simultáneamente (16). El consumo prolongado y las recaídas en estos casos subrayan la urgencia de desarrollar planes que mejoren los tratamientos y reduzcan el riesgo de recaídas; además, el consumo combinado de múltiples sustancias ejerce un impacto considerable en la salud, aumentando el riesgo de contraer enfermedades oportunistas que pueden, en situaciones graves, llevar al fallecimiento del individuo (56).

En cuanto al consumo de estas sustancias, se destaca que el alcohol es la más consumida, seguida por la marihuana, mientras que en menor medida se registran casos de consumo de cocaína y metanfetamina. No obstante, es importante considerar que una parte de estos pacientes consumen múltiples sustancias simultáneamente. En un estudio similar realizado por Alonso M, et al., en México corroboraron estos hallazgos; en su investigación sobre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en 362 adolescentes de entre 12 y 15 años, se encontró que la edad promedio de inicio del consumo fue de 11,9 años; dentro de esta muestra, el 61% presentaba un consumo moderado, mientras que el 22,6% mostraba signos de dependencia y un 16,4% presentaba un consumo nocivo; aunque la mayoría de los

participantes eran mujeres, el consumo fue más elevado entre los hombres, especialmente entre aquellos que además de estudiar tenían empleo (57). El alcohol, reconocido como la sustancia más consumida a nivel mundial, puede generar dependencia y provocar daños significativos en la salud; su disponibilidad por venta libre lo convierte en una de las sustancias más accesibles para los jóvenes, a pesar de las restricciones de edad impuestas para su venta (58).

Asimismo, Rivadeneira Y, et al identificó que las sustancias más comúnmente consumidas fueron el alcohol, que alcanzó un 54% de consumo, seguido por la marihuana con un 45%, el tabaco con un 30%, y otras sustancias con un 9,5% (59). En contraste, un estudio realizado por Villacreses E, et al. en la provincia de Manabí, reveló que la marihuana era la más distribuida y consumida, seguida por la base de cocaína y el alcohol (39). Es importante destacar que la disponibilidad de diferentes sustancias varía según la ubicación geográfica, y se debe considerar que sustancias como la marihuana, cocaína, metanfetamina, entre otras, generan efectos más potentes que el alcohol; sin embargo, su acceso suele ser más complicado, no solo debido a su costo, sino también por la dificultad en su distribución; esta situación ha llevado a muchos jóvenes a enfrentar peligros mortales, ya que se involucran en deudas con vendedores con el único propósito de obtener estas drogas y experimentar las sensaciones deseadas, tratando de escapar de la realidad en la que se encuentran (6).

En cuanto a la estructura y funcionalidad familiar, el tipo más predominante fue el monoparental, mayoritariamente encabezado por madres y hermanos, seguido por las familias multigeneracionales, que abarcaban más de la mitad de la muestra y representaban los dos tipos más comunes de estructuras familiares; en menor proporción se encontraban las familias nucleares, unipersonales y extendidas. En relación con la investigación de Lema L, et al. observó que las familias nucleares se relacionaban con menores problemas de salud mental, especialmente en términos de estrés; por otro lado, cuando existía una mayor disfunción familiar en los hogares, se asociaba con problemas más acentuados en la salud mental (38). En cambio, para Castaño J & Páez M la tipología familiar más común fue la nuclear, seguida de la extensa y monoparental, resultados que contrastan con los obtenidos en este estudio; a pesar de que la familia nuclear se considera la unidad básica de la sociedad, no garantiza automáticamente relaciones familiares óptimas para el desarrollo adecuado de los jóvenes (11). Por lo tanto, independientemente del tipo de estructura familiar, estos problemas se presentan con frecuencia en la sociedad; vale la pena destacar que, en las familias monoparentales, prácticamente en su totalidad estaban lideradas por madres, la ausencia del padre representa una carga adicional para ellas, quienes no solo se enfrentan a la responsabilidad de criar a sus hijos solas, sino que también de ser el sustento para su

hogar lo que complica aún más su rol materno y posiblemente desencadene problemas psicológicos en ellas (60).

Por último, en relación con la evaluación de la funcionalidad familiar mediante el test FF-SIL, se evidenció que la mayoría de los pacientes presentaban un nivel de funcionalidad que oscilaba entre moderado y grave, lo que se considera un factor determinante en el consumo de sustancias adictivas. A pesar de esta tendencia, un porcentaje mínimo admitió percibir una funcionalidad adecuada en sus hogares, siendo la mediana del puntaje alcanzada de 51 puntos. Contrariamente, el estudio de Alonso M, et al., reveló que la mayoría de los adolescentes en su muestra percibían un funcionamiento familiar adecuado; no obstante, un porcentaje considerable, alrededor del 18% y 5,8%, respectivamente, reconocieron una disfunción familiar moderada o severa; en cuanto a la relación entre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol, se observó una asociación negativa y significativa con el consumo dependiente, indicando que, a mayor disfuncionalidad familiar, se tendía a un consumo más elevado de alcohol (57).

Los hallazgos de Castaño J & Páez M fueron similares a los presentes en este estudio, aunque su enfoque se basó en la escala de Apgar; sus resultados mostraron que la disfunción leve fue el patrón más frecuente, seguido por una buena función familiar, y en menor medida, la disfunción moderada y grave (11). Por otro lado, Nawi A, et al, a través de un análisis PRISMA en una revisión sistemática sobre factores de riesgo y protectores del abuso de drogas entre adolescentes, identificaron que las experiencias de maltrato o una crianza negativa que son factores relacionados con una funcionalidad familiar inadecuada fueron determinantes significativos para el consumo de estas sustancias (15). Además, Villacreses E, et al. abordaron los problemas generados por la drogadicción en el hogar, destacando la desintegración familiar como uno de sus efectos adversos (39).

En los estudios realizados por Morocho J y Freire J & Escobar N, quienes implementaron el cuestionario FF-SIL en individuos con problemas de adicción a sustancias, reflejaron resultados similares a los obtenidos en esta investigación; en sus estudios, la mayoría de los encuestados describieron que su familia mostraba un nivel moderado, disfuncional o severamente disfuncional en la escala de funcionalidad familiar, mientras que solo una minoría indicó que su familia era funcional; estos hallazgos sugieren que tanto la estructura como la funcionalidad familiar juegan un papel determinante en el desarrollo de la adicción a sustancias, pudiendo impactar negativamente en la salud de la población (61,62).

Cabe destacar que, aunque un cuarto de los pacientes percibe una funcionalidad familiar adecuada, esto no necesariamente refleja la realidad de la dinámica familiar. Se requiere una



evaluación más profunda y precisa, posiblemente a través de análisis psicológicos o psiquiátricos, para una comprensión más completa de la funcionalidad real de las familias.

## Capítulo VII

### 7.1. Conclusiones

- Dentro de los factores sociodemográficos cabe resaltar que la mayoría de los pacientes son del género masculino e iniciaron el consumo de drogas a una edad temprana, en el periodo entre 9 a 20 años, lo que subraya la necesidad de intervenciones preventivas más efectivas desde instituciones educativas para reducir el riesgo de inicio temprano en el consumo de drogas.
- De acuerdo con las características clínicas un porcentaje significativo de pacientes ha estado consumiendo sustancias durante períodos prolongados, lo que sugiere la persistencia de adicciones crónicas. Además, la proporción considerable de individuos que han recibido tratamiento previo indica la necesidad de evaluaciones más exhaustivas y adaptadas a las necesidades individuales para evitar recaídas.
- Aunque la mayoría de los pacientes consumen una sola sustancia, un porcentaje considerable consume múltiples drogas, lo que complica el proceso de rehabilitación y aumenta los riesgos para la salud. De las sustancias consumidas, el alcohol fue la más frecuente, seguida de la marihuana y la cocaína. La accesibilidad al alcohol y sus efectos adversos significativos destacan la importancia de abordar su consumo y su impacto en la salud y la sociedad.
- Con respecto a la estructura familiar la mayoría de los pacientes pertenecen a familias monoparentales y multigeneracionales, lo que destaca la diversidad de dinámicas familiares que podrían influir en el proceso de tratamiento y rehabilitación de las adicciones.
- Y, por último, la mayor parte de las familias de los pacientes presentan niveles moderados a severamente disfuncionales en términos de funcionalidad familiar. Esta dinámica disfuncional puede contribuir a la adicción y dificultar el proceso de recuperación, lo que subraya la necesidad de intervenciones familiares adaptadas y especializadas.
- Estos resultados resaltan la complejidad y la interconexión de factores sociodemográficos, clínicos, estructura y funcionalidad familiar en el desarrollo, la persistencia y la recuperación de las adicciones. Estos hallazgos subrayan la importancia de un enfoque integral en el tratamiento, que no solo aborde la adicción en sí misma, sino que también considere los factores contextuales y sociales que influyen en el problema y su recuperación.



## 7.2. Recomendaciones

- Se sugiere implementar programas educativos en instituciones escolares, escuelas y colegios, para prevenir el consumo de drogas, centrándose en los peligros y efectos adversos del inicio temprano en el consumo; además de, campañas de concientización de género para abordar cómo las expectativas sociales sobre los roles de género influyen en el consumo de sustancias, promoviendo la igualdad de género y eliminando la estigmatización asociada a la búsqueda de ayuda en hombres.
- En el contexto de los pacientes que presentan múltiples ingresos, se sugiere que el CRA implemente programas de rehabilitación que se enfoquen en la prevención de recaídas.
- Se deben adaptar programas de rehabilitación en el CRA proporcionando apoyo y recursos para aquellos individuos con adicciones a múltiples sustancias; además, de diseñar estrategias de rehabilitación en centros de salud y hospitales.
- Es necesario que a las familias monoparentales e intergeneracionales se les proporcione asesoría para mejorar la funcionalidad de acuerdo con la estructura familiar.
- Por último, se propone brindar respaldo profesional con intervenciones adaptadas y especializadas a las familias con niveles de disfuncionalidad moderados a severos con el fin de mejorar la comunicación, la interacción y la comprensión de cómo pueden ser un apoyo sólido para los pacientes en proceso de recuperación.

## Referencias

1. Zou Z, Wang H, Uquillas F, Wang X, Ding J, Chen H. Definition of Substance and Non-substance Addiction. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. Noviembre 2017 03; 1010.
2. Feltenstein M, See R, Fuchs R. Neural Substrates and Circuits of Drug Addiction. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2020 Abril 18; 11(4): p. 1-25.
3. Organización Panamericana de la Salud. OPS. [Online].; 2021 [cited 2023 Agosto 17. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/27-12-2021-ops-lanza-proyecto-para-mejorar-politicas-sobre-trastornos-por-uso-sustancias>.
4. Maitta I, Lazo , Sánchez E. Funcionamiento familiar y su relación con la interacción social en niños con el Trastorno del Espectro Autista. *Revista Sinapsis*. 2020 Diciembre; 3(18): p. 15.
5. Delgado-Ruiz K, Barcia-Briones MF. Familias disfuncionales y su impacto en el comportamiento de los estudiantes. *Pol. Con*. 2020 Diciembre; 5(12): p. 419-433.
6. Cango Cobos A, Suárez Monzón N. Consumo de droga en estudiantes ecuatorianos. Una alternativa de prevención y desarrollo resiliente del alumnado desde la escuela. *Revista de estudios y experiencias en educación*. 2021 Febrero; 20(44): p. 364-383.
7. National Institute on Drug Abuse. Advancing Addiction Science. [Online].; 2023 [cited 2023 Octubre 19. Available from: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/prevencion-del-abuso-de-drogas-la-mejor-estrategia>.
8. Marambio J. CONSEP/OED. [Online].; 2014 [cited 2023 Agosto 17. Available from: [https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/savia/PDF/Analisis%20final-%20ecuador.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/Analisis%20final-%20ecuador.pdf).
9. Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN LA STECSDI. , GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL - UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANA; 2023. Report No.: 1.
10. Cruz-Salmerón VH, Martínez-Martínez ML, Garibay-López L, Camacho-Calderón N. Comparación del perfil de funcionamiento familiar en los adolescentes con y sin drogadicción de un colegio de bachilleres. *Atención Primaria*. 2014 Febrero; 43(2): p. 89-94.
11. Castaño JJ, Páez ML. Funcionalidad familiar y tendencias adictivas a internet y a sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. *Psicología desde el Caribe*. 2019 Mayo 2; 36(2): p. 30.
12. Karila L, Benyamina A. Addictions. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2019 Enero 24; 36: p. 233-240.

13. Lyons R, Yule A, Schiff D, Bagley S, Wilens T. Risk Factors for Drug Overdose in Young People: A Systematic Review of the Literature. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2019 Septiembre 487-497; 29(7).
14. Mateo Y, Rivas V, González M, Hernández G, Victorino A. Funcionalidad y satisfacción familiar en el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes. *Health and Addictions/Salud Y Drogas*. 2018 Julio 31; 18(2): p. 195-205.
15. Nawi AM, Ismail R, Ibrahim F, Hassan MR, Abdul MR, Amit N, et al. Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC Public Health*. 2021 Noviembre 13; 21(2088): p. 15.
16. United Nations Office on Drugs and Crime. UNODC. [Online].; 2022 [cited 2023 Octubre 15]. Available from: <https://www.unodc.org/peruandecuador/es/noticias/2021/la-oficina-de-las-naciones-unidas-contra-la-droga-y-el-delito-unodc-presenta-en-ecuador-los-principales-hallazgos-del-informe-mundial-de-drogas-2022.html>.
17. Ignaszewski M. The Epidemiology of Drug Abuse. *The Journal of Clinical Pharmacology*. 2021 Agosto 15; 61(2): p. 10-17.
18. Ruíz Martínez AO, Hernández Cera MI, Mayrén Arévalo JdJ, Vargas Santillán DL. Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. *liber*. 2014 Enero; 20(1): p. 109-119.
19. Cárdenas-Rodríguez ML, Beltrán-Campos V, García-Campos dL. Relación entre funcionalidad familiar, funciones ejecutivas y neurotransmisores de adolescentes hijos de adultos adictos a la marihuana. *Health and Addictions/Salud Y Drogas*. 2022 Julio; 22(2): p. 164-175.
20. Fismen AS, Frans OR, Samdal O, Helleve A, Haug E. Associations between family structure and adolescents' food habits. *Public Health Nutr*. 2022 Marzo; 25(3): p. 702-709.
21. Instituto Nacional de Investigación en Salud. *investigacionsalud*. [Online].; 2017 [cited 2023 Junio 13]. Available from: <http://www.investigacionsalud.gob.ec/lineas-de-investigacion/>.
22. Horseman C, Meyer A. Neurobiology of Addiction. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2019 Marzo; 62(1): p. 118-127.
23. Jian L, Jun L. Drug addiction: a curable mental disorder? *Acta Pharmacol Sin*. 2018 Diciembre; 39(12): p. 1823-1829.
24. Volkow N, Michaelides M, Baler R. The Neuroscience of Drug Reward and Addiction. *Physiol Rev*. 2019 Octubre; 99(4): p. 2115-2140.
25. Cheron J, de Kerchove A. Drug addiction: from bench to bedside. *Translational Psychiatry*. 2021 Agosto 12; 11(424): p. 14.

26. Verdejo A, García G, Dom G. Cognition and addiction. *Dialogues Clin Neurosci*. 2019 Septiembre; 21(3): p. 281-290.
27. Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. UNODC. [Online].; 2023 [cited 2023 Octubre 19]. Available from: <https://www.unodc.org/lpomex/es/noticias/junio-2023/el-informe-mundial-sobre-las-drogas-2023-de-unodc-advierte-sobre-crisis-convergentes-a-medida-que-los-mercados-de-drogas-ilicitas-siguen-expandindose.html>.
28. Takahashi TT, Ornello R, Quatrosi G, Torrente A, Albanese M, Vigeneri S, et al. Medication overuse and drug addiction: a narrative review from addiction perspective. *The Journal of Headache and Pain*. 2021; 22(32): p. 11.
29. Silva AD, Valdevilla JA, Valdevilla R, Estrella DJ, Valencia LM, Orellana AK. Drug abuse and serum nutritional biomarkers: A retrospective cohort study. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2021 Marzo 2; 25(2): p. 227-236.
30. Jeong H, Park S, Lim SM, Ma J, Kang I, Kim J, et al. Psychometric Properties of the Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDITC) in Public First Responders. *Substance Use & Misuse*. 2017 Marzo 21; 9(17).
31. Higgins J, Babor T. A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2018 Mayo 3; 44(6): p. 578-586.
32. Organización Panamericana de la Salud. PAHO. [Online]. [cited 2023 Octubre 15]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>.
33. United Nations Office on Drugs and Crime. UNODC. [Online].; 2021 [cited 2023 Octubre 19]. Available from: <https://www.unodc.org/peruandecuador/es/noticias/2021/informe-mundial-sobre-drogas-2021.html>.
34. Garofoli M. Adolescent Substance Abuse. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2020 Junio; 47(2): p. 383-394.
35. Ren M, Lotfipour S. Nicotine Gateway Effects on Adolescent Substance Use. *West J Emerg Med*. 2019 Septiembre; 20(5): p. 696-709.
36. Carvalho A, Heilig M, Perez A, Probst C, Rehm J. Alcohol use disorders. *SEMINAR*. 2019 Agosto 31; 394(10200): p. 781-792.
37. Fernández N, Cabana J, Corominas R, Cormand B. Molecular genetics of cocaine use disorders in humans. *Mol Psychiatry*. 2022 Enero; 27: p. 624-639.
38. Lema L, Arango CM, Eusse C, Petro J, Petro J, López M, et al. Family aspects, physical fitness, and physical activity associated with mental-health indicators in adolescents. *BMC Public Health*. 2021 Diciembre 30; 21(2324): p. 11.

39. Villacreses EG, Macías AM, Erazo CM, Ubillús SP. La drogadicción y su impacto en las familias. *Revista Científica Sinapsis*. 2018 Mayo 19; 1(12): p. 12.
40. Guatrochi M. Nuevas configuraciones familiares: tipos de familia, funciones y estructura familiar. *Revista REDES*. 2020 Julio 1;(41): p. 11-18.
41. Martín M, Cantera D, Schuman D. Estructura familiar, dolor y capacidad funcional en adolescentes con enfermedades reumáticas. *Rev Cubana Pediatr*. 2017 Marzo; 89(1): p. 30-39.
42. Nazar A, Salvatierra B, Salazar S, Solis R. Violencia física contra adolescentes y estructura familiar: magnitudes, expresiones y desigualdades. *Estud. demogr. urbanos*. 2018 Agosto; 33(2): p. 365-400.
43. Vera FI. Puntos Clave sobre APGAR Familiar. *Medicina Clínica y Social*. 2018 Julio 30; 2(2): p. 99-101.
44. Suarez M, Alcalá M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCION FAMILIAR. *Rev. Méd. La Paz*. 2014; 20(1): p. 53-57.
45. Pérez González E, De la Cuesta Freijomil D, Louro Bernal I, Bayarre Veá H. Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Ciencias de la salud humana*. 1997 Marzo; 4(1): p. 63-66.
46. Cassinda Vissupe D, Angulo Gallo L, Guerra Morales VM, Louro Bernal I, Martínez González E. Estructura factorial, confiabilidad y validez de la prueba de percepción del funcionamiento familiar en adultos angolanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2016 Noviembre; 32(4): p. 8.
47. Ortega T, de la Cuesta D, Días C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer*. 1999 Diciembre; 15(3): p. 164-168.
48. Rosales NC, Garrido SM, Carrillo F. Funcionalidad familiar y afrontamiento en pacientes con incapacidad permanente en una Unidad Médica Familiar. *Horiz. sanitario*. 2017 Agosto; 16(2): p. 127-137.
49. Fuentes AP, Merino JM. VALIDATION OF AN INSTRUMENT OF FAMILY FUNCTIONALITY. *Ajayu*. 2016 Agosto; 14(2): p. 247-283.
50. Singh Kojiam A, Dasanta Singh K, Singh Nameirakpam B, Haobam R, Rajashekar Y. Drug addiction and treatment: An epigenetic perspective. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 2024 Enero; 170: p. 115951.
51. Sánchez A, Andueza MG, Santana AM, Hoil JJ, Cufarfán J. Características sociodemográficas y perfil de consumo de tabaco y drogas en estudiantes de dos universidades de México. *Rev. biomédica*. 2017 Abril; 28(1): p. 11-27.

52. Rodríguez SE, Gutiérrez AD, Ríos MA, Fernández C. Tendencias, patrón de consumo y perfil sociodemográfico de usuarios de heroína en tratamiento. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*. 2020 Mayo 14; 6(1).
53. DEVIDA. Estudio nacional sobre prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2017 Lima, Perú: Autor; 2019.
54. Winstanley E, Stover A. The Impact of the Opioid Epidemic on Children and Adolescents. *Clin Ther*. 2019 Septiembre; 41(9): p. 1655-1662.
55. Green J. Epidemiology of Opioid Abuse and Addiction. *Journal of Emergency Nursing*. 2017 Marzo; 43(2): p. 106-113.
56. ODonnell J, Gladden RM, Mattson CL, Hunter CT, Davis NL. Vital Signs: Characteristics of Drug Overdose Deaths Involving Opioids and Stimulants - 24 States and the District of Columbia, January-June 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Septiembre; 69(35): p. 1189-1197.
57. Alonso MM, Yañez Á, Armendáriz NA. FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA. *Health and Addictions*. 2017 Enero; 17(1): p. 87-96.
58. Esser MB, Leung G, Sherk A, Bohm MK, Liu Y, Lu H, et al. Estimated Deaths Attributable to Excessive Alcohol Use Among US Adults Aged 20 to 64 Years, 2015 to 2019. *JAMA Netw Open*. 2022 Noviembre; 5(11): p. e2239485.
59. Rivadeneira Y, Torres RE, Collaguazo EV. Sustancias de mayor prevalencia en el consumo que ocasionan comportamientos adictivos en la población infante – juvenil del cantón Catamayo, provincia de Loja. *Periodo 2019-2020. Pol. Con*. 2021 Abril; 6(4): p. 246-258.
60. Domínguez C, González D, Navarrete D, Zicavo N. Parentalización en familias monoparentales. *Ciencias Psicológicas*. 2019 Diciembre; 13(2): p. 346-355.
61. Morocho JR. UCE. [Online].; 2020 [cited 2023 Noviembre 28. Available from: <https://www.dspace.uce.edu.ec/entities/publication/a6d7be28-7c88-4c5f-85c6-3820f795f609>.
62. Freire JJ, Escobar ND. Funcionamiento familiar y su relación con el consumo de alcohol en adultos jóvenes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2022 Diciembre 28; 6(6): p. 10540-10553.
63. Esteves AR, Paredes RP, Calcina CR, Yapuchura CR. Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. *Comuni@cción: Revista De Investigación En Comunicación Y Desarrollo*. 2020; 11(1): p. 16-27.

## Anexos

### Anexo A. Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	Tipo de variable
Sexo	Condiciones anatómo-fisiológicas que definen a un hombre y a una mujer	Biológica	Encuesta sobre variables sociodemográficas en relación con el paciente y familiar.	1. Femenino 2. Masculino	Cualitativa nominal dicotómica
Edad	Tiempo transcurrido desde que una persona nace hasta el momento de la investigación	Cronológica	Encuesta sobre variables sociodemográficas en relación con el paciente y familiar.	Edad en números enteros	Cuantitativa
Residencia	Lugar de vivienda del paciente y familiares.	Geográfica	Encuesta sobre variables sociodemográficas en relación con el paciente y familiar.	1. Rural 2. Urbana	Cualitativa nominal y dicotómica
Estado civil	Condición de una persona en función si tiene pareja o no.	Estado civil	Encuesta sobre variables sociodemográficas en relación con el paciente y familiar.	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Unión libre 4. Divorciado/a 5. Viudo/a	Cualitativa nominal politómica

Ocupación	Tipo de trabajo desarrollado	Actividad económica	Encuesta sobre variables sociodemográficas en relación con el paciente y familiar.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No trabaja</li> <li>2. Trabajo sin contrato</li> <li>3. Trabajo medio tiempo</li> <li>4. Trabajo a tiempo completo</li> </ol>	Cualitativa nominal politómica
Características clínicas	Síntomas y signos que afectan la salud del paciente.	Cronológico	Edad de inicio de consumo de sustancias	Edad en números enteros	Cuantitativa
		Cronológico	Tiempo de consumo de sustancias	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt; 1 año</li> <li>2. 1 – 2 años</li> <li>3. &gt; 2 años</li> </ol>	Cualitativa nominal politómica
		Tratamiento	Rehabilitación previa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sí</li> <li>2. No</li> </ol>	Cualitativa nominal dicotómica
		Sustancias	Número de sustancias consumidas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1</li> <li>2. 2</li> <li>3. 3 o más</li> </ol>	Cualitativa nominal politómica
		Sustancias	Sustancias consumidas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alcohol</li> <li>2. Marihuana</li> <li>3. Heroína</li> <li>4. Cocaína</li> </ol>	Cualitativa nominal politómica



				5. Otras	
Tipo de funcionalidad y estructura familiar	Características familiares que permiten un correcto funcionamiento de los miembros de la familia en relación con su rol.	Psicológica	Encuesta FF-SIL	Respuestas de la encuesta sobre la percepción del funcionamiento familiar.	Cualitativa nominal y dicotómica

## Anexo B. Formularios para la recolección de datos.

### Test FF-SIL

Situaciones	Nunca/casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas familiares de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					

11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada uno son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

## **Anexo C. Encuesta sobre variables sociodemográficas y clínicas (solo aplica en pacientes) para familiares y pacientes del CRA.**

**1) Sexo:**

- a. Femenino
- b. Masculino

**2) Edad**

**3) Residencia**

- a. Rural
- b. Urbana

**4) Estado civil**

- a. Soltero/a
- b. Casado/a
- c. Unión libre
- d. Divorciado/a
- e. Viudo/a

**5) Ocupación**

- a. No trabaja
- b. Trabajo sin contrato
- c. Trabajo a medio tiempo
- d. Trabajo a tiempo completo

**6) Edad de inicio de consumo (Solo aplica para paciente)**

**7) Años de consumo (Solo aplica para paciente)**

- a. < 1 año
- b. 1 – 2 años
- c. > 2 años

**8) Ha estado en rehabilitación anteriormente (Solo aplica para paciente)**

- a. Sí
- b. No

**9) Número de drogas que consume (Solo aplica para paciente)**

- a. 1
- b. 2
- c. 3 o más

**10) Sustancia que consume principalmente (Solo aplica para paciente)**

- a. Alcohol
- b. Marihuana
- c. Heroína
- d. Cocaína
- e. Otra

#### **Anexo D. Evaluación del cuestionario FF-SIL**

Se realizó el análisis de cada ítem que conforma el cuestionario:

La primera parte del cuestionario está conformado por el cuestionario FF-SIL, es de tipo Likert y, será mediante el cual se valorará la funcionalidad de las familias.

##### **1) Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.**

Para garantizar una sólida conexión entre los miembros de la familia, es esencial que se considere la opinión de cada uno en las decisiones familiares, especialmente aquellas que puedan tener un impacto significativo en el porvenir y desarrollo del grupo familiar. Es fundamental valorar la perspectiva de todos los integrantes, asegurando un ambiente inclusivo donde cada voz sea escuchada y tomada en cuenta para la toma de decisiones que afecten el bienestar colectivo.

##### **2) En mi casa predomina la armonía.**

Un ambiente caracterizado por la serenidad y la armonía proporcionará a cada miembro el espacio para crecer y desarrollarse de manera óptima, sin verse afectado por el estrés, el cual podría obstaculizar su desarrollo y tener repercusiones negativas en su futuro. Un entorno pacífico y equilibrado facilita el florecimiento personal y permite que cada individuo alcance su máximo potencial, promoviendo un ambiente propicio para el bienestar y la realización personal de todos los miembros de la familia.

##### **3) En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades.**

Cada miembro de la familia desempeña un rol particular en el seno del hogar, y es fundamental que todos asuman sus responsabilidades para no afectar el equilibrio y bienestar del grupo familiar. Es esencial que cada individuo cumpla con sus deberes asignados, evitando así que la falta de responsabilidad de uno repercuta negativamente en los demás integrantes de la familia. La contribución activa y diligente de cada miembro en sus respectivas tareas es esencial para mantener un ambiente familiar armonioso y colaborativo, donde todos se sientan valorados y comprometidos con el funcionamiento adecuado del hogar.

##### **4) Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.**

Mostrar afecto es fundamental para el desarrollo emocional de los niños y adolescentes, ya que les brinda la confianza necesaria para expresar abiertamente sus sentimientos y emociones. Esta expresión emocional les permite desarrollar una mayor capacidad para comunicarse y comprender sus propias sensaciones, sin verse limitados por la represión de sus emociones. El acto de mostrar afecto contribuye a la construcción de relaciones familiares sólidas y al bienestar emocional de los jóvenes, facilitando un ambiente donde se sientan seguros para compartir sus pensamientos y preocupaciones.

**5) Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.**

Evitar hablar de manera despectiva o hacer insinuaciones negativas sobre algún miembro de la familia es crucial para preservar el equilibrio psicológico de todos. Este tipo de comportamiento puede dañar la autoestima y el bienestar emocional de la persona afectada, generando conflictos y tensiones en el hogar. Mantener un entorno familiar libre de comentarios despectivos o indirectos contribuye a mantener la armonía y el respeto mutuo, fortaleciendo los lazos afectivos y fomentando un ambiente tranquilo y saludable para todos los miembros de la familia.

**6) Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.**

Cada individuo es único y tiene cualidades que pueden resultar atractivas o no para los demás. A pesar de estas diferencias, todos estamos sujetos a cometer errores y poseer defectos en algún momento de la vida. No obstante, es importante fomentar la comprensión mutua y brindar una educación adecuada que permita abordar y modificar estos aspectos. Alentando un entorno donde se promueva la aceptación de las diferencias y se enseñe a superar los errores, se contribuye al desarrollo de habilidades de crecimiento personal y a la mejora de las relaciones interpersonales dentro de la familia.

**7) Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.**

Observar y aprender de situaciones pasadas representa una herramienta valiosa para evitar errores o dificultades similares en el futuro. Al estudiar las decisiones y circunstancias enfrentadas por otras familias en contextos semejantes, se pueden obtener enseñanzas significativas que ofrecen perspectivas valiosas para tomar decisiones más acertadas. Esta práctica permite reflexionar sobre experiencias ajenas, incorporar aprendizajes y aplicarlos en la toma de decisiones propias, lo cual puede ser esencial para un desarrollo familiar más sólido y exitoso.

**8) Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.**

El apoyo de la familia resulta invaluable durante situaciones complicadas, ofreciendo un apoyo emocional y práctico que puede tener un impacto significativo en la recuperación y la salud general de quienes atraviesan dificultades. No obstante, es esencial que este respaldo se entregue de manera equitativa, tomando en cuenta las necesidades individuales de cada miembro familiar y, en caso necesario, buscando apoyo adicional de fuentes externas.

**9) Se distribuyen las tareas familiares de forma que nadie esté sobrecargado.**

Una distribución equitativa de responsabilidades no solo disminuye la carga de un solo miembro de la familia, sino que también fomenta un ambiente colaborativo en el que cada individuo se percibe valorado y comprometido con el buen funcionamiento del hogar. Esta

dinámica equitativa crea un sentido de responsabilidad compartida, promoviendo la participación de todos en las labores del hogar.

**10) Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.**

Las costumbres familiares no permanecen invariables, tienen la capacidad de ajustarse y evolucionar con el paso del tiempo y las circunstancias. Estos cambios son fundamentales para el progreso y la convivencia armónica en la familia, ya que les permiten adaptarse a nuevas situaciones y superar los desafíos que se presenten.

**11) Podemos conversar diversos temas sin temor.**

Fomentar un ambiente donde se celebre y se dé valor a la comunicación abierta puede tener un impacto positivo en la cohesión familiar, favoreciendo la comprensión entre sus miembros y permitiendo discutir asuntos significativos que afecten la vida diaria y el bienestar de la familia.

**12) Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.**

A pesar de la dificultad inicial que conlleva buscar asistencia dentro del círculo familiar, reconocer la importancia de obtener apoyo adicional y estar dispuesto a recibirlo puede ser esencial para el bienestar y la solución de dificultades que surjan dentro de la familia.

**13) Los intereses y necesidades de cada uno son respetados por el núcleo familiar.**

Cuando se reconoce y respeta la singularidad de cada integrante familiar, se genera un ambiente donde todos se perciben como validados, comprendidos y respaldados. Esta actitud refuerza los vínculos familiares y fomenta un entorno doméstico más equilibrado y propicio para el bienestar general.

**14) Nos demostramos el cariño que nos tenemos.**

Cuando se mantienen las expresiones de afecto de forma continua, se consolidan los vínculos familiares, se establece un clima de confianza y se fomenta el bienestar emocional de cada miembro de la familia. Estos actos propician un ambiente familiar amoroso, comprensivo y cohesionado, en el cual todos se sienten valorados y respaldados.



## Anexo E. Cronograma de trabajo.

ACTIVIDADES	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 5				MES 6			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión final del protocolo	■	■	■																					
Presentación y aprobación				■	■	■																		
Diseño y prueba de instrumento							■	■	■	■														
Recolección de datos										■	■	■	■	■										
Revisión y tabulación de datos														■	■									
Análisis de datos																		■	■					
Elaboración del informe final																			■	■	■	■		
Presentación del informe final																							■	■

## Anexo F. Formulario de consentimiento informado.

Título de la investigación: Estructura y funcionalidad familiar de pacientes adictos atendidos en el Centro de reposo y adicciones (CRA) en la ciudad de Cuenca, 2023

### DATOS DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Cristina Daniela Nieto Polo	0107413759	Universidad de Cuenca
Segundo Investigador Principal	Daniela Fernanda Izquierdo Espinoza	0107569196	Universidad de Cuenca

<b>¿De qué se trata este documento?</b>
Se trata de un instrumento necesario para solicitar su consentimiento de participar en el presente estudio.
<b>Introducción</b>
La adicción es una problemática que va en aumento a nivel mundial. Puede afectar a cualquier persona independiente del sexo, edad, ingresos económicos, entre otros. Los más vulnerables a esta condición son los adolescentes y principalmente del sexo masculino. Produce elevados costos en la salud debido a las consecuencias físicas y psicosociales en los pacientes. Las causas de estos trastornos relacionados con la adicción de sustancias son multifactoriales, y entre estas la de relevancia clínica en el presente estudio es la estructura y funcionalidad familiar como factor desencadenante al consumo de estas sustancias.
<b>Objetivo del estudio</b>
Describir la estructura y funcionalidad familiar de pacientes adictos atendidos en el Centro de reposo y adicciones (CRA) en la ciudad de Cuenca, 2023.
<b>Descripción de los procedimientos</b>

La recolección de información será realizada de manera presencial, dependiendo de las disposiciones del COE Nacional y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, a través de la versión en español del FF-SIL. El llenado del formulario está previsto que el participante del estudio lo complete en menos de 10 minutos.

El manejo y tabulación de los datos obtenidos estarán a cargo de las autoras, de igual forma serán utilizados con la estricta confidencialidad que amerita y conforme a las normas de bioética, protegiendo de esta forma la integridad de cada estudiante

### Riesgos y beneficios

El presente estudio posee riesgos mínimos ya que la pérdida del anonimato será disminuida mediante el uso de número arábigos para la identificación de los participantes y la recolección de datos será de forma presencial, en relación a los beneficios el participante no recibirá pago alguno por el estudio y tampoco tendrá que realizar ningún aporte monetario.

### Otras opciones si no participa en el estudio

Usted podrá participar de este estudio si lo desea y si durante del mismo usted decide retirarse no tendrá ningún tipo de repercusión.

### Derechos de los participantes.

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir toda la información necesaria con respecto a este estudio.
- 2) Realizar preguntas con respecto a este estudio.
- 3) Aceptar participar sin ninguna obligación.
- 4) Conocer que se realizará con los resultados que se obtengan.
- 5) Retirarse en cualquier fase de este estudio si usted lo desea.

Manejo del material biológico recolectado.

No aplica

### Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0983159858

que pertenece a Cristina Daniela Nieto Polo o envíe un correo electrónico a [cristina.nietop@ucuenca.edu.ec](mailto:cristina.nietop@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 (si aplica)    Firma del/a participante    Fecha

---

Nombres completos del/a investigador/a    Firma del/a participante    Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Vicente Manuel Solano Paucay, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: [vicente.solano@ucuenca.edu.ec](mailto:vicente.solano@ucuenca.edu.ec)

## Anexo G. Aprobación del Comité de ética



CARTA DE DICTAMEN Nro. CEISH-UC-2023-422

Cuenca, 13 de septiembre de 2023

Señor/a:

Cristina Daniela Nieto Polo, Daniela Fernanda Izquierdo Espinoza  
Universidad de Cuenca

### ASUNTO: REVISIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Por medio de la presente y una vez que el protocolo de investigación presentado por el (la) Sr (a). CRISTINA DANIELA NIETO POLO, DANIELA FERNANDA IZQUIERDO ESPINOZA, que titula "ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE PACIENTES ADICTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA) EN LA CIUDAD DE CUENCA, 2023.", ha ingresado al Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Cuenca (CEISH-UC), con fecha 31-07-23 (primera versión), y cuyo código asignado es 2023-055EO-M, luego de haber sido revisado y evaluado en la sesión ordinaria Nro 32 con fecha 12-09-23, dicho proyecto está APROBADO para su ejecución en el CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA) CIUDAD DE CUENCA al cumplir con todos los requerimientos éticos, metodológicos y jurídicos establecidos por el reglamento vigente para tal efecto.

Como respaldo de lo indicado, reposan en los archivos del CEISH-UC, tanto los requisitos presentados por el investigador, así como también los formularios empleados por el comité para la evaluación del mencionado estudio.

En tal virtud, los documentos aprobados sumillados del CEISH-UC que se adjuntan en físico al presente informe son los siguientes:

- Solicitud de aprobación
- Copia del Protocolo de investigación, que consta de 24 páginas
- Documento de consentimiento informado
- Declaración de confidencialidad
- Hoja de Vida de Investigador
- Carta de interés institucional

Cabe indicar que la información de los requisitos presentados es de responsabilidad exclusiva del investigador, quien asume la veracidad, originalidad y autoría de los mismos.

Es necesario que se tome en cuenta los siguientes aspectos:

1. El Comité no se responsabiliza por cualquiera de los posibles eventos por el manejo inadecuado de la información, lo cual es de entera responsabilidad de los investigadores.
2. Cualquier modificación en el protocolo, debe solicitar la aprobación de las enmiendas dentro de las siguientes veinte y cuatro (24) horas, de acuerdo al formato disponible en la página web <https://www.ucuenca.edu.ec/ceish>
3. Los investigadores son responsables de la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el Comité, así como la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.
4. El incumplimiento de estas responsabilidades podrá ser motivo de revocatoria de esta aprobación.

Así también se recuerda las obligaciones que el investigador principal y su equipo deben cumplir durante y después de la ejecución del proyecto:

Dirección: Av. El Paraíso s/n. junto al Hospital Vicente Corral Moscoso. Telf: 593-7-4051000 Ext.: 3165

Web: <https://www.ucuenca.edu.ec/ceish>

Correo: [ceish@ucuenca.edu.ec](mailto:ceish@ucuenca.edu.ec)

Cuenca - Ecuador



- Informar al CEISH-UC la fecha, día y hora de inicio de la investigación.
- Presentar a este comité informe de avance de ejecución del proyecto a mitad del proceso, al correo del CEISH-UC: [ceish@ucuenca.edu.ec](mailto:ceish@ucuenca.edu.ec), de acuerdo a los formatos que constan en la página web del CEISH-UC: <https://www.ucuenca.edu.ec/ceish>
- Cumplir todas las actividades que le corresponden como investigador principal, así como las descritas en el protocolo con sus tiempos de ejecución, según el cronograma establecido en dicho proyecto, vigilando y respetando siempre los aspectos éticos, metodológicos y jurídicos aprobados en el mismo.
- Aplicar el consentimiento informado a todos los participantes, respetando el proceso definido en el protocolo y el formato aprobado.
- Al finalizar la investigación, entregar al CEISH-UC el informe final del proyecto, al correo del CEISH-UC: [ceish@ucuenca.edu.ec](mailto:ceish@ucuenca.edu.ec), de acuerdo a los formatos que constan en la página web del CEISH-UC: <https://www.ucuenca.edu.ec/ceish>

Esta aprobación tiene una duración de un año (365 días). Las investigaciones con una duración superior al año de vigencia de esta aprobación, deberán solicitar la renovación de su aprobación al menos sesenta (60) días calendario antes de que expire la vigencia de esta aprobación, de acuerdo al formato disponible en la página web <https://www.ucuenca.edu.ec/ceish>. El Comité estará dispuesto durante el desarrollo del estudio a responder cualquier inquietud que pudiere surgir tanto de los participantes como de los investigadores.

En toda correspondencia con el Comité, favor referirse con el código antes mencionado.

Atentamente,



Dr. Manuel Ismael Morocho Malla

Presidente del Comité de ética de Investigación en seres humanos de la Universidad de Cuenca

\*Adaptado del CEISH codificado DIS-CEISH-PUCE-17-005 y DIS-CEISH-INSPI-09-009

Dirección: Av. El Paraíso s/n. junto al Hospital Vicente Corral Moscoso. Telf: 593-7-4051000 Ext.: 3165

Web: <https://www.ucuenca.edu.ec/ceish>

Correo: [ceish@ucuenca.edu.ec](mailto:ceish@ucuenca.edu.ec)

Cuenca - Ecuador



## Anexo H. Aprobación del Consejo Directivo

# UCUENCA

Memorando Nro. UC-FCMSECABO-2023-0990-M

Cuenca, 05 de octubre de 2023

**PARA:** Dra. Lorena Elizabeth Mosquera Vallejo  
Presidenta de la Comisión de Trabajos de Titulación de la Facultad de Ciencias Médicas

Ing. Carlos Efraim Peralta Contreras  
Asistente de Gestión de Facultad

**ASUNTO:** Notificación de Resolución No. 780-2023 H.C.D.F.C.M Aprobar el protocolo No. 2808-M sesión 4 de octubre de 2023

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, me permito notificar para los fines legales y administrativos pertinentes con la siguiente resolución:

**EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA**, en sesión ordinaria realizada el día 4 de octubre de 2023, conoció el memorando Nro. UC-FCMD-2023-1565-M de 02 de octubre de 2023 enviado por la Dra. Lorena Mosquera Vallejo, Presidenta de la Comisión de Trabajos de Titulación, con el asunto: NÓMINA DE PROTOCOLOS QUE CUMPLEN CON LOS PROCESOS DE INVESTIGACIÓN No. 2808-M. El documento en su parte pertinente indica: "Con un cordial saludo me dirijo a Usted y por su digno intermedio al H. Consejo Directivo para informar que, se ha receptado en la Comisión de Trabajos de Titulación, los protocolos que cumplen con los procesos de investigación. Por lo expuesto, se da el trámite favorable a la petición, salvo el buen criterio del H. Consejo Directivo."

El Consejo Directivo, considerando las garantías establecidas en los arts. 226, 227 y 355 incisos primero y segundo de la Constitución de la República del Ecuador, lo dispuesto en los arts. 17 y 18 de la Ley Orgánica de Educación Superior, el art. el art. 8 literal "g" del Instructivo de Titulación de Grado de la Facultad de Ciencias Médicas; en uso de las atribuciones que le otorga el art. 43 literal "k" del Estatuto de la Universidad de Cuenca, por unanimidad de votos de los miembros presentes en la sesión, **RESOLVIÓ:**

1. Acoger el pronunciamiento de la Comisión de Trabajos de Titulación contenido en el memorando No. UC-FCMD-2023-1565-M sobre el cumplimiento de procesos de investigación del protocolos No. 2808-M
2. Aprobar el protocolo No. 2808-M, a la directora y cronograma propuestos según los documentos adjuntos al memorando conocido.
3. Disponer la notificación de la presente resolución a la Comisión de Trabajos de Titulación, para los fines legales y administrativos pertinentes y a través de la Secretaría







## Anexo I. Aprobación del CRA para la ejecución del estudio

**Carta de interés institucional para estudios observacionales, estudios de intervención y ensayos clínicos en seres humanos****A QUIEN PUEDA INTERESAR**

Por medio de la presente manifiesto que el proyecto titulado: **ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE PACIENTES ADICTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA) EN LA CIUDAD DE CUENCA, 2023**, es de interés institucional por los resultados que se pueden generar de este proyecto para el **Centro de Reposo y Adicciones (CRA)** tomando en cuenta que se identificará la frecuencia y la relación entre la funcionalidad y estructura familiar en pacientes con adicción a sustancias lícitas e ilícitas y como afecta en el desarrollo de conductas de alto riesgo.

Informo también que la participación del **Centro de Reposo y Adicciones (CRA)**, es libre y voluntaria; y, que en caso de solicitar datos anonimizados o seudonimizados el **Centro de Reposo y Adicciones (CRA)**, cuenta con la capacidad de entregar los datos de manera anonimizada o seudonimizada según lo establecido en la Ley Orgánica De Protección De Datos Personales.

Además, los investigadores han manifestado que cuentan con los insumos necesarios para la ejecución del proyecto de Investigación. Por tanto, el **Centro de Reposo y Adicciones (CRA)** no contempla algún tipo de financiamiento para el desarrollo de este estudio.

Se aclara que este documento no constituye la autorización, ni la aprobación del proyecto, o del uso de insumos o recursos humanos de la institución. Además, se informa que una vez que la investigación sea aprobada por un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos autorizado por el Ministerio de Salud Pública, el Investigador principal podrá solicitar los datos de los sujetos de estudio o datos de salud anonimizados o seudonimizado, debiendo adjuntar el protocolo de investigación aprobado y la carta de aprobación emitida por el CEISH.

En caso de que el investigador requiera de talento humano o insumos de un establecimiento público sanitario para la ejecución de un proyecto de investigación, debe suscribir un convenio según como lo determine establecimiento público sanitario, en base a lo establecido en el Acuerdo Ministerial No. 00011 -2020, "Reglamento de suscripción y ejecución de convenios del MSP", publicado en Registro oficial – Edición especial No. 590 de 20 de mayo de 2020. Cabe señalar que el proyecto de investigación previo a la suscripción del convenio deberá contar con la aprobación de un CEISH aprobado por MSP.

Cuenca, 28 de junio de 2023

  
Doctor Saúl Pacurucu Castillo  
Director General del Centro de Reposo y Adicciones (CRA)



Dirección: Av. El Paraíso s/n. junto al Hospital Vicente Corral Moscoso. Telf: 593-7-4051000 Ext.: 3165  
Web: [www.ceish.ucuenca.edu.ec](http://www.ceish.ucuenca.edu.ec)  
Correo: [ceish@ucuenca.edu.ec](mailto:ceish@ucuenca.edu.ec)  
Cuenca - Ecuador