

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Situación familiar de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el  
Centro de Atención Especializado en Adicciones de la Provincia del Callao,  
Período 2018

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Trabajo Social

Presentado Por:

Autora: Bachiller Naysha Marllory Salas Paredes

Lima – Perú  
2018

***Dedicatoria:***

**A Dios**, por su protección, darme fuerzas y siempre bendecirme.

**A mis padres**, quienes me han apoyado brindándome su amor, esfuerzo, enseñanzas y cuidados para mi vida.

**A mis hermanos**, por lo momentos y experiencias que pasamos juntos.

### ***Agradecimiento:***

Al cuerpo profesional de grados y títulos en la contribución del inicio y finalización de mi trabajo de investigación.

Al equipo de intervención como pacientes del CADES por su apoyo y participación.

Al licenciado Felipe Rodríguez Flores por su laboriosidad y empeño hacia el trabajo social.

A las personas que también colaboraron conmigo en el proceso de este estudio, de manera directa como indirecta.

## **PRESENTACIÓN**

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento de las normas de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según la Directiva N° 003-FPs y TS-2018, me es grato poder presentar mi trabajo de investigación titulado “Situación familiar de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el CADES de la Provincia del Callao, período 2018”, bajo la modalidad de TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL para obtener el título profesional de licenciatura.

Por lo cual espero que este trabajo de investigación sea adecuadamente evaluado y aprobado.

Atentamente.

Naysha Marllory Salas Paredes

# ÍNDICE

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| Dedicatoria  | ii          |
| Agradecimientos  | iii         |
| Presentación   | iv          |
| Índice   | v           |
| Anexos   | vii         |
| Índice de tablas   | vii         |
| Índice de figuras  | ix          |
| Resumen  | x           |
| Abstract   | xi          |
| Introducción   | xii         |
| <b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>                                | <b>14</b>   |
| 1.1 Descripción de la realidad problemática                                  | 14          |
| 1.2 Formulación del problema   | 17          |
| 1.2.1 Problema general   | 17          |
| 1.2.2 Problemas específicos  | 17          |
| 1.3 Objetivos  | 18          |
| 1.3.1 Objetivo general   | 18          |
| 1.3.2 Objetivos específicos  | 18          |
| 1.4 Justificación e importancia  | 19          |
| <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</b>                                 | <b>21</b>   |
| 2.1 Antecedentes   | 21          |
| 2.1.1 Antecedentes internacionales   | 21          |
| 2.1.2 Antecedentes nacionales  | 24          |
| 2.2 Bases teóricas   | 28          |
| 2.2.1 Conceptualización de familia   | 28          |
| 2.2.2 Conceptualización de situación familiar                                | 29          |
| 2.2.3 Teorías relacionadas a la situación familiar                           | 30          |
| 2.2.4 Causales del consumo de SPA y familia                                  | 31          |
| 2.2.5 Contexto de la situación familiar                                      | 39          |
| 2.2.6 Dimensiones de la situación familiar                                   | 47          |
| 2.3 Definiciones conceptuales  | 51          |
| <b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>   | <b>53</b>   |
| 3.1 Tipo y diseño de investigación   | 53          |
| 3.2 Población y muestra  | 54          |
| 3.3 Identificación y operacionalización de la variable                       | 56          |
| 3.4 Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico                      | 58          |
| 3.5 Validez y confiabilidad del constructo                                   | 60          |
| <b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b> | <b>62</b>   |
| 4.1 Presentación de los resultados sociodemográficos                         | 62          |
| 4.2 Presentación de los resultados específicos                               | 64          |
| 4.3 Procesamiento de los resultados  | 69          |
| 4.4 Discusión de los resultados  | 69          |

|  |           |
|--|-----------|
| 4.5 Conclusiones                             | 73        |
| 4.6 Recomendaciones                          | 74        |
| <b>CAPÍTULO V: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN</b>  | <b>76</b> |
| 5.1 Denominación del programa                | 76        |
| 5.2 Justificación del programa               | 76        |
| 5.3 Objetivos del programa                   | 87        |
| 5.4 Sector al que va dirigido el programa    | 88        |
| 5.5 Metodología de intervención del programa | 89        |
| 5.6 Recursos del programa                    | 92        |
| 5.7 Cronograma de actividades                | 93        |
| Referencias bibliográficas                   | 98        |

## ANEXOS

|   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| Anexo 01. Matriz de consistencia  | 104         |
| Anexo 02. Escala de Situación Familiar en Adictos de Sustancias Psicoactivas    | 106         |
| Anexo 03. Certificado de validación del primer experto                          | 108         |
| Anexo 04. Certificado de validación del segundo experto                         | 109         |
| Anexo 05. Certificado de validación del tercer experto                          | 110         |
| Anexo 06. Carta de presentación: Centro de Atención Especializado en Adicciones | 111         |
| Anexo 07. Carta de aceptación: Proyecto de investigación                        | 112         |
| Anexo 08. Talleres internos del CADES con los pacientes                         | 113         |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| Tabla 01. Características básicas y estructurales  | 33          |
| Tabla 02. Ámbitos y estructuras familiares   | 34          |
| Tabla 03. Cualidades de la muestra   | 55          |
| Tabla 04. Matriz de operacionalización de la variable Situación Familiar   | 57          |
| Tabla 05. Índices de la Escala de Situación Familiar en Adictos de SPA   | 59          |
| Tabla 06. Total de baremo de la variable Situación Familiar  | 59          |
| Tabla 07. Validación de la Escala de Situación Familiar en Adictos de SPA  | 60          |
| Tabla 08. Confiabilidad de la Escala de Situación Familiar de Adictos de SPA   | 61          |
| Tabla 09. Datos sociodemográficos de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES de acuerdo a la Edad.                                   | 62          |
| Tabla 10. Datos sociodemográficos de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES de acuerdo al Grado de Instrucción.                     | 63          |
| Tabla 11. Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES de la Provincia del Callao, Período 2018. | 64          |
| Tabla 12. Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES en la dimensión afectiva.                 | 65          |
| Tabla 13. Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES en la dimensión económica.                | 66          |
| Tabla 14. Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES en la dimensión salud.                    | 67          |
| Tabla 15. Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES en la dimensión social.                   | 68          |
| Tabla 16. Análisis de la frecuencia de la dimensión económica.   | 88          |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| Figura 01. Formas de apoyo social de las percepciones   | 31          |
| Figura 02. Modelo estructural de las relaciones familiares  | 32          |
| Figura 03. Coyuntura teórica de la comunicación familiar  | 40          |
| Figura 04. Procesos aplicativos del disfrute familiar   | 44          |
| Figura 05. Diseño de investigación  | 54          |
| Figura 06. Datos sociodemográficos de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES de acuerdo a la Edad.                                   | 62          |
| Figura 07. Datos sociodemográficos de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES de acuerdo al Grado de Instrucción.                     | 63          |
| Figura 08. Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES de la Provincia del Callao, Período 2018. | 64          |
| Figura 09. Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES en la dimensión afectiva.                 | 65          |
| Figura 10. Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES en la dimensión económica.                | 66          |
| Figura 11. Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES en la dimensión salud.                    | 67          |
| Figura 12. Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES en la dimensión social.                   | 68          |
| Figura 13. Frecuencia porcentual de la dimensión económica en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas que SÍ participarán de este programa.     | 88          |
| Figura 14. Modelo de atención de casos.   | 89          |

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general, determinar el nivel de la situación familiar de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la Provincia del Callao, Período 2018. Este estudio tuvo un tipo de investigación descriptiva, enfoque cuantitativo, diseño no experimental y corte transversal.

La población, estuvo comprendida por 50 pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES y la muestra de tipo censal por contar con una reducida cantidad de participantes, estuvo representada igual por 50 pacientes que son atendidos en cumplir su rehabilitación en esta institución. El instrumento que se utilizó para la debida recolección de datos se basó en la Escala de Situación Familiar en Adictos de Sustancias Psicoactivas, el cual fue sometido mediante las pruebas de validez y confiabilidad.

Las conclusiones expusieron que el nivel de la variable principal Situación Familiar percibido por los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la Provincia del Callao, Período 2018 responde a un nivel regular igual al 50% representando que los pacientes no son reestablecidos de una manera integral por la falta de diversos recursos que facilite y brinde el proceso de rehabilitación.

**Palabras claves:** Situación familiar, dimensión afectiva, dimensión económica, dimensión salud, dimensión social.

## ABSTRACT

This research had as objective; determine the level of the family situation of The conclusions presented to the level of the main variable situation family perceived by patients of psychoactive substances in the care center specializing in addictions from the province of Callao, period 2018 responds to a level regular 50% representing that the patients are not reestablished in a comprehensive manner by the lack of resources to facilitate and provide the rehabilitation process.

The population was comprised of 50 patients of the CADES and the sample census type of psychoactive substances by having a reduced number of participants, was represented equally by 50 patients who are assisted in fulfilling its rehabilitation in this institution. The instrument used for proper data collection was based on the Scale of Situation in Addicts of Psychoactive Substances, which was subjected submitted using the evidence of validity and reliability.

The conclusions presented to the level of the main variable situation family perceived by patients of psychoactive substances in the care center specializing in addictions from the province of Callao, period 2018 responds to a level regular 50% representing that the patients are not reestablished in a comprehensive manner by the lack of resources to facilitate and provide the rehabilitation process patient's consumers of psychoactive substances in the Center's specialized care in addictions from the province of Callao, period 2018. This study was a type of descriptive research, quantitative approach, non-experimental design and cross-section.

**Key words:** Family situation, affective dimension, economic dimension, health dimension, social dimension.

## INTRODUCCIÓN

La situación familiar, es considerada como una circunstancia positiva o negativa que un miembro o más miembros de una familia atraviesa y busca los medios para poder actuar y manejar de manera propicia aquellos hechos que aun siendo de impacto adecuado deben tener medidas de evaluación y seguimiento para no llegar a consecuencias que generen riesgos.

Por otra parte las sustancias psicoactivas o denominadas SPA por sus siglas, son los agentes químicos que las personas a nivel mundial consumen de manera paulatina y casos más graves son adicciones que vienen por causas no resueltas en donde la familia siempre está como aquel actor del efecto sobre el hecho que las personas consuman de un modo reiterativo las mismas sustancias psicoactivas llegando al ciclo de la adicción crónica que trae consigo deterioros físicos, mentales y la propia mortalidad de la persona que consume o es adicta.

Se consideran sustancias psicoactivas a las bebidas alcohólicas, cigarros, y drogas o cualquier otro químico; todas estas formas que conllevan a factores de riesgo en el bienestar de la persona surgen en un comienzo por problemas que suscitan en los hogares sin que esté presente el estatus socioeconómico o cualquier otro indicador que indique lo contrario. La disfuncionalidad es el motor principal que desencadena el consumo y posteriormente la adicción en una persona hasta convertirla en un hábito o estilo de vida.

Las personas que no buscan ayuda por sí mismos, en algunos casos son “obligados” a ser llevados a la fuerza para que puedan desintoxicarse y luego pasar por un tratamiento de monitoreo y de terapia psicológica, sin embargo por realizar esta acción regresan a su consumo y adicción.

Los Centros de Atención Especializados en Adicciones, recomiendan que es mejor que la persona adicta a las SPA tenga la autonomía y disposición independiente para que tomen la decisión de poder recurrir a la ayuda profesional y que sus familias deben tener un grado de empatía regular que les permita identificar el porqué de su consumo y adicción y solo con el dialogo sincero podrán establecer el proceso de tratamiento y rehabilitación.

En tal sentido, para poder concientizar a las personas con adicciones de sustancias psicoactivas, primero se debe realizar una comunicación de exhortación sin lograr perjudicar ni victimizar a la persona que consume SPA, sino realizar una interacción donde pueda fluir y poder tener las respuestas idóneas en las que se pueda llegar a una conciliación de poder llegar al respecto tratamiento.

Al detallar lo anterior surge expresar el problema, presentándose así este proyecto de investigación titulado “Situación familiar de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la Provincia del Callao, Período 2018”, que a través de la elaboración de un programa de intervención permitirá mejorar las actuaciones y/o formas de poder hacer que las personas consumidoras de sustancias psicoactivas puedan no solo culminar su tratamiento sino que exista un cambio óptimo mediante un enfoque integral.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Descripción de la Realidad Problemática.

El fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas o denominado SPA por sus siglas, a nivel mundial se ha vuelto un problema muy desafiante esto debido a sus mismos contenidos que preocupan a la sociedad. Según algunos estudios y escenarios han demostrado que ciertos factores como la globalización, la tecnificación y la comunicación; han desplazado el uso tradicional de algunas plantas consideradas “sagradas”, hacia una práctica y abuso extremo llegando a un difícil control el cual incluye nuevos patrones cada vez más accesibles y potentes.

La Organización Mundial de la Salud (2007), informó que entre el 3% y el 4,8% de la población (de entre 185 y 300 millones de personas) de todas las regiones, condiciones y características consumían SPA tanto legales como ilegales; así mismo se presentó un aumento de adquisición de drogas ilegales en países de África, América del Sur y Medio Oriente; donde al carecer de recursos y formación suficiente para evitar la adicción, donde millones de personas corren el riesgo de volverse dependientes.

El consumo de SPA afecta a todas las dimensiones del bienestar humano: social, biológico, psicológico, cognitivo, emocional, cultural, etc. Su dependencia es una consecuencia de su uso indebido ya que preocupa por la corta edad de inicio como su expansión rápida.

El abuso, la dependencia y el consumo constituyen serios problemas de salud pública que tienen repercusiones altamente sociales y sobre todo de salud en la persona, con ello radica la importancia de un abordaje multidisciplinario y holístico.

David Olson y Howard Barnes (1982), hablan de la problemática del núcleo de la sociedad respecto al consumo de sustancias psicoactivas donde refieren que este evento se produce cuando en primer lugar la familia tiene la cualidad de “abandono” sin mencionar la causa que ocasiona a la misma. El aspecto del desamparo familiar puede tener su origen en los antecedentes de los mismos padres y la disfuncionalidad estructural con la cual se mueve este conjunto. Los autores, consideran que la familia juega un rol importante dentro del tratamiento (recuperación) de la persona que sufre de adicción a estas sustancias. Por ello, es necesario que la familia se informe de cómo está relacionada y afectada por la enfermedad de alguien de su clan. Ellos indican que las parentelas reciben de manera frontal el impacto de una adicción de modo que no existe familia que no se afecte y/o muestre síntomas de disfunción cuando uno de sus miembros padece de esta patología.

Dentro de su teoría de sobre la función familiar y la recuperación en el procesos que influyen la situación familiar, recalcan que el sistema de conductas que apoyan al desarrollo de la adicción como el factor social, ambiental y hasta veces familiar ocasionan pocos vínculos afectivos y de seguridad donde la o el consumidor pueda contar con un “grupo” en donde sentirse cómodo pues solo nace el placer de comprar-consumir-disfrutar sustancias. Si bien no todos los familiares llegan a ser dependientes pero sí están afectados por las consecuencias directas o indirectas de este problema, el familiar adicto se convierte gradualmente en el centro de atención y a menudo de forma abierta.

Este modelo, enfatiza dimensiones proporcionales (emocional, económica, salud y social), brindadas como enfoques auxiliares que ayudan a las familias y desfavorecen a los consumidores. Dentro de este contexto siempre se está monitoreando la condición física-mental del adicto con la finalidad de buscar la mejor vía de solución que precise a la familia siempre como el motor de soporte.

Finalizan sus creadores, manifestando que este problema tiene un ciclo de desarrollo: situación de negación, pasa luego a un estado en donde la familia del adicto trata de *controlar la situación* y un tercer momento en donde se ubica la búsqueda de ayuda externa para luego hacer que el problema de la adicción se convierta en una parte integral del estilo de vida de la familia y como está utiliza mecanismos de intervención.

Por otra parte en el Perú, el Ministerio de Salud (2013), califica el abuso y consumo excesivo de sustancias psicoactivas como un problema social para la comunidad con efectos negativos para los adolescentes y vulnerables para las adultos por la tendencia de la modificación de comportamientos en las personas dependientes.

En ese sentido, el Centro de Atención Especializado en Adicciones - CADES ubicado en la provincia del Callao, busca brindar u soporte real y efectivo a la persona consumidora y a los familiares, logrando superar así los factores que los afligen por los problemas de adicción. Bajo esta perspectiva de rehabilitación, apoyo, participación y de soporte; el paciente (persona en tratamiento por alto consumo) se da cuenta de su realidad y decide actuar mediante su recuperación.

A lo expuesto anteriormente plantea la presente investigación denominada: Situación familiar en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la provincia del Callao, 2018.

En razón a este problema, se busca detallar, conocer e identificar la realidad contextual en que viven las personas dependientes de las sustancias psicoactivas y su dinámica familiar partiendo de los factores causales y motivaciones que conllevan a tomar esta determinación; el impacto (adicción) puede relucir un efecto negativo todas las áreas del consumidor si este no es tratado a tiempo.

## **1.2. Planteamiento del Problema.**

### **1.2.1. Problema principal.**

¿Cuál son los niveles de la situación familiar de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la provincia del Callao, Período 2018?

### **1.2.2. Problemas específicos.**

¿Cuál es el nivel de la situación familiar en la dimensión afectiva de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la provincia del Callao, Período 2018?

¿Cuál es nivel de la situación familiar en la dimensión económica de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la provincia del Callao, Período 2018?

¿Cuál es el nivel de la situación familiar en la dimensión salud de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la provincia del Callao, Período 2018?

¿Cuál es el nivel de la situación familiar en la dimensión social de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la provincia del Callao, Período 2018?

### **1.3. Objetivos de la Investigación.**

#### **1.3.1. Objetivo general:**

- Determinar el nivel de la situación familiar de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la Provincia del Callao, Período 2018.

#### **1.3.2. Objetivos específicos:**

- Conocer el nivel de la situación familiar en la dimensión afectiva de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la Provincia del Callao, Período 2018.

- Identificar el nivel de la situación familiar en la dimensión económica de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la provincia del Callao, Período 2018.

- Identificar es el nivel de la situación familiar en la dimensión salud de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la provincia del Callao, Período 2018.

- Detallar el nivel de la situación familiar en la dimensión social de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la provincia del Callao, Período 2018.

#### **1.4. Justificación e importancia.**

Poder conocer la temática sobre la situación familiar en base a pacientes consumidores de sustancias psicoactivas provenientes de una institución, hace analizar cuáles son aquellos factores que determinan por qué una persona (adolescente o adulta) se “convierte” o decide tomar esta decisión que no solo llega a dañarlo de manera física y psicológica sino que también lo llega a alejar de su ambiente familiar y social.

Al contar con ciertos indicios, se puede llegar a identificar las posibles causas que conllevan a esta determinación por parte de estos usuarios. Sin embargo a veces es difícil tener una postura clara, esto debido a que algunas familias son disfuncionales y/o los pacientes son abandonados por diversos motivos y como consecuencia recurren al consumo de las SPA, por ello resulta complicado tener las premisas válidas en cuanto a los aspectos que “mueven” a las personas a terminar en centros de rehabilitación.

En tal sentido, es necesario contar con cierta literatura que apoye y/o sustente las causales de porque los pacientes llegar a esta condición de consumidores. Aparte también que conlleve a las variables del entorno familiar para que se tenga una coincidencia con el tema de estudio y precisar las características de ambas partes. Los efectos no solo de consumir, sino de ser adictos a estas sustancias traen consigo malestares físicos, psicológicos,

sociales; pero sobre todo los familiares que al no ser funcional el núcleo principal puede afectar al paciente.

El presente estudio tiene provisto alegar desde diversos puntos de vista: teórico, práctico y metodológico.

En el aspecto teórico: permitirá recopilar varios principios y teorías mediante la descripción del tema, lo cual crea una fuente de información enriquecida que será de utilidad como medio de consulta para otros investigadores.

En el aspecto metodológico: mediante las técnicas, procedimientos e instrumentos empleados en la presente investigación, servirán de modelo para quien en el futuro quiera guiarse y hacer uso de estos para el desarrollo de su investigación.

En el aspecto práctico: afianzara nuevas propuestas en los profesionales de la rama científica del Trabajo Social y expondrá como se puede abordar esta problemática, enfatizando nuevas estrategias y métodos de trabajo con el paciente y sus familias.

## CAPÍTULO II MARCO TEORICO CONCEPTUAL

### 2.1. Antecedentes.

Para realizar el presente trabajo se realizó la búsqueda de investigaciones relacionadas al tema, sean estas de índole nacional como de otros países. Algunos estudios guardan relación con las dimensiones y el instrumento y no con el título de igual modo servirán como referencia. Por consiguiente se encontraron los siguientes proyectos y/o artículos:

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

Gonzales. M, Oliva. L. y Rey. L. (2016), en Veracruz-México de la Universidad Nacional Autónoma de México, publicó el artículo titulado: “**Las Relaciones Familiares y el Consumo de Drogas en los adolescentes de Xalapa Veracruz**”. Esta investigación tuvo como objetivo general el identificar la situación del entorno familiar del adolescente como conocer el índice de prevalencia del uso de drogas. El estudio fue descriptivo en su totalidad. La muestra estuvo seleccionada por 2, 371 estudiantes de entre 12 a 17 años de 36 escuelas de zonas urbanas que cursan el nivel secundario. Se utilizó como instrumento el Cuestionario Ex Profeso. En cuanto a los resultados, el 65% de los estudiantes expusieron que tienen buenas relaciones con sus padres, el 73% de los encuestados tiene una familia de tipo flexible, el 84% no han presenciado consumo y/o violencia en sus hogares y que el 2.88% ha probado algún tipo de droga una única vez en su etapa escolar. Se concluye que, no existe un alto grado de consumo de drogas en los estudiantes del nivel secundario de las 36 escuelas de las zonas urbanas y se recomendó elaborar

un plan de acción que permita la protección de los adolescentes en contra el consumo de drogas y otras sustancias adictivas, también en fortalecer los programas de intervención y desarrollar las diversas habilidades en los adolescentes.

Trujillo. C, Vásquez., T. y Córdova, A. (2016), en Veracruz-México de la Universidad Nacional Autónoma de México, publicó la tesis titulada: **“Percepción de la Funcionabilidad Familiar y el consumo de alcohol en adolescentes”**. Esta investigación tuvo como objetivo general el identificar la percepción de la funcionalidad familiar en el consumo de alcohol en adolescentes. El estudio fue descriptivo y transversal de diseño descriptivo-correlacional. Se aplicó una encuesta para datos sociodemográficos, Test APGAR Familiar y el Test AUDIT. La muestra fue censal contando con un total de 236 adolescentes de entre 12 a 16 años de edad. En cuanto a los resultados, se correlacionó la percepción de la funcionalidad familiar de los padres con el consumo de alcohol por parte de los adolescentes y esto se debe al descuido, irresponsabilidad, violencia de parte de los padres hacía con sus hijos. Se concluye que, el consumo de alcohol en los adolescentes no dependió de su percepción de la funcionalidad familiar.

Arévalo, A., Beltrán, Y., Bermúdez, Z., Hernández, A. y Martínez, A. (2015), en Bogotá-Colombia de la Universidad Nacional Abierta y A Distancia, se publicó la tesis titulada: **“Causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes con ambientes de Vulnerabilidad Familiar y Contextos Sociales Conflictivos”**. Esta investigación tuvo como objetivo el conocer las causas y consecuencias del consumo de SPA. La investigación fue de tipo descriptiva-correlacional. Para la de recolección de datos sobre el consumo de drogas en jóvenes y su relación con los problemas familiares fueron participantes 35 adolescentes de las comunidades

seleccionadas por cada integrante del grupo. El instrumento de aplicación fue el cuestionario TECVASP, adaptado por Liliana Covés y Sergio Roel. En cuanto los resultados, el porcentaje menor arrojó 33% a la pregunta: si ha probado sustancias psicoactivas (SPA), es un valor significativo, debido a que en las comunidades estudiadas existe y de manera significativa la presencia de este flagelo en una etapa de la vida tan vulnerable como es la adolescencia, donde más sea el porcentaje mayor probabilidad será la probabilidad a la adicción; por otro lado el 67% de los encuestados manifestaron nunca haber probado sustancias. Al existir consumo masivo en las comunidades mayor expectativa de que los adolescentes lo harán en un futuro, por tanto el 40% de esta población encuestada se las ha ofrecido y a un 60% no. Se concluye que, existe un consumo y por ello se recomendó la creación de espacios alternativos para el bienestar de adolescentes proclives a la adicción de SPA.

Soledad, M. (2014), en Buenos Aires-Argentina de la Universidad Abierta Interamericana, se publicó la tesis titulada: **“Funcionamiento Familiar y el Drogodependiente en proceso de recuperación”**. Esta investigación tuvo objetivo general el estructurar el funcionamiento familiar y su relación con el drogodependiente en su proceso de recuperación. Se basó en una investigación descriptiva, de enfoque mixto y diseño experimental. En este estudio se aplicaron escalas de funcionamiento familiar validados previamente por otras investigaciones, la muestra fue 30 pacientes y 30 familiares que asisten a tratamiento en una institución situada en la ciudad de Rosario. En cuanto a los resultados obtenidos se presentaron coincidencias cuantitativas entre la percepción de los familiares y pacientes de estudio en base al funcionamiento familiar, considerando a la familia como un sistema. Los familiares que asisten tienen vínculos paternos, maternos, otros parientes, pareja y hasta amigos. En el caso de la población estudiada el 76% son mujeres siendo el 53% madres, el 20% padres, el 17% parejas y el 3% amigos, as edades de las personas entrevistadas varían de 21 a 72 años de edad,

siendo la edad promedio 48 años, es decir, que el 70% se concentra en un rango de edad de 36 y 60 años. En cuanto a los resultados, se describen que el 50% resulto tener un funcionamiento funcional familiar, el 43% un funcionamiento moderado funcional, un 35% un funcionamiento severo familiar. Se concluye que, los pacientes drogodependientes tienen el apoyo familiar correspondiente para que en su proceso de recuperación y rehabilitación cuenten con el soporte emocional y afectivo respectivo.

Pazmiño, J. y Reyes, R. (2013), en Quito-Ecuador de la Universidad Técnica del Norte, se ubicó la tesis titulada: **“Abordaje de Familias con Alcoholismo y Disfuncionalidad Familiar en tres Barrios Populares de Quito”**. Esta investigación tuvo objetivo principal el precisar la intervención de las familias en tres barrios populares de Quito referente al problema del alcoholismo. La investigación tuvo un corte transversal y de tipo descriptivo del propio estudio. Los datos como la muestra fueron censales, lo que equivale al perfil demográfico de los tres barrios populares de Quito. Los instrumentos que se utilizaron fueron las entrevistas semiestructuradas y el test de Alcoholismo Autoadministrable. En cuanto a los resultados, se pudo demostrar que existe una relación correlacional entre las familiar con disfuncionalidad y el alcoholismo en un 57.3% en los tres barrios populares de Quito, por otro lado las relaciones de las parejas se presenta maltrato doméstico en un 27.7% respectivamente. Se concluye que, existen conflictos graves en la relaciones con la mayoría de familias con alcoholismo en los barrios intervenidos, esto indica que la relación de pareja es disfuncional.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

Arroyo, Y. y Coaquira, E. (2017), en Junín de la Universidad Peruana Unión, se publicó la tesis titulada: **“Funcionamiento Familiar y Consumo de Alcohol en estudiantes de 3<sup>ero</sup>, 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> de secundaria de un Colegio Nacional”**. Esta investigación tuvo como objetivo general el determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol en estudiantes del 3<sup>ero</sup>, 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> de secundaria de un colegio nacional. El tipo de investigación fue descriptivo-correlacional, con un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 279 alumnos del sexo femenino. Los instrumentos utilizados para el recojo de la información fueron la Escala de Funcionamiento Familiar de Olson y el test AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol). En cuanto a los resultados, se indicaron que existe una relación significativa mayor entre el funcionamiento familiar y el consumos de alcohol en las estudiantes, también se denota una relación de significancia regular en cuanto a la adaptabilidad del funcionamiento familiar y su relación con el consumo de alcohol y un grado de significancia baja en relación a la cohesión del funcionamiento familiar y el consumo de alcohol. Se concluye que, con este proyecto de investigación que la variable funcionamiento familiar tiene relación con el consumo de alcohol en las estudiantes de los tres grados (3<sup>ero</sup>, 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> de secundaria).

Hidalgo, S. (2017), en Lima de la Universidad Autónoma del Perú, se publicó la tesis titulada: **“Clima Social Familiar y Personalidad en adolescentes del Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación de Lima”**. Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre clima social familiar y la personalidad. Se realizó un estudio de tipo trasversal, descriptivo- correlacional, con un diseño no experimental. La población, adolescentes del programa II y III del Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación de Lima, con un muestreo no probabilístico de tipo intencional conformado por 300 adolescentes, varones entre los 14 y 21 años. Se aplicó la

Escala de Clima Social en la Familia (FES), y el Inventario Clínico para Adolescentes de Millón (MACI). En cuanto a los resultados, el Clima Social Familiar, percibió que alrededor de la mitad de adolescentes perciben un nivel promedio en su grado de comunicación, libre expresión dentro de la familia, logro personal y control ejercido por algún miembro, también llama la atención que del 36%, 43% y 40% se ubican, respectivamente en categorías de insatisfacción. En cuanto a personalidad los prototipos más resaltantes son el Rudo (42.3%), Rebelde (40.7%), Egocéntrico (33%) e Histriónico (21.3%). La inclinación por el abuso de sustancias es notoria (75%), predisposición por la delincuencia (49%), y la propensión a la impulsividad (30%) como síndromes clínicos marcados. Se concluye que, el clima social familiar se asocia con las tipologías de personalidad en el nivel de logro de la persona promovido en casa y el control ejercido, pero de forma inversa.

Yaya, E. (2017), en Lima de la Universidad Cayetano Heredia, publicó la tesis titulada: “**Relación entre la Calidad de Vida, tiempo de consumo y tiempo de permanencia de los niños, niñas y adolescentes adictos a sustancias psicoactivas en una Comunidad Terapéutica de Lima**”. Esta investigación tuvo como objetivo general el determinar la relación que existe entre la calidad de vida, tiempo de consumo de sustancias psicoactivas y el tiempo de permanencia de niños, niñas y adolescentes en la Comunidad Terapéutica de Lima. El diseño de la investigación es correlacional, los participantes son 86 entre niños, niñas y adolescentes de una Comunidad Terapéutica. Se utilizó un cuestionario de datos importantes del problema de consumo de sustancias psicoactivas y un instrumento de evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP). En cuanto a los resultados, los niveles de calidad de vida de la población existe un mayor número en la categoría de malo con un 77%, en la categoría de muy buena se encuentra el 12%. Se concluye que, la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes corren riesgos a futuro en su salud física y mental, ambiental,

social y familiar; esto debido al tiempo de consumo con las sustancias psicoactivas y al tiempo de permanencia de las mismas.

Alvan, C., Santillán, K. y Trigozo, M. (2016), en Iquitos de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, se ubicó la tesis titulada: “**Factores Familiares asociados al consumo de drogas psicoactivas en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Simón Bolívar, Iquitos-2016**”. El objetivo de la investigación fue determinar la asociación que existe entre los factores familiares y el consumo de drogas psicoactivas, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Simón Bolívar, Iquitos 2016. Se empleó el método cuantitativo, el diseño no experimental, descriptivo, correlacional, transversal. La población fue de 323 estudiantes y la muestra de 141. Se aplicaron dos instrumentos para la recolección de datos: la Escala de factores familiares y los Criterios diagnósticos de consumo de drogas psicoactivas (CIE-10). En cuanto a los resultados, los factores familiares, 56% tuvieron estructura familiar saludable, 79,4% disfunción familiar y 56% educación familiar en valores deficiente; en cuanto al consumo de drogas psicoactivas, 78,7% no consume. Se concluye que, la estructura familiar y consumo de drogas psicoactivas tienen una relación disfuncional, el funcionamiento familiar y consumo de drogas psicoactivas tiene una relación regular y la educación familiar en valores y consumo de drogas psicoactivas tiene una relación poco regular.

Castillo, J., Contreras, H., Gutiérrez, C., Haro, E. y Trujillo, D. (2015), en Lima de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, publicaron el artículo titulado: “**Drogas ilegales en Lima y Callao: Factores familiares asociados a su consumo**”. Esta investigación tuvo como objetivo el determinar las características epidemiológicas, personales, escolares y los factores de tipo familiar (involucramiento de los padres con las actividades de sus hijos) que se

asocian con el consumo de marihuana e inhalantes por los estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana y Callao. El diseño fue un estudio analítico y transversal, mientras que el lugar estuvo situado en Lima Metropolitana y Callao. La muestra conto con cinco mil seiscientos cuarenta y siete estudiantes de 2°, 4° y 5° año de secundaria. El instrumento utilizado fue la escala FES y el cuestionario evaluación en tipología de drogas. En cuanto a los resultados, la prevalencia de vida de consumo de drogas ilegales en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana y Callao fue de 5,9% (marihuana) y 4,8% (inhalantes). El consumo de marihuana fue más frecuente en hombres (7,6%) que en mujeres (2,71%),  $p < 0,001$ . El consumo de marihuana e inhalantes fue significativamente más frecuente ( $p < 0,001$ ) en quienes no conviven con sus padres, en quienes tienen dos o más antecedentes de fracaso escolar, en quienes tienen frecuentes problemas de comportamiento en el colegio y en quienes tienen ausentismo escolar. Se concluye que, entre los factores de involucramiento familiar, fueron factores protectores: el conocimiento acerca de la ubicación del hijo por parte de los padres luego de la salida del colegio o en los fines de semana, el control de los padres sobre los programas de televisión que mira el estudiante, el comer junto a los padres entre 4 a 7 días a la semana y el informar a sus padres por parte del adolescente sobre el lugar donde sale en las tardes o fines de semana.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Conceptualización de Familia**

- Es la constitución de la sociedad y esta se estructurada por los padres, hijos y otros parientes los cuales se relacionan, cumplen con sus tareas, realizan funciones y buscan calidad. (Salas, 2018).

- La familia es un espacio, ambiente o lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de los miembros. (Carbonell, 2012).

- Es un grupo el cual tiene funciones universales, que se desempeñan de acuerdo a la sociedad en que se encuentre. (Pérez y Reinoza, 2011).

- La familia, es un grupo humano la cual está formada por parientes que tienen un rol y función específica y otorgada a fin que la sociedad se establezca dentro de una base de responsabilidades. (Riez, 2009).

- Es un clan integral que tiene deberes y derechos, los cuales deben interrelacionarse para su subsistencia. (Ziares, 2008).

- Es el conjunto de individuos que viven alrededor de un mismo lugar (hogar) pero que tiene cierta limitación en el factor espacial debido a los aspectos integrales que lo sostienen. (Febvre, 1961).

### **2.2.2. Conceptualización de Situación familiar**

- La situación familiar, se presenta como la intervención del bienestar entre uno o más de sus miembros que corren cierto peligro. (Riñas, 2007).

- La situación familiar, es el proceso que limita las fases funcionales del ambiente parental. (Lingernas, 2001).

- La situación familiar, es el apoyo mutuo hacia un integrante el cual contempla un cierto desamparo emocional o física y necesita de la solidaridad de sus demás miembros. (Masías, 2000).

- La situación familiar, es la seguridad y protección del núcleo hacia sus mismos clanes con la finalidad de poder “curar” aquella distracción equivocada que nutre la separación de la misma. (Inters, 1997).

- La situación familiar, es la conjugación de ciertos factores que agravan consecutivamente las relaciones humanas de esta sociedad, proporcionando grado disfuncionales entre sus integrantes (Koquis, 1995).

- La situación familiar, es el conjunto de personas que integran un núcleo el cual atraviesa un conflicto por la acumulación de diversas implicaciones que puedan llevar a la ruptura de la misma. (Cruz, 1989).

- La situación familiar, es un conjunto de aspectos que intervienen e interactúan con el propósito de sobrellevar conflictos internos, provocados por los miembros de la familia. (Barnes, Fernández-Dols, Huici y Olson, 1985).

- La situación familiar, en la vida del paciente adicto interviene mediante cuatro componentes, afectivo, económico, salud y social que mejoran su condición y logran la inserción del mismo. (Olson y Barnes 1982).

### **2.2.3. Teorías relacionadas a la Situación Familiar**

#### **2.2.3.1 La Teoría del Soporte social**

Cassel (1974), su idea básica de esta teoría es que el soporte social refuerza el sentido de valía y ser querido del individuo, al percibirse a sí mismo como miembro aceptado de un grupo.

Maslow, sostiene que la persona debe seguir mostrando esa necesidad de comunicarse con los demás, de tenerlos presentes y se sientan los vínculos afectivos entre los hombres, sobre todo en las familias donde surgen rupturas. Investigaciones al respecto se han desarrollado a lo largo de tres principales perspectivas teóricas, una primera línea de investigación postula que el soporte social tiene efectos directos sobre la salud tanto física como mental de las

personas y una segunda línea de investigación postula que el soporte social reduce directamente el impacto de los eventos estresantes, es decir, 'estímulos' que gradualmente afectan a las personas mediante la no postura de situaciones que sientes que no pueden manejar y/o asimilar.

La teoría del soporte social, suele considerarse como la de mayor alcance y de actuación en el campo psicosocial debido a que tiene el objetivo de aceptar al "paciente" tal y como es, llevándolo a un estado de aceptación y sobre todo de afecto sostenible y terapéutico por parte de sus propios miembros.

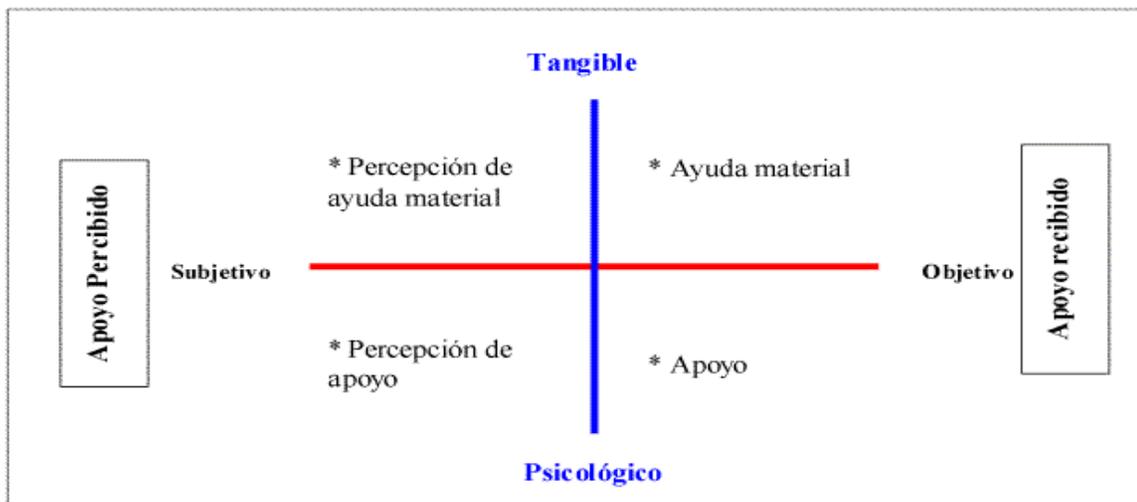


Figura N° 01: Formas de apoyo social de las percepciones (Caplan, 1976).

### 2.2.3.2. La Teoría Estructural del funcionamiento familiar

Minuchin (1977) se refiere a la familia como sistema que tiene una estructura dada por los miembros que la componen y las pautas de interacción que se repiten; la estructura le da la forma a la organización. La estructura del

sistema familiar es relativamente fija y estable para ayudar a la familia en el cumplimiento de tareas, protegerla del medio externo.

Muñoz (2011) refirió que el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema.



Figura N° 02: Modelo Estructural de las relaciones familiares. (Minuchin, 1989).

### 2.2.3.3 La Teoría del Cambio social

Moos (1987), según el autor esta teoría indica que el individuo busca satisfacer sus necesidades; que tengan oportunidades y limitaciones, es decir, contar con todo aquello que no se encuentra expuesto del contexto básico (afecto-material). La característica de este enfoque se determina en cuando la persona espera de la otra sobre todas sus acciones y si estás se encuentra en el plano de satisfacer sus necesidades. Puede existir una presión en el sentido sobre lo que prevalece y el sentido de pertenencia.

Esta teoría, es aplicada en estudios que pueden guiar a las instituciones a mejorar su ambiente por medio de canales que llevan beneficiar a las partes beneficiadas e interesadas. Debido a que el autor tiene referencias dentro de sus intervención acudiendo a un plano más “emocional” como parte de la rehabilitación en personas que consumen sustancias psicoactivas, por ende la importancia de generar siempre buenas vínculos familiares y sociales ayudarán a fortalecer la estima humana, para que posteriormente la condición fisiológica de la persona tratante sea óptima y esto se logrará primero con la predisposición del paciente-soportes-parea; que es la cadena de acción.

**Tabla 01: Características Básicas y estructurales**

| <b>Factores contextuales</b>                 | <b>Factores mediadores</b>        | <b>Resultados consecuentes</b>      |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Promedio del problema y/o situación alterada | Estrés, dependiendo del factor    | Aparición de los fenómenos sociales |
| Indicios de riesgos en el problema           | Escasos recursos de afrontamiento | Prevalencia de problemas sociales   |
| Pruebas del efecto del problema.             | Necesidades no suplidas           | Actitudes inadecuadas.              |

*FUENTE: elaboración propia y extraída de la psicología ambiental. (Saegert y Winkel, 1987).*

#### **2.2.3.4 La Teoría de la Personalidad**

Millon (1999) se manifiesta mediante la personalidad dispersa de la persona, la misma que trata de describir, explicar el comportamiento del individuo en su entorno y consigo mismo. Este teorema, pone en marcha dos etapas para su aplicación: la primera detalla la forma de interpretar la función

interpersonal del individuo, deduciendo los principios de la evaluación en donde el hombre expresa una serie de funciones esenciales en las diversas áreas (físicos, químicos, biológicos y psicológicos que influyen en la conducta humana). La segunda percepción, trata de analizar la adquisición de la persona elaborando un diseño de intervención para la misma. Y el último enfoque indica la importancia de la clasificación de los ámbitos psicopatológicos que puede llegar a desarrollar la persona y que para ello necesita recurrir al soporte principal que es la familia.

**Tabla N° 02: Ámbitos y estructuras familiares**

| <b>Ámbitos Funcionales</b>         | <b>Ámbitos Estructurales</b> |
|------------------------------------|------------------------------|
| <b><i>Nivel comportamental</i></b> |                              |
| Comportamiento observable          |                              |
| Comportamiento interpersonal       |                              |
| <b><i>Nivel fenomenológico</i></b> |                              |
| Estilo cognitivo                   |                              |
|                                    | Autoimagen                   |
|                                    | Representaciones objétales   |
| <b><i>Nivel intrapsíquico</i></b>  |                              |
|                                    | Organización morfológica     |
| <b><i>Nivel biofísico</i></b>      |                              |
|                                    | Estado de ánimo              |

*FUENTE: elaboración propia y extraída de los ámbitos estructurales y funcionales de la personalidad. (Millos y Davis, 1998).*

#### **2.2.4. Aspectos familiares en el consumo de SPA**

Según Rutter (1985), refiere que existen varios aspectos que desencadenan el consumo de sustancias psicoactivas en los personas sean

estas adolescentes o ya adultas, sin embargo siempre se presentan o reportan algunas causas de “iniciación” en donde el adicto se ve sumergido y comienza el proceso de consumidor hasta que se vuelve adicto a estas sustancias. Se detallan a continuación algunas manifestaciones causales:

- **La Dinámica familiar:** es donde los miembros de la parentela se insertan con la única finalidad, de realizar sus funciones, tareas y roles de acuerdo no solo a la constitución de cada estado, sino a la funcionalidad como misma sociedad que forma y que conduce hacia vínculos positivos o negativos esto dependiendo el tipo de familia y las relaciones entre sus mismos integrantes. La destrucción de esta dinámica o estructura en la familia se da cuando uno o más miembros toma la decisión de realizar una “negligencia” lo cual ocasiona la disfuncionalidad en la familia por medio de las relaciones, la cual da un paso a la violencia de cualquier tipo. Los determinantes para que se produzca la ruptura se basan en infinidad de factores entre ellos las adicciones en general, el maltrato en todas sus dimensiones, el abandono; son comúnmente las premisas a nivel mundial donde las familias se ven afectadas.
- **La Ausencia del ejercicio de autoridad:** al no contar con una figura de autoridad sea esta padre o madre, por diversas razones sea el tipo de familia y sobre todo el abandono, el miembro familiar que asume el rol responsable tiene la idea de ser permisible para mantener a todo el núcleo bajo un bienestar. Sin embargo al no existir reglas para no cometer acciones y/o desviaciones dentro de la “nueva” familia algunos de los integrantes al no contar con aquella figura tienden a tener una actitud desafiante y sobre todo resentida lo cual genera problemas en donde prima sus decisiones y conductas

inadecuadas que lo hace vulnerable al consumo de cualquier sustancia ya que la mayoría de casos se sabe que las personas que consumen SPA, provienen de zonas urbanas.

- **El Incumplimiento de tareas pedagógicas:** se basa en la escasa o la no formación que los padres tienen para con sus hijos, es decir, existen falencias en la crianza de los hijos donde también está sumergida el tipo de familia y los antecedentes de la misma, esto debido al modo en que fueron criados los padres se verá repercutido en sus primogénitos. El no tener el cuidado respectivo, produce que los hijos desobedezcan a sus acciones y por ende lleven una vida “informal” la cual viene consigo futuros riesgos a sus etapas de niños como adolescentes donde son realmente susceptibles a cualquier “presa” que la sociedad, el comercio y las comunicaciones ofrezcan. Por ello tener la responsabilidad de velar por el bienestar de los hijos contribuye a si bien no alejarlos de los riesgos y peligros.
- **La Mala gestión familiar:** se manifiesta cuando existe la indisciplina y problemas ya dado en casa al ser los padres también consumidores de SPA y genera que los hijos copien y sobre todo realicen estas acciones con las que conviven diariamente. Al no encontrar solución a estos problemas la familia se hace presente la violencia doméstica y luego vienen las separaciones coyunturales, donde los hijos al verse perjudicados siempre buscan vías de escape al no asimilar las diversas situaciones dañinas en casa.
- **El Desinterés y desafecto familiar:** al no sentirse amados, queridos, no tener un interés los padres con sus hijos, se manifiesta

el pasivo emocional a muy temprana edad en los niños y más tarde en los adolescentes donde condiciones lado afectivo y son reacios y estáticos en sus emociones. El generar bienestar, preocupación y afecto en la vida de todo hijo incrementa no solo su autoestima sino se siente parte de una sociedad, un núcleo al cual pertenece. En las familias disfuncionales y reconstruidas a veces es difícil crear vínculos emocionales y de afecto más cuando los miembros han sufrido por este vacío volver a llenarlo es una tarea difícil pero que vale la pena si las familias desean tener una reestructuración familiar. El desinterés en los hijos genera primero la ausencia de figuras de autoridad, no cumplir con responsabilidades, no establecer normas y deberes pero sobre todo una fuerte dependencia de SPA.

Es adecuado que las familias participen activamente en el proceso de intervención familiar para entender y poder ayudar al adolescente, ya que este tiene dificultades psicológicas durante su desarrollo que están asociadas a diversos indicios de disfunción y/o patología familiar las cuales contribuyen a generar la crisis del adolescente y que varía en el nivel de intensidad constituyendo los más graves al consumo de SPA.

Otros de los factores familiares relacionados al consumo de sustancias psicoactivas son:

Familias disfuncionales han sido consideradas a las familias también como familias desorganizadas como un fuerte factor de riesgo y generador de individuos con problemas comportamentales o de adaptación. Al respecto Estévez y Herrero (2005), sostienen que las familias desorganizadas son las que rompen con la función socializadora de los hijos; esta condición los

predispone a la incorporación de estilos de vida y de comportamientos no adaptativos ya que de hecho dificultan la tarea de los padres en la educación de los hijos, además permiten con su ausencia de control. Las familias con varios problemáticas son aquellas que acumulan múltiples eventos estresantes fortuitos así como las tensiones asociadas a su estilo de interacción, pues se ven afectadas simultáneamente por las circunstancias que inciden sobre la familia como un todo encontrando así conductas de alto riesgo. Los adolescentes que atraviesan dificultades establecen relaciones muy conflictivas con sus padres, dado que esto formaría parte del comportamiento psicoafectivo del joven; estas observaciones ya las hacía Sigmund Freud, cuando mencionaba que es normal para un adolescente tener durante largo tiempo un comportamiento incoherente e imprevisible, de amar a sus padres y de pasar a odiarlos o de rebelarse contra ellos. Ahora diversos estudios han determinado que los adolescentes y jóvenes actúan por simple imitación, sentimiento de invulnerabilidad o afán de independencia.

García (2001), expone que la ausencia de las relaciones familiares en los hijos dan campo libre a que los niños y adolescentes sean más propensos aun al consumos de sustancia psicoactivas a una corta edad. La comunicación es el canal universal para que toda persona se comunique en el caso de las familias que tienen problemas de relacionarse con sus integrantes y más cuando existe un problema de consumo y adicción hace que la transmisión del mensaje no sea enviado de la mejor manera debido a las interferencias (no comunicación y conducta inapropiada) producida por los mismos hijos. Existen dos tipos de relaciones en las cuales los consumidores tienden a tener una relación con sus familias, en este caso con sus padres:

**Relación Directa:** es aquella relación que se basa en esclarecer las responsabilidades de ambas partes, es decir, que tanto los padres como los

hijos deben cumplir con sus obligaciones como núcleo y primera sociedad universal. Para cumplir con ello es necesario que existan y se presenten buenos vínculos y el primero debe ser el respeto y la confianza para tomar decisiones y determinaciones que ayudaran en todo para que la familia no tenga que afrontar una situación inesperada.

**Relación Indirecta:** se manifiesta cuando el descontrol cuando la falta de la misma y normas de convivencias familiares están presentes pero estas no llegan a ser cumplidas por la conducta inapropiada ya formada en el hijo por el entorno parental que lo rodeo y se formó.

#### **2.2.5. Contexto de la Situación Familiar**

La familia es el núcleo principal de toda sociedad y es considerada una fuente vitalicia importante en las actitudes de sus propios miembros. Este sistema social, está compuesta por dos a más individuos por un compromiso emocional y afectivo que les permiten vincularse con sus mismos miembros parentales y otras organizaciones sociales para intercambiar e interactuar interpersonalmente información. Así mismo, este núcleo contiene una estructura en el “compromiso” de fijar su posición como familia, donde encontramos:

##### **2.2.5.1 El Funcionamiento familiar**

Guillén (1993), la autora menciona que el funcionamiento familiar es el proceso en donde cada miembros se desarrolla y se encuentra en la búsqueda de su identidad y la interceptación de valores que conllevará a su formación de la personalidad.

Blos y Maldonado (2002), refieren que las situaciones que atraviesan las familias por algún problema interno y a qué a veces se llegan a volver externo (cuando la sociedad y el ambiente son parte del problema) y como solo las experiencias emocionales ayudan a confrontar los conflictos parentales. Bol y Maldonado, exponen también que las familias necesitan de un agente que fortalezca en la prevención y actuación de las situaciones a afrontar.

### 2.2.5.2 La Comunicación familiar

Satir (1983), el autor expone que cuando existe un estado problemático en la “línea” interna de las familias es recomendable dialogar y conversar lo que sucede con la finalidad de identificar la utilidad de la comunicación. Satir, menciona que la comunicación en la familia constituye un proceso de vínculos o separaciones entre los miembros de este sistema y que solo dependiendo del estado de la situación fomenta la facilidad o la dificultad de la subsistencia de todo tipo de organizaciones sean estos laborales, educativos, sociales; debido a que la comunicación produce la socialización y sin esta los procesos humanos no llegan a ser desarrollados.

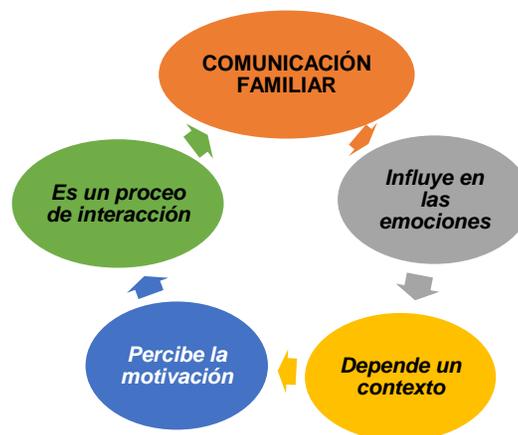


Figura N° 03: Coyuntura teórica de la comunicación familiar. (Satir, 1983).

### 2.2.5.3 El Sistema familiar

Burr (1991), el autor indica que desde una visión sistémica las familias vienen a ser el conjunto de organizaciones y/o unidades ligadas por normas y responsabilidades que se van direccionando y madurando a través de los comportamientos adquiridos familiar, social y ambientalmente. Burr, dice que los sistemas familiares se basan en las interacciones dinámicas entre sus miembros y que estos son apoyados mediante redes cuando suscita algún tipo de situación que la familia como sistema no tiene el “control y deber” de poder solucionarlo como organización o núcleo sistémico, abogando por sistemas sociales o de apoyo que garanticen una intervención más profunda del problema.

Burr, también explica y plantea que existen tres niveles en los sistemas familiares, los cuales manifiesta que producen cierta armonía al momento de enfrentar un conflicto o situación: el primer nivel se refiere a la estabilidad que está basada en reglas y factores cambiantes en los miembros de la familia por los hechos ocurridos, el segundo nivel consta de una relación estable en donde todos sus miembros se apoyan entre sí para brindar una solución al problema y el nivel tres hace hincapié a los procesos, modelos y valores familiares como una forma de “mecanismos” que ayudan a fortalecer al sistema y logran *combatir* a las situaciones conflictivas.

Burr, menciona autores antecesores que señalan sobre el sistema familiar:

Speer (1970), precisa que las familias en los sistemas tienen una disfunción en sus procesos de autorregulación, es decir, que puedan adaptar conductas inadecuadas incorporándolas a su sistema y haciendo propia de ella.

Por ello, Speer establece la necesidad de mantener y equilibrar las conductas, siendo estas modificadas por los valores y culturas de las familias posibilitando así actitudes positivas y honestas. El autor concluye sobre los sistemas familiares, expresando que la estabilidad debe permanecer en las organizaciones parentales para que las bases sólidas (valores, costumbres, tradiciones de promoción de la conducta adecuada) no cambien por postulados teóricos que tratan de desestabilizar a las familias.

Maruyama (1963), este autor sugirió que el aplicar la teoría familiar para que se establezca y poder conocer el cambio de estructura dependiendo de los tipos de familias que se iban sumando y que actualmente son considerados sistemas. Maruyama, consideraba que una vez que los sistemas familiares avanzaban hacia una dirección correcta se iniciaba el proceso de retroalimentación positiva y mutua no solo entre los miembros de los sistemas sino también en las sociedades (redes de apoyo) lo cual generaba un impulso inicial para el conocimiento e identificación de la ramificación familiar.

Burr, finaliza esta percepción de los sistemas familiares sosteniendo que la familia es vista como un sistema en su totalidad el cual se encuentra “configurado” por subsistemas (miembros y otros familiares) y que se encarga de la transformación e interacción con otros sistemas (redes sociales) con la finalidad de mantener un proceso sostenible en la facilitación y promoción de la adaptación en los nuevos sistemas familiares que se han aperturado, logrando conocer la situación y dinámica organizacional de la misma. Así Burr, concientiza sobre el rol y el funcionamiento de las familias frente a los cambios que deben mantener un estado de acomodación permanente para que las reglas familiares sean capaces de mantener el equilibrio y crecimiento de sus miembros, este equilibrio denominado homeostática y el crecimiento es el mecanismo de retroalimentación.

#### 2.2.5.4 La Satisfacción familiar

Jackson (1977), el autor sostiene que la satisfacción familiar es primero una respuesta parcial y luego se convierte en un proceso fenomenológico que los propios miembros de las familias lo perciben para valorar las funciones y/o niveles de comunicación entre el mismo sistema. Jackson, manifiesta que si los integrantes de las familias alcanzan un nivel de adaptabilidad desde una perspectiva humanística logran satisfacer sus necesidades psicológicas y sociales en su mismo ambiente familiar; por ello, el fortalecimiento de una dinámica familiar nuclear con adecuadas relaciones interpersonales permitirá consolidar una dinámica positiva dentro de la estructura de cada parentela.

Jackson, consideraba que la satisfacción en las familias solo buscan un propósito en donde pueda imperar el aprendizaje de valores para que sus miembros obtengan un crecimiento personal, de bienestar, reconocimiento y otros logros a través de su formación en valores y del modelo positivistas que las familias inculcan. Por ello, el autor manifiesta que en algunos miembros de familias les cuesta reconocer ciertas virtudes de los mismos y más que todo se “justifican” para no poder disfrutar de momentos de ocio y recreación que forma parte también del nivel de satisfacción familiar.

Jackson, como parte de su propuesta de encontrar una satisfacción familiar adecuada, sostiene que las características personales de cada uno de los integrantes de este sistema poseen elementos determinantes para nutrirse o no de valores que son *trasladados* de generación en generación. En ese sentido, sitúa los aspectos que facilitan el proceso de autorrealización en cada miembro con el claro objetivo de que la familia como sistema y sus integrantes del mismo establezcan metas personales, profesionales, laborales, ambientales y sociales; favoreciendo a sus propios sistemas y demás redes.



Figura N° 04: Procesos aplicativos del disfrute familiar. (Jackson, 1975).

El mismo Jackson, también precisa la clasificación de la satisfacción familiar donde fija sus relaciones y sus síntomas naturales como aquel sistema que representa:

#### **A) Satisfacción estable**

Se basa en el grado de satisfacción que primero se da en las parejas mediante la iniciativa de lograr “triumfos” como una relación estable, el respeto, la cooperación entre otros factores que permiten una retroalimentación mutua. Luego de la procreación y al sumar hijos la familia se consagra como sí y este sistema comienza a elaborar una organización dependiendo de la labor anterior y de lo adquirido por sus culturas personales, familiares, tradicionales, sociales y ambientales.

#### **B) Satisfacción inestable**

Es un tipo de relación, que a veces suele ser modificada debido al establecimiento de responsabilidades que suelen ser dejadas de lado y no llegan a cumplirse lo cual produce en el miembro de la familia imitar aquella conducta de la cual hace parte de su sistema y pese a tener reconocimientos profesionales y/o laborales por acciones ilícitas siente que la mayor satisfacción es la honrada y por medio del sistema familiar.

### **C) Insatisfactoria estable**

Es donde empieza la disfuncionalidad del sistema (familia) al no reconocer ni preocuparse por las necesidades de sus propios miembros. Dentro de esta clase de satisfacción familiar, tiene como consecuencia factores mayores de compulsividad para manejar y sobrellevar situaciones, porque las normas son transgredidas o no llevadas a cabo.

### **D) Insatisfactoria inestable**

Es aquella en donde ningún miembro del sistema familiar llega a un acuerdo y donde el descontrol forma parte de la regla principal. Los momentos de estabilidad llegan a ser breves debido a las exposiciones conflictivas que generan todos sus integrantes. En esta fase los síntomas psicossomáticos e histéricos son relucidos como parte del ambiente, las relaciones y el modo en que viven algunos sistemas.

Jackson, finaliza que la satisfacción familiar es el resultado de un proceso de aprendizajes dentro del contexto en que se apoyan los sistemas, donde cada uno de los miembros da pasos iniciales para que se integre y pueda cohesionarse como organización primaria.

### **2.2.5.5 El Afrontamiento familiar**

La familia, es considerada el entorno donde el individuo encuentra los recursos para solucionar los problemas mediante apoyos sociales y aspectos de para poder afrontar las diversas situaciones. Por su parte MacCubbin y Patterson (1987), indican que el afrontamiento familiar pone en alerta el proceso cognitivo de los miembros de la familia debido a las conductas que se ven implicadas y modificadas dependiendo de la situación a debatir. MacCubbin y Patterson, exponen que existen recursos que los integrantes del sistema familiar se basan en actitudinales y cognitivos y otros propios de las familias para conllevar las circunstancias estresantes. Sin embargo, otros autores proponen ciertos aspectos para el proceso de afrontamiento que los lleva a distinguir los factores conflictivos mediante la elección de estos pasos:

#### **A) Recursos de afrontamiento**

Son las características, rasgos o competencias que poseen los integrantes de la familia para afrontar la situación problemática y enfrentándola a través de mecanismos conductuales, actorales o sociales.

#### **B) Respuestas de afrontamiento**

Vienen a ser una argumentación cognitiva y conductual que son brindadas por los miembros de los sistemas familiares ante las demandas de las situaciones conflictivas y donde el área emocional puede verse afectado o puede tener una respuesta de asimilación.

### **2.2.5.6 Estresores familiares**

Holmes y Rahe (1981), mencionan que el estrés o los estresores que padecen las familias a atravesar situaciones conflictivas llevan la tendencia de exponer estímulos de aspecto emocional lo cual denomina modelo psicobiológico, el cual se basa en los cambios físicos-psicológicos cuando el integrante está inmerso en el problema y la estabilidad en la familia también se ve perturbada y son dañados como sistema, generando un desequilibrio por las demandas percibidas.

Holmes y Rahe, también especifican que en los casos de conflictos familiares por problemas en adicción de alcohol y drogas (sustancias psicoactivas) los estresores llegan a ser más fuertes y complicados en las relaciones de los sistemas familiares debido a la frecuencia (adicción) de el o los integrantes de la familia que se ven envueltos en esta circunstancia que origina una de las principales causas de la disfuncionalidad familiar.

#### **2.2.6. Dimensiones de la Situación Familiar**

Olson y Barnes (1982), establecieron como resultado para el manejo en el ámbito de salud (para profesionales) familiar y de las personas en proceso de rehabilitación una serie de aspectos para manejar el desarrollo del mismo. Es así, que Olson y Barnes, decidieron impartir un estudio de identificación sobre las propuestas para exponer un “mecanismo” que primero era planteado para los profesionales de salud en abordar intervenciones en el sentido patológico y poder ayudar al paciente adictivo. En ese sentido, Olson y Barnes, realizan escalas las cuales ayudan ahora no solo a los profesionales de la salud sino de las ciencias humanas como sociales a comprender la “naturaleza” de las personas envueltas en adicciones por sustancias psicoactivas y para ellos, los autores comienzan a dar los primeros indicadores de las escalas.

Así, Olson y Barnes, mantienen el resultado de sus escalas mediante cuatro factores y/o indicadores en cuanto a los ingresos económicos (variable económica), vida social (variable social), el bienestar (variable salud) y la seguridad afectiva (variable afectiva). Estas categorías que proponen Olson y Barnes los profesionales de las disciplinas mencionadas las toman en cuenta para desarrollar estándares y protocolos que los ayudaban a medir el sentido ya no solo funcional (salud del paciente) sino dentro de un aspecto más amplio que incluía a los soportes familiares como su condición socioeconómica y hasta su entorno social y como este influye en su adicción.

Para Olson y Barnes, era importante describir las categorías que habían descubierto, para ello enfatizaron en definir a cada “variable” o las que los autores predecesores los catalogan dimensiones o componentes de la calidad de vida para las familias y/o profesionales que interactúan con personas con problemas de adicción. Olson y Barnes, entonces detallan a sus siguientes variables-dimensiones que identificaron y dieron a conocer:

#### **A) Dimensión afectiva:**

Olson y Barnes, determinan a esta variable como elemental en el proceso desde el inicio de la intervención con la persona adicta. La actuación de la dimensión afectiva propone un soporte “incondicional” y emocional para atender las necesidades de los pacientes que consumen sustancias psicoactivas (sean estas alcohol y/o sustancias químicas). La dimensión afectiva, procura que los integrantes de la familia actúen con el propósito de la mejoría, el cuidado y sobre la atención que deben tener cuando uno de sus miembros se ve envuelto en el problema de la adicción.

La dimensión afectiva, también contiene una serie de indicadores para detectar su importancia en la relación del proceso de intervención en las personas adictivas, entre las cuales se encuentran:

- Paciencia: donde la familia tiende a soportar los efectos negativos desde la primera etapa del tratamiento hasta la rehabilitación del paciente.
- Compromiso: contribuye la ayuda en la atención del paciente en su mejoría mediante la actuación profesional, aceptando los protocolos del mismo.
- Confianza: que se da entre la familia, el paciente y los profesionales que intervienen como actores para el cambio de estilo de vida de la persona adicta.

### **B) Dimensión económica:**

Olson y Barnes, lograron identificar que los ingresos económicos familiares, también era un factor de significancia en la vida familiar con miembros adictos, es decir, que la estabilidad socioeconómica llega a influenciar por la carencia de necesidades básicas. En otros casos el factor económico a los adictos, los ayudaba a conseguir y generar ingresos sobre todo en la venta de drogas consideradas ilegales, siendo así la dimensión económica es considerada por Olson y Barnes como una “ pared de doble filo” que no siempre produce satisfacción familiar. Dentro de sus indicadores se encuentran:

- Ingresos y egresos familiares.
- Ingreso extras.

### **C) Dimensión salud:**

Olson y Barnes, han percibido a la calidad de vida, como un elemento vital para la salud, empezando sus trabajos con esta primera variable, sostuvieron que la salud en la persona adicta para su restauración debe tener una gama integral. Los profesionales de la salud, solo se basaban en aspectos clínicos (uso de fármacos, atención psicológica y evaluación) en donde era más importante rehabilitar rápido al paciente para que otro ingrese sin un seguimiento debido, esto hizo que Olson y Barnes crearan escalas en base a la salud que incluía salud integral desde su alimentación, cuidados físicos y mentales, evaluación de casos y un monitoreo continuo hasta que el paciente sea insertado a la vida familiar, social y laboral. Los indicadores de la dimensión salud son:

- Aceptación de la enfermedad (adicción).
- Ayuda profesional (terapistas, psiquiatras, enfermos, médicos y trabajadores sociales).
- Atención a los trastornos mentales por adicción (ansiedad y depresión).
- Atención personalizada (encontrar las causas de la adicción).
- Atención integral (cuidados del paciente).
- Evaluación y monitoreo de casos (rehabilitación e inserción a la vida del paciente).

### **D) Dimensión social:**

Olson y Barnes, en su desarrollo de “buscar” elementos que fortalezcan su estudio, expusieron que el entorno social es un *agente relativo* en el sentido que propone un soporte para incluir o contrarrestar el problema de la adicción desde la etapa del consumo en la persona.

En este caso los profesionales de salud, estuvieron a la vanguardia no solo con la dimensión salud, sino también tuvieron que estudiar las otras variables como la afectiva, económica y la social y llegaron a la conclusión de que todos estos componentes forman parte de la vida de la persona adicta, interactuando desde el inicio del consumo hasta la adicción. La dimensión social es fundamental debido a que el paciente pone en detalle, comunicando sus problemas para mejorarlos o no dentro de su entorno. Sus indicadores de esta dimensión son:

- Socialización (comunitaria, académica, laboral).
- Actividades (lúdicas, deportivas, recreativas, solidarias).
- Preocupación (familiar, comunitaria, ambiental, académica, laboral).
- Interés (comunitario, solidario, humanístico).

### 2.3. Definiciones Conceptuales

- **Situación Familiar:** Es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema. La situación familiar, como variable compuesta posee un contenido para que esta suscite los padres, los hijos, las funciones familiares, las relaciones familiares, la violencia familiar, la economía familiar, los problemas de salud en la familia, los factores genéticos familiares, el ambiente social. (Morales y Blanco, 2004).
- **Dimensión Afectiva:** Es la situación o necesidad que se relaciona con el sentimiento de inclinación hacia algo o alguien. La dimensión

afectiva, ayuda a los pacientes a mantener un vínculo de soporte y tener una motivación para su rehabilitación. (Grau, 1997).

- **Dimensión Económica:** Es el estatus o condición de contar como no de recursos monetarios y/o materiales. La dimensión económica, es un “nexo” doble, es decir en primer lugar que ayuda a solventar los gastos del tratamiento y posteriormente que el paciente este insertado en el contexto laboral. (Urrego, 2000).
- **Dimensión Salud:** Es el estado de bienestar en la que una persona se encuentra. La dimensión salud, es la más importante y resaltante porque tiene una implicancia general en el paciente debido a que se atribuye a su condición física y mental para que luego tener un resultado óptimo en su calidad de vida. (Gonzales, 2007).
- **Dimensión Social:** Es la relación de una persona con otras y con su entorno. La dimensión social, es un conjunto de personas (amigos y profesionales) que promueven al paciente a sentirse cómodo y sobre todo en compañía. (Sanabria-Ferrand, 2003).

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

### **3.1. Tipo y diseño de investigación.**

#### **3.1.1 Tipo de investigación.**

El presente estudio, es de tipo descriptiva explicativo, ya que trata de detallar la problemática de la situación familiar en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, dando a conocer todas las teorías relacionadas al tema.

El tipo de investigación descriptiva, permite mostrar el fenómeno social tal y es como es, es decir, profundiza sus valores para puedan ser observados, estudiados y representados de manera concisa. (Kiger, 2001).

#### **3.1.2 Enfoque de investigación**

El enfoque es de tipo cuantitativo porque realiza el procesamiento estadístico de los datos, asignándole un valor a las respuestas obtenidas para luego sistematizar los resultados y poder interpretarlos.

El modelo cuantitativo, es aquel que permite tener un sistema que se mantenga de una forma controlada y deduciendo siempre el mismo contexto de análisis. (Binser, 2003).

### 3.1.3 Diseño de investigación.

El presente estudio, es no experimental porque se determinará, un tiempo para la recolección de la información y de un corte transversal por el período para la elaboración de la investigación.

El corte transversal, supone un período para indagar los procesos de información puntual. (Teodes, 1999).

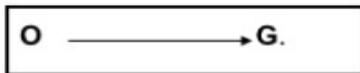


Figura N° 05: Diseño de investigación

**Dónde:**

**O** = Observación de la muestra.

**G** = Grupo de la muestra (pacientes).

## 3.2. Población y Muestra

### 3.2.1 Población:

La población es percibida como el universo de cada evaluador participante, contemplándose la totalidad de los sujetos que son y desean ser implicados dentro de un estudio. (Teenthier, 1995).

La población total de estudio, cuenta con 50 pacientes del Centro de Atención Especializado en Adicciones (CADES), ubicado en la provincia del Callao, donde resaltan la intervención de la misma en el año 2018 respectivamente.

### 3.2.2 Muestra:

La muestra, es el fragmento del universo. Su finalidad es intervenir sobre actores con características en común y poder realizar una prueba en ellos que arroje resultados acerca de los de factores de evaluación. (Lhincer, 1989).

En este caso se seleccionó una muestra intacta que considerada al igual de sujetos, es decir, que estará conformada por los 50 pacientes que forman de la misma población total. Esta determinación se tomó en cuenta por tener una cantidad reducida de participantes.

**Tabla N° 03: Cualidades de la muestra de estudio.**

| Población           | Características  |
|---------------------|--|
| Consumidores de SPA | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sexo masculino</li> <li>2. Mayores de edad</li> <li>3. Ingresados por motivos parecidos</li> <li>4. Pagan su tratamiento</li> <li>5. Participan de las actividades</li> <li>6. En proceso de rehabilitación</li> <li>7. En seguimiento multidisciplinario</li> </ol> |

*FUENTE: elaboración propia.*

### **3.2.3 Criterios de selección**

Existen ciertos “requisitos” que la muestra debe cumplir para que pueda ser representada dentro de un estudio. Por ello se plantea dos enfoques en base a la inclusión y exclusión de este proceso.

#### **- Criterios de inclusión:**

- ✓ Pacientes de sexo masculino.
- ✓ Pacientes en proceso de rehabilitación.
- ✓ Pacientes en condiciones de optimización.
- ✓ Pacientes con soportes familiares y sociales.
- ✓ Pacientes con interés de participar en el presente estudio.

#### **- Criterios de exclusión:**

- Pacientes con conductas inapropiadas.
- Pacientes con recaídas
- Pacientes con deterioro físico y mental.
- Pacientes sin soportes.
- Pacientes con desinterés en el estudio.

### **3.3. Identificación y Operacionalización de la variable**

La variable de estudio denominada la Situación Familiar, tuvo la finalidad de conocer el fenómeno de estudio, en sus aspectos demográficos, tales como la edad y el grado de instrucción. Las dimensiones e indicadores se detallan a continuación en la matriz de operacionalización.

**Tabla N° 04: Matriz de la operacionalización de la variable Situación Familiar**

| VARIABLE                  | DEFINICIÓN CONCEPTUAL  | DEFINICIÓN OPERACIONAL  | DIMENSIONES         | INDICADORES                            | INSTRUMENTO  |
|---------------------------|--|---|---------------------|--|--|
| <b>SITUACIÓN FAMILIAR</b> | <p>Es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema. La situación familiar, como variable compuesta posee un contenido para que esta suscite los padres, los hijos, las funciones familiares, las relaciones familiares, la violencia familiar, la economía familiar, los problemas de salud en la familia, los factores genéticos familiares, el ambiente social.</p> <p>(Morales y Blanco, 2004).</p> | <p>La situación familiar, es un conjunto de aspectos que intervienen e interactúan con el propósito de sobrellevar conflictos internos, provocados por los miembros de la familia. (Barnes, Fernández-Dols, Huici y Olson, 1985).</p> <p>La situación familiar, en la vida del paciente adicto interviene mediante cuatro componentes, afectivo, económico, salud y social que mejorar su condición y logran la inserción del mismo. (Olson y Barnes 1982).</p> | Dimensión Afectiva  | Aceptación                             | Escala de Situación Familiar en Adictos de Sustancias Psicoactivas |
|                           |  |   |                     | Admiración                             |  |
|                           |  |   |                     | Apoyo                                  |  |
|                           |  |   |                     | Aprendizaje                            |  |
|                           |  |   |                     | Comprensión                            |  |
|                           |  |   |                     | Comunicación                           |  |
|                           |  |   |                     | Confianza                              |  |
|                           |  |   |                     | Demostración                           |  |
|                           |  |   |                     | Interés                                |  |
|                           |  |   |                     | Paciencia                              |  |
|                           |  |   | Reglas              |  |  |
|                           |  |   | Unión               |  |  |
|                           |  |   | Dimensión Económica | Egreso familiar                        |  |
|                           |  |   |                     | Estabilidad familiar                   |  |
|                           |  |   |                     | Ingreso familiar                       |  |
|                           |  |   | Dimensión Salud     | Estado de salud familiar               |  |
|                           |  |   |                     | Salud mental u emocional               |  |
|                           |  |   |                     | Asistencia en caso de enfermedad       |  |
|                           |  |   |                     | Afecciones, dificultades e infecciones |  |
|                           |  |   |                     | Estrés                                 |  |
| Trastornos                |  |   |                     |  |  |
| Dimensión Social          | Ayuda profesional  |   |                     |  |  |
|                           | Relación con la comunidad (vecindad)   |   |                     |  |  |
|                           | Socialización con otros grupos   |   |                     |  |  |
|                           | Actividades que realiza  |   |                     |  |  |

### 3.4. Técnicas e Instrumentos de evaluación y diagnóstico

El instrumento elegido para recolectar la información fue la Escala de Situación Familiar en Adictos de Sustancias Psicoactivas, el cual permite conocer y medir las relaciones y/o estados de la persona que consume sustancias psicoactivas para que esta sea evaluada en base a indicadores que dan una respuesta de cercanía hacia la variable de estudio y la relación con sus dimensiones. La estructura de este instrumento estuvo conformada por 27 ítems o afirmaciones, que a su vez tuvieron 5 escalas de respuestas para que los sujetos evaluados (pacientes consumidores de SPA) tengan una cantidad de alternativas y que solo puedan marcar una opción.

**Ficha Técnica:** Escala de Situación Familiar en Adictos de Sustancias Psicoactivas.

- **Autora:** Naysha Marllory Salas Paredes
- **Administración:** Individual
- **Aplicación:** Familias de pacientes consumidores de SPA
- **Calificación:** Las respuestas se califican mediante 5 índices, que van desde los valores del 1 al 5 respectivamente
- **Descripción:** El instrumento está constituido por una cantidad de afirmaciones tipo cerradas que conocer la situación familiar en que se encuentran los pacientes que consumen SPA.
- **Duración:** Sin límite de tiempo, siempre y cuando no pase un promedio de 60 minutos (una hora).
- **Estructura:** Esta escala, presenta 27 ítems las cuales están a su vez distribuidos en 4 dimensiones: afectiva, económica, salud y social.

En base a las alternativas planteadas, se tuvo el siguiente valor numérico para cada medida:

**Tabla N° 05: Índices de la Escala de Situación Familiar en Adictos de SPA.**

| Puntajes | Escalas  |
|----------|----------|
| 1        | Muy bajo |
| 2        | Bajo     |
| 3        | Moderado |
| 4        | Alto     |
| 5        | Muy alto |

*FUENTE: elaboración propia.*

**Interpretación:** Mediante este gráfico (Tabla N° 10), los participantes responden según su percepción sobre la situación familiar en los pacientes que consumen SPA y así se asigna una estimación a cada ítem del instrumento cual les resulte el indicado. Luego se procede a sumar los valores obtenidos y se determina la categoría a la que corresponde en la tabla de cálculos.

A lo mencionado anteriormente, se hace referencia a los baremos que precisa la conjetura de rangos establecidos.

**Tabla N° 06: Total del baremo de la variable Situación familiar**

| Muy Mala | Mala    | Regular | Buena    | Muy Buena |
|----------|---------|---------|----------|-----------|
| 27- 48   | 49 - 71 | 72 - 93 | 94 – 115 | 116 - 135 |

*FUENTE: elaboración propia.*

**Interpretación:** Mediante este gráfico (Tabla N° 11), se establece la significancia total del baremo de la variable y dimensiones del instrumento.

### 3.5. Determinación de la validez y confiabilidad

#### 3.5.1 Validez del constructo:

El instrumento presente y aplicado, fue validado por ciertas pautas de tres jueces (expertos en la materia), mediante la pericia de cada uno evaluando. La Escala de Situación Familiar en Adictos de Sustancias Psicoactivas en los principios de: *claridad, objetividad, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia y metodología.*

**Tabla N° 07: Validación de la Escala de Situación Familiar en Adictos de Sustancias Psicoactivas**

| <b>Nombre de los expertos</b>  | <b>Valoración al %</b> |
|--------------------------------|------------------------|
| 1. Mg. Miriam Casquero Laidman | 96%                    |
| 2. Mg. Maritza León Espinoza   | 96%                    |
| 3. Mg. Josefa Rojas Pérez      | 96%                    |
| <b>TOTAL</b>                   | 96%                    |

*FUENTE: elaboración propia.*

**Interpretación:** A través del criterio de los jueces que otorgaron un 96% en el valor de aprobación del instrumento, lo cual representa un margen de error mínimo del 0.04% que figura un 4% del margen de error en la aplicación de la prueba, siendo válido en proporciones mayores por su consistencia de enfoque externo.

#### 3.5.1 Confiabilidad del instrumento:

La medida de confiabilidad del instrumento se establece por medio del medio estadístico el cual asume que los ítems (medidos, según la escala de Likert) evalúan un mismo constructo y que siempre están altamente correlacionados. Para que este proceso se dé la mejor manera, es necesario que el valor de este método se encuentre en uno a más de su consistencia interna de las clausulas.

**Tabla N° 08: Confiabilidad de la Escala de Situación Familiar en Adictos de Sustancias Psicoactivas**

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| .932             | 17             |

**Interpretación:** Se aplicó a una muestra a un total de 17 pacientes en consumo de sustancias psicoactivas de otro Centro de Atención para personas con adicciones. Luego se estableció la credibilidad del instrumento mediante la fórmula del alfa de Cronbach, obteniendo así como resultado del análisis de esta frecuencia un coeficiente del 0.932 lo cual significa o indica que el cuestionario que mide la situación familiar de los pacientes consumidores de SPA es altamente confiable.

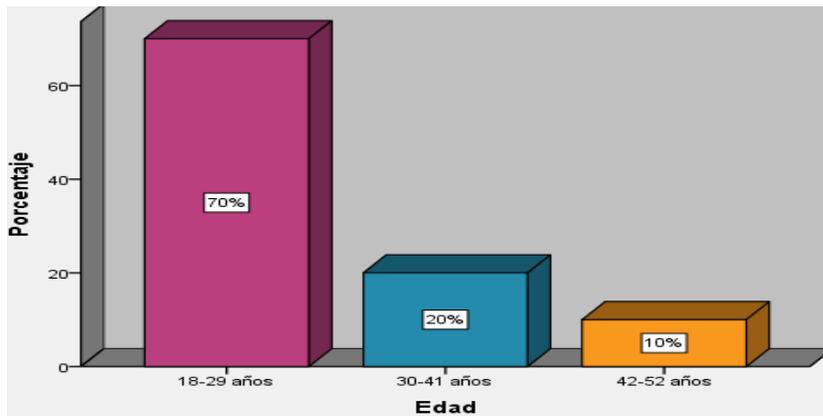
## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

#### 4.1. Presentación de los resultados sociodemográficos.

**Tabla N° 09.** *Datos sociodemográficos de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES de acuerdo a la Edad.*

|        |            | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 18-29 años | 35         | 70,0              | 70,0                 |
|        | 30-41 años | 10         | 20,0              | 90,0                 |
|        | 42-52 años | 5          | 10,0              | 100,0                |
| Total  |            | 50         |                   |                      |

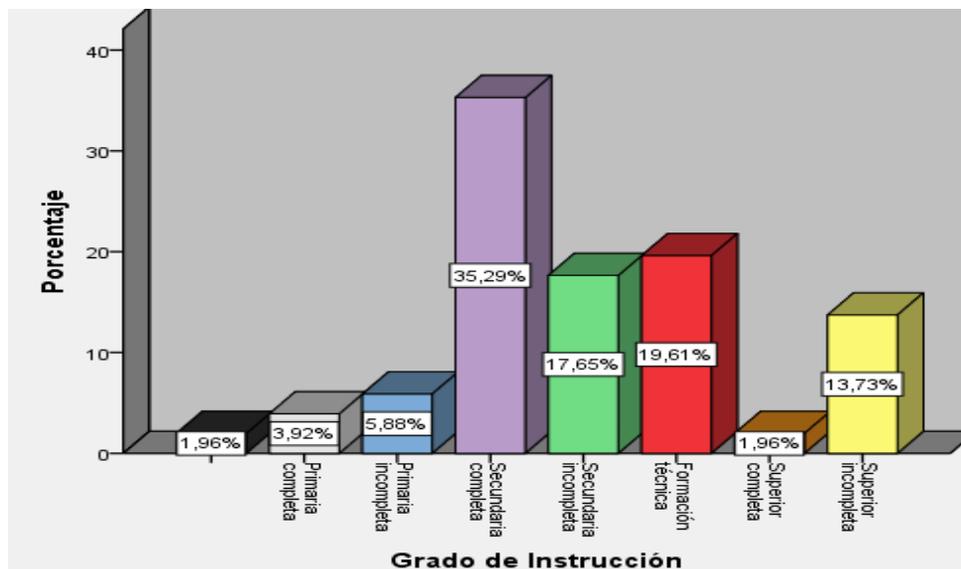


**Figura N° 06.** *Datos sociodemográficos de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES de acuerdo a la Edad.*

**Interpretación:** De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se determinó que la mayor proporción de pacientes consumidores de SPA que participaron de este estudio se encuentran entre las edades de 18 a 29 años de edad con el 70% (35), seguido de un 20% (10) que se encuentran en un rango de 30 a 41 años y por último con un 10% (5) se encuentran de 42 a 42 años de edad respectivamente.

**Tabla N° 10.** Datos sociodemográficos de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES de acuerdo al Grado de Instrucción.

|                       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------------|------------|-------------------|----------------------|
| Primaria completa     | 2          | 3,92              | 5,9                  |
| Primaria incompleta   | 3          | 5,88              | 11,8                 |
| Secundaria completa   | 18         | 35,29             | 47,1                 |
| Secundaria incompleta | 9          | 17,65             | 64,7                 |
| Formación técnica     | 10         | 19,61             | 84,3                 |
| Superior completa     | 1          | 1,96              | 86,3                 |
| Superior incompleta   | 7          | 13,73             | 100,0                |
| Total                 | 50         | 100,0             |                      |



**Figura N° 07.** Datos sociodemográficos de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES de acuerdo al Grado de Instrucción.

**Interpretación:** De acuerdo a los resultados obtenidos se aprecia que la mayor proporción de pacientes consumidores de SPA representado por el 35,29% (18) estudio la secundaria completa y en una menor proporción el 1,96% estudio hasta el nivel superior completo.

## 4.2. Presentación de los resultados específicos

**Tabla N° 11.** Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES de la Provincia del Callao, Período 2018.

|        |           | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-----------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Muy mala  | 1          | 2,0               | 2,0                  |
|        | Mala      | 15         | 30,0              | 32,0                 |
|        | Regular   | 25         | 50,0              | 82,0                 |
|        | Buena     | 7          | 14,0              | 96,0                 |
|        | Muy buena | 2          | 4,0               | 100,0                |
| Total  |           | 50         |                   |                      |

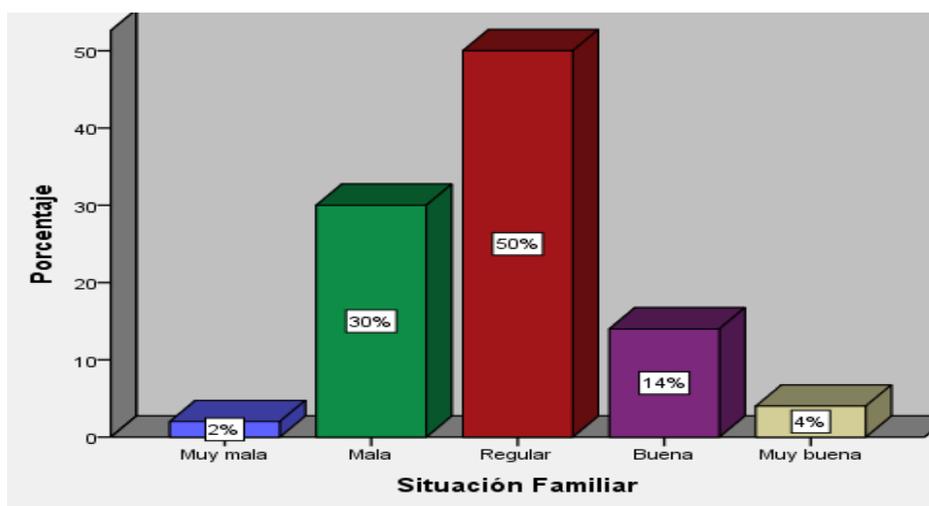


Figura N° 08. Datos sociodemográficos de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES de acuerdo al Grado de Instrucción

**Interpretación:** De acuerdo a los resultados obtenidos se aprecia que la situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES responde a una mayor proporción al nivel regular igual al 50% (25) y en una menor proporción el 2% (1) en un nivel muy malo.

**Tabla N° 12.** Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES en la dimensión afectiva.

|        |           | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-----------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Muy mala  | 4          | 8,0               | 8,0                  |
|        | Mala      | 14         | 28,0              | 36,0                 |
|        | Regular   | 27         | 54,0              | 90,0                 |
|        | Buena     | 3          | 6,0               | 96,0                 |
|        | Muy buena | 2          | 4,0               | 100,0                |
| Total  |           | 50         |                   |                      |

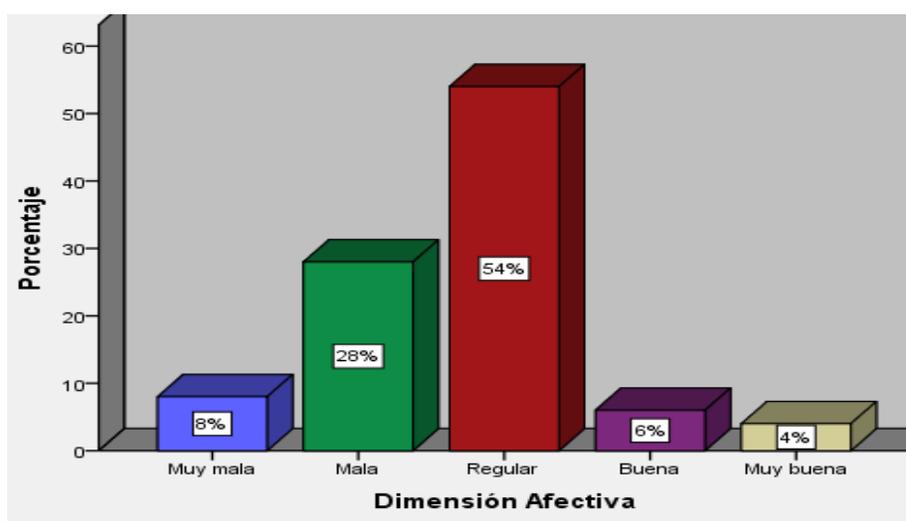


Figura N° 09. Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES en la dimensión afectiva.

**Interpretación:** De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión afectiva se observa que el 54% (27 pacientes consumidores de sustancias psicoactivas) tuvieron un nivel regular y solo un 4% (2 pacientes consumidores de sustancias psicoactivas) tuvo en un nivel muy bueno.

**Tabla N° 13.** Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES en la dimensión económica.

|        |           | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-----------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Muy mala  | 5          | 10,0              | 10,0                 |
|        | Mala      | 11         | 22,0              | 32,0                 |
|        | Regular   | 17         | 34,0              | 66,0                 |
|        | Buena     | 9          | 18,0              | 84,0                 |
|        | Muy buena | 8          | 16,0              | 100,0                |
| Total  |           | 50         |                   |                      |

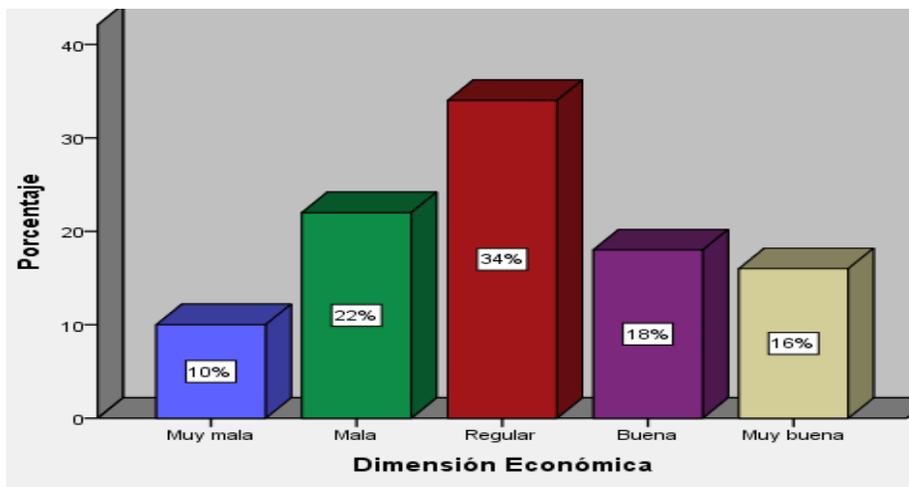
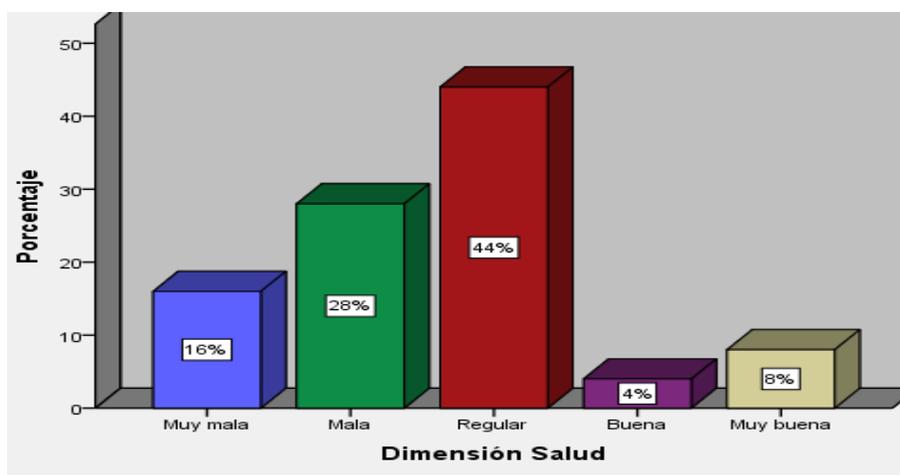


Figura N° 10. Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES en la dimensión económica.

**Interpretación:** De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión económica se observa que el 34% (17 pacientes consumidores de sustancias psicoactivas) tuvieron un nivel regular y solo un 10% (5 pacientes consumidores de sustancias psicoactivas) tuvo en un nivel muy malo.

**Tabla N° 14.** Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES en la dimensión salud.

|        |           | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-----------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Muy mala  | 8          | 16,0              | 16,0                 |
|        | Mala      | 14         | 28,0              | 44,0                 |
|        | Regular   | 22         | 44,0              | 88,0                 |
|        | Buena     | 2          | 4,0               | 92,0                 |
|        | Muy buena | 4          | 8,0               | 100,0                |
| Total  |           | 50         |                   |                      |



**Figura N° 11.** Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES en la dimensión salud.

**Interpretación:** De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión salud se observa que el 44% (22 pacientes consumidores de sustancias psicoactivas) tuvieron un nivel regular y solo un 4% (2 pacientes consumidores de sustancias psicoactivas) tuvo en un nivel bueno.

**Tabla N° 15.** Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES en la dimensión social.

|         | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------|-------------------|----------------------|
| Válid o | Muy mala   | 3                 | 6,0                  |
|         | Mala       | 12                | 24,0                 |
|         | Regular    | 18                | 36,0                 |
|         | Buena      | 13                | 26,0                 |
|         | Muy buena  | 4                 | 8,0                  |
| Total   | 50         |                   | 100,0                |

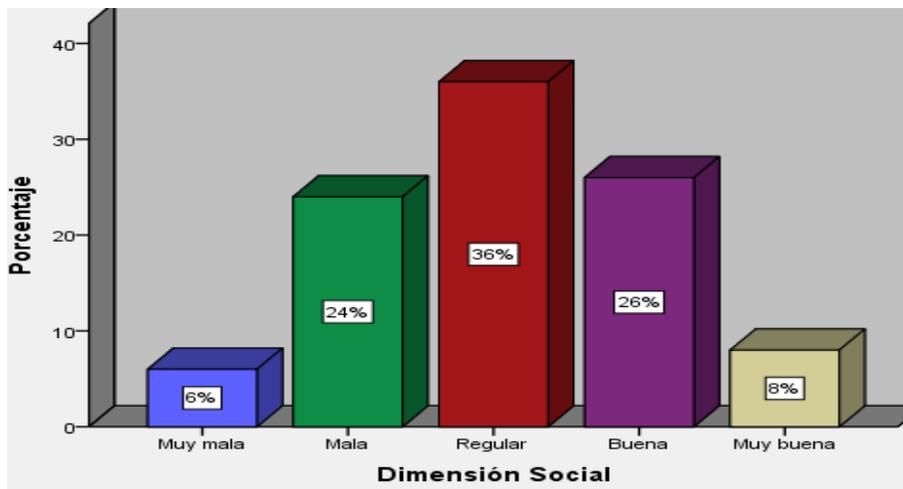


Figura N° 12. Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES en la dimensión social.

**Interpretación:** De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión salud se observa que el 36% (18 pacientes consumidores de sustancias psicoactivas) tuvieron un nivel regular y solo un 6% (3 pacientes consumidores de sustancias psicoactivas) tuvo en un nivel muy malo.

### **4.3. Procesamiento de los resultados**

Se elaboró una base de datos (matriz de respuestas) donde se fue procesando la información de las respuestas del cuestionario. Esto llevo a que luego tengamos lo resultados mediante gráficos (tablas y figuras) para al objetivo general como a los específicos de este estudio. Luego se le dio una interpretación de acuerdo a los porcentajes y frecuencias que se obtuvieron.

Para el respectivo análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 22.

### **4.4. Análisis y discusión de los resultados**

La presente investigación tuvo como objetivo principal el de determinar el nivel de la situación familiar de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el CADES de la Provincia del Callao, Período 2018, siendo el eje central la situación familiar para la rehabilitación e inserción de los mismos. A su vez, esta variable considera sus cuatro dimensiones de estudio: afectiva, económica, salud y social.

Las características sociodemográficas de la muestra estuvieron distribuidas de la siguiente manera:

Un 70% de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas encuestados, el rango de edad que predominó fueron entre 18 a 29 años de edad y el 35,29% solo tuvieron estudios secundarios completos.

Por otra parte, los resultados en la investigación determinaron que los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES tiene un nivel de situación familiar regular que es representado por el 50% de los encuestados, según el objetivo general.

Un resultado similar al objetivo general, se encontró en el estudio de Alvan. C, Santillán. K y Trigozo. M. (2016), en su tesis titulada: **“Factores Familiares asociados al consumo de drogas psicoactivas en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Simón Bolívar, Iquitos-2016”**. Donde tuvieron como resultados que los factores familiares, tuvo el 56% en la variable estructura familiar saludable, 79,4% en la variable disfunción familiar y 56% en la variable educación familiar en valores deficiente; en cuanto al consumo de drogas psicoactivas, 78,7% no consume. Aparte que la estructura familiar y consumo de drogas psicoactivas tienen una relación disfuncional, el funcionalidad familiar y consumo de drogas psicoactivas tiene una relación regular y la educación familiar en valores y consumo de drogas psicoactivas tiene una relación poca regular. En otro sentido, este estudio obtuvo resultados similares en base a la relación familiar con pacientes (hijos) en un nivel medio o regular según los porcentajes observados.

Caso contrario, tuvieron los autores Arroyo. Y, Coaquira. E. (2017), en su tesis titulada: **“Funcionamiento Familiar y Consumo de Alcohol en estudiantes de 3<sup>ero</sup>, 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> de secundaria de un Colegio Nacional”**. Donde obtuvieron como resultados que existe una relación significativa mayor entre el

funcionamiento familiar y el consumo de alcohol en las estudiantes, también se denota una relación de significancia regular en cuanto a la adaptabilidad del funcionamiento familiar y su relación con el consumo de alcohol y un grado de significancia baja en relación a la cohesión del funcionamiento familiar y el consumo de alcohol. Aparte, que la variable funcionamiento familiar tiene relación con el consumo de alcohol en las estudiantes de los tres grados (3<sup>ero</sup>, 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> de secundaria). Este estudio, contrapone lo mencionado anteriormente con los estudios y los que los autores exponen también al presentar una relación significativo entre el consumo de SPA (en este caso de alcohol) con el funcionamiento familiar.

Con respecto a los resultados encontradas en las dimensiones figura lo siguiente: donde el 54% percibe un nivel regular en la dimensión afectiva, el 34% percibe un nivel regular en la dimensión económica, el 44% percibe un nivel regular en la dimensión salud y el 36% percibe un nivel regular en la dimensión social. Estos resultados, muestran que la situación familiar aun es un trabajo que debe ser reforzado por los profesionales del CADES para que las familias tengan una mayor preocupación por sus hijos y puedan tener un tratamiento y recuperación óptima e integral.

Respecto a la **dimensión afectiva**, los autores Gonzales. M.D.P, Oliva. L y Rey. L. (2016), en su artículo titulado: **“Las Relaciones Familiares y el Consumo de Drogas en los adolescentes de Xalapa Veracruz”**. Don obtuvieron como resultados que el 65% de los estudiantes expusieron que tienen buenas relaciones con sus padres, el 73% de los encuestados tiene una familia de tipo flexible, el 84% no han presenciado consumo y/o violencia en sus hogares y que el 2.88% ha probado algún tipo de droga una única vez en su etapa escolar. Aparte no existe un alto grado de consumo de drogas en los estudiantes del nivel secundario de las 36 escuelas de las zonas urbanas y se

recomendó elaborar un plan de acción que permita la protección de los adolescentes en contra el consumo de drogas y otras sustancias adictivas, también en fortalecer los programas de intervención y desarrollar las diversas habilidades en los adolescentes.

Respecto a la ***dimensión salud***, la autora Yaya (2017), en su proyecto de investigación denominada: **Relación entre la calidad de vida, tiempo de consumo y tiempo de permanencia de los niños, niñas y adolescentes adictos a sustancias psicoactivas en una Comunidad Terapéutica de Lima**, considera que según los resultados que encontró asumió que los niveles en base a la calidad de vida presenta una categoría mala en un 77%, es decir, que los niños, niñas y adolescentes de estudio por el tiempo de consumo con sustancias psicoactivas corren riesgo de que ha futuro padezcan de problemas en su salud física, mental; arraigando problemas ambientales, sociales y familiares.

Respecto a la ***dimensión social***, los autores Pazmiño y Reyes (2013), en su tesis denominada: **Abordaje de familias con alcoholismo y disfuncionalidad familiar en tres barrios populares de Quito-Ecuador**, con el objetivo de determinar la intervención en las familiar los mismos resultados demostraron que existe una fuerte relación entre la disfuncionalidad familiar, la condición socioeconómica y el alcoholismo en los tres barrios populares obteniendo un promedio del 57.3% de respuesta entre los entrevistados.

#### 4.5. Conclusiones

Después de haber llevado a cabo un amplio análisis sobre la situación familiar percibido en los pacientes del CADES, se concluye que:

- El nivel de situación familiar percibido por los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES de la Provincia del Callao, Período 2018, responde a un nivel regular igual al 50%, representando que los pacientes no son reestablecidos de una manera integral por la falta de diversos recursos que facilite y brinde el proceso de rehabilitación.
- En la dimensión afectiva el 54% de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES, percibieron un nivel regular. Determinando que las expresiones emocionales y de afecto, deben de trabajarse más por parte de la familia.
- En la dimensión económica el 34% de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES, percibieron un nivel regular. Determinando que la economía juega un doble rol: para el consumo (compra de SPA) y que esta puede ayudar al paciente mejorar su salud.
- En la dimensión salud el 44% de los pacientes del CADES, percibieron un nivel regular. Determinando que aún se debe

intervenir por mejor las condiciones físicas y psicológicas de los mismos pacientes y si es posible actuar con la familia.

- En la dimensión social el 36% de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES, percibieron un nivel regular. Determinando que las relaciones interpersonales con los profesionales, pares y amistades de los propios pacientes se establezcan y permanezcan durante y después del proceso de recuperación.

#### **4.6. Recomendaciones**

En base a las conclusiones que se derivan de este proyecto de investigación, se proponen las siguientes recomendaciones:

- La familia debe brindar su apoyo incondicional y real para poder ayudar al proceso de rehabilitación de sus propios hijos que son atendidos en el CADES, con la finalidad que estos logren su reinserción óptima.
- Los miembros de la familia deben recibir terapia para que puedan afianzar sus vínculos afectivos que les permite apoyar a sus mismos parientes que están pasando por la transición de reestablecerse del consumo y adicción de sustancias psicoactivas.

- La institución CADES como las familias de los pacientes deben elaborar estrategias que permitan generar, ingresos no solo para cubrir el tratamiento integral de los mismos, sino para que los pacientes puedan tener la capacidad de desarrollar sus habilidades mediante el emprendimiento.
- La institución CADES, debe elaborar un proyecto de monitoreo de salud integral para controlar el proceso de rehabilitación de los pacientes conociendo el caso de cada uno, sabiendo en qué etapa de intervención se encuentran para que tengan un tratamiento acorde a sus necesidades y una calidad de vida fuera de los efectos de las sustancias psicoactivas.
- La institución CADES, debe elaborar un proyecto de identificación interpersonal, con el propósito de saber quiénes son los “actores” idóneos en los cuales los pacientes puedan recurrir al ser reinsertados y/o al momento de pasar por recaídas y otras circunstancias en las cuales no deben sentirse sin apoyo social.

## CAPÍTULO V PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

### 5.1. Denominación del programa.

Taller de la Dimensión Económica:

*“Construyamos una Economía sin  
Intereses de por  
Vida”*



### 5.2. Justificación del programa.

Dentro de la definiciones conceptuales realizada para la variable y sus dimensiones de este estudio, se puede entender que la dimensión económica como el estatus o condición de contar como no de recursos monetarios y/o materiales. La dimensión económico, es un “nexo” doble, es decir en primer lugar que ayuda a solventar los gastos del tratamiento y posteriormente que el paciente este insertado en el contexto laboral.

Para comprender mejor la dimensión económica dentro de la situación familiar en pacientes que son consumidores de sustancias psicoactivas y que vienen recuperándose mediante la atención del CADE en su proceso de intervención que abarca lo profesional, familiar y personal; se debe señalar que la economía juega un papel importante desde que la persona, desde que vuelve adicta realiza cualquier acción con tal de obtener dinero para la venta y consumo de la misma así también cuando implica la rehabilitación de la persona existe un pago por los servicios profesionales que tienen un costo y por último se encuentra reinsertarse de nuevo a la sociedad para obtener un trabajo que genere ingresos a la ex persona adicta para que cumplan con su plan de vida (que incluye una formación técnica y/o universitaria, así como el inicio de un negocio y entre otros factores que hacen que su vida se torne en metas tangibles).

Teniendo en cuenta mencionado lo anterior se logra identificar la dinámica que tendrá la dimensión económica, así mismo se expone que esta investigación tuvo como objetivo general el determinar el nivel de la situación familiar de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la Provincia del Callao, Período 2018. Como parte del procedimiento se propuso como instrumento la Escala de Situación Familiar en Adictos de Sustancias Psicoactivas.

Por otra parte los resultados específicos de las dimensiones lograron los siguientes niveles: la dimensión afectiva con el 54% de nivel regular, la dimensión salud con el 44% de nivel regular, la dimensión social con el 36% de nivel regular; la dimensión económica obtuvo el 34% de nivel regular, siendo el factor más bajo y con el cual se piensa diseñar el programa de intervención, al ser considerado por los encuestados el que tiene la menor proporción de las otras dimensiones.

La finalidad de este taller se basa en tener un mejor manejo y control de la economía desde otra perspectiva y para lo cual se establecen propósitos particulares.

Por otra parte, existen estudios elaborados por propios trabajadores sociales que justifican también la relación entre la familia y el consumo de las sustancias psicoactivas, entre las cuales se encuentran:

A) *María Eugenia Agudelo Bedoya y Piedad Estrada Arango*, quienes en su tesis titulada: **“Cultura de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la familia”**, donde apuestan que la cultura de las drogas, es decir, los modos de vida que estimulan y propician el uso de sustancias psicoactivas se relaciona con un conjunto muy amplio de factores que implica lo económico, lo político, lo social, lo familiar e individual y que alcanza dimensiones en las que intervienen redes de producción, distribución y el mismo consumo que enlazan a los diversos países, trascendiendo también el ámbito local. Esta cultura ha generado una mayor fuerza a partir de las últimas décadas del siglo XX, desde entonces se la reconoce como causante de problemas en la salud individual, en el bienestar colectivo y en el desarrollo social. En ese contexto, la cultura de la prevención del uso de drogas legales e ilegales tiene como pilares una gama de valores, creencias y actitudes que desestimulan dicho consumo y que se encaminan hacia la promoción de estilos de vida ligados al cuidado de la salud física y mental, con este propósito se confiere un papel central a la familia, considerada como un núcleo básico de desarrollo. El uso y abuso de sustancias psicoactivas constituye un riesgo grave para la salud mental de niños, niñas y adolescentes en nuestra cultura actualmente por ser considerado un problema no solo social, sino también de salud y económico.

Dentro de este estudio, Agudelo y Estrada describen dos posturas en cuanto a la dinámica familiar con la asociación, consumo y cultura de prevención en las sustancias psicoactivas:

1 Tipología y dinámica familiar y su asociación con prevalencia de sustancias psicoactivas de niños, niñas y adolescentes, donde refieren lo siguiente:

- Otras formas de organización familiar: hijos solos que por fallecimiento de ambos padres, separación de éstos o por razones ligadas a estudio o trabajo, habitan solos en una vivienda y unidades domésticas cuando en una vivienda se agrupan personas sin vínculo de consanguinidad y con algún grado de afinidad y se distribuyen gastos y roles, comparten instalaciones, recursos materiales, experiencias y los que pueden aportar una mensualidad.
- Un concepto central en esta investigación es el de dinámica familiar, entendida como el conjunto de procesos psicológicos biológicos y sociales que se dan en la familia y que garantizan su conservación como sistema. Estos procesos incluyen la autoridad, la comunicación, la afectividad y la cohesión, y se viven de forma particular en cada familia brindándole de tal modo una identidad reflejada en su sistema de valores, sus formas de organización y las pautas de crianza que enmarcan el crecimiento y el desarrollo de cada uno de sus miembros y de la familia como totalidad.

- Otro proceso fundamental en la vida y el desarrollo de la familia es la comunicación, la cual posibilita la integración del sistema familiar e incluye contenidos verbales y no verbales que se comparten en la cotidianidad. De acuerdo con su calidad y frecuencia, la comunicación puede ser una condición favorable para la prevención de situaciones que afecten la salud de quienes la conforman.
- De acuerdo con las anteriores definiciones hallamos que el 50% de las familias de los niños, niñas y adolescentes de los colegios privados de Medellín pertenecientes a CONACED son de tipo nuclear, el 50% restante se distribuye en orden descendente en familias monoparentales femeninas 11,9%, extensas 11,6%, simultáneas 9,8%, extendidas 9,6%, comunitarias 2,8% y otras 4,3; probablemente estas conformaciones familiares son resultado de la separación conyugal, del madre y padre soltero, de la viudez, de las maniobras de reorganización en respuesta a crisis económicas y sociales como el desempleo y el desplazamiento forzado.
- Los niños, niñas y adolescentes encuestados perciben como muy buena o buena la cohesión familiar, lo cual equivale, según la escala utilizada, a que en sus familias se comparte el tiempo libre, hay solidaridad en las situaciones cotidianas y sus relaciones con los padres y otros parientes son satisfactorias.
- La autoridad familiar es ejercida de manera respetuosa y participativa en un 72,7%, lo cual favorece la organización familiar y la incorporación positiva de roles sociales por parte de sus miembros. La comunicación entre los padres se describe basada en

el acuerdo. Sin embargo, es significativo que en casi una cuarta parte de las familias la comunicación se caracteriza por discusiones o falta de comunicación directa entre los padres para la resolución de los asuntos familiares.

- En relación con el uso de sustancias psicoactivas legales se registra que el consumo de alcohol es dos veces mayor que el de cigarrillo. El 17,9% de la población encuestada afirmó haber consumido alcohol hasta la embriaguez al menos una vez en el último año.
- De igual forma, el alto consumo de sustancias legales (alcohol y cigarrillo) e ilegales (marihuana, cocaína, inhalables, entre otras) al menos una vez en el último año por parte de una población de niños, niñas y adolescentes y su asociación con problemas académicos severos y moderados debe llevar a los establecimientos educativos a diseñar programas de seguimiento y educación preventiva sobre farmacodependencia con el fin de atender un problema que, como bien se sabe, tiene serias implicaciones a nivel individual, familiar y social.

2 Otros hallazgos acerca de la dinámica familiar y su consumo de sustancias psicoactivas a nivel local, nacional e internacional:

- Se calculó que en el 2002 el uso nocivo del alcohol causó 2,3 millones de muertes prematuras en todo el mundo y un 4,4% de la carga mundial de morbilidad, incluso después de tener en cuenta

los efectos protectores de su consumo bajo o moderado. Los niveles, las características y el contexto social del consumo de alcohol varían según la región, el país y la comunidad, pero sus consecuencias globales negativas para la salud son indudables.

- En las familias con farmacodependientes se debe tener en cuenta el contexto y la vida psicológica del individuo, estos elementos se relacionan de manera bidireccional, ya que los cambios en la estructura familiar producen cambios en los miembros que la constituyen y viceversa. El abandono familiar al que se enfrenta quien padece de adicción a las drogas influye en la motivación y grado de compromiso hacia el tratamiento, más aún cuando la participación en la terapia no es producto de su voluntad.
- La ausencia de una comunicación clara y directa con el adolescente puede llevarlo al consumo de SPA, ya que buscará sustitutos del vínculo con sus padres, lo cual le generará confusiones y lo conducirá a la búsqueda inadecuada de autonomía o independencia.
- La familia constituye una barrera para el logro de la sobriedad, impidiendo u obstaculizando la adecuada reinserción de los pacientes alcohólicos a su contexto social y familiar.

Las autoras, terminan este estudio exponiendo que la cultura de prevención es el resultado de un proceso de aprendizaje que inicia en la familia, la escuela e incluye los niveles formativos hasta los profesionales.

B) *Camilo Ernesto Gutiérrez Paz*, quienes en su tesis titulada: “**La investigación sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA) desde el Trabajo Social: Análisis de los trabajos de grado**”, donde manifiesta que los trabajadores sociales en sus investigaciones proponen una intervención recogiendo etapas de años anteriores donde se fijan en teorías aplicativas en el tratamiento de las personas consumidoras y adictas al SPA: 60-70, 70-80, 80-85, 85-90 y 90. En cuanto a los enfoques que los trabajadores sociales actuaron se precisaron los siguientes:

| <b>Concepciones</b> | <b>Enfoques</b>  | <b>Aportes</b>                  |
|---------------------|--|---------------------------------|
| Tradicional         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductista</li> <li>• Psicodinámico</li> <li>• Cognitivo</li> </ul>                            | Desde lo actitudinal            |
| Alternativas        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radical</li> <li>• Humanístico</li> <li>• Existencial</li> <li>• Fenomenológico</li> </ul>      | Desde lo sociocultural          |
| Emergentes          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistémico</li> <li>• Ecológico</li> <li>• Terapia sistémico</li> <li>• Eco-sistémico</li> </ul> | Desde lo ambiental y perceptivo |

*FUENTE: elaboración propia y extraído del estudio de Gutiérrez.*

Gutiérrez Paz, enfatiza los resultados de estudio resaltando que:

- La lectura crítica de los seis trabajos de grado permitió comprender las concepciones y enfoques que hay sobre el tema del consumo de sustancias psicoactivas y su apropiación desde el trabajo social. Luego de leer varias veces cada uno de los textos, se identificaron las diferentes concepciones y enfoques utilizados para abordar el tema de interés y que respondían a las categorías de análisis

establecidas. Sin embargo, en el proceso se empieza a generar cierto desacuerdo con relación a la manera en que se concibe el fenómeno del consumo de SPA.

- La lectura de los trabajos permitió analizar, reflexionar y reafirmar posturas e ideas relevantes para la investigación y la manera como a través del tiempo se ha abordado y estudiado esta problemática. Al realizar los resúmenes de cada trabajo se evidencian una serie de similitudes en cuanto a las perspectivas utilizadas y a la posición de los investigadores.
- Dado que los trabajos de grado, son escritos entre el 2000 y el 2006, que hacen referencia a los enfoques conductista, psicodinámico y cognitivo, al tratamiento de conductas adictivas y la manera como la profesión interactúa en el tema. El primer trabajo de grado, busca identificar la intervención de la profesión en los espacios de comunidad terapéutica; mientras el segundo analiza, en mayor medida, los comportamientos psiquiátricos que se manifiestan en los consumidores de SPA.
- Es necesario identificar los lineamientos metodológicos y conceptuales que utilizan las comunidades terapéuticas para la intervención y el manejo de las problemáticas de adicción. en donde se propone una propuesta de intervención refiere a las redes socio- familiares como un medio fundamental para vincular al joven y su familia en el proceso terapéutico, es así, que se afirma que la intervención está centrada en el manejo de problemáticas de adicción, dependencias, codependencias y su influencia en las

relaciones familiares y en el contexto social del individuo en donde la implementación de las técnicas de visita domiciliaria permiten desarrollar un acercamiento a las familias en un diagnóstico que nos da cuenta sobre el tipo de familia, el ciclo vital del individuo, características económicas, educativas, culturales, y de vínculos que se convierten en el punto de partida de la intervención profesional.

El autor, concluye que los textos citados anteriormente, complementan y aportan al análisis del consumo de sustancias psicoactivas desde una concepción tradicional; son textos recientes que posibilitan entender la manera en que la profesión puede participar en el intercambio interdisciplinar. Y se plantea en su conjunto los tres enfoques de orden tradicional en el análisis del tema del consumo de SPA. Así mismo, La intervención del Trabajo social en las concepciones tradicionales del consumo de sustancias psicoactivas se realizó desde enfoques funcionalistas y modelos como: el conductista, el modelo psicodinámico, el modelo cognitivo. Este último se encuentra condicionado, desde la década de los 80, a lo pactado en distintos acuerdos internacionales. Gracias a esto el país experimentó un conjunto de situaciones sociopolíticas que generaron unos efectos desastrosos en el país: se pasa de ser exportador de alucinógenos consumidor progresivo de las mismas, con un agravante mayor, el conflicto armado.

### **La estructura y el funcionamiento familiar y su relación con el dinero**

En cuanto a la dimensión económica o del dinero y su relación en cuanto a la estructura y el funcionamiento familiar, se base en que en las necesidades que la persona desea satisfacer como tener.

Según Maslow, en su teoría explica que la persona debe suplir una serie de estados para que complete y forme parte de sí mismo, su núcleo y la sociedad. Esta contemplación de Maslow, solo se dará cuando el individuo logre estar en su complemento entero.

El dinero, forma parte de la funcionalidad, como al disfuncionalidad de las propias familias rompiendo estructuras como la del patriarcado, ya que actualmente al estar las mujeres empoderadas y capacitadas logran conseguir trabajos y realizarlos en casa con la finalidad de sacar a su familia adelante. Las madres al poder ejercer un sustento económico logran romper el patriarcado y así se generen conflictos entre los roles produciendo violencia doméstica.

El dinero, entonces formará parte de la estructura y el funcionamiento de la misma; para lograr establecer ciertas rupturas es necesario que las familias entiendan por economía, como un recurso que puede ayudar a generar ingresos presentes como futuros (casas, negocios, universidad, entre otros) y con ese concepto lograrán obtener más bienes como ingresos. También se debe mencionar que el ahorro, es una herramienta importante para que las familias sepan que servirá como una manera de actuar antes crisis económicas que se lleguen a presentar a nivel micro como macro y ayudará a solventar ciertos gastos necesarios como en canasta básica y servicios.

Por último, la relación existencial entre estas variables, deben encaminarse para lograr sobre todo entablar una línea segura sobre todo en casos de familias que tiene un integrante que se encuentre con problemas de SPA, este en recuperación y/o rehabilitado, debido a que exista el riesgo de que el dinero pueda ser utilizado para su consumo.

Por ello, es indispensable, que las familias funcionales como disfuncionales sepan que el dinero así como puede traer un sustento de apoyo también puede ser un factor de posible violencia en las mismas y para lo cual entablar medidas hacen que la estructura y funcionalidad estén parametradas.

### **5.3. Objetivos del programa.**

#### **5.3.1. Objetivo general:**

- Elaborar un programa de intervención, que procure abordar la dimensión económica dentro de un ámbito integral donde se ejerza las finanzas de un modo adecuado y distributivo.

#### **5.3.2. Objetivos específicos:**

- Realizar talleres para los pacientes y sus familias respecto a la temática de cómo manejar una economía que puede promover una sostenibilidad para utilidades de apoyo.

- Concientizar sobre el buen uso del dinero en familias cuyos hijos se encuentran aún en el proceso de rehabilitación por el consumo de sustancias psicoactivas en el CADES.

- Promover actividades descentralizadas sobre las sustancias psicoactivas y la relación con el dinero, donde la población participante pueda saber las consecuencias de esta dinámica.

- Ayudar a promover la inserción de empleo y el desarrollo del emprendimiento en los jóvenes ya rehabilitados del CADES, mediante alianzas estratégicas que puedan garantizar la realización de esta área.

#### 5.4. Sector al que va dirigido el programa.

Sector: Es el área de bienestar familiar y de la infancia-juventud, por tratar un tema relacionado a la familia y problema y el tratamiento del mismo.

Este programa va direccionado a los pacientes del Centro de Atención Especializada en Adicciones y para sus familias.

**Tabla N° 16.** Nivel de Situación familiar percibido en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES de la Provincia del Callao.

|        |           | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-----------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Muy mala  | 1          | 2,0               | 2,0                  |
|        | Mala      | 15         | 30,0              | 32,0                 |
|        | Regular   | 25         | 50,0              | 82,0                 |
|        | Buena     | 7          | 14,0              | 96,0                 |
|        | Muy buena | 2          | 4,0               | 100,0                |
| Total  |           | 50         |                   |                      |

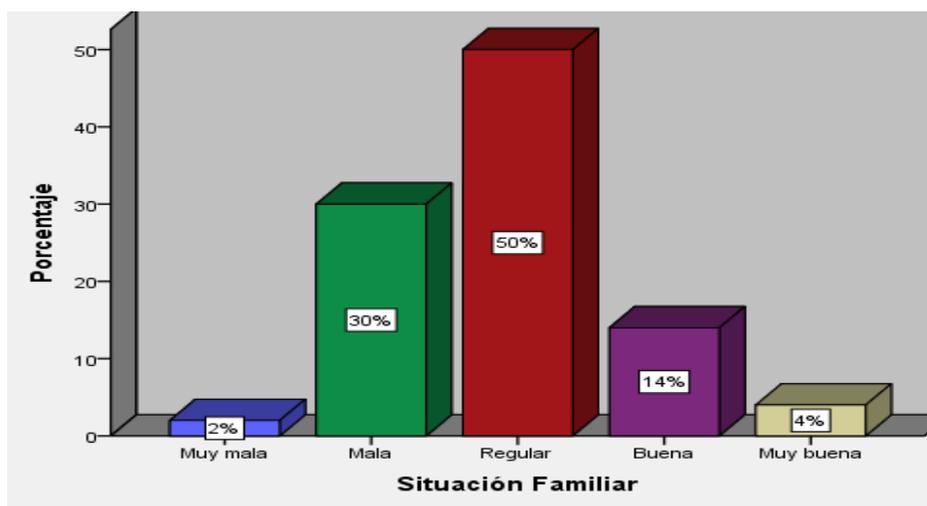


Figura N° 13. Datos sociodemográficos de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del CADES de acuerdo al Grado de Instrucción

## 5.5. Metodología de la intervención del programa.

La metodología que se aplicara para el programa de intervención se basa en un conjunto de herramientas comenzando con un enfoque para poder actuar sobre la población de estudio (pacientes) y otros actores, entonces la perspectiva o enfoque responde al de que se centra en la tarea, porque permite tener un mejor empleo de la economía. La metodología de intervención, propone particularmente dos momentos: la primera basada en la técnica y la segunda en un modelo que se interponga sobre el problema.

A) La técnica se basa en la **Atención de casos** al ser un mecanismo que pueda corroborar la información del fenómeno a tratar mediándote su “caja de herramientas a mediar sobre esta circunstancia.



Figura. 14. Modelo de atención de casos.

B) En cuando al modelo de intervención, este paradigma se basa en el de la autora y trabajadora social *Cristina De Robertis* cuyo modelo lo titulada: **La Intervención Colectiva: La acción con grupos y comunidades**, definiéndolo como una acción de ejecución que tienen las y los trabajadores sociales con un grupo constituido por individuos que están conformados por grupos y

comunidades. Este modelo plantea que su actuación se fija que el profesional, dedica su tiempo a intervenir con persona vulnerables que se encuentran dentro de una institución o asisten a ella por tener el mismo problema y/o perfil, donde también la necesidades es contar con más trabajadores sociales para lograr la debida atención personalizadas en cada miembro de cada grupo o comunidad.

Este modelo, según explica De Robertis tiene un plano “innovador” porque viene asociado a la intervención grupal y comunitaria es reforzado en el control social, es decir, que las y los trabajadores sociales tienen la total libertad de proponer un tratamiento adecuado y alternativo para los miembros que formativos colectivos y donde más tiene valor la palabra y el enfoque de los profesional sin descartar las propias necesidades y prioridades de los grupos y comunidades. La autora, menciona que existen objetivos dentro de este modelo que proponen, para las y los trabajadores cumplan una función mediadora como de facilitador en las actividades de intervención:

- Que las y los trabajadores sociales, sea un agente de cambio que intervengan dentro de una realidad social dentro de su dinámica cambiante. Proporcionando un apoyo estructural, haciendo frente a los desafíos y problemas colectivos.
- Facilitar y despertar el interés en la acción colectiva, para el servicio del desarrollo de los grupos y comunidades.
- Abrir una conciencia más colectiva en las situaciones problemáticas más vividas como de repercusión.
- Instaurar espacios que traten sobre el interés local y con la dimensión colectiva.

- Orientar la participación de los grupos y comunidades en el planteamiento de asunciones de sus preocupaciones y problemas.

Por otra parte, también este modelo cuenta con ciertas características para comprender su dinámica:

- Su delimitación geográfica para realizar la intervención de las y los trabajadores sociales con los grupos y comunidades.
- Cuenta con un nivel microsocioal, que corresponde a las situaciones problemáticas.
- La intervención colectiva, no se refiere al trabajo en equipo sino es una dimensión propia del usuario con su grupo o comunidad.

El modelo de la intervención colectiva, dentro de su método construye un procedimiento con aspectos particulares en las propias dimensiones que las precinden. Por ello, este método contiene una serie de fases para que pueda ser aplicado en los miembros de los diversos grupos y comunidades:

| <b>Fases del Método</b>                  | <b>Reconocimiento de los ejes</b>        |
|--|--|
| Demanda social                           | Dinamización de los grupos y comunidades |
| Análisis de la situación                 | Inserción en el plano geográfico         |
| Evaluación operativa                     | Reconocimiento de las instituciones      |
| Elaboración de proyectos de intervención | Reconocimiento del problema              |
| Evaluación de los resultados             | Reconocimiento de los participantes      |
| Clausura de la intervención              | Reconocimiento de la intervención        |

*FUENTE: elaboración propia y extraído del estudio De Robertis.*

## 5.6. Recursos del programa.

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Recursos Económicos</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>: Para los talleres, capacitaciones, actividades y proyecto.</li> <li>: Para los materiales de los talleres, capacitaciones, actividades y proyecto.</li> <li>: Para el material de difusión.</li> <li>: Para los refrigerios de los talleres, capacitaciones, actividades y proyecto.</li> </ul>  |
| <b>Recursos Humanos</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>: Capacitadores especializados en materia de Economía, consumo de SPA y relaciones familiares.</li> <li>: Área Administrativa, para la gestión de recursos</li> <li>: Educadores, para la concientización.</li> <li>: Psicólogos, para abordar el tema de emocional del paciente y la familia.</li> <li>: Cuerpo de Salud, para abordar el tratamiento a base de ayuda farmacológica.</li> <li>: Trabajadores Sociales, para abordar el tema de relación familiar, economía y pacientes consumidores de SPA</li> </ul> |
| <b>Recursos Institucionales</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>: CADES</li> <li>: Sociedad de Beneficencia Pública del Callao</li> <li>: Empresas públicas y privadas</li> <li>: Instituciones educativas</li> </ul>  |
| <b>Recursos Logísticos</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>: Movilidad para descargar material</li> <li>: Movilidad para asistir a las actividades</li> <li>: Movilidad para trasladar a los ponentes</li> </ul>  |
| <b>Recursos Materiales</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>: Para los talleres, capacitaciones, actividades y proyecto:</li> <li>Mesas, sillas, ecran, proyector, laptop, mouse, ppts, hojas bond, lapiceros, volantes, trípticos informativos, informes, cámara fotográfica, publicidad, folder de manila</li> <li>: Para los refrigerios:</li> <li>Aguas, gaseosas, rehidratantes, vasos descartables, piqueos, galletas, sándwich, servilletas, taper, bolsas.</li> </ul>  |

*FUENTE: elaboración propia.*

### 5.7. Cronograma de actividades.

| <b>Actividades</b>              | <b>Meses</b> | <b>Semanas</b> | <b>Año</b> |
|---------------------------------|--------------|----------------|------------|
| <b>Elaboración del programa</b> | Mayo         | 2, 3 y 4       | 2018       |
| <b>Ejecución del programa</b>   | Junio        | 1, 2 y 3       | 2018       |
| <b>Sesión N° 1</b>              | Julio        | 2 y 3          | 2018       |
| <b>Sesión N° 2</b>              | Agosto       | 1, 2 y 3       | 2018       |
| <b>Sesión N° 3</b>              | Septiembre   | 1, 2, 3 y 4    | 2018       |
| <b>Sesión N°4</b>               | Octubre      | 1, 2 y 3       | 2018       |
| <b>Impacto del programa</b>     | Noviembre    | 1, 2, 3 y 4    | 2018       |
| <b>Resultados del programa</b>  | Diciembre    | 2, 3 y 4       | 2018       |

*FUENTE: elaboración propia.*

**En base al objetivo específico 1:**

*Realizar talleres para los pacientes y sus familias respecto a la temática de cómo manejar una economía que puede promover una sostenibilidad para utilidades de apoyo.*

**Sesión N° 1: Taller – Manejo y utilidades de la economía familiar**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Temporalidad</b>   | : 3 semanas  |
| <b>Geografía</b>      | : CADES y Sociedad de Beneficencia Pública del Callao.   |
| <b>Acción</b>         | : Realizar talleres con la finalidad de que las familias y pacientes sepan cómo administrar la economía y sus efectos negativos en el consumo y adicción, venta y distribución de SPA. |
| <b>Tarea</b>          | : - Preparar agenda del taller.<br>- Contactar con profesionales.<br>- Preparar material.  |
| <b>Estrategias</b>    | : Mediante la difusión en medios sociales.   |
| <b>Resultado</b>      | : Aparte de lograr un 100% de la participación de las familias y pacientes, el resultado es la comprensión del taller y su aplicación a mediano plazo.                                 |
| <b>Requerimientos</b> | : Para los talleres.<br>Para el refrigerio.<br>Para la difusión.<br>Para el informe técnico.   |

*FUENTE: elaboración propia.*

## En base al objetivo específico 2:

*Concientizar sobre el buen uso del dinero en familias cuyos hijos se encuentran aún en el proceso de rehabilitación por el consumo de sustancias psicoactivas en el CADES.*

## Sesión N° 2: Capacitación - *La economía en el proceso de tratamiento*

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Temporalidad</b>   | : 2 semanas   |
| <b>Geografía</b>      | : CADES y Sociedad de Beneficencia Pública del Callao.  |
| <b>Acción</b>         | : Realizar capacitaciones con el objetivo de hacer responsables a las familias y pacientes sobre el buen uso del dinero cuando la persona se encuentre en tratamiento y como poder gestionar algunos gastos y ahorros.                  |
| <b>Tarea</b>          | : - Coordinar con los servicios.<br>- Contactar con profesionales y familias.<br>- Preparar material.   |
| <b>Estrategias</b>    | : Mediante la difusión de material físico.<br>Mediante el perifoneo a las familias.   |
| <b>Resultado</b>      | : Aparte de lograr un 100% de asistencia de las familias y pacientes, el resultado quiere lograr una conciencia sobre el buen uso del dinero, ahorro y prioridad del gasto cuando un familiar se encuentra en proceso de rehabilitación |
| <b>Requerimientos</b> | : Para las capacitaciones.<br>Para el refrigerio.<br>Para la difusión.<br>Para el informe de evaluación.  |

*FUENTE: elaboración propia.*

### En base al objetivo específico 3:

*Promover actividades descentralizadas sobre las sustancias psicoactivas y la relación con el dinero, donde la población participante pueda saber las consecuencias de esta dinámica.*

### **Sesión N° 3: Ponencias – Efectos negativos del SPA en estudiantes de Instituciones Educativas.**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Temporalidad</b>   | : 7 semanas  |
| <b>Geografía</b>      | : CADES, Sociedad de Beneficencia Pública del Callao, Centros Educativos.  |
| <b>Acción</b>         | : Realizar actividades descentralizadas sobre los efectos del consumo de las SPA y su repercusión económica familiar en estudiantes de instituciones educativas públicas y privadas.                               |
| <b>Tarea</b>          | <ul style="list-style-type: none"><li>- Contactar agenda institucional.</li><li>- Contactar con alianzas estratégicas.</li><li>- Preparar material de difusión.</li><li>- Preparar material informativo.</li></ul> |
| <b>Estrategias</b>    | : Mediante la difusión de material físico.<br>Mediante la difusión de redes sociales.<br>Mediante la difusión de medios de comunicación  |
| <b>Resultado</b>      | : Aparte de lograr un 100% de la participación por parte de los alumnos, también es la concientización, prevención y educación sobre el eje de las SPA, familia y economía.  |
| <b>Requerimientos</b> | : Para las actividades.<br>Para el refrigerio.<br>Para la difusión.<br>Otros gastos.   |

*FUENTE: elaboración propia.*

#### **En base al objetivo específico 4:**

*Ayudar a promover la inserción de empleo y el desarrollo del emprendimiento en los jóvenes ya rehabilitados del CADES, mediante alianzas estratégicas que puedan garantizar la realización de esta área.*

#### **Sesión N° 4: Proyecto - *Inserción y emprendimiento laboral***

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Temporalidad</b>   | : 7 semanas  |
| <b>Geografía</b>      | : CADES y Sociedad de Beneficencia Pública del Callao<br>Empresas privadas y públicas.   |
| <b>Acción</b>         | : Realizar un proyecto de emprendimiento e inserción laboral para la población ya rehabilitada del CADES, promoviendo un mayor aporte en el bienestar de los mismos.   |
| <b>Tarea</b>          | : - Diseñar el proyecto.<br>- Contactar con profesionales de apoyo del proyecto.<br>- Preparar material del proyecto.  |
| <b>Estrategias</b>    | : Mediante la difusión de material físico.<br>Mediante la difusión de redes sociales.  |
| <b>Resultado</b>      | : Conseguir que el 60% de la población rehabilitada integralmente del CADES, obtengan oportunidades laborales y/o establezcan negocios de manera independiente para su desarrollo e independencia económica. |
| <b>Requerimientos</b> | : Para el proyecto:<br>Material físico.<br>Recursos presupuestal.<br>Alianzas estratégicas.  |

*FUENTE: elaboración propia.*

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Álvan. C, Santillán. K y Trigoso. M. (2016). Factores familiares asociados al consumo de drogas psicoactivas, en estudiantes de secundaria de la institución educativa Simón Bolívar, Iquitos 2016. T Parra - 2016 - Citado por 2 - Artículos relacionados. Factores familiares asociados al consumo de drogapsicoactivasen estudiantes de secundaria de la Institución. Recuperado de: [repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/4442](https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/4442)
- Aparicio. C. (2001). Evaluación de la personalidad mediante el modelo de Theodore Millon en el ámbito laboral. PDF | El modelo de personalidad de Theodore Millon sirve de punto de partida para el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIP) en el ámbito laboral. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/.../39158805 Evaluacion de la personalidad mediante](https://www.researchgate.net/.../39158805_Evaluacion_de_la_personalidad_mediante)
- Arévalo. A, Beltrán. Y, Bermúdez. Z, Hernández. A y Martínez. A. (2015). Causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes con ambientes de vulnerabilidad familiar y contextos sociales conflictivos. Arley Fernando Hernández Código: 1057544489. ... Amalvis Alexandra Arévalo Código: Angélica María Díaz Martínez Código: ... BERNAL Tutora Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades Cead Santa Marta Octubre -2015. Bogotá D.C., Noviembre de 2014. Recuperado de: <https://docplayer.es/17343979-Presentado-por-yulis-paola-ortega-beltran-codigo-108>

Arroyo. Y & Coaquira. E. (2017). Funcionamiento familiar y consumo de alcohol relacionado al inicio sexual en estudiantes mujeres del 3ro, 4to y 5to de secundaria de un colegio nacional en el departamento de Junín, 2016-2017 C Gil - 2017 - Artículos relacionados al inicio sexual en estudiantes mujeres del 3ro, 4to y 5to de secundaria de un colegio nacional en el departamento de Junín, 2016-2017. Recuperado de: [repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/.../Evelyn\\_Tesis\\_bachiller\\_2017.pdf?](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/.../Evelyn_Tesis_bachiller_2017.pdf?)

CEDRO. (2013). Problemas de drogas en el Perú. CENTRO DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS EL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN EL PERÚ. Recuperado de: <https://es.scribd.com/.../El-Problema-de-las-Drogas-en-el-Peru-CEDRO-2016-pdf>

Castillo. J, Contreras. H, Gutiérrez. C, Haro. E y Trujillo. D. (2009). de C Gutiérrez - Citado por 9 - Artículos relacionados Drogas ilegales en escolares de Lima y Callao: factores familiares asociados a su consumo. César Gutiérrez, Hans Contreras, Delia Trujillo, Eduardo Haro. Recuperado de: [revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe](http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe)

De Robertis. L. (1994). La intervención colectiva en Trabajo Social. LA INTERVENCION COLECTIVA EN TS CRISTINA DE ROBERTIS.pdf. Cargado por 1\_Trabajo Social con grupos, modelo de práctica grupal.pdf. Recuperado de: <https://es.scribd.com/.../LA-INTERVENCION-COLECTIVA-EN-TS-CRISTINA-DE-R>

Díaz. A y Paredes. D. (2015). Taller pedagógico me siento bien para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en adictos a sustancias psicoactivas que asisten a CADES - hospital regional docente de Trujillo. GI Díaz Sandoval - 2015\_Taller pedagógico me siento bien para mejorar la calidad de vida relacionada a adictos a sustancias psicoactivas que asisten a CADES. Con el objetivo de investigar, se planteó el Taller Pedagógico “Me siento bien” para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en adictos. Recuperado de: [repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/228](http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/228)

Gonzales. I. (2011). La investigación profesional sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas (spa) desde trabajo social: análisis de los trabajos de grado escritos de Bogotá. CE Gutiérrez Paez - 2011 - Citado por 2 - Artículos relacionados trabajos de grado escritos en Bogotá (2000-2009). Tratamiento del fenómeno. Recuperado de: [repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/13425/T62.11%20G985i.pdf?](http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/13425/T62.11%20G985i.pdf?)

Gonzales. M.D.P, Oliva. L y Rey. L. (2009). Relaciones familiares y el consumo de droga MPG Flores - 2009 - Artículos relacionados. Marzo de 2009. Las relaciones familiares y el consumo de drogas. Recuperado de: [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol12num1/Art2Vol12No1.pdf](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol12num1/Art2Vol12No1.pdf)

Gutiérrez. J. (2011). La investigación profesional sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA) desde trabajo social: análisis de los trabajos de grado escritos de Bogotá. Recuperado de: [repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/13425/T62.11%20G985i.pdf?](http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/13425/T62.11%20G985i.pdf?)

Hidalgo. S. (2017). Clima social familiar y personalidad en adolescentes del centro juvenil de diagnóstico y rehabilitación de LIMA”, de S Hidalgo Clima social familiar y personalidad en adolescentes del centro juvenil de diagnóstico. Recuperado de: [repositorio.autonoma.edu.pe/handle/123456789/416](https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/123456789/416)

Pazmiño. J y Reyes. R. (2013). Abordaje de Familias con Alcoholismo y Disfuncionalidad Familiar en tres Barrios Populares de Quito. 2016 - Artículos relacionados. Pazmiño y Reyes en su estudio “Abordaje de familias con alcoholismo y disfuncionalidad familiar en tres barrios populares de Quito” de la Universidad. Recuperado de: [dspace.unl.edu.ec/.../1/Alcoholismo%20en%20la%20Funcionalidad%20Familiar.pdf](https://dspace.unl.edu.ec/.../1/Alcoholismo%20en%20la%20Funcionalidad%20Familiar.pdf)

Ramón. C. (2011). Estudio de R Morell-Gomis - 2011 - Citado por 7 - Artículos relacionados CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE VARIABLES FAMILIARES ... CON EL CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. Recuperado de: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=83922546003](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83922546003)

Soledad. M. (2014). Funcionamiento Familiar y el Drogodependiente en proceso de recuperación. FFPEN LA FAMILIA - 2014 - Artículos relacionados. Investigación tiene como objetivo identificar el funcionamiento familiar percibido en la familia y el drogodependiente en proceso de recuperación. Recuperado de: [imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC116709.pdf](http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC116709.pdf)

Trujillo. C, Vásquez. T y Córdova. A. (2016). Percepción de la Funcionabilidad Familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. TJ Trujillo-Guerrero - 2016 - Mencionado por 4 - Artículos relacionados. El consumo de alcohol en adolescentes fue de 27.9%. Se correlacionó la percepción de la funcionalidad familiar de los padres con el consumo de alcohol. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630133>  
[X](#)

Yaya. E. (2017). Relación entre calidad de vida, tiempo de consumo y tiempo de permanencia de los niños, niñas y adolescentes adictos a sustancias psicoactivas en una comunidad terapéutica de Lima. Y Castañeda Relación entre calidad de vida, tiempo de consumo y tiempo de adictos a sustancias psicoactivas en una comunidad terapéutica de Lima..Tiempo de Permanencia de Niños, Niñas y Adolescentes en la Comunidad Terapéutica de Lima. Recuperado de: <repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/971>

# **ANEXOS**

## Anexo 01. Matriz de consistencia

**TÍTULO:** Situación familiar de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la Provincia del Callao, Período 2018.

**AUTORA:** Naysha Marllory Salas Paredes

| <b>Problema General</b>  | <b>Objetivo General</b>   | <b>Metodología</b>   |
|--|---|--|
| ¿Cuál son los niveles de la situación familiar de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la provincia del Callao, Período 2018? | Determinar el nivel de la situación familiar de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la Provincia del Callao, Período 2018 | La investigación es de tipo descriptivo, de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y de corte transversal.                        |
| <b>Problemas Específicos</b>   | <b>Objetivos Específicos</b>  | <b>Población</b>   |
| ¿Cuál es el nivel de la situación familiar en la dimensión afectiva de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado                                    | - Conocer el nivel de la situación familiar en la dimensión afectiva de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado                                | La Población estuvo conformado por 50 pacientes consumidores de sustancias psicoactivas del centro de Atención Especializado en Adicciones |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>en Adicciones de la provincia del Callao, Período 2018?</p> <p>¿Cuál es nivel de la situación familiar en la dimensión económica de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la provincia del Callao, Período 2018?</p> <p>¿Cuál es el nivel de la situación familiar en la dimensión salud de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la provincia del Callao, Período 2018?</p> <p>¿Cuál es el nivel de la situación familiar en la dimensión social de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la provincia del Callao, Período 2018?</p> | <p>en Adicciones de la Provincia del Callao, Período 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar el nivel de la situación familiar en la dimensión económica de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la provincia del Callao, Período 2018.</li> <li>- Identificar es el nivel de la situación familiar en la dimensión salud de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la provincia del Callao, Período 2018.</li> <li>- Detallar el nivel de la situación familiar en la dimensión social de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención Especializado en Adicciones de la provincia del Callao, Período 2018</li> </ul> | <p style="text-align: center;"><b>Muestra</b></p> <p>La muestra fue de tipo censal, es decir, que por la reducida cantidad de participantes se seleccionó la misma</p> |
|--|--|--|

*FUENTE: elaboración propia.*

**Anexo 02. Escala de Situación Familiar en Adictos de Sustancias  
Psicoactivas.**

Sexo: .....

Edad: ..... Grado de Instrucción: .....

A continuación le presentaremos una serie de enunciados, que ustedes deben leer con atención para poder responder. Observe atentamente cada una de ellas y marque el nivel en que más se presente las situaciones descritas en su vida y núcleo familiar.

**NOTA:** Recuerde que no hay respuestas correctas, ni incorrectas.

| Afirmaciones por dimensión:   | ESCALA DE RESPUESTAS |      |          |      |          |
|---|----------------------|------|----------|------|----------|
|   | Muy bajo             | Bajo | Moderado | Alto | Muy alto |
| <b>DIMENSIÓN AFECTIVA</b>   |                      |      |          |      |          |
| 1. Sientes que tu familia te acepta al tener un problema.                                       |                      |      |          |      |          |
| 2. Sientes que tu familia admira tus ganas de salir adelante cuando tienes problema.            |                      |      |          |      |          |
| 3. Sientes que tu familia te apoya a solucionar cuando tienes un problema.                      |                      |      |          |      |          |
| 4. Sientes que tu familia te brinda un debido aprendizaje para sobrellevar los problemas.       |                      |      |          |      |          |
| 5. Tu familia tiende a comprender tu situación al enfrentar un problema.                        |                      |      |          |      |          |
| 6. Sientes una buena comunicación en tu familia al momento de haber un problema.                |                      |      |          |      |          |
| 7. Sientes confianza en tu familia para comentarle tus problemas                                |                      |      |          |      |          |
| 8. Has sentido la demostración de afecto por parte de tu familia cuando atraviesas un problema. |                      |      |          |      |          |
| 9. Has sentido el interés de tu familia por ayudarte a solucionar los problemas que padeces.    |                      |      |          |      |          |
| 10. Has sentido que tu familia es paciente contigo cuando pasas por problemas                   |                      |      |          |      |          |
| 11. Tu familia ha impuesto reglas para evitar que inmerso en problemas.                         |                      |      |          |      |          |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 12. Has sentido la unión de tu familia cuando has atravesado problemas.  |  |  |  |  |  |
| <b>DIMENSIÓN ECONÓMICA</b>   |  |  |  |  |  |
| 13. Alguna vez tu familia ha realizado gastos para solucionar tus problemas.                                   |  |  |  |  |  |
| 14. Sientes que no existe una estabilidad económica en tu familia al solucionar sus problemas como los tuyos.  |  |  |  |  |  |
| 15. Tu familia genera ingresos para solventar gastos en la economía familiar                                   |  |  |  |  |  |
| <b>DIMENSIÓN SALUD</b>   |  |  |  |  |  |
| 16. En tu familia todos están bien de salud  |  |  |  |  |  |
| 17. Existe algún tipo de desequilibrio emocional o mental en algún miembro de la familia                       |  |  |  |  |  |
| 18. Tu familia te apoya cuando estas mal de salud o cuando recaes en crisis                                    |  |  |  |  |  |
| 19. Has experimentado algún tipo de estrés por tener problemas familiares                                      |  |  |  |  |  |
| 20. Padeces de insomnio, depresión o ansiedad cuando pasas y enfrentas problemas.                              |  |  |  |  |  |
| 21. Tu familia o tú han necesitado ayuda profesional para sobrellevar los problemas.                           |  |  |  |  |  |
| <b>DIMENSIÓN SOCIAL</b>  |  |  |  |  |  |
| 22. Tus vecinos tienen buenas relaciones o mantienen amistad con tu familia                                    |  |  |  |  |  |
| 23. Sientes que tus vecinos se preocupan cuando tienes un problema familiar.                                   |  |  |  |  |  |
| 24. En tu núcleo familiar siguen participando o asistiendo a reuniones familiares                              |  |  |  |  |  |
| 25. Mantienen las mismas amistades o grupos de amigos que frecuentaban a tu familia, antes de caer en el vicio |  |  |  |  |  |
| 26. Sigues trabajando o estudiando en estos momentos   |  |  |  |  |  |
| 27. Realizas actividades recreativas que te hacen sentir mejor y relajado                                      |  |  |  |  |  |

*FUENTE: elaboración propia.*

### Anexo 03. Certificado de validación del primer experto



#### CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

##### 1. INFORMACION GENERAL

| Apellidos y Nombre del Experto | Cargo que desempeña   | Nombre del Instrumento    | Autor del Instrumento         |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Miriam Casquero Zaidman        | Coordinadora de CADES | Escala de Calidad de Vida | Salas Paredes, Naysha Marlory |

##### 2. CRITERIOS GENERALES A EVALUAR

| INDICADORES         | CRITERIOS  | Inadecuado<br>00 - 25% | Poco adecuado<br>25- 50% | Adecuado<br>51- 75% | Muy adecuado<br>76- 100% |
|---------------------|--|------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| 01. CLARIDAD        | Esta formulado con lenguaje apropiado.               |                        |                          |                     | 90%                      |
| 02. OBJETIVIDAD     | Esta expresado en conductas observadas.              |                        |                          |                     | 90%                      |
| 03. ORGANIZACIÓN    | Existe una organización lógica.                      |                        |                          |                     | 100%                     |
| 04. SUFICIENCIA     | Comprende los aspectos en cantidad y calidad.        |                        |                          |                     | 100%                     |
| 05. INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos de las estrategias.   |                        |                          |                     | 100%                     |
| 06. CONSISTENCIA    | Basados en aspectos teóricos científicos.            |                        |                          |                     | 90%                      |
| 07. COHERENCIA      | Entre los índices, indicadores y las dimensiones.    |                        |                          |                     | 95%                      |
| 08. METODOLOGÍA     | La estrategia responde al propósito del diagnóstico. |                        |                          |                     | 100%                     |

|                            |               |                     |
|----------------------------|---------------|---------------------|
| 3. PROMEDIO DE VALIDACIÓN: | 95.62%        |                     |
| Lima, 29 de Mayo del 2018  | DNI: 08047994 | Teléfono: 992645545 |
| Lugar:                     | Firma:        |                     |

Mg. Miriam Casquero Zaidman  
C.Ps.P. 3599

## Anexo 04. Certificado de validación del segundo experto



### CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

#### 1. INFORMACION GENERAL

| Apellidos y Nombre del Experto | Cargo que desempeña                                  | Nombre del Instrumento    | Autor del Instrumento            |
|--------------------------------|--|---------------------------|----------------------------------|
| León Espinoza<br>Maritza       | Coordinadora de BIENESTAR SOCIAL<br>- PODER JUDICIAL | Escala de Calidad de Vida | Salas Paredes,<br>Naysha Marlory |

#### 2. CRITERIOS GENERALES A EVALUAR

| INDICADORES         | CRITERIOS  | Inadecuado<br>00 - 25% | Poco<br>*adecuado<br>25- 50% | Adecuado<br>51- 75% | Muy<br>adecuado<br>76- 100% |
|---------------------|--|------------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------------|
| 01. CLARIDAD        | Esta formulado con lenguaje apropiado.               |                        |                              |                     | 90%                         |
| 02. OBJETIVIDAD     | Esta expresado en conductas observadas.              |                        |                              |                     | 90%                         |
| 03. ORGANIZACIÓN    | Existe una organización lógica.                      |                        |                              |                     | 100%                        |
| 04. SUFICIENCIA     | Comprende los aspectos en cantidad y calidad.        |                        |                              |                     | 100%                        |
| 05. INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos de las estrategias.   |                        |                              |                     | 90%                         |
| 06. CONSISTENCIA    | Basados en aspectos teóricos científicos.            |                        |                              |                     | 90%                         |
| 07. COHERENCIA      | Entre los índices, indicadores y las dimensiones.    |                        |                              |                     | 95%                         |
| 08. METODOLOGÍA     | La estrategia responde al propósito del diagnóstico. |                        |                              |                     | 100%                        |

|                                   |               |                     |
|-----------------------------------|---------------|---------------------|
| <b>3. PROMEDIO DE VALIDACIÓN:</b> | 95.70%        |                     |
| Lima, 05 de Junio del 2018        | DNI: 06633559 | Teléfono: 975001721 |
| Lugar:                            | Firma:        |                     |

Mg. Maritza E. León Espinoza  
Coordinadora de Bienestar Social  
Corte Suprema - Poder Judicial

## Anexo 05. Certificado de validación del tercer experto



### CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

#### 1. INFORMACION GENERAL

| Apellidos y Nombre del Experto | Cargo que desempeña | Nombre del Instrumento    | Autor del Instrumento            |
|--------------------------------|---------------------|---------------------------|----------------------------------|
| Josefa Rojas Pérez             | Docente             | Escala de Calidad de Vida | Salas Paredes,<br>Naysha Marlory |

#### 2. CRITERIOS GENERALES A EVALUAR

| INDICADORES         | CRITERIOS  | Inadecuado<br>00 – 25% | Poco<br>adecuado<br>25- 50% | Adecuado<br>51- 75% | Muy<br>adecuado<br>76- 100% |
|---------------------|--|------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| 01. CLARIDAD        | Esta formulado con lenguaje apropiado.               |                        |                             |                     | 100%                        |
| 02. OBJETIVIDAD     | Esta expresado en conductas observadas.              |                        |                             |                     | 100%                        |
| 03. ORGANIZACIÓN    | Existe una organización lógica.                      |                        |                             |                     | 100%                        |
| 04. SUFICIENCIA     | Comprende los aspectos en cantidad y calidad.        |                        |                             |                     | 90%                         |
| 05. INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos de las estrategias.   |                        |                             |                     | 90%                         |
| 06. CONSISTENCIA    | Basados en aspectos teóricos científicos.            |                        |                             |                     | 100%                        |
| 07. COHERENCIA      | Entre los índices, indicadores y las dimensiones.    |                        |                             |                     | 90%                         |
| 08. METODOLOGÍA     | La estrategia responde al propósito del diagnóstico. |                        |                             |                     | 100%                        |

|                                   |               |                     |
|-----------------------------------|---------------|---------------------|
| <b>3. PROMEDIO DE VALIDACIÓN:</b> | 96,25 %       |                     |
| Lima, 24 de Mayo del 2018         | DNI: 07208625 | Teléfono: 993459522 |
| Lugar: Lima                       | Firma:        |                     |

## Anexo 06. Carta de presentación:

### Centro de Atención Especializado en Adicciones

1/6/2018

Aplicación Integradora SISBENCA

 **Universidad Inca Garcilaso de la Vega**  
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas  
Facultad de Psicología y Trabajo Social

Lima, 22 de Mayo del 2018

Carta N° 1182-2018-DFPTS

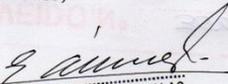
Señor  
**EMILIO CALDERON GAUDRY**  
PRESIDENTE SOCIEDAD DE BENEFICIENCIA  
PUBLICA DEL CALLAO

Presente.-

Luego de recibir mis saludos y muestras de respeto, presento a la señorita **Naysha Marlory SALAS PAREDES**, estudiante de la Carrera Profesional de Trabajo Social de nuestra Facultad, identificada con código 756686460 quien desea realizar una muestra representativa de investigación en la Institución que usted dirige; para poder así optar el Título Profesional de Licenciada en Trabajo Social, bajo la Modalidad de Suficiencia Profesional.

Agradezco la atención a la presente carta y renuevo mis cordiales saludos.

Atentamente,

  
**DR. RAMIRO GÓMEZ SALAS**  
Decano (e)  
Facultad de Psicología y Trabajo Social

RGS/lzv  
Id. 883514

**RECIBIDO**  
SOCIEDAD DE BENEFICIENCIA PÚBLICA DEL CALLAO  
Secretaría de Presidencia  
01 JUN. 2018  
N° Registro: 272  
Hora: 12:30  
Firma: [Firma]

**RECIBIDO**  
SOCIEDAD DE BENEFICIENCIA PÚBLICA DEL CALLAO  
Oficina General de Administración y Finanzas  
04 JUN 2018  
N° Registro: (2464)  
Hora: 18:00  
Firma: [Firma]

**PROVEIDO 221-2018 PRESIDENCIA SOCIEDAD DE BENEFICIENCIA DEL CALLAO**  
PASE A: OGAF  
PARA: Conocimiento y posesión correspondiente  
FECHA: 04 JUN 2018



Sociedad de Beneficiencia Pública del Callao  
Expediente 1739-2018  
Folios: 01  
Asunto: Otros  
Destino: Presidencia  
Fecha: 2018-06-01 11:56:57  
Descripción: Lo que se indica

Av. Petit Thouars 248, Lima  
Teléfonos: 433 1615 / 433 2795 Anexo: 3304  
E-mail: psic-soc@uigv.edu.pe  
[http://www.psic-soc.pe/revista\\_documento\\_tramite2/barrader.php?iddocumento=1739](http://www.psic-soc.pe/revista_documento_tramite2/barrader.php?iddocumento=1739)

1/1

## Anexo 07. Carta de aceptación:

### Proyecto de investigación



**MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL CALLAO**  
**Sociedad de Beneficencia Pública del Callao**



“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”

**CARTA DE ACEPTACION DE LA SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DEL CALLAO**

Callao, 06 de Junio del 2018

**Dr. Ramiro Gómez Salas**  
**Decano de la Facultad de Psicología y Trabajo Social**  
**Universidad Inca Garcilaso de la Vega**

Presente.-

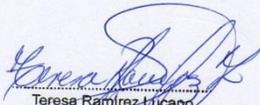
Ref: Carta N° 1182-2018-DFPTS

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente en representación del Presidente del Directorio de la Sociedad de Beneficencia Pública del Callao, Sr. Emilio Alfredo Calderón Gaudry, para hacerle llegar en su nombre y el mío propio el saludo institucional; Así mismo hacer de su conocimiento que la Bach. SALAS PAREDES NAYSHA MARLLORY, identificada con DNI N° 75668646, egresada de la escuela de Trabajo Social de la Institución Universitaria Inca Garcilaso de la Vega. Ha sido admitida para realizar su investigación de Suficiencia Profesional en nuestra Institución.

Agradecemos la atención a la presente Carta y reiteramos nuestros cordiales saludos.

Atentamente,



Teresa Ramírez Lucand  
Área de Rehabilitación - CADES (e)  
SOC. BENEFICENCIA PUBLICA DEL CALLAO

**Sociedad de Beneficencia Pública del Callao**  
Av. Saénz Peña 164 - Callao - Perú  
Teléfonos: 429-2163 429-0052 453-2200

## Anexo 08. Talleres internos del CADES con los pacientes





# Plagiarism Checker X Originality Report

**Similarity Found: 25%**

Date: martes, Setiembre 25, 2018

Statistics: 5492 words Plagiarized / 21955 Total words

Remarks: Medium Plagiarism Detected - Your Document needs Selective  
Improvement.

---

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y  
TRABAJO SOCIAL Trabajo de Suficiencia Profesional Situación familiar de los  
pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el Centro de Atención  
Especializado en Adicciones de la Provincia del Callao, Período 2018 Para optar el  
Título Profesional de Licenciada en Trabajo Social Presentado Por: Bachiller Naysha  
Marllory Salas Paredes Lima – Perú 2018