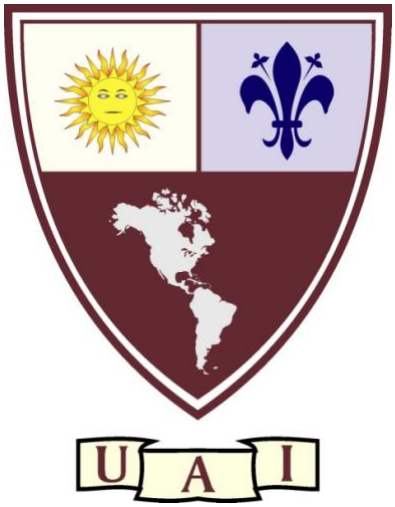
*Universidad Abierta Interamericana*

***Facultad de Psicología y Relaciones Humanas***




# *"SATISFACCION FAMILIAR Y SISTEMA FAMILIAR EN PACIENTES ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS"*

Autora: Cao, María Teresa de Jesús

Legajo: 3199

Tutora: Lic. Paula Agustina Caccia

Sede: Berazategui

Turno: Mañana

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

**Índice de Contenido**

**Agradecimientos** ..... **5**

**Resumen** ..... **1**

**Abstract** ..... **1**

**Capítulo 1. Planteamiento del Problema** ..... **3**

1.1 Introducción ..... 3

1.2 Relevancia de la Investigación ..... 5

1.2.1 Justificación teórica ..... 5

1.2.2 Justificación practica ..... 6

1.2.3 Justificación social ..... 6

1.3 Objetivos ..... 7

1.3.1 Objetivo general ..... 7

1.3.2 Objetivos Específicos ..... 7

1.4 Hipótesis ..... 8

**Capítulo 2. Marco Teórico y Antecedentes** ..... **9**

2.1 Definición de adicción ..... 9

2.1.1 Trastorno por Consumo de Sustancias ..... 11

2.1.2 Adolescencia y consumo de sustancias ..... 12

2.2 Definición de familia ..... 15

2.2.1 Sistema familiar ..... 16

2.2.2 Satisfacción Familiar ..... 21

2.2.3 Satisfacción Familiar y Adolescencia ..... 22

2.2.4 Familia como objeto de estudio en las adicciones ..... 24

**Capítulo 3. Metodología** ..... **27**

3.1 Diseño ..... 27
3.2 Participantes ..... 27
3.3 Instrumentos ..... 27
3.3.1 Cuestionario sociodemográfico ..... 27
3.3.2 Cuestionario de Satisfacción Familiar (CSF, Olson & Wilson, 1982) ..... 28
3.3.4 Cuestionario de evaluación del sistema familiar (CESF, Olson et al., 1982) ..... 28
3.4 Procedimiento ..... 29
3.5 Análisis de datos ..... 30
**Capítulo 4. Resultados ..... 31**
4.1 Caracterización de la muestra ..... 31
4.2 Descriptivos ..... 33
4.3 Prueba de Normalidad ..... 34
4.4 Análisis de correlación ..... 35
4.5 Análisis de comparación ..... 36
**Capítulo 5. Discusión ..... 40**
**Capítulo 6. Referencias Bibliográficas ..... 44**
**Anexos ..... 53**

## Índice de Gráficos

Gráfico 1. Trastorno por consumo de sustancias ..... 31
Gráfico 2. Primera droga consumida ..... 32
Gráfico 3. Grupo conviviente de las adolescentes. ..... 33

## Índice de Tablas

Tabla 1 ..... 33
*Estadística descriptiva de las variables y dimensiones* ..... 33

Tabla 2 ..... 34
*Distribución de las variables y dimensiones* ..... 34
Tabla 3 ..... 35
*Asociación entre edad, frecuencia de consumo, variables y dimensiones* ..... 35
Tabla 4 ..... 36
*Comparación de las variables según presencia o no de trastorno por consumo de sustancias* ..... 36
Tabla 5 ..... 38
*Comparación de las variables según grupo conviviente* ..... 38

**Agradecimientos**

A cada profesor de la Universidad por su solidaridad en compartir sus conocimientos y hacer que la carrera fuera emocionante cada día, cada año. A mi tutora la Lic. Paula Caccia quien con su saber me guió en los momentos más difíciles.

A mi compañero de vida Sebi, quien diariamente me demuestra que con amor, dedicación y pasión todo es posible. Con su motivación, empuje, apoyo y sostén me hizo sentir confianza para lograr la conclusión de este deseo.

A mis hijos Bautista por enseñarme a transformar lo complejo en simple, a Luni por convertir mis momentos de tensión en alegría pura y a Morena que con su amor y paciencia de infante creció sabiendo acompañar a su mamá estudiante. A ellos eternamente agradecida.

A mi papá y mamá por estar atentos a cada fecha de parciales y finales y acompañarme en la espera de resultados. A mis hermanos Jime, Chuli, Soli y Juanchi por su compañía incondicional.

A Meli, Andre, Clau y Eli, compañeras en la tarea de ser mamás, por suplir mis ausencias y hacer de segundas mamás de mis amores.

¡Siempre gracias!

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la asociación de la Satisfacción Familiar con el Sistema Familiar en adolescentes mujeres con Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS). Asimismo, se realizó una comparación con adolescentes sin TCS para determinar la existencia de diferencias significativas. Se utilizó el Cuestionario de Satisfacción Familiar (Olson & Wilson, 1982), el de Evaluación del Sistema Familiar (Olson et al., 1982) y un cuestionario sobre Patrón de Consumo de la Fundación Gradiva. La muestra estuvo conformada por 196 personas de género femenino, residentes de Buenos Aires, de entre 14 y 22 años de edad (*Media*=18 años, *Ds*=2.41). Al momento de contestar los cuestionarios, 97 adolescentes (49.5%) se hallaban internadas en la Fundación Gradiva en rehabilitación por TCS. La satisfacción familiar se asoció positivamente con todas las dimensiones de sistema familiar. De todas las correlaciones, la más fuerte fue con vínculo emocional. Esto quiere decir que cuanto más vínculo emocional haya entre los miembros de la familia, más satisfacción familiar percibirá una persona. Asimismo, quienes no presentaban TCS evidenciaron mayor Satisfacción familiar.



**Palabras clave**: Satisfacción familiar, Sistema familiar, Trastorno por Consumo de Sustancias.



## Abstract

The present research aimed to evaluate the association of Family Satisfaction with the Family System in female adolescents with Substance Use Disorder (SSD). Likewise, a comparison was made with adolescents without TCS to determine the existence of

significant differences. The Family Satisfaction Questionnaire (Olson & Wilson, 1982), the Family System Evaluation Questionnaire (Olson et al., 1982) and a questionnaire on Consumption Pattern were used. The sample consisted of 196 female people, residents of Buenos Aires, between 14 and 22 years of age (Mean = 18 years, Ds = 2.41). At the time of answering the questionnaires, 97 adolescents (49.5%) were admitted to the Gradiva Foundation in rehabilitation for TCS. Family satisfaction was positively associated with all dimensions of the family system. Of all the correlations, the strongest was with emotional bond. This means that the more emotional bond there is between family members, the more family satisfaction a person will perceive. Likewise, those who did not present SCD showed greater family satisfaction.

**Keywords:** Family Satisfaction, Family System, Substance Use Disorder.

# Capítulo 1. Planteamiento del Problema

## 1.1 Introducción

En las últimas décadas ha cobrado particular importancia el consumo de sustancias psicoactivas, debido al impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, así como al costo económico y social que ocasiona a la población. De acuerdo a lo investigado en torno a la problemática, los jóvenes y los adultos jóvenes son los más afectados por el uso de drogas, ya que las generaciones actuales se encuentran más expuestas a ellas (Medina-Mora et al., 2001).

En este sentido, el Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) es definido según DSM V como la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con la misma. Es de destacar en este trastorno el cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación y que acontece especialmente en las personas con trastornos graves. El comportamiento se ve perjudicado por recaídas repetidas y el deseo intenso de consumo cuando la persona se expone a estímulos relacionados con la droga.

De acuerdo a estudios anteriores, el comportamiento de los adolescentes en relación al consumo de alcohol y otras sustancias es influido por el modelado de sus padres (Musitu et al., 2001). Cuando el adolescente percibe el consumo de alcohol como “normal” en su familia, hará lo mismo en sus relaciones sociales. Los pares se convierten en una influencia social dominante para el consumo de alcohol (Donovan, 2004; Henry et al., 2005).

Gracia et al., (2005) refieren que cuando los adolescentes perciben privación de apoyo familiar, un clima hostil y frustrante, es cuando pueden ingresar peligrosamente en contacto con grupos de iguales problemáticos. Así podrían relacionarse con las drogas o en la implicación en grupos de pandillas, ocasionando serias consecuencias en el funcionamiento familiar. La ausencia de calor, afecto o amor de los padres a sus hijos o el privarlos de estos configuran la base del rechazo parental derivando en problemas de salud mental en los hijos.

La satisfacción familiar es la experiencia de bienestar que tiene un sujeto como consecuencias de las interacciones verbales y físicas que mantiene con sus familiares. Si las interacciones y relaciones son positivas, el individuo estará satisfecho y si las interacciones implican conductas punitivas, se percibirá insatisfacción (Salazar et al., 2013).

En casos contrarios, donde los adolescentes perciben una gran insatisfacción familiar, ya sea por disgustos dentro de la familia, por asumir responsabilidades complejas tempranamente, la falta de soporte afectivo, baja cohesión, pérdida de sentido de pertenencia, entre otros, puede llevar no solo al consumo de alcohol a los jóvenes, sino incluso al riesgo de suicidio (Díaz & García-Aurrecoechea, 2008; Forero et al., 2017; Gonzáles et al., 2016).

Si bien los trastornos por consumo de sustancias son comunes y a menudo persistentes, y muchos emergen en la vida temprana (Whiteford et al., 2010) no se ha dado la suficiente atención a esta problemática en niños y adolescentes en comparación con los adultos, aunque éstos son la principal causa de discapacidad en adolescentes (Erskine, 2015).

De esta manera, la siguiente investigación se propone determinar si existe una asociación entre el sistema familiar y la satisfacción familiar en adolescentes con trastorno

por consumo de sustancias (en adelante TCS), y comparar dichas variables con un grupo de adolescentes sin TCS.

Las preguntas que guiarán la investigación son: ¿Existe asociación entre sistema familiar y satisfacción familiar? ¿Hay diferencias significativas de los sistemas familiares y la satisfacción familiar según presencia o no de TCS es adolescentes de Buenos Aires?

## 1.2 Relevancia de la Investigación

Siguiendo a Musitu et al., (2001) es en la adolescencia tardía cuando aumenta el riesgo de conductas desadaptativas, tales como el consumo de drogas, conductas agresivas o las conductas sexuales de riesgo. Elzo (1996) y Protinsky y Shuts (1990) indican que las relaciones de insatisfacción respecto al medio de sociabilización familiar es un factor a tener en cuenta en el consumo de drogas en los adolescentes. Además, observan una menor satisfacción con el funcionamiento familiar, tanto desde la percepción de los hijos como de los padres, en aquellas familias en las cuales los hijos consumen drogas, entendiendo que la falta de satisfacción podría estar en la base del consumo.

Por tal motivo, se considera relevante el presente estudio ya que posibilita ahondar en la importancia que tienen las variables en pacientes adolescentes con TCS. A su vez, es de consideración comparar según presencia o no de TCS para hipotetizar el impacto que podría tener la dinámica familiar en el desarrollo de dicho trastorno. Se busca sentar las bases para brindar nuevas formas de abordaje enfocadas a potenciar los sistemas familiares que predicen mayor satisfacción familiar.

### *1.2.1 Justificación teórica*

Erskine (2015) afirma que el consumo problemático de sustancias no es suficientemente investigado en adolescentes. De esta manera, se aporta información a dicho vacío de conocimiento, posibilitando miradas renovadas sobre los distintos sistemas familiares emergentes originados por la diversidad cultural en constante transformación.

Para Marcos y Garrido (2009) el estudio de los factores familiares se pone de manifiesto y toma gran relevancia en el tratamiento de las adicciones otorgando mayor énfasis sobre aspectos tanto individuales como familiares y relacionales, concediendo especial importancia a los modelos de organización y comunicación familiar.

### *1.2.2 Justificación practica*

El presente estudio posibilita la ampliación, mejora y reelaboración de dispositivos terapéuticos en el ámbito psicológico, educativo, médico y de la atención de la salud para fortalecer y optimizar cada caso particular e institucional. Al mismo tiempo permite el desarrollo de nuevas herramientas e instrumentos con el objetivo de reconocer y analizar mejor las fortalezas psicológicas de los miembros de la familia como un todo y crear sistemas educativos preventivos asistenciales que posibiliten un mejor funcionamiento, tanto de cada miembro de la familia como de la familia como unidad. Cancrini y Mazzoni (1993) comprenden al sistema familiar como unidad de tratamiento.

### *1.2.3 Justificación social*

El consumo de sustancias en los adolescentes representa un problema de salud pública de gran importancia en todo el mundo (Erskine, 2015). En Argentina, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas comienza generalmente en la adolescencia. En Argentina, esto sucede a edades cada vez más tempranas. En 2014, la edad de inicio del consumo de

tabaco, alcohol y marihuana fue de 13,3 años, 13,4 años y 14,6 años, respectivamente (Sedronar, 2017).

En este contexto, la presente investigación toma particular relevancia, posibilitando la toma de conciencia para una mejora en el funcionamiento de las interacciones familiares con el adolescente, favoreciendo la dinámica de los vínculos emocionales y la flexibilidad de los padres para con los hijos adolescentes en virtud de una favorable percepción de satisfacción del sistema familiar. Se posibilita una evolución adaptativa, tanto para el adolescente como para la familia, de sistemas familiares más funcionales (Bronfenbrenner, 1979).

## 1.3 Objetivos

### *1.3.1 Objetivo general*

El objetivo general de la presente investigación es evaluar si existe asociación entre la Satisfacción Familiar y el Sistema Familiar en pacientes adolescentes con Trastorno por Consumo de Sustancias.

### *1.3.2 Objetivos Específicos*

A- Caracterizar la muestra según variables sociodemográficas.

B- Describir el grado de Satisfacción Familiar de las participantes con y sin Trastorno por Consumo de Sustancias.

C- Describir el Sistema Familiar de las participantes con y sin Trastorno por Consumo de Sustancias.

D- Relacionar el grado de Satisfacción Familiar y el Sistema Familiar.

E- Comparar la Satisfacción Familiar según presencia o no de Trastorno por Consumo de Sustancias.

F- Comparar el Sistema Familiar según presencia o no de Trastorno por Consumo de Sustancias.

### 1.4 Hipótesis

H1: Existe asociación significativa positiva entre Vinculación emocional, Flexibilidad y Satisfacción Familiar.

H2: Las adolescentes con Trastorno por Consumo de Sustancias presentan menos Satisfacción Familiar que quienes no presentan dicho trastorno.

H3: Los sistemas familiares de las adolescentes sin TCS, tienen mayor vinculación emocional, flexibilidad, unidad y disciplina que los de las adolescentes con TCS.

# Capítulo 2. Marco Teórico y Antecedentes

En el siguiente apartado se presentarán las conceptualizaciones teóricas de las variables trabajadas y estudios empíricos vinculados.

## 2.1 Definición de adicción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994), define Adicción como el estado psíquico y también físico causado por la interacción entre un sujeto y una droga, caracterizado por alteraciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar la droga de manera continua o periódica con el objetivo de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.

Siguiendo a Baistrocchi y Yaria (2014), la condición de dependencia a una determinada droga no necesariamente es sinónimo de adicción y ejemplifica que el diabético juvenil, depende de la insulina que se administra para vivir, resalta que su enfermedad es la diabetes, su muleta es la insulina, por el contrario, dice, que el cocainómano, depende de la droga para no morir, y subraya que su enfermedad es la adicción, su muleta (aunque enferma y enfermante) es la cocaína. En el primer caso la secuencia es enfermedad (diabetes juvenil) y droga (insulina) y en el segundo caso la secuencia es a la inversa, droga y enfermedad. Concluye reflexionando que no todo drogadependiente es adicto ni todo adicto es drogadependiente.

Barrionuevo (2013) explica que el abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo, y hace una distinción diciendo que la dependencia surge con el uso excesivo de una sustancia, generando consecuencias

negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. El autor comenta también, que puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana.

Según Trujillo et al. (2013) la conceptualización del alcohol como droga legal e institucionalizada provoca que su consumo sea considerado socialmente como "normal" o "legítimo", y que los adultos sean más tolerantes con los que consumen alcohol que con aquellos que utilizan otro tipo de drogas (cannabis, cocaína, heroína, etc.). Asimismo, Baistrocchi y Yaria (2014) refieren que las drogas, ya sean medicamentos o drogas ilícitas, no conocen de leyes jurídicas sino de leyes biológicas y que el comportamiento de la sustancia en el organismo será el mismo si se la considera lícita o ilícita.

Para estos autores las drogas licitas o ilícitas pueden clasificarse en específicas y no específicas. Las primeras producen efectos a través de su interacción con un receptor que recibe la señal que la droga le produce, la amplifica y la traduce (macromolécula con zonas quimio-reconocedoras) y agrega que la mayoría de las drogas actúan mediante este mecanismo. Por otro lado, las drogas no específicas producen sus efectos por mecanismos diferentes que la de la interacción con receptores. Rescata como dato relevante que las primeras necesitan muy poca cantidad para producir su efecto (miligramos o microgramos) mientras que las otras mucho más, midiéndose en valores de gramos. Ejemplifica el LSD, la marihuana, la cocaína y los benzodiacepinas como drogas específicas y al alcohol y el tolueno como drogas inespecíficas.

La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar, 2017) de Presidencia de la Nación, a través de su Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas (DNOAD), realiza a fines del año 2016 y principios del año 2017, el sexto Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 65

años, cuyo principal objetivo es recabar información sobre el consumo y abuso de sustancias psicoactivas en el país. El estudio revela que, el consumo de alcohol y tabaco presentan las prevalencias más altas seguidas por el consumo de marihuana en población de entre 12 y 17 años. En relación al consumo de alcohol según dicho estudio, se detectaron 2.299.598 nuevos casos de los cuales 319.994 fueron adolescentes. Se observó también que el consumo de cocaína por primera vez se triplico en niños y adolescentes.

### *2.1.1 Trastorno por Consumo de Sustancias*

La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotrópicas (aun cuando hayan sido prescriptas por un médico), alcohol o tabaco (Sedronar, 2017). Según el DSM V (Morrison, 2015) el Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) es definido como la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia. Asimismo, se establece que entre los trastornos por consumo de sustancias se contemplan diez grupos diferentes de sustancias de abuso que incluyen: alcohol, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes y ansiolíticos; estimulantes, tabaco y otras sustancias (Knight et al., 2003).

El mecanismo consiste en la activación de los sistemas de recompensa cerebrales al ser consumidas en exceso. Aunque cada una de ellas tiene un mecanismo farmacológico distinto, predomina la sensación de placer, que produce un efecto tan intenso que pueden descuidarse las actividades cotidianas de las personas. Los individuos con alteraciones en los mecanismos inhibitorios cerebrales tienen déficit de autocontrol y especial

predisposición para presentar trastornos por consumo de sustancias, como es el caso de los adolescentes (Schepis et al., 2008).

Los criterios diagnósticos de los trastornos por consumo de sustancias según el DSM V se fundamentan en patrones de comportamiento psicopatológico producto del consumo de sustancias, situación que repercute en la vida cotidiana de la persona afectada. Para diagnosticar el trastorno por consumo de sustancias debe cumplirse dos criterios de los siguientes, durante 12 meses: Uso peligroso, Problemas sociales o interpersonales relacionados con el consumo, Incumplimiento de los principales roles por su consumo, Síndrome de abstinencia (también para el cannabis), Tolerancia (uso de mayor cantidad de sustancia o más tiempo), Intentos repetidos de dejarlo o controlar el consumo, Emplear más tiempo del que se pensaba en actividades relacionadas con el consumo, Tener problemas físicos o psicológicos relacionados con el consumo, Dejar de hacer otras actividades debido al consumo. A su vez, se clasifica en tres grados de severidad, según el número de criterios que cumpla: leve (2-3), moderado (4-5) y grave (6 o más).

### *2.1.2 Adolescencia y consumo de sustancias*

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el periodo comprendido entre 10 y 19 años, es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto y con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Se clasifica en primera adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad.

La OMS, por otro lado, sostiene que la adolescencia es un período de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones y asumir funciones adultas, y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye a su vez una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

Tradicionalmente, la adolescencia ha representado un periodo crítico en el inicio y experimentación en el consumo de sustancias psicoactivas (Espada et al., 2003; Steinberg & Morris, 2001).

Gonzales et al. (2016) añaden que en este proceso el adolescente puede entrar en conflicto con algunos de los mandatos y creencias de su familia y buscar fuera del clima familiar de tensión nuevas versiones de la vida que se identifiquen con sus pares. En dichas interacciones los autores refieren la vivencia de nuevas aventuras y experiencias. Allí, suelen aparecer el alcohol y el cigarrillo como sustancias de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas.

Rodríguez-Fernández et al., (2016), sostienen que los cambios tanto biológicos como psicológicos y sociales que caracterizan a la adolescencia, afectan de una manera u otra el bienestar subjetivo. Masten (2014), propone un modelo de psicología positiva para el estudio del desarrollo y funcionamiento óptimo de los adolescentes alejado del paradigma basado en los déficits. En este nuevo paradigma el bienestar subjetivo se lo define tanto por su carácter cognitivo (satisfacción con la vida) y afectivo (respuestas emocionales) (Pavot & Diener, 2013).

En concordancia a lo anterior, Musitu et al. (2001) señalan que los cambios en el estado de ánimo son bruscos y frecuentes especialmente en la adolescencia media. En tanto que en la adolescencia tardía es cuando aumenta el riesgo de conductas desadaptativas, tales como el consumo de drogas, conductas agresivas, la conducción temeraria o las conductas sexuales de riesgo. Siguiendo a Rojas (2010) los riesgos para ingresar en el mundo de las drogas pueden ser la percepción y actitud de los padres respecto al alcohol y otras drogas y al consumo, la educación y las medidas disciplinarias inconsistentes con respecto al consumo de sustancias de los hijos. El estrés generado por sucesos familiares como la separación o el divorcio de los padres, la formación de parejas nuevas, el fallecimiento de uno de ellos también influye en el desarrollo de estas conductas.

A su vez, Estévez et al. (2005) encontraron que los adolescentes que advierten tener problemas de comunicación con los padres experimentan mayores problemas de síntomas depresivos y estrés con malestar psicológico. En cambio, proponen, que la existencia de una comunicación abierta con los padres está asociada positivamente con la autoestima escolar del hijo y a una evolución adaptativa a los conflictos de la realidad.

Numerosos estudios constatan que la familia constituye el sistema de apoyo más importante para el bienestar y ajuste de los adolescentes. Parke (2004) y Musitu et al. (2001) han observado las relaciones familiares caracterizadas por la vinculación emocional entre los miembros. Nuez et al. (2002) plantean que el predominio del calor afectivo y de la aceptación entre padres e hijos e hijas, junto a una adecuada supervisión, representan importantes factores protectores al promover un tipo de autonomía en el adolescente, construida sobre relaciones afectivas profundas.

Cava et al. (2008) constatan que los problemas tanto de funcionamiento como de comunicación entre padres e hijos adolescentes están estrechamente vinculados con el

consumo de alcohol y drogas en los hijos. Elzo (2010) y Musitu y Pons (2010) indican que los adolescentes consumidores abusivos de alcohol perciben a su familia como un contexto conflictivo en el que existe poco entendimiento entre los miembros. Otro factor de riesgo que influye en el consumo de alcohol entre los adolescentes es el modelado parental de consumo en el sentido de que hay una mayor probabilidad de consumo abusivo en los hijos conforme aumenta la frecuencia de consumo de alcohol en sus padres (Buelga & Pons, 2004; Buelga et al., 2006).

## 2.2 Definición de familia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la familia como institución social fundamental de unión entre personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica. Considera que es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud. Menciona a la familia como conjunto de personas organizadas en roles fijos tales como padre, madre, hermanos, etc. con vínculos consanguíneos o no, que comparten un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan.

De la misma manera Olson (1989), define a la familia como un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior. La definición de familia se amplifica a todas las ciencias, contextos y enfoques en los que sea analizada, generando dificultad en establecer unívocamente su significado preciso.

De acuerdo a Musitu et al. (2001), la familia está considerada como el grupo básico de la sociedad, institución que encontramos en todas culturas y sus cambios están

interrelacionados con los cambios de la sociedad y ninguna otra institución humana y social ha logrado suplir su funcionamiento, especialmente en la satisfacción de las necesidades biológicas y afectivas de las personas.

### *2.2.1 Sistema familiar*

Desde la perspectiva Sistémica, Andolfi (1984) define la familia como sistema total configurado por subsistemas, la familia como sistema abierto que se autorregula por reglas de interacción y, finalmente, la familia como sistema en constante transformación e interacción con otros sistemas. La familia como sus miembros son en sí mismos un todo y simultáneamente una parte de un todo supraordinal. La parte y el todo se contienen recíprocamente en un proceso continuo de comunicación e interrelación (Minuchin, 1982).

Minuchin (1982) en sus teorizaciones, señala el aspecto homeostático de los sistemas familiares. Describe que las familias que tienden predominantemente a mantener el status quo y a presentar una adaptabilidad estructural rígida se acompañan de un alto nivel de patología y conductas sintomáticas en los miembros de la familia considerados individualmente. El autor sostiene que, cuanto más grave es el problema familiar, más rígida es la resistencia al cambio (morfostasis). En aquellas familias en las que se aprecia algún tipo de disfunción, los procesos de autorregulación pueden incorporar síntomas y conductas mal adaptadas como aspectos necesarios del sistema, por lo que la necesidad de mantener comportamientos establecidos incrementa la rigidez familiar y dificulta las posibilidades de cambio.

En concordancia, Ortiz (2008) describe la familia como sistema vivo y abierto con una estructura y un funcionamiento dinámico que está en continuo intercambio con su ambiente, evoluciona con el tiempo y está en relación con otros sistemas. Este autor

enfatiza en la coexistencia de tres ejes para realizar una evaluación del sistema familiar tales como la estructura, el funcionamiento y la evolución.

Dentro de la perspectiva estructural de sistemas, Musitu y Herrero (1994) proponen que la familia se analice en términos de sistemas, siendo la teoría sistémica considerada desde los años setenta como una perspectiva que ofrece un esquema teórico de gran solidez y utilidad para comprender a los sistemas sociales y familiares.

Teniendo como punto de partida la familia como sistema se toma al Modelo Circumplejo de Olson et al. (1979) para el estudio del funcionamiento familiar. Este modelo evalúa la conducta del sistema familiar a través de tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Olson (1989), define al sistema familiar como el intercambio en las interacciones familiares, particularmente los lazos emocionales que los miembros de esta tienen entre si y el grado de autonomía individual que una persona percibe dentro del sistema, así como la capacidad del sistema familiar para ajustar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relación en respuesta a estrés situacional y de desarrollo.

Tal como señalan McCubbin y Thompson (1987), el funcionamiento interno y externo de los sistemas familiares se analiza a partir de tipologías familiares. Dos conceptos importanes son la flexibilidad y la vinculación emocional entre los miembros del sistema familiar para comprender el fenómeno del sistema familiar.

Olson (1989) define la dimensión de flexibilidad como la habilidad del sistema para transformar las estructuras de poder, roles y las reglas de relación en respuesta al desarrollo evolutivo de la familia y en respuesta al estrés provocado por diversas situaciones de tensión familiar. Niveles excesivamente altos y bajos de flexibilidad resultan igualmente poco adaptativos. Esta dimensión se evalúa a partir de las siguientes características: liderazgo, asertividad, roles, reglas.

Los conceptos de liderazgo y asertividad son centrales en el establecimiento de los vínculos intrafamiliares (Olson, 1989). Dentro de los integrantes de una familia, son los padres quienes ejercen el rol de poder o liderazgo para trabajar en equipo y de manera organizada, así lograr los objetivos en común y la resolución de problemas. La asertividad es la habilidad personal de expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, de una forma adecuada sin causar malestar a otras personas.

Otro nivel de análisis del sistema familiar son las coaliciones. Estas cumplen un papel importante en el estudio del sistema familiar. Se instauran cuando dos miembros de la familia crean una alianza en contra de otro miembro del grupo familiar, esta oposición contra un tercero suele reflejarse por medio de un conflicto. Otro concepto importante es el espacio y el tiempo en común que realiza una familia compartiendo en virtud a la armonía con la que se lo experimente, concediendo privacidad a sus miembros (Olson, 1989).

En tanto a la toma de decisiones, Olson (1989) la define como un proceso en el cual la familia realiza una elección entre las diferentes opciones o formas para resolver situaciones vitales logrando o no acuerdos que beneficien la estabilidad familiar. Otro elemento importante es el ocio como tiempo de recreación existente entre todos los miembros de la familia; incluye las obligaciones laborales, como así también el tiempo dedicado para lograr la satisfacción de las necesidades básicas.

Dentro del modelo Circumplejo de Olson (1989) el vínculo emocional hace alusión a manifestaciones de cariño o amor entre los miembros de la familia, cumplen un papel crucial para un desarrollo cognitivo, afectivo y social sano, con lo que constituye la base para relaciones futuras. Para este autor los vínculos sanos forjados en la infancia repercutirán en la autoestima, seguridad, y confianza en sí mismos construyendo su estilo de vida y la facilidad de poder mantener relaciones saludables con los demás. El vínculo

emocional es evaluado a partir de los límites, las coaliciones, el espacio y tiempo, los amigos, la toma de decisiones y ocio.

Según Minuchin (1974) los límites de sistemas, subsistemas, y personas están dados por pautas según las cuales los individuos interactúan entre sí. Ellas determinan con quién, cómo y cuándo se realiza una acción en particular, son una especie de "demandas funcionales" que el sistema familiar hace a sus miembros. Los límites pueden ser más o menos permeables, según el grado en que una influencia externa puede afectar al sistema. Los límites están compuestos por reglas que preservan la diferenciación del ser humano. Para que sea funcional al desarrollo familiar estos límites deben ser claros y precisos para que permitan a los integrantes de la familia desarrollar sus funciones individuales y finalmente permitan una relación equilibrada y de respeto dentro del contexto familiar. Estos límites conceden seguridad, protección y valores que van formando a los integrantes de la familia para vivir en sociedad.

De acuerdo a Musitu et al. (2001), flexibilidad y vinculación emocional están asociadas en el sistema familiar, y manifiestan que, generalmente, las familias con altos niveles de vinculación emocional son también familias más flexibles y, por el contrario, aquellas familias poco flexibles suelen manifestar también menor vinculación emocional.

Por lo tanto, teniendo en cuenta estas dos dimensiones citadas pueden describirse, según estos autores, dos tipos de familias. Las familias altas en funcionamiento familiar las que se caracterizan por un alto grado de vinculación emocional entre sus miembros y por su gran capacidad para cambiar las estructuras familiares en función de las demandas. Y por otro lado las familias bajas en funcionamiento familiar las que se caracterizan por presentar escasa flexibilidad y baja vinculación emocional.

Teniendo en cuenta estos recursos, Musitu y Herrero (1994) categorizan a las familias como familias potenciadoras *Tipo I*, altas en recursos y que tienen un funcionamiento familiar y comunicación altamente satisfactorios; y familias parcialmente potenciadoras *Tipo II* medias en recursos, carentes en flexibilidad y vinculación familiar, aunque la comunicación entre sus integrantes es positiva y sin grandes problemas. Las familias *Tipo III* se caracterizan por una adecuada flexibilidad y vinculación emocional, pero con una comunicación familiar problemática. Y por último las familias obstructoras *Tipo IV*, bajas en recursos con escasas vinculación y flexibilidad familiar, siendo su comunicación de tipo problemática.

Desde el modelo ecológico, Bronfenbrenner (2002) considera que existen cuatro tipos de sistemas que guardan relación entre sí: el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema.

Microsistema es el sistema más próximo entre la persona en desarrollo y el ambiente inmediato en el que se desenvuelve, siendo el microsistema familiar y el microsistema escolar la familia, escuela y amigos. El mesosistema está conformado por las interrelaciones que se producen entre los distintos microsistemas en los que la persona participa activamente. El exosistema hace referencia a aquellos vínculos en los que la persona no participa directamente pero se ve influida, por ejemplo las altas jornadas laborales de los padres y el macrosistema conformado por aquellos condicionantes culturales, económicos, geográficos o geopolíticos que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas en cuanto a la disponibilidad y accesibilidad de la droga que predispone y facilita el acceso a su consumo, la inestabilidad laboral, desempleo, violencia y pobreza. Todos estos factores interrelacionados explican las conductas a través de factores de riesgo y de protección (Hawkins et al., 1992).

En relación con la familia, Musitu et al. (2015) han observado que la comunicación, el afecto y el control parental son variables particularmente importantes para prevenir conductas de riesgo. A su vez, remarcan la importancia de los factores familiares como bloqueadores del efecto de los factores de riesgo procedentes de otros entornos, como la presión del grupo de iguales o los modelos mediáticos. Por el contrario, destacan que la percepción de carencia de afecto, de aceptación y de apoyo, promueven el consumo de alcohol cuando el hijo es adolescente (Buelga et al., 2006).

### *2.2.2 Satisfacción Familiar*

La Satisfacción familiar, es un concepto que viene desarrollándose hace bastante tiempo. Campbell et al. (citados en Sandoval & Benavente, 2012) diferenciaron explícitamente la satisfacción con la propia familia de otros tipos de satisfacción.

Branburn (citado en Villarubia et al. 2005) describía la satisfacción familiar como un juicio valorativo de distintos aspectos de la vida, en el que los sentimientos que se despiertan en el sujeto encuentran su origen en las interacciones verbales y/o físicas que se producen entre éste y los demás miembros de la familia.

Por su parte, Olson y Wilson (1982) refieren que la satisfacción familiar alude a cómo se sienten los miembros de una familia en cuanto a sus niveles de cohesión y adaptabilidad. Tales dimensiones posibilitan la construcción de una escala de evaluación de satisfacción familiar, que permite medir el grado de satisfacción de un individuo con respecto a la vinculación entre los miembros de su sistema familiar y el grado de flexibilidad y aptitud para el cambio. Se contempla a la comunicación como una tercera dimensión la cual no está explicitada en el modelo por considerarse una dimensión facilitadora entre las dos dimensiones señaladas.

Es posible entender la satisfacción, de acuerdo a los antecedentes expuestos, como una valoración cognitiva que una persona realiza de la vida y de los dominios de la misma (Carrión et al., 2000).

Conforme a lo antes relatado, la satisfacción familiar puede ser comprendida como el producto o resultado final de la diversidad de interacciones y encuentros familiares que se llevan a cabo, los cuales pudieran ser de carácter tanto positivo como negativo (Jiménez & Moyano, 2008). Jiménez (2006) indica que el apoyo familiar es de las características protectoras más importantes de la familia. La baja vinculación emocional entre sus miembros y una pobre interacción entre padres e hijos/as propician el mal accionar de sus miembros en el contexto social. De lo anterior se desprende la importancia que recae sobre la familia, cuando se trata de posibilitar un adecuado desarrollo individual en sus miembros a partir de la práctica de estrategias de afrontamiento positivas como sistema, lo cual pudiese tener algún impacto sobre el bienestar psicológico.

### *2.2.3 Satisfacción Familiar y Adolescencia*

La llegada de un hijo/a en la adolescencia constituye un suceso perturbador para la vida familiar en su conjunto. Comparativamente con otras etapas del desarrollo, ésta se considera como una de las más difíciles y temidas, por las dificultades que experimentan tanto el adolescente como sus padres en la convivencia diaria (Elsner et al., 2000). Es por ello que resulta lógico pensar que la evaluación crítica que realiza un miembro respecto a su grupo familiar estará mediatizada por las características inherentes a la etapa evolutiva en la que se encuentra un integrante de ella.

Por consiguiente, el grado de satisfacción familiar que el/la adolescente percibe respecto a su sistema familiar pudiera ser disímil al reporte entregado por sus propios padres,

entendiendo que el factor experiencial los sitúa en posiciones muy distintas. Esto último, ha llevado a la idea de que la adolescencia es un periodo negativo por los conflictos, roces y discusiones que se producen entre padres e hijos/as, cuya causa se atribuye generalmente a la rebeldía de los/as jóvenes en esta etapa (Elsner, 2000). No obstante, lejos de responsabilizar a algunas de las partes, se debe apelar a que se trata de una superposición de necesidades distintas, las cuales deben ser en lo posible mutuamente negociadas.

Elsner (2000) sostiene que la mayor o menor dificultad de ajuste en esta etapa dependerá en gran parte de la historia personal del/la adolescente con su familia. En la medida en que esta haya sido predominantemente satisfactoria y en que haya existido buena resolución de los conflictos, la convivencia tiene mayor probabilidad de continuar siendo armoniosa. Esta historia personal interactúa con las circunstancias particulares que vive cada adolescente y, en definitiva, determinará el éxito o fracaso con que solucionen las tareas que el desarrollo psicológico y social le formulan. Destaca que el grado de satisfacción familiar percibido por el/la adolescente se encontrará inevitablemente en función de sus necesidades personales y de la experiencia previa acumulada respecto a su realidad familiar.

El estado de insatisfacción se ha asociado a ambientes familiares con elevados niveles de frustración, resentimiento, agresión y enojo, menos cohesión y más conflictos, dificultades en la comunicación (poco clara y confusa), aislamiento, escasas redes de apoyo; utilización de estrategias de afrontamiento disfuncionales, ambigüedad en los límites; por lo que los miembros de la familia tienen dificultades para relacionarse unos con otros y para diferenciar cuáles son sus roles y tareas. Por lo que resulta en que el individuo no se sienta integrado a su familia (Villarubia et al., 2005).

Protinsky y Shuts (1990) indican que las relaciones de insatisfacción respecto al medio de sociabilización familiar, es un factor a tener en cuenta en el consumo de drogas en los

adolescentes. Asimismo, observan una menor satisfacción con el funcionamiento familiar, tanto desde la percepción de los hijos como de los padres en aquellas familias en las cuales los hijos consumen drogas, entendiendo que la falta de satisfacción podría estar en la base del consumo.

Elsner (2000) y Barraca y López-Yarto (1999) coinciden en la importancia de la percepción cognitiva de satisfacción del adolescente de su vínculo familiar determinara sus conductas y el desarrollo de su personalidad.

### *2.2.4 Familia como objeto de estudio en las adicciones*

De acuerdo a Marcos y Garrido (2009) el abordaje a las problemáticas ocasionadas por el consumo de drogas es complejo y no puede estudiarse desde una única perspectiva, sino que, para estos, es necesario tener en cuenta una amplia variedad de factores individuales junto a otros de carácter familiar, ambiental y social. La familia es un factor fundamental en la socialización de la persona y es el espacio en el que se producen las primeras relaciones interpersonales y afectivas. Es la que imprime y da valor al sentido de identidad y pertenencia favoreciendo el desarrollo y la evolución de la persona.

Los mencionados autores, explican que el estudio de los factores familiares se pone de manifiesto en el tratamiento de las adicciones otorgando mayor énfasis sobre aspectos tanto individuales como familiares y relacionales, concediendo especial importancia a los modelos de organización y comunicación familiar.

Cancrini (1991) destaca como característica habitual de estas familias un comportamiento comunicativo contradictorio de los padres, comportamiento de reproche y paralelamente de aprobación, desarrollándose de esta forma, procesos circulares, viciosos, que refuerzan el comportamiento del sujeto y que, a su vez, él mismo refuerza. El autor

piensa los efectos sobre la subjetividad del adicto y sobre el dinamismo interpersonal, al establecer la tipología de familias de toxicómanos, teniendo en cuenta los criterios de la organización familiar, y los modelos comunicativos de la misma, la personalidad y las características de los comportamientos del toxicómano y las modalidades de la relación que el toxicómano y/o sus familiares tienden a establecer con los servicios asistenciales y los profesionales de los mismos.

Ocupar tipologías extremas en el modelo Circumplejo de Olson (1989) es otro aspecto sumamente determinante para el desarrolla de estas patologías. Este modelo mide dos dimensiones fundamentales. Ambas dimensiones son ejes bipolares y las familias que ocupan los extremos son más disfuncionales que las que tienen una puntuación intermedia.

Otra característica importante que señala este autor es la mayor frecuencia de consumo de drogas legales por parte de los padres. Esta proporciona modelos de conducta que son transmitidos a los/as hijos/as y que les puede facilitar el acceso a comportamientos cercanos a las drogas. Según la teoría del Modelado de Bandura (1969), la observación directa y el modelado de una conducta es el principal proceso para adquirir esa conducta.

Otros autores como Pons y Berjano (1999) determinaron que el consumo abusivo de alcohol se encontraba relacionado con el mantenimiento de actitudes permisivas, con el consumo habitual dentro de la familia, la percepción de insatisfacción dentro del sistema familiar, las dificultades en la relación afectiva con los padres y con la utilización habitual de estrategias familiares de socialización basadas en la reprobación.

De lo evaluado hasta el momento, se puede decir que la intervención ante un problema adictivo debe implicar siempre que sea posible a la familia, tal como refieren los autores Cancrini y Mazzoni (1993) está en la familia también la posibilidad de cambio.

Dichos autores explican que la Comunidad Terapéutica (CT) en adicciones toma similitudes del sistema familiar, tanto en su estructura, organización, como en las funciones. La CT puede llegar a funcionar como familia sustituta, y valer al usuario o paciente como aprendizaje para luego aplicar lo experimentado y aprendido en la propia familia. El proceso de pertenencia familiar es concluyente para que el individuo realice una evolución en su estructura personal y para acompañarlo a conseguir un grado de individuación y autonomía, siendo estos aspectos, grandes disfunciones o dificultades en las familias de drogodependientes.

En una investigación realizada por Cueto (2002) en un grupo de familias, en el cual alguno de sus miembros había realizado tratamiento en una CT, se indagó sobre el tipo de cambio que se percibía en el paciente, identificando como lo más significativo una mejor convivencia familiar, seguido del aumento de la responsabilidad, la mejoría en las interrelaciones, la aceptación de las normas, el aprendizaje de nuevos hábitos de vida y un restablecimiento de la autoestima. Todos estos aspectos hablan de una mejora en los procesos de socialización. La comunidad dentro del marco de sus funciones y estructuras da respuesta a los vínculos familiares, a las relaciones con los otros y con el equipo terapéutico.

# Capítulo 3. Metodología

## 3.1 Diseño

El presente trabajo es una investigación no experimental debido a que no hay manipulación de la variable independiente, posee un alcance correlacional y comparativo ya que pretende indagar las relaciones significativas entre las variables, utiliza una metodología cuantitativa, de corte transversal. Los instrumentos fueron aplicados en un momento y ambiente determinado (Hernández-Sampieri et al., 2014).

## 3.2 Participantes

Se tomó una muestra no probabilística por conveniencia (Hernández-Sampieri et al., 2014). Los participantes de la presente investigación fueron 196 personas de género femenino, residentes de Buenos Aires, de entre 14 y 22 años de edad (*Media*=18 años, *Ds*=2.41). Al momento de contestar los cuestionarios, 97 adolescentes (49.5%) se hallaban internadas en una clínica de rehabilitación por TCS.

## 3.3 Instrumentos

### *3.3.1 Cuestionario sociodemográfico*

Se indaga modalidad de dispositivo, edad, sexo, lugar de nacimiento, grupo conviviente, nivel de escolaridad, ocupación, tipo de vivienda, características habitacionales, religión, realización de rituales y causa judicial del participante.

### *3.3.2 Cuestionario de Satisfacción Familiar (CSF, Olson & Wilson, 1982)*

Adaptación: Equipo LISIS de la Universidad de Valencia (s/a). El instrumento consta de 14 ítems y evalúa el nivel de satisfacción que tienen los miembros de la familia respecto al funcionamiento familiar. Se contesta a través de una escala tipo Likert que va desde del 1 (Totalmente insatisfecho) hasta el 5 (completamente satisfecho). Evalúa dos dimensiones: *Satisfacción con la Cohesión* (ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 y 14) y *Satisfacción con la Adaptabilidad* (ítems 2, 4, 6, 8, 10 y 12). La fiabilidad de las dimensiones en la presente investigación fue de α=.86 para la Satisfacción con la Cohesión y de α=.85 para la Satisfacción con la Adaptabilidad. La satisfacción familiar total arrojó una fiabilidad de α=.92.

### *3.3.4 Cuestionario de evaluación del sistema familiar (CESF, Olson et al., 1982)*

Adaptación: Equipo LISIS de la Universidad de Valencia (s/a). El instrumento consta de 20 ítems con una escala tipo Likert de cinco puntos (1= casi nunca a 5= casi siempre). Evalúa dos dimensiones: I. *Vinculación emocional* (ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 y 19) y II. *Flexibilidad* (ítems 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 y 20). Para obtener la puntuación en cada dimensión se suman las puntuaciones en los ítems correspondientes a ambas dimensiones. La dimensión I evalúa a su vez las siguientes subdimensiones: Unidad (ítems 1, 11, 17, 19); Límites (ítems, 5 y 7); Amistades y Tiempo (ítems 3 y 9) y Ocio (ítems 13 y 15). La dimensión II evalúa: Liderazgo (ítems 2, 6, 12, 18); Disciplina (ítems 4 y 10) y Reglas y Roles (ítems 8, 14, 16 y 20). En el presente estudio, la fiabilidad de la dimensión

Vinculación emocional fue de α=.88, mientras que para Flexibilidad fue de α=.86. La fiabilidad de las subescalas osciló entre α=.66 y α=.80.

### *3.3.5 Cuestionario Patrón de consumo*

Se utilizó el cuestionario creado por la fundación Gradiva de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se indaga sustancia de inicio de consumo, droga secundaria, terciaria, droga de mayor impacto en la salud, frecuencia de consumo durante último mes, vía de administración más utilizada, edad de inicio, consumo hasta la internación, edad en la que se deja de consumir, uso por vía intravenosa, uso compartido con familiar, con qué familiar, riesgo de vida y antecedentes de adicción en familiares del participante.

## 3.4 Procedimiento

La selección de los participantes se realizó a partir de la edad y de su dispositivo correspondiente de tratamiento por TCS. Para ello se asistió a una comunidad terapéutica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y con el permiso de los directores médicos, se solicitó autorización a padres y/ o tutores mediante una nota en cuaderno interno de la institución. En el próximo encuentro se entregó a pacientes internados el consentimiento informado y luego se repartió de forma grupal el cuestionario sociodemográfico, el de satisfacción familiar, el cuestionario de sistema familiar y el de patrón de consumo.

Para la recolección de la muestra sin TCS, se realizó un Google Form en el que se explicitó el objetivo de la investigación, el consentimiento informado, el cuestionario sociodemográfico, el de satisfacción familiar, el cuestionario de sistema familiar y, finalmente, un breve cuestionario ad-hoc en el que se indaga el consumo de alguna droga y su frecuencia para descartar posible consumo problemático.

### 3.5 Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, y se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney para analizar la existencia de diferencias significativas entre dos grupos independientes, y la de Rho de Spearman para comprobar correlaciones significativas entre variables. La elección de los estadísticos se basó en la distribución no paramétrica de las variables. El nivel de significación se estableció para todos los análisis en $\alpha=.05$.

# Capítulo 4. Resultados

## 4.1 Caracterización de la muestra

La investigación fue llevada a cabo durante los meses de Enero 2019 a Septiembre 2020.

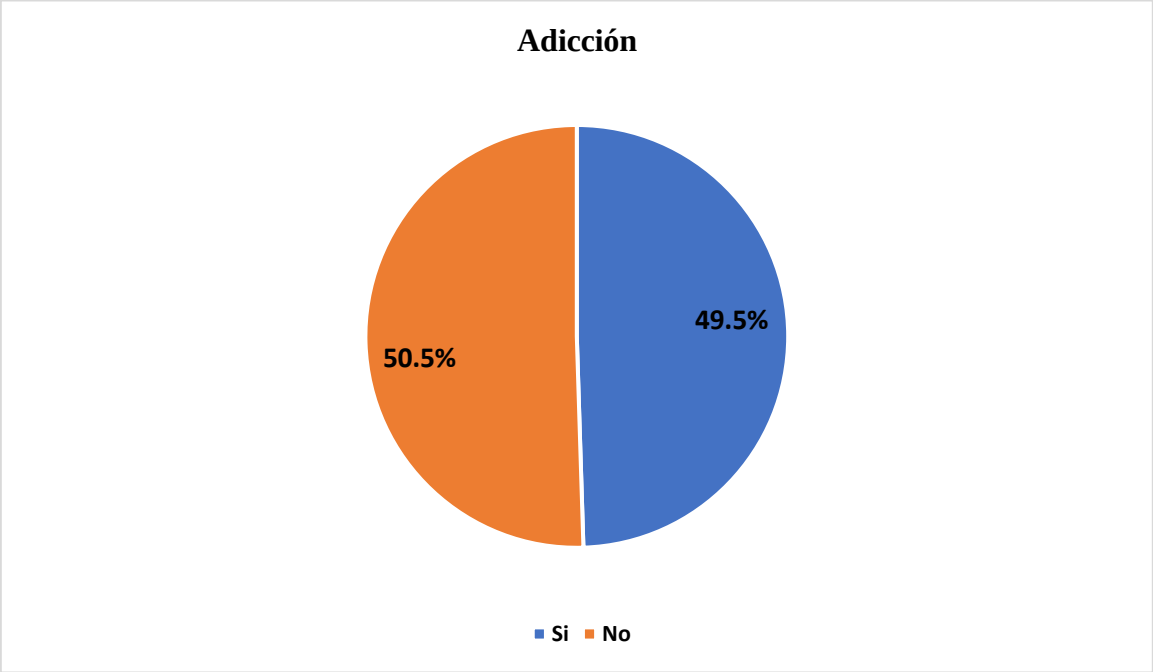



*Gráfico 1.* Trastorno por consumo de sustancias

Del total de la muestra, 97 adolescentes (49.5%) manifiestan tener TCS, hecho por el cual se hallaban internadas en una clínica de rehabilitación al momento de contestar los cuestionarios. En cambio, 99 adolescentes (50.5%) afirmaron no tener dicho trastorno.

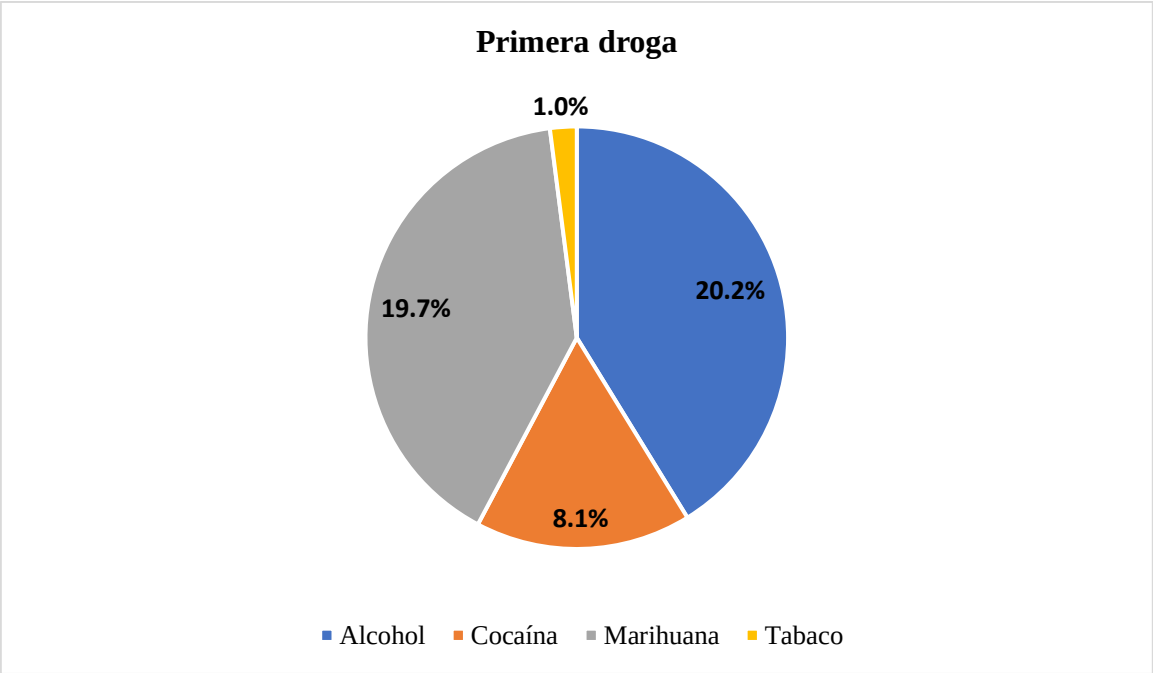



*Gráfico 2.* Primera droga consumida

De la muestra de adolescentes con TCS, 40 (20.2%) manifestaron que su primera droga fue el alcohol, 39 (19.7%) la marihuana, 16 (8.1%) la cocaína y, finalmente, 2 (8.1%) el tabaco.

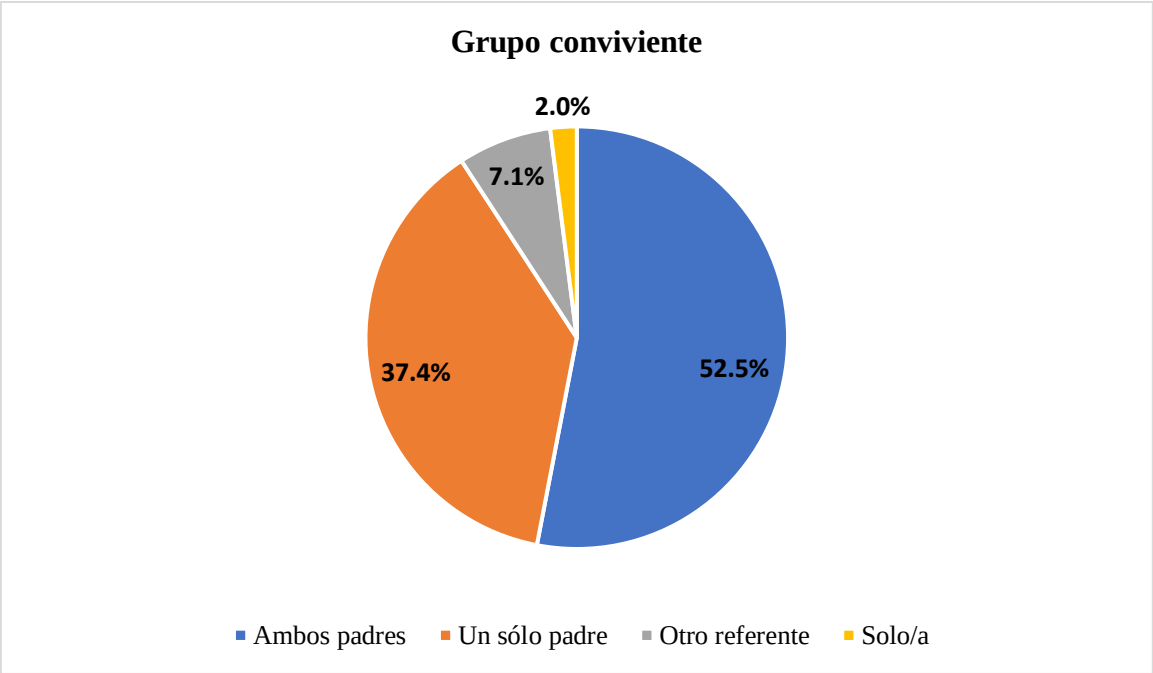



*Gráfico 3.* Grupo conviviente de las adolescentes.

Del total de la muestra, 104 entrevistadas conviven con ambos padres, 74 con un sólo padre, 14 con otro/a referente afectivo y 4 viven solas.

### 4.2 Descriptivos

**Tabla 1**

*Estadística descriptiva de las variables y dimensiones*

| Variables | *M(DE)* | *95% IC* | *Range* | *n* |
|---|---|---|---|---|
| Frecuencia de consumo | 5.14(1.81) | [4.91, 5.38] | 1-7 | 97 |
| Satisfacción cohesión | 27.75(7.60) | [26.68, 28.82] | 8-40 | 196 |
| Satisfacción adaptabilidad | 20.44(5.80) | [19.63, 21.26] | 6-30 | 196 |
| Satisfacción familiar total | 48.02(12.77) | [46.22, 49.82] | 16-70 | 196 |
| Vinculación | 35.22(8.38) | [34.04, 36.40] | 11-50 | 196 |
| Flexibilidad | 28.44(9.10) | [27.16, 29.72] | 10-50 | 196 |
| Liderazgo | 11.24(4-02) | [10.67, 11.81] | 4-20 | 196 |
| Disciplina | 5.32(2.31) | [5.00, 5.65] | 2-10 | 196 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Reglas y roles | 11.87(4.07) | [11.29, 12.44] | 4-20 | 196 |
| Unidad | 14.19(3.97) | [13.63, 14.75] | 4-20 | 196 |
| Límites | 7.17(2.02) | [6.88, 7.45] | 2-10 | 196 |
| Amistades y tiempo | 7.23(1.84) | [6.97, 7.49] | 2-10 | 196 |
| Ocio | 6.62(2.19) | [6.31, 6.93] | 2-10 | 196 |

Nota: IC: Intervalo de confianza.

La frecuencia de consumo de las mujeres con TCS fue, en promedio, de todos los días durante el mes anterior a la internación. Respecto a la satisfacción familiar, la muestra total tendría un nivel medio de satisfacción, tanto de la adaptabilidad familiar como de la cohesión entre sus miembros. En cuanto al sistema familiar, predomina la vinculación emocional, la unidad, la aceptación de las amistades y el tiempo libre compartido.

### 4.3 Prueba de Normalidad

**Tabla 2**

*Distribución de las variables y dimensiones*

| | *p* |
|---|---|
| Frecuencia de consumo | .000 |
| Satisfacción cohesión | .000 |
| Satisfacción adaptabilidad | .003 |
| Satisfacción familiar total | .000 |
| Vinculación | .000 |
| Flexibilidad | .006 |
| Liderazgo | .000 |
| Disciplina | .000 |
| Reglas y roles | .010 |

| | |
|---|---|
| Unidad | .000 |
| Límites | .000 |
| Amistades y tiempo | .000 |
| Ocio | .000 |

Nota: Se utilizó Kolmogorov-Smirnov

Todas las variables presentan una distribución no paramétrica ($p < .05$).

### 4.4 Análisis de correlación

Debido a que todas las variables presentaron una distribución no paramétrica, se realizó la prueba Rho de Spearman para determinar la existencia de asociaciones significativas.

**Tabla 3**

*Asociación entre edad, frecuencia de consumo, variables y dimensiones*

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Edad | . | -.10 | -.20** | -.12 | -.22** | -.07 | -.04 | -.09 | -.05 | -.10 | -.24** | -.29** | -.15* | -.16* |
| 2. Frecuencia de consumo | | . | .00 | -.08 | .04 | -.01 | -.04 | -.01 | .01 | .03 | .05 | .02 | .03 | -.04 |
| 3. Satisfacción cohesión | | | . | .89** | .80** | .67** | .66** | .67** | .52** | .71** | .45** | .73** | .69** | .97** |
| 4. Satisfacción adaptabilidad | | | | . | .79** | .71** | .67** | .70** | .53** | .68** | .46** | .74** | .68** | .96** |
| 5. Vinculación | | | | | . | .75** | .69** | .75** | .56** | .90** | .64** | .82** | .83** | .82** |
| 6. Flexibilidad | | | | | | . | .90** | .85** | .84** | .64** | .42** | .64** | .67** | .72** |
| 7. Liderazgo | | | | | | | . | .76** | .61** | .62** | .40** | .59** | .59** | .67** |
| 8. Disciplina | | | | | | | | . | .55** | .62** | .44** | .66** | .69** | .70** |
| 9. Reglas y Roles | | | | | | | | | . | .48** | .26** | .46** | .53** | .55** |
| 10. Unidad | | | | | | | | | | . | .41** | .66** | .70** | .72** |
| 11. Limites | | | | | | | | | | | . | .46** | .38** | .46** |
| 12. Amistades y tiempo | | | | | | | | | | | | . | .64** | .75** |
| 13. Ocio | | | | | | | | | | | | | . | .71** |
| 14. Satisfacción familiar total | | | | | | | | | | | | | | . |

Nota: **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). *. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

La edad se asoció significativamente de manera negativa con la Satisfacción con la cohesión, con la vinculación emocional, con los límites, con la aceptación de las amistades y tiempo libre compartido, con el ocio y con la satisfacción familiar total.

La satisfacción con la cohesión se asoció positivamente con todas las dimensiones de sistema familiar. Las correlaciones más fuertes se observan con las dimensiones unidad, y amistades y tiempo.

La satisfacción con la adaptabilidad se asoció positivamente con todas las dimensiones de sistema familiar, siendo con vinculación emocional y con amistades y tiempos las correlaciones más fuertes.

Finalmente, la satisfacción familiar total se asoció positivamente con todas las dimensiones, excepto con la variable frecuencia de consumo. De todas las correlaciones, la más fuerte fue con vínculo emocional. Esto quiere decir que cuanto más vínculo emocional haya entre los miembros de la familia, más satisfacción familiar percibirá una persona.

### 4.5 Análisis de comparación

Se realizó la comparación de las variables y dimensiones según presencia o no de TCS y según grupo conviviente. Debido a que todas las variables tienen una distribución no paramétrica se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. En el caso de grupo conviviente sólo se tomaron para la comparación aquellas mujeres que convivían con ambos padres y con uno sólo al momento de contestar los cuestionarios, ya que la muestra que vive sola (n=4) y con otros referentes (n=14) es muy pequeña.

**Tabla 4**

*Comparación de las variables según presencia o no de trastorno por consumo de*

*sustancias*

| | Rango prom | | *p* | *U* | *Z* |
|---|---|---|---|---|---|
| | Si (n=97) | No (n=99) | | | |
| Satisfacción cohesión | 60.29 | 135.94 | .00 | 1095.0 | -9.34 |
| Satisfacción adaptabilidad | 67.69 | 128.76 | .00 | 1805.5 | -7.55 |
| Satisfacción familiar total | 63.25 | 133.04 | .00 | 1382.5 | -8.61 |
| Vinculación | 65.28 | 131.05 | .00 | 1579.5 | -8.12 |
| Flexibilidad | 72.97 | 123.51 | .00 | 2325.5 | -6.24 |
| Liderazgo | 74.11 | 122.40 | .00 | 2435.5 | -5.98 |
| Disciplina | 75.20 | 121.33 | .00 | 2541.5 | -5.74 |
| Reglas y roles | 78.77 | 117.83 | .00 | 2887.5 | -4.83 |
| Unidad | 71.59 | 124.86 | .00 | 2191.5 | -6.60 |
| Límites | 75.56 | 120.98 | .00 | 2576.0 | -5.68 |
| Amistades y tiempo | 64.71 | 131.61 | .00 | 1524.0 | -8.36 |
| Ocio | 74.56 | 121.96 | .00 | 2479.0 | -5.91 |

Nota: U de Mann-Whitney

Como se observa en la *Tabla 4*, en todas las variables se hallaron diferencias estadísticamente significativas a favor de quienes no manifestaron tener TCS. Es decir, aquellas mujeres que estaban internadas por consumo problemático percibieron menos satisfacción con sus familias, con la adaptabilidad y con la cohesión entre sus miembros. Asimismo, perciben a su sistema familiar con menos vinculación emocional, flexibilidad, menos liderazgo compartido, menos disciplina, reglas y roles poco definidos y menos unidad entre quienes componen el sistema familiar. A su vez, comparten menos tiempo libre y sus amistades son menos aceptadas que las amistades de las mujeres sin TCS.

**Tabla 5**

*Comparación de las variables según grupo conviviente*

| | Rango prom | | *p* | *U* | *Z* |
|---|---|---|---|---|---|
| | Ambos padres (n=104) | Un sólo padre (n=74) | | | |
| Satisfacción cohesión | 103.26 | 70.16 | .00 | 2417.0 | -4.22 |
| Satisfacción adaptabilidad | 101.26 | 72.97 | .00 | 2624.5 | -3.62 |
| Satisfacción familiar total | 101.46 | 72.69 | .00 | 2604.0 | -3.67 |
| Vinculación | 101.89 | 72.09 | .00 | 2559.5 | -3.81 |
| Flexibilidad | 98.76 | 76.48 | .00 | 2884.5 | -2.85 |
| Liderazgo | 98.88 | 76.31 | .00 | 2872.0 | -2.90 |
| Disciplina | 99.85 | 74.96 | .00 | 2772.0 | -3.20 |
| Reglas y roles | 94.76 | 82.12 | .10 | 3301.0 | -1.62 |
| Unidad | 98.97 | 76.20 | .00 | 2863.5 | -2.92 |
| Límites | 100.99 | 73.35 | .00 | 2653.0 | -3.58 |
| Amistades y tiempo | 98.58 | 76.74 | .00 | 2903.5 | -2.83 |
| Ocio | 98.20 | 77.27 | .01 | 2943.0 | -2.70 |

Nota: U de Mann-Whitney

Se hallaron diferencias significativas en todas las variables excepto en reglas y roles. Para el resto de las comparaciones, quienes viven con ambos padres obtuvieron puntuaciones más altas. Es decir, perciben mayor satisfacción con la cohesión familiar, con la adaptabilidad y con la familia en general.

Asimismo, quienes conviven con ambos padres perciben su sistema familiar como más flexible, con mayor vinculación emocional, liderazgo más repartido, mayor disciplina, más unidad entre ellos, mayor aceptación de amistades, tiempo libre compartido y ocio.

Es importante mencionar que también se llevaron a cabo las comparaciones de grupo seleccionando sólo a las mujeres con TCS. En dicho caso, sólo se halló diferencia significativa en la frecuencia de consumo ($p$ = .03), quienes vivían con un sólo padre (Rprom = 46.6) consumían alguna droga con mayor frecuencia que quienes vivían con ambos padres (Rprom = 36.7). Para el resto de las variables no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p$ > .05).

## Capítulo 5. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la existencia de asociación significativa entre Satisfacción Familiar y Sistema Familiar en adolescentes mujeres con Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS). Asimismo, se realizó una comparación con adolescentes sin TCS para determinar la existencia de diferencias significativas.

En función de ello, se halló una asociación positiva entre la vinculación de los miembros familiares, la flexibilidad y la satisfacción familiar, por lo que la hipótesis de trabajo es confirmada. De todas las correlaciones, la más fuerte fue con vínculo emocional, lo que quiere decir que cuanto mayor sea el vínculo emocional y la flexibilidad de una familia, mayor satisfacción familiar percibirá una persona.

Este resultado es coincidente con lo relevado por autores como Parke (2004) y Musitu et al. (2001), quienes afirman que en las relaciones familiares caracterizadas por la vinculación emocional entre los miembros, el predominio del calor afectivo y de la aceptación entre padres e hijos e hijas, junto a una adecuada supervisión, implican importantes factores protectores para promover un tipo de autonomía en la adolescencia construida sobre relaciones afectivas profundas (Fletcher et al., 1999; Musitu & García, 2004, Nuez et al., 2002).

Asimismo, el estado de insatisfacción se ha asociado a ambientes familiares con elevados niveles de frustración, resentimiento, agresión y enojo, menos cohesión, más conflictos y ambigüedad en los límites; por lo que los miembros de la familia tienen dificultades para relacionarse unos con otros y para diferenciar cuáles son sus roles y tareas. Lo implica que el individuo no se sienta integrado a su familia (Villarubia et al., 2005).

Por otro lado, y a partir del rastreo de antecedentes, se hipotetizó que las adolescentes *con* TCS tendrían menor satisfacción familiar que las adolescentes *sin* TCS. Dicha hipótesis se vio corroborada por los resultados del presente estudio. En este sentido, Elzo (1996) y Protinsky (1990) indican que las relaciones de insatisfacción respecto al medio de sociabilización familiar es un factor a tener en cuenta en el consumo de drogas en los adolescentes. Además, observan una menor satisfacción con el funcionamiento familiar, tanto desde la percepción de los hijos como de los padres, en aquellas familias en las cuales los hijos consumen drogas, entendiendo que la falta de satisfacción podría estar en la base del consumo.

A su vez, Gonzales et al. (2016) explican que el adolescente puede entrar en conflicto con algunos de los mandatos y creencias de su familia y buscar fuera del clima familiar de tensión e insatisfacción nuevas versiones de la vida que se identifiquen con sus pares. En dichas interacciones suelen aparecer el alcohol y el cigarrillo como sustancias de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas.

Finalmente, se halló que el sistema familiar de las adolescentes *sin* TCS evidenciaba tener mayor vinculación emocional, flexibilidad y disciplina que el sistema familiar de las adolescentes *con* TCS. Estas últimas, perciben que su sistema familiar tiene reglas y roles poco definidos y menos unidad entre quienes componen el sistema familiar. A su vez, comparten menos tiempo libre y sus amistades son menos aceptadas que las amistades de las mujeres sin TCS. Gracia et al., (2005) refieren que cuando los adolescentes perciben privación de apoyo familiar, un clima hostil y frustrante, es cuando pueden ingresar peligrosamente en contacto con grupos de iguales problemáticos. La ausencia de afecto o amor de los padres a sus hijos o el privarlos de estos configuran la base del rechazo parental derivando en problemas de salud mental en los hijos.

En la misma línea, Pons y Berjano (1999) determinaron que el consumo abusivo de sustancias como el alcohol se encontraba relacionado con la percepción de insatisfacción dentro del sistema familiar, las dificultades en la relación afectiva con los padres y con la utilización habitual de estrategias familiares de socialización basadas en la reprobación.

Finalmente, se halló que las adolescentes con TCS que vivían con un sólo padre consumían alguna droga con mayor frecuencia que quienes vivían con ambos padres. En este sentido, se ha reportado que los adolescentes con familia separada, ya sea por abandono, muerte o divorcio, tienen mayor riesgo de consumo de sustancias. Relaciones cálidas con la madre, el padre o ambos y la adecuada supervisión familiar al adolescente son factores protectores contra el inicio del consumo de sustancias (Cleveland et al., 2008).

A modo de conclusión, los resultados permiten evidenciar la importancia que tiene promover el apoyo familiar, la flexibilidad y el vínculo emocional entre sus miembros, entendiendo que cumple un papel crucial para un desarrollo cognitivo, afectivo y social sano. Los vínculos sanos forjados en la infancia y adolescencia, repercutirán en la autoestima, seguridad, y confianza en sí mismos al construir un estilo de vida y facilitarán la mantención de relaciones saludables con los demás (Olson, 1989).

Si bien es un aspecto para trabajar en toda la sociedad, lo es principalmente para quienes tienen problemáticas vinculadas con el consumo de sustancias, quedando demostrado que perciben un nivel más bajo de funcionamiento familiar y, consecuentemente, menor satisfacción. Tal como afirman Cancrini y Mazzoni (1993), la intervención ante un problema adictivo debe implicar siempre que sea posible a la familia, ya que está en ella también la posibilidad de cambio.

Asimismo, es importante destacar que la presente investigación cuenta con determinadas limitaciones como la naturaleza no probabilística de la muestra, por lo que los resultados

son de difícil generalización. Además, no se indagó cantidad de personas con las que convive ni si tenían hijos, aspecto de suma importancia en dicha población. Por tal motivo, se alienta a realizar nuevas investigaciones teniendo en cuenta cantidad de convivientes, nivel socioeconómico, presencia de violencia intrafamiliar, maternidad adolescente y a contemplar otros géneros además del femenino.

## Capítulo 6. Referencias Bibliográficas


Álvarez, J. L. M., Martín, F. F., Vergeles, M. R., & Martín, A. H. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*, *15*(2), 161-166.

Andolfi, M. (1984). *Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.

Baistrocchi, R., & Yaria, J.A., (2014). *Adicciones:* Volumen 1 *Cerebro, Subjetividad, Conducta, Cultura* (1ª ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ediciones RV.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification.* New York: Holt, Rineart y Winston.

Barraca, J., & López-Yarto, L. (1999). *ESFA: Escala de satisfacción familiar por adjetivos*. Tea.

Barrionuevo, J. (2013). Adicciones; drogadicción y alcoholismo en la adolescencia. *Universidad de Buenos Aires, Argentina*.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard university press.

Bronfenbrenner, U. (2002). Preparing a world for the infant in the twenty-first century: The research challenge. *The infant and family in the twenty-first century*, 45-52.

Buelga, S., & Pons, J. (2004). Alcohol y adolescencia: ¿Cuál es el papel de la familia? *Encuentros en Psicología Social*, *2*(1), 39-43.

Buelga, S., Ravenna, M., Musitu, G., & Lila, M. (2006). Epidemiology and psychosocial risk factors associated with adolescents drug consumption. *Handbook of adolescent development*, 337-369. https://doi.org/10.4324/9780203969861-17

Buelga, S., Ravenna, M., Musitu, G., & Lila, M. (2006). Epidemiology and psychosocial risk factors associated with adolescents drug consumption. *Handbook of adolescent development*, 337-369. https://doi.org/10.4324/9780203969861-17

Cancrini, L. (1991). *La Psicoterapia: Gramática o Sintaxis.* Barcelona: Paidós.

Cancrini, L., & Mazzoni, S. (1993). *Estrategias de intervención familiar en drogodependencias*. Grupo Igia, Barcelona.

Carrión, A. C., Mañes, R. J. M., & Sala, F. G. (2000). Estudio de la satisfacción personal según la edad de las personas. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, *16*(2), 189-198.

Cava, M. J., Murgui, S., & Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, *20*(3), 389-395.

Cueto, I. R. (2002). Evaluación de la eficacia de los tratamientos en la comunidad terapéutica: la visión de los usuarios y sus familias. In *Las comunidades terapéuticas: pasado, presente y futuro: avances en drogodependencias* (pp. 157-180). Servicio de Publicaciones. Argitalpen Zerbitzua.

Díaz, B. & García-Aurrecoechea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. Revista Panam Salud Pública, 24(4), 223-233. https://doi.org/10.1590/s1020-49892008001000001

Donovan, J. E. (2004). Adolescent alcohol initiation: A review of psychosocial risk factors. *Journal of adolescent health*, *35*(6), 529-e7.

Elsner, P. (2000). *La familia una aventura*. Ediciones Universidad Católica de Chile.

Elzo J. Drogas y Escuela V. Vitoria: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco; 1996. (CHEQUEAR)

Erskine, H. E., Moffitt, T. E., Copeland, W. E., Costello, E. J., Ferrari, A. J., Patton, G., ... & Scott, J. G. (2015). A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychological medicine*, *45*(7), 1551. https://doi.org/10.1017/s0033291714002888

Espada, J. P., Méndez, X., Griffin, K., & Botvin, G. J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, *84*(9), 17.

Estévez López, E., Musitu Ochoa, G., & Herrero Olaizola, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud mental*, *28*(4), 81-89.

Forero, I., Siabato, E. & Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. Revista Latinoamericana de

Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 15(1), 431-442. doi:10.11600/1692715x.1512729042016

Gonzales-Portillo, J., Gil-Arévalo, J., Hernández-Botero, D. y Henao-Sánchez, L. (2016). Evaluación de las expectativas negativas y tipo de riesgo suicida en estudiantes de 9°, 10° y 11° de una institución educativa del departamento del Quindío. Revista de la Facultad de Ciencias de la salud, 13(1), 7-14. https://doi.org/10.21676/2389783x.1582

Gracia, E., Lila, M., & Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud mental*, *28*(2), 73-81.

Gutiérrez, S. F. & Sepúlveda, J. C. (2012). *Auto-percepción del nivel de satisfacción familiar y bienestar psicológico en adolescentes de la ciudad de Chillán*. (Tesis de licenciatura, Universidad del Bío Bío). Repositorio Institucional - Universidad del Bío Bío.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, *112*(1), 64. https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64

Henry, K. L., Slater, M. D., & Oetting, E. R. (2005). Alcohol use in early adolescence: the effect of changes in risk taking, perceived harm and friends' alcohol use. *Journal of studies on alcohol*, *66*(2), 275-283.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2014). *Selección de la muestra.* En Metodología de la Investigación (6ª ed., pp. 170-191). México: McGraw-Hill.

Jiménez Figueroa, A., & Moyano Díaz, E. (2008). Factores laborales de equilibrio entre trabajo y familia: medios para mejorar la calidad de vida. *Universum (talca)*, *23*(1), 116-133. https://doi.org/10.4067/s0718-23762008000100007

Jiménez Gutiérrez, T. I. (2006). *Familia y problemas de desajuste en la adolescencia: El papel mediador de los recuerdos psicosociales* (Doctoral dissertation, Universitat de València).

Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K., Gates, E. C., & Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, *27*(1), 67-73.

Marcos Sierra, J. A., & Garrido Fernández, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de psicología, 27 (2-3), 339-362.*

Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child development*, *85*(1), 6-20. https://doi.org/10.1111/cdev.12205

Medina-Mora, M. E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., & Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud mental*, *24*(4), 3-19. https://doi.org/10.1590/s0036-36342003000700005

Minuchin, S. (1982). *Familias y Terapia Familiar*. Buenos Aires: Celtia S.A.C.I.F. de M. y R.

Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.

Musitu Ochoa, G., Suárez Relinque, C., Del Moral Arroyo, G., & Villareal González, M. E. (2015). El consumo de alcohol en adolescentes: el rol de la comunicación, el funcionamiento familiar, la autoestima y el consumo en la familia y amigos. *Búsqueda, 2*(14), 45-61. https://doi.org/10.21892/01239813.58

Musitu, G. y Herrero, J. (1994). La familia: Formas y funciones. En G. Musitu y P. Allatt (Eds.), Psicología de la familia (pp. 17-46). Valencia: Albatros.

Musitu, G., & Herrero, J. (1994). La familia: formas y funciones. *Psicosociología de la Familia*, 17-46.

Musitu, G., & Pons, J. (2010). Adolescencia y alcohol: Buscando significados en la persona, la familia y la sociedad. *Hablemos de alcohol: por un nuevo paradigma en el beber adolescente*, 37-170.

Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava. M. J. (2001). *Familia y adolescencia: Análisis de un modelo de intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.

Olson, D. H. (1989). Circumplex Model of Family Systems VIII: Family Assessment. *Circumplex model: Systemic assessment and treatment of families*, 7.

Olson, D. H., & Wilson, M. (1982). Family satisfaction scale. *Family inventories*, 89-103.

Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family process*, *18*(1), 3-28. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x

Olson, D., Portner, J., & Bell, R. (1982). *Family adaptability and cohesion evaluation scales*. In D. Olson et al. Family inventories used in a national survey of families across the family life cycle (pp. 5-24).

Ortiz Granja, D., (2008). *Terapia Familiar Sistémica* (1ª ed.). Cuenca, Ecuador: Ediciones Abya-Yala/Universidad Politécnica Salesiana.

Parke, R. D. (2004). Development in the family. *Annu. Rev. Psychol.*, *55*, 365-399. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141528

Pavot, W., & Diener, E. (2013). Happiness experienced: The science of subjective well-being. *The Oxford handbook of happiness*, 134-151. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199557257.013.0010

Pons, X. D., & Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Ministerio del Interior, Plan Nacional sobre Drogas.

Protinsky, H., & Shuts, L. (1990). Adolescent substance use and family cohesion. *Family Therapy: The Journal of the California Graduate School of Family Psychology*, *17*(2).

Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I., Fernández-Zabala, A., & Revuelta, L. (2016). Bienestar subjetivo en la adolescencia: el papel de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. *Suma psicológica*, *23*(1), 60-69. https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.02.002

Rojas, M. (2010). Conceptos básicos y profundización del consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias. Un enfoque humanista y cognitivo-conductual. Lima: Ed. CONCYTEC.

Salazar, Y., Veytia, M., Márquez, O., & Huitrón, G. (2013). Relationship between satisfaction with the family milieu and depression in adolescents. *Toluca, Edo. de México, México: Psicología y Salud*, *23*(1), 141-148. (SIN DOI)

Schepis, T. S., Adinoff, B., & Rao, U. (2008). Neurobiological processes in adolescent addictive disorders. *American Journal on Addictions*, *17*(1), 6-23.

SEDRONAR (2017) *Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Informe de resultados Nº 1. Magnitud del consumo de sustancias a nivel nacional. Argentina. 2017. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2018-10-05ZEncuestaZHogares.pdf

Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual review of psychology*, *52*(1), 83-110. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.83

Trujillo, H. M., Martínez-González, J. M., & Vargas, C. (2013). Relaciones asociativas entre las creencias acerca del uso social de las drogas y el consumo en estudiantes

jóvenes. *Universitas Psychologica*, *12*(3). https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy12-3.race

Vicente, C. N., Lila, M., & Ochoa, G. M. (2002). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes valencianos. In *Necesidades eductivas [sic] especiales: familia y educación: nuevos retos, nuevas respuestas* (pp. 339-348). Asociación de Psicología Evolutiva y Educativa de Extremadura (Psicoex).

Villarrubia, I., Bermejo, M. G., & García, C. R. (2005). Relación entre la satisfacción familiar, el bienestar psicológico y el sentido de la vida. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, (12), 141-150.

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, *382*(9904), 1575-1586. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61611-6

World Health Organization. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

## Anexos

**Instrumentos de recolección de datos.**

Como alumna de la Universidad Abierta Interamericana solicito su apoyo para la realización de mi tesis de grado con la finalidad de obtener el título de Licenciatura en Psicología. La información brindada por usted es anónima y sus datos no serán difundidos. Los resultados de la misma serán utilizados sólo para fines académicos-científicos.

**Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, por favor intente no omitir ninguna pregunta y responder a todo el cuestionario.**

**Cuestionario de satisfacción familiar – CSF**

A continuación, encontraras una lista de afirmaciones que describen la vida familiar. Piensa el grado de satisfacción que te proporciona cada situación o forma de relación que se plantea y rodea con una X la puntuación que mejor pueda aplicarse a cada afirmación.

**1. TOTALMENTE INSATISFECHO**
**2. BASTANTE INSATISFECHO.**
**3. EN PARTE SATISFECHO, EN PARTE INSATISFECHO**
**4. BASTANTE SATISFECHO**
**5. COMPLETAMENTE SATISFECHO**

| **Indica tu grado de satisfacción con :** | **1** **Totalmente Insatisfecho** | **2** **bastante insatisfecho** | **3** **Enparte satisfecho/ insatisfecho** | **4** **Bastante satisfecho** | **5** **completamente satisfecho** |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.- Lo unido que te sientes con los miembros de tu familia | | | | | |
| 2.- Tu propia facilidad para expresar en tu familia lo que deseas nuevas | | | | | |
| 3.- La facilidad de tu familia para intentar hacer cosas | | | | | |
| 4.- Las decisiones que toman tus padres en tu familia | | | | | |
| 5.- Lo bien que se llevan tus padres. | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6.- Lo justas que son las críticas en tu familia | | | | | |
| **Indica tu grado de satisfacción con :** | **1 Totalmente Insatisfecho** | **2 bastante insatisfecho** | **3 En parte satisfecho/ insatisfecho** | **4 Bastante satisfecho** | **5 completamente satisfecho** |
| 7.- La cantidad de tiempo que pasas con tu familia | | | | | |
| 8.- La forma de dialogar para resolver los problemas familiares | | | | | |
| 9.- Tu libertad para estar solo cuando lo deseas | | | | | |
| 10.- Las normas o reglas para distribuir las responsabilidades y tareas de la casa entre los distintos miembros de tu familia | | | | | |
| 11.- La aceptación de tus amigos por parte de tu familia | | | | | |
| 12.- Lo que tu familia espera de ti | | | | | |
| 13.- La cantidad de veces que tomáis decisiones todos juntos en tu familia | | | | | |
| 14.- La cantidad de actividades de diversión o de ocio que hay en tu familia | | | | | |

**CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL SISTEMA FAMILIAR –CESF**

A continuación, encontraras una lista de afirmaciones que describen a las familias. Piensa el grado en que cada una de ellas describe a tu familia y rodea con una X la puntuación que mejor pueda aplicarse a cada afirmación.

**1. CASI NUNCA**
**2. POCAS VECES.**
**3. ALGUNAS VECES**
**4. MUCHAS VECES**
**5 CASI SIEMPRE**

**¿COMO ES TU FAMILIA?**

| | **1 Casi nunca** | **2 Pocas veces** | **3 Algunas veces** | **4 muchas veces** | **5 Casi siempre** |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Nos pedimos ayuda entre nosotros cuando la necesitamos | | | | | |
| 2. Cuando surge un problema se tiene en cuenta la opinión de los hijos | | | | | |
| 3. Se aceptan las amistades de los demás miembros de la familia | | | | | |
| 4. La hora de establecer normas de disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos | | | | | |
| 5. Preferimos relacionarnos con la familia más cercana (tios, abuelos, primos) | | | | | |
| 6. Diferentes personas de nuestra familia mandan en ella. | | | | | |
| 7. Nos sentimos más próximos entre nosotros que entre personas que no pertenecen a nuestra familia | | | | | |
| 8 .Nuestra familia cambia la manera de realizar las distintas tareas o quehaceres. | | | | | |
| | **1 Casi nunca** | **2 Pocas veces** | **3 Algunas veces** | **4 muchas veces** | **5 Casi siempre** |
| 9. Nos gusta pasar el tiempo libre juntos | | | | | |
| 10. Padres e hijos comentamos juntos los castigos | | | | | |
| 11. Nos sentimos muy unidos entre nosotros | | | | | |
| 12. En nuestra familia los hijos también toman decisiones | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 13. Cuando la familia tiene que realizar alguna actividad conjunta , todos los miembros participan . | | | | | |
| 14. En nuestra familia las normas o reglas pueden cambiarse | | | | | |
| 15. Se nos ocurren fácilmente cosas que hacer en común | | | | | |
| 16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa entre los distintos miembros de la familia | | | | | |
| 17. A la hora de tomar decisiones nos consultamos entre nosotros. | | | | | |
| 18. Es difícil saber quién manda en nuestra familia | | | | | |
| 19. El sentimiento de unión familiar es muy importante para nosotros. | | | | | |
| 20. Es difícil decir que tarea realiza cada miembro de la familia. | | | | | |

**Sociodemográfico**

**1. Modalidad de dispositivo :**

1. 1. Internación ☐ 1.2 Hospital de día ☐

1.3. Ambulatorio ☐ 1.4 Por Voluntad propia ☐ 1.4.1 SI ☐ 1.4.2 NO

**2. Edad**

2. 1 De 12 a 16años ☐ 2.2 De 17 a 22 años ☐

**3. Sexo**

3.1 Femenino ☐ 3.2Masculino ☐

**4. Lugar de nacimiento**

4.1 Gran Buenos aires☐ 4.3 Prov. Interior del pais……..

4.2 Capital Federal ☐

**5. Grupo conviviente**

5.1 Ambos padres ☐ 5.2. Un solo padre ☐

5.3 Otros referentes afectivos ☐

5.4 Tiene hermanos Sí ☐ No ☐

5.5. Vive Solo ☐

**6. Nivel de escolaridad**

6.1 Primaria incompleto☐ 6.2 Primaria completa ☐

6.3 Secundario en curso ☐ 6.3 Secundario completo ☐

**7. Ocupación**

7.1. SI ☐ 7.1.2 NO

**8. Vivienda**

8.1 Vivienda propia ☐ 8.2 Vivienda prestada ☐ 8.3 Alquiler ☐

**9. Características habitacionales.**

9.1 De material ☐ 9.2 De chapa ☐ 9.3 Prefabricada ☐

9.4 Cantidad de habitaciones……..

**10. Religión**

10.1 Católica ☐ 10.2 Evangelismo ☐ 10.3 Testigo de Jehová ☐

10.4 Masonería ☐ 10.5 Otras especifique…….

**11. Ha realizado rituales u/o ofrendas por su religión en los últimos tiempos**

**11.1 SI** ☐ 11.2 NO ☐

**12. causa Judicial**

12.1 SI ☐ 12.2 NO ☐

12.1.causas judiciales abiertas ☐ 12.2.1 Causas judiciales cerradas ☐

12.1. Motivo de la causa judicial ……

**PATRON DE CONSUMO**

**13. CON QUE SUSTANCIA COMENZASTE A DROGARTE**

13.01. Tabaco ☐
13.02. Alcohol ☐
13.03. Marihuana ☐
13.04. Cocaína ☐
13.'05. Crack ☐

**14. CUAL FUE TU DROGA SECUNDARIA (2da DROGA DE CONSUMO DESPUES DE LA INICIAL)**

14.01. Pasta base ☐
14.02. Alucinógenos ☐
14.03. Tolueno/Mezcalinógenos ☐
14.04. LSD/Hongos ☐
14.05. Anfetaminas ☐

**15. DROGA TERCIARIA (3er DROGA DE CONSUMO)**

15.01. Drogas de diseño ☐
15.02. GHB ☐
15.03. Cristal: PCP- Fenciclidina. ☐
15.04.Cristales de metanfetaminas ☐
15.05. Opio, Morfina, Nubaína y der. ☐

**16. CUAL FUE LA DROGA DE MAYOR IMPACTO EN LA SALUD**

16.01 Heroína ☐
16.02. Ketamina ☐
16.03. Psicofárm. (especificar) ☐
16.04. Nitrito de Amilo (Popper) ☐
16.05. Otros ☐
16.06. Se ignora ☐

**17. CON QUE FRECUENCIA USASTE DURANTE EL ULTIMO MES LA DROGA PRINCIPAL**

17.01. La ha usado en el mes anterior ☐
17.03. Una vez por semana ☐
17.05. Diariamente ☐
17.08. se ignora ☐
17.02. Menos de una vez por semana ☐

17.04. Varias veces por semana ☐
17.06. 2 o 3 veces por día ☐
17.07. Más de 3 veces por día ☐

**18. CUAL FUE LA VIA DE ADMINISTRACION MAS FRECUENTE DE LA DROGA PRINCIPAL**

18.01. Oral ☐
18.03. Inhalada ☐
18.06. Intravenosa ☐
18.02. Fumada ☐
18.04. Intramuscular ☐
18.03 Se ignora ☐

**19. CUAL FUE LA EDAD EN LA CUAL LA USASTE POR PRIMERA VEZ**

19.01. De 12 a 16 ☐
19.02. De 17 a 22 ☐
19.03. Se ignora ☐

**20. CONSUMISTE HASTA LA INTERNACIÓN**

20.01. Si ☐
20.02. No ☐
20.03. Se ignora ☐

**21. CUAL FUE LA EDAD EN LA QUE DEJASTE DE CONSUMIRLA**

21.01. De 12 a 16 ☐
21.02. De 17 a 22 ☐
21.03 .Se ignora ☐

**22. ALGUNA VEZ USASTE DROGAS POR VIA INTRAVENOSA**

22.01. Si ☐
22.02. No ☐
22.03. Se ignora ☐

**23. ALGUNA VEZ COMPARTISTE DROGAS CON UN FAMILIAR**

23.01. Si ☐
23.02. No ☐
23.03. Se ignora ☐

**24. EN CASO DE SER AFIRMATIVO EL PUNTO 23, CON QUE FAMILIAR COMPARTIO DROGAS**

24.01. PADRE ☐
24.02. MADRE ☐
24.03. HERMANO/A ☐
24.04. TIOS / PRIMOS ☐
24.05. Se ignora ☐

**25. EXISTIO RIESGO DE VIDA EN EL ULTIMO MES**

25.01. SOBREDOSIS ☐
25.02. INTENTO DE SUICIDIO ☐
25.03. ACCIDENTES VIALES BAJO EFECTO DE DROGAS ☐
25.04. ACCIDENTES DOMESTICOS BAJO EFECTO DE DROGAS ☐
25.05. Se ignora ☐

**26.HAS REGISTRADO RIESGO DE VIDA EN EL ULTIMO MES PARA TERCEROS**

26.01. DELITOS ☐
26.02. AGRESIONES A TERCEROS ☐
26.03. ACCIDENTES VIALES BAJO EFECTO DE DROGAS ☐
26.04. ACCIDENTES DOMESTICOS BAJO EFECTO DE DROGAS ☐
26.05. Se ignora ☐

**27. HAY REGISTRO DE ANTECEDENTES DE FAMILIARES CON ADICCION**

27.1. SI ☐
27.2. NO ☐

**27.3. EN CASO DE SER AFIRMATIVO ESPECIFIQUE**

27.3.1. MADRE /PADRE ☐
27.3.2. HERMANOS ☐
28.3.3. ABUELO/ ABUELA ☐

**GRACIAS POR SU COLABORACION**