



**“GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL  
ADOLESCENTE ENTRE 12 Y 18 AÑOS CONSUMIDOR DE DROGAS DE  
CENTROS DE TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y PROTECCIÓN DE LA  
V REGIÓN”**

SEMINARIO TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN  
ENFERMERÍA

Autores: Laura Carvajal R.  
Gisella Dauros M.  
Paulina Herrera C.  
Valeria Ibaceta A.  
Lia Urrutia P.  
Rodrigo Vergara G.  
Raúl Vicuña R.

Docente guía: Liliana Basso M.

Valparaíso – Chile

2009

*“El éxito debe medirse, no por la posición a que una persona ha llegado, sino por su esfuerzo por triunfar”.*

Booker T. Washington

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por darnos la oportunidad de vivir esta experiencia que ha sido invaluable y que perdurará en nuestra mente y corazones.

A nuestras familias por su inquebrantable amor, cariño y comprensión aun en los momentos más difíciles.

A nuestra docente guía Sra. Liliana Basso M. por su constante apoyo, flexibilidad y conocimiento. También a la profesora Sra. Patricia Cid, quien fué un soporte durante el tiempo en que nuestra docente guía se encontraba fuera del país por motivos académicos.

A CONACE no sólo por la valiosa información obtenida, sino que además por darnos su ayuda y consentimiento para poder llevar a cabo la investigación.

A los Centros pertenecientes a SERPAJ Clotario Blest y Mandala de Quilpué y Dr. Salvador Allende de Quillota, además de de los centros CTA de Viña del Mar, Centro Esperanza Juvenil de Los Andes, CTD Playa Ancha, Prodel Valparaíso y Limache por su inmensa colaboración, por abrirnos las puertas a su mundo, ya que sin ellos el desarrollo de esta tesis no habría sido posible.

A los jóvenes que participaron de este estudio, de forma voluntaria y desinteresada.

A todas aquellas personas que en algún momento nos dieron una palabra de aliento, un abrazo reconfortante o un sabio consejo.

Y por último, pero no por ello menos importante, a nuestro grupo de tesis por las horas, paciencia, esfuerzo y ardua labor entregada, finalmente he aquí el fruto de nuestro trabajo.

Muchas Gracias.

## ÍNDICE DE MATERIAS

	Página
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
ÍNDICE DE MATERIAS	4
ÍNDICE DE TABLAS	8
ÍNDICE DE GRÁFICOS	10
<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN</b>	
1.1 Introducción	13
1.2 Delimitación del Problema	16
1.3 Definición de Términos	16
1.4 Limitaciones del Estudio	18
<b>CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL</b>	
2.1 Marco Teórico	20
2.1.1 Drogas	20
2.1.1.1 Drogadicción	27
2.1.1.2 Fases de Consumo	27
2.1.1.3 Antecedentes Generales del Consumo de Drogas	29

2.1.2 Familia	32
2.1.2.1 Definición y Tipo de Familia	32
2.1.2.2 Familias Funcionales y Disfuncionales	36
2.1.2.3 Factores Protectores en los Jóvenes y en su Familia	37
2.1.2.4 Factores de Riesgo en los Jóvenes y en su Familia	38
2.1.2.5 Análisis Epidemiológico de las Familias Chilenas	40
2.1.2.6 Funcionalidad de la Familia	45
2.1.3 Adolescencia	46
2.1.3.1 Definición	46
2.1.3.2 Etapas de la Adolescencia	47
2.1.3.3 Adolescencia y Familia	49
2.2 Objetivos	53
2.2.1 Objetivos Generales	53
2.2.2 Objetivos Específicos	53
2.3 Definición y Operacionalización de Variables	54
 <b>CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA</b>	
3.1 Organización de Trabajo en Grupo	59
3.2 Revisión Bibliográfica	59
3.3 Tipo y Diseño de la Investigación	60

3.4	Definición de Universo y Muestra	60
3.5	Organización de Trabajo en Terreno	61
3.6	Método de Recolección de Datos	62
3.7	Descripción del Instrumento	62
3.8	Confiabilidad del Instrumento	64
3.9	Método de Procedimiento y Análisis de Datos	65
3.10	Criterios para el Análisis de la Información	65

#### **CAPÍTULO 4: RESULTADOS**

4.1	Análisis Descriptivo	67
4.2	Datos Sociodemográficos	67
4.3	Datos del APGAR Familiar	74
4.4	Grado de Satisfacción de la Funcionalidad Familiar	84

#### **CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN, RESUMEN Y RECOMENDACIONES**

5.1	Conclusiones	87
5.2	Recomendaciones	93
5.3	Resumen	95

5.4 Abstract	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA	101
ANEXOS	104

## ÍNDICE DE TABLAS

		Página
<b>Tabla N° 1</b>	Distribución etaria de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	67
<b>Tabla N° 2</b>	Distribución por sexo de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	69
<b>Tabla N° 3</b>	Distribución de escolaridad de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	70
<b>Tabla N° 4</b>	Distribución según tipo de familia de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	72
<b>Tabla N° 5</b>	Adaptabilidad en la familia de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	74
<b>Tabla N° 6</b>	Participación familiar de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	76



		Página
<b>Tabla N° 7</b>	Gradiente de crecimiento familiar de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	78
<b>Tabla N° 8</b>	Afectividad familiar de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	80
<b>Tabla N° 9</b>	Resolución en la organización del tiempo y espacio familiar de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	82
<b>Tabla N° 10</b>	Grado de funcionalidad familiar de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	84

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Página
<b>Gráfico N° 1</b>	Distribución etaria de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	67
<b>Gráfico N° 2</b>	Distribución por sexo de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	69
<b>Gráfico N° 3</b>	Distribución de escolaridad de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	70
<b>Gráfico N° 4</b>	Distribución según tipo de familia de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	72
<b>Gráfico N° 5</b>	Adaptabilidad en la familia de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	74
<b>Gráfico N° 6</b>	Participación familiar de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	76

	Página
<b>Gráfico N° 7</b> Gradiente de crecimiento familiar de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	78
<b>Gráfico N° 8</b> Afectividad familiar de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	80
<b>Gráfico N° 9</b> Resolución en la organización del tiempo y espacio familiar de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	82
<b>Gráfico N° 10</b> Grado de funcionalidad familiar de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de la V región.	84

# **CAPÍTULO 1:**

## **INTRODUCCIÓN**

1.1 Introducción

1.2 Delimitación del Problema

1.3 Definición de Términos

1.4 Limitaciones del Estudio

## 1.1 INTRODUCCIÓN

En nuestro planeta el consumo de drogas se ha dado desde tiempos remotos; éstas se usaban en diferentes contextos dependiendo de las culturas y épocas. A diferencia de lo que hoy ocurre, en la antigüedad se le daba principalmente un uso religioso y/o curativo, en cambio actualmente su utilización ha tomado una connotación completamente diferente, pues su consumo se asocia a la búsqueda de placer, a la evasión de problemas, integración social, pudiendo considerarse de esta manera, a las drogas como un fenómeno que abarca todas las dimensiones de nuestra sociedad y altera su funcionamiento.

Existen múltiples teorías sobre las causales de inicio del consumo de drogas, lo cierto es que se han identificado diversos factores de riesgo tanto a niveles familiares como personales y sociales, que pudiesen desencadenar el inicio de consumo y su posterior abuso y dependencia. Dentro de los factores de riesgo que se asocian al consumo de drogas destacan los factores personales, baja autoestima, mal uso del tiempo libre, los del contexto social, publicidad que incita al consumo de drogas, la oferta fácil de droga y factores del contexto cercano que se relacionan con la familia, los cuales son importantes al momento de la educación y formación de los hijos, dentro de los que destacan: la ausencia de afectividad y comunicación, comportamientos permisivos ante las drogas, falta de cohesión del grupo familiar, pérdida de autoridad de las figuras paternas, entre otros<sup>(1)</sup>. Por lo tanto, si en la familia existen algunos de los factores de riesgo antes mencionados, ciertos integrantes de ésta, estarán más propensos a presentar adicciones.

En síntesis, como la familia es el principal agente socializador, debe participar activamente en la prevención del consumo de drogas de sus miembros, ya que en las familias con padres involucrados de manera positiva en la vida de sus hijos, se presentan

niveles más bajos de consumo de sustancias <sup>(1)</sup>, por ello es importante el papel que toma la familia en la prevención del consumo de drogas.

Las relaciones que se presentan al interior del núcleo familiar son de vital importancia en el desarrollo de sus miembros, en especial para los integrantes que se encuentran en la etapa de la adolescencia, pues ésta se caracteriza por cambios fisiológicos y psicológicos, como la búsqueda de la propia identidad y estatus y relacionarse afectivamente con los pares. Aparece una disminución de la importancia frente a los padres y grupo familiar y rebeldía hacia la autoridad, siendo estas características predisponentes a aumentar la probabilidad de consumo de drogas en los adolescentes afectando su esfera biopsicológica, familiar y social. Es por eso, que es importante estudiar la participación de la familia como ente protector del consumo de droga del adolescente. Mediante el conocimiento de la funcionalidad familiar de los adolescentes consumidores de drogas con la aplicación del instrumento APGAR familiar, creemos posible estudiar el comportamiento de las familias del grupo mencionado. Este instrumento es utilizado en nuestro país, debido a su validación en el año 1987, por el doctor Ramón Florenzano y es aplicado en la Atención Primaria para determinar el grado de satisfacción de la funcionalidad familiar de la población general. Fue elegido para este estudio por las características antes mencionadas, considerando también su brevedad y modo de administración, además de constituir uno de los cuestionarios más aplicado al ingreso de jóvenes a Centros de tratamiento por abuso de drogas, rehabilitación y protección.

El enfermero/a como profesional de la salud, aborda al ser humano como un ser holístico e integral que está inserto en la sociedad por lo cual cualquier problemática de salud debe incluir estas tres aristas: familia, individuo y comunidad. Plantea Virginia Herdenson, “la función única de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación”<sup>(2)</sup>.

Dentro del ámbito del consumo, abuso y dependencia de drogas por tanto es nuestro deber velar por un cuidado que involucre promoción de conductas sustentables, prevención del problema, tratamiento y rehabilitación de los consumidores, que involucre el mejorar y fortalecer los factores protectores personales, familiares y una integración real a la sociedad.

## 1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

“Grado de satisfacción de la funcionalidad familiar del adolescente entre 12 a 18 años consumidor de droga de centros de tratamiento, rehabilitación y protección de la V región”.

## 1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**Funcionalidad familiar:** se refiere a comportamientos que ocurren dentro de un núcleo de personas, la familia, los cuales son influyentes en cada integrante del grupo y básicamente tienen que ver con la ayuda prestada, la comunicación, el compartir relaciones afectivas y el tiempo compartido entre los miembros de la familia.

**Drogas:** es toda sustancia psicoactiva natural o sintética que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

**Consumidor de drogas:** es la persona que realiza la acción de integrar una sustancia psicoactiva al organismo a través de cualquier vía de administración, la cual desencadena una consecuencia para el usuario a nivel físico y psicológico la que varía de acuerdo al tipo de sustancia y consumo.



**Familia:** Unidad básica de la sociedad, alrededor de la cual se mueven todos los individuos de una forma u otra. Para este estudio, la familia la constituyen las personas que vivan bajo el mismo techo con o sin lazos sanguíneos, pero que hayan creado una relación o vínculo afectivo, sentido por todos sus miembros como tal.

**Centro de rehabilitación, tratamiento y protección:** Son dispositivos dirigidos a brindar servicios de apoyo, educación al adolescente, a su familia y seguimiento por parte de un equipo multidisciplinario. El mecanismo de intervención se basa en actividades que brinden un significado de superación ante el problema de drogadicción y apoyo social para la reinserción del sujeto. Cabe destacar que en algunos centros hay usuarios infractores de ley, los cuales también reciben apoyo en este sentido.

## 1.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

### **Etapas de diseño:**

1. Dificultad en la coordinación horaria de los integrantes del grupo de Tesis debido a sus distintas rotaciones en los Laboratorios.
2. Dificultad para el planteamiento de la delimitación del problema de Tesis.

### **Etapas de ejecución:**

1. Dificultad para coordinar horarios de los integrantes por la realización de distintas cátedras.
2. Dificultad para la aplicación del instrumento “APGAR familiar” debido a:
  - a. Protección de la confidencialidad de los usuarios por ser menores de edad de parte de Centros a los que pertenecían.
  - b. Requerimiento de permisos de CONACE, SENAME y/o Gendarmería.
  - c. Negativa y/o demora en la respuesta de las instituciones antes mencionadas.
  - d. Escaso número de usuarios por centro en el momento de la aplicación del instrumento, lo que significó visitas reiteradas a cada una de los centros.
  - e. Negativa por parte de Centro de Tránsito y Distribución (CTD) de Playa Ancha, para la aplicación de APGAR en adolescentes de sexo femenino.

## **CAPÍTULO 2:**

### **MARCO CONCEPTUAL**

2.1 Marco Teórico

2.2 Objetivos

2.3 Definición y Operacionalización de Variables

## 2.1 MARCO TEÓRICO

### 2.1.1 DROGAS

Al hablar de drogas, nos referimos a toda sustancia, natural o sintética, que una vez introducida en el organismo lo modifica tanto física como psíquicamente. Pueden generar en quien las consume diferentes grados de dependencia. Las drogas se consideran como ilícitas y lícitas.

Las drogas pueden clasificarse en tres grandes grupos de acuerdo a sus efectos en el sistema nervioso central que son: las depresoras del sistema nervioso central, las estimulantes del sistema nervioso central y las perturbadoras del sistema nervioso central.

En primer lugar, encontramos las depresoras del sistema nervioso central: incluyen sustancias que retardan el funcionamiento del cerebro, provocando reacciones que pueden ir desde la inhibición hasta el coma, en un proceso progresivo de adormecimiento cerebral. Las drogas más significativas de este grupo son: alcohol, tranquilizantes y opiáceos.

El alcohol es una de las sustancias psicoactivas más utilizadas en todo el mundo, su forma de consumo es generalmente por vía oral<sup>(3)</sup>. El alcohol etílico es el elemento químico activo de todas las bebidas alcohólicas; cuando su concentración sanguínea se eleva, puede producir depresión y paro respiratorio e incluso la muerte. En menores concentraciones, el alcohol altera los mecanismos de control inhibitorios del cerebro y asimismo las tareas complejas o no bien aprendidas. En la adolescencia el uso de alcohol se asocia tanto a problemas psicosociales como emocionales y son una de las principales consecuencias para la salud, los accidentes y traumatismos que ocurren bajos sus efectos. Esto se traduce en que en Chile la principal causa de muerte de jóvenes de 15 a 24 años, son accidentes de tránsito con alcoholemia positiva<sup>(4)</sup>. Los bebedores problema con dependencia se caracterizan por: deseo intenso o vivencia de una compulsión de

consumir alcohol, disminución de la capacidad de controlar el consumo de alcohol, síntomas somáticos de un síndrome de privación o abstinencia, abandono progresivo de otras fuentes de placer a causa del consumo de alcohol, persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales<sup>(5)</sup>.

Además están los tranquilizantes, la primera benzodiacepina fue sintetizada en 1963, sin embargo, sólo en la década del 60 su uso se popularizó, primero con el clordiazepóxido (Librium) y luego con el diazepam (Valium). Son las sustancias más prescritas y existen decenas de benzodiacepinas, algunas con efectos hipnóticos y otras principalmente tranquilizantes. Su popularidad se debe por una parte, a su efectividad y por otra, a su seguridad: es muy difícil que induzcan la muerte por sobredosis y alivian los cuadros ansiosos en la mayoría de los casos, por lo menos en el corto plazo<sup>(4)</sup>. Por un tiempo se pensó que estas sustancias eran inocuas, pero en los últimos años se ha descrito que surten efectos de síndrome de privación, o sea provocan dependencia. También pueden producir enlentecimiento de reflejos y disminución de las capacidades motoras finas, además puede producir cuadros de amnesia cortas, en algunas personas inducen un efecto paradójico, de euforia e inquietud, con mayor dificultad para dormir de lo esperado<sup>(4)</sup>. Existen tranquilizantes menores: como los hipnóticos y ansiolíticos (Valium y Tranxilium) y los tranquilizantes mayores: como neurolepticos y antipsicóticos<sup>(3)</sup> (Meleril y Haldol).

Por último en este grupo, se encuentran los opiáceos, como la heroína y la metadona. La forma de consumo de la primera es variada y puede consumirse ya sea oral, inyectada, inhalarse o fumarse y lo que lleva a la adicción es la capacidad de producir euforia, lo que se debe a la activación de los receptores endorfinicos cerebrales. Sus consecuencias somáticas se relacionan con el método de administración de la droga y el estilo de vida del usuario, las inyecciones sin técnica aséptica, el compartir jeringas o agujas y la presencia de microorganismos en el polvo que contiene la droga, lleva a que

muy frecuentemente aparezcan complicaciones infecciosas<sup>(4)</sup>. La aparición de los fenómenos adictivos parece ser función de la cantidad y la duración del uso de la droga, aún el uso terapéutico de los opiáceos por algunas semanas, puede producir un síndrome de abstinencia, este síndrome se caracteriza por bostezos prolongados, lagrimeo, insomnio y rinorrea, luego aparece piloerección, diaforesis, rubicundez facial, taquicardia, hipertensión, temblores, calambres musculares, náuseas, vómitos y diarrea<sup>(4)</sup>.

En segundo lugar de la clasificación de las drogas, encontramos a estimulantes del sistema nervioso central: sustancias que aceleran el funcionamiento del cerebro, entre ellas se destacan los estimulantes mayores: anfetaminas, cocaína, pasta base de cocaína y estimulantes menores: nicotina y cafeína<sup>(3)</sup>.

Las anfetaminas fueron utilizadas en medicina para el tratamiento de la obesidad mórbida, depresión leve y la fatigabilidad, pero por causa de su potencialidad de adicción, han sido colocadas en el listado de sustancias controladas por las convenciones internacionales sobre sustancias narcóticas y psicotropas. La administración de las anfetaminas puede ser en forma oral, inhalación, subcutánea e intravenosa; en la forma oral los efectos aparecen a los 30 minutos después de la ingestión, por vía subcutánea a los 5 minutos y de manera inmediata por vía intravenosa. Estos efectos consisten en una euforia inicial con mayor capacidad para concentrarse, falta de sueño e inapetencia, además de un aumento en la confianza de sí mismo, de manera rápida aparece tolerancia y los usuarios crónicos, empiezan a experimentar confusión, ideación paranoidea, cefalea y depresión. El uso regular de anfetaminas produce tolerancia, dependencia física y la aparición de síndrome de abstinencia, siendo la manifestación central de este síndrome la depresión, que culmina a los dos o tres días de su uso, más aún, la baja del ánimo puede ser tan marcada que puede llevar a ideas suicidas u homicidas. La suspensión se acompaña por una gran fatiga, sueño prolongado y gran apetito<sup>(4)</sup>.

Por otra parte está la cocaína; el consumo de cocaína, también conocida como coca, polvo, diosa blanca, jale, toque, línea, saque y otros, es la epidemia más seria en nuestros días entre la juventud, por su toxicidad, consecuencias médicas y sociales. Existen diferentes factores que influyen en su popularidad, entre ellos encontramos: el uso de ésta sustancia entre los adultos que sirven de modelos a seguir para los jóvenes, la mayor disponibilidad a precios menores y la oferta de la pasta base en el mercado, sustancia altamente adictiva y a precios accesibles. El sentimiento de euforia, energía y confianza en sí mismo que produce la cocaína, estimula a los adolescentes así como, los convierte en más sociables e intrépidos. Ahora bien, como su efecto es de corta duración pero sumamente placentero, los usuarios tienden a tomar cada vez dosis mayores y en intervalos más cortos de tiempo. La euforia es reemplazada por el “bajón”, lo que incentiva que el usuario vuelva a consumir. El uso permanente lleva a la tolerancia y dependencia, ésta última se evidencia en la pérdida de control sobre su uso, búsqueda impulsiva y al uso continuado a pesar de la existencia de consecuencias tanto médicas como psicosociales. Las formas de consumo pueden ser a través de la inhalación, absorción por mucosas y administración intravenosa. El uso de la vía intravenosa se ha hecho cada vez más frecuente, debido a su rapidez en el comienzo de la acción, y se asocia a todas las complicaciones de esta vía, como lo son abscesos cutáneos, tromboflebitis, septicemia, hepatitis B, tétano y el desarrollo del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El síndrome de privación de esta sustancia se caracteriza por: depresión, letargia, fatiga, culpa, ansiedad y desesperanza y durante este periodo, la aparición frecuente de ideas suicidas. Dentro de las complicaciones psiquiátricas se distingue la respuesta aguda que se caracteriza por un estado de euforia, insomnio, mayor energía, agudeza mental y un estado de mayor alerta sensorial<sup>(4)</sup>. En relación a la pasta base de cocaína conocida también con el nombre de pasta, bazuca, angustia, pasturri, mono, marciano, puede señalarse que la forma de consumo más usual de esta droga es ser fumada, pudiendo ser mezclada con tabaco lo que se conoce como

mono, y marciano cuando es mezclada con marihuana. Los efectos de fumar pasta base de cocaína (PBC) van a depender del tipo de preparación, la dosis, la frecuencia de consumo, las impurezas, adulteraciones que contenga y la motivación (estimulante, búsqueda de placer, antidepresiva), entre otras. Al fumarla los efectos son intensos y rápidos, aparecen entre los 8 a 40 minutos de su consumo y sus efectos duran un lapso de tiempo menor. Los efectos que produce el consumo de pasta base se puede dividir en cuatro etapas: etapa de euforia, disminución de inhibiciones, sensación de placer, éxtasis, intensificación del estado de ánimo, cambios en los niveles de atención, hiperexcitabilidad, sensación de ser muy competente y capaz, aceleración de los procesos de pensamiento, disminución del hambre, el sueño y la fatiga, aumento de la presión sanguínea, la temperatura corporal y el ritmo respiratorio; etapa de disforia, sensación de angustia, depresión e inseguridad, deseo incontenible de seguir fumando, tristeza, apatía e indiferencia sexual. En esta etapa la persona empieza a consumir ininterrumpidamente cuando aún tiene dosis en la sangre, para evitar la disforia; por último, la etapa de psicosis y alucinaciones donde el consumo de PBC puede provocar psicosis con pérdida del contacto con la realidad, la que puede darse después de varios días o semanas de fumar con frecuencia y sus efectos prolongarse incluso por meses. Se presentan alucinaciones que pueden ser visuales, auditivas, olfatorias o cenestésicas. Otros efectos físicos debido al consumo de PBC son: pérdida de peso, palidez, taquicardia, insomnio, verborrea, midriasis (dilatación de las pupilas), náuseas y/o vómitos, sequedad de la boca, temblor, hipertensión arterial, falta de coordinación, dolor de cabeza, mareos, prurito<sup>(3)</sup>.

En tercer lugar están los perturbadores del sistema nervioso central: sustancias que alteran el funcionamiento del cerebro dando lugar a distorsiones perceptivas y alucinaciones. Entre ellos encontramos la marihuana, su nombre es cannabis sativa, de la cual se extraen los tetrahidrocanabinoides (THC)<sup>(6)</sup> y es conocida popularmente como yerba, macoña, ganya, pito, cuete, caño, porro, huiro. Dentro de sus formas de consumo



encontramos fumarla como cigarrillos hechos a mano o en pipas especiales diseñadas para su consumo, hechas en ocasiones por cañas largas o pequeños depósitos de agua para enfriar el humo que suele alcanzar grandes temperaturas. También está la opción de comerla ya sea en queques o galletas<sup>(3)</sup>. Sus efectos son fundamentalmente conductuales, eso se explica por su acción sobre el sistema nervioso, estos efectos dependen de la dosis usada, dentro de estos encontramos euforia, relajación y percepciones visuales, auditivas y táctiles, de igual forma existen consecuencias fisiológicas de su consumo, como efectos cardiovasculares agudos, aumento del ritmo cardiaco y de presión arterial. Además el consumidor presenta un efecto negativo en la coordinación psicomotora, aparece bradicardia y desequilibrio en la estabilidad corporal, los movimientos se tornan inexactos, la memoria de corto plazo se ve afectada, así como también se enlentecen los procesos de aprendizaje. Los consumidores crónicos pueden presentar un cuadro cerebral psico-orgánico conocido también como delirio tóxico, el cual consiste en la imposibilidad de mantener la concentración en tareas y problemas de la vida real, incapacidad para mantener la atención en estímulos ambientales, alteración de memoria y de la capacidad de orientación, cambios en el sueño y la actividad motora, llegando a producir el síndrome amotivacional que se define como la pérdida de energía, apatía, falta de empuje y de efectividad, incapacidad de concretar planes a largo plazo, dificultad de concentración y memoria y disminución del rendimiento laboral y académico<sup>(4)</sup>.

Otro tipo son los alucinógenos (LSD, mescalina, psilocibina); la toxicidad de los alucinógenos indolaminados o catecolaminados parece ser fundamentalmente psicológica, es importante recordar que cuando se compran en la calle, puede que contengan impurezas tóxicas. Los efectos psicológicos adversos podemos dividirlos en tres: primero, frecuentes crisis de pánico durante el viaje con la droga; segundo, la experiencia con la droga puede gatillar un episodio psicótico, generalmente en personas que ya tenían problemas previos al uso de la droga; y en tercer lugar, el efecto “flashback”, que consiste en la repetición del viaje, sin haber vuelto a consumir la droga.

Ahora bien, los alucinógenos anticolinérgicos son fisiológicamente más dañinos, debido a que su efecto es más prolongado, dura días en vez de horas; una persona intoxicada se desorienta y es más fácil que se haga daño, y las sobredosis importantes pueden producir convulsiones, hipertensión o depresión respiratoria<sup>(4)</sup>. El LSD (dietilamida del ácido lisérgico) conocido popularmente como pepas, ácidos o tripas, se ingiere por vía oral, dependiendo de la cantidad ingerida, los efectos pueden manifestarse al cabo de 30 minutos o hasta 2 horas después y prolongarse durante unas 8 horas o más, transcurrido este lapso, empiezan a desaparecer en forma paulatina, frecuentemente el consumidor se queda dormido<sup>(3)</sup>.

Los inhalantes, solventes volátiles, son sustancias que provocan un riesgo importante y rápido para la salud. Los vapores inhalados de los solventes o aerosoles entran rápidamente a la sangre desde los pulmones y de allí pasan al cerebro o hígado. Los efectos a más corto plazo son de euforia y desinhibición, con énfasis en fantasías vividas y con excitación psicomotora, también puede haber náuseas, tos, salivación aumentada, alucinaciones e hipersensibilidad a la luz<sup>(4)</sup>.

Otras drogas pertenecientes a este grupo son las drogas de síntesis (éxtasis), conocida popularmente como Eva, Adán, paloma, XTC y otros. Su forma de consumo es normalmente por vía oral, puede también fumarse o inyectarse. Los efectos del consumo de una o dos pastillas (50 a 100 miligramos aproximadamente) pueden durar entre cuatro y cinco horas. El éxtasis aumenta la disponibilidad del neurotransmisor cerebral llamado serotonina, produciendo euforia y desinhibición. En dosis elevadas pueden producir ansiedad, pánico, confusión, insomnio, psicosis y fuertes alucinaciones visuales o auditivas, cuando estas sensaciones decaen sobreviene agotamiento, fatiga, inquietud y depresión, estados que pueden durar varios días. Esta droga puede provocar abuso y dependencia<sup>(3)</sup>.

### 2.1.1.1 DROGADICCIÓN

La drogadicción consiste en la dependencia de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones. Implica un trastorno crónico de la conducta y que se manifiesta por la presencia de dependencia psíquica y dependencia física y aumento en la tolerancia hacia la droga<sup>(7)</sup>.

Como dependencia psíquica podemos definir la necesidad que tiene una persona de consumir algún tipo de droga, ya sea para relajarse, alegrarse, desinhibirse. Aparece gradualmente luego que una persona ha comenzado a consumir en forma habitual.

Como dependencia física, se define la necesidad que presenta el organismo de mantener niveles de algún tipo de droga, evitando así la aparición de trastornos físicos, derivados de la interrupción del consumo de la droga, lo que se denomina síndrome de privación.

La tolerancia podemos definirla como el proceso que permite al organismo admitir progresivamente una mayor cantidad de droga. Se caracteriza por una disminución general del efecto de la sustancia con la misma dosis, de manera que el consumidor debe elevar la dosis o aumentar la frecuencia para conseguir la sensación deseada<sup>(8)</sup>.

### 2.1.1.2 FASES DEL CONSUMO

Los diferentes patrones de consumo de drogas varían de acuerdo a distintas situaciones, como lo son el tiempo, las cantidades del consumo y las motivaciones por las cuales se consumen las drogas.

El CONACE<sup>(9)</sup> clasifica los patrones de consumo en los siguientes:

### **Consumo experimental**

Corresponde a las situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias, de las cuales puede pasarse a un abandono de las mismas o a la continuidad en el consumo. La adolescencia es la etapa en que con mayor frecuencia surge este tipo de consumo, si bien un alto porcentaje no reincide en el mismo. Las motivaciones pueden ser varias: curiosidad, presión del grupo, atracción de lo prohibido y del riesgo, búsqueda del placer y de lo desconocido, y aumento de la oferta. Como indicadores de evaluación para definir este tipo de consumo se considera que el individuo desconoce los efectos de la sustancia y que su consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo que le invita a probarla.

### **Consumo ocasional**

Es el uso intermitente de la/s sustancia/s, sin ninguna periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia. Entre las motivaciones principales está facilitar la comunicación, la búsqueda de placer, relajación, y transgredir las normas. Algunas características generales que definen este tipo de consumo son: el individuo continúa utilizando la sustancia en grupo, aunque es capaz de realizar las mismas actividades sin necesidad de droga, ya que conoce la acción de la misma en su organismo y por este motivo la consume.

### **Consumo habitual**

Supone una utilización frecuente de la droga. Entre las motivaciones expresadas para mantener el uso de las drogas están: intensificar las sensaciones de placer, vivencia de pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste, mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad, reafirmar independencia o aversión hacia la sociedad y reducir el hambre, el frío, la debilidad o el cansancio. Algunos indicadores

que definen esta forma de consumo son: el sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las drogas, las que usa tanto individualmente como en grupo. Sus efectos son perfectamente conocidos y buscados por el usuario. Puesto que no ha perdido el control sobre su conducta habitual, manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo.

### **Consumo abusivo**

El individuo necesita la sustancia y toda su vida gira en torno a ésta a pesar de las complicaciones que le pueda ocasionar. Algunas de las características que definen al consumidor abusivo son: consumo recurrente de drogas, que acarrea el incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela (ausencias repetidas o bajo rendimiento, suspensiones o expulsiones de la escuela) o en la casa (descuido de los hijos, abandono de las obligaciones domésticas); consumo recurrente de drogas en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conduciendo un automóvil o accionando una máquina); problemas legales reiterados con la sustancia (arrestos); consumo continuado de la sustancia, pese a tener problemas sociales recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de las drogas (discusiones con familiares acerca del abuso de drogas, violencia física y otros).

#### **2.1.1.3 ANTECEDENTES GENERALES DEL FENÓMENO DE LAS DROGAS.**

En el último tiempo la problemática implicada en el abuso de drogas ha sido una de las principales preocupaciones de los gobiernos, pues este fenómeno es considerado como un grave problema de salud pública, el cual afecta en forma directa a la población mundial, debido a que el uso y/o abuso de las drogas trae consigo una serie de

implicancias negativas relacionadas con los ámbitos biológicos, sociales, económicos y culturales, tanto en los consumidores como en su entorno más cercano la familia.

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se estima que en el mundo existen unos 208 millones de consumidores de drogas, lo que se traduce en aproximadamente un 4.9% de la población mundial de 15 a 64 años<sup>(10)</sup>.

Los antecedentes estadísticos oficiales que permiten conocer la magnitud del consumo de drogas en nuestro país, provienen del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), dependiente del Ministerio del Interior del Gobierno de Chile. Esta entidad cada dos años proporciona los resultados derivados de sus estudios realizados tanto en la población general, como también en grupos específicos de individuos, como lo son los jóvenes de 12 a 18 años.

En términos generales en nuestro país, el grupo etario que presenta las mayores tasas de consumo de drogas es el comprendido entre los 19 y 25 años de edad, con una tasa de 15.07%. Seguido de cerca por el segmento de 26 a 34 años con una tasa de 7.59%, y el grupo de 12 a 18 años de edad con una tasa de 6.96%<sup>(11)</sup>.

Según los resultados obtenidos del Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar publicado el año 2007, en relación al consumo de drogas lícitas (tabaco y alcohol) en los escolares y adolescentes, el uso de cigarrillos desciende de 42% a 35% en el bienio 2005-2007, obteniéndose el registro más bajo de todos los estudios realizados en nuestro país. El consumo intensivo de cigarrillos (fumar 20 o más días en el último mes) desciende también de 16,5% a 15,7% en una serie que viene bajando lenta, pero sostenidamente desde el año 2003. Se atribuye el éxito de esta considerable disminución a la nueva ley de tabaco implementada en el país. En relación al consumo de alcohol su prevalencia también baja en el bienio 2005-2007 de 44% a 38%, registrándose al igual que en el caso de tabaco, la prevalencia más baja de toda la serie de

estudios realizados. Esta disminución se observa a nivel de hombres, cuya prevalencia cae de 44,4% a 38,4%; y mujeres con prevalencias que descienden de 44% a 38,4%. No obstante lo anterior, los progresos en el uso intensivo de alcohol (haber tomado 10 o más días en el último mes) que se observaron en el estudio anterior, no se mantienen en el estudio actual y el registro sube de 8% a 9%. Por lo tanto se deduce una disminución en el consumo actual de alcohol, pero el abuso se mantiene estable.

Con respecto al consumo de drogas ilícitas en los escolares y adolescentes chilenos, el estudio indica que las declaraciones de consumo de marihuana alcanzaron en el 2007 a 15,7%, en comparación con 15,5% en 2005. Por lo tanto la diferencia no es estadísticamente significativa y no debe interpretarse como un aumento del consumo de marihuana en población escolar. Se observa que el consumo de marihuana permanece estable en 8° básico, 2° y 3° medios. En tanto en 1° medio se registra un aumento significativo, pero que es compensado por un descenso también significativo del consumo en los 4° medios, dejando la prevalencia estable en términos generales. En relación al consumo de pasta base y cocaína, no se registra una variación significativa en su uso. El consumo de pasta base ha arrojado resultados en torno al 2,5%, mientras que la de cocaína lo ha hecho en torno al 3%. En el caso de otras drogas, solo cabe mencionar una pequeña variación en las declaraciones de uso, ejemplo de éxtasis, que baja de 2,0% a 1,5%, rompiendo con la línea de ascenso que venía experimentando esta droga sintética. En el uso de inhalables y estimulantes sin prescripción médica como anfetaminas o metanfetaminas, se observan variaciones mínimas que deben ser interpretadas como un consumo estable.

Algo importante a mencionar es que en el último tiempo se ha observado una marcada tendencia a la disminución de la percepción de riesgo ante el consumo de marihuana como también al de cocaína. Se ha establecido que la percepción que se tiene en la población juvenil de que se corre un gran riesgo al probar marihuana 1 ó 2 veces,

cae del 40% al 30%, mientras que el riesgo percibido de usar marihuana frecuentemente, 1 ó 2 veces por semana, desciende de 52% a 39%. Esto se explica porque el uso de la marihuana se vincula erróneamente a mitos que banalizan y predisponen su utilización, por ejemplo, que esta droga carece de poder adictivo, que su uso experimental no hace daño o que la mayoría de los jóvenes la consumen.

Con relación al consumo de cocaína se ha visto que la percepción de riesgo frente al uso experimental ha descendido de 51% a 44%, y además se ha constatado que el riesgo asociado al uso frecuente de cocaína desciende de 70% en el 2005 a 65% en el 2007.

Algo importante de mencionar es que todos los descensos antes mencionados, se producen sistemáticamente tanto en los establecimientos educacionales públicos, subvencionados y privados. A diferencia de lo anterior, la percepción de riesgo ante el abuso de tabaco (fumar una cajetilla diaria o más) aumentó de 59% a 69%, esto sumado a los descensos en las prevalencias, muestra claramente los efectos derivados de la ejecución e implementación de la nueva Ley de Tabaco que rige en nuestro país desde fines de agosto de 2006. También la percepción de riesgo ante el abuso de alcohol (embriagarse algunas veces) aumenta significativamente de 54% a 71%, aunque en este caso el abuso de alcohol no baja, pero permanece estable<sup>(12)</sup>.

## 2.1.2 FAMILIA

### 2.1.2.1 DEFINICIÓN Y TIPO DE FAMILIA

La familia se define como un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco ya sea consanguíneo por matrimonio o adopción, que viven juntos por un período indefinido de tiempo<sup>(13)</sup>. En este núcleo familiar se cumplen funciones instrumentales como alimentación, higiene, educación, seguridad, vivienda y cuidados en



salud, satisfaciendo así desde las necesidades más elementales hasta otras de mayor complejidad, donde se asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica, a través de funciones cognitivo-afectivas como: comunicación, apoyo social, valoración y autoestima<sup>(14)</sup>. Además se aprende tempranamente a dialogar, escuchar, conocer y desarrollar derechos y deberes como persona humana, de esta forma la familia constituye la unidad básica de la sociedad.

Se distinguen los siguientes tipos de familia<sup>(14)</sup>:

Familia nuclear: Integrada por una pareja adulta, con hijos o sin ellos, o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos, que puede subdividirse en: familia nuclear biparental integrada por el padre, la madre y uno o más hijos y familia nuclear monoparental integrada por uno de los padres y uno o más hijos.

Familia extensa: Integrada por una pareja o uno de sus miembros con o sin hijos y por otros miembros que pueden ser parientes o no.

Familia reconstituida: aquella formada por una pareja con o sin hijos comunes, que integra hijos de uniones conyugales de uno o ambos miembros de la familia.

Dado que el 83, 5% de la población chilena vive en algún tipo de familia según el censo del año 2002, resulta importante mencionar las 6 etapas por las que cursa la familia y que en conjunto se denominan ciclo vital familiar<sup>(14)</sup>:

1. Formación de la pareja y comienzo de la familia.
2. Etapa de crianza inicial de los hijos.
3. Familia con hijos preescolares.
4. Familia con hijos escolares.

5. Familia con hijos adolescentes.
6. Etapas Media y Terminal de la familia.

Cada una de estas etapas se caracteriza por un hecho significativo e importante para el núcleo familiar, es así como en la primera etapa, es posible identificar la formación de una identidad en pareja, la negociación y asignación de roles, y la preparación para asumir roles de marido o mujer. Durante la segunda etapa entre las características que podemos encontrar es que hay una aceptación por parte de los adultos sobre su rol de cuidado. En la siguiente etapa podemos encontrar un rol estabilizador del padre. Una característica de la cuarta etapa es que la escuela es utilizada como evaluador de la eficiencia de la crianza y también una tolerancia de la separación parcial del hogar. En la quinta etapa, se genera una crisis bigeneracional causada principalmente por el intento de independencia por parte del adolescente de su familia de origen. En la sexta y última etapa del ciclo vital suele aparecer el “síndrome del nido vacío” esto es cuando el último hijo abandona el hogar de sus padres; también aparecen tres enfrentamientos, que son los cambios biológicos de la involución, la jubilación y uso del tiempo libre y, finalmente la soledad y muerte de la pareja.

La familia además posee funciones que no sólo se limitan a satisfacer las necesidades básicas tales como alimentación, protección económica, protección social entre otras, sino que se refieren a las funciones que les permitan alcanzar los objetivos psicobiológicos. La meta final de la familia es mantener la propia identidad y cohesión familiar<sup>(15)</sup>.

Algunas funciones referentes a la funcionalidad familiar son:

A. La comunicación, referida como una función primordial, ya que a través de ella todas las demás pueden cumplirse. La familia utiliza diferentes formas de comunicarse, traducidas en mensajes verbales y no verbales para transmitir afecto, autoridad,

comprensión. Muchas veces dentro de la familia existe una forma de expresión propia que no podría ser entendida por otros miembros que no pertenezcan a ella.

- B. La afectividad, relacionado con el cariño entre los miembros de la familia, sería una función importante para transmitir apoyo entre sus miembros en momentos de crisis.
- C. La familia cuando uno de los miembros lo necesita, debe brindar apoyo, como otra de las funciones existentes, este apoyo puede ser económico, afectivo y/o moral, de esta manera se pueden resolver momentos de crisis individuales o familiares.
- D. La adaptabilidad y flexibilidad, esta función se entiende como la capacidad de los integrantes de la familia de relacionarse entre ellos y con el entorno social, educacional y laboral. El ambiente externo al que se expone la familia, significa cambios para ésta, por lo tanto la familia debiera ser capaz de responder adecuadamente a esta gama variada de estímulos, como el paso de una etapa del ciclo vital a otra, acontecimientos estresantes como alguna enfermedad en algún miembro de la familia u otro tipo de conflicto.
- E. La autonomía, ya que todos quienes conforman el círculo familiar necesitan un cierto grado de independencia que les facilite el crecimiento y maduración. La familia establece esta autonomía mediante mecanismos que marcan límites dentro del grupo familiar así como también con su entorno social. El ejercer satisfactoriamente esta función permite un equilibrio entre dependencia e independencia.
- F. Reglas y normas, dentro de la familia se establecen normas de comportamiento que permiten mantener el orden y armonía dentro del hogar. Cada familia tiene sus propias reglas no escritas, pero claramente establecidas que solo ellos reconocen e identifican. Estas reglas facilitan las relaciones e identifican los papeles y la autoridad.

G. Establecimiento de los roles dentro de la familia<sup>(16)</sup> son las prescripciones y expectativas de los demás y uno mismo respecto de qué conductas se requieren en una posición particular. Para las posiciones múltiples que ocupan los individuos, existe un rol asociado a cada una. Por ejemplo, un adolescente tiene varios roles dentro de la familia, entre ellos, se puede incluir el de hijo, el de hermano, el de estudiante o el de nieto.

H. La cohesión familiar se define como el lazo emocional que une a los miembros de la familia, incluyendo cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido. El modelo postula cuatro niveles de cohesión, que van desde 1° extremadamente bajo, familias desapegadas; 2° moderado, familias separadas; 3° moderado, familias conectadas; 4° extremadamente alto, familias aglutinadas<sup>(17)</sup>. Ambos extremos son factores de riesgo para conductas de riesgo en los adolescentes, el desapego o desligamiento en las familias se caracteriza porque los miembros se mantienen distantes emocionalmente e insensibles a las necesidades de los demás, mientras que en las familias aglutinadas sus miembros tienen límites interpersonales difusos, poseen una limitada autonomía individual y un alto grado de reactividad emocional<sup>(18)</sup>.

#### 2.1.2.2 FAMILIAS FUNCIONALES Y DISFUNCIONALES

Las familias pueden ser divididas en funcionales o nutridotas y disfuncionales o conflictivas. El primer tipo se refiere a familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica, es decir, que las familias que son funcionales, son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas, y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros, y donde todos laboran, trabajan, contribuyen y

cooperan igualmente y con entusiasmo por el bienestar colectivo. La familia disfuncional por consiguiente será la antítesis de la familia funcional, es decir, una familia ineficiente, problemática, que no funcionará bien, porque no sustenta, no escucha, no incentiva, critica y manipula y por lo tanto, una familia que no realizará sus objetivos<sup>(19)</sup>.

### 2.1.2.3 FACTORES PROTECTORES EN LOS JÓVENES Y EN SU FAMILIA

Podemos definir factor protector a: toda característica o circunstancia personal y/o social, que predispone o aumenta la probabilidad de adquirir o estar propenso a una condición que afecta positivamente al bienestar individual o social<sup>(20)</sup>.

Factores protectores son<sup>(21)</sup>:

- Biológico-genéticos: inteligencia normal o elevada. Si la familia permite el cultivo de las habilidades de sus integrantes y en especial de los jóvenes que se encuentran en una etapa de desarrollo, se alejan las conductas de riesgo debido a que la persona comprende los beneficios de las buenas acciones, como son: el estudio, la vida saludable, las actividades recreativas, entre otras. Es importante considerar que puede haber una información genética en el individuo que exprese ser una persona con un nivel importante de inteligencia, pero el ambiente es un factor esencial en la expresión óptima de estas facultades.
- Ambiente social: calidad de sistemas escolares, cohesión familiar, barrios bien desarrollados. Un ambiente que cuente con estas cualidades, permite que las personas, tiendan a elogiar los logros positivos de los individuos y a rechazar las conductas no deseables.

- Ambiente psicológico: modelos adecuados, controles adecuados de las conductas alteradas. Esto resulta importante durante el proceso de desarrollo de los jóvenes, debido a que los adultos deben permanecer como entes reguladores ante las conductas negativas que se presenten. Prestando un refuerzo positivo a lo rescatable y una medida de corrección ante el error, este sistema brinda un ambiente de seguridad psicológica, respecto lo que hace y lo que deja de hacer.
- Personalidad: valoración de los logros, de la buena salud, intolerancia de la desviación social. Estas acciones permiten la construcción de una personalidad con rumbos de superación, lo cual surge beneficioso a la elección ante un evento de riesgo, por ejemplo: decir no al ocio excesivo, no al consumo de alcohol y drogas.
- Conducta: asistencia a organizaciones sociales y/o voluntariados que correspondan a iglesias, escuela o al entorno comunitario. Debido a que permiten instancias de recreación sana, de refuerzo positivo a los estilos de vida saludable y permiten el desarrollo del sentido de responsabilidad social ante las conductas no deseadas.

#### 2.1.2.4 FACTORES DE RIESGO EN LOS JÓVENES Y EN SU FAMILIA

Factor de riesgo se define como: toda característica o circunstancia personal y/o social, que predispone o aumenta la probabilidad adquirir o estar propenso a una condición que afecta negativamente al bienestar individual o social<sup>(20)</sup>.

Entre los factores de riesgo presentes en las familias, que provocarían conductas no deseables en la adolescencia, tales como, dependencia e inadaptación, problemas conductuales, comportamiento antisocial, abandono escolar e iniciación precoz de la vida sexual, se encuentran<sup>(21)</sup>:

- Biológico-genéticos, relacionados con la historia familiar de consumo de drogas y alcohol. Esto se explica gracias a estudios fenotípicos de los progenitores que tienen tendencia al consumo, siendo probable que lo traspasen a sus descendientes<sup>(22)</sup>.
- Ambiente social, la pobreza, inequidad y falta de oportunidades, son factores que favorecen los estados de dependencia a las drogas y alcohol, como método de escape a la realidad y porque las personas que conforman la familia también son consumidores, permitiendo un ambiente permisivo a la dependencia.
- Ambiente psicológico, representado en modelos desviados, conflictos intrafamiliares o de pares. Esto se relaciona con lo antes mencionado, debido a que si el ambiente familiar permite el consumo es difícil arrancar estas conductas, debido a que si no hay un ente regulador, la figura del consumo aparece atenuada lo que a los ojos del joven no parece ser una conducta dañina. O bien se puede explicar a que la familia ocupa toda su energía en arreglar una crisis familiar y dejan de lado los factores de riesgo a los cuales se están exponiendo los hijos.
- Personalidad, la baja autoestima, impulsividad, angustia. Los estados vulnerables en el joven, permiten un grado de prestancia al consumo, debido a que los que ofrecen la instancia de riesgo, brindan en el momento, un tiempo de compañía y escape a los problemas que se presenten.
- Conducta como bajo rendimiento escolar, no resolución de problemáticas familiares en conjunto, desobediencia a los roles familiares. Estas conductas se refieren a la disfuncionalidad familiar. Se espera en las familias, una articulación de funciones integradas que permitirán en cada uno de sus integrantes, trabajar de manera armónica para lograr un fin común.

## 2.1.2.5 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LAS FAMILIAS CHILENAS

### **Cambios en la estructura de las familias chilenas**

El aumento de la población se ha equiparado con el aumento del número de viviendas. Si bien la mayor parte de los chilenos/as vive en hogares, principalmente nucleares, el 83,5% lo hace en familia.

Es importante señalar que una misma vivienda puede albergar en su interior a más de un hogar, llegando a ser un 10% el porcentaje de chilenos que comparte un hogar, siendo los biparentales los que tienden a compartir vivienda con otros hogares, en mayor proporción<sup>(23)</sup>.

### **Se evidencia una heterogeneidad en los modos de vivir en familia**

Es cierto que los hogares nucleares con hijos/as se mantienen como la estructura familiar predominante con un 47,8%, sin embargo han experimentado una leve disminución en relación con el censo del año 1992.

Se presenta un aumento de los hogares monoparentales a cargo de un jefe de hogar y de los hogares nucleares biparentales sin hijos, esto se debe principalmente a tres causas: postergación de la parentalidad, incapacidad de tener hijos u opción de vida asumida por un número creciente de parejas chilenas.

Además hay una tendencia a un aumento significativo de hogares unipersonales en el último decenio<sup>(23)</sup>.

### **Lo urbano como factor “estructurante” de la vida familiar chilena**

Se evidencia que las ciudades siguen concentrando la mayor proporción de hogares del país, correspondiendo a un 86,6%, constituyendo un aumento de un 2,5%, en



relación al censo anterior. Las zonas rurales están disminuyendo paulatinamente la proporción de hogares, actualmente un 13,3% de los habitantes viven en esta zona, lo que se refleja en una fuerte influencia cultural de la vida urbana en los modos de vivir en familia, tanto en lo que se refiere a uniones de pareja, ejercicio de la parentalidad, relación con la familia de origen, entre otros aspectos relacionados con la vida familiar<sup>(23)</sup>.

### **Tamaño de las familias chilenas**

Las familias extensas corresponden al 23,4%, de éstas las familias extensas biparentales corresponden al 40% y las familias compuestas que representan el 46%<sup>(23)</sup>.

Se ha experimentado una disminución en el tamaño de los hogares, es así como el promedio de integrantes del hogar se redujo a 3,6 personas. La mayor proporción de hogares en Chile, 44,9% se concentra entre los 3 y 4 integrantes por hogar.

Si analizamos este fenómeno, podríamos inferir que la causa de esta disminución se debe principalmente al aumento de la esperanza de vida, al descenso de la fecundidad, al espaciamiento entre los hijos, al aumento de los hogares nucleares sin hijos, y de monoparentales y hogares unipersonales, influyendo todos ellos en el tamaño familiar.

### **Las uniones de pareja se legalizan menos**

Se mantiene una importante proporción de hogares cuyos jefes de hogar son casados, abarcando un 58,1%, aunque éstos han disminuido en el último decenio, ya que en el censo del año 1992 el porcentaje correspondía a un 66,6%. Por ende se aprecia un aumento de las uniones consensuales (convivientes) y solteros, separados y anulados. Debido a esto, si lo analizamos, es posible suponer que los matrimonios o uniones legales estén disminuyendo o se realicen más tardíamente<sup>(23)</sup>.

## **Hogares unipersonales**

A pesar de que se mantiene la distribución nacional de este tipo de hogares, estos han aumentado a un 11,5% en relación al año 1992 en el que correspondían al 8,2%; este aumento se ve reflejado principalmente en las zonas urbanas, ya que en las rurales han experimentado una disminución. La mayor proporción se encuentra en el área metropolitana con un 38,4%. En cuanto al sexo de los habitantes de este tipo de hogares, éste es predominantemente masculino con un 54,4 % de edades entre los 35 y 44 años.

En cuanto a quienes constituyen estos hogares, se puede decir que son principalmente solteros, evidenciándose un mayor aumento en los hogares constituidos por personas separadas, anuladas y solteras.

Desde el punto de vista etéreo se mantiene la mayor proporción en el tramo de 65 a 75 años, sin embargo se aprecia una disminución con respecto al censo anterior.

Pese al predominio de varones solteros en los hogares unipersonales, se aprecia un aumento de los hogares que comparten la vivienda con otros hogares, de éstos el mayor aumento se observa en los varones. Se aprecia que las personas que viven con otras bajo un mismo techo se encuentran principalmente entre los 24 y 44 años, correspondiente al 20%. El mayor aumento dentro de este grupo se registra en jóvenes entre los 14 y 24 años con un 13% y luego, las personas entre 25 a 34 años de edad con un 10,5%.

Sin embargo se aprecia un aumento de los hogares unipersonales de mujeres que residen solas, correspondiendo a un 34,6%.

En conclusión, se visualiza un aumento de hogares unipersonales con personas menores de 34 años de edad y mayores de 85 años que comparten vivienda con otras familias, y aumentan las personas que viven independientes entre los 44 y 84 años. Todo

lo anterior podría estar relacionado con la mayor escolaridad y calificación ocupacional que permite una mayor autonomía económica, que permitiría solventar de mejor manera una vida independiente<sup>(23)</sup>.

### **Hogares nucleares monoparentales**

Los hogares monoparentales representan el 16,4% de los hogares del país, sin embargo, dentro de éstos los nucleares monoparentales (compuestos por un solo jefe de hogar y sus hijos) constituyen el 9,4%, cifra que ha aumentado en el último decenio. El mayor aumento se ha producido en las zonas urbanas, acompañado de una leve disminución en las zonas rurales. En cuanto a la jefatura del hogar la mayor proporción se concentra en las mujeres, correspondiente a un 85,1%, sin embargo se aprecia un ligero aumento en los hogares nucleares monoparentales jefaturados por varones.

En cuanto a esto hay un predominio de hogares jefaturados por una persona separada, anulada, viuda y un poco más atrás, los solteros.

Las edades de los jefes de hogar monoparentales se encuentran en el rango de 35 a 54 años en ambos sexos.

Por lo tanto, se observa una disminución de las madres solteras jóvenes y el aumento de las madres solteras mayores y las separadas o anuladas. Se observa que estos hogares están formados principalmente por mujeres, aun cuando los formados por hombres aumentaron. El mayor aumento se encuentra en los hogares con dos integrantes. El resto de los hogares con 3 o más integrantes presenta una disminución. Persiste el predominio de hogares con jefaturas de hogar con educación básica completa o incompleta, sin embargo han disminuido por el progresivo aumento de la escolaridad de la población. En relación a esto, los hogares monoparentales, en que el padre o madre tiene más de 13 años de estudio, se han duplicado<sup>(23)</sup>.

El análisis de las conclusiones extraídas del libro “Cómo y cuánto cambiamos los chilenos”, viene a reflejar en forma más acabada las características de las familias chilenas:

- El primer aspecto relevante de considerar, es que la vida urbana sigue constituyendo un polo de fuerte atracción para los chilenos. Esto permite que los adolescentes se desarrollen en un ambiente que ofrece variadas posibilidades, en donde el consumo de sustancias nocivas es una de las principales fuentes de integración social entre este grupo.
- En segundo lugar, aunque la familia nuclear biparental continua siendo la opción mayoritaria en nuestro país, no presenta un incremento sustantivo.
- En tercer lugar, existe un aumento considerable de parejas nucleares sin hijos, por lo que podríamos decir que la vida familiar chilena comienza a prescindir de los hijos/as.
- Un cuarto elemento importante, es la reducción del tamaño de las familias chilenas, esta reducción se debe entre otras cosas, a que tanto hombres como mujeres están comenzando a ubicar su vida personal y profesional antes que la familia, prescindiendo así progresivamente de lo hasta ahora establecido por la sociedad, que daba prioridad a la formación de la familia por sobre las otras cosas. Esta situación engloba dos factores, primero se presenta un aumento de la escolaridad de los padres lo que actúa como un factor protector para el consumo de drogas, sin embargo esto viene acompañado del segundo factor que dice relación con la disminución del tiempo otorgado a la crianza de los hijos, lo que sería un factor de riesgo.
- Tener una pareja no constituye un recurso indispensable para asumir el cuidado de los hijos. Esta situación hace que el padre que queda a cargo del cuidado de los hijos, tenga una sobrecarga en su labor porque además asume el rol de proveedor y muchas veces descuida o posterga su rol de padre.

- Otro dato relevante es el aumento en la declaración de separados y los anulados, lo que describe una inestabilidad en los vínculos de pareja. Esta inestabilidad puede eventualmente ser transmitida a la relación que se mantiene con los hijos y por ende, exponerlos a patrones emocionales inseguros, que actuarían como factor de riesgo para el consumo de sustancias adictivas.

#### 2.1.2.6 FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA

Es la capacidad de los integrantes del grupo familiar para llevar a cabo tareas impuestas por la cultura y sociedad en que están insertas, con el fin de conseguir una relación efectiva entre sus integrantes para llevar a cabo el desarrollo y formación de estos. Esta tarea, en que se entrelazan las características y roles de cada uno de los pertenecientes al núcleo para el cumplimiento de objetivos, debe ser un proceso organizado y controlado por cada una de las personas que son parte de la familia, por esta razón se debe potenciar la comunicación para la solución de los problemas, la imposición de normas y patrones conductuales, la satisfacción de necesidades afectivo-emocionales y materiales, y el proceso de sociabilización.

Si la funcionalidad familiar se ve distorsionada en su desempeño, afloran como resultado: alteración en el desarrollo biopsicosocial de los sujetos y disminución de la capacidad de afrontamiento ante las crisis, los que pueden desencadenar problemas aún mayores los cuales no sólo afectan al núcleo familiar, sino también a la comunidad que la rodea.

Cuando una familia se enfrenta ante una crisis que percibe uno o más sujetos del núcleo, se deben utilizar recursos que permitan otorgar soluciones efectivas ante el problema. Según el estudio que realiza el departamento de Psicología Social de la Universidad de Valencia, el cual plantea que cuando se observan pautas negativas de

interacción familiar, comunicación deficiente, pobre cohesión, frecuentes conflictos, excesivo castigo, rigidez de normas familiares y/o consumo de drogas los propios padres se genera la imposibilidad de encontrar soluciones a la crisis, representada en este caso, como el consumo de drogas de los hijos adolescentes<sup>(24)</sup>.

Esto nos explica que indicadores positivos de funcionamiento familiar, permitirían que los integrantes adquirieran un desarrollo de mecanismos de afrontamiento y pautas para desenvolverse socialmente, que resulten armónicas a la sociedad que rodea al sujeto y su familia. Un método adecuado para evidenciar estos indicadores sería la aplicación de instrumentos a las familias, uno de ellos es el APGAR familiar, el cual clasifica a través de 5 preguntas el nivel de funcionalidad familiar.

En diversas investigaciones<sup>(25)(26)</sup> se utiliza este instrumento para objetivar la funcionalidad en personas con características de drogodependencia, como señala el estudio Estructura y Funcionalidad de la familia durante la Adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico, el que demuestra un elevado porcentaje de funcionalidad en población adolescente consumidora de drogas, lo mismo ocurre en la investigación ¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa “libre de droga” en prisión?<sup>(27)</sup> aplicada esta vez en población adulta con características de infracción de ley y drogodependencia.

### 2.1.3 ADOLESCENCIA

#### 2.1.3.1 DEFINICIÓN

Es una de las etapas del crecimiento y desarrollo del ser humano. Según la organización mundial de la salud (OMS), la adolescencia “es la etapa que ocurre entre los diez y veinte años de edad, coincidiendo su inicio con los cambios puberales y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológicos”<sup>(21)</sup>. Estos

cambios puberales son evidentes en todos los adolescentes pudiendo variar entre un individuo y otro, además hay otros cambios menos evidentes como la forma de pensar, de comportarse ante las otras personas e interactuar, que se alteran de una manera significativa y definitiva en esta etapa. En la adolescencia, como etapa clave para el desarrollo de todo individuo, existe un alto riesgo para el inicio del uso y abuso de drogas si se conjugan los anteriormente nombrados factores de riesgo en las familias con algunas características del crecimiento y desarrollo propias de la etapa del ciclo vital, como la búsqueda de identidad, la necesidad de pertenencia, la diferenciación de los padres, la experimentación y la búsqueda de emociones fuertes entre otras.

Además durante la adolescencia es cuando ocurren los procesos biológicos y fisiológicos de maduración de los diferentes órganos y sistemas del cuerpo, alcanzando la función, tamaño y eficiencia que corresponden a un adulto. Estos cambios son tanto físicos como psicológicos, no se dan de manera uniforme en todos los individuos pero sí de manera predecible, ya que un cambio va precedido por uno anterior y este precederá a otro. Los cambios corporales afectan la altura, el peso, la distribución de los tejidos grasos y musculares, la secreciones hormonales y las características sexuales<sup>(21)</sup>.

### 2.1.3.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Para comprender mejor cada uno de los cambios que ocurren durante esta etapa y las tareas o capacidades que debiesen completar quienes viven este período, la adolescencia se puede dividir en tres fases: adolescencia temprana, media y tardía.

La primera de estas fases o etapas, transcurre entre los 10 y los 13 años, aquí comienzan los cambios físicos ya nombrados y la interacción con los pares permite ejercitar nuevas destrezas que van apareciendo en conjunto con los cambios físicos y formarse una imagen de su propio valor personal, también aparece la atracción hacia el

sexo opuesto. En el ámbito familiar pudiese ocurrir una ambivalencia afectiva, esto se ve reflejado en que los adolescentes desean una mayor autonomía, pero a la vez continúa el anhelo de protección y seguridad que ofrecen los padres, esto se traduce en el comienzo de peleas con el progenitor del mismo sexo, conductas de rebeldía frente a figuras de autoridad, actos de impulsividad y estados emocionales que varían frecuentemente. La tarea central durante este periodo es la adaptación al cuerpo nuevo y el comienzo de la salida del adolescente de sí mismo y de su familia<sup>(28)</sup>.

A continuación viene el periodo de la adolescencia media, que comprende entre los 14 a los 16 años, la cual se caracteriza por la potente preocupación por la apariencia física que se manifiesta en horas frente al espejo y muchas veces vestimentas peculiares para demostrar pertenencia a determinado grupo de pares, además de lo anterior, se suma el inicio de la búsqueda de identidad sexual, los primeros pololeos y contactos físicos. En lo que compete al ámbito familiar en esta etapa, ocurren con mayor frecuencia los conflictos y diferencias con los padres ya que los jóvenes cuestionan constantemente las conductas y valores de éstos. A pesar de lo anterior, los adultos deben estar presentes y acompañar al adolescente mientras cursa esta etapa.

Finalmente en la etapa tardía, que abarca el periodo entre los 17 y 19 años, el joven ha alcanzado su maduración biológica completa y consolida la identidad, comienza la toma de decisiones con respecto al trabajo y los estudios, se desarrolla la capacidad de intimar y las relaciones se hacen más estables. En la esfera familiar, la separación continúa, pero en la medida que los adolescentes se sienten seguros con su identidad, los padres y las relaciones con estos se tornan más cercanas, los jóvenes son capaces de apreciar los valores de sus padres aunque existan discrepancias.

Erikson plantea en su teoría del desarrollo psicosocial que la tarea central del adolescente es la búsqueda de su identidad. Esta identidad puede obtenerse mediante el reconocimiento de las características personales y también el visualizarse como una



persona estable en sus decisiones y relaciones interpersonales a lo largo del tiempo. Hay una búsqueda de lo que es propio y de lo que lo distingue de los demás<sup>(29)</sup>.

Los adolescentes en esta etapa ya no se consideran a sí mismos niños, pero tampoco son calificados como adultos, lo que los lleva a preguntarse por qué aún no lo son y cuál es la diferencia entre serlo y no serlo. La solución comúnmente encontrada por muchos jóvenes consiste en crear dentro de su fantasía una nueva persona, ensayando una nueva identidad y de esa forma, por medio de experimentos, descubrir quiénes son y lo que hacen mejor.

Cuando se logra una identidad propia hay “consolidación de identidad”. Si no se logra, hay el denominado “síndrome de difusión de identidad”, en el cual el sujeto a lo largo de su vida adulta vuelve una y otra vez a intentar definir sus áreas de interés o sus elecciones vocacionales o de pareja. No hay metas, por lo tanto no se trabaja para ellas. Hay desorientación, mucha inestabilidad emocional y dificultad para encontrarle un sentido a la vida, es entonces en este momento, donde las drogas se convertirían en un símbolo de pertenencia, el hecho que los asemeja e identifica con otros en una especie de subcultura y contracultura de las drogas, el joven coloca a la droga en el lugar que él desea, la droga ocupa así el lugar que se le da. Su acción, por lo tanto, no depende tan sólo de sus características como fármaco, sino de todo lo que de ella se espera, de lo que buscan quienes la consumen y la suministra y lo que dicta el entorno<sup>(29)</sup>.

### 2.1.3.3 ADOLESCENCIA Y FAMILIA

Como explica Erikson, la adolescencia es un periodo definido por cambios, los cuales son trascendentales ya que forjan la personalidad de un individuo, debido a que en este periodo la persona se encuentra en búsqueda de su identidad lo que le proporcionará la confianza para lograr lo que se propone, por lo tanto, un afianzamiento serio de su

desarrollo personal solo será posible en un ambiente favorable. En este proceso tan importante para el joven, resulta fundamental la relación que tiene con su entorno social y para ello uno de los más determinantes es su familia, debido a que es una base esencial para la expresión favorable de las potencialidades y habilidades positivas del individuo, por medio de los mecanismos de reforzamiento efectivo de las conductas deseables y corrección de los errores de sus integrantes<sup>(28)</sup>.

En el libro “Adolescencia, promoción, prevención y atención de salud” de la Universidad Católica de Chile, se expresan definiciones bastante claras respecto a que tan determinante es la familia en el proceso de afrontamiento de un adolescente. Para la familia esta serie de cambios que comprometen la adolescencia, no sólo afectan al individuo propiamente tal, sino también a los integrantes de su entorno, debido a que hay un cambio significativo en las relaciones interpersonales. Explica la literatura, que los padres de hijos adolescentes deben aceptar el crecimiento y desarrollo de sus hijos y darles el derecho a decidir personalmente en relación a su futuro laboral, sexual y familiar. Estas decisiones pueden o no coincidir con las expectativas de los padres. Para muchas familias es difícil aceptar esta realidad por lo que el proceso se hace muy lento. Se pueden apreciar distintas posturas que toman los padres: dar apoyo total a sus hijos, favoreciendo la comunicación y brindando herramientas para su independencia; pueden cerrarse y tomar una actitud controladora; apurar el proceso de separación de los hijos del núcleo familiar fomentando una rápida inserción laboral; desligamiento absoluto: al momento que el joven no es comprendido, la familia lo excluye y no se hace cargo de las dificultades por las cuales está pasando el individuo; y la última de las posturas que pueden tomar los padres, es la que paulatinamente y acompañada de otros factores, como una crisis familiar, llevan el funcionamiento armónico familiar a un quiebre produciendo una disfunción familiar, evento que determina que el adolescente caiga en conductas riesgosas como es el consumo de alcohol y drogas<sup>(28)</sup>.

Entre los factores de riesgo asociados al consumo de drogas se pueden destacar los siguientes en el ámbito familiar:

Estructura familiar alterada, por ejemplo, a través del divorcio de los padres. En el libro “El adolescente y sus conductas de riesgo” del Dr. Ramón Florenzano señala que en un estudio hecho entre adolescentes en Santiago el consumo de marihuana era de un 16,4% en hijos de padres separados, mientras que en hijos de familias intactas llegaba al 11,3%; las mismas diferencias se evidenciaron en el consumo de otras drogas como cocaína, inhalantes y anfetaminas, donde el porcentaje fue siempre mayor en hijos de separados que en los que mantenían intacta su estructura familiar<sup>(21)</sup>.

Otro ítem importante se refiere a la cohesión y flexibilidad familiar, esto se observa en un estudio realizado en el Centro Terapéutico Rukantú el que muestra que: utilizando las escalas FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, third version) y escala de evaluación clínica CRS (Clinical Rating Scale) se ha encontrado que un porcentaje alto de familias de adolescentes abusadores de drogas corresponde a estructuras familiares rígidas en la dimensión de flexibilidad. Mayor variación se encuentra en la dimensión de cohesión, existiendo algunas familias que presentan una estructura desligada y otras que muestran una estructura aglutinada. Aunque solo son dos factores de la dinámica familiar se puede evidenciar claramente el riesgo del consumo de drogas en los hijos en familias con conductas de tipo disfuncional o conflictivas<sup>(30)</sup>.

Una deficiente comunicación, ya que como anteriormente se mencionó, la comunicación es la función principal de la familia y precursora del buen desarrollo del resto de las funciones que se deben desarrollar en el ámbito familiar. Un estudio realizado en la comuna de Santiago entre abril y junio del año 2006 a alumnos entre 7° básico y 4° medio indica que el 48,4% de los adolescentes señaló que su padre dedica muy rara vez o nunca, tiempo para conversar con él, siendo la conversación satisfactoria

frecuentemente o casi siempre en un 34,4%. Por su parte, 25,6% de los adolescentes, señaló que su madre dedica muy rara vez o nunca tiempo para conversar con ellos, siendo la conversación satisfactoria frecuentemente o casi siempre en un 53,6%. La educación familiar inadecuada supone un riesgo añadido cuando hay que educar a niños con temperamento difícil y con alteraciones de conducta. Al respecto de lo anterior, el mismo estudio antes señalado indica que casi la mitad de los adolescentes ha sentido con poca intensidad o nunca que hay reglas poco claras en su casa y 12,4% sienten con mucha intensidad que sus padres les dan demasiada libertad y casi la mitad de los escolares implicados en este estudio manifiesta que sus padres no dedican el tiempo adecuado para conversar, además, refieren falta de conocimiento de las actividades de sus hijos, falta de reglas claras en la casa, ausencia de rituales familiares y de actividades conjuntas<sup>(31)</sup>.

Patrón de crianza: esquemas de crianza para los hijos, que se repiten en el tiempo. Existen tres patrones de crianza identificados. El patrón de crianza democrático: está fundamentado en el respeto de padres e hijos, la toma de decisiones en conjunto caracterizada por un diálogo abierto, y los padres prestan atención a los problemas de sus hijos de forma afectuosa. Los niños que son criados con este patrón se caracterizan por ser conscientes de sus responsabilidades y capacidades, además son asertivos, espontáneos y motivados al éxito; en el patrón de crianza autoritario: los padres ejercen obediencia a sus hijos con normas claras y rígidas; además de no mostrar expresiones de afecto, utiliza castigo como forma de control, generando hijos inseguros de sí mismos; y por último el patrón de crianza liberal o de Laissez faire: en el que no se establecen límites ni normas, los hijos desarrollan un mecanismo para ejercer poder y obtener lo deseado; generando así, hijos egoístas e impulsivos, sin respeto por los límites.

## 2.2 OBJETIVOS

### 2.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir el grado de satisfacción de la funcionalidad familiar desde el punto de vista del consumidor adolescente de drogas.

### 2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer características sociodemográficas del adolescente consumidor de drogas.
- Conocer el grado de satisfacción que posee el consumidor adolescente de drogas con respecto a la ayuda recibida por parte de su familia.
- Determinar el grado de satisfacción que el adolescente consumidor de drogas tiene en relación a la forma en que su núcleo familiar discute temas de interés común.
- Determinar el grado de satisfacción del consumidor adolescente de drogas con respecto a su participación en la resolución de problemas familiares en conjunto.
- Identificar si el adolescente consumidor de drogas está conforme con la forma en que su familia le expresa afecto y responde a sus sentimientos
- Conocer el grado de satisfacción del consumidor adolescente de drogas con el tiempo que comparte con su familia.

## 2.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Dependiente	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
Adaptación	Capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas o situaciones de crisis.	Satisfacción de la ayuda que recibe de su familia ante un problema.	Casi nunca: 0 punto. A veces: 1 punto. Casi siempre: 2 puntos.

Variable Independiente	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
Funcionalidad familiar	Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que pueda presentar el adolescente.	Disfunción familiar severa	0-3 puntos en APGAR familiar.
		Funcionalidad moderada.	4-6 puntos APGAR familiar.
		Alta funcionalidad.	7- 10 puntos APGAR familiar.

Participación	Capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorar fórmulas de resolución de éstos.	Toma de decisiones importantes en conjunto con la familia.  Cooperación en las responsabilidades como miembro de la familia.	Casi nunca: 0 punto.  A veces: 1 punto.  Casi siempre: 2 puntos.
Desarrollo o gradiente de crecimiento.	Logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través del soporte, fuerza mutua.	Aceptación y apoyo en los deseos de emprender nuevas actividades.	Casi nunca: 0 punto.  A veces: 1 punto.  Casi siempre: 2 puntos
Afecto	Capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones como amor, pena o rabia.	Expresión de sentimientos de afecto familiar y respuesta a las emociones como rabia, tristeza, amor y otros.	Casi nunca: 0 punto.  A veces: 1 punto.  Casi siempre: 2 puntos.

Recursos	Compromiso de dedicar tiempo y atender necesidades físicas y emocionales de los demás miembros de la familia, compartir ingresos y espacio.	Satisfacción del tiempo para estar juntos.  Satisfacción de los espacios compartidos por todos.  Satisfacción de cómo se comparte el dinero en la mantención de la familia.	Casi nunca: 0 punto.  A veces: 1 punto.  Casi siempre: 2 puntos.
----------	---	---	--

Variable Interviniente	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
Sexo			Masculino.  Femenino.
Escolaridad	Años cursados en el sistema normal de educación	-Básica completa. -Básica incompleta. - Media completa. -Media incompleta	Último curso aprobado.



Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Hasta el momento de la investigación.	Años de vida
Familia	Grupo de personas unidas por vínculos de parentesco ya sea consanguíneo por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familia Nuclear monoparental.</li> <li>- Familia Nuclear Biparental.</li> <li>- Familia Nuclear Reconstituida.</li> <li>- Familia Extensa.</li> </ul>	- Composición de grupo familiar de origen.

## **CAPÍTULO 3:**

### **METODOLOGÍA**

- 3.1 Organización de trabajo en grupo
- 3.2 Revisión bibliográfica
- 3.3 Tipo y diseño de la investigación
- 3.4 Definición de universo y muestra
- 3.5 Organización de trabajo en terreno
- 3.6 Método de recolección de datos
- 3.7 Descripción del instrumento
- 3.8 Confiabilidad del instrumento
- 3.9 Método de procedimiento y análisis de datos
- 3.10 Criterios para el análisis de la información

### 3.1 ORGANIZACIÓN DE TRABAJO EN GRUPO

El grupo de tesis se constituyó en el mes de Agosto del año 2008, integrado por 7 estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad de Valparaíso, sede Valparaíso.

El tema tratado corresponde al área de Enfermería del Adulto, específicamente salud mental y fue elegido de manera consensuada por el grupo en conjunto con la docente guía. El criterio que se utilizó para escogerlo fue, que sea un tema epidemiológicamente relevante para el país, significativo para el individuo, la familia y la comunidad, debido a que es una problemática que impacta en todas las áreas de la persona (biopsicosocial) y que por supuesto sea de total incumbencia a los roles del profesional enfermera.

Para el desarrollo óptimo de la organización del trabajo en grupo, se formó una directiva compuesta por: presidente, vicepresidente, secretaria y tesorera.

En el desarrollo de esta tesis contamos con la asesoría de la Sra. Liliana Basso, docente del Departamento del Adulto de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso. Se realizaron reuniones semanales a lo largo del desarrollo de la investigación, evaluándose periódicamente el avance de ésta y de la participación de todos los integrantes en las tareas asignadas.

### 3.2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Una vez seleccionada el área general de trabajo, siendo ésta la salud mental, se procedió a buscar la bibliografía correspondiente para delimitar un tema específico, tras esto se escogió el área de drogas, volviendo a revisar bibliografía del tema, lo que nos llevó a relacionar esta problemática con la dinámica familiar del adolescente. Posteriormente se seleccionó la información para la confección del marco teórico y se

buscó estudios nacionales e internacionales relacionados con la temática elegida. Cabe señalar que la revisión bibliográfica fue un continuo durante todo el desarrollo de la tesis. Las fuentes de información fueron libros con fecha de publicación no inferior al año 1997, tesis de años anteriores, papers, estadísticas de CONACE e Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y páginas web.

### 3.3 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo cuantitativo, puesto que describe con datos objetivos el comportamiento de la muestra, resulta ser descriptivo debido a que a través de los datos obtenidos se representan las características de la muestra y no se busca realizar una proposición en base a una hipótesis y finalmente es transversal ya que fue realizado en un tiempo determinado.

### 3.4 DEFINICIÓN DE UNIVERSO Y MUESTRA

**Universo:** Está constituido por un total de 134 adolescentes de entre 12 y 18 años, 11 meses y 29 días, pertenecientes a Centros de tratamiento y rehabilitación del abuso de drogas y Centros de protección de las comunas de Valparaíso, Viña del Mar, Limache, Quillota, Quilpué y Los Andes.

Los centros utilizados fueron: Centro de Tránsito y Distribución de Playa Ancha, Centro Esperanza Juvenil, Centro Clotario Blest Quilpué, Programa Ambulatorio Intensivo Dr. Salvador Allende de Quillota, Centro de Tratamiento Residencial Mandala, Centro de Tratamiento Ambulatorio de Viña del Mar y Centro PRODEL Valparaíso y Centro Lihuén Limache.

Estos centros se caracterizan por atender a una población de entre 8 a 18 años, su modalidad de tratamiento es integral e incluye diversos talleres de desarrollo personal e integración social de los usuarios, y las modalidades de atención van desde ambulatorio a residencial, diferenciándose en Centros de tratamiento y rehabilitación y Centros de protección.

**Población:** en el momento de la aplicación del instrumento en los Centros mencionados se encontraban en total 82 adolescentes de entre 12 y 18 años, los cuales fueron incluidos en la investigación.

De éstos al analizar los datos, se excluyeron 11 de ellos debido a que 7 no contaban con antecedentes de consumo de drogas, 2 no especificaban claramente la composición de su grupo familiar y otros 2 estaban fuera del margen de edad delimitado. Por lo tanto, finalmente la muestra total considerada para el estudio fue de 71 adolescentes.

### 3.5 ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN TERRENO

La organización del trabajo en terreno se llevó a cabo, haciendo una lista de la totalidad de los Centros de Tratamiento y Rehabilitación de drogas y Centros de Protección de la Quinta región y luego seleccionándose sólo los que se enfocaban en la población adolescente. No fue posible la aplicación del instrumento en todos ellos, puesto que algunos de éstos no quisieron ser partícipes de la investigación, argumentando la protección en integridad e identidad de los menores de edad, por lo tanto, solo fue posible la aplicación en los Centros mencionados en el punto 3.4.

Nos dividimos en grupos de 2 a 3 investigadores, para la aplicación de los instrumentos realizados en los Centros desde el mes de julio hasta septiembre.

### 3.6 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con el objeto de medir las variables planteadas para este estudio se utilizó el APGAR Familiar. Este es un cuestionario breve que mide la satisfacción de un individuo en relación a la funcionalidad de su familia. Además se agregaron al instrumento las preguntas de datos básicos del individuo relevantes para el estudio, tales como: sexo, edad, escolaridad y composición del grupo familiar.

Previamente a la aplicación del instrumento, se solicitó a los coordinadores de los Centros, que efectuaran una explicación a los usuarios sobre el motivo de la concurrencia de los investigadores y del tenor de la investigación.

Antes de aplicar el instrumento, se les entregó a estos usuarios, un formulario de consentimiento, explicando el objetivo del estudio y enfatizando el anonimato, la voluntariedad y la confidencialidad como requisitos éticos fundamentales que se cumplirían en el manejo de sus respuestas al instrumento, por parte de los investigadores. Éste consentimiento fue firmado antes de responder el cuestionario aceptando la participación en la investigación.

### 3.7 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El APGAR, es un instrumento que consta de 5 preguntas y que permite 3 alternativas de respuesta: Casi siempre, A veces y Casi nunca, con un puntaje asignado de 2, 1 y 0 respectivamente, y con un total posible que va de 0 a 10. Esta prueba permite evaluar la percepción de un miembro específico de la familia en cinco dimensiones, tales como la adaptabilidad, participación, gradientes de crecimiento, afecto y resolución. A continuación se describe cada una de ellas:

- **Adaptabilidad:** Es el uso de los recursos intra y extra familiares para resolver problemas cuando el equilibrio familiar se ve amenazado durante una crisis. Mide cómo se comparten los recursos o grado de la satisfacción de cada miembro por la ayuda recibida cuando son necesarios los recursos familiares.
- **Participación:** Se refiere a la toma de decisiones y responsabilidades compartidas por los miembros de la familia. Mide cómo se comparten las decisiones o grado de satisfacción mutua de los miembros con la comunicación y solución de problemas familiares.
- **Gradiente de crecimiento:** Es la maduración física y emocional y autorrealización conseguida por los miembros de la familia a través del apoyo y orientación mutuos. Mide cómo se comparte la educación familiar o el grado de satisfacción de los miembros por la libertad dentro de la familia para cambiar el rol, crecer física y emocionalmente y alcanzar la madurez.
- **Afecto:** Es la reacción cuidadosa y cariñosa que existe entre los miembros de una familia. Mide cómo se comparten las experiencias emocionales o grado de satisfacción de los miembros con la intimidad e interacción emocional que existe en la familia.
- **Resolución:** Es el compromiso de dedicar tiempo a otros miembros de la familia para prestarles apoyo físico y emocional. También implica la decisión de compartir bienes y espacio. Mide cómo se comparte el tiempo (el espacio y dinero) o grado de satisfacción de los miembros por el compromiso familiar.

### 3.8 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El funcionamiento familiar fue medido por la aplicación de la prueba de tamizaje Apgar familiar, de Smilkstein validado en Chile por Maddaleno M et al (Familia y Salud de Trab N° 55 CEAP, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Chile 1993).

El análisis de fiabilidad se realizó a través del método de fiabilidad más utilizado en psicometría, el Alfa de Cronbach. Se trata de un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 y 1 y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando, recopila información defectuosa y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes. Alfa es por tanto un coeficiente de correlación al cuadrado que, a grandes rasgos, mide la homogeneidad de las preguntas promediando todas las correlaciones entre todos los ítems para ver que, efectivamente, se parecen.

#### Estadísticos de fiabilidad

<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Alfa de Cronbach elementos tipificados</b>	<b>N de elementos</b>
0,708	0,708	5

Por lo que dicho instrumento diseñado para describir el grado de satisfacción de la dinámica familiar desde el punto de vista del consumidor de droga en relación a su familia, es fiable.



### 3.9 MÉTODO DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Vaciamiento de datos: se utilizó programa Office 2007, específicamente Excel; en éste se realizó una tabla, en donde los investigadores vaciaron los resultados del instrumento, utilizando abreviaturas para determinar el resultado de cada variable (sexo, edad, escolaridad, tipo de familia, adaptación, participación, gradiente o desarrollo de crecimiento, afecto y recursos), creando de esta manera la base de datos.

La graficación de los datos fue realizada por Iván Canales, licenciado en estadística y computación de la Universidad de Santiago de Chile.

Programas Utilizados para el análisis de datos: Este trabajo de investigación consta de 2 partes, la primera corresponde al análisis estadístico descriptivo (medidas de tendencia central, proporciones) y gráfico de cada variable (torta) que describe el comportamiento de la muestra.

Para el análisis de las unidades se utilizó el Software SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Science).

### 3.10 CRITERIOS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se clasificó según el puntaje obtenido en el APGAR de acuerdo a la siguiente tabla:

<b>Puntaje</b>	<b>Significado</b>
0-3	Severamente disfuncional
4-6	Moderadamente funcional
7-10	Altamente funcional

## **CAPÍTULO 4:**

### **RESULTADOS**

4.1 Análisis Descriptivo

4.2 Datos Sociodemográficos

4.3 Datos del APGAR Familiar

4.4 Grado de satisfacción de la funcionalidad familiar

#### 4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Se realizó un análisis descriptivo en el cual se construyeron gráficos de torta y se tabularon los datos, que muestran el comportamiento de las 9 variables definidas con anterioridad.

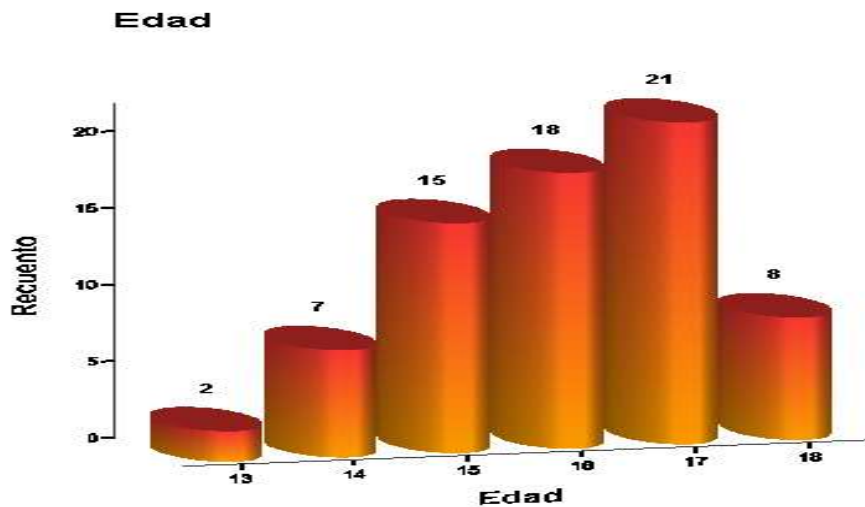
#### 4.2 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**Distribución etaria de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento y Rehabilitación, y Centros de Protección de la V región.**

Tabla N°1:

	N°	Mínimo	Máximo	Mediana	Media	Desv. típ.
Edad	71	13	18	16	16,03	1,276

Gráfico N°1



El promedio de edad corresponde a 16,03 años y la mediana es de 16, es decir que el 50% de la muestra tiene menos de 16 años y el otro 50% restante está por sobre esta edad.

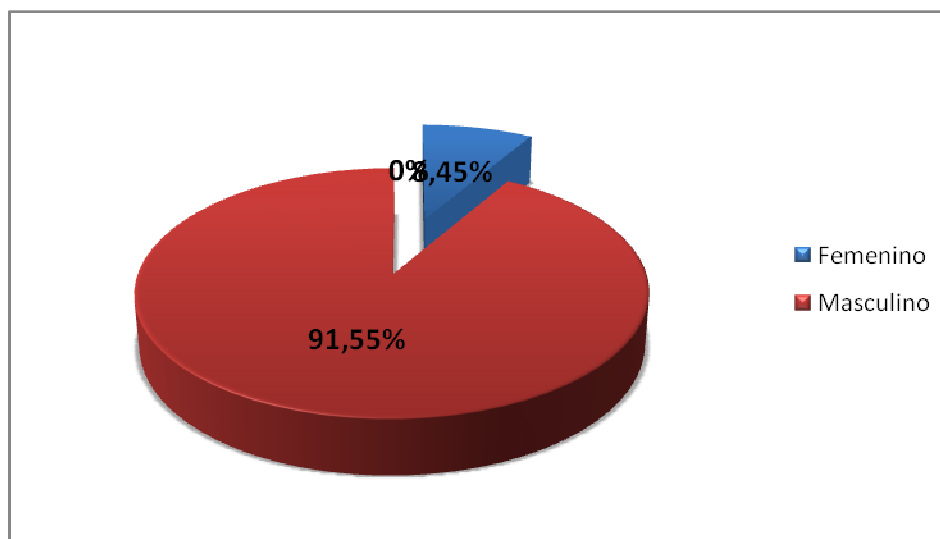
Este expone una asimetría negativa, y una moda de 17 años en el cual 21 personas presentan dicha edad. Se puede agregar que el mínimo de edad lo presentan 2 personas y el máximo 8, las cuales son 13 y 18 años respectivamente.

**Distribución por sexo de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento y Rehabilitación y Centros de Protección de la V región.**

**Tabla N°2**

		<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Género	Femenino	6	8,45	8,45
	Masculino	65	91,55	100

**Gráfico N°2**



De acuerdo a esto se observa que en la muestra el 91,55% corresponde al género masculino y el 8,45% restante al femenino.

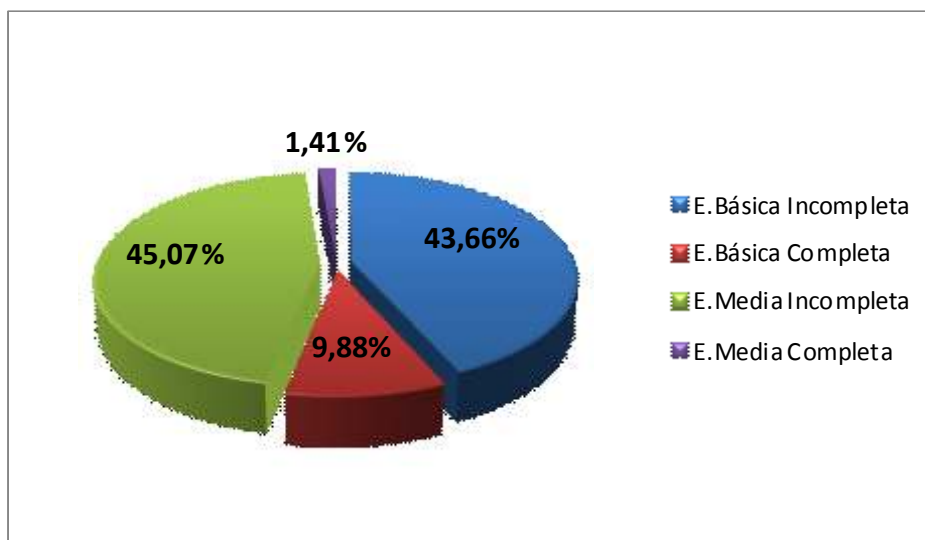
Cabe destacar que la muestra obtenida no es equitativa, debido a que el instrumento se aplicó en centros cuyos usuarios pertenecen al género masculino, siendo solo dos de ellos mixtos y en estos habría una mínima presencia femenina. Por ello no es comparable con la realidad nacional.

**Distribución de escolaridad de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento y Rehabilitación y Centros de Protección de la V región.**

**Tabla N°3**

		<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Escolaridad	E. Básica Incompleta	31	43,66	43,66
	E. Básica Completa	7	9,86	53,52
	E. Media Incompleta	32	45,07	98,59
	E. Media Completa	1	1,41	100

**Gráfico N° 3**



Se exhibe que el 43,66% de los adolescentes aún no completan su Enseñanza Básica, mientras un 9,88% completó esta categoría. El 45,07% representa el porcentaje de encuestados que aún no termina la Enseñanza Media y el 1,41% del total de adolescentes que la completaron.

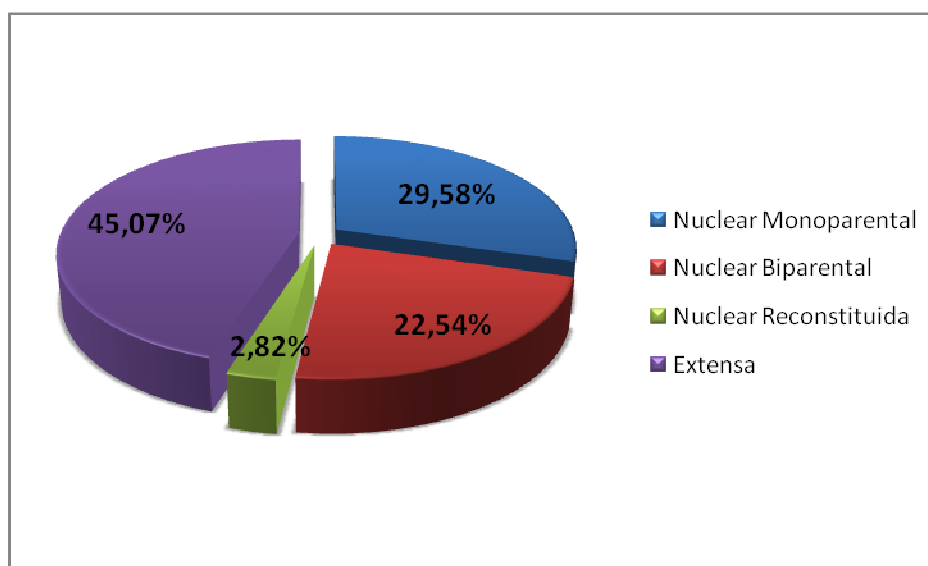
Según la distribución etaria de los encuestados se espera que a los 13 – 14 años cuenten con la enseñanza básica completa y a los 17-18 años con la enseñanza media aprobada, de acuerdo a los resultados, esto no se cumple, lo que se puede explicar porque el consumo de drogas está relacionado con la deserción escolar y por ende, los individuos se encuentran atrasados en su escolaridad.

**Distribución según tipo de familia de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento y Rehabilitación y Centros de Protección de la V región.**

**Tabla N°4**

		<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Componentes del Grupo Familiar	Nuclear Monoparental	21	29,58	29,58
	Nuclear Biparental	16	22,54	52,12
	Nuclear Reconstituida	2	2,82	54,94
	Extensa	32	45,07	100,01

**Gráfico N°4**



Se aprecia que el 29,58% pertenece a una familia Nuclear Monoparental, el 22,54% de los encuestados proviene de una familia Nuclear Biparental a su vez el 2,82% de los adolescentes se clasifica como una familia Nuclear Reconstituida y el 45,07% restante corresponde a jóvenes dentro de una familia Extensa.



Según lo expuesto la mayoría de los encuestados pertenecen al tipo de familia Extensa lo que quiere decir integrada por una pareja o uno de sus miembros con o sin hijos y por otros miembros que pueden ser parientes o no.

Este resultado muestra una distribución diferente a la que epidemiológicamente se observa en Chile, ya que el mayor porcentaje recae en la familia de tipo nuclear biparental con un 47,8% mientras que la de las familias extensas sólo constituyen 23,4%.

#### 4.3 DATOS DEL APGAR FAMILIAR

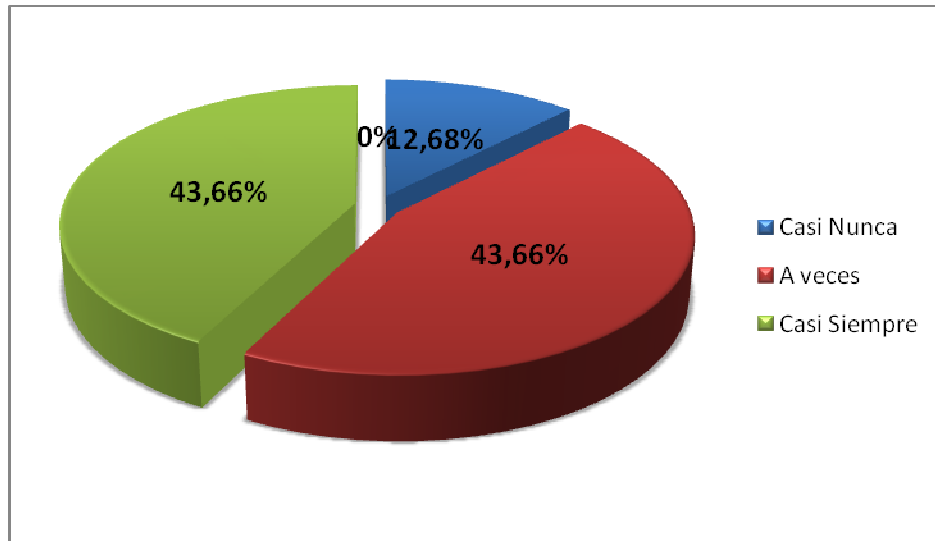
##### **Adaptabilidad en la familia de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento y Rehabilitación y Centros de Protección de la V región.**

En relación a la pregunta: *¿yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta?*, se obtiene la siguiente tabulación:

**Tabla N°5**

		<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Pregunta 1	Casi Nunca	9	12,68	12,68
	A veces	31	43,66	56,34
	Casi Siempre	31	43,66	100

**Gráfico N°5**



De los encuestados, el 12,68% responde Casi Nunca a la pregunta formulada, un 43,66% responde A veces y por último el mismo porcentaje responde Casi Siempre.

Se aprecia que la mayoría de los encuestados se siente satisfecho parcial y totalmente con la ayuda recibida de su familia, en las ocasiones en que haya necesitado de los recursos familiares para resolver los problemas.

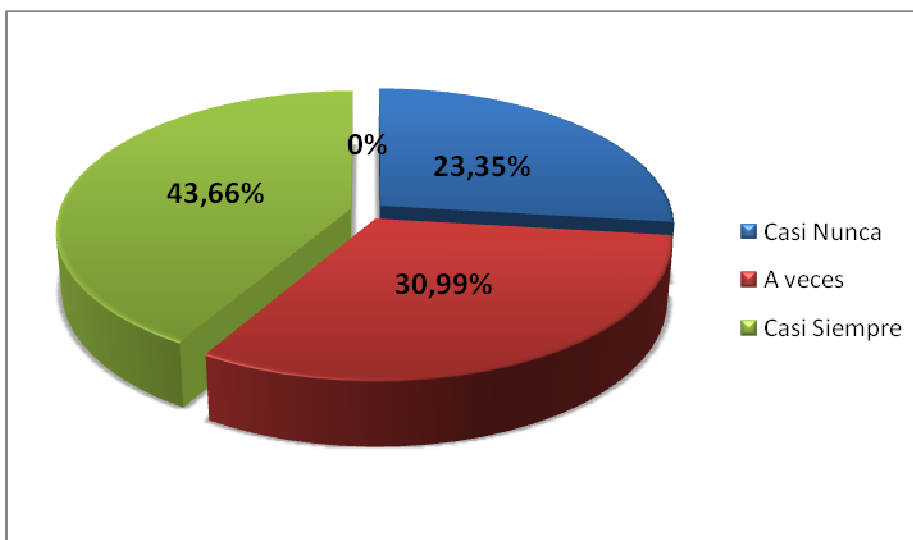
**Participación familiar de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento y Rehabilitación y Centros de Protección de la V región.**

De acuerdo a la siguiente pregunta: *¿yo estoy satisfecho de la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo?*, se obtienen los siguientes resultados:

**Tabla N°6**

		<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Pregunta 2	Casi Nunca	18	25,35	25,35
	A veces	22	30,99	56,34
	Casi Siempre	31	43,66	100

**Gráfico N°6**



Se evidencia claramente, que el mayor porcentaje de respuestas está dado para la categoría Casi Siempre, las otras categorías muestran: Casi Nunca un 25,35%, A veces un 30,99% y para la última categoría Casi Siempre un 43,66%.

Se observa que la tendencia de la población encuestada se relaciona con una satisfacción en la comunicación y solución de problemas familiares.

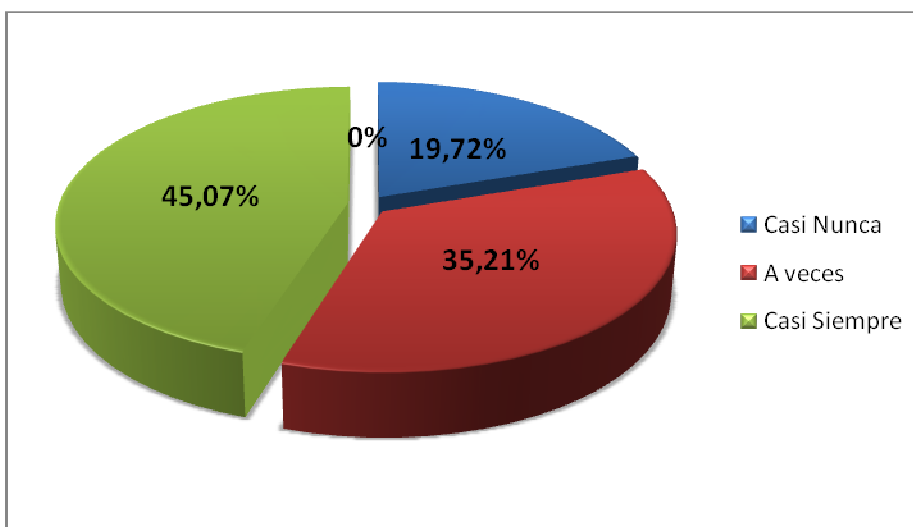
**Gradiente de crecimiento familiar de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento y Rehabilitación y Centros de Protección de la V región.**

La pregunta: *¿yo estoy satisfecho de la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades y metas?*, arroja los siguientes resultados:

**Tabla N°7**

		<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Pregunta 3	Casi Nunca	14	19,72	19,72
	A veces	25	35,21	54,93
	Casi Siempre	32	45,07	100

**Gráfico N° 7**



Del total de encuestados el 19,72% escogió la alternativa Casi Nunca, la siguiente categoría, A veces, fue elegida en un 35,21% del total y el restante 45,07% contestó Casi Siempre.

Según lo expuesto, podemos decir que la mayoría de los encuestados se considera satisfecho con la libertad que tiene dentro de su familia para cambiar de rol, crecer física y emocionalmente y de esta forma alcanzar la madurez.

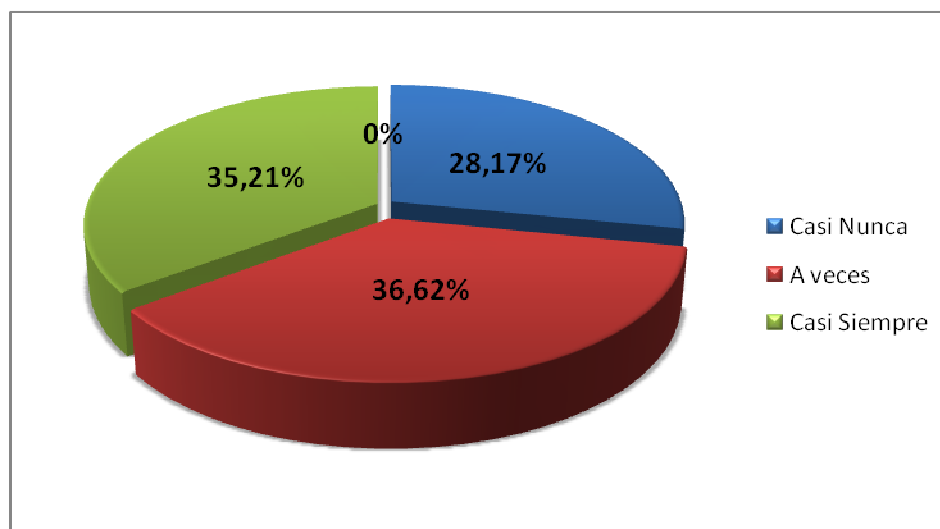
**Afectividad familiar de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento y Rehabilitación y Centros de Protección de la V región.**

Con respecto a la pregunta *¿yo estoy satisfecho del modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como: tristeza, rabia, amor?*, se obtuvieron los siguientes registros:

**Tabla N°8**

		<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Pregunta 4	Casi Nunca	20	28,17	28,17
	A veces	26	36,62	64,79
	Casi Siempre	25	35,21	100

**Gráfico N°8**





La proporción de jóvenes que respondió la pregunta con la alternativa Casi Nunca corresponden al 28,17% de la muestra, mientras el 36,62% es conformado por aquellos adolescentes que respondieron A veces a la interrogante. Por último la proporción de encuestados que respondió Casi Siempre es de un 35,21%.

Según los datos, la mayoría de los encuestados se sienten A veces y Casi Siempre queridos por sus familias, sin embargo se aprecia una cifra semejante que considera que la interacción emocional no les es satisfactoria.

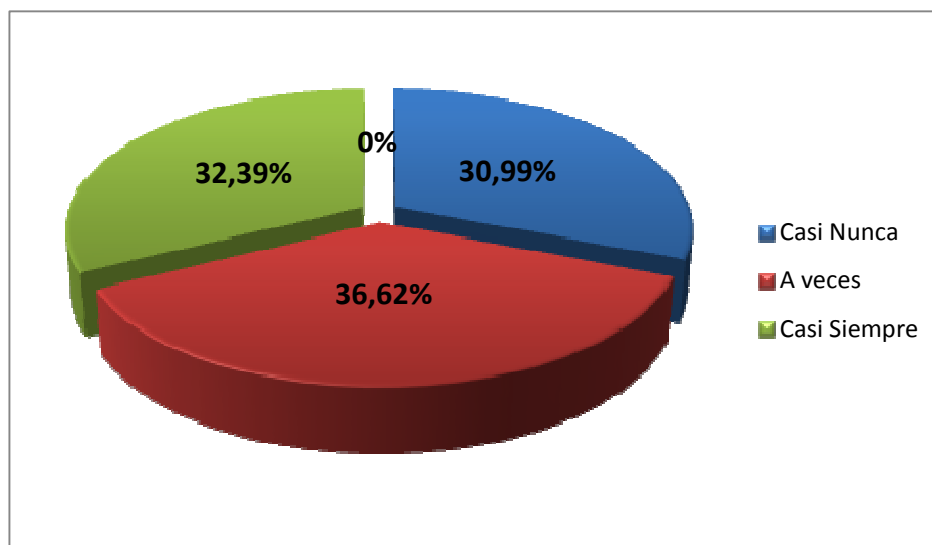
**Resolución en la organización del tiempo y espacio familiar de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento y Rehabilitación y Centros de Protección de la V región.**

De las respuestas de la última pregunta del APGAR familiar *¿yo estoy satisfecho en la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo, el espacio y el dinero?*, se desprende la siguiente tabla:

**Tabla N°9**

		<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Pregunta 5	Casi Nunca	22	30,99	30,99
	A veces	26	36,62	67,61
	Casi Siempre	23	32,39	100

**Gráfico N°9**



Las proporciones de las opciones Casi Nunca, A veces y Casi Siempre respondidas por el total de encuestados representan el 30,99%, 36,62% y 32,39% respectivamente.

Se observa que en el compromiso de dedicar tiempo a otros miembros de la familia, además de compartir bienes y espacios, se evidencia de alguna manera cierta insatisfacción en la funcionalidad familiar en comparación con los resultados encontrados en las preguntas anteriores.

#### 4.4 GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

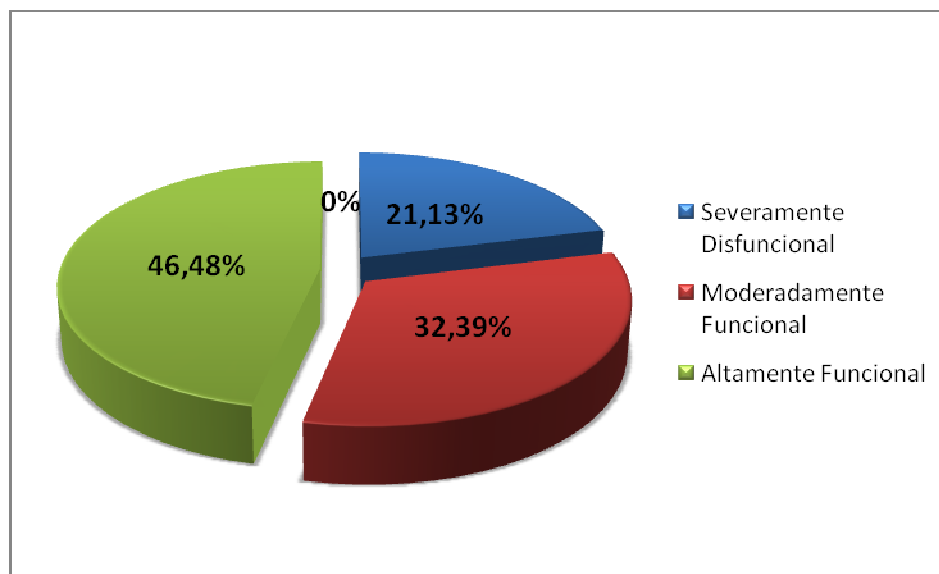
Una vez terminado el análisis descriptivo de las preguntas, se procede a evaluar el comportamiento de la Funcionalidad Familiar, a continuación se muestra la tabla y el gráfico de sectores o torta:

##### **Grado de funcionalidad familiar de la población de adolescentes consumidores de drogas pertenecientes a Centros de Tratamiento y Rehabilitación y Centros de Protección de la V región.**

**Tabla N° 10**

		<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Funcionalidad Familiar	Severamente Disfuncional	15	21,13	21,13
	Moderadamente Funcional	23	32,39	53,52
	Altamente Funcional	33	46,48	100

**Gráfico N° 10**



De aquí se obtiene que el 21,13% corresponde a familias Severamente Disfuncionales, por otro lado el 32,39% del total corresponde a familias Moderadamente Funcionales y finalmente el 46,48% restante es Altamente Funcional.

Se aprecia que la mayoría de los encuestados considera que su familia es funcional, lo que quiere decir, que el adolescente percibe que entre los miembros de su familia existe una buena comunicación, comparten relaciones afectivas y tiempo y están conformes con la ayuda prestada para resolver problemas, todo lo cual se evidencia en los gráficos anteriores.

## **CAPÍTULO 5:**

### **DISCUSIÓN, RESUMEN Y RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones

5.2 Recomendaciones

5.3 Resumen

5.4 Abstract

## 5.1 CONCLUSIONES

En la investigación efectuada logramos identificar que las edades de los adolescentes estudiados se concentran entre los 15 y 17 años, siendo la media 16 años. De los 71 individuos considerados en la muestra, 54 se encuentran en este intervalo. Este resultado corrobora que en este rango de edades existen factores de riesgo marcados para el consumo de drogas como son: la búsqueda de identidad, importancia e influencia del grupo de pares, disminución de la importancia de la familia, cambios fisiológicos propios de la etapa y sentido de invulnerabilidad. El estudio “Entorno familiar y el inicio de la drogadicción en el adolescente”, realizado en el año 2007 por el Departamento de Psicología, de la Universidad de los Andes, arrojó como resultado que la media de la edad de inicio del consumo de drogas del adolescentes corresponde a los 15 años. (Gráfico N°1)

En relación al género, la realidad nacional refiere que la relación existente entre el número de hombres respecto al de mujeres consumidores de drogas es de 4:1, sin embargo el resultado del análisis de la variable género de esta investigación no es significativamente comparable a las estadísticas nacionales, debido a que de los siete centros en donde se aplicó el instrumento sólo dos eran mixtos, y también con una población mayoritariamente masculina. (Gráfico N°2)

La escolaridad presentada por los adolescentes encuestados dio como resultado que un 43,66% de los adolescentes aún no completaban su Enseñanza Básica mientras que solo un 9,88% completó esta categoría; si contrastamos estos datos con la media de edad obtenida, se esperaría que el porcentaje de Enseñanza Básica completa fuese mayor, debiéndose encontrar la mayoría de los usuarios cursando su Enseñanza Media. Estos datos nos permiten relacionar el retraso o deserción escolar como un factor de riesgo para el consumo de drogas a edades tempranas, y a su vez, el inicio precoz del consumo de drogas influiría negativamente en la continuidad de la escolaridad de los adolescentes. Lo

anterior puede ser considerado como una dificultad al momento de intervenir en este grupo etéreo, ya que muchos de ellos no poseen el nivel de instrucción adecuado. (Gráfico N°3)

Según los datos obtenidos en el estudio, se aprecia que el 45,07% de las familias es de tipo extensa, correspondiendo a la mayoría de los encuestados. Se espera que la familia extensa constituya un factor protector para el adecuado desarrollo biopsicosocial de sus integrantes, debido al mayor número de miembros que éstas poseen, ampliándose las redes de apoyo. Sin embargo, si no existe un patrón de crianza apropiadamente establecido, se produce una interposición de roles en quienes establecen las normas, esta situación puede llegar a resultar confusa para el adolescente, produciéndole un conflicto tanto personal como familiar, que puede hacer que este tipo de familia finalmente constituya un factor de riesgo para el consumo de drogas. (Gráfico N°4)

El concepto Adaptabilidad definido por el APGAR familiar, tiene relación con la satisfacción del sujeto respecto al grado de apoyo que recibe de su núcleo familiar cuando una situación no resulte de su agrado; cabe mencionar que éste no especifica a qué tipo de situaciones se refiere. En este estudio, la población percibe mayoritariamente en forma positiva este concepto. Esta situación no es la esperada, teniendo en cuenta las características en que se desenvuelve la familia con uno ó más integrante con antecedentes de consumo de drogas, ya que se ha estimado como una crisis para los integrantes el abuso de drogas y, el consiguiente cambio que experimenta la persona psicológica y físicamente. Teniendo en cuenta el contexto en que se aplica el instrumento y las vivencias personales del sujeto, este resultado nos da a entender que el concepto de adaptabilidad está distorsionado, puesto que la educación que ha recibido desde la niñez este adolescente no le ha permitido tener un patrón de comparación, con los conceptos de adaptabilidad normales esperados. Juan González en su estudio “Adolescencia y Riesgos Psicosociales”, señala que en el diario vivir de cada familia se expresa un sistema de



valores y algunas veces antivalores, que van a tener una profunda influencia en los jóvenes. (Gráfico N°5)

La comunicación intrafamiliar es la base para mantener las buenas relaciones entre los integrantes de la familia, y es un patrón para establecer nexos extrafamiliares, más aún, cuando se desea tener un trabajo de interrelación conjunto y/o se deben enfrentar problemas que atañen a un integrante o toda la familia, es así uno de los recursos fundamentales para la búsqueda de soluciones y la forma de brindar apoyo ante esta eventualidad. El abuso de drogas es por sí un problema que involucra a la familia del individuo, por ende, es esperado que se hayan utilizado este tipo de recursos para que la persona encuentre solución a su problema, si es que es considerado un problema para la familia. En base a los resultados del estudio, la mayoría de la muestra expresa satisfacción ante la comunicación que se establece, lo que nos demuestra que el recurso comunicacional existe en las familias de los encuestados, pero al parecer, éste no es bien empleado o no tiene la consistencia adecuada, enfocada a una comunicación positiva dentro de lo que se espera, para el buen desarrollo del adolescente. Es por esta razón que los Centros de apoyo y rehabilitación deben trabajar este aspecto con la familia del adolescente, de modo de potenciar el planteamiento de los problemas, la discusión de éstos y la búsqueda de soluciones de los conflictos en una forma sana. (Gráfico N°6)

El planteamiento de satisfacción del usuario respecto al apoyo que recibe de su familia para emprender proyectos y crecer biosicosocialmente, tiene que ver con la entrega de valores, educación e instrucción familiar al individuo respecto a su proyecto de vida. Para el adolescente el que su red de apoyo familiar lo instruya y le brinde pautas de enfrentamiento, resulta esencial para su desarrollo integral. En este estudio el 45,07% de los encuestados, expresan satisfacción para este componente, lo que resulta contradictorio con el fenómeno expresado en el gráfico número 3, donde los jóvenes presentan un alto índice de retraso en los años escolares cursados, debido a que si su

familia como ente regulador hubiese influido de manera positiva podría no haberse presentado la deserción escolar, lo cual constituye un factor de riesgo para el consumo de drogas. Nos referimos así al nivel de escolaridad, porque este factor es un indicador sustentable, en la orientación y toma de decisiones para el proyecto y modo de vida. (Gráfico N°7)

Los afectos y emociones son sentimientos con connotaciones subjetivas, sin embargo poseen una interpretación universal. Esto explicaría porqué para los adolescentes encuestados, esta percepción, da respuestas distintas a las demás preguntas, mencionando que sólo a veces se sienten satisfechos con la expresión de emociones familiares hacia él, ya que pueden saber y comprender mejor, cuales son los niveles esperados por la sociedad de cariño, afecto y expresión de sentimientos por parte de las familias, así como también, de rabia y amor. La interacción emocional en una familia es una tarea importante de llevar a cabo para el desarrollo óptimo de sus integrantes, ya que expresa de manera concreta el apoyo percibido por el sujeto. Estos valores son importantes de fortalecer en la red de apoyo familiar de un joven consumidor de drogas, de modo de crear bases sustentables para su rehabilitación. El reconocimiento y la importancia de estos valores para el desarrollo apropiado del adolescente, deben ser considerados en el cuidado que otorga el enfermero, desde el control de salud infantil en atención primaria. (Gráfico N°8)

La organización y el compartir tiempo y espacio familiar pueden ser acciones concretas fáciles de medir, comparar y evidenciar por los adolescentes. Para estas acciones familiares, es esperado que se vean afectadas las familias que poseen un integrante con problemas de adicción, ya que la mayoría de las veces es una persona que se aísla de la dinámica familiar o en el peor de los casos, es expulsado del núcleo, porque causa conflictos. En nuestro estudio entre las alternativas Casi nunca y A veces se dan casi los mismos resultados y levemente mayor en Siempre, esto se explica en que

probablemente el nivel de comparación del joven está distorsionado, es por eso que afirma que comparte con su familia, pero quizás la calidad de ese compartir no es la más sana y mejor, según lo que se espera para que sea un factor protector. (Gráfico N°9)

En relación al resultado obtenido de la aplicación del APGAR familiar en la población adolescente con antecedentes de consumo de drogas, los resultados obtenidos corresponden mayoritariamente a Familias Altamente Funcionales con un 46,48% y Moderadamente Funcionales con un 32,39%, considerándose entonces como Familias Funcionales al 78.87%, afirmación que se contrapone a lo que se podría pensar de la funcionalidad de las familias de adolescentes con uso y/o abuso de drogas. El resultado de nuestra investigación coincide con los datos obtenidos en el estudio español “¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa “libre de droga” en prisión?”. Realizado a adultos que se encuentran privados de libertad que comenzaron su consumo de drogas en la adolescencia y que actualmente se encuentran en tratamiento de drogas, a los cuales se les aplicó el APGAR familiar y cuyo resultado demostró que el 87,5% de las familias de los individuos encuestados correspondería a Familias Normofuncionales.

Estos resultados contribuyen con antecedentes para cuestionar la aplicabilidad del instrumento APGAR familiar, utilizado no solamente en los centros de tratamiento y rehabilitación por abuso de drogas, sino también en investigaciones que incluyen las familias de las personas que abusan de las drogas, ya que al ser aplicado en poblaciones con una distorsión del concepto normal de la funcionalidad familiar y de la normalidad de las relaciones familiares, que dicen relación con la comunicación, las muestras de la afectividad, la resolución de conflictos, adaptabilidad y gradiente de crecimiento, no muestra los resultados esperados según los conceptos teóricos sobre la influencia de la familia como posible factor de riesgo en el abuso de drogas. La utilización del APGAR familiar para valorar la funcionalidad familiar, debiera dirigirse solo a población normal,

la cual posee otros conceptos y principios respecto a la familia, por lo tanto, no sería conveniente la aplicación de este instrumento en los grupos de individuos con antecedentes de consumo de sustancias como hasta la fecha se está realizando.

## 5.2 RECOMENDACIONES

Esta investigación se inició considerando que una causa fundamental de la drogadicción en adolescentes es la falta de funcionalidad familiar. Sin embargo este estudio nos demostró que el nivel de funcionalidad percibida por los adolescentes es positiva, es decir, se sienten satisfechos de la dinámica que se desenvuelve entre los integrantes y las acciones de estos.

Gracias a las recopilaciones y revisiones bibliográficas, pudimos comprobar que la utilización específica de este instrumento en una población que tiene características relacionadas con el consumo de drogas, las cuales generalmente se describen como, con un deficiente nivel de escolaridad y a una historia generacional en el uso y abuso de drogas, da a entender que el nivel de funcionalidad percibida no se condice con lo esperado, por ejemplo: el que se cumpla el componente de resolución muchas de las veces no tiene que ver con un compromiso familiar asociado a la dedicación de tiempo, afecto y recursos, en particular para la persona encuestada, tiene relación con un encubrimiento en las actividades relacionadas con el consumo de drogas o bien de un mal entendimiento por parte del adolescente, respecto a lo que es compromiso familiar con su persona. De acuerdo a esto, no se recomienda la utilización de este instrumento para evaluar la funcionalidad familiar del adolescente consumidor de drogas.

Por lo expuesto, se recomienda la realización de un nuevo instrumento el cual considere las características biopsicosociales del universo inmerso en la drogadicción, más aún, si se desea medir el grado de funcionalidad familiar para que se puedan obtener resultados fiables de lo que se quiere medir. Se debe tener en cuenta que el APGAR familiar resulta cómodo para los investigadores, debido a su fácil comprensión, expedita tabulación y graficación, además de ser autoadministrado. Se invita a tener en cuenta estas características, ya que resultan ser beneficiosas a la hora de confeccionar un instrumento.

Para el profesional enfermera se recomienda a la luz de estos resultados, desarrollar talleres y actividades grupales que apoyen a los padres y madres en su tarea de crianza, considerando los componentes que contemplan el funcionamiento familiar: afecto, adaptabilidad, comunicación, resolución de problemas, entre otros. Además la detección periódica de factores de riesgo y retrasos en el proceso de desarrollo, no sólo a nivel cognitivo y de desarrollo psicomotor, sino que también del desarrollo emocional. Esto puede asociarse con la atención oportuna de los adolescentes y con la realización de visitas domiciliarias del personal de salud a los hogares de niños y niñas que presenten factores de riesgo. El propósito por tanto, es atender las necesidades y apoyar el desarrollo en cada etapa de la primera infancia, promoviendo las condiciones básicas necesarias, en el entendido que el desarrollo infantil es multidimensional y, por tanto, simultáneamente influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales del niño y su entorno, situación que actualmente se está enfocando a través del programa Chile Crece Contigo, en donde el enfermero debería tener una gran presencia profesional.

### 5.3 RESUMEN

Estudio cuantitativo, descriptivo y trasversal que tiene como finalidad medir el grado de funcionalidad familiar percibido por adolescentes drogadictos sometidos a Programas de Tratamiento, Rehabilitación y Protección de Centros de la Quinta Región, Chile. Se utilizó como instrumento el APGAR familiar, herramienta validada y autoadministrada que mide adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución, componentes importantes de medir en la funcionalidad familiar. Los resultados de nuestro estudio demuestran que el grado de funcionalidad percibido es altamente funcional con un 46,48%, moderadamente funcional 32,39% y severamente disfuncional 21,13%, lo que nos refleja una satisfacción en general del sujeto respecto a su familia. Este resultado lleva en primera instancia a concluir, que no se demuestra con el instrumento APGAR familiar la funcionalidad familiar en poblaciones de adolescentes con problemas de drogadicción, siendo lo esperado que se distinga una disfuncionalidad familiar. Por lo tanto el instrumento utilizado no parece idóneo a aplicar en este tipo de población, como se ha venido haciendo en la actualidad.

#### 5.4 ABSTRACT

This quantitative descriptive and transversal study is done in order to present the familiar functionality perceived by the adolescent drug addicts admitted to Centres of Treatment, Rehabilitation and Protection Programs in the Fifth Region of Chile. It was used the APGAR instrument for validation and autoadministration to measure adaptation, participation, and gradient of growth, affection and resolution, all of which are important parts of measuring familiar functionality. The results of our study demonstrated that the grade of functionality is highly functional at 46.48%, moderately functional at 32.39% and severely disfuncional at 21.13%, this reflects a general satisfaction in regards to the subjects respective family. This result leads to a conclusion that the APGAR familiar does not demonstrate familiar functionality with the population of adolescents with drug addictions; we hoped that it would distinguish a familiar disfuncional. Therefore currently this instrument does not appear to be suitable for this population.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) CONACE. Construyendo contextos preventivos en educación superior. Santiago, Chile, Andros, 2008. pp 32 – 39.
- (2) MARRINER, Ann. T. y RAILE, Martha. A. Modelo y teorías en enfermería. 5° ed. Madrid, España, Elsevier, 2005. p 101.
- (3) CONACE. Todo sobre drogas; ¿De qué hablamos cuando hablamos de drogas? [en línea] Santiago, Chile. < [http://www.conace.cl/inicio/todo\\_deque\\_habla.php](http://www.conace.cl/inicio/todo_deque_habla.php)> [consulta: 08 noviembre 2008].
- (4) FLORENZANO, Ramón y Otros. Alcoholismo y farmacodependencias juveniles en Chile. Santiago, Chile, Corporación de Promoción Universitaria, 1999. pp. 74-97.
- (5) CONACE. Ministerio del interior. Gobierno de Chile; por un chile solidario y sin drogas.
- (6) CHACÓN, Mónica. Consumo de drogas en los jóvenes. Biblioteca del consejo nacional de chile departamento de estudios, extensión y publicaciones [en línea] Santiago, Chile. < [http://www.bcn.cl/bibliodigital/pbcn/informes/estudios\\_pdf\\_informes/nro131.pdf](http://www.bcn.cl/bibliodigital/pbcn/informes/estudios_pdf_informes/nro131.pdf)> [consulta: 06 abril 2009].
- (7) ¿QUE ES DROGADICCION?; [en línea] <<http://www.aciprensa.com/drogas/drogadiccion.htm>> [consulta: 30 de marzo del 2009].

- (8) CONACE. Conceptos generales [en línea] Santiago, Chile. < [http://www.conacedrogas.cl/inicio/todo\\_concep\\_generales.php](http://www.conacedrogas.cl/inicio/todo_concep_generales.php) > [consulta: 06 noviembre 2009].
- (9) CONACE. Patrones de consumo [en línea] Santiago, Chile. < [http://www.conacedrogas.cl/inicio/todo\\_pat\\_comporta.php](http://www.conacedrogas.cl/inicio/todo_pat_comporta.php) > [consulta: 06 noviembre 2009].
- (10) ONU. Reporte Mundial de Drogas 2006 Oficina de Las Naciones Unidas Contra Las Drogas y El Delito [en línea] < <http://www.seguridadydemocracia.org/docs/pdf/externos/reportemundialONU.pdf> > [consulta: 30 marzo 2009].
- (11) BIBLIOTÉCA DEL CONGRESO NACIONAL. Consumo de drogas en los jóvenes [en línea] Santiago, Chile. < [http://www.bcn.cl/bibliodigital/pbcn/informes/estudios\\_pdf\\_informes/nro131.pdf](http://www.bcn.cl/bibliodigital/pbcn/informes/estudios_pdf_informes/nro131.pdf) > [consulta: 30 marzo 2009].
- (12) CONACE. Séptimo estudio nacional de drogas en población escolar de Chile, 2007 8° básico a 4° medio [en línea] Santiago, Chile. < [http://www.conace.cl/inicio/pdf/informe\\_ejecutivo\\_Estudio\\_Escolares\\_Conace2007\\_16-06-2008.pdf](http://www.conace.cl/inicio/pdf/informe_ejecutivo_Estudio_Escolares_Conace2007_16-06-2008.pdf) > [consulta: 30 marzo 2009].
- (13) ESTRELLA, Eva. Introducción al estudio de la dinámica familiar [en línea] Lima, Perú. < <http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9B-PG38-CADEC%20Dinam%20Familiar2A.pmd.pdf> > [consulta: 13 noviembre 2008].
- (14) FLORENZANO, Ramón. Familia y salud de los jóvenes. Santiago, Chile, Universidad Católica, 1994. p. 16, 20, 59.

- (15) RAMOS, Enrique. Enfermería comunitaria: métodos y técnicas. Madrid, España, DAE, 2002. pp. 58 – 59.
- (16) HALL, Joanne S. y REDDING, Barbara J. Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas. Washington, EEUU, Organización panamericana de la salud, 1990. p. 465.
- (17) OYARZÚN, Eleana. Estructura y dinámica familiar [en línea] Santiago, Chile. <  
[https://www.ucursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material\\_docente/previsualizar?id\\_material=182948](https://www.ucursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material_docente/previsualizar?id_material=182948) > [consulta: 08 mayo 2009].
- (18) OYARZÚN, Eleana. Estructura y dinámica familiar [en línea] Santiago, Chile. <  
[quick://http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2007/medicina/Estructura%20y%20dinamica%20familiar.pdf](http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2007/medicina/Estructura%20y%20dinamica%20familiar.pdf) > [consulta: 13 noviembre 2008].
- (19) LAROCCA, Félix. Familia funcional y la familia disfuncional [en línea] Santiago de los Caballeros, República Dominicana <  
<http://www.monografias.com/trabajos48/familia-disfuncional/familia-disfuncional2.shtml> > [consulta: 08 mayo 2009].
- (20) ARANCIBIA, Jacqueline y otros. Actitud de la familia en el consumo de tabaco, alcohol y marihuana y su relación con factores intrafamiliares en centros de salud familiar. Tesis (pregrado de Enfermería). Valparaíso, Chile, Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, 2004. p. 34.

- (21) FLORENZANO, Ramón. y VALDÉS, Macarena. El adolescente y sus conductas de riesgo. Santiago, Chile, Universidad católica, 2005. p. 30, 32, 105, 106, 125.
- (22) MENA, María. y otros. Ingestión de alcohol en los padres y su relación con el coeficiente intelectual de sus hijos. Santiago, Chile. Revista Médica de Chile, 1999. pp. 98 – 105.
- (23) GUBBINS, Verónica y Otros. Cuánto y cómo cambiamos los chilenos, Familia: Innovaciones y desafíos. Santiago, Chile, Comisión bicentenario publicaciones, 2002. p. 193-208.
- (24) JIMÉNEZ, Teresa. El rol del funcionamiento familiar y del apoyo social en el consumo de sustancias de los adolescentes. Valencia, España, Universidad de Valencia. 2007. pp. 370 -380.
- (25) ZALDÍVAR, Dionisio. Funcionamiento familiar saludable [en línea] La Habana, Cuba < [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento\\_familiar.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf) > [consulta: 20 noviembre 2009].
- (26) PÉREZ, Alejandro y otros. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. Jaén, España, 2007. pp. 61 – 65.
- (27) RODRÍGUEZ, André y otros. ¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa «libre de drogas» en prisión? [en línea] Granada, España < <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v5n1/04.pdf>> [consulta: 15 de noviembre del 2009].

- (28) POBLETE, Fernando, ROMERO, María Inés, ZUBAREW, Tamara. Adolescencia: promoción, prevención y atención de salud. Santiago, Chile, Universidad Católica de Chile, 2003. pp. 35-38, 59-68.
- (29) MADDALENO, Matilde y otros. La salud del adolescente y del joven. Washington D. C., EEUU, Publicación científica N° 552, 1995. p. 98, 218.
- (30) REES, Reginald y VALENZUELA, Alejandra. Características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y/o marihuana. [en línea] Santiago, Chile. <  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272003000300002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000300002&lng=es&nrm=iso) > [consulta: 07 Mayo 2009].
- (31) SANTANDER, Sylvia y otros. Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. [en línea] Santiago, Chile. <  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008000300006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300006&lng=es&nrm=iso) > [consulta: 06 Mayo 2009].

#### BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

BELAR, Ascensión y FERRER, María. Ciclo de la vida: una visión sistémica de la familia. Sevilla. España, Descleé de Brouwer, 2008.

CABRERA, Juan Luis y otros. Prevalencia, rasgos de personalidad y microambiente en adolescentes consumidores de cannabis. Las Palmas de Mayorca, España, Elsevier, 2006.

CONACE. Manual de prevención del consumo de drogas en el mundo laboral 2002. Chile, 2002.

ELSNER, Paulina y otros. La familia: una aventura. Santiago, Chile, Universidad Católica de Chile, 2006.

ERCILLA, Betty. “Características del consumo de drogas y su asociación con factores externos, en escolares de 8° básico, Valdivia 2004”. Valdivia, Chile, Universidad Austral de Chile, 2004.

FERNANDEZ, Beato. Factores de Riesgo y protección y el uso de tóxicos en adolescentes. Ciudad Real, España, Actas españolas, 2005.

FLORENZANO, Ramón y otros. Estudio Comparativo del rol de la socialización familiar y factores de personalidad en las farmacodependencias juveniles. Santiago, Chile, Revista Chilena de Pediatría, 2001.

KELLOG. W. Desarrollo de recursos humanos en el marco del proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes o jóvenes en América latina y el Caribe; Programa de desarrollo de recursos humanos. Washington DC, EEUU, Organización panamericana de la Salud, 2000.

PÉREZ, Milena y otros. Alcohol en adolescentes: Estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y sociofamiliares. Andalucía, España, Medicina de familia vol.6, 2005.

PROGRAMA CONO SUR-CHILE. Un Angulo diferente: Para pensar y actuar en el campo de las drogas ilícitas. Santiago de Chile, diciembre 1999. pp. 39-41.

RIGOL, Apssunta y UGALDE, Mercedes. Enfermería de salud mental y psiquiátrica; Necesidades fundamentales significativas en salud mental. Barcelona, España, Masson, 2001. pp 49-52.

SANCHEZ, Daniel y otros. Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior. Michoacán, México, Elsevier, 2002.

SANZ, Mireia y otros. El conflicto parental y el consumo de drogas en los hijos y las hijas. Euskadi, España, AEFFA, 2004.

SOUCRE, Natalia y otros. Entorno Familiar y el inicio de la drogadicción en el adolescente [en línea] Chile <[www.medic.ula.ve/cip/docs/resumen\\_jornadas/resumen\\_1.pdf](http://www.medic.ula.ve/cip/docs/resumen_jornadas/resumen_1.pdf) > [consultado: 02 de julio de 2009].

VALENZUELA, Eduardo. Padres involucrados y el uso de drogas: un análisis empírico. Santiago, Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2003.

VALLEJO, Julio. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona, España, Elsevier, 2006. pp. 615-639.

ZUÑIGA, Carolina. “Algunos factores asociados a hábitos de vida no saludables en adolescentes de Enseñanza media. Valdivia-Chile 2004”. Valdivia, Chile, Universidad Austral de Chile, Escuela de Enfermería, 2004.

## ANEXOS

APGAR familiar

Consentimiento Informado



ANEXO N°1

Universidad de Valparaíso  
Escuela de Enfermería y Obstetricia

Fecha: / /

APGAR FAMILIAR

Este instrumento tiene como finalidad; detectar el grado de funcionalidad familiar, mediante la clasificación de cada una de éstas 5 preguntas las cuales miden los siguientes componentes: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutiva.

Instrucciones: Responder cada pregunta en solamente un casillero. Si se desea cambiar de opción marcar con una cruz y trazar otra línea. Todo esto como se indica a continuación.

Pregunta:	Casi siempre	A veces	Casi nunca
¿Ejemplo de pregunta?			

**Antecedentes generales:**

Edad :  
Sexo :  
Escolaridad :  
Composición de tu grupo familiar :

<b>Preguntas</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi nunca</b>
¿Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta?			
¿Yo estoy satisfecho de la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo?			

¿Yo estoy satisfecho de la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o metas?			
¿Yo estoy satisfecho del modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como: tristeza, rabia, amor?			
¿Yo estoy satisfecho en la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo, el espacio y el dinero?			
<b>TOTAL</b>			

- Muchas gracias por participar en este estudio, donde los resultados serán anónimos y confidenciales -

## ANEXO N°2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a participante:

Los estudiantes de 4° año de la carrera de Enfermería: Laura Carvajal, Gisella Dauros, Paulina Herrera, Valeria Ibaceta, Lía Urrutia, Rodrigo Vergara y Raúl Vicuña; y la Sra. Liliana Basso, docente de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Valparaíso, tienen a bien solicitar su colaboración en la investigación que es parte de los requisitos del pregrado para obtener el grado de licenciado en enfermería, cuyo título es “grado de satisfacción de la funcionalidad familiar del adolescente entre 12 a 18 años”.

El objetivo del estudio es investigar el grado de satisfacción de la función familiar en relación a las siguientes áreas: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.

El estudio consiste en contestar individualmente un cuestionario anónimo de 5 preguntas (Apgar familiar) lo que le tomará aproximadamente 10-15 minutos.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los mencionados anteriormente. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas, usando un número de identificación lo que no permitirá individualizarlas.

El participar en el estudio no conlleva ninguna obligación contractual, puede ser interrumpido si así lo desea, y no podrá ser usado para una evaluación del participante ni para otorgar o negar prestaciones en salud.

Los beneficios derivados de la investigación pueden significar un potencial aporte a la disciplina de Enfermería, específicamente a la Gestión del Cuidado en el adolescente y contribuye a generar instancias de abordaje al problema del consumo de drogas a nivel familiar.

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio, puede comunicarse con los investigadores en la Escuela de Enfermería y obstetricia de la Universidad de Valparaíso, ubicada en: Blas Cuevas 1028, Valparaíso. Número telefónico: 2507403.

Desde ya agradecemos su participación.

---

Consentimiento

He leído y entendido la información adscrita arriba.

Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de “Grado de satisfacción de la funcionalidad familiar del adolescente entre 12 a 18 años”.

---

Nombre del participante

firma del participante

fecha