

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA



TESIS:

**TIPOS DE FAMILIA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN LOS
RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA NUEVO
AMANECER DEL DISTRITO DE SAN JERÓNIMO
CUSCO 2016**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA HUMANA**

AUTOR:

YENI MAYHUA MAYTA

CUSCO- PERÚ

2016

DEDICATORIA

A mi Poder Superior, Por infundirme Amor y Esperanza, por guiarme en la vida y darme todo lo que necesito. A mis padres, Leoncio y Juanita, que me enseñaron constancia, dedicación y esfuerzo. Por su apoyo, consejos y por su ejemplo de vida. A mis hermanas Rosa y Mayelin Por bríndame ánimo y aliento En el camino De mi formación Profesional. A todos aquellos que padecen La enfermedad de la adicción Y hacen sendos esfuerzos para rehabilitarse

.

Yeni Mayhua Mayta

AGRADECIMIENTO

Culminar el presente trabajo de investigación, significa el logro de una meta importante y el afianzamiento de mi crecimiento personal, lo cual no hubiera sido posible sin la contribución y el apoyo de numerosas personas, a quienes mencionare en señal de agradecimiento. A mi Asesor el Ps. David Concha Romaña por su interés, aliento y asesoría constantes., a la Ps. Indira Lajo por su valiosa colaboración en la ejecución del trabajo de tesis, a la Dra. Rosa Marmanillo, por las oportunidades, facilidades y las sugerencias en la realización del trabajo de investigación, al Dr. Carlos Alberto Virto Concha por su orientación, asistencia, apoyo y ejemplo de profesionalismo y dedicación al estudio y tratamiento de los pacientes adictos, al Dr. Edgar Yarahuaman Luna, por su contribución sapiente y apoyo desinteresado, al Director Juan Carlos Aguilar Walstrhon y personal de la Casa Hogar Nuevo Amanecer por brindarme las facilidades en la recolección de datos, a Idania mi gran amiga por compartir momentos significativos y ser un estímulo de superación, humildad y disciplina.

Yeni Mayhua Mayta

RESUMEN

La investigación es de tipo descriptivo- correlacional, tiene como objetivo, determinar la relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento, se trabajó con la totalidad de la población de pacientes adictos a diversas sustancias psicoactivas, residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer del distrito de San Jerónimo en Cusco. Para el estudio se utilizaron: el Cuestionario de estilos de afrontamiento COPE y el Cuestionario de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF) de Olson Faces II. Obteniendo como resultado, que hay un mayor predominio del consumo de alcohol y marihuana entre los residentes, que en su totalidad son de sexo masculino. Los tipos de familia más predominantes en los residentes de la comunidad terapéutica, son: Las estructuralmente separadas, estructuralmente desvinculadas, rígidamente desvinculadas; las dos primeras son viablemente funcionales, mientras que la última es extremadamente disfuncional, la comunicación familiar de los residentes es enferma.

Los estilos de afrontamiento centrados en el problema son los más utilizados por los residentes, y se correlacionan de forma significativa con la cohesión y adaptabilidad familiar. La correlación es muy significativa entre la comunicación y adaptabilidad familiar, es decir: a mayor comunicación familiar, mayor adaptabilidad familiar y a menor comunicación menor adaptabilidad familiar.

Palabras Claves; Familia. Adicción, Estilos de afrontamiento

ABSTRAC

The research is descriptive - correlational, it has aim, determine the relationship between the types of family and coping styles, they worked with the entire population of patients addicted to various substances psychoactive, residents of the therapeutic community new dawn of the District of San Jerónimo in Cusco. They were used for the study: the COPE coping styles questionnaire and the questionnaire (CAF) Olson Faces II family adaptability and cohesion. With the result, that there is a greater prevalence of the consumption of alcohol, and marijuana among the residents, which in its entirety are male. The most predominant types of family in the therapeutic community residents, are: structurally separate, structurally unrelated, rigidly unrelated; the two first are viablemente functional, while the last is extremely dysfunctional, the communications family of them resident.

Problem-focused coping styles are the most commonly used by residents, and correlate significantly with family adaptability and cohesion. The correlation is significant between communication and family adaptability is: to better family communication, greater adaptability to lower communication under family adaptability and family.

Keywords; Family. Addiction, coping styles

INDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	iii
ABSTRAC.....	iv
INDICE.....	v
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS.....	viii
INTRODUCCION.....	x

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	1
1.2 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3.1 Problema General.....	6
1.3.2 Problemas Secundarios.....	6
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.4.1 Objetivo General.....	6
1.4.2 Objetivos específicos.....	7
1.5 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION.....	7
1.6 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	8

CAPITULO II

MARCO TEORICO	10
2.1 INVESTIGACIONES PREVIAS.....	10

2.2	BASES TEÓRICAS.....	15
2.2.1	LA FAMILIA.....	15
2.2.1.1	Modelo Circumplejo de Sistema Familiar de Olson.....	17
2.2.1.1.1	El Modelo Circumplejo de Olson.....	17
2.2.1.1.2	El Funcionamiento Familiar en el Modelo Circumplejo de Olson, Russell y Sprenkle...	18
2.2.1.1.3	Dimensiones del modelo cirumplejo de Olson.....	19
2.2.2	ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ADICTOS.....	26
2.2.2.1	El estrés en los adictos.....	26
2.2.2.2	Estilos de afrontamiento.....	26
2.2.2.3	Tipos de estilos de afrontamiento.....	28
2.2.3	LA ADICCIÓN.....	31
2.2.3.1	El comportamiento del adicto.....	33
2.2.3.2	Dependencias ocasionadas por el consumo de drogas...	34
2.2.3.3	El tratamiento del adicto en las comunidades terapéuticas.....	36
2.3	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	38

CAPITULO III

	METODOLOGIA.....	41
3.1	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
3.2	POBLACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
3.3	VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	44
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48

3-5	PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	55
-----	---	----

CAPITULO IV

RESULTADOS.....	56
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	79
CONCLUSIONES.....	83
SUGERENCIAS.....	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS	

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA N° 1	Tipos de familia de acuerdo a su cohesión en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer.....	57
TABLA N° 2	Tipos de familia según su adaptabilidad en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer.....	60
TABLA N° 3	Comunicación familiar en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer.....	63
TABLA N° 4	Tipos de familia predominantes según el Modelo Circumplejo de Olson.....	65
TABLA N° 5	Frecuencia del afrontamiento en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer.....	69
TABLA N° 6	Estilos de afrontamiento utilizados por los residentes de la comunidad terapéutica nuevo amanecer.....	71
TABLA N° 7	Correlaciones de “ r ” Pearson para las variables tipos de familia y estilos de afrontamiento.....	74
TABLA N° 8	Correlación entre comunicación familiar y tipo de familia según su adaptabilidad.....	77

GRAFICO N° 1	Tipos de familia según su cohesión en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer.....	58
GRAFICO N° 2	Tipo de familia según su adaptabilidad en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer.....	61
GRAFICO N° 3	Tipo de comunicación Familiar de los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer.....	64
GRAFICO N° 4	Familias predominantes según modelo Circumplejo de Olson.	66
GRAFICO N° 5	Frecuencia del afrontamiento en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer.	70
GRAFICO N° 6	Estilos de afrontamiento utilizados por los residentes del centro de rehabilitación Nuevo Amanecer.....	72

ILUSTRACIONES

ILUSTRACION 1	Familias predominantes según el Modelo Circumplejo de Olson.....	67
---------------	--	----

INTRODUCCION

La adicción es un problema de salud pública, que afecta a muchos individuos y familias, los adictos provienen generalmente de familias donde la comunicación es defectuosa, los roles familiares no son bien conocidos, no hay límites claros, por tanto el drogadicto es un síntoma de que el sistema familiar está enfermo, los drogodependientes en un principio sienten placer o bienestar al consumir la sustancia, es una forma de huir de sus conflictos personales, pero tiempo después se encuentran inmersos en el infierno de la adicción.

El presente trabajo de investigación tiene como propósito central establecer la relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento de los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer, por lo tanto es importante conocer la parentela que rodea al adicto, de donde proviene, con que recursos cognitivos y afectivos cuenta, para luego evaluar las estrategias de afrontamiento del adicto frente a situaciones estresantes. Se aplicaron dos instrumentos el Cuestionario de estilos de afrontamiento COPE y el Cuestionario de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF) de Olson Faces II, al total de la población de residentes presentes en el momento del estudio,

En esta investigación se busca establecer la siguiente conjetura: existe relación entre los tipos de familias y los estilos de afrontamiento en los adictos, residentes de la comunidad terapéutica, conocer esta proposición nos permitirá abordar psicoterapéuticamente a los adictos y su familia. El contenido de la presente investigación es el siguiente

En el CAPÍTULO I. Se describe la realidad problemática, de las familias, la adicción a diversas sustancias psicoactivas y las limitaciones en el tratamiento de esta

enfermedad, luego se desarrolla las delimitaciones de la investigación en las áreas temporal, espacial y social, seguidamente se plantea el problema principal de investigación. ¿Existe relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer?, y los problemas secundarios: cuales son los tipos de familia de los residentes, que estilos de afrontamiento utilizan los residentes y cuáles son las relaciones significativas: entre tipos de familia y estilos de afrontamiento. También se formulan los objetivos de la investigación. Como determinar la relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento de los residentes de la comunidad terapéutica y la justificación del trabajo de investigación en el aspecto teórico, para tener un sustento racional que nos permitirá hacer una investigación descriptiva; en lo social y exponer el para qué del estudio.

En el CAPÍTULO II. Se desarrollan las investigaciones previas, a nivel internacional, nacional y local. En el siguiente apéndice se desarrollaron las bases teóricas, sobre la familia, el modelo circumplejo de Olson, la adicción y la conducta adictiva, el estrés y los estilos de afrontamiento ante el estrés. Por último se realizó la definición de términos de los temas antes mencionados.

En el CAPITULO III. Se desarrolló la parte metodológica, este estudio es descriptivo, correlacional, al tratar de explicar la relación entre las variables tipos de familia y estilos de afrontamiento, seguidamente se describe la población y las consideraciones éticas. Para este trabajo se utilizaron las técnicas de observación, y entrevista. Así también los instrumentos utilizados para la presente investigación fueron validados por juicio de expertos, y por último se describe el plan de recolección y procesamiento de datos.

El CAPITULO IV: Se describen los resultados de los instrumentos utilizados, el análisis y discusión de los resultados y se puede apreciar los cuadros de correlaciones de Pearson.

Por último se considera la bibliografía utilizada para el presente estudio y los respectivos anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En la sociedad actual todos los seres humanos pertenecemos a una familia, y es en este ambiente que nacemos, crecemos, desarrollamos nuestros valores y virtudes, la Declaración Universal de Los Derechos Humanos reconoce que (2008, pág. 16) *“La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”*, este ambiente promoverá en el individuo su desarrollo, socialización, individualización y resolución de conflictos, si los integrantes de esta parentela desconocen, contradicen o desobedecen sus roles, deberes y derechos, la dinámica familiar se torna disfuncional, y es cuando aparecen los conflictos internos que desencadenan en varios problemas entre ellos el comportamiento disocial, opositor y desafiante de los hijos, particularmente de los adolescentes.

Son diversos los factores que hacen del adolescente propenso a la adicción entre estos se encuentran, la influencia negativa de los compañeros y adultos, la falta en la toma de decisiones, vulnerabilidad familiar, carencias afectivas y las creencias que justifican el consumo, como es en el caso de la marihuana, al respecto la

Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el delito , UNODC (2013, pág. 7) refiere que *“el consumo de marihuana suele ser percibido por los adolescentes y jóvenes no solamente como inocuo para la salud, sino incluso con propiedades curativas”*. Así también el informe mundial sobre las Drogas dado por el Centro de Información de las Naciones Unidas (CINU, 2016) señala que *el número de adultos adictos a las drogas aumentó, en estos últimos 6 años de 27 a 29 millones, y que el 5% de la población mundial entre 15 y 64 años, cerca de 250 millones de personas consumieron algún tipo de sustancia estupefaciente al menos una vez en el 2014.*

El adicto como tal no se desarrolla de forma súbita, sino más bien es un proceso sucesivo e imperceptible, hasta tornarse crónico, por lo cual la adicción es una enfermedad progresiva muy compleja que llega a envolver las esferas cognitivas, afectivas y fisiológicas que crea necesidades difíciles de comprender y de satisfacer, de tal manera que las personas que están en el camino del consumo creciente acompañado del ocio, de la falta de responsabilidad y poder, irán deteriorando su organismo, su voluntad y tendrán problemas sociales y familiares cada vez más graves. *“los individuos buscaran el placer y la tranquilidad que les genera la sustancia creyendo estar en el cielo teniendo experiencias excepcionales que para el son como entrar al paraíso, al cielo y al nirvana*“(Laurenco, 2011), de tal manera que sin quererlo y sin pensarlo irán desarrollando la enfermedad de la adicción

En el Perú según el informe de CEDRO realizado el año 2013 refiere que la prevalencia de vida de drogas sociales e ilegales es de, 82.1 % respecto al consumo de alcohol, al de la marihuana 7.5%, al del pbc 2.9 % y al de la cocaína 2.4%. (2013, pág. 14) De esta manera se entiende que existe una alta prevalencia

respecto al consumo de alcohol, y es que en nuestro país a diario escuchamos de accidentes de tránsito, que según las investigaciones fueron cometidos en estado etílico, también se divulgan noticias sobre asaltos, asesinatos, robos, actos de violencia perpetrados bajo los efectos de diversas sustancias psicoactivas, convirtiéndose esto en un problema de salud pública, por lo cual, cuando las personas ya están inmersas en el mundo de las drogas es necesaria su pronta rehabilitación, ya que no existe cura para esta enfermedad, por ende la asistencia a diversos centros dedicados a la rehabilitación del drogadicto se hará necesario, sin embargo el tratamiento de las drogodependencias resulta siendo muy costoso en nuestro país y por otro lado las políticas de salud pública a través de la estrategia sanitaria de salud mental resulta insuficiente para tamaña población de adictos. En nuestro país según un informe publicado por el diario el Comercio *Se estima que solo hay un local autorizado en Lima y tres en todo el Perú, pero el total de los centros de rehabilitación es de 400 y que de estos 300 están en Lima* (García, 2016, pág. 26). Otro problema es que muchas de las comunidades terapéuticas en nuestro país no cuentan con profesionales idóneos y los que dirigen estos centros son ex adictos que tienen las mejores intenciones de trabajar por el bienestar de otros adictos pero carecen de competencias profesionales, así también muchos de estos centros no cuentan con especialistas, otro punto a resaltar es que el ingreso a estos centros debiera ser voluntario, sin embargo la gran mayoría de los adictos no reconoce su enfermedad, es así que muchas veces son internados por los familiares sin el consentimiento del paciente, por tanto esta situación crea resistencia en el tratamiento del adicto.

La ciudad del Cusco no es ajena a la problemática de la adicción, ya que según los informes de CEDRO y DEVIDA (Benavente, 2015) el *“Cusco ocupa el primer lugar*

en el consumo de marihuana y el tercero en el consumo de drogas ilegales”, los factores que promueven esta lamentable estadística son que el Cusco es una ciudad turística, en el que se ejerce la microcomercialización de drogas, las frecuentes festividades tradicionales, que invitan al consumo masivo de alcohol, la problemática del cultivo de marihuana que puede realizarse en varios lugares de la región, frente a este problema social, existen algunos centros para el tratamiento de pacientes adictos, como el hospital psiquiátrico San Juan Pablo II que tiene una área clínica (grupo C) dirigida al tratamiento de drogodependencias, otro centro es el de Nuevo Amanecer en el distrito de San Jerónimo-Cusco acreditado por la DIRESA, este último cuenta con un local y área dirigido al tratamiento de adicciones.

Un problema observado, es la falta conocimiento sobre la enfermedad de la adicción, muchos familiares están convencidos de que se trata de un vicio, que los únicos enfermos son los alcohólicos o drogadictos, además creen que al internar a sus adictos en un centro de rehabilitación es obligación de la institución, curar a su adicto y entregar a sus familiares un hombre nuevo, responsable, hogareño; de esta manera la familia escapa de su responsabilidad de ser soporte terapéutico del paciente, muchas familias utilizan diversos mecanismos de afrontamiento, asisten a religiones creyendo que Dios cambiará a su adicto, otros ignoran la gravedad del problema pensando que “su adicto” terminará dejando este vicio, otros niegan el problema y se suben al carrusel de la negación de la enfermedad llamada adicción, agudizando alarmantemente su dependencia por lo tanto ante esta problemática nos realizamos la siguiente pregunta.

¿Existe relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer del distrito de San Jerónimo-Cusco?

1.2. DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación Temporal

La presente investigación se realizó desde el mes de Abril hasta el mes de Agosto del 2016.

1.2.2 Delimitación Espacial

La presente investigación se realizó en la comunidad Terapéutica Nuevo Amanecer del distrito de San Jerónimo – Cusco, porque es el único centro autorizado para el tratamiento de adicciones en el Cusco, calificado por la dirección regional de Salud-Cusco.

1.2.3 Delimitación social

La población de estudio está conformada solo por los adictos, residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer, de diferentes grados de instrucción y de distintos estratos sociales y culturales.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema General

¿Existe relación entre los tipos de familia y estilos de afrontamiento de los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer del distrito de San Jerónimo de la región Cusco?

1.3.2 Problemas Secundarios

1.3.2.1 ¿Cuáles son los tipos de familia predominantes en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer?

1.3.2.2 ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento utilizados por los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer?

1.3.2.3 ¿Cuáles son las relaciones significativas entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento de los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

1.4.1.1 Determinar la relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento de los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer del distrito de San Jerónimo de la región Cusco.

1.4.2 Objetivos Específicos

- 1.4.2.1 Identificar los tipos de familia predominantes de los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer
- 1.4.2.2 Describir cuáles son los estilos de afrontamiento utilizados por los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer
- 1.4.2.3 Determinar cuáles son las relaciones significativas entre los tipos de familia y estilos de afrontamiento en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer.

1.5 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION.

1.5.1 Hipótesis Alternativa (H_1)

Existe relación entre tipos de familias y estilos de afrontamiento en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer del distrito de San Jerónimo de la Ciudad del Cusco.

1.5.2 Hipótesis Nula (H_0)

No existe relación entre tipos de familias y estilos de afrontamiento en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer del distrito de San Jerónimo de la Ciudad del Cusco.

1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación tiene tres fundamentos; teórico, técnico y práctico,

Teórica:

Conocer el tipo de familia del que provienen un adicto nos permite conocer como es la funcionalidad y dinámica parental así también de que estrategias se valen para enfrentar la problemática de la adicción, de esta manera se pueden proporcionar nuevos conocimientos acorde a la realidad del individuo, que permitirán a las familias ayudar con responsabilidad en el proceso de rehabilitación del adicto. Muchas veces se ha podido observar que los individuos dependientes a sustancias al ser dados de alta en hospitales y centros de rehabilitación, al retornar al hogar los parientes persisten en su comportamiento disfuncional facilitando la conducta adictiva, por lo tanto es necesario que la familia comprenda, conozca y se involucre tanto en el tratamiento como en la recuperación del proceso adictivo, de esta manera la familia tendrá el papel de soporte terapéutico.

Técnica:

En toda investigación se deben tener en cuenta la importancia de un proceso metodológico, por lo cual la observación de los pacientes adictos es importante para la aplicación de la ficha de información que permite conocer sus características generales como edad, grado de instrucción, estado civil, y la aplicación de los instrumentos (COPE y CAF faces II) ayuda a comprender los vínculos emocionales, comunicación, estructura y dinámica familiar, que existen entre los integrantes de una familia y los estilos de afrontamiento usados ante el estrés.

Social:

El problema del consumo de drogas, se va agudizando cada día más, esta realidad, está llevando a nuestro país a un aumento de la violencia social, por lo cual es necesario la implementación de políticas de salud mental, el presente trabajo proporcionara una alternativa de solución ya que nos ayudara a entender la estructura, dinámica familiar y los estilos de afrontamiento del adicto, nos permitirá evaluar la capacidad de un sistema familiar de cambiar sus vínculos afectivos, su comunicación y su adaptación y que cambios se deberían realizar para adecuarse a un nivel de afrontamiento que ayude a la recuperación del adicto.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. INVESTIGACIONES PREVIAS

2.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL

En la tesis realizada por Josmary Andreina Brazón Athanasopulos e Israelí Afaradí De Figueredo Martínez de la universidad Rafael Urdaneta-Maracaibo Venezuela 2012, estudio realizado para obtener la licenciatura en psicología. Intitulado “perfil de estrés en pacientes adultos drogodependientes” teniendo como objetivo general: Determinar el perfil de estrés en pacientes drogodependientes. Llego a las siguientes conclusiones:

1.-Al describir el Perfil de Estrés en pacientes drogodependientes se obtuvo que los mismos se presentan con un moderado nivel de estrés en cuanto a la salud, trabajo, finanzas personales, familia, obligaciones sociales y preocupaciones ambientales y mundiales; no practicaban conductas orientadas al mantenimiento de la salud de manera regular; sienten que hay personas con las que pueden contar en todo momento para obtener apoyo emocional, consejo, información, amor incondicional y ayuda, además que se sienten satisfechos con dicho apoyo.

2.- En cuanto a valoración positiva y negativa de las situaciones estos sujetos tienden a valorar las situaciones de manera negativa en su mayoría, utilizan como estrategias de afrontamiento minimización de la amenaza así como concentrarse en el problema.

Otro estudio realizado por Jorge Enriquecelis Murillo, durante los meses de Mayo del 2011 a Febrero del 2012, titulado La Función familiar en Consumidores de Heroína consultantes a centros de atención en drogadicción en Pereira -Cartago 2011-2012, cuya población estuvo constituida por 97 pacientes de ambos sexos, Consultantes a centros de Atención en Drogadicción realizado en Pereyra-Cartago- Colombia. Investigación realizada teniendo como uno de los objetivos describir la tipología familiar, de aquellos pacientes con consumo de heroína y determinar según el modelo Circumplejo de Olson la percepción de la funcionalidad familiar de los pacientes consumidores de heroína. Al concluir el trabajo se llegó a los siguientes resultados.

Primero Del 48% al 53% de los participantes clasificaron la percepción de la funcionalidad de las familias en el rango extremo que para el modelo utilizado coincide con uno de tipo disfuncional.

Segundo. Del 74 % al 76% definieron la cohesión de sus familias en los rangos extremos, entre los que predominaban las de tipo desligado, que se caracteriza por la presencia de límites rígidos entre los sub sistemas familiares, gran autonomía individual, coalición débil, separación física y emocional entre los miembros, primacía de las decisiones individuales y ausencia de identidad familiar.

Tercero: un poco más de la mitad de los sujetos describieron que la adaptabilidad de su sistema familiar era rígida.

2.1.2 A NIVEL NACIONAL

Nuestro país al ser una nación pluricultural las familias desarrollan diferentes tipos de estilos de afrontamiento, pero la globalización ha influido en el desarrollo de diferentes estrategias de afrontamiento en las familias peruanas.

El estudio realizado por Gutiérrez y colaboradores de la Universidad mayor de san Marcos titulado “La familia en la prevención de la adicción de sustancias psicoactivas” realizado en la población escolar de Lima y Callao, publicado por la revista los Anales de Medicina de la UNMSM en el año 2010. En dicho trabajo se señala que existen factores correspondientes a los familiares que influyen como factores protectores encuentran que cuando hay un mayor involucramiento de los familiares en las actividades de los hijos resulta menor la prevalencia de consumo de drogas: llegando a los siguientes resultados:

Primera: Los pacientes adictos a sustancias psicoactivas demoran en llegar a la atención médica por primera vez, con tiempo de consumo (TC) de 11,22 años, y que los familiares, conociendo del consumo del paciente, no buscaban atención médica, con tiempo sin atención médica (TSAM) hasta después de 4,69 años.

Segunda: El rol de la familia tiene mucha importancia en la prevención de la adicción a las sustancias psicoactivas. En primer lugar, a nivel de la prevención primaria, a través del forjamiento de conductas saludables y positivas dentro del entorno familiar, como las que han sido señaladas en el primer estudio, que básicamente se centran en un mayor contacto y comunicación entre padres e hijos; así como el conocimiento por parte de los padres acerca de las actividades que realizan sus hijos en su tiempo libre Sin embargo, una vez instalada la adicción,

entra a tallar la prevención secundaria, que busca un diagnóstico precoz y un tratamiento temprano de la enfermedad.

Tercera: Si bien la familia cobra un rol importante tanto en la prevención primaria como secundaria de las adicciones, se ha observado que en familias desestructuradas o disfuncionales es más frecuente la implantación de la adicción en algunos de sus miembros.

Otro estudio realizado por Alejandra B. Rodríguez Chacón en el año 2012 titulado: Afrontamiento y soporte social en un grupo de adictos de un hospital psiquiátrico de Lima, para optar el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica en la Pontífice Universidad Católica del Perú llegó a las siguientes conclusiones:

–En lo concerniente a afrontamiento, se encontró que el estilo más usado fue el enfocado a la emoción, seguido del enfocado al problema y finalmente el afrontamiento evitativo.

–En cuanto a las estrategias de mayor uso, los participantes identificaron reinterpretación positiva y crecimiento, acudir a la religión, búsqueda de soporte social instrumental y búsqueda de soporte social emocional. La estrategia menos usada fue negación.

–Se obtuvieron cuatro correlaciones significativas entre las estrategias y las funciones según la satisfacción con el soporte social. El uso de búsqueda de soporte social emocional se relacionó con la satisfacción con las redes de información positiva y asistencia. Del mismo modo, a mayor satisfacción con la red de interacción íntima, se hizo menos uso de la estrategia desentendimiento cognitivo

2.1.3 A NIVEL LOCAL

Nuestra ciudad del cusco considerado cuna de peruanidad y patrimonio cultural de la humanidad y capital arqueológica del Perú y del mundo también es escenario de diversos problemas de salud pública, uno de ellos es el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, pero es en la familia donde se desarrolla el consumo étílico es la parentela que propicia el consumo de bebidas alcohólicas y pone los primeros cimientos para la futura ingestión de diferentes drogas.

El estudio realizado por el Mgt. Ps. Edgard Fernando Pacheco Luza y Colaboradores en el año 2006 titulado diagnóstico local participativo del consumo de drogas en el distrito del Cusco – 2006, cuyo objetivo fue Valorar la problemática de las drogas en la localidad del Cusco tuvo los siguientes resultados:

- 1 La integración familiar es un aspecto muy importante en el consumo de sustancias, el 37% afirma que se debería desarrollar esta actividad con las familias. Sin embargo se puede observar desconocimiento y muy poca creatividad para proponer actividades a desarrollar, siendo estas las mismas que tradicionalmente se realizan.
- 2 Los problemas familiares (65,1%) son la principal causa de consumo. Las malas amistades (46,9%) son las causas de ámbito social. Si consideramos la imitación de amigos a las malas amistades es el 81,2% del total que se relaciona socialmente con las amistades
- 3 En los aspectos familiares la buena formación familiar (41,2%) y la ausencia de problemas familiares (35,3%) son los principales aspectos considerados para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, llama la atención que el tener una buena comunicación tenga tan solo el 23,5%,

puesto que esta es la raíz estructural y funcional de los otros aspectos de los problemas familiares.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 LA FAMILIA

Todos los seres humanos nacemos, crecemos y nos desarrollamos en un grupo humano llamada familia, estamos unidos por lazos sanguíneos, y/o afectivos, la familia es el grupo primario más relevante en la sociedad, porque es en la familia que el individuo recibe las pautas de socialización es el almacén educativo, afectivo y social de un sistema, llamado familia, en el que se enseña a cada miembro que es parte interdependiente de los demás familiares y que deberá adaptarse a los cambios y roles necesarios para el funcionamiento familiar, por lo cual para adaptarse, los miembros de la familia incorporan información, la analizan y toman sus propias decisiones de varias alternativas,

Toda familia posee una estructura, funcionalidad y dinámica”. La estructura familiar comienza con la unión de pareja, los conyugues que luego procrearan hijos, en quienes se sembraran los valores primordiales para las futuras estructuras familiares, esta estructura va depender de los espacios emocionales, el campo relacional y la autonomía en un principio de la pareja para después expandirse en los otros miembros, al respecto Minuchin (1985, pág. 25) refiere “*La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber apoyar la individualización al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia*”. Al tener la familia una estructura podrán compartir vínculos emocionales, intereses, se esforzaran para satisfacer sus necesidades y encaminarse a realizar cambios, distribuir las labores familiares, buscar el

crecimiento individual, habiendo en cada individuo integrante de la parentela la seguridad que se pertenece a una familia y a una sociedad.

Los integrantes de una familia, al interior de esta, tienen diferentes actividades, los padres serán los primeros en vigilar el desempeño de los hijos, los más pequeños aprenderán de los mayores, por tanto al referirnos a la funcionalidad familiar “*nos referimos a la posibilidad de establecer límites claros y permeables con reglas claras y flexibles*” (Valdez Cuervo, 2007, pág. 28) ya que las familias con límites bien establecidos tienen un funcionamiento familiar armónico entre sus integrantes, así también otra característica de las familias funcionales según Valdez et al. (2007, pág. 28) Es que “*establecen relaciones de cooperación con sus familias de origen y otros subsistemas como por ejemplo la escuela.*”

La familia es un sistema dinámico, no es estático, porque existe interacción entre sus miembros por tanto hay situaciones nuevas que exigirán cambios, para Gallegos (2012, págs. 326-340) la dinámica familiar.

Se pueden resumir en clima familiar, debido a que éste hace referencia al ambiente generado entre los integrantes del grupo y al grado de cohesión dependiendo como se asuman los roles, la autoridad, el afecto, y la comunicación; y se cumplan las reglas y las normas, el calor afectivo será armonioso o de lo contrario la hostilidad aparecerá generando niveles de estrés e inconformidad en los miembros del grupo lo que generará altos grados de distanciamiento y apatía en la familia.

Desde el enfoque sistémico se plantea que “*las familias son sistemas y si un miembro se ve alterado, esto impacta al resto del sistema*” (Stierlin, 2011, pág. 14) por lo cual debemos entender que ese enfoque concibe a la familia como un

conjunto de elementos en constante interacción, la acción, el estado o el cambio de alguno de estos elementos afecta al resto y viceversa.

2.2.1.1. MODELO CIRCUMPLEJO DE SISTEMA FAMILIAR DE OLSON.

2.2.1.1.1. EL MODELO CIRCUMPLEJO DE OLSON

Este modelo fue desarrollado por el Dr. David H. Olson y sus Colaboradores Russell y Sprenkle entre los años 1979 y 1989, cuyo objetivo era mostrar los aspectos más relevantes del funcionamiento familiar. *“Desde el comienzo entendió que la dinámica familiar puede concebirse en función de tres variables: cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar “* (Olson D. , Modelo Circumplejo de Olson Russell y Sprenkleer, 1998, pág. 195). La dinámica familiar fue descrita por Olson et al. (2003, pág. 197) A través de estas *“tres dimensiones que luego fueron organizadas en un modelo circumplejo de donde posteriormente se derivan en 16 tipos de familias, este modelo permite ensamblar la teoría, la investigación y la terapia familiar”*. En el estudio de estas variables Olson coincidió con otros teóricos y terapeutas que la teoría general de sistemas era muy útil para entender el funcionamiento de la familia, de esta manera se desarrollaron las tres dimensiones cohesión, adaptabilidad y comunicación.

2.2.1.1.2. EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN EL MODELO CIRCUMPLEJO DE OLSON, RUSSELL Y SPRENKLE

El funcionamiento familiar se explica por los distintos procesos de cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una determinada situación, la familia no es un receptor pasivo sino más bien activo, de tal manera que todo tipo de tensión que provengan de la propia familia (como la independencia de un hijo, una muerte) o que provengan del exterior (una mudanza, pérdida de trabajo) repercute siempre en el sistema familiar.

Las funciones de la familia, según David Olson et al. (2011, págs. 21, 22) son las siguientes:

1. Apoyo mutuo: Incluye apoyo físico, financiero, social y emocional, este apoyo se da dentro de un marco de interdependencia de roles y está basado en relaciones emocionales, las familias ingieren sus alimentos juntos, se consuelan y se confortan, realizan actividades en grupo y tienen sentimiento de pertenencia
2. Autonomía e independencia: Para cada persona, el sistema es lo que facilita el crecimiento personal de cada miembro, cada persona en la familia tiene roles definidos que establecen un sentido de identidad, cada miembro tiene una personalidad que se extiende más allá de las fronteras de la familia, cuando un niño inicia la escuela trata de establecer un rol separado con sus maestros y amigos, en efecto, las familias hacen cosas juntas y también separadas.
3. Reglas: Las reglas y normas que gobiernan una unidad familiar y a cada uno de sus miembros pueden ser explícitas o implícitas, los límites de los subsistemas deben de ser firmes, pero, sin embargo, lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian. Las normas incluyen

los patrones de interacción, la conducta considerada como apropiada, la privacidad, la autoridad dentro del sistema familiar

4. Adaptabilidad a los cambios de ambiente: La familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando, toda familia debe adecuarse a cualquier situación interna o externa que genere cambio, con el fin de mantener la funcionalidad y continuidad del sistema familiar.

5. La familia se comunica entre sí: Esta comunicación dentro de una familia puede conseguirse usando mensajes verbales, no verbales e implícitos, la comunicación es fundamental para que las demás funciones de la familia puedan llevarse a plenitud y adecuadamente, cuando los canales de comunicación se ven afectados, la funcionalidad familiar se ve entorpecida

2.2.1.1.3. DIMENSIONES DEL MODELO CIRCUMPLEJO DE OLSON

La teoría de Olson y colaboradores plantea a través de su modelo circuncomplejo tres dimensiones centrales del funcionamiento familiar: cohesión, adaptabilidad, y comunicación (Olson, Russell, & Sprenkle, 2002, págs. 124,125,126), estas dimensiones también son conocidos como niveles o tipos.

1.- Cohesión Familiar.- La cohesión se define como la distancia y proximidad que existe entre los miembros de una familia y comprende dos aspectos que son: el lazo emocional que tienen los miembros de la familia entre sí y el grado de autonomía de cada miembro de la familia, para medir y diagnosticar la cohesión familiar se consideran: los: vínculos emocionales, límites familiares, tiempo, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación.

Tipos de Cohesión Familiar.

- a. Desvinculada, desprendida o muy baja.- Se refiere a familias donde prima el "yo", esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal
- b. Separada que va de baja a moderada.- En la cohesión separada si bien prima el "yo" existe presencia de un "nosotros"; además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia
- c. Conectada de moderada a alta.- En la cohesión conectada o unida, prima el "nosotros" con presencia del "yo"; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.
- d. Enmarañada, enredada o muy alta.- En estas familias prima el "nosotros", apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.

Algunas investigaciones concluyen que *“una menor cohesión familiar, estaría asociado a una mayor frecuencia del consumo o viceversa, una mayor cohesión de la familia se asociaría al no consumo de tabaco.* (Franklin & Streeter, 2004, pág. 41)

2.- Adaptabilidad familiar.- tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de recambiar, se define como la habilidad de un sistema marital

o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo, un óptimo sistema adaptativo requiere de un balance entre cambio y estabilidad. Los conceptos específicos para diagnosticar y medir la adaptabilidad familiar son: poder en la familia (asertividad, control y disciplina), estilo de negociación, relaciones de roles y reglas de relaciones.

Tipos de Adaptabilidad Familiar.

- a. Rígida o muy baja .- Alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios
- b. Estructurada, que va de baja a moderada.- Es aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan
- c. Flexible, de moderada a alta.- Liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios
- d. Caótica o muy alta.- Se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes.

Algunas investigaciones demuestran, que las familias en las que existe un miembro toxicómano tienden a percibirse como desvinculadas y rígidas (puntuaciones de cohesión y adaptabilidad). Es decir, no existe cercanía entre sus miembros y tienen poca capacidad de flexibilizar y adaptarse a nuevas situaciones que se les propicien (Franklin & Streeter, 2004, pág. 8)

3.- Comunicación familiar

La comunicación familiar es el proceso de interacción a través del cual se hace posible que parejas y familias compartan sus necesidades y preferencias, es decir la comunicación es la acción de co-beneficio, a través del cual el yo, y los demás (interlocutores), se dan, o regalan de manera recíproca, cabe señalar que los estilos y estrategias de comunicación de una familia, están muy relacionados con la cohesión y la adaptabilidad. Se establece que si se introducen cambios en estos niveles, también es posible modificar el funcionamiento familiar. Se trata por tanto de una variable facilitadora del cambio.

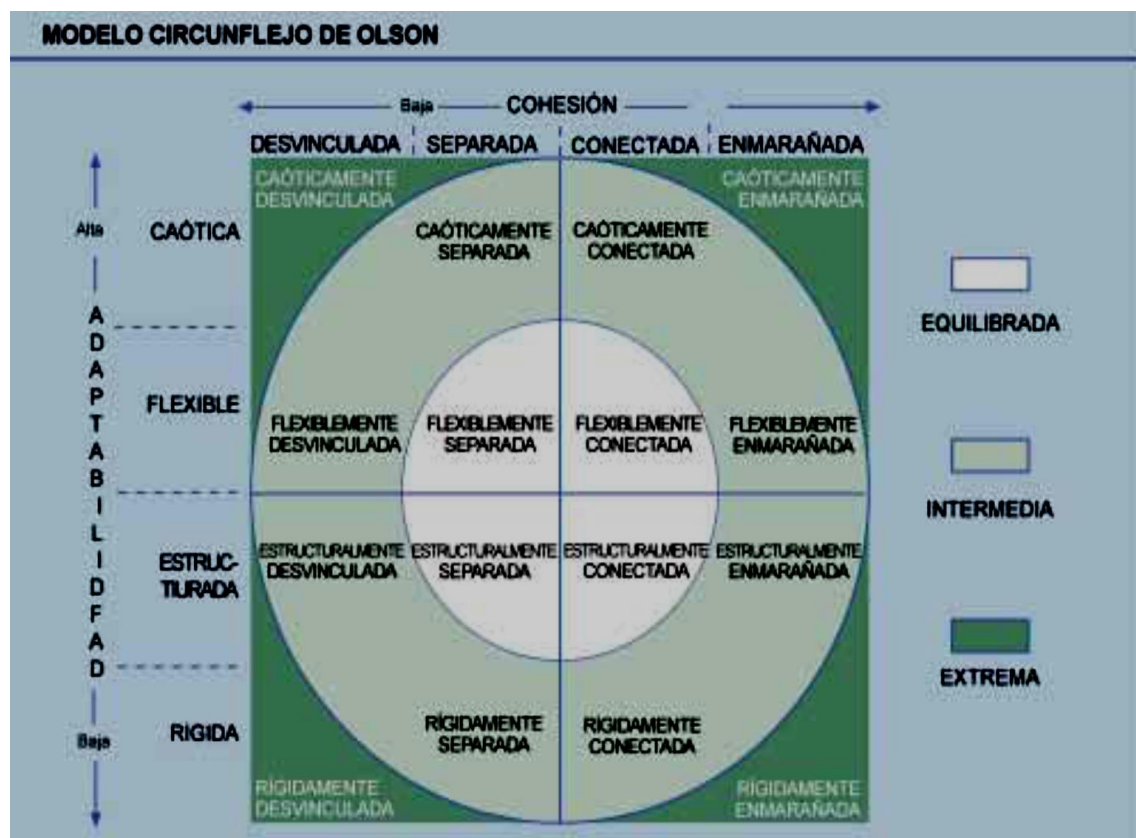
- Las habilidades para la comunicación positiva o sana son, empatía, escucha reflexiva y comentarios de apoyo.
- Las habilidades para la comunicación negativas o enferma son: dobles mensajes, doble vínculos y críticas, disminuyen la capacidad de los cónyuges o miembros de una familia para compartir sus sentimientos, restringiendo sus movimientos en las otras dos dimensiones.

Estudios realizados por López Torrecillas describen “*dificultades en la comunicación con hijos consumidores*” (2005 , pág. 143), por ende en este tipo de familias sobresalen la comunicación enferma, impidiendo la exponer sus sentimientos, preocupaciones y problemas, convirtiéndose este factor en un causal de consumo de drogas.

Después de la descripción de las dimensiones a partir del Modelo Circumplejo de Olson los niveles centrales de cohesión (separada y conectada) son los más viables para el funcionamiento de la familia, considerándose problemáticos los niveles extremos de cohesión (desvinculada y enmarañada). Así también los niveles centrales de adaptabilidad (estructurada y flexible) son más favorables para

el funcionamiento del matrimonio y la familia. Los extremos (rígida y caótica) son los más problemáticos, la mayoría de parejas y familias que buscan tratamiento, se encuentran en uno de estos niveles extremos. Otro aspecto a resaltar es que Olson planteo “cuando hay un equilibrio entre la Morfogénesis (cambio) y la morfostasis (estabilidad)” suele haber una comunicación mutuamente asertiva, éxito en las negociaciones, liderazgo igualitario roles y reglas compartidos” (2003, pág. 222). Por lo tanto un sistema familiar adaptativo y cohesionado requiere un balance entre los procesos de morfogénesis y morfostasis, y el mediador que hará posible este proceso es la comunicación positiva o sana.

DISEÑO DEL MODELO CIRCUMPLEJO DE OLSON



La correlación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar determinan tres niveles de funcionamiento familiar, en el rango balanceado se

ubican las familias de óptimo funcionamiento y mientras que en los extremos se ubican las familias no funcionales.

1.- TIPO EQUILIBRADO

Las familias en esta categoría son centrales en ambas dimensiones y se encuentran en el centro del círculo. Hablamos de las familias flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada, estructuralmente conectada. En los sistemas abiertos los individuos se distinguen por su habilidad para experimentar y balancear los extremos de independencia y dependencia familiar, tienen la libertad de estar solos o conectados al miembro de la familia que elijan, el funcionamiento es dinámico por lo que pueden cambiar, la familia es libre de moverse en la dirección que la situación, el ciclo de vida familiar o la socialización de un miembro de familia lo requiera. Este tipo de familia es considerada la mas adecuada.

2.- DE RANGO MEDIO

Las familias de esta categoría son extremas en una sola dimensión, hablamos de las familias que se encuentran en la zona gris de la figura, el funcionamiento de estas familias presenta algunas dificultades en una sola dimensión las cuales pueden ser originadas por ciertos momentos de estrés.

3.- EXTREMAS

Las familias de esta categoría son extremas tanto en las dimensiones de cohesión como de adaptabilidad, hablamos de la familia caóticamente desligada, caóticamente aglutinada, rígidamente desligada, rígidamente enmarañada. Tienen un funcionamiento menos adecuado. Olson considera varios aspectos al respecto:

1. Las familias extremas son una forma exagerada de las de rango medio ya que pertenecen a un continuo de características que varían de intensidad, cualidad y cantidad.
2. Que en momentos especiales de la vida un funcionamiento extremo puede ser beneficioso para la estabilidad de los miembros.
3. En muchos casos, el problema de un miembro de la familia o pareja pueden hacer considerar el funcionamiento familiar como extremo, por ejemplo: si un miembro de la pareja desea el divorcio, considerara que la familia tiene un funcionamiento extremo.
4. Los grupos extremos pueden funcionar bien por el tiempo que todos los miembros de la familia lo deseen así, esto es importante porque hay grupos culturales que determinan funcionamientos familiares extremos

2.2.2 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ADICTOS

2.2.2.1. EL ESTRÉS EN LOS ADICTOS.

Uno de los principales objetivos de los programas de rehabilitación es mantener la abstinencia del consumo y cambios en sus estilos de vida, teniendo en cuenta que el estrés es parte de la vida cotidiana del individuo y al estar expuestos en todo tipo de crisis las personas se encuentran también bajo un estrés permanente y de alguna u otra manera van minando su salud mental, *“los adictos han conseguido a través de su consumo compulsivo de drogas aliviar en parte su estrés, sin embargo el mismo consumo les va generando otro estrés del cual tendrán que salir consumiendo droga”* (Guevara Ortega , Hernandez Valz, & Flores Lezama, 2001, pág. 54), de esta manera se va formando un círculo negativo en el cual se irán hundiendo cada vez más. Respecto al estrés los autores Guevara, Hernández y Flores señalan et al. (2001, pág. 55) *“el estrés es la respuesta adaptativa de nuestro organismo ante las demandas ambientales caracterizada por la activación fisiológica que prepara al individuo para soportar tales momentos”*.

2.2.2.2. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.

La palabra “estilos” hace referencia al uso individual de una conducta, comportamiento, forma de vestir, etc. el estilo de vestir del padre es diferente a la del hijo, al referirnos al afrontamiento es la acción de afrontar o hacer frente a un enemigo, peligro, responsabilidad, o evento estresante, el afrontamiento según Lazarus y Folkman (1984, pág. 71) *“son aquellos esfuerzos cognitivos, conductuales y emocionales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* estos autores consideraron el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo a

veces ante los eventos estresantes contara con estrategias defensivas y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, esto de acuerdo a su relación con el entorno.

Cuando hablamos de estilos de afrontamiento nos referimos a nuestros recursos personales para enfrentar distintas situaciones estresantes, *“los estilos de afrontamiento constituyen acciones más generales, son tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento”* (Sandin, 2012, pág. 29) y los recursos de afrontamiento son características personales y sociales en las que se basa el individuo para hacer frente a los estresores por ejemplo percepción de control, autoeficacia, autoestima, sentido de optimismo. Es así que resulta importante conocer los estilos de afrontamiento que utilizan los pacientes adictos para afrontar las situaciones estresantes que se les presentan en forma cotidiana, es decir saber cómo resuelven sus eventos estresantes de tal manera que se le pueda ayudar a través de la psicoterapia, a que el paciente rehabilitado aprenda a utilizar formas adecuadas de afrontamiento ante sus problemas que se le van presentando en su proceso de integración social después de su internamiento.

Según Carver (2013, pág. 18) *“los estilos de afrontamiento son la respuesta o conjunto de respuestas a eventos estresantes o depresivos que la persona elabora en forma abierta o encubierta”*, es así que cada persona utiliza sus propios estilos de afrontamiento, estilos que domina, que ha aprendido ante una situación de emergencia.

2.2.2.3. TIPOS DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Según Carver y colaboradores (adaptación de Casuso, 1998, págs. 4-5) *“existen tres tipos de estilos de afrontamiento con una sub clasificación de estrategias de afrontamiento. Los enfocados en el problema, en la emoción y otros tipos de afrontamiento.”*

1. Estilos de afrontamiento enfocados en el problema:

Son los esfuerzos que se dirigen a modificar la situación y a disminuir la cognición de amenaza, las estrategias que se utilizan para modificar el problema también van a tener un efecto en el sujeto, por lo tanto, el individuo trabaja tanto en la redefinición y solución del problema como también en la reevaluación de ese problema, logrando así un mejoramiento de la situación, estos estilos se clasifican en 5 escalas de afrontamiento.

1. Afrontamiento activo: Conductas dirigidas a resolver la situación y confrontar las dificultades, supone una serie de acciones encaminadas a eliminar el problema o bien a reducir sus efectos negativos

2. Planificación o planeamiento: Intento de organización determinando los pasos de acción suponiendo que las consecuencias de la situación pueden ser previsibles.

3. La supresión de otras actividades: Es dejar de lado otras actividades para poder concentrarse únicamente en el problema (supresión de actividades competentes) disminuye la posibilidad de socializar y divertirse con otros, en medida que es una actividad que sería usualmente dejada de lado para hacer frente a una situación difícil.

4. La postergación del afrontamiento. Consiste en esperar hasta que se presente la oportunidad apropiada para actuar sobre el problema evitando hacer algo prematuramente.

5. La búsqueda de apoyo social: consiste en buscar en los demás consejo, asistencia e información con el fin de solucionar el problema.

2. Estilos de afrontamiento enfocado en la emoción:

Son los esfuerzos que se dirigen a centrarse en el malestar experimentado o ante las emociones percibidas frente a la situación estresante, dentro de este modo de afrontar se habla de un proceso cognitivo que se encarga de disminuir el trastorno emocional a través de estrategias como la aceptación, búsqueda de soporte emocional, acudir a la religión, etc..

1. La búsqueda de soporte emocional: consiste en busca en los demás apoyo moral, empatía y comprensión con el fin de aliviar la reacción emocional negativa.

2. Reinterpretación positiva y desarrollo personal: consiste en evaluar el problema de manera positiva, otorgándole connotaciones favorables a la experiencia en si misma y en otros casos asumiéndola como un aprendizaje para el futuro.

3. La aceptación: Engloba dos aspectos importantes durante el proceso de afrontamiento, el primero se realiza durante la fase de evaluación primaria, cuando la persona acepta que la situación estresante realmente existe y el segundo tiene lugar durante la evaluación secundaria y consiste en aceptar la realidad como un hecho con que se tendrá que convivir ya que no se podrá modificar.

4. Acudir a la religión-. Es la tendencia de abocarse a lo religioso en situaciones de estrés, con la intención de reducir la tensión existente.

5. Análisis de las emociones: consiste en focalizarse en las consecuencias emocionales desagradables que se experimenta expresando abiertamente estas emociones.

3. Otros estilos de afrontamiento

1. Negación: consiste en rehusarse a creer que el estresor existe o tratar de actuar pensando como si el estresor no fuera real.

2. Conductas inadecuadas: consiste en la evasión del agente estresor a través de conductas impropias, como el consumo de alcohol u otras drogas, o resistirse al cumplimiento de las normas sociales, mostrarse desafiante y opositor.

3. Distracción: “concentrarse en otros proyectos intentando distraerse de otras actividades para tratar de no concentrarse en el estresor. *Redirigiendo su atención a estímulos no relevantes Incluye el uso de alcohol y drogas*” (Pedrero Perez & Rojo Mota , 2008, pág. 247)

2.2.3 LA ADICCIÓN

La adicción a sustancias psicoactivas es un problema de salud pública, en estos últimos años se ha incrementado y agudizado aceleradamente, existen diversas definiciones de esta enfermedad según el Dr. Carlos Rodríguez de Fonseca investigador en trastornos adictivos refiere que:

La adicción a drogas es una enfermedad crónica, recidivante, que se caracteriza por la pérdida del control sobre el uso de la sustancia, que pasa a ocupar un lugar preferencial en la vida del individuo. Es una enfermedad en la que se alteran los mecanismos de regulación de la conducta, en especial, los que atañen al control motivacional y emocional (2006, pág. 10)

Otra definición está dada por la clasificación internacional de enfermedades décima edición CIE 10, cuyo código diagnóstico es el F1x.2 que refiere que el síndrome de dependencia es:

“Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes”

Pautas para el diagnóstico según el CIE 10 (CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento, 1992, pág. 103)

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a)** Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia
- b)** Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c)** Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d)** Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e)** Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f)** Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo

elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

La adicción no se desarrolla de forma automática, en un primer momento se dará la experimentación, los jóvenes estarán expuestos a su primer encuentro con la sustancia, seguidamente la habituación, en el cual el consumo puede compararse a la habituación del consumo de café, que se realizara en forma regular, en estas dos primeras etapas se experimenta efectos placenteros, sin embargo la droga deja de producir estos efectos placenteros o estos son muy escasos por lo que consume mucho más, para evitar los efectos de la abstinencia. Produciéndose el consumo perjudicial y por último se desarrolla la dependencia hacia la sustancia.

2.2.3.1. EL COMPORTAMIENTO DEL ADICTO

Para entender la conducta adictiva es necesario tomar en cuenta las características, físicas, cognitivas y conductuales, al referirnos a la características cognitivas y conductuales nos referimos a las funciones ejecutivas, el término de Funciones Ejecutivas fue acuñado por Lezak definiéndolo como la *“capacidad de la formulación de metas, planificación para su logro y ejecución de la conducta de un modo eficaz, así como las habilidades implicadas en la ejecución de planes es decir para iniciar, proseguir y detener secuencias complejas de la conducta.”* (Lezak, 1012, pág. 252), la base neurobiológica de las funciones ejecutivas es la corteza pre-frontal, esta área es importante porque es la encargada de recibir y enviar información a casi todos los centros sensoriales y motores del cerebro, *“la CPF se ubica en las superficies lateral, medial e inferior del lóbulo frontal, y abarca aproximadamente el 30% de la corteza cerebral total”* (Delgado Mejia & Etchepareborda, 2013, pág. 197). Cabe mencionar que estas funciones pueden

verse alteradas como consecuencia de alguna enfermedad como el Alzheimer o de algún accidente, pero también el consumo de las drogas, causa un deterioro de estas funciones, diversos estudios muestran *“el impacto de la gravedad del consumo de las drogas como el cannabis, los estimulantes, los opiáceos y el alcohol sobre el funcionamiento ejecutivo”* (Verdejo & Orozco, 2004, pág. 1114). Como consecuencia del consumo patológico de sustancias psicoactivas se producen daños en la corteza pre frontal que producirán el et. al (2013, pág. S97) *“el síndrome disejecutivo en el cual el individuo tendrá un pobre pensamiento abstracto, impulsividad, confabulación, dificultades de planificación, falta de insight, afecto superficial, agresión, distraibilidad, toma de decisiones deficiente e indiferencia hacia las normas sociales”* estos síntomas descritos estarán presentes en mayor o menor medida en los pacientes adictos. De ahí la importancia del tratamiento Psiquiátrico y Psicológico de todos los pacientes adictos, para evitar daños irreversibles y ayudar a la modificación de conducta del drogadicto, si este así lo decide.

2.2.3.2. DEPENDENCIAS OCASIONADAS POR EL CONSUMO DE DROGAS

1. Dependencia Física o fisiológica: llamada también neuroadaptación

Es un estado caracterizado por mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo Droga- organismo, sus dos componentes son la tolerancia, el síndrome de abstinencia y la sensibilización que es la respuesta aumentada de la droga como consecuencia del consumo repetido de la droga. (Lorenzo & Ladero, 2009, pág. 9)

La dependencia física es característica de las sustancias depresoras como el alcohol, opiáceos, hipnóticas y sedantes.

2. Dependencia Psicológica.

El componente psicológico resulta siendo muy importante, ya que nos guiamos por creencias y sentimientos, buscando el deleite y la satisfacción, la explicación es que somos seres hedonistas, por tanto si alguien consume algún tipo de sustancia y experimenta placer, alegría o un estado de bienestar, que no experimento antes, lo más probable es que se enganche con esta sustancia, por este “placer o falso placer” que produce el consumirlo. Según Lorenzo y Ladero. La dependencia psicológica *“Es el deseo irresistible de repetir la administración de la droga para obtener la vivencia de sus efectos placenteros agradables y/o evasivos (sedación, euforia, alucinación) y para evitar el malestar que se siente con su ausencia”* (2009, pág. 11)

3. Dependencia Social.

Es cuando el adicto consume la sustancia para sentirse aceptado por sus pares o un grupo social al que quiera pertenecer, este comportamiento generalmente se da en adolescentes, *“existe la necesidad de consumir la droga como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad personal”* (2009, pág. 13)

2.2.3.3. EL TRATAMIENTO DEL ADICTO EN LAS COMUNIDADES

TERAPÉUTICAS

Las comunidades terapéuticas en nuestro país cumplen, un papel importante en el tratamiento de las personas drogodependientes, sin embargo las limitaciones profesionales, estructurales y funcionales impiden el correcto funcionamiento de estas instituciones, este termino de comunidad terapéutica según Domingo Comas Arnau se inició después de 1945, refiere que *“la Comunidad Terapéutica nació tras la segunda guerra mundial para atender los casos de prisioneros torturados y otras personas que habían sufrido tratos degradantes durante el conflicto, es decir PTSD (Post Traumatic Stress Disorder)”* (Comas Arnau, Una Breve Historia, 2010, pág. 16), el termino de comunidad terapéutica fue introducido en 1953 por el psiquiatra ingles Maxwell Jones en Inglaterra, luego comenzó a utilizarse para denominar determinados tratamientos residenciales libres de drogas destinados a personas dependientes de sustancias, después en los años sesenta en Norte América surgieron las comunidades terapéuticas para el tratamiento del abuso y dependencia a las drogas, la base de este tratamiento era la autoayuda.

En el Perú ante el aumento de adictos manifiestos y encubiertos a sustancias legales e ilegales, así como la ausencia en políticas y estrategias de salud mental, ayudaron al incremento de las comunidades terapéuticas no profesionales por no contar con los especialistas (psiquiatras, médicos, psicólogos, asistenta social.) involucrados en la rehabilitación del adicto. *“ En la actualidad existen alrededor de 200 comunidades terapéuticas que alberga a más de 5000 enfermos adictos y pacientes psiquiátricos sin ningún problema de adicción a menudo atendidos en*

condiciones asilares y maltratos” (Nizama Valladolid & Sanez, 1995, pág. 116). En nuestro país el MINSA es la entidad encargada de la supervisión de estos centros.

Por lo tanto, cuando nos referimos a las comunidades terapéuticas *“Son centros residenciales en los que se trabaja la rehabilitación del adicto a través de un programa terapéutico, en régimen de internamiento, separados del medio habitual del sujeto, con un tiempo de estancia entre 6 y 12 meses “* (Del Moral & Fernandez, 2009, pág. 53)

Respecto al tratamiento de rehabilitación de las comunidades terapéuticas, está constituido por un régimen diario de actividades estructuradas y no estructuradas e interacciones sociales que se desarrollan en situaciones y entornos formales e informales, un día habitual en una comunidad terapéutica implica un periodo estructurado, que se inicia aproximadamente a las 7.00 de la mañana y finaliza por las noches alrededor las 21.00 horas, durante este tiempo los residentes participan en una variedad de reuniones, actividades ocupacionales, seminarios educativos, grupos, etc.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

1. **LA ADICCION:** La adicción a drogas es una enfermedad crónica, recidivante, que se caracteriza por la pérdida del control sobre el uso de la sustancia, que pasa a ocupar un lugar preferencial en la vida del individuo. Es una enfermedad en la que se alteran los mecanismos de regulación de la conducta, en especial, los que atañen al control motivacional y emocional (Rodríguez de Fonseca, 2006, pág. 10)
2. **SÍNDROME DE DEPENDENCIA:** Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. (CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento, 1992, pág. 103)
3. **COMUNIDAD TERAPÉUTICA:** Son centros residenciales en los que se trabaja la rehabilitación del adicto a través de un programa terapéutico, en régimen de internamiento, separados del medio habitual del sujeto, con un tiempo de estancia entre 6 y 12 meses. “(Del Moral & Fernandez, 2009, pág. 53)
4. **LA FAMILIA:** Respecto a la estructura, Minuchin (1985, pág. 25) refiere “La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber apoyar la individualización al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia”. Al referirnos a la funcionalidad familiar “nos

referimos a la posibilidad de establecer límites claros y permeables con reglas claras y flexibles” (Valdez Cuervo, 2007, pág. 28)

5. **COHESIÓN FAMILIAR:** La cohesión se define como la distancia y proximidad que existe entre los miembros de una familia y comprende dos aspectos que son: el lazo emocional que tienen los miembros de la familia entre sí y el grado de autonomía de cada miembro de la familia, para medir y diagnosticar la cohesión familiar se consideran: los: vínculos emocionales, límites familiares, tiempo, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación (Olson, Russell, & Sprenkle, 2002, págs. 124,125,126),
6. **ADAPTABILIDAD FAMILIAR.** La Adaptabilidad Familiar tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar, se define como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo, un óptimo sistema adaptativo requiere de un balance entre cambio y estabilidad. (Olson, Russell, & Sprenkle, 2002, págs. 124,125,126),
7. **COMUNICACIÓN FAMILIAR:** Es el proceso de interacción a través del cual es posible que las parejas y familias compartan sus necesidades y preferencias, en tanto se relacionen con cohesión y la adaptabilidad. (Olson, Russell, & Sprenkle, 2002, págs. 124,125,126),
8. **AFRONTAMIENTO:** el afrontamiento según Lazarus y Folkman (1984, pág. 71) “son aquellos esfuerzos cognitivos, conductuales y emocionales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo

9. **ESTILOS DE AFRONTAMIENTO:** los estilos de afrontamiento son la respuesta o conjunto de respuestas a eventos estresantes o depresivos que la persona elabora en forma abierta o encubierta, es así que cada persona utiliza sus propios estilos de afrontamiento, estilos que domina, que ha aprendido ante una situación de emergencia. (Carver,Ch, 2013, pág. 18)

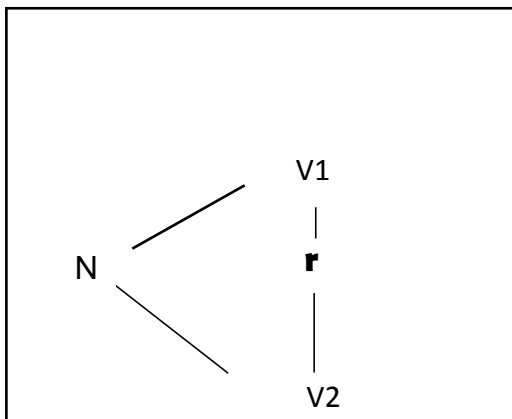
CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptivo- correlacional. De acuerdo con la clasificación de Sampieri, Fernández y Baptista (2006, pág. 146); el diseño de la investigación es Correlacional por tratar de reconocer y explicar la relación entre las Variables Tipos de familia y los Estilos de afrontamiento.

El diseño de la investigación se puede diagramar de la siguiente manera:



DONDE

N = Población

V1 y V2 = Son variables

V1 = Tipo de Familia

r = Correlación

V2 = Estilos de Afrontamiento.

En este diagrama N, es la población de estudio; V1 representa a los tipos de familia y V2; estilos de afrontamiento, r hace mención a la posible relación existente entre tipos de familia y estilos de afrontamiento en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer.

3.2 POBLACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La población estuvo constituida por 27 residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer del distrito de San Jerónimo –Cusco 2016

3.2.1 Criterios de inclusión de la población

Se trabajó con la totalidad de la población de pacientes adictos a diversas sustancias psicoactivas, todos ellos acogidos en la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer ubicado en el distrito de San Jerónimo de la región Cusco. Se excluyeron a los que no son adictos, los residentes visitantes y a los que no son residentes.

3.2.2 Consideraciones Éticas

Para la administración de los cuestionarios se tomaron todos los recaudos necesarios ya que se trata de una investigación con seres humanos, se les comentó a toda la población, el fin de la investigación y se les explicó que para la recolección de datos significativos, de la investigación era preciso administrarles una ficha de datos y 2 cuestionarios, ambos de carácter anónimo y por supuesto, voluntarios, por lo tanto, quien no estuviera de acuerdo con dichas condiciones estaba en su derecho de rehusarse a ser entrevistado.

3.2.3 Descripción de la población de estudio.

El estudio se realizó en los residentes internados en la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer del distrito de San Jerónimo-Cusco, quienes presentaban adicción a diversas sustancias psicoactivas. La población era de género masculino comprendiendo las edades de 18 a 61 años, de diferentes grados de instrucción: primaria, secundaria y superior; de distintos estados civiles: solteros, casados, convivientes y separados, los encuestados informaron ser consumidores en mayor porcentaje de alcohol y marihuana, y en menor porcentaje dependientes a la cocaína y PBC.

3.3 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	CONCEPTO DE VARIABLES	DIMENSIONES DE LA VARIABLES	INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA. (PUNTAJE)	ITEMS	INSTRUMENTOS	ESCALA
V1 TIPOS DE FAMILIA.	David Olson clasifica a la familia en tres dimensiones cohesión, adaptabilidad y comunicación que luego fueron organizadas en un modelo circunplejo de donde posteriormente se derivan en 16 tipos de familias	POR SU COHESION			1,5,9,13,14,15,17,18,19	Cuestionario de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF) de Olson Faces II	Numeral
		•Desvinculada	•Ausencia de unión afectiva y lealtad a la familia, alta independencia personal	• 63 a 90	24,25,27,29		
		•Separada	•prima el yo y un nosotros; moderada unión afectiva, cierta lealtad e interdependencia, con tendencia independencia	• 47 a 62	32,33,36,38,40,42,46,50		
		•Conectada	•Prima el nosotros con presencia del yo; unión afectiva, fidelidad e interdependencia,	• 31 a 46			

			con tendencia hacia la dependencia				
		•Enmarañada	•Prima el nosotros, máxima unión afectiva, fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común	• 0 a 30			
		POR SU ADAPTABILIDAD			2,4,10,12,16,22,28		
		•Rígida	•Liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios	• 42 a 60	,34,35,37,39,41,44,47.		
		•Estructurada	•Liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, existe cierto grado de disciplina democrática, los	• 30 a 41			

			cambios ocurren cuando se solicitan				
		•Flexible	•Liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios	• 29 a 18			
		•Caótica	•Ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes	• 0 a 17			
		POR SU COMUNICACIÓN					
		•Sana	•Empatía, escucha reflexiva y comentarios de apoyo	• 0 a 30	3,6,7,8, 11,20,21, 23,26,30, 31,44,48.49		
		•Enferma	•Dobles mensajes, doble vínculos y críticas	• 31 a 70			

V2 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	Según Carver los estilos de afrontamiento son la respuesta o conjunto de respuestas a eventos estresantes o depresivos que la persona elabora en forma abierta o encubierta	ENFOCADOS EN EL PROBLEMA	- Esfuerzos dirigidos a modificar la situación - Disminuir la cognición de amenaza.	<ul style="list-style-type: none"> • 25 Puntos muy pocas veces emplea ésta forma. • 50-75, Puntos: Depende de la circunstancias. • 100 Puntos : Forma frecuente de afrontar el estrés 	DEL ÍTEM I AL XIII	Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés de COPE	Numeral
		ENFOCADO EN LA EMOCION	- Esfuerzos dirigidos a disminuir el malestar emocional experimentado				
		OTROS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	-Negación. -Conductas inadecuadas -Distracción				

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Técnicas

- La observación: mediante el cual se observan las variables del estudio.
- Entrevista: mediante un protocolo verbal, antes de aplicar los instrumentos.

3.4.2 Instrumentos

Antes de la aplicación de los instrumentos estandarizados se administró la Ficha de datos, para después describir la población de estudio.

Los instrumentos utilizados son los siguientes:

A: CUESTIONARIO DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO COPE

Nombre Original:	Coping Estimation
Nombre Traducido:	Estimación del afrontamiento.
Autor:	Carver, Sellar & Weintraub
Año:	1989
Objetivo:	Evalúa lo que la persona usualmente hace en situaciones estresantes.
Total de ítems:	52, con formato tipo Likert, distribuidos en tres áreas.
Estilos:	Enfocado en el problema, en la emoción y otros estilos de afrontamiento.

Escalas: Afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes, postergación del afrontamiento, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, búsqueda de apoyo emocional por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, negación, acudir a la religión, enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual desentendimiento mental.

Adaptación: Realizada por Casuso, 1996. Calificación: Cada una de las escalas está conformada por cuatro ítems, los cuales se califican de acuerdo a una plantilla.

Validez: 0.42 aceptable.

Confiabilidad: 0.55 aceptable. De acuerdo a la escala 0.1

Calificación De 1 a 4 puntos por las respuestas.

Descripción

El objetivo del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE) es conocer cómo las personas reaccionan o responden cuando enfrentan a situaciones difíciles o estresantes. Con este propósito, Carver y Colaboradores han construido un cuestionario de 52 ítems, que comprenden 13 modos de responder al estrés; los ítems alternativos de cada modo vienen a indicar qué cosas hace o siente con más frecuencia el sujeto, cuando se encuentra en tal situación.

- Este instrumento trata de determinar cuáles son las alternativas que más usa.
- Las respuestas están organizadas en una Escala de 13 posibilidades, o formas de afrontamiento.
- Cada una de ellas consta de 5 alternativas o formas de afrontar las cargas de estrés.
- Los puntajes más altos en la escala indican que la estrategia de afrontamiento de dicha escala es la más frecuentemente empleada

Áreas de evaluación:

El instrumento incorporara 3 tipos de estilos cada una con estrategias de afronte

ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CUESTIONARIO COPE	
Estilos	Estrategias
Afrontamiento orientado al problema	Afrontamiento Activo Planificación Supresión de actividades competentes Postergación Búsqueda de apoyo social
Afrontamiento orientado a la emoción	Búsqueda de soporte emocional Reinterpretación positiva y crecimiento Aceptación

	Acudir a la religión Análisis de emociones
Otros estilos de afrontamiento	Negación Desentendimiento conductual (conducta. inadecuada) Desentendimiento mental (distracción)

Para la presente investigación se realizó la validación del instrumento a través de la validación de contenido o juicio de expertos, quienes hicieron una valoración sobre los ítems que componen, el Cuestionario de estilos de afrontamiento COPE los jueces fueron: la Psicóloga Indira Lajo Chavez con CPP 7878, quien refiere que los ítems 10 y 23 parecen decir lo mismo sugiriendo apoyo para la interpretación adecuada, el Psicólogo Joni E. Muñoz García, CPP 13807, el psicólogo David Concha Romaña con CPP 6754. Quienes valoraron cualitativamente los instrumentos, después de lo cual no se realizó ninguna modificación.

B: CUESTIONARIO DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (CAF) DE OLSON FACES II

Este cuestionario de evaluación consta de 50 ítems seleccionados de un total de 111 ítems que componían la Faces I, a fin de disponer de un instrumento más breve, con frases mucho más sencillas realizadas por Olson, Portner y Bell, en 1992. Partiendo de la versión anterior y a través de un diseño de traducción-retrotraducción se llevó a cabo la adaptación del instrumento siguiendo al máximo

las pautas propuestas por Hambleton (1994). Los resultados fueron muy satisfactorios, obteniendo dos versiones de 20 y 30 instrumentos respectivamente, ambas con buenas características psicométricas (fiabilidad y validez). La primera versión es más apropiada para intervención clínica mientras que la segunda sería más oportuna para investigación.

Este cuestionario es producto del modelo circumplejo de Olson , quien trata de explicar el funcionamiento familiar a través de un gráfico formado por un eje de abscisas donde se sitúa la cohesión con 4 categorías (desvinculada, separada, conectada y aglutinada) y un eje de ordenadas donde se sitúa la adaptabilidad con 4 categorías (rígida, estructurada, flexible y caótica) de tal manera que se pueden identificar 16 tipos de sistema familiar los cuales se pueden dividir en 3 tipos de familia diferente. Familia balanceada o equilibrada, moderada y extrema (Olson, Sprenkle, & Rusell, 1979)

La Calificación: identificar los valores aproximados tanto de cohesión y adaptabilidad, trabajo que posibilita la obtención del tipo de familia, que luego será ubicado en el diagrama del modelo Circumplejo de Olson en el lugar correspondiente a cada dimensión, realizando una intersección entre ambos puntajes, obteniendo uno de los 16 posibles tipos de familias, Las que se forman de la combinación de ambas dimensiones.

Ficha Técnica

1. Base teórica	Enfoque sistémico Familiar	
2. Modelo Familiar	Modelo circumplejo	
3. Autores	David Olson, Sprenkle D., Rusell C.	
4. Nivel de Evaluación	Familiar	
5. Dimensiones	Cohesión y Adaptabilidad	
6. Número de Ítems	50	
7. Consistencia interna	Cohesión	$r = 0.73$
	Adaptabilidad	$r = 0.70$
8. Confiabilidad Test-retest escala completa	$= 0.84$	
9. Validez	$= 0.82$	

Validez y confiabilidad

El cuestionario Faces II cuenta con la validez predictiva para familias igual a 0.82 por encontrarse en idioma inglés fue traducido y validado lingüísticamente en Lima, por Malamud F. (1989) para la confiabilidad de la prueba se probó la consistencia interna del cuestionario con el índice de correlación de Pearson entre las mitades y con el índice de consistencia interna Spearman Brown:

Índice de correlación de Pearson = 0.58 para cohesión y 0.54 para adaptabilidad.

Índice de consistencia interna de Spearman Brown = 0.73 para cohesión y 0.70 para adaptabilidad familiar.

Se calculó también del coeficiente Alfa de Cronbach para cohesión y adaptabilidad familiar considerando el puntaje de un solo hijo tomado al azar y el promedio de los puntajes de los hijos de la familia, obteniendo 0.7419 para cohesión percibida por un solo hijo y 0.7333 para el promedio de todos los hijos; 0.6336 para

adaptabilidad percibida por un solo hijo y 0.6318 para adaptabilidad percibida por el promedio de los hijos. Cuyos altos índices de confiabilidad permitieron afirmar que la prueba puede aplicarse a un hijo adolescente como a todos los hijos, por nuestra parte utilizando nuestra muestra de 1341 alumnos, efectuamos el análisis utilizando el estadístico Alfa de Crombach y encontramos un coeficiente de 0.82 para todo el cuestionario FACES II, un análisis por escala nos dio un coeficiente de 0.75 para adaptabilidad y 0.64 para cohesión.

Grados y dirección de los ítems

Los ítems tienen grado de respuesta que van de 1 a 4, siendo el 1 el equivalente a nunca, 2 algunas veces, 3 a muchas veces y 4 a siempre.

Los ítems 1,5,9,13,14,15,17,18,19, 29,32,33,36,38,40,42,46,50 determinan la cohesión y los ítems 2,4,10,12,16,22,34,35,37,39,41,44,47 califican la adaptabilidad y los ítems: 3,6,7,8,11,20,21,23,30,31,43,48,49. determinan el tipo de comunicación.

Para la presente investigación se realizó la validación del instrumento a través del juicio de expertos, quienes hicieron una valoración sobre los ítems que componen dichos Cuestionario de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF) de Olson Faces II, los jueces fueron: La Psicóloga Indira Lajo Chavez con CPP 7878, el Psicólogo Joni E Muñoz Garcia, CPP 13807 y el psicólogo David Concha Romaña con CPP 6754. Quienes valoraron cualitativamente los instrumentos, después de lo cual no se realizó ninguna modificación.

3.5 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

Seleccionada la población de estudio, se administraron los siguientes instrumentos: el Cuestionario de estilos de afrontamiento COPE y el Cuestionario de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF) de Olson Faces II, su aplicación fue en forma colectiva, en grupos de 3 o 4 personas; efectuada la administración de los instrumentos se procedió a la calificación manual, luego de la recolección de datos, se elaboró una base de datos en Excel, seguidamente se trabajó en el programa SPSS, utilizando la estadística descriptiva contenida en el paquete SPSS Versión 20.0 Microsoft. Y utilizando el coeficiente de correlación de Pearson. Obteniendo los resultados descritos en el siguiente capítulo.

CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS

En el presente trabajo después de la aplicación de los instrumentos: estilos de afrontamiento de COPE y el Cuestionario de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF) de Olson Faces II, se llegaron a los siguientes resultados descritos a continuación.

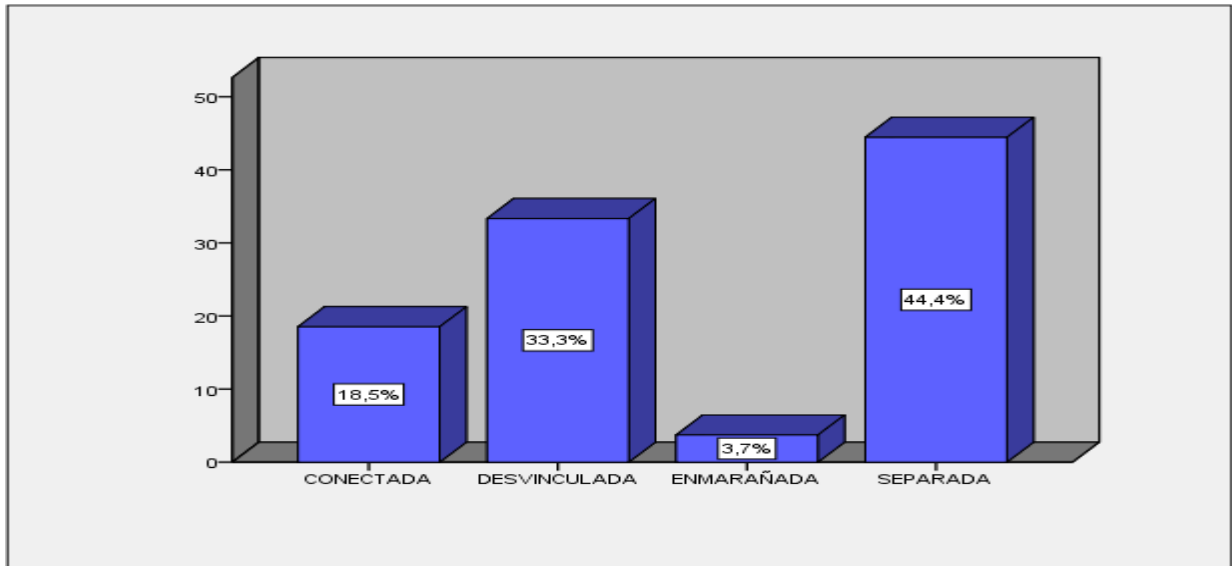
Las tablas y gráficos presentados a continuación responden al primer objetivo específico: Identificar los tipos de familia predominantes de los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer del distrito de San Jerónimo Cusco- 2016.

TABLA N° 1 TIPOS DE FAMILIA DE ACUERDO A SU COHESIÓN EN LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA NUEVO AMANECER DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO- CUSCO 2016

COHESION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
CONECTADA	5	18,5	18,5	18,5
DESVINCULADA	9	33,3	33,3	51,9
ENMARAÑADA	1	3,7	3,7	55,6
SEPARADA	12	44,4	44,4	100,0
Total	27	100,0	100,0	

Fuente: Escala de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF)-2016

GRAFICO N° 1 TIPOS DE FAMILIA SEGÚN SU COHESIÓN EN LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA NUEVO AMANECER DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO- CUSCO 2016



Fuente: escala de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF)-2016

INTERPRETACION

En el gráfico N° 1 se observa que del total de las personas encuestadas un 44.4 % presentan una cohesión separada, el 33.3 % refiere tener una cohesión desvinculada, y el 18.5% presenta una cohesión conectada. Así también se observa que un 3.7% corresponden a una cohesión de tipo enmarañada. La cohesión familiar se refiere al vínculo afectivo, emocional y de compromiso que existe entre los integrantes de una familia, en las familias separadas existe una baja a moderada cohesión familiar se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos. En las familias desvinculadas, la cohesión es baja, hay ausencia de unión y prima la independencia, en las familias conectadas hay de moderada a alta unión familiar,

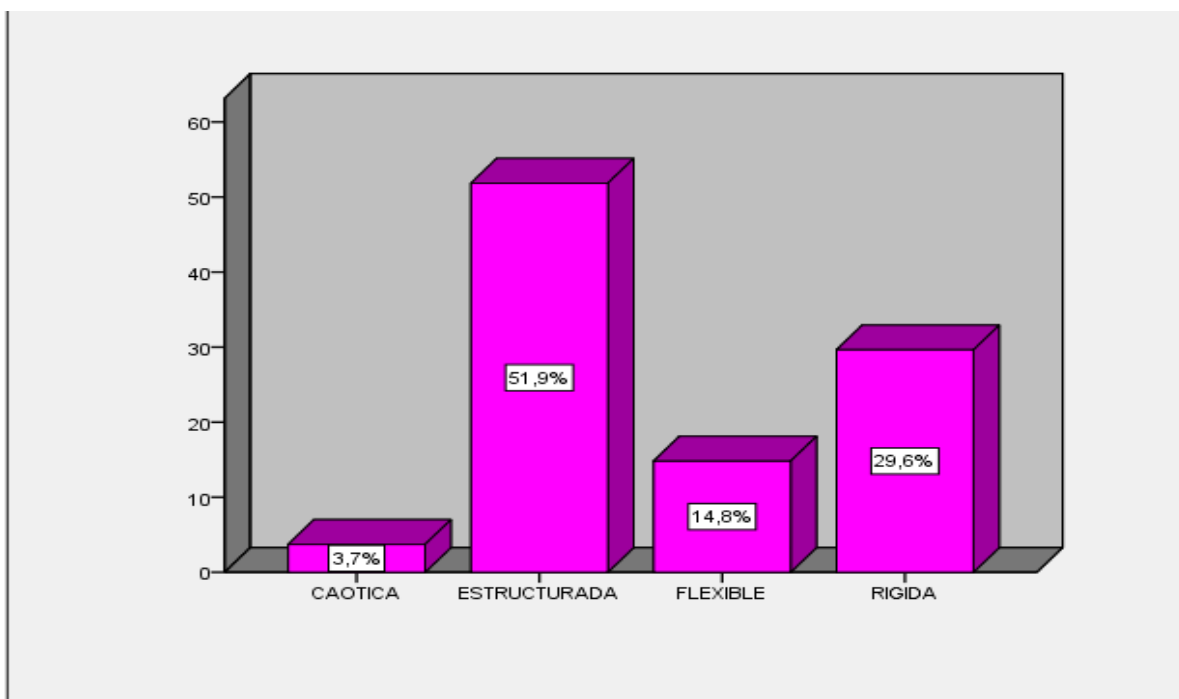
hay fidelidad e interdependencia con tendencia a la dependencia. Mientras que en las familias enmarañadas existe muy alta cohesión familiar en el que prima "nosotros la familia", apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común, los miembros no tienden a la independencia, los niveles centrales de cohesión (separada y conectada) son los más viables para el funcionamiento de la familia, considerándose problemáticos los niveles extremos de cohesión (desvinculada y enmarañada).

TABLA N° 2 TIPOS DE FAMILIA SEGUN SU ADAPTABILIDAD EN LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA NUEVO AMANECER DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO- CUSCO. 2016

TIPOS DE FAMILIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
CAOTICA	1	3,7	3,7	3,7
ESTRUCTURADA	14	51,9	51,9	55,6
FLEXIBLE	4	14,8	14,8	70,4
RIGIDA	8	29,6	29,6	100,0
Total	27	100,0	100,0	

Fuente: Escala de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF)-2016.

GRAFICO N° 2 TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU ADAPTABILIDAD EN LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA NUEVO AMANECER DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO- CUSCO 2016



Fuente: Escala de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF)-2016

INTERPRETACION

En gráfico N° 2 se observa que del total de la población el 51.9% refiere tener adaptabilidad familiar estructurada, el 29.6% tiene adaptabilidad rígida, y que el 14.8% tiene adaptabilidad flexible, mientras que un 3,7% corresponden a una adaptabilidad caótica. Según Olson las familias con adaptabilidad estructurada son aquellas donde el liderazgo y los roles son compartidos, existe cierta democracia familiar y los cambios ocurren cuando alguien de la familia lo solicita. La Percepción de ser una familia estructurada por parte de los adictos nos da indicios de que aparentemente en la familia todo marcha bien, se niegan los problemas y dificultades, esta característica es propia de los adictos y de los co-adictos en este

caso sus familiares. Las familias con adaptabilidad rígida tienen un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios. Mientras que las familias flexibles poseen Liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios. Por otro lado las familias con adaptabilidad caótica, tienen ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes.

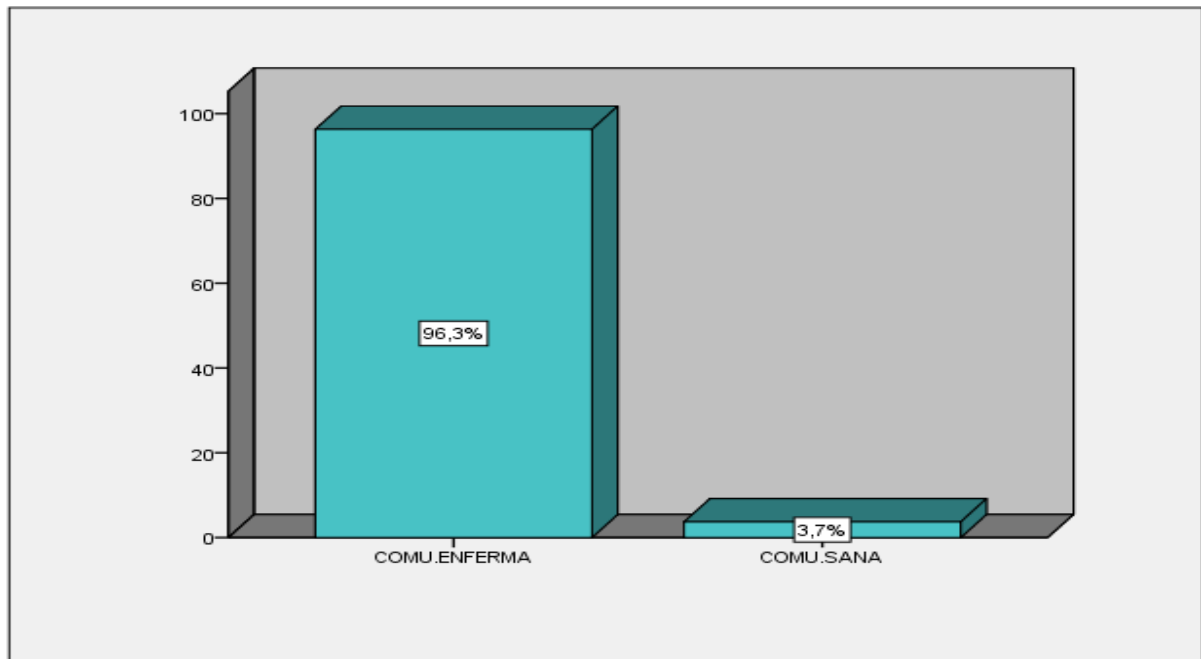
Los niveles centrales de adaptabilidad (estructurada y flexible) son más favorables para el funcionamiento del matrimonio y la familia. Los extremos (rígida y caótica) son los más problemáticos, la mayoría de parejas y familias que buscan tratamiento, se encuentran en uno de estos niveles extremos

TABLA N° 3 COMUNICACION FAMILIAR EN LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA NUEVO AMANECER DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO- CUSCO 2016

COMUNICACIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
COMU.ENFERMA	26	96,3	96,3	96,3
COMU.SANA	1	3,7	3,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

Fuente: Escala de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF)-2016

GRAFICO N° 3 TIPO DE COMUNICACIÓN FAMILIAR EN LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA NUEVO AMANECER DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO- CUSCO



Fuente: Escala de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF)-2016

INTERPRETACION

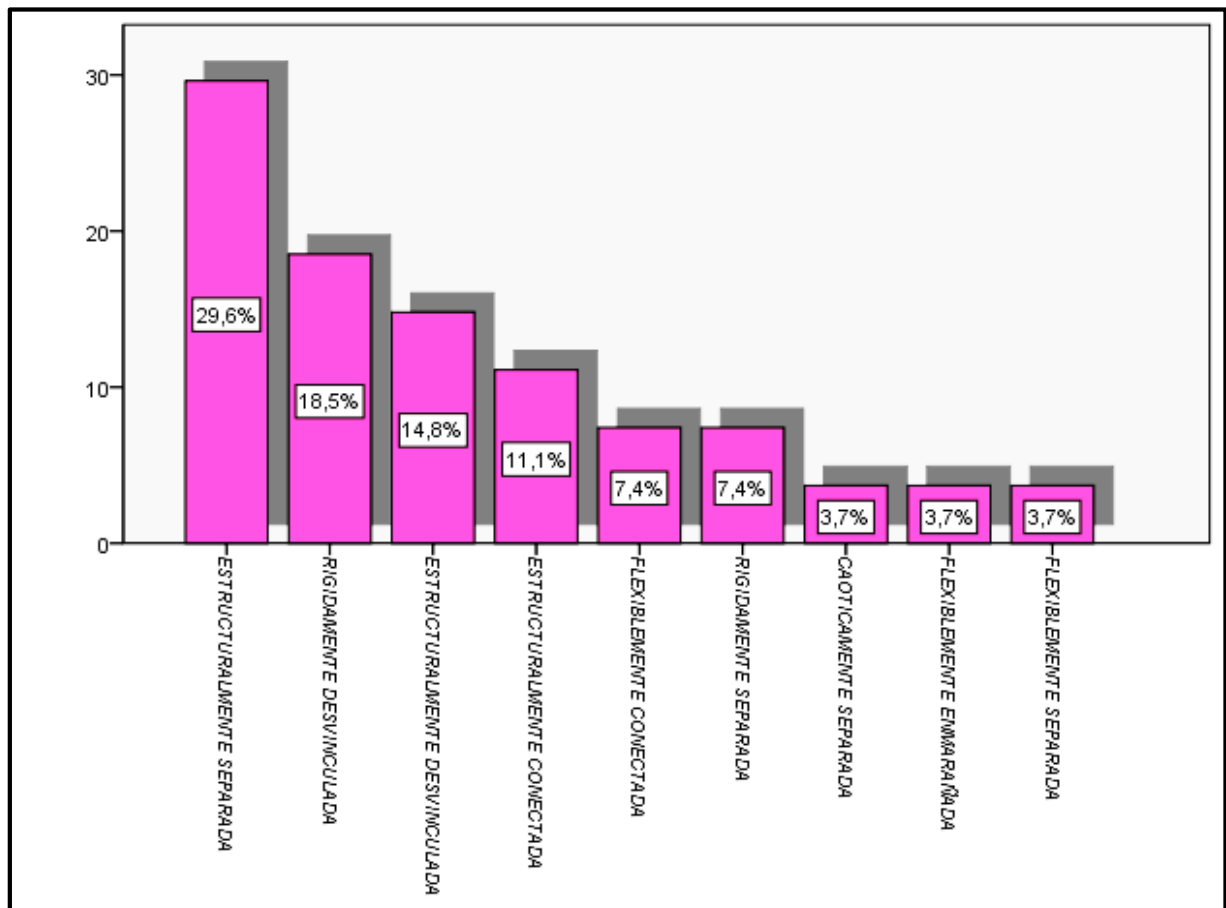
En el gráfico N° 3 se puede observar que del total de la población un 96,3% presentan un tipo de comunicación enferma, mientras que el 3,7% presentan una comunicación sana. La comunicación sana es cuando los integrantes de la familia pueden compartir sus intereses, necesidades y preferencias, esto influye en la cohesión y adaptabilidad familiar equilibrada. La comunicación familiar resulta siendo enferma porque hay dificultades en exponer sentimientos, preferencias e intereses o porque se percibe que hay indiferencia ante las necesidades e intereses de cualquier integrante de la familia. Según estos resultados interpretamos que los adictos de la Comunidad Terapéutica Nuevo Amanecer provienen de familias con comunicaciones enfermas.

TABLA N° 4 TIPOS DE FAMILIA PREDOMINANTES SEGUN EL MODELO CIRCUMPLEJO DE OLSON EN LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA NUEVO AMANECER DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO-CUSCO. 2016

	TIPOS DE FAMILIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	RIGIDAMENTE SEPARADA	2	7,4	7,4	7,4
	RIGIDAMENTE DESVINCULADA	5	18,5	18,5	25,9
	FLEXIBLEMENTE SEPARADA	1	3,7	3,7	29,6
	FLEXIBLEMENTE ENMARAÑADA	1	3,7	3,7	33,3
	FLEXIBLEMENTE CONECTADA	2	7,4	7,4	40,7
	ESTRUCTURALMENTE SEPARADA	8	29,6	29,6	70,4
	ESTRUCTURALMENTE DESVINCULADA	4	14,8	14,8	85,2
	ESTRUCTURALMENTE CONECTADA	3	11,1	11,1	96,3
	CAOTICAMENTE SEPARADA	1	3,7	3,7	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Fuente: Escala de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF)-2016

GRAFICO N° 4 FAMILIAS PREDOMINANTES SEGUN EL MODELO CIRCUMPLEJO DE OLSON EN LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA NUEVO AMANECER DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO- CUSCO 2016



Fuente: Escala de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF)-2016

INTERPRETACION

En el gráfico N°4 se observa una clasificación de nueve tipos de familias y los predominantes son los siguientes: El 29.6%, de los residentes tienen una familia estructuralmente separada, el 18.5% provienen de una familia rígidamente desvinculada, y el 14,8% provienen de un tipo de familia estructuralmente desvinculada. Estas familias son las que se presentan con mayor predominancia en la casa hogar nuevo amanecer que alberga, a drogodependientes a diversas sustancias psicoactivas.

Según los resultados obtenidos en la investigación; y observados en el gráfico número 4, seguidamente se realiza la ubicación de los tipos de familia en el modelo circunplejo creado por Olson y sus colaboradores, el 29,6% pertenecen al tipo de familia estructuralmente separada, estas familias son viablemente funcionales; el 18.5% pertenecen a las familias rígidamente desvinculadas estas son extremadamente disfuncionales, las familias tienen dificultades en su adaptabilidad, no aceptan los cambios, no hay roles familiares ni liderazgo, no existe unión afectiva porque hay individualismo. Por último el porcentaje del 14.8% pertenece a familias estructuralmente desvinculadas, por tanto existe cierta adaptabilidad a los cambios y al liderazgo, pero no existe lazos afectivos familiares. En conclusión se puede apreciar que las familias de los residentes pertenecen a las 3 zonas de las dimensiones de Olson.

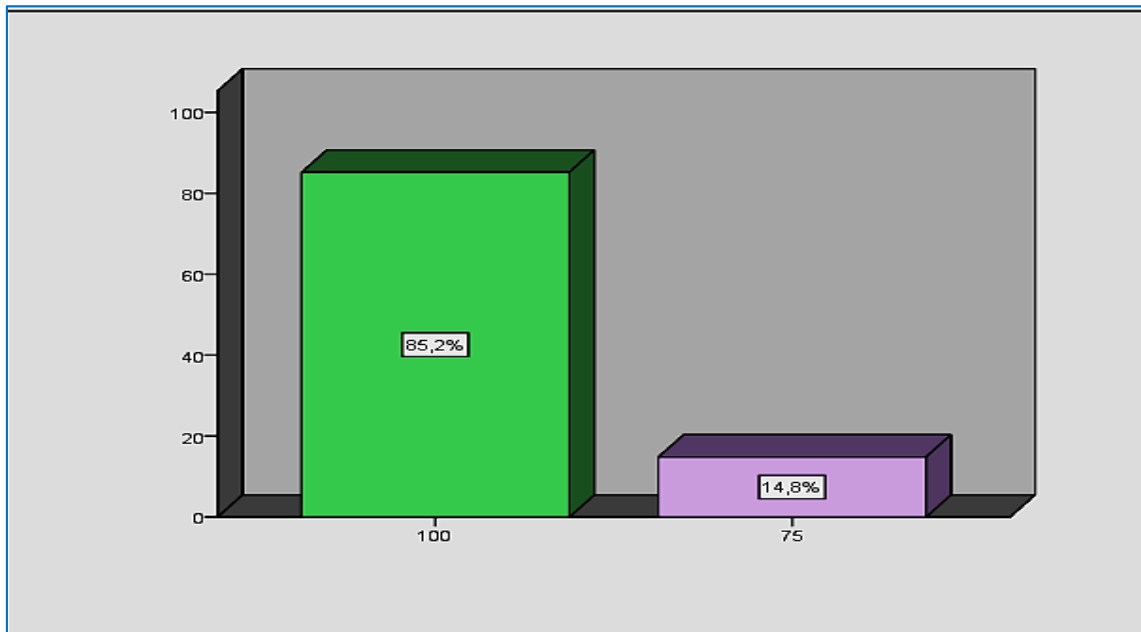
Ahora revisaremos las siguientes tablas y gráficos, que responden al segundo objetivo específico: Señalar cuáles son los estilos de afrontamiento utilizados por los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer.

TABLA N° 5 FRECUENCIA DEL AFRONTAMIENTO EN LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA NUEVO AMANECER DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO- CUSCO -2016

FRECUENCIA DEL AFRONTE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
100	23	85,2	85,2	85,2
75	4	14,8	14,8	100,0
Total	27	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario de estilos de afrontamiento COPE-2016

GRAFICO N° 5 FRECUENCIA DEL AFRONTAMIENTO EN LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA NUEVO AMANECER DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO- CUSCO -2016



INTERPRETACION

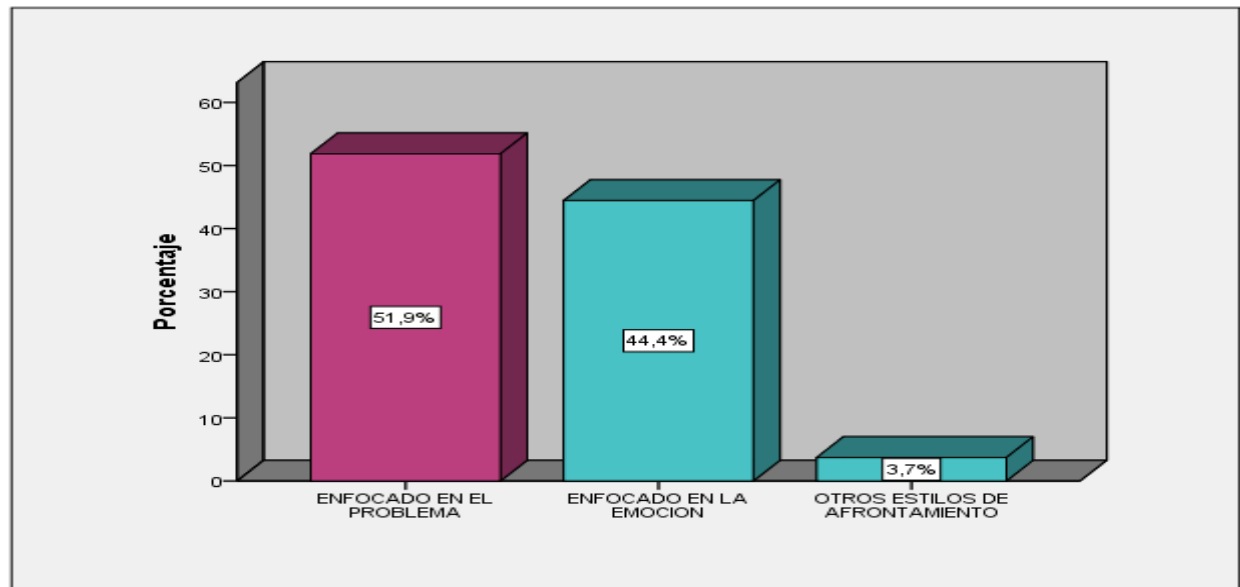
En el gráfico N° 5 se puede observar que del 100% de la población un 85,2% utiliza frecuentemente ciertos estilos de afrontamiento, mientras que un 14,8% utiliza cualquier estilo de afrontamiento, dependiendo de las circunstancias. Los adictos ante una situación estresante actúan de manera que han aprendido en el seno familiar por ejemplo frecuentemente ante cualquier situación planifican, postergar el problema, buscar apoyo emocional, etc. Pero suele suceder que otras personas, se dejan llevar de acuerdo a las circunstancias que se le presenten es decir a veces buscaran apoyo emocional y enveses apoyo social, otro afrontara directamente el problema y a veces postergara el afrontamiento. Estos afrontes se darán de acuerdo a la personalidad del individuo y a su aprendizaje de resolución de problemas.

TABLA N 6 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADOS POR LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA NUEVO AMANECER DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO- CUSCO -2016

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ENFOCADO EN EL PROBLEMA	14	51,9	51,9	51,9
ENFOCADO EN LA EMOCION	12	44,4	44,4	96,3
OTROS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	1	3,7	3,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario de estilos de afrontamiento COPE-2016

GRAFICO N° 6 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADOS POR LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA NUEVO AMANECER DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO- CUSCO 2016



Fuente: cuestionario de estilos de afrontamiento de COPE- 2016

INTERPRETACION

En el gráfico N° 6 se puede observar que del total de la población de residentes, el 51.9 % utiliza los estilos de afrontamiento enfocados en el problema, el 44.4% utiliza estilos de afrontamiento enfocados en la emoción, mientras que el 3,7% utiliza otros estilos de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento enfocados en el problema son los esfuerzos que se dirigen a modificar la situación y a disminuir la amenaza, son las estrategias que se utilizan para modificar el problema, los estilos de afrontamiento enfocados en la emoción son los esfuerzos que se dirigen a centrarse en el malestar experimentado o ante las emociones percibidas frente a la situación estresante, evitando el malestar emocional y buscando el placer. En caso de los adictos al enfrentarse a una situación estresante que les produce displacer, buscaran la forma de deshacerse de esta emoción y lo encontraran en

la sustancia psicoactiva, a esto se le denomina dependencia psicológica.” *El deseo irresistible de repetir la administración de la droga para obtener la vivencia de sus efectos placenteros agradables y/o evasivos (sedación, euforia, alucinación) y para evitar el malestar que se siente con su ausencia*” (2009, pág. 11), Por tanto debemos entender que el componente cognitivo (enfocados en el problema) y afectivo (enfocado en la emoción) van a determinar la conducta. En este caso la conducta adictiva.

En los siguientes cuadros se da cumplimiento al tercer objetivo específico: "Identificar cuáles son las relaciones significativas entre los tipos de familia y estilos de afrontamiento en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer."

TABLA N° 7 CORRELACIONES DE " r " PEARSON PARA LAS VARIABLES TIPOS DE FAMILIA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA NUEVO AMANECER.

ESTILO DE AFRONTAMIENTO	CORRELACION PEARSON	r	TIPOS DE FAMILIA
<u>ESTILO DE AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA</u>	<u>SE HALLO CORRELACION</u>	<u>,411 *</u>	<u>SEGÚN SU ADAPTABILIDAD</u>
ESTILO CENTRADO EN LA EMOCION	NO SE HALLO CORRELACION	0	SEGÚN ADAPTABILIDAD
OTROS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	NO SE HALLO CORRELACION	0	SEGÚN ADAPTABILIDAD
<u>ESTILO CENTRADO EN EL PROBLEMA</u>	<u>SE HALLO CORRELACION</u>	<u>,432 *</u>	<u>SEGÚN SU COHESION</u>
ESTILO CENTRADO EN LA EMOCION	NO SE HALLO CORRELACION	0	SEGÚN COHESION
OTROS ESTILOS	NO SE HALLO CORRELACION	0	SEGÚN COHESION

INTERPRETACION

En la presente tabla N° 7, se puede apreciar la correlación entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y los tipos de familia según su adaptabilidad, mientras que los estilos de afrontamiento centrados en la emoción

y otros estilos de afrontamiento no tienen correlación con el tipo de familia según su adaptabilidad. Por tanto mediante la correlación "r" de Pearson se puede observar que el valor de $r = 0,411^*$, este coeficiente de correlación se encuentra entre $-1 < r < 1$, y es positivo, por lo cual existe una correlación positiva en estas variables. El (*) indica que la correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral) Por consiguiente existe correlación positiva entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y la variable tipo de familia según su adaptabilidad. A saber, a mayor uso de estilos de afrontamiento centrado en el problema mayor adaptabilidad familiar y al menor uso de estilos de afrontamiento centrado en el problema menor adaptabilidad familiar. Por ello, si los miembros de la familia realizan esfuerzos dirigidos a modificar, enfrentar o solucionar el problema lograrán mayor adaptabilidad familiar es decir un sistema marital o familiar óptimo y adaptativo con asertividad, control y disciplina, caso contrario. Si los integrantes de la familia no realizan esfuerzos para modificar, enfrentar y solucionar el problema, el sistema familiar resultara con baja adaptabilidad familiar, siendo un sistema marital o familiar poco óptimo y no adaptativo sin asertividad, control y disciplina

Así también se puede observar que los estilos de afrontamiento centrados en el problema están relacionados al tipo de familia según su cohesión. Mediante el coeficiente de correlación "r" de Pearson se puede distinguir la asociación de estas variables en donde $r = 0,432^*$ y entendiéndose que este resultado se encuentra entre: $-1 < r < 1$, la relación es positiva. El (*) indica que la correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral). Por tanto, a mayor uso del estilo de afrontamiento centrado en el problema, mayor cohesión familiar, de esta manera

si en la familia se realizan esfuerzos para modificar, enfrentar y solucionar el problema, se lograra mayor cohesión familiar con fuertes vínculos afectivos y tendencia a la dependencia familiar. Mientras que a menores esfuerzos para solucionar el problema, baja cohesión familiar con ausencia de unión afectiva e independencia personal.

La siguiente tabla responde al Objetivo General: Determinar la relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer del distrito de San Jerónimo de la región Cusco.

TABLA N° 8 CORRELACION ENTRE COMUNICACION FAMILIAR Y TIPO DE FAMILIA SEGUN SU ADAPTABILIDAD

COMUNICACIÓN FAMILIAR	CORRELACION PEARSON	r	TIPO DE FAMILIA
<u>COMUNICACIÓN FAMILIAR</u>	<u>SE HALLO CORRELACION</u>	<u>,618**</u>	<u>SEGÚN SU ADAPTABILIDAD</u>
COMUNICACIÓN FAMILIAR	NO SE HALLO CORRELACION	0	SEGÚN SU COHESION

INTERPRETACION

En la presente tabla N° 8 se puede observar una correlación entre comunicación familiar y tipo de familia según su adaptabilidad, donde $r = 0,618^{**}$, el valor numérico es positivo y se encuentra entre $-1 < r < 1$ por ende el coeficiente de correlación indica que existe correlación positiva entre las variables comunicación familiar y tipo de familia según su adaptabilidad. Los (**) indican que la correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Quiere decir que a mayor comunicación, mayor adaptabilidad familiar y a menor comunicación menor adaptabilidad, se entiende que mediante la comunicación se pueden exponer pensamientos, sentimientos, necesidades, etc que propiciara un sistema adaptativo de asertividad, control y disciplina familiar, contrariamente; cuando se expongan en menor medida necesidades pensamientos y sentimientos, se promoverá un sistema familiar con poco control liderazgo y disciplina familiar.

Además la comunicación de una familia, está relacionada con la cohesión y la adaptabilidad. Se establece que si se introducen cambios en estos niveles, también es posible modificar el funcionamiento familiar, se trata por tanto de una variable facilitadora del cambio.

4.2 ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

La presente investigación denominada relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer en el distrito de San Jerónimo- Cusco. Recinto que acoge a pacientes adictos a diferentes sustancias psicoactivas, en el cual se desarrolló el estudio que nos permitió conocer el tipo de familia del cual provienen los drogodependientes y de que estilos de afrontamiento se valen para enfrentar situaciones estresantes, de esta manera conociendo y analizando la dimensiones de la tipología familiar de Olson, podremos identificar el porqué del desarrollo de la adicción y la influencia familiar y así determinar la terapia individual y familiar del adicto que permita asistir al drogadicto en su rehabilitación.

El motivo del estudio es porque se ha observado los esfuerzos que realizan muchos adictos para rehabilitarse, teniendo intentos fallidos por no saber afrontar adecuadamente los problemas estresantes, por lo tanto si utilizarían las estrategias adecuadas y con un buen soporte familiar podrían rehabilitarse exitosamente, claro está siempre acompañado del tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico.

Las variables del presente estudio son tipos de familia y estilos de afrontamiento, el objetivo es determinar la relación entre tipos de familia y estilos de afrontamiento. Para tal cometido se utilizaron dos cuestionarios el de estilos de afrontamiento de COPE y el cuestionario de cohesión y adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson Faces II. De los resultados obtenidos las familias de acuerdo a su cohesión son separadas (44.4%) y de acuerdo a su adaptabilidad son estructuradas (51.9%) ambas pertenecen al área de función equilibrada, balanceada o funcional, así también según el modelo circumplejo de Olson, existen 16 tipos de familias en base a las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, de acuerdo a los resultados

obtenidos un porcentaje del 29,6% pertenecen a las familias estructuralmente separadas, perteneciendo a un funcionamiento equilibrado. Sin embargo en el cuestionario de Olson se determinó que el 97.3% de los residentes tenían comunicación enferma, así lo corrobora López Torrecillas que describe que hay “*dificultades en la comunicación con hijos consumidores*” (2005 , pág. 143), por ende en este tipo de familias sobresalen la comunicación enferma, impidiendo exponer sus sentimientos, preocupaciones y problemas, convirtiéndose este factor en un causal de consumo de drogas. Por lo tanto, no coincide con el resultado obtenido de que las familias sean equilibradas.

Otro estudio realizado por Enriquetelis en Colombia titulado función familiar en pacientes adictos a la heroína. Concluyeron que los adictos perciben el funcionamiento familiar en el rango extremo, es decir de tipo disfuncional un mayor porcentaje definió a su familia con una cohesión desligada y una adaptabilidad rígida. A comparación de la población de adictos en estudio, quienes consideran que su sistema familiar es funcional ya que un mayor porcentaje percibe que su cohesión familiar es separada y su adaptabilidad es estructurada. Así también algunas investigaciones demuestran, que las familias en las que existe un miembro toxicómano tienden a percibirse como desvinculadas y rígidas (puntuaciones de cohesión y adaptabilidad). Es decir, no existe cercanía entre sus miembros y tienen poca capacidad de flexibilizar y adaptarse a nuevas situaciones que se les propicien (Franklin & Streeter, 2004, pág. 8) Por lo tanto existe una gran diferencia entre la teoría, las anteriores investigaciones y las perspectivas de los adictos en estudio, una de las causas podría ser, que la población de los residentes en estudio, es joven y se encuentra en la etapa de negación de la enfermedad, en la

cual perciben que todo marcha bien y no hay problemas. Por otro lado también habría sido importante trabajar con la familia de los adictos.

Con respecto al método de investigación, este es una investigación descriptiva correlacional, la muestra de investigación es de 27 residentes, la población total del centro en el momento del estudio, por lo cual los resultados no pueden ser generalizados por tratarse de una población pequeña de residentes, el estudio solo describe a la comunidad terapéutica, una mejor alternativa hubiera sido hacer un estudio comparativo con otro centro de rehabilitación.

Los estilos de afrontamiento utilizados por los adictos de la comunidad Terapéutica en estudio son, los centrados en el problema, es decir los adictos buscan modificar o cambiar el problema. Este estudio coincide con la investigación realizada por Brazon y De Figueroa de la universidad Rafael Urdaneta –Maracaibo titulado: perfil del estrés en pacientes adultos drogodependientes, cuyos resultados indican que en cuanto a valoración positiva y negativa de las situaciones estos sujetos tienden a valorar las situaciones de manera negativa en su mayoría, utilizan como estrategias de afrontamiento minimización de la amenaza así como concentrarse en el problema, para la búsqueda de soluciones, alternativas y reformulaciones positivas para solucionar el problema. Pero otro estudio realizado en el Perú titulado Afrontamiento y soporte social en un grupo de adictos de un hospital psiquiátrico en Lima concluyo que el estilo más usado fue el enfocado a la emoción, seguido del enfocado en el problema. Es decir los adictos frente a un problema reaccionan de manera diferente otros actuaran de manera emocional buscando minimizar la emoción perturbadora y otros buscan enfrentar y solucionar el problema, pero muchos adictos fracasan en esa última alternativa. La respuesta está en que *“el impacto de la gravedad del consumo de las drogas como el*

cannabis, los estimulantes, los opiáceos y el alcohol sobre el funcionamiento ejecutivo” (Verdejo & Orozco, 2004, pág. 1114). Ha producido un deterioro del sistema ejecutivo cerebral por lo cual no tendrán la capacidad de planificar y resolver una situación problemática.

De ahí la importancia del estudio de todos los pacientes adictos, para ayudar al drogadicto, si este así lo decide.

,

CONCLUSIONES.

PRIMERA: Existe relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento de los residentes adictos, objetivo demostrado en el cumplimiento de los objetivos específicos.

SEGUNDA: Los tipos de familia predominantes en los residentes de la comunidad terapéutica son: Las estructuralmente separadas (29.6%), rígidamente desvinculadas, (18.5%) estructuralmente desvinculadas (14.8%), estos tres tipos parentales pertenecen al modelo equilibrado, extremo e intermedio, en su funcionalidad familiar. Sin embargo, hay una contradicción ya que la comunicación en las familias resulta siendo enferma. Por tanto en la población de estudio la enfermedad de la adicción se presenta en todo tipo de familias desde una equilibrada, intermedia o extremadamente disfuncional, estas familias presentan dificultades en su comunicación, por ende los hijos no exponen sus sentimientos, y preocupaciones o hay dobles mensajes y críticas, que disminuyen la capacidad de comunicación y debilitan la cohesión y adaptabilidad familiar.

TERCERA: El estilo de afrontamiento más utilizado por los residentes de la comunidad terapéutica es; el enfocado en el problema (51.9%), es decir estas personas realizan esfuerzos que se dirigen a modificar la situación y a disminuir la amenaza, porque perciben una posibilidad de cambio, evaluando el problema estresor y las posibles soluciones, eligen la solución y lo aplican al problema. Sin embargo, los adictos al consumir sustancias psicoactivas deterioran su sistema ejecutivo, produciéndose el síndrome disejecutivo por lo cual tendrán, dificultades en la planificación, afecto superficial, agresión, distraibilidad, toma de decisiones deficiente, por tanto fracasarán en la ejecución de las soluciones, de ahí que es

necesario que el adicto en rehabilitación debiera estar en completa abstinencia llevando terapia psiquiátrica psicoterapéutica, para recuperar su sistema ejecutivo.

CUARTA: En el presente estudio se reconocen las relaciones significativas entre los estilos de afrontamiento enfocados en el problema con la cohesión y adaptabilidad familiar; por tanto la búsqueda de solución de problemas influye en una mayor adaptabilidad y cohesión familiar, sin embargo, cuando se evade el problema se desarrolla una baja cohesión y adaptabilidad familiar. Así también existe relación muy significativa entre la comunicación y la adaptabilidad familiar, ya que mediante la comunicación se pueden exponer sentimientos, necesidades, preocupaciones por lo tanto cuanto mayor comunicación entre los miembros de la familia mayor adaptabilidad. Por el contrario cuanto menor comunicación menor adaptabilidad familiar.

QUINTA: La investigación responde a la hipótesis alterna de esta manera se afirma que existe relación entre tipos de familias y estilos de afrontamiento en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer del distrito de San Jerónimo de la Ciudad del Cusco.

SUGERENCIAS

PRIMERA: La existencia de programas educativos dirigidos por las municipalidades, quienes son las primeras autoridades locales para trabajar por el bienestar de los ciudadanos, para fortalecer a las familias y evitar la proliferación de adictos en sus comunas, realizando talleres dirigidos a la enseñanza de estilos de afrontamiento, adecuados a las situaciones de peligro, en las cuales los padres aprendan y enseñen a sus hijos a través del ejemplo a decir no al consumo de sustancias psicoactivas.

SEGUNDA: La comunidades terapéuticas deben desarrollar charlas preventivas a los jóvenes y adolescentes para informar sobre las graves consecuencias de la adicción, en el que los residentes expongan sus experiencias para crear conciencia de enfermedad en los que están iniciándose en las drogodependencias.

TERCERA: Continuar desarrollando trabajos de investigación en universidades, ONGs y responsables de la salud mental, respecto a los tipos de familia y estilos de afrontamiento en poblaciones de adictos, ya que esta población va incrementándose alarmantemente.

CUARTA: Desarrollar programas de rehabilitación dirigidos al tratamiento de las adicciones, encabezados por las comunidades terapéuticas bajo la supervisión del MINSA y especialistas. Donde los adolescentes y jóvenes que infringen la ley bajo los efectos de sustancias psicoactivas serán sentenciado a recibir tratamiento obligatorio en esta institución, ya que el ingreso de un adicto a un centro penitenciario, exagera su comportamiento adictivo y seguirá siendo un peligro latente, no es una solución pero podría resultar siendo una gran alternativa y oportunidad para muchos adictos que pudieran recuperarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Adaptacion de Casuso. (1998). CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRES. Lima.
- 2 Benavente, M. (1 de Febrero de 2015). Cusco ocupa el primer lugar en el consumo de marihuana. Diario Correo, pág. 14.
- 3 Brazon Athanasopulos, J., & De Figueroa Martinez , I. (2012). Perfil de Estres en pacientes adultos drogodependientes . Maracaibo Venezuela.
- 4 Carver,Ch. (2013). Estilos de Afrontamiento. En L. e. Puicon, TESIS:Resilencia y Estilos de Afrontamiento en Mujeres con Cancer de Mama de un hospital Estatal de Chiclayo (pág. 18). Chiclayo, Peru.
- 5 CEDRO. (2013). Panorama general del uso de drogas en el Peru. En M. A. Zavaleta, & C. L. Tapia, Epidemiologia de drogas en poblacion urbana peruana 2013 (pág. 14). Lima: MACOLE S.R.L.
- 6 CEDRO. (2015). Prevalencia de Vida de Drogas Sociales e Ilegales Segun Sexo. En C. d. Drogas, El Problema De Las Dogas en el Peru (pág. 74). Lima.
- 7 CINU. (23 de Junio de 2016). El Numero Adultos Adictos a Las Drogas Aumenta por primera vez en 6 años. CINU Centro de Informacion de las Naciones Unidas.
- 8 Comas Arnau, D. (2010). Definicion de Comunidad Terapeutica. En Fundacion Atenea, La Metodologia de la Comunidad Terapeutica (pág. 51). Madrid España: Fundacion Atenea grupo Gip.

- 9 Comas Arnau, D. (2010). Una Breve Historia. En F. Atenea, La Metodología de la Comunidad Terapéutica (pág. 16). Madrid-España: Fundación Atenea Grupo Gip.
- 10 DECLARACION UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. (2008). Artículo 16 inciso 3. UNESCO Organización de Las Naciones Unidas para la Educación La Ciencia y la Cultura, (pág. 16). Santiago -Chile.
- 11 Del Moral, M. M., & Fernandez, L. P. (2009). Fundamentos Biopsicosociales de las drogodependencias prevención y tratamiento. En P. Lorenzo, J. Ladero, J. Leza, & I. Lizasoain, Drogodependencias-Farmacología, Patología, Psicología y Legislación (tercera ed., pág. 53). Buenos Aires-Madrid, Argentina-España: Medica Panamericana.
- 12 Delgado Mejía, I., & Etchepareborda, C. (2013). Trastorno de las funciones Ejecutivas. Revista Neurológica, S95-S103.
- 13 Enriquecellis Murillo, J. (Mayo- Febrero de 2011-2012). La Función Familiar en Consumidores de Heroína Consultantes del Centro De Atención en Drogadicción Realizado en Pereyra Cartago. Función Familiar en Consumidores de Heroína. Pereyra , Cartago , Colombia.
- 14 Franklin , & Streeter. (2004). El Papel de la Familia en el Consumo de drogas . En M. Sanz, & A. Martínez Pampliega, El Conflicto Parental y el consumo de Drogas en Los hijos e Hijas (págs. 1-69). Vasco.
- 15 Galindo, J., Osso, L., Mormonto, W., & Rodríguez , L. (Enero de 2004). Vulnerabilidad Familiar al Consumo de Drogas en Familias de Adolescentes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Lima Metropolitana 2004.


- Vulnerabilidad Familiar al Consumo de Drogas en familias de adolescentes.
Lima, Lima-Metropolitana, Peru .
- 16 Gallego Henao, A. M. (Febrero-Mayo de 2012). Recuperacion Critica de los Conceptos de Familia, Dinamica Familiar y sus características. Revista virtual Universitaria Catolica del Norte(35), 326-340.
- 17 Garcia, B. L. (26 de Marzo de 2016). El comercio Lima. Cedro: Hay déficit para terapias de adolescentes y mujeres.
- 18 Guevara Ortega , G., Hernandez Valz, H., & Flores Lezama, T. (Julio de 2001). Estilos de Afrontamiento al Estres en Pacientes Drogadependientes. Revista de investigacion en Psicologia, 4(2), 54.
- 19 Guevara Ortega, G., Hernandez Valz, H., & Florez Lezama, T. (Julio de 2001). Estilos de Afrontamiento al estres en pacientes Drogadependiente. Revista de investigacion en Psicologia, 55.
- 20 Gutierrez, C., Contreras, H., trujillo Haro, & Ramos Castillo. (2010). La familia en la prevencion de la adiccion de sustancias psicoactivas. Lima-Peru.
- 21 Gutierrez, C., Contreras, H., & Trujillo, D. (enero- marzo de 2010). La familia en la prevencion de la adiccion a sustancias psicoactivas en adolescentes Lima 2010. Obtenido de Anales de la Facultad de medicina UNMSM: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000100013
- 22 Laurenco, A. (2011). Adicciones Paraisos e Infiernos. Bloomington, Indiana, EEUU: luniverse.

- 23 Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stres Apraisal and Coping. En R. Martinez , Traduccion Española Estres y Procesos Cognitivos (pág. 71). Barcelona, España.
- 24 Lezak. (1012). conclusiones Funciones Ejecutivas. En J. Tirapu-Ustarroz, & P. Luna Lario, Neuropsicología de las funciones Ejecutivas (págs. 242-260). Barcelona: Barcelona:Viguerra 1012.
- 25 Lopez Torresillas. (2005). Influenci Del Apoyo Familiar en la autoeficacia de los Drogo Dependientes . Revista de Adicciones , 241-249.
- 26 Lorenzo, P., & Ladero, J. (2009). Drogodependencias (Vol. III). España, España: MEDICA PANAMERICANA S.A.
- 27 Marchiori. (2003). Rasgos de Personalidad. En V. Di Pede, Rasgos de Personalidad en Personas Dependientes de Cocaina Y Alcohol (págs. 1-132). Maracaibo, Venezuela.
- 28 Minuchin, S. (1985). FAMILIAS. En S. Minuchin, Tecnicas de Terapia Familiar (J. L. Etcheverry, Trad., pág. 25). Barcelona-Buenos Aires: Paidos, SAICF.
- 29 Nizama Valladolid , M., & Sanez, y. (1995). Comunidad Terapeutica en Adicciones. Revista de Neuropsiquiatria, 116.
- 30 OEA-CICAD, & drogas, C. I. (2015). INFORME DEL USO DE DROGAS EN AMERICA LATINA. Washington D.C., EEUU.
- 31 Olson , D. (2003). Funcionamiento Familiar en el Modelo Circunplejo de Olson, Russell y Sprenklee. En A. Polaino Laurente, & P. Martinez Cano , evaluacion Psicologica y Psicopatologica de la familia (pág. 197). Madrid: Rialp.S.A.

- 32 Olson, D. (1998). Modelo Circumplejo de Olson Russell y Sprenkleer. En A. Palaino Tolente, & P. Martinez Cano, Evaluacion Psicologica y Psicopatologica de la Familia (2da ed., pág. 195). Madrid, Navarra, España: Rialp S.A.
- 33 Olson, D. (2011). Funciones de La Familia Segun el modelo Circinplejo de Olson. En A. S. Zambrano Vargar, Cohesion, Adaptabilidad Familiar y rendimiento Academico en comunicacion de alumnos de una Institucion Educativa del Callao (pág. 21). Lima, Callao, Peru.
- 34 Olson, D., Sprenkle, D., & Rusell, C. (1979). Factores Psicosociales familiares asociadcos a la iniciacion sexual en escolares de educacion secundaria de cercado de Lima. En I. A. Zarate Lezama, Circunples Model of marital and family system, cohesion and adaptability dimesnions family type and clinical applications (pág. 28). Newn York.
- 35 Organizacion Mundial de la Salud, G. (1992). CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Gineba: Tecnicas Graficas FORMA. S.A. .
- 36 Pacheco Luza, E. F. (2006). Diagnostico Local Participativo del Consumo de Drogas en el Distrito del Cusco. Cusco, Cusco, Peru.
- 37 Pedrero Perez, E. J., & Rojo Mota , G. (2008). Estilos de Afrontamiento del Estres y la Adiccion. REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS(4), 257.Obtenidode:
http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/22395/v33n4_2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 38 Rodriguez Chacon, A. (2012). Afrontamiento y Soporte social en un grupo de Adictos de un Hospital Psiquiatrico de Lima. Lima, Lima, Peru.

- 39 Rodriguez de Fonseca, F. (2006). Investigacion en drogodependencias. En J. Ballesteros, M. Torrens, & C. J. Valderrama Zurrian, Manual introductorio a la investigacion en Drogodependencias (pág. 10). Malaga-España: Martin Impresores S.L.
- 40 Sampieri, H. R., Fernandez , C. C., & Baptista, L. P. (2006). Metodologia de la investigacion . Mexico: Marcela I Rocha Martinez.
- 41 Sandin, B. (2012). Estilos de Afrontamiento. En G. Camacho Miranda, Alcoholismo-Estrategias de afrontamiento que utiliza la familia para cohabitar (pág. 29). Santiago de queretaro .
- 42 Stierlin. (2011). La Familia Como Sistema. En A. S. Zambrano Vargas, Cohesion, Adaptabilidad y rendimiento Academico en comunicacion de Alumnos de una Institucion Educativa del Callao (pág. 14). Lima, Callao, Peru.
- 43 TUNODC. (2013). Abuso de drogas en adolescentes y jovenes y vulnerabilidad familiar- UNODC-. Viena: oficina de las naciones unidas primera edicion.
- 44 UNODC. (2015). Informe Mundial sobre las Drogas 2015 encuentra estable el consumo de drogas, y el acceso a tratamiento por Drogas y VIH aún bajo. VIENA: Oficina UNODC.
- 45 Valdez Cuervo, A. A. (2007). Familia y Desarrollo intervenciones en terapia familiar. Mexico: El Manual moderno S.A. de C.V.
- 46 Verdejo, A., & Orozco, C. (2004). impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componenetes de las funciones Ejecutivas. Revista de Neurologia, 1109-1116.

ANEXOS

 **UAP | UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS**
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA.
FILIAL CUSCO

“Año de la consolidación del Mar de Grau”

Cusco, 07 de Abril del 2016

OFICIO N° 16- 2016 – FMHyCS – FILIAL – CUSCO

SEÑOR.

JUAN CARLOS WALSTROHN AGUILAR
DIRECTOR DE LA AA.CASA HOGAR DE REHABILITACION FISICA, MENTAL Y
ESPIRITAL “NUVEO AMANECER”
PRESENTE.

ASUNTO : SOLICITO BRINDAR FACILIDADES PARA REALIZAR
INVESTIGACION (TESIS).

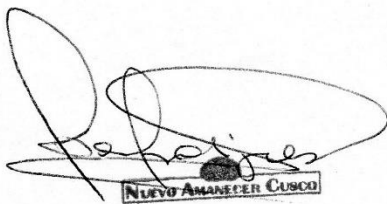
Es grato dirigirme a usted; para expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que, el requisito para obtener el título profesional de Licenciado en Psicología Humana en nuestra casa de estudios es haber elaborado una tesis de investigación.

Motivo por el cual la Srta. Bachiller en Psicología Humana: YENI MAYHUA MAYTA procedió a la inscripción del proyecto de tesis intitulada “TIPOS DE FAMILIA RELACIONADO A ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS RESIDENTES DEL CENTRO DE REHABILITACION NUEVO AMANECER”

En ese sentido solicito respetuosamente a Ud., brindar facilidades que es el caso requiera para permitir que la bachiller precitada pueda aplicar las pruebas necesarias a fin de lograr y llegar a obtener resultados que beneficien a su institución como a la universidad.

Sin otro particular y en espera que la presente tenga la atención que merezca, hago propicia la oportunidad para expresar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente


NUEVO AMANECER CUSCO

11-04-16
César Rodríguez Córdoba
DIRECTOR DE PROGRAMA
10.15AM


UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL CUSCO
Américo Mejía Masías
COORDINADOR ACADÉMICO ESCUELA
PROFESIONAL DE PSICOLOGIA HUMANA

ENCUESTA A JUECES EXPERTOS.

SR(A). PSICÓLOGO(A)

La presente encuesta tiene el objetivo de averiguar acerca de algunos aspectos importantes sobre la validez, confiabilidad y adecuación del test a nuestro medio que le presentamos a continuación. Tenga Ud. La amabilidad de responderá las siguientes preguntas.

Objetivo del test: Evalúa el modelo familiar..

Autores: David Olson, Joyce Portier y Yoav Lavee

Año: 1985

Área de medición: Todas las edades a partir de los 12 años

Se utiliza en la investigación titulada:

"Tipos de familia y su relación a estilos de afrontamiento en residentes del centro de rehabilitación nuevo amanecer del distrito San Jerónimo de la ciudad del cusco"

¿Cómo califica la redacción y claridad de los ítems?

- Muy Bueno.
- ✓ • Bueno
- Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

¿Considera que los ítems del ^{test} conforman un conjunto de preguntas adecuadas para la medición en nuestro medio?

- Muy Bueno.
- Bueno
- ✓ • Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

¿Considera adecuada la presentación física de los materiales del test?
(Cuadernillos y hojas de respuesta).

- Muy Bueno.
- ✍ Bueno
- Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

¿Cómo califica la consigna y la información ofrecida por el test para su resolución?

- Muy Bueno.
- ✍ Bueno
- Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

¿Considera que el conjunto de preguntas o ítems que contiene el test representa adecuadamente al concepto teórico que pretenden medir?

- Muy Bueno.
- ✍ Bueno
- Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

¿Considera que algunas de las preguntas del test son innecesarias o que no miden adecuadamente el rasgo o los rasgos evaluados?

- Muy Bueno.
- Bueno
- ✍ Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

¿Se adecua a la estructura y materiales del test a los requerimientos culturales de la población objetivo?

- Muy Bueno.
- Bueno
- ✍ Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

¿Las normas de calificación y baremos del test están bien elaborados?

- Muy Bueno.
- Bueno
- Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

Sugerencias:

.....
.....
.....

Gracias.

GOBIERNO REGIONAL CUBCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
DIRECCION DE SALUD DE LAS PERSONAS


P.S. Jon E. Muñoz García

Nombre del Psicólogo:

Reg. de la E.S. de Salud Mental y Cultura de Paz
P.E.S.P. 13807

N. de Colegiatura :

¿Las normas de calificación y baremos del test están bien elaborados?

- Muy Bueno.
- Bueno
- Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

Sugerencias:

.....
.....
.....

Gracias.

Nombre del Psicólogo:



.....
David Concha Romaña
PSICÓLOGO
C.P.P. 6754

N. de Colegiatura :

6754

¿Las normas de calificación y baremos del test están bien elaborados?

- Muy Bueno.
- Bueno
- Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

Sugerencias:

.....
.....
.....

Gracias.

Nombre del Psicólogo:

Ps. ANDREA LAJO CHAVEZ

N. de Colegiatura :

7878

ENCUESTA A JUECES EXPERTOS.

Sr. Psicólogo

La presente encuesta tiene el objetivo de averiguar acerca de algunos aspectos importantes sobre la validez, confiabilidad y adecuación del test a nuestro medio que le presentamos a continuación. Tenga Ud. La amabilidad de responderá las siguientes preguntas.

Objetivo del test: Evalúa lo que la persona usualmente hace en situaciones estresantes.

Autor: Carver, Seller & Weintraub

Año: 1989

Área de medición: El instrumento incorporara 3 tipos de estilos cada una con estrategias de afronte

Se utiliza en la investigación titulada:

"Tipos de familia y su relación a estilos de afrontamiento en residentes del centro de rehabilitación nuevo amanecer del distrito San Jerónimo de la ciudad del cusco"

¿Cómo califica la redacción y claridad de los ítems?

- Muy Bueno.
- Bueno
- Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

¿Considera que los ítems del conforman un conjunto de preguntas adecuadas para la medición en nuestro medio?

- Muy Bueno.
- Bueno
- Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

¿Considera adecuada la presentación física de los materiales del test?
(Cuadernillos y hojas de respuesta).

- Muy Bueno.
- Bueno
- Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

¿Cómo califica la consigna y la información ofrecida por el test para su resolución?

- Muy Bueno.
- Bueno
- Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

¿Considera que el conjunto de preguntas o ítems que contiene el test representa adecuadamente al concepto teórico que pretenden medir?

- Muy Bueno.
- Bueno
- Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

¿Considera que algunas de las preguntas del test son innecesarias o que no miden adecuadamente el rasgo o los rasgos evaluados?

- Muy Bueno.
- Bueno
- Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

¿Se adecua a la estructura y materiales del test a los requerimientos culturales de la población objetivo?

- Muy Bueno.
- Bueno
- Regular
- Deficiente

- Muy deficiente

¿Las normas de calificación y baremos del test están bien elaborados?

- Muy Bueno.
- Bueno
- Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

Sugerencias:

Los ítems 10 y 23 parecen decir lo mismo, ante la posible duda del sujeto evaluado debe brindarse el apoyo, para q' su interpretación sea adecuada.

Gracias.

Nombre del Psicólogo: Ps. Yvaira Luján CHÁVEZ

N. de Colegiatura : 7878

- Muy deficiente

¿Las normas de calificación y baremos del test están bien elaborados?

- Muy Bueno
- Bueno
- Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

Sugerencias:

.....
.....
.....

Gracias.

Nombre del Psicólogo:



.....
David Concha Romaña
PSICÓLOGO
C.P.P. 6754

N. de Colegiatura :

6754

.....

- Muy deficiente

¿Las normas de calificación y baremos del test están bien elaborados?

- Muy Bueno
- Bueno
- Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

Sugerencias:

Gracias.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
DIRECCION DE SALUD DE LAS PERSONAS

Ps. Joni E. Muñoz García

Coord. Reg. de la ES de Salud Mental y Cultura de Paz
P.P.S. P. 13897

Nombre del Psicólogo: -----

N. de Colegiatura : -----

FICHA DE DATOS

Responda llenando los siguientes datos o responda a las preguntas planteadas, marcando con una (x) o una (+).

1 Tiempo de internación _____

2. Fecha de ingreso al programa: _____

Fecha actual: _____

3. Edad: _____ años

4. Estado civil:

- | | | | |
|----------------|-----|---------------|-----|
| 1. Soltero | () | 4. Divorciado | () |
| 2. Casado | () | 5. Viudo | () |
| 3. Conviviente | () | 6. Separado | () |

5. ¿Tiene usted hijos? ¿Cuántos?: _____

6. Nivel de Instrucción:

- | | | | |
|------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 1. Primaria completa | () | 5. Primaria incompleta | () |
| 2. Secundaria completa | () | 6. Secundaria incompleta | () |
| 3. Técnica completa | () | 7. Técnica incompleta | () |
| 4. Superior completa | () | 8. Superior incompleta | () |

7. Distrito dónde vivía (antes del internamiento) : _____

8. Ocupación (antes del internamiento):

1. Desocupado ()

Si es que trabajaba, su trabajo era (es):

- | | | | |
|------------------|-----|----------------|-----|
| 2. Independiente | () | 6. Dependiente | () |
| 3. Informal | () | 7. Formal | () |
| 4. Estable | () | 8. Eventual | () |
| 5. Contratado | () | 9. Otro | () |

Especifique _____

9. ¿Con quién(es) vivía (antes del internamiento)?

- | | | | |
|------------------|-----|----------------------|-----|
| 1. Solo | () | 6. Pareja e hijo(s) | () |
| 2. Pareja | () | 7. Padres e hijo(s) | () |
| 3. Madre o padre | () | 8. Otros familiares | () |
| 4. Padres | () | 9. Padres y hermanos | () |
| 5. Otros | () | | |

10. Edad de inicio de consumo de sustancias: _____ años

11. ¿Cuál fue la droga problema que motivó su internación?

- | | | | | | |
|----------------------|-----|---------------|-----|-------------------|-----|
| 1. Alcohol | () | 5. Tabaco | () | 9. (PBC + cocaína | () |
| 2. Cocaína | () | 6. PBC | () | 10. Éxtasis | () |
| 3. Tranquilizantes | () | 7. Inhalantes | () | | |
| 4. (PBC + marihuana) | () | 8. Marihuana | () | | |

11. Otra () Especifique _____

12. Tiempo de consumo de la droga por la que fue internado: _____ años.

13. Número de internamientos previos (en este programa o en otros):
_____ Internamientos previos.

14. De haber tenido internamientos previos, ¿Qué edad tenía cuando fue su primer Internamiento? _____ años.

15. ¿Pertenece actualmente o forma parte de alguna agrupación de Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Club de Abstemios u otra similar?

1. Si () Nombre de la agrupación _____
2. No ()

16. ¿Ha participado o formado parte en algún momento de su vida de alguna agrupación de Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Club de Abstemios u otra similar?

1. Si () Nombre de la agrupación _____
2. No ()

17. En caso de haber participado de alguna agrupación de Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Club de Abstemios u otra similar

¿A qué edad participó? _____

18. ¿Cuenta usted con otro diagnóstico, que no esté relacionado al consumo?

1. Si ()
2. No ()

¿Cuál?: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: "tipos de familia relacionada a estilos de afrontamiento de los residentes del centro de rehabilitación Nuevo Amanecer". Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, deposito la plena confianza que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación asegurándome la máxima confidencialidad.



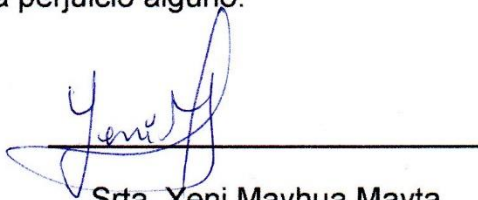
Firma

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada estudiante:

Yo, Yeni Mayhua Mayta, investigadora del presente estudio, me comprometo a guardar la máxima confidencialidad en cuanto a la información que se me brinde a través del instrumento, asimismo manifiesto que los resultados del presente estudio no le causará perjuicio alguno.

Atte.



Srta. Yeni Mayhua Mayta

Responsable de la investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: "tipos de familia relacionada a estilos de afrontamiento de los residentes del centro de rehabilitación Nuevo Amanecer-". Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, deposito la plena confianza que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación asegurándome la máxima confidencialidad.

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line with a stylized, looped flourish above it.

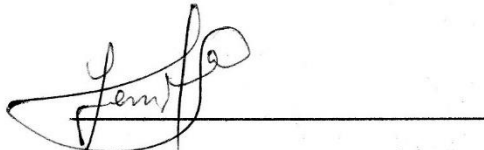
Firma

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada estudiante:

Yo, Yeni Mayhua Mayta, investigadora del presente estudio, me comprometo a guardar la máxima confidencialidad en cuanto a la información que se me brinde a través del instrumento, asimismo manifiesto que los resultados del presente estudio no le causará perjuicio alguno.

Atte.

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized 'Y' and 'M' with a horizontal line underneath.

Srta. Yeni Mayhua Mayta

Responsable de la investigación

MBC
005

ESCALA DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR FACES II

A continuación se presenta una serie de enunciados relacionados con aspectos que se producen en las familias y entre los familiares, indique por favor con que frecuencia le ocurren a usted.

- | |
|-------------------------|
| 1.- Nunca o casi nunca. |
| 2.- Pocas veces |
| 3.- A veces |
| 4.- Con frecuencia |
| 5.- Casi siempre |

1	Coh	Los miembros de la familia se sienten muy cercanos los unos a los otros	1 2 3 4 5
2	A	Cuando hay que resolver problemas se siguen las propuestas de los hijos	1 2 3 4 5
3	C	Los padres tienen dificultades para llegar a acuerdos	1 2 3 4 5
4	A	En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, castigos) es justa	1 2 3 4 5
5	Coh	Los miembros de la familia asumen las decisiones que se toman de manera conjunta como familia	1 2 3 4 5
6	C	Es difícil saber cuales son las normas en nuestra familia	1 2 3 4 5
7	C	Los miembros de la familia se evitan unos a los otros en casa	1 2 3 4 5
8	C	Los miembros de la familia tienen miedo a decir lo que piensan	1 2 3 4 5
9	Coh	Los miembros de la familia se piden ayuda mutuamente	1 2 3 4 5
10	A	En cuanto a la disciplina se tiene en cuenta la opinión de los hijos (normas, obligaciones)	1 2 3 4 5
11	C	Vemos con buenos ojos los amigos de los miembros de la familia	1 2 3 4 5
12	A	Cuando surgen problemas, negociamos para encontrar una solución	1 2 3 4 5
13	Coh	En nuestra familia hacemos cosas juntos	1 2 3 4 5
14	Coh	Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia más cercana	1 2 3 4 5
15	Coh	Cuando surge un problema cada miembro de la familia lo resuelve por su cuenta	1 2 3 4 5
16	A	Los miembros de la familia dicen lo que quieren libremente	1 2 3 4 5
17	Coh	Los miembros de la familia tienen dificultades para encontrar tiempo para estar juntos	1 2 3 4 5
18	Coh	En nuestra familia todos compartimos las responsabilidades	1 2 3 4 5
19	Coh	Los miembros de la familia se meten demasiado en los asuntos de los demás	1 2 3 4 5
20	C	En nuestra familia mandan diferentes personas	1 2 3 4 5

Coh = 34

21	C	Los miembros de la familia conocen a los amigos íntimos de los demás	1 2 3 4 5
22	A	En nuestra familia es difícil cambiar una norma	1 2 3 4 5
23	C	En nuestra familia nos reunimos todos juntos en la misma habitación (sala, cocina etc)	1 2 3 4 5
24	Coh	Los miembros de la familia se sienten más cercanos a personas externas a la familia que a los propios miembros de la familia	1 2 3 4 5
25	coh	A los miembros de la familia les gusta pasar su tiempo libre juntos.	1 2 3 4 5
26	C	En nuestra familia, a todos nos resulta fácil expresar nuestra opinión.	1 2 3 4 5
27	Coh	Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en los momentos difíciles	1 2 3 4 5
28	A	En nuestra familia se intentan nuevas formas de resolver los problemas.	1 2 3 4 5
29	Coh	Los miembros de la familia comparten intereses y Hobbies	1 2 3 4 5
30	C	Cuando quedamos en hacer actividades juntos, la mayoría de la familia está presente	1 2 3 4 5
31	C	Tenemos amigos a los vemos todos juntos como Familia	1 2 3 4 5
32	Coh	En nuestra familia se respeta la forma de ser de cada uno	1 2 3 4 5
33	Coh	Los miembros de la familia hacen cosas en pareja, más que todos juntos	1 2 3 4 5
34	A	Todos tenemos voz y voto en las decisiones importantes	1 2 3 4 5
35	A	Es más fácil comentar los problemas con personas externas a la familia que con la familia	1 2 3 4 5
36	Coh	Nos cuesta pensar en cosas para hacer juntos	1 2 3 4 5
37	A	Nuestra familia cambia su forma de organizar las actividades de la vida diaria de la familia	1 2 3 4 5
38	Coh	Los miembros de la familia se consultan unos a otros sus decisiones	1 2 3 4 5
39	A	En nuestra familia las normas pueden cambiar	1 2 3 4 5
40	Coh	Nuestra familia come reunida más de una vez al día	1 2 3 4 5
41	A	Los padres y los hijos hablan juntos sobre el castigo	1 2 3 4 5
42	Coh	La unidad familiar es una preocupación principal	1 2 3 4 5
43	C	La mayoría de las decisiones las toman los padres	1 2 3 4 5
44	A	Una vez que se le asigna una tarea a un miembro de la familia no es posible realizar cambios	1 2 3 4 5
45	C	Nuestra familia no habla sobre sus problemas	1 2 3 4 5
46	Coh	Tomamos entre todos la responsabilidad de las tareas domésticas	1 2 3 4 5
47	A	Comentamos los problemas y nos sentimos muy bien con las soluciones encontradas	1 2 3 4 5
48	C	En nuestra familia es difícil saber quién manda	1 2 3 4 5
49	C	En nuestra familia es difícil saber quién hace cada tarea doméstica	1 2 3 4 5
50	Coh	En nuestra familia cada uno va a lo suyo	1 2 3 4 5

coh = 40

A = 28

C = 27

RESULTADOS COHESION FAMILIAR

Coh = 72

- 1.- Desvinculada: 63 a 90 pts
- 2.- Separada: 47 a 62 pts.
- 3.- Conectada: 31 a 46 pts.
- 4.- Enmarañada: 0 a 30 pts

ADAPTABILIDAD

A = 42

- 1.- Rígida: 42 a 60 pts.
- 2.- Estructurada: 30 a 41 pts
- 3.- Flexible: 29 a 18 pts
- 4.- Caótica: 0 a 17 pts.

COMUNICACIÓN

- 1.- Sana: 0 a 30 pts
- 2.- Enferma: 31 a 70 pts

C = 42

Fam = Rigidamente desvinculada

Cohesión = desvinculada

Adaptabilidad = Rígida

Comunicación = Enferma

002
CEMA

**CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS
FORMA DISPOSICIONAL**

Instrucciones

Nuestro interés es conocer cómo las personas responden cuando enfrentan a situaciones difíciles o estresantes. Con este propósito en el presente cuestionario se pide indicar qué cosas hace o siente con más frecuencia cuando se encuentra en tal situación. Seguro que diversas situaciones requieren respuestas diferentes, pero piense en aquellos **QUE MAS USA**. No olvide responder todas las preguntas teniendo en cuenta las siguientes alternativas:

NUNCA (NO)
SIEMPRE (SI)

1	Ejecuto acciones adicionales para deshacerme del problema
2	Elaboro un plan de acción para deshacerme del problema
3	Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema
4	Me esfuerzo esperando el momento apropiado para enfrentar el problema.
5	Pregunto a personas que han tenido experiencias similares sobre lo que hicieron
6	Hablo con alguien sobre mis sentimientos
7	Busco algo bueno de lo que está pasando.
8	Aprendo a convivir con el problema.
9	Busco la ayuda de Dios.
10	Emocionalmente me perturbo y libero mis emociones
11	Me niego a aceptar que el problema ha ocurrido.
12	Dejo de lado mis metas
13	Me dedico a trabajar o realizar otras actividades para alejar el problema de mi mente
14	Concentro mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema
15	Elaboro un plan de acción
16	Me dedico a enfrentar el problema, y si es necesario dejo de lado otras actividades
17	Me mantengo alejado del problema sin hacer nada, hasta que la situación lo permita
18	Trato de obtener el consejo de otros para saber que hacer con el problema
19	Busco el apoyo emocional de amigos o familiares
20	Trato de ver el problema en forma positiva
21	Acepto que el problema ha ocurrido y no podrá ser cambiado
22	Deposito mi confianza en Dios
23	Libero mis emociones
24	Actúo como si el problema no hubiera sucedido realmente.
25	Dejo de perseguir mis metas
26	Voy al cine o miro la TV, para pensar menos en el problema
27	Hago paso a paso lo que tiene que hacerse
28	Me pongo a pensar más en los pasos a seguir para solucionar el problema
29	Me alejo de otras actividades para concentrarme en el problema

30	Me aseguro de no crear problemas peores por actuar muy pronto.
31	Hablo con alguien para averiguar más sobre el problema
32	Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo.
33	Aprendo algo de la experiencia
34	Me acostumbro a la idea de que el problema ya ha sucedido
35	Trato de encontrar consuelo en mi religión
36	Siento mucha perturbación emocional y expreso esos sentimientos a otros
37	Me comporto como si no hubiese ocurrido el problema
38	Acepto que puedo enfrentar al problema y lo dejo de lado
39	Sueño despierto con otras cosas que no se relacionen al problema
40	Actúo directamente para controlar el problema
41	Pienso en la mejor manera de controlar el problema
42	Trato que otras cosas no interfieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema
43	Me abstengo de hacer algo demasiado pronto
44	Hablo con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema
45	Busco la simpatía y la comprensión de alguien.
46	Trato de desarrollarme como una persona a consecuencia de la experiencia
47	Acepto que el problema ha sucedido
48	Rezo más de lo usual
49	Me perturbo emocionalmente y estoy atento al problema
50	Me digo a mí mismo : "Esto no es real"
51	Disminuyo los esfuerzos que pongo para solucionar el problema
52	Duermo más de lo usual

HOJA DE RESPUESTAS

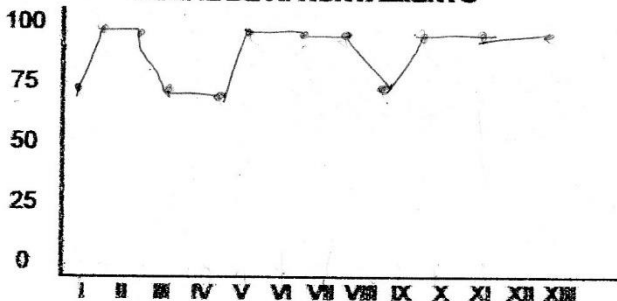
Nombre: _____

Edad: 27 Sexo: (M) (F)

Marque en el espacio de Si o No, si su respuesta coincide o discrepa con el ítem.

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No
15				19				16				
3	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4
x0.25	x0.25	x0.25	x0.25	x0.25	x0.25	x0.25	x0.25	x0.25	x0.25	x0.25	x0.25	x0.25
75	100	100	75	75	100	100	100	75	100	100	100	100

PERFIL DE AFRONTAMIENTO



INTERPRETACION

19 = Estilo de Afrontamiento enfocado en la emoción

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO RELACIONADO A TIPOS DE FAMILIA DE LOS RESIDENTES DEL CENTRO DE REHABILITACION NUEVO AMANECER DE SAN JERONIMO- CUSCO 2016

Problema	Objetivos	Variables	Tipo de Investigación.	Población y muestra
<p>GENERAL ¿Existe relación entre los tipos de familia y estilos de afrontamiento de los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer del distrito de San Jerónimo de la ciudad del Cusco?</p>	<p>GENERAL Determinar la relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento de los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer del distrito de San Jerónimo de la ciudad del Cusco</p>	<p>V1 Tipos de familia</p>	<p>Tipo. Descriptivo correlacional</p>	<p>Población 27 residentes de la Comunidad Terapéutica Nuevo Amanecer</p>
<p>ESPECÍFICOS ¿Cuáles son los tipos de familia predominantes en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer?</p>	<p>ESPECÍFICOS Identificar los tipos de familia predominantes de los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer</p>	<p>V2 Estilos de afrontamiento</p>		
<p>¿Cuáles son los estilos de afrontamiento utilizados por los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer?</p>	<p>Describir cuáles son los estilos de afrontamiento utilizados por los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer</p>			
<p>¿Cuáles son las relaciones significativas entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento de los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer?</p>	<p>Determinar cuáles son las relaciones significativas entre los tipos de familia y estilos de afrontamiento en los residentes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer</p>			

ESTADISTICOS

Estadísticos

		EDAD	SEXO	GRADOINS	ESTCIVIL	N.HIJOS
N	Válidos	27	27	27	27	27
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		30,8148				,7407
Varianza		121,080				1,892

Estadísticos

		OCUPACION	VIVIAANTES	DROGSCONS	FAMCOPUN	FAMCODX
N	Válidos	27	27	27	27	27
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media					55,1481	
Varianza					163,516	

Estadísticos

		FAMADAPUN	FAMADADX	COMUNPUN	COMUNDX	AFRONTPUN
N	Válidos	27	27	27	27	27
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		36,8519		37,9259		96,2963
Varianza		108,593		28,148		81,909

Estadísticos

		AFRONPTOT	AFRONDx
N	Válidos	27	27
	Perdidos	0	0
Media		241,6667	
Varianza		12692,308	

BASE DE DATOS DE LA INVESTIGACION

CODIGO	EDAD	SEXO	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	ESTADO CIVIL	Nº DE HIJOS	OCUPACION	QUIENES VIVIA ANTES	DROGAS DE CONSUMO	POS DE FAMILIA SEGÚN SU COHESIÓN		POS DE FAMILIA SEGÚN SU ADAPTABILIDAD		TIPO DE COMUNICACIÓN		TIPO DE ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO		
									PUNTAJE	DIAGNOSTICO	PUNTAJE	DIAGNOSTICO	PUNTAJE	DIAGNOSTICO	PERFIL DE AFRONT.	PJE. TOTAL	DIAGNOSTICO
1	31	M	SUPERIOR	SOLTERO	0	GUÍA DE TURISMO	PADRES	ALCOHOL, COC, PBC	55	SEPARADO	39	ESTRUCTURADA	39	COMU.ENFERMA	100	300	ENFOCADO EN LA EMOCION
2	18	M	SUPERIOR	SOLTERO	0	DESOCUPADO	OTROS	ALCOHOL, MARIHUANA	17	DESVINCULADA	43	RIGIDA	40	COMU.ENFERMA	100	100	ENFOCADO EN LA EMOCION
3	44	M	PRIMARIA	CASADO	4	AGRICULTURA	PADRES E HIJOS	ALCOHOL	69	DESVINCULADA	38	ESTRUCTURADA	51	COMU.ENFERMA	100	400	OTROS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO
4	24	M	SECUNDARIA	SOLTERO	0	ALBAÑIL	PADRE O MADRE	ALCOHOL MARIHUANA	62	SEPARADA	41	ESTRUCTURADA	44	COMU.ENFERMA	75	225	ENFOCADO EN EL PROBLEMA
5	42	M	SUPERIOR	SOLTERO	0	EVENTUAL	PADRES E HIJOS	ALCOHOL	30	ENMARAÑADA	23	FLEXIBLE	32	COMU.ENFERMA	100	100	ENFOCADO EN LA EMOCION
6	20	M	SECUNDARIA	SOLTERO	0	DESOCUPADO	PADRES	MARIHUANA	66	DESVINCULADA	47	RIGIDA	40	COMU.ENFERMA	100	400	ENFOCADO EN LA EMOCION
7	40	M	SUPERIOR	SOLTERO	1	DESOCUPADO	OTROS	ALCOHOL	67	DESVINCULADA	43	RIGIDA	40	COMU.ENFERMA	100	300	ENFOCADO EN EL PROBLEMA
8	36	M	SUPERIOR	CASADO	4	DOCENTE	PADRES Y HERMANOS	ALCOHOL	55	SEPARADA	55	ESTRUCTURADA	40	COMU.ENFERMA	100	400	ENFOCADO EN LA EMOCION
9	24	M	PRIMARIA	SOLTERO	0	DESOCUPADO	PADRES Y HERMANOS	ALCOHOL	40	CONECTADA	38	ESTRUCTURADA	37	COMU.ENFERMA	100	100	ENFOCADO EN LA EMOCION
10	35	M	PRIMARIA	CONVIVIENTE	0	DESOCUPADO	PADRES Y HERMANOS	ALCOHOL, PBC, MARIHUANA, COC.	62	SEPARADA	33	ESTRUCTURADA	35	COMU.ENFERMA	75	75	ENFOCADO EN EL PROBLEMA
11	37	M	SUPERIOR	SEPARADO	1	EVENTUAL	PADRES Y HERMANOS	ALCOHOL	64	DESVINCULADA	42	RIGIDA	35	COMU.ENFERMA	100	400	ENFOCADO EN EL PROBLEMA
12	20	M	SUPERIOR	SOLTERO	0	EVENTUAL	OTROS FAMILIARES	ALCOHOL, MARIHUANA	56	SEPARADA	40	ESTRUCTURADA	35	COMU.ENFERMA	100	300	ENFOCADO EN EL PROBLEMA
13	19	M	SECUNDARIA	SOLTERO	0	ESTUDIANTE	PADRES Y HERMANOS	MARIHUANA	72	DESVINCULADA	48	RIGIDA	44	COMU.ENFERMA	100	300	ENFOCADO EN LA EMOCION
14	30	M	SECUNDARIA	SOLTERO	0	INDEPENDIENTE	PADRES Y HERMANOS	ALCOHOL	64	DESVINCULADA	33	ESTRUCTURADA	34	COMU.ENFERMA	100	300	ENFOCADO EN EL PROBLEMA
15	19	M	SUPERIOR	SOLTERO	0	ESTUDIANTE	PADRES Y HERMANOS	MARIHUANA	59	SEPARADA	37	ESTRUCTURADA	41	COMU.ENFERMA	100	200	ENFOCADO EN EL PROBLEMA
16	40	M	TECNICA	SOLTERO	0	INDEPENDIENTE	PADRES Y HERMANOS	ALCOHOL	71	DESVINCULADA	38	ESTRUCTURADA	34	COMU.ENFERMA	100	200	ENFOCADO EN EL PROBLEMA
17	30	M	TECNICA	SEPARADO	1	DESOCUPADO	PADRES	ALCOHOL	41	CONECTADA	33	ESTRUCTURADA	31	COMU.ENFERMA	75	300	ENFOCADO EN LA EMOCION
18	27	M	SUPERIOR	SOLTERO	1	ESTUDIANTE	PADRES Y HERMANOS	MARIHUANA	63	DESVINCULADA	40	ESTRUCTURADA	37	COMU.ENFERMA	100	200	ENFOCADO EN LA EMOCION
19	32	M	SUPERIOR	SOLTERO	1	ESTUDIANTE	PADRES	ALCOHOL,ANSIOLITICOS	60	SEPARADA	42	RIGIDA	40	COMU.ENFERMA	100	200	ENFOCADO EN LA EMOCION
20	19	M	SECUNDARIA	SOLTERO	0	DESOCUPADO	PADRE O MADRE	ALCOHOL,PBC, MARIHUANA	50	SEPARADA	17	CAÓTICA	32	COMU.ENFERMA	100	100	ENFOCADO EN EL PROBLEMA
21	37	M	SECUNDARIA	SOLTERO	0	DESOCUPADO	PADRE O MADRE	ALCOHOL, PBC, COC.	43	CONECTADA	31	ESTRUCTURADA	36	COMU.ENFERMA	100	100	ENFOCADO EN EL PROBLEMA
22	39	M	SUPERIOR	SOLTERO	1	SEGURIDA	SOLO	PBC.	46	CONECTADA	29	FLEXIBLE	40	COMU.ENFERMA	100	400	ENFOCADO EN EL PROBLEMA
23	18	M	SECUNDARIA	SOLTERO	0	ESTUDIANTE	PADRE O MADRE	MARIHUANA	59	SEPARADA	36	ESTRUCTURADA	45	COMU.ENFERMA	100	100	ENFOCADO EN EL PROBLEMA
24	48	M	SECUNDARIA	CASADO	0	INDEPENDIENTE	SOLO	ALCOHOL	45	CONECTADA	2	FLEXIBLE	25	COMU.SANA	100	200	ENFOCADO EN LA EMOCION
25	61	M	SECUNDARIA	CASADO	5	AGRICULTURA	PARAJA E HIJOS	ALCOHOL	57	SEPARADA	46	FLEXIBLE	44	COMU.ENFERMA	100	400	ENFOCADO EN LA EMOCION
26	22	M	TECNICA	SOLTERO	0	EVENTUAL	SOLO	ALCOHOL-MARIHUANA	57	SEPARADA	36	ESTRUCTURADA	39	COMU.ENFERMA	75	225	ENFOCADO EN EL PROBLEMA
27	20	M	TECNICA	CONVIVIENTE	1	CONSTRUCCION	PADRES	ALCOHOL-MARIHUANA	59	SEPARADA	45	RIGIDA	34	COMU.ENFERMA	100	200	ENFOCADO EN EL PROBLEMA

ANEXO FOTOGRAFICO

