

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**



**TESIS**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN  
ADOLESCENTES ATENDIDOS POR CONSUMO DE MARIHUANA EN EL  
HOSPITAL DE SALUD MENTAL JUAN PABLO II DEL CUSCO 2021**

**PRESENTADO POR:**

**- Br. MARCO ARTURO ACHAHUI HERMOZA  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL  
DE LICENCIADO DE PSICOLOGÍA**

**ASESORA:**

**Dra. VILMA AURORA PACHECO SOTA**

**CUSCO – PERÚ**

**2023**

## INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro. CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, Asesor del trabajo de investigación/tesis titulada: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES ATENDIDOS POR CONSUMO DE MARIHUANA EN EL HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN PABLO DE DEL CUSCO 2022 presentado por: MARCO AURELIO Pacheco HERNANDEZ con DNI Nro.: 70331084 presentado por: ..... con DNI Nro.: ..... para optar el título profesional/grado académico de LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 7 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del *Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC* y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 4 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto la primera página del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 5 de Octubre de 2022

Firma

Post firma Vilma Aurora Pacheco Sotn

Nro. de DNI 07765820

ORCID del Asesor 0000-0002-3071-3664

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: 030272591272576915

NOMBRE DEL TRABAJO

Funcionalidad Familiar y Estrategias de  
Afrontamiento en Adolescentes Atendidos  
por Consumo de Marihuana

AUTOR

Marco Arturo ACHAHUI HERMOZA

RECUENTO DE PALABRAS

29266 Words

RECUENTO DE CARACTERES

156557 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

162 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

17.4MB

FECHA DE ENTREGA

Oct 4, 2023 8:26 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Oct 4, 2023 8:29 AM GMT-5

**4% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 4% Base de datos de Internet
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

**Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material bibliográfico
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 35 palabras)

### **Dedicatoria**

Quiero dedicar este trabajo a mi madre “Fela” quien, con su paciencia, esfuerzo y su motivación, me ayudó a seguir y concluir con esta etapa de vida universitaria por el apoyo incondicional que me brinda y me brindó en todo este arduo proceso profesional.

Gracias por ser un ejemplo de vida.

## **Agradecimientos**

A Dios, por haberme permitido llegar hasta aquí, bendiciéndome con salud y protección para lograr mis objetivos.

A mi asesora la Dra. Vilma Aurora Pacheco por motivarme y acompañarme en este proceso de investigación, brindándome todos sus conocimientos y sabiduría en esta etapa de investigación.

A la Psicól. Maribel Cano Ochoa, Psicól. Raul Yucra Sutta, y la Psicól. Martha Araoz Salas por brindarme su apoyo y su tiempo como expertos para la validación de los instrumentos para el juicio de expertos.

Al hospital San Juan Pablo II por haberme permitido y brindarme la confianza para poder realizar mi investigación.

Al equipo multidisciplinario del hospital San Juan Pablo II, conformados por el Psiq. Elmer Palomino Vega, la Psiq. Jackeline Jakeline Jayo Silva, y la Lic. Rocio Necochea Aybar, quienes me apoyaron brindándome la información que se requería para el estudio.

Al Psicól. Alipio León Torres por asesorarme en mis prácticas pre profesionales, ser un maestro cuando se necesitaba conocer más sobre Psicología, ser también la persona que me ayudó tener accesibilidad en el momento de la aplicación y evaluación en la población investigada.

A mis amigos Enrique Condori Alvarez, Yousset Astete Laura, Dick Cachi Molina, Judith Zurita Velazque Farfán, por ser la familia que la vida me presento para que me acompañaran en cada etapa de mi vida.

Y para concluir a Jair Aymituma y Nahs Zapata por apoyarme aclarando mis dudas e interrogantes para realizar mi investigación.

## Resumen

La presente investigación buscó establecer cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento en adolescentes atendidos por consumo de marihuana en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021, partiendo de enfoque cuantitativo, de tipo básico, nivel correlacional y un diseño no experimental transversal. La población estuvo conformada por 110 adolescentes atendidos por consumo de marihuana en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco durante el año 2021. Para recabar la información se utilizaron: La escala de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) que presenta una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0,90 y una validez por juicio de expertos con una puntuación de DPP de = 1.3; y la escala de estrategias de afrontamiento para adolescentes (ACS) con una confiabilidad de ,873 y una validez por juicio de expertos con una puntuación de DPP de = 1.3. Dentro de los resultados hallados se tiene que el tipo de familia prevaleciente es la desligada – rígida (48%), y la estrategia de afrontamiento prevaleciente es la estrategia de reducción de la tensión (82%), para hallar la relación entre las variables trabajadas se realiza la relación entre dichas variables mediante el coeficiente de relación no paramétrico Rho de Spearman, evidenciándose una relación entre algunas de las dimensiones de funcionalidad familiar y las de estrategias de afrontamiento.

Palabras clave: Funcionalidad familiar, estrategias de afrontamiento, marihuana, adolescentes.

### **Abstract**

The research project was performed in the order to know the relationship between family functionality and coping strategies in adolescents treated for marijuana dependency on the Cusco's Hospital de Salud Mental Juan Pablo II. The research has a quantitative approach, basic type, a correlational level and a non-experimental cross-sectional design. The sample consisted of 110 adolescents treated for marijuana dependency on the Cusco's Hospital de Salud Mental Juan Pablo II throughout 2021. In order to collect the information, we used the family adaptability and cohesion scale (FACES III) that has reliability by Cronbach's alpha of .90 and validity by the expert judgment with a DPP score of =1.3 and the scale of coping strategies (ACS) with reliability of .873 and validity by expert judgment with a DPP score of = 1.3. Because of research, we found out that the prevailing type of family is the disengaged-rigid (48%) one and the prevailing coping strategy is the stress reduction strategy (82%). In order to find out the relationship between the studied variables was determined using the non-parametric relationship coefficient Spearman's Rho, showing a relationship between some of the dimensions of family functionality and those of coping strategies.

Key words: Family functionality, coping strategies, marijuana, adolescents.

## Introducción

El estudio sobre el consumo de marihuana es un campo en desarrollo que no ha sido estudiado en profundidad, sobre todo en población adolescente y menos en correlación entre funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento. El adolescente durante su desarrollo afronta desafíos o retos en los diferentes roles que desempeña; la forma cómo los afronte dependerá de diferentes factores que se dieron y se están dando en su vida; sin embargo, cuando este presenta conductas de consumo de sustancias psicoactivas, llegará a ser un problema a nivel individual (físico, psicológico) y socio familiar. El desarrollo de la dinámica familiar, las interacciones emocionales establecidas y los modelos a los que se recurrió como ejemplos de guía, entre otros; permitirán al adolescente desenvolverse en sus diferentes áreas de vida que tiene y afrontará de acuerdo a lo aprendido los diferentes retos de su vida incluyendo sus conductas de consumo.

En este sentido, el presente estudio de investigación tiene como población a adolescentes atendidos por consumo de marihuana en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II y pretende responder a la pregunta ¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en adolescentes atendidos por consumo de marihuana en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021?, siendo necesario investigar sobre la relación entre la funcionalidad familiar y las estrategias afrontamiento en el adolescente en la población mencionada.

La investigación tiene como objetivo general establecer qué tipo de relación existe entre funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II.

El presente estudio de investigación se divide en siete capítulos, en el primero se reconoce y describe el problema, se formula el problema, también los objetivos, realizando así la justificación y su relevancia.

En el segundo, se va desarrollando los antecedentes a nivel internacional, nacional y local.

En el tercero se desarrolla las hipótesis y variables que serán las que facilitarán la sistematización de hallazgos y resultados.

En el cuarto se presenta el marco metodológico, en donde se encuentra, el enfoque, el tipo, el diseño, se determina la población; a su vez, los instrumentos de recolección de datos que se usó en el trabajo de investigación.

En el quinto se encuentra los resultados: a nivel sociodemográfico, descriptivo e inferencial, realizando el análisis de cada uno de ellos.

En el sexto capítulo se encuentra la discusión de los resultados.

Finalmente, se encuentra las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

**Tabla de contenido**

Dedicatoria	I
Agradecimientos	IV
Resumen	V
Abstract	VI
Introducción	VII
Tabla de contenido	IX
Lista de tablas	XIII
Lista de figuras	XIV
Anexos	XV
Capítulo I	1
Planteamiento del problema	1
1.1. Descripción del problema	1
1.2. Formulación del problema	9
1.2.1. Problema General	9
1.2.2. Problemas Específicos	9
1.3. Objetivos	10
1.3.1. Objetivos Generales	10
1.3.2. Objetivos Específicos	10
1.4. Justificación	11
1.4.1. Valor Social	12
1.4.2. Valor Teórico	12

	X
1.4.3. Valor Metodológico	13
1.4.4. Valor aplicativo	13
1.5. Viabilidad	14
Capítulo II	15
Marco teórico – Científico	15
2.1. Antecedentes de la Investigación	15
2.1.1. Internacionales	15
2.1.2. Nacionales	16
2.2. Bases Teórico-Científicas	20
2.2.1. Familia	20
2.2.1.1. Enfoques de estudio de la Familia.	21
2.2.1.1.1. Enfoque del Desarrollo Familiar.	21
2.2.1.1.2. Enfoque Ecológico de la Familia.	22
2.2.1.1.3. Enfoque de Sistemas.	24
2.2.1.1.4. Enfoque desde el Modelo Circumplejo de Olson.	26
2.2.1.2. La familia y la adolescencia	33
2.2.2. Afrontamiento	33
2.2.2.1. Enfoques Teóricos del Afrontamiento.	34
2.2.2.1.1. Enfoque teórico desde el modelo salutogénico.	34
2.2.2.1.2. Enfoque Teórico del estrés según Lazarus y Folkman.	35

	XI
2.2.2.1.3. Enfoque teórico del Afrontamiento según Érica Frydenberg.	37
2.2.3. Adolescencia	41
2.2.4. Drogas	43
Capítulo III	46
Hipótesis y Variables	46
3.1. Hipótesis	46
3.1.1. Hipótesis Generales	46
3.1.1.1. Hipótesis de Investigación.	46
3.1.1.2. Hipótesis Específicas	47
3.2. Variables	50
3.2.1. Definiciones Operacionales.	50
Capítulo IV	53
Marco Metodológico	53
4.1. Enfoque	53
4.2. Tipo	53
4.3. Diseño	53
4.4. Población	54
4.4.1. Criterios de Inclusión	54
4.4.2. Criterios de Exclusión	54
4.5. Investigados	55
4.6. Instrumentos de recolección de datos	55

4.6.1. Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar	55
4.6.1.1. Ajuste de la prueba para la población investigada.	58
4.6.2. Escala de estrategias de afrontamiento	60
4.6.2.1. Ajuste de la prueba para la población investigada	62
4.7. Consentimiento Informado	64
4.8. Procedimiento de recolección de datos	65
4.9. Técnica de procesamiento y análisis de datos	72
4.9.1. Proceso de selección del estadístico para la prueba de hipótesis	72
a) Prueba de normalidad	72
4.10. Matriz de Consistencia	67
Capítulo V	72
Resultados	72
5.1. Descripción sociodemográfica de la investigación	74
5.2. Estadística descriptiva aplicada al estudio	77
5.2.1. Análisis de los resultados según las dimensiones de funcionalidad familiar	77
5.2.2. Análisis de los resultados de los tipos de estrategias de afrontamiento	82
5.3. Estadística inferencial aplicada al estudio	86
5.3.1. Resultado general:	86
5.3.1.1. Correlación entre la variable funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento	86

5.3.2. Resultados específicos	89
Capítulo IV	91
Discusión de resultados	91
Conclusiones	99
Recomendaciones	101
Referencias	102
Anexos	109
<b>Lista de tablas</b>	
<b>Tabla 1</b> Tabla de Operacionalización de Variables	50
<b>Tabla 2</b> Resultados de Escala de cohesión y adaptabilidad	57
<b>Tabla 3</b> Valoración de Juicio de expertos de la escala de cohesión y adaptabilidad	59
<b>Tabla 4</b> Escala de valoración para la escala de cohesión y adaptabilidad	59
<b>Tabla 5</b> Alfa de Cronbach de escala de cohesión y adaptabilidad	60
<b>Tabla 6</b> Resultados de la escala de estrategia de afrontamiento	61
<b>Tabla 7</b> Valoración de los expertos escala de afrontamiento para adolescentes (ACS)	63
<b>Tabla 8</b> Escala de valoración para la escala de estrategias de afrontamiento para adolescentes	64
<b>Tabla 9</b> Alfa de Cronbach de escala de estrategia de afrontamiento	64
<b>Tabla 10</b> Matriz de consistencia	68
<b>Tabla 11</b> Prueba de normalidad de Kolmogórov – Smirnov escala de cohesión y adaptabilidad	72
<b>Tabla 12</b> Prueba de normalidad de Kolmogórov – Smirnov escala de estrategias de afrontamiento en adolescentes	73
<b>Tabla 13</b> Distribución por tipo de atención	74
<b>Tabla 14</b> Distribución por edad	75

<b>Tabla 15</b> Distribución por sexo	76
<b>Tabla 16</b> Distribución por escolaridad	76
<b>Tabla 17</b> Niveles de funcionamiento familiar	77
<b>Tabla 18</b> Tipo de familia prevaeciente según las dimensiones de funcionalidad familiar	78
<b>Tabla 19</b> Niveles según la dimensión cohesión	80
<b>Tabla 20</b> Niveles según la dimensión adaptabilidad	81
<b>Tabla 21</b> Resultados de las dimensiones de las estrategias de afrontamiento	82
<b>Tabla 22</b> Tipo de estrategia de afrontamiento prevaeciente	84
<b>Tabla 23</b> Correlación Rho de Spearman entre la dimensión cohesión de funcionalidad familiar y las dimensiones de estrategias de afrontamiento	86
<b>Tabla 24</b> Correlación Rho de Spearman entre la dimensión adaptabilidad de funcionalidad familiar y las dimensiones de estrategias de afrontamiento	87
<b>Tabla 25</b> Correlación Rho de Spearman entre la dimensión cohesión de funcionalidad familiar estrategias de afrontamiento	89
<b>Tabla 26</b> Correlación Rho de Spearman entre la dimensión adaptabilidad de funcionalidad familiar estrategias de afrontamiento	90
<b>Lista de figuras</b>	
<b>Figura 1</b> Modelo Circumplejo de Olson	32
<b>Figura 2</b> Distribución por tipo de atención	74
<b>Figura 3</b> Distribución por edad	75
<b>Figura 4</b> Distribución por sexo	76
<b>Figura 5</b> Distribución por escolaridad	77
<b>Figura 6</b> Niveles de funcionamiento familiar	78

<b>Figura 7</b>	Tipos de familia según las dimensiones de funcionalidad familiar prevaleciente	79
<b>Figura 8</b>	Niveles según la dimensión cohesión	80
<b>Figura 9</b>	Niveles según la dimensión adaptabilidad	81
<b>Figura 10</b>	Resultados de las dimensiones de las estrategias de afrontamiento	83
<b>Figura 11</b>	Tipo de estrategia de afrontamiento prevaleciente	85
<b>Anexos</b>		
Anexo 1		109
Anexo 2		110
Anexo 3		111
Anexo 4		112
Anexo 5		113
Anexo 6		115
Anexo 7		122
Anexo 8		123
Anexo 9		124
Anexo 10		125
Anexo 11		126
Anexo 12		127
Anexo 13		128
Anexo 14		131
Anexo 15		134
Anexo 16		135
Anexo 17		136



## Capítulo I

### Planteamiento del problema

#### 1.1. Descripción del problema

La población que se investigó se caracteriza porque su consumo afecta diferentes áreas de su vida (individual, familiar, social); cabe resaltar que acuden al hospital debido a que por sus propios medios no pueden resolver este problema por lo que, en algunos casos vienen por voluntad propia y en algunos otros son traídos por alguien cercano (familiar o amigos). Ellos son atendidos por los servicios de psicología y/o psiquiatría dependiendo del caso, algunos son hospitalizados considerándose los criterios correspondientes para ello, algunos de estos criterios son: temporalidad de consumo, frecuencia de consumo, áreas de vida afectada por el consumo, entre otros; estos criterios también están basados por los criterios diagnósticos del CIE – 10 y el DSM V. Se resalta el hecho de que algunos pacientes aun cumpliendo con estos criterios no fueron hospitalizados porque vivían fuera de Cusco, la familia no tenía los recursos o la disponibilidad necesaria, por ende, el investigador abordó tanto a los pacientes hospitalizados como a los atendidos de manera remota, siempre y cuando todos cumplieren los criterios antes mencionados y teniendo en cuenta que esto se asumió debido al contexto de pandemia.

Según la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC (2010) y Saavedra (2013) señala que el primer consumo de droga regularmente es por exploración, siendo, por ello, el primer consumo experimental, entiendo por ello a. La sensación de saber que se siente consumir la sustancia y explorar el estado que esta produce, hace que, el adolescente, sienta interés en probarla; a partir de ello puede que se rechace o acepte el consumo, dependiendo de la experiencia que la droga cause en él. En síntesis, se observa que en la población adolescente muchos son los factores que están involucrados para que éste pueda

consumir, dentro de dichos factores están, los individuales y los sociales. Entre los primeros: la percepción al consumo, habilidades sociales, autoconcepto – autoestima, autocontrol, accesibilidad a la droga, entre otros; como se puede ver estos factores determinan que el adolescente por sí mismo pueda discernir entre consumir o no, a este se suma el factor social o relacional, dentro de este factor está la familia, la escuela, los amigos de barrio, etc.

En la población adolescente, como se mencionaba, los amigos son el factor relevante para el consumo, pero existe casos en los que un modelo familiar (padre, madre, algún familiar, alguien cercano a la familia) es consumidor y este viene a ser un modelo que enseña directa o indirectamente al adolescente a que pueda consumir y a su vez que normaliza el consumo; otros son los casos que por baja autoestima y búsqueda aceptación en el grupo coetáneo o demás acceden al consumo, a raíz de ello cada vez que busque juntarse con sus pares consumirá; incluso hay casos en los que la persona busca olvidarse de sus problemas ya que en el hogar existe violencia, existe problemas familiares o económicos, no se siente comprendido y al entrar en el estado que genera la marihuana momentáneamente llega olvidarse de ello, en muchos de estos y otros casos los adolescentes desconocen los efectos negativos que genera el consumo de marihuana y más aún cuando está en una etapa de desarrollo como es la adolescencia.

A partir de lo anteriormente reseñado, las causas que llevan al investigador a hipotetizar la relación pretendida se basan inicialmente en lo observado por él, a saber: percibió que el problema del consumo de marihuana cada vez se hace más frecuente y más grave no solo en la población investigada (ver anexo N° 14) sino también en la sociedad local, nacional y mundial (se describe la situación más adelante), por ende, existe una necesidad de atender e investigar el presente problema. Continuando con la reseña de lo observado, el investigador, durante su periodo de prácticas pre profesionales, notó el incremento de casos hospitalizados por consumo

de drogas y que cada vez es más corta la edad en la que son atendidos y hospitalizados los pacientes, la gran influencia que tiene el grupo de pares sobre estos adolescentes y los problemas a nivel familiar. Respecto a esto último y teniendo en cuenta que durante la adolescencia la familia continúa siendo el núcleo o sistema social más importante en el desarrollo, los problemas que los observados presentaban o comunicaban fueron: mala relación padres-hijo, excesivo control o permisividad por parte de los padres, familiar o persona cercana a la familia que es consumidor, pobre comunicación familiar, etc. Siendo así que el adolescente por sus propios medios explora la manera de poder superar los retos de vida a su manera o porque observó de sus modelos el cómo hacerlo, modelos que, llegan a ser determinantes en él.

También observó que un factor importante es el grupo social, ya que, de acuerdo a los datos extraídos de las entrevistas o de la revisión de los casos la relación con sus pares en su gran mayoría es un factor relevante para el consumo de marihuana es por ello que el adolescente por lograr la aceptación de grupo accede a realizar actividades que pueden o no ser de su agrado, dándose por entendido el consumir drogas porque el grupo lo hace.

Sin embargo y aun habiendo identificado la influencia de los pares otro motivo por el cual se realizó el presente estudio, centrándolo en la influencia familiar es porque se logra ver que muchos de estos pacientes adolescentes, conforme avanzan su proceso terapéutico llegan a generar cierto grado de conciencia de enfermedad, es decir que llegan a darse cuenta de que su consumo es perjudicial en su vida y su desarrollo, logrando así generar recursos para afrontar su consumo así como los retos de vida, pero por otro lado, las familias de estos pacientes en ocasiones no están dispuestas en generar un cambio en ellos como familia, siendo este un factor que interrumpe o retrasa el avance que se tiene con el paciente adolescente, por ello se entiende que la familia es un componente importante para que este influya de manera positiva en que el

adolescente pueda mantener su abstinencia y pueda reforzar las conductas que lo alejen de su consumo. En resumen, el haber observado el proceso de recuperación de los consumidores adolescentes de marihuana, permitió al investigador constatar los beneficios de la terapia pero, al mismo tiempo le hizo entender que si el entorno (en este caso familiar, que es el núcleo de pertenencia del adolescente) no cambia junto con él; este no logrará mantener por sí mismo las estrategias construidas durante su proceso de rehabilitación por lo que se hace sumamente posible que vuelva a recaer, por ello, el interés de estudiar las variables mencionadas.

Además de lo observado y en vías de formalizarlo, se realizaron entrevistas, al personal de salud del hospital San Juan Pablo II (Psiquiatras, Psicólogo y enfermeras) (véase anexo N° 18). Así, el psicólogo refiere: “Los pacientes adolescentes que vienen por trastornos de conductas adictivas presentan problemas familiares, lo más resaltante es el problema en la relación padres – hijo y en como el paciente percibe a su familia; regularmente los perciben con indiferencia y poco o nulo compromiso hacia ellos, también es característico que no quieran recibir ayuda, entonces vienen influenciados u obligados por alguien cercano a ellos que, regularmente son padres; la mayoría de casos que se atienden vienen en una fase de dependencia y oscilan entre edades de 16 a 22 años”. Añadiendo, la psiquiatra indica: “Es común que en estos adolescentes haya un escaso control por parte de los padres y que el adolescente busque controlar o imponerse a sus padres, es importante resaltar que su grupo de pares sustituye la familia, y que el adolescente les da mayor importancia. A cerca de estos adolescentes, es común que la familia se dé cuenta de que hay un problema de consumo cuando el mismo, ya salió de control. Regularmente se atienden casos de adolescentes que oscilan entre los 14 a 19 años”. Además, el personal de enfermería refiere “Los pacientes que son hospitalizados por consumo marihuana oscilan en edades entre 14 a 25 años, con mayor frecuencia son entre 16 a 20 años suponiendo

que su consumo fue desde hace mucho tiempo”. Con todo, estas entrevistas validan la existencia de consumo en adolescentes y la presencia de dificultades en la relación de éstos con sus familias, lo cual reforzó el interés, nacido durante las observaciones previamente descritas.

Es más, se decidió estudiar a adolescentes debido a que, en la gran mayoría de los casos observados, el primer consumo se dio es en esta etapa de vida, y de acuerdo a los diversos factores que se presenten este consumo se mantendrá e incrementará o cesará, es importante indicar que al poder detectar algún tipo de consumo se debe hacer la atención oportuna, realizando trabajos de prevención o intervención para evitar a que el adolescente llegue a consumir, o peor aún pueda llegar a una adicción, otro de los motivos para centrar la investigación en los adolescentes es que a pesar de su corta edad, éstos, llegan a ser pacientes por consumo, es decir que para la edad que tienen ya presentan problemas de conducta adictiva, llegando a notarse que su consumo está afectando diferentes áreas de vida. Esto se evidencia en los casos reportados durante los últimos años. Siendo así que por el consumo presentado y la corta de edad en que el mismo se inicia, a la larga presentarán problemas severos a nivel físico, psicológico y social, por ello la importancia de investigar en esta población.

La familia viene hacer su primer grupo social con el que tiene relación la persona, dentro de este organismo que es la familia existe muchos aspectos a tomar en cuenta en el cual nos enfocaremos en la funcionalidad de esta y como esta se relaciona con las estrategias de afrontamiento.

La población estudiada en la mayoría de casos no es consciente de su consumo, y cuando observan que su consumo les genera problemas se les hace difícil el poder manejar dicha conducta, ya que generan un abuso o una dependencia psicológica o física, es ahí cuando recién se hacen más evidentes los problemas que les trae a nivel individual, familiar o social, en donde

se presenta casos que abandonan sus estudios o trabajo, no tienen un normal funcionamiento en su vida, presentan sentimientos de culpa al querer dejarlo y no poder hacerlo, y siendo así que son pocos los que recurren voluntariamente a pedir ayuda profesional, cuando se realiza el proceso terapéutico es normal que alguien cercano a él participe dentro del proceso terapéutico para prevenir posibles recaídas y para qué actué cuando sea necesario a su vez dando más atención cuando el consumidor esté en una etapa de abstinencia.

La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2021) el cannabis es la sustancia ilícita más consumida mundialmente existen alrededor de 200 millones de consumidores de cannabis en todo el mundo entre 16 a 54 años y el consumo se mantiene estable representando el 4% de la población mundial.

Según la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA, 2018) el 4,3 % de la población de secundaria a nivel nacional consumió marihuana siendo la edad de inicio a los 12 años y un incremento a la edad de 14 y 15 años, un 8,67% consumidores de marihuana en la población universitaria a nivel nacional, dando a entender que en la población juvenil existe el consumo de marihuana, también es importante mencionar que hay casos que no están registrados que son los adolescentes que no asisten a los colegios y los que no mantienen una educación superior.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2016) se realizó un censo a nivel nacional en los centros juveniles de diagnóstico y de rehabilitación, en donde se censó a 1965 jóvenes entre las edades de 14 a 18 años a nivel nacional, Cusco tuvo a 159 jóvenes que fueron encuestados, dando a entender que aparte que son adolescentes infractores también tuvieron relación con el consumo de drogas.

El hospital de Salud Mental San Juan Pablo II pertenece a la Sociedad de Beneficencia Pública del Cusco desde 1976 brinda atención a personas que padecen de enfermedades psiquiátricas y psicológicas, dentro de ellas las conductas adictivas; el hospital cuenta con los servicios de psiquiatría, psicología, enfermería, farmacia, entre otros; el tipo de atención es integral, es decir la atención es en multidisciplinaria para personas con trastornos mentales provenientes de distintas partes como son Cusco, Apurímac, Puno y Madre de Dios, ofreciendo atención de manera externa (pacientes ambulatorios), hospitalización y pacientes transferidos por ESSALUD, considerando la amplia atención que brinda el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II, el hospital está considerado como una de las instituciones especializadas en los diferentes trastornos psiquiátricos y psicológicos; entonces, para esta investigación se tuvo como población a los adolescentes pacientes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II a nivel hospitalario y de consulta externa. Se hizo una revisión de los casos (véase anexo N° 1); llegando a las siguientes conclusiones: Se observó que la mayoría de casos su primer consumo fue alrededor de los 12 a 16 años y así fue desarrollando y evolucionando su consumo; se evidenció que por su cantidad y frecuencia de consumo generan un consumo patológico a su corta edad y finalmente se registro que en los últimos cuatro años anteriores existe la evidencia de que cada vez es más creciente la atención a pacientes adolescentes por consumo de marihuana (véase el anexo N°14), es importante mencionar que en el Perú a partir del 15 de marzo del 2020 el país estuvo en estado de emergencia siendo así que las personas tenían que mantenerse en sus hogares, el hospital frente a esta medida realizo las atenciones mediante vías telefónicas o plataformas electrónicas que son el Google Meet o Zoom, llama la atención que a pesar de estas medidas de prevención frente al COVID- 19, la atención

en pacientes por consumo de marihuana mantuvo un promedio de su cantidad anual, siendo así que 92 pacientes adolescentes fueron atendidos durante el año 2020.

Finalizando la problemática referida se dimensionaliza de la siguiente manera:

Clínicamente, requiere ser abordada debido a las consecuencias que genera el consumo de marihuana, alterando el organismo de quien la consume, desarrollando enfermedades mentales o relacionándose con ellas como por ejemplo la ansiedad, depresión, esquizofrenia, trastornos de personalidad, entre otros; además recalcar que mientras más temprano llegue a ser su consumo será más perjudicial en la persona quien la consume viéndose afectado su cerebro. Alva Díaz *et al.* (2020) indica que en el 2015 que las cinco principales enfermedades mentales que causaron pérdidas de salud en el Perú fueron: Trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno por consumo de sustancias, esquizofrenia y el trastorno bipolar, teniendo un índice de 11,71% de la población nacional consumidores de sustancias.

Socialmente, requiere ser abordada, puesto que el consumo de marihuana cuando se hace de manera frecuente generara una dependencia, siendo esto dañino para la persona, ya que cuando no tenga para su consumo, buscará el modo de conseguirlo, ya sea vendiendo sus cosas, prestándose dinero, robando, o perteneciendo a una pandilla para reunirse con personas que también consumen siendo estas personas que incentivan a la violencia, delincuencia, al consumo de otras sustancias ilícitas, etc.

Además, según el Programa Nacional de Centros Juveniles (PRONAJEC, 2020) informa que de los 93 adolescentes internados en el Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación Marcavalle - Cusco presentan consumo ocasional 31; abuso 7; experimental 18; dependencia 5; no consumen 32. A esto se añade que la familia, al ser el grupo social más afectado por el consumo del adolescente, se podrá conocer sobre la importancia del cambio que requieren ellos,

ya que el proceso terapéutico será tanto para el adolescente como para ellos, conociendo acerca del trastorno del consumo, identificando los signos de un consumidor, desarrollando habilidades de intervención; etc. En la misma medida, el personal de Psicología y de Salud mental en general del hospital donde se realizó la investigación podrá ampliar su conocimiento sobre el tema de las adicciones mediante la actualización de sus conocimientos en el campo de las adicciones, reforzará su capacidad para implementar intervenciones eficaces y mejorar la calidad de atención en el adolescente y su familia.

Políticamente, requiere ser abordado puesto que según el Decreto Ley N° 22095 la productividad ilícita de drogas, el consumo, la comercialización interna y externa en los diferentes departamentos del Perú constituyen un grave problema social, dándose medidas eficaces dentro del plan integral de acción. En ese entender el solo consumir drogas es una conducta ilícita demandada por el estado, a esto se suma la existencia de adolescentes menores de edad que consumen dichas drogas.

## **1.2. Formulación del problema**

### ***1.2.1. Problema General***

¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en adolescentes atendidos por consumo de marihuana en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021?

### ***1.2.2. Problemas Específicos***

1. ¿Cuál es el tipo de familia que prevalece según las dimensiones de funcionalidad familiar en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021?

2. ¿Cuál es el tipo de estrategia de afrontamiento que prevalece en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021?

3. ¿Cuál es el tipo de relación entre la dimensión cohesión familiar y cada una de las estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021?

4. ¿Cuál relación entre la dimensión adaptabilidad familiar y cada una de las estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021?

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivos Generales***

Establecer qué tipo de relación existe entre funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021.

#### ***1.3.2. Objetivos Específicos***

1. Identificar el tipo de familia que prevalece según las dimensiones de funcionalidad familiar en los adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021.

2. Reconocer el tipo de estrategia de afrontamiento que prevalece entre los adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021.

3. Establecer qué tipo de relación existe entre la dimensión cohesión familiar y cada una de las estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021.

4. Identificar qué tipo de relación existe entre la dimensión adaptabilidad familiar y cada una de las estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021.

#### **1.4. Justificación**

La presente investigación tiene como propósito investigar la relación que existe entre funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana. Las razones que llevan a esta investigación son por los casos observados en el hospital San Juan Pablo II, donde se observó que la familia cada vez se torna más disfuncional o va perdiendo el rol educador y de soporte. La importancia de trabajar con adolescentes es debido a que se observa que en la población estudiada su primer consumo se dio en esta etapa de vida que es la adolescencia, y debido a diferentes factores, estas personas continuaron su consumo al punto de generar problemas de conducta adictiva.

Entonces surge la pregunta que interroga a cerca de si estos fenómenos aparecen desligados o, por el contrario, si uno condiciona al otro o viceversa, para así poder sensibilizar y hacer tomar conciencia, a la población en general y a la investigada en particular de la realidad y también para poder sugerir estrategias de solución (ver anexo N° 17), ya que su consumo afecta su vida.

La familia no es ajena a este problema debido a que ya sea por los prejuicios que tienen, por la adaptabilidad y el tipo de relación que se tenga entre los miembros familiares, entre otros factores, podrán ayudar al adolescente consumidor a que este pueda dejar dicho consumo, dentro

de esto está también el tipo de estrategias que la población estudiada ejecuta para enfrentar sus problemas, que por lo visto no son las mejores debido a que caen en el consumo, es por ello la importancia de investigar las variables ya mencionadas dentro de esta población.

Como se verá más adelante, existen estudios y proyectos que abarcaron el tema de las variables mencionadas tanto a nivel internacional y en su mayoría a nivel nacional desde un enfoque educativo, es decir, en una población de adolescentes escolares, pero no se encontró estudios que abarcarán desde un enfoque clínico comprendiendo por ello que esta población ya sea por la complejidad de acceder a ellos abarca un tema desde una perspectiva diferente a las que existen.

#### ***1.4.1. Valor Social***

El presente trabajo de investigación beneficiará al equipo de trabajo multidisciplinario del hospital San Juan Pablo II porque brindará información relevante acerca de la importancia de cómo percibe el adolescente consumidor su funcionalidad familiar, a su vez de como esta persona afronta los desafíos que se le presenta en su vida, es importante mencionar que a raíz de los resultados obtenidos se pueden tomar medidas para prevenir el consumo de sustancias ilícitas en general y promover los buenos hábitos como estrategias para resolver problemas.

Así mismo servirá como fuente de información, para realizar programas interventivos para la atención de conductas adictivas, realizar intervenciones adecuadas para los pacientes consumidores y para sus familias que también son afectadas directamente por el consumo de su familiar.

#### ***1.4.2. Valor Teórico***

El presente trabajo de investigación servirá como antecedente a futuras investigaciones similares a la investigación y con otras variables de estudio, además es relevante y provechoso

poder describir y estudiar este problema para que más adelante se puedan realizar programas de prevención e intervención hacia los adolescentes consumidores de drogas. Además, que los resultados de la presente investigación contribuirán a validar la teoría propuesta por Ericka Frydenberg en una nueva población, ya que ella sostiene las estrategias de afrontamiento son modos de enfrentar una situación, estas estrategias son contextuales, es decir que se pueden amoldar de acuerdo al evento estresor y a como percibimos dicho evento (Frydenberg, 2000), este contenido se construyó en una población adolescentes estudiantes que no presentaban alguna disfuncionalidad en su vida en tanto que el autor de esta investigación trabaja con el mismo grupo etario, pero que son consumidores de marihuana y viven en Cusco.

#### ***1.4.3. Valor Metodológico***

El presente estudio de investigación tiene importancia metodológica, ya que aporta instrumentos ajustados a la población abordada puesto que tanto la escala de evaluación de cohesión y adaptación familiar (FACES III) y la escala de afrontamiento de adolescentes (ACS), fueron sometidos al cálculo de confiabilidad y validez para verificar su eficiencia en la población investigada, llegándose a establecer que ambas herramientas miden las variables investigadas y sus resultados son consistentes, es decir que aplicándolos a la misma población en diferentes momentos se obtendrán resultados similares.

#### ***1.4.4. Valor aplicativo***

La presente investigación ayudará a conocer la problemática de cada una de las variables de estudio y el tipo de relación existente entre ambas en una población consumidora, para así poder encontrar respuestas y en base a estas proponer propuestas y alternativas que posteriormente sean aplicadas para prevenir las consecuencias que conlleva la problemática que el autor investigó.

### **1.5. Viabilidad**

La realización del presente trabajo de investigación fue posible gracias a la tecnología gracias a la plataforma virtual Google Forms que permitió realizar formularios. Todos con la compañía o guía del investigador, durante todo el proceso. Es por ello que a pesar que en ese tiempo existía la pandemia (COVID – 19) y las medidas sanitarias que se ejercieron se pudo realizar la investigación, fuera de ello se tiene el permiso documentado de la institución donde se realizó la investigación.

Así, la investigación se logró realizando las coordinaciones con el director asistencial del hospital de Salud Mental San Juan Pablo II, quien otorgó la autorización y viabilidad del presente estudio, el investigador generó redes de apoyo con el servicio de Psicología, Psiquiatría y Enfermería para mantenerse al tanto de los adolescentes que acudían a atenderse por consumo de Marihuana. Los dos primeros servicios fueron la conexión que el investigador tenía para la apertura y aplicación de los instrumentos a la población investigada atendidas de manera ambulatoria (remota), y el servicio de enfermería informaba al investigador de la población investigada de manera hospitalizada.

## Capítulo II

### Marco teórico – Científico

#### 2.1. Antecedentes de la Investigación

A continuación, se presentan los antecedentes de la investigación.

##### 2.1.1. Internacionales

Argoti (2020), en su investigación de pregrado intitulada “Estrategias de afrontamiento en adolescentes con consumo problemático que se encuentran internos en un centro de orientación juvenil” presentado ante la Universidad Central del Ecuador, Ecuador. El objetivo principal fue el describir las estrategias de afrontamiento de los adolescentes con consumo problemático de sustancias a drogas psicoactivas internos en el centro de orientación juvenil “La Dolorosa”. Los instrumentos utilizados fueron una encuesta sociodemográfica y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS), concluyendo que, la sustancia psicoactiva preferida por los adolescentes es la marihuana con un (95.7%) con una frecuencia intensiva, seguidos por el alcohol con un (89.3%), y el tabaco con un (87,2 %), con respecto a las estrategias de afrontamiento la estrategia más utilizada es concentrarse en el problema con un (48,94%), y la estrategia de afrontamiento de preocupación o interés por las relaciones con los demás y por lo que otros piensan con un (44,68%).

Mendoza (2018) en su investigación de pregrado: “Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes de nivel medio de la UAEM” presentado antes la Universidad Autónoma del Estado de México. El objetivo principal fue el describir los estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes del nivel medio superior. El instrumento utilizado fue la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS). A partir de esta investigación se develan las siguientes conclusiones, que los estilos de afrontamiento, tanto en hombres como mujeres se enfocan en mayor medida en

resolver el problema; sin embargo, a veces llegan a usar el afrontamiento con referencia a otros y al no productivo. Así mismo, las estrategias utilizadas por los hombres que se encontró; es que emplean diferentes estrategias de afrontamiento, en cambio, las mujeres utilizan la reducción de la tensión, ignorar el problema, no afrontamiento, invertir en amigos íntimos y concentrarse en resolver el problema.

### ***2.1.2. Nacionales***

León (2020), en su investigación de pregrado intitulado “Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en estudiantes de secundaria en la I. E. P. “Dios es Amor”, 2020”. Presentado ante la Universidad César Vallejo, Lima. El objetivo principal de la investigación fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en estudiantes de secundaria en la I. E. P. “Dios es amor”, 2020. Los instrumentos que se utilizaron en la investigación fueron la escala de cohesión y adaptabilidad (Faces III) y la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS). A raíz de la investigación se develan las siguientes conclusiones, la existencia de relación entre funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en estudiantes de secundaria en la I. E. P. “Dios es amor” evidenciándose una relación baja entre las variables, la existencia de relación entre estrategias de afrontamiento y cohesión familiar en estudiantes de secundaria en la I. E. P. “Dios es amor” evidenciado una relación moderada y por último la no existencia entre estrategias de afrontamiento y adaptabilidad familiar en estudiantes de secundaria en la I. E. P. “Dios es amor” 2020 evidenciando la no existencia de relación entre las variables mencionadas.

Santa Cruz (2019), en su investigación de maestría intitulada “Funcionamiento familiar y estrategias de afrontamiento en adolescentes del centro poblado el Milagro, distrito de Huanchaco” presentado ante la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. El objetivo

principal de la investigación fue determinar la relación entre el funcionamiento familiar y estrategias de afrontamiento en los estudiantes de un colegio público del Centro poblado El Milagro distrito de Huanchaco. Los instrumentos que se realizaron para esta investigación fueron la escala de cohesión y adaptabilidad (FACES IV) y la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS), a partir de esta investigación se develan las siguientes conclusiones, se encuentra una relación moderada entre la cohesión familiar y afrontar esforzarse y tener éxito en los estudiantes varones, a su vez se descubre esforzarse y tener éxito relación moderada entre la adaptabilidad familiar, se halla relaciones moderadas entre el sobre involucramiento familiar y las estrategias de afrontamiento esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo, concentrarse en resolver el problema, buscar apoyo social y preocuparse, en el caso de los estudiantes varones, y entre sobre involucramiento y fijarse en lo positivo en las mujeres, la funcionalidad familiar, desde la percepción de varones y mujeres, en su mayoría se ubica en el tipo desbalanceado, y se encuentran diferencias pequeñas en la percepción de las dimensiones cohesión, flexibilidad, rigidez sobre involucramiento, satisfacción y comunicación familiar según sexo. Se encuentra relaciones medianas en el grupo etario de 11 – 13 años entre las dimensiones de funcionalidad familiar de cohesión, flexibilidad, sobre involucramiento y comunicación con las estrategias de afrontamiento, mientras que para el grupo de 14 – 18 años, estas relaciones solo se encuentran entre la cohesión, involucramiento y comunicación con la estrategia centrada en el problema.

Alarcón y Ávila (2019) en su investigación de pregrado intitulada “Funcionamiento familiar y estilos de afrontamiento en adolescentes de Lima Metropolitana” presentada ante la Universidad Ricardo Palma, Lima. El objetivo principal de la investigación fue identificar la asociación entre el funcionamiento familiar y los estilos de afrontamiento en adolescentes de una Institución Educativa de Lima Metropolitana. Los instrumentos aplicados fueron la escala de

cohesión y adaptabilidad Familiar (FACES III) y la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS). A raíz de esta investigación se develan las siguientes conclusiones; con respecto al objetivo principal se encuentra que no existe asociación significativa entre el funcionamiento familiar balanceado y no balanceado con los estilos de afrontamiento funcionales y disfuncionales, la mayoría de adolescentes pertenece a un tipo de familia no balanceada con predominio de rango medio, hay diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo, el sexo femenino usan más las estrategias de afrontamiento de “Concentrarse en el problema” e “invertir en amigos íntimos” y el sexo masculino tienden a utilizar las estrategias funcionales de “Apoyo Social” y “Apoyo Espiritual”.

Custodio (2019), en su investigación de pregrado intitulado “Funcionalidad Familiar y estrategias de Afrontamiento en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa de Chiclayo” presentado ante la Universidad Señor de Sipán, Chiclayo. El objetivo principal fue el de determinar si existe relación entre funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa de Chiclayo. El estudio fue de un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo correlacional con un diseño no experimental transaccional – correlacional. Los instrumentos utilizados fueron escala de evaluación de la adaptabilidad y la cohesión familiar (FACES III) y la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS). A partir de esta investigación se descubren las siguientes conclusiones; existe correlación entre la variable funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento, vale decir que según como funcione una familia se relacionará con el tipo de estrategia de afrontamiento que presenta el estudiante o viceversa. El tipo de funcionalidad familiar que prevalece es de familias balanceadas en la población investigada, seguido de rango medio y de tipo extremo finalmente. En la población evaluada prevalece las estrategias adecuadas, teniendo relevancia el de esforzarse por tener éxito

y buscar frecuentemente diversiones relajantes, concluyendo que las familias que relacionen con un tipo de funcionalidad familiar adecuada en consecuencia forman adolescentes con estrategias de afrontamiento estables y adecuadas para resolver las diferentes experiencias o situaciones difíciles que se les presente.

Choque (2018), en su investigación de pregrado intitulado “Estrategias de afrontamiento y funcionamiento familiar en adolescentes de una Institución Educativa de Jesús María, Lima” presentado ante la Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima. El objetivo principal fue el determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y funcionamiento familiar en adolescentes de una Institución Educativa Particular de Jesús María, Lima, 2017. Los instrumentos utilizados fueron la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) y el APGAR familiar que analiza la disfunción familiar. A partir de esta investigación, se descubren las siguientes conclusiones; existe la ausencia de relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y funcionamiento familiar, el valor obtenido de Rho de Spearman fue de  $-0,061$  y el nivel de significancia es  $0,453$  ( $p > 0,05$ ). El nivel de estrategias de afrontamiento en los adolescentes es de nivel medio (85,5%) nivel bajo (13,2%), nivel alto (1,3%), y con respecto al nivel de disfunción familiar se presenta disfunción familiar leve (43,4%), disfunción familiar moderada (33,6%), disfunción familiar severa (23%) y disfunción familiar normal (0%), con respecto a sus dimensiones se concluye que existe ausencia de relación significativa entre “afrontamiento dirigido al problema” y funcionamiento familiar con un valor obtenido de Rho de Spearman  $-0,066$  y nivel de significancia de  $0,422$  ( $p > 0,05$ ), como siguiente conclusión ausencia de relación significativa entre la dimensión “Afrontamiento dirigido a la emoción” y funcionamiento familiar siendo el valor obtenido de Rho de Spearman fue de  $0,047$  y el nivel de significancia es  $0,566$  ( $p > 0,05$ ), y por último, ausencia de relación significativa de la dimensión

“afrentamiento improductivo” de las estrategias de afrontamiento y funcionamiento familiar con el valor obtenido de Rho de Spearman de -0,052 y el nivel de significancia de 0,524 ( $p > 0,05$ ).

### **2.3.1. Locales**

Meza y Rayme (2022), en su investigación de pre grado intitulada “Funcionalidad familiar y agresividad en los estudiantes de 3° a 5° de secundaria de la I. E. Mx. Sagrado Corazón de Jesús del distrito de Wanchaq - Cusco, 2019” presentado ante la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, Cusco. El objetivo principal fue el determinar la relación entre la funcionalidad familiar y agresividad en los estudiantes de 3° a 5° de secundaria de la I. E. Mx. Sagrado Corazón de Jesús del distrito de Wanchaq - Cusco, 2019. Los instrumentos utilizados fueron la escala de evaluación de la adaptabilidad y la cohesión familiar (FACES III) y el cuestionario de agresión (AQ). A partir de esta investigación se descubren las siguientes conclusiones, la existencia de relación entre funcionalidad familiar con agresividad, en cuanto a tipos de familia según las dimensiones obtuvieron familias de tipo separado – flexible (22%) y unida-caótica (22%).

## **2.2. Bases Teórico-Científicas**

### **2.2.1. Familia**

Zavala (2001) detalla que la familia es un conjunto de personas que viven en un mismo lugar, que tienen una relación entre ellos, estos miembros comparten emociones, obligaciones, información, costumbres, hábitos, valores y creencias. Cada uno de ellos tiene una función que ayudan a que la familia pueda tener equilibrio.

Condori (2002) indica que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad, en ella, el ser humano nace crece y se desarrolla. Lo ideal es que en este ambiente natural, sus miembros

mantengan relaciones interpersonales estables compartiendo y satisfaciendo sus necesidades básicas.

Mendoza *et al.* (2016) menciona que el concepto de familia puede tomar varios significados, pero en general se asume como la unidad social más influyente en el desarrollo de los seres humanos, unidos por lazos de sangre, afinidad o adopción.

La familia desde hace mucho tiempo fue un elemento importante de investigación, ya que es un factor importante el desarrollo del ser humano, a continuación, se describirá los enfoques teóricos que la estudian:

### **2.2.1.1. Enfoques de estudio de la Familia.**

#### ***2.2.1.1.1. Enfoque del Desarrollo Familiar.***

El enfoque del desarrollo familiar analiza y se encarga del ciclo de vida de las familias, prestándole mayor interés al desarrollo de las mismas, las entiende como un grupo de personas que están en constante interacción y que estos se estructuran a partir de normas sociales.

Para Iturrieta (2001) afirma que el ciclo vital hace referencia a aquellos cambios frecuentes por los que pasan las familias atravesando por los distintos periodos que tiene el ciclo vital. Es decir que las familias a medida que se van desarrollando siguen una línea o una dirección predecible en un estadio de desarrollo, dentro de todo este proceso existe las posiciones, normas, roles, transiciones, crisis, y tareas, que la familia tendrá que atravesar para pasar de un estadio a otro.

Mattessich y Hill (2001) proponen que las familias a lo largo del ciclo de la vida atraviesan por ciertos estadios:

- Formación de las parejas, sin hijos o hijas.
- Familias con hijos o hijas en edad preescolar.

- Familias con hijas o hijos escolarizados, es decir, a lo menos uno/a en edad escolar.
- Familias con hijos o hijas en educación secundaria, o sea, a lo menos una/o en la adolescencia.
- Familias con jóvenes adultos o adultas, ello es, a lo menos uno/a con edades superiores a los 18 años.
- Familias con hijos o hijas que hayan abandonado el hogar.
- Familias con padres y/o madres en edad de jubilación.

El ciclo vital familiar vendría ser el proceso por el cual van pasando las familias de un estadio a otro. Estos cambios se producen cuando existen transformaciones en la estructura familiar, como la cantidad de miembros familiares, las edades, la situación social de la familia, entre otro.

Entonces podemos decir que la principal característica de este enfoque son los cambios que produce la familia dentro del contexto social como el histórico, ya que estos son agentes importantes en el desarrollo de las familias. Ya que están sujetas a las normas y leyes de la sociedad, a los hechos históricos e incluso a las condiciones ecológicas en donde se desenvuelve la familia y no solo por el desarrollo individual o familiar.

#### ***2.2.1.1.2. Enfoque Ecológico de la Familia.***

El enfoque ecológico está basado desde las ciencias biológicas; como indica Silva (2016) afirma que “la Ecología es el estudio de las interrelaciones entre los organismos y el ambiente, tanto orgánico como inorgánico” (p.39). A raíz de este entender el desarrollo humano está ligado a las relaciones que existen en la familia, y este a su vez se desenvuelve en un contexto social que influye tanto en la familia como en el ser humano.

Según Bubolz y Sontang (1993) afirman que la teoría ecológica es la que se enfoca en los seres humanos como organismos que se relacionan biológicamente y socialmente, existiendo una influencia recíproca entre los seres humanos y el ambiente. Es decir, que a partir de este enfoque se entiende que las familias son sistemas que son interdependientes entre su contexto físico-biológico y de su entorno sociocultural.

Para Bronfenbrenner (1976) afirma que el ambiente ecológico es una complicada organización de sistemas que intervienen directa o indirectamente sobre el desarrollo de la persona y en particular en las relaciones familiares. En donde la principal fuente de influencia son los ambientes naturales en las que el ser humano se desenvuelve. El modelo ecológico plantea los siguientes sistemas:

a) **Microsistema:** Es el entorno físico y social de la persona, siendo el nivel más cercano de la persona. En donde la persona interactúa de manera directa con las personas que conforman el presente sistema. Dentro de este sistema está la familia, los amigos, entre otros.

b) **Mesosistema:** Hace referencia a la interacción de dos o más entornos (microsistemas) en donde la persona se desenvuelve activamente. Vienen hacer la relación entre los diferentes ambientes en los que el individuo está envuelto y le afectan directamente. Dentro de este sistema se encuentra la interrelación entre la familia y el colegio, el trabajo, vida social, entre otros.

c) **Exosistema:** Se entiende por este sistema que son aquellos ambientes en donde la persona no participa directamente, pero que llegan a tener cierta influencia en la vida de la persona, siendo el contexto quien influye indirectamente en el desarrollo y vida de la persona. Dentro de este sistema encontramos el mundo laboral de los padres, amigos de hermanos, entre otros.

d) **Macrosistema:** Este sistema abarca todos aquellos factores culturales, creencias, valores, costumbres, y demás, que afectan a los otros sistemas. Dentro de este sistema encontramos, la clase social, el grupo étnico- religioso, costumbres sociales, entre otros.

e) **Cronosistema:** Viene hacer aquel contexto histórico en donde sucede todos estos cambios en el individuo y la familia, estos cambios o desarrollos algunas veces permanecen en el tiempo.

Con este enfoque podemos concluir que la familia y el ser humano son agentes sociales que pertenecen a diferentes grupos o sistemas con los cuales interactúan y se influyen durante su vida, este ambiente llega a ser muchas veces determinante para que el individuo se desenvuelva y se desarrolle de manera óptima.

#### **2.2.1.1.3. Enfoque de Sistemas.**

Al mencionar este enfoque es necesario comenzar mencionando la teoría general de sistemas que partió con la finalidad de dar explicación a la organización de varios fenómenos naturales, y poco a poco se fue desarrollando en diferentes áreas de estudio como las ecológicas, sociales, medioambientales, psicológicas o sociales.

El autor que formuló esta teoría Bertalanffy (1986) afirma que el sistema es un conjunto de elementos que están en una interrelación constante donde cada elemento realiza una función respecto al todo, y el todo es más que la suma de sus partes, es por ello que el sistema se estudia de forma global y no está representado por sus elementos separados. El ser humano o un grupo social es un sistema abierto debido a que intercambia información con su medio, y el medio viene a ser aquellos factores, elementos u objetos que lo afectan al cambio.

Bertalanffy (1986) plantea los siguientes principios:

- Organización: Que es la forma en que los elementos se relacionan dentro un sistema, ya que dentro de este existen reglas para relacionarse, evidenciando que existe un modelo o una guía de funcionamiento del sistema.
- Totalidad: El todo es diferente a la suma de sus partes. Las conductas de cada sujeto influyen por igual tanto a los demás individuos del sistema como al sistema en su conjunto.
- Jerarquía: Las familias se forman por subsistemas, que vienen a ser sistemas más pequeños dentro de estos encontramos:
  - Conyugal: Es la interrelación de pareja.
  - Filial: La relación entre padres e hijos.
  - Fraternal: La relación entre hermanos.
- Límites: Son el grado de accesibilidad y parámetros que tiene cada sistema familiar, incluyendo sus subsistemas para relacionarse con otros sistemas, dentro de estos límites se encuentra los límites rígidos, flexibles, difusos y claros.
- Feedback o Retroalimentación: Está relacionada con la idea de circularidad, de forma que alguna información que sale del sistema retorna a él.

Minuchín (1986), supone características claras, demostrando que el grupo familiar es en primer lugar, un conjunto que posee estructura, establecida mediante la interacción de las personas que lo forman, a través de las relaciones intrafamiliares que se establecen, del mismo modo es un sistema que pasa de generación en generación, es decir es intergeneracional, desarrollándose en el tiempo y con una duración larga, lo cual permite a los individuos a desarrollarse de manera tanto personal como social.

Acevedo y Hermilio (2019) refieren que el enfoque sistémico considera que cada miembro familiar mantiene una interacción con los demás y que existe una influencia mutua. Por ello, cualquier cambio que exista en uno de sus miembros repercutirá sobre el sistema y generará cambios en busca de mantener el equilibrio que existía.

Entonces, a partir de este enfoque se puede decir que la familia como tal es un sistema abierto que está compuesto a su vez por subsistemas que se relacionan con el medio, y que están en una constante interrelación que generan cambios, y estos están sujetos a diferentes principios como lo afirman los demás autores.

#### ***2.2.1.1.4. Enfoque desde el Modelo Circumplejo de Olson.***

El presente será el enfoque teórico en el cual se basará el trabajo de investigación.

Olson, Rusell y Sprenkle (1989) estudiando y explorando acerca de las características más importantes del funcionamiento familiar y con el objetivo de complementar la investigación teórica con la práctica, se centraron en tres dimensiones dentro del sistema familiar que son la cohesión, la adaptabilidad, y la comunicación familiar. La principal hipótesis de esta teoría es que los sistemas familiares equilibrados tienden a ser más funcionales, en cambio, los sistemas familiares desequilibrados suelen ser disfuncionales. Estas tres dimensiones se agrupan dentro de un modelo circumplejo lo que ayuda a realizar la división de dieciséis tipos de familia y agrupándolas a su vez de manera general en tres grupos denominándolas familias equilibradas, de rango medio y extremas dependiendo a la funcionalidad y disfuncionalidad de la familia, crean la escala de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III), en donde se evalúa de manera principal dos de las dimensiones que abarca dicha teoría.

a) Cohesión familiar:

Según Polaino y Martínez (2003) refiere que la cohesión familiar se establece a partir de la relación que hay entre el vínculo emocional que tienen los miembros de la familia y el nivel de autonomía individual que una persona tiene dentro del sistema familiar, haciendo relevancia al primer componente. Entendiéndose por cohesión que es aquel lazo o relación emocional que tienen los miembros de una familia. Según Olson et al. (1989) dentro de esta dimensión existen diferentes indicadores y cuatro niveles de cohesión:

Indicadores:

- Lazos Emocionales: Es el estado emocional que expresan los miembros de la familia y que varía de acuerdo con la persona que se interactúa.
- Espacio: Lugar, momento, espacio donde se desenvuelven los miembros de la familia.
- Tiempo: Es el periodo o tiempo en donde la familia interactúa y comparte su tiempo de vida.
- Interés: La voluntad con el que los miembros familiares comparten experiencias y realizan actividades de manera conjunta. Dentro de este indicador está la preocupación.
- Toma de decisiones: Tiene que ver con las decisiones tomadas con respecto a la familia y a su vez la aceptación de dichas decisiones. Tomando en cuenta la opinión de todos los miembros de la familia.
- Amigos: Hace referencia de la influencia que se recibe por parte de los amigos y acerca de la aprobación o no de estas amistades a nivel familiar, ya que durante el desarrollo de la vida la persona está sujeto a relacionarse con personas que no son estrictamente de su entorno familiar y estos muchas veces llegan a ser un factor importante en la vida de una persona.

- Límites: Son las reglas que se da dentro de una familia por el cual a su vez se van asumiendo roles a través de estas reglas, además que hace referencia a una manera de protección porque permite la reducción de conductas de riesgo.

En la dimensión de cohesión, como explica Lorente y Martínez (2003) los niveles de cohesión son:

- Desligada: También llamada suelta, dispersa, desvinculada o desprendida, dentro de este nivel las preferencias familiares están caracterizadas por la separación física, ausencia del tiempo compartido, independencia en la toma de decisiones, no existe un interés común y existe una extrema separación emocional.

- Separada: Existe dentro de estas familias un cierto grado de separación emocional entre los miembros familiares, las decisiones se toman de forma individual, existe preferencia por los espacios separados, aunque se acepta el involucramiento familiar, pero dando cierta preferencia al espacio personal.

- Conectada: Dentro de este nivel hay mayor grado de unión e intimidad emocional compartida, existiendo respeto a la distancia personal, existe el tiempo compartido, hay cierta preferencia sobre los intereses comunes, el alejamiento se respeta entre ellos.

- Enredada: También llamada amalgamada, aglutinada y enmarañada, existe una vinculación familiar muy intensa, extrema cercanía emocional, poca o escasa autonomía individual, no existe el espacio privado, la toma de decisiones se da con el acuerdo de los demás miembros, se prioriza las amistades de la familia antes que las personales.

#### b) Adaptabilidad Familiar:

Según Olson et al. (1989) expone que es aquella habilidad que la familia presenta para modificar la jerarquía de poder, la capacidad de cambio, y la flexibilidad dentro de sus relaciones

entre los miembros familiares y esto se observa en las diferentes etapas por las que pasa la familia. Dentro de esta dimensión existen diferentes indicadores y cuatro niveles de adaptabilidad:

Indicadores:

- Liderazgo: Este indicador está relacionado principalmente a los padres porque vienen a ser en un inicio los que toman las decisiones y solucionan problemas, esto va cambiando conforme vaya desarrollándose la familia.

- Asertividad: Hace referencia a la expresión de ideas, opiniones y puntos de vista de manera óptima o adecuada en base al respeto entre los miembros familiares.

- Roles: Es la función o el papel que desempeña cada uno dentro de la familia que normalmente se distribuye de manera jerárquica y habilidades que se va adquiriendo conforme se van desarrollando cada miembro familiar.

- Disciplina: Es la forma estructura de poner reglas, normas y límites dentro del sistema familiar para que este se desarrolle adecuadamente.

- Negociación: Es una manera de solucionar problemas que aparecen en el desarrollo de la familia, y se realiza a través de acuerdos y pactos. La negociación es una forma de resolver de manera verbal las diferencias y los distintos puntos de vista.

La dimensión de adaptabilidad, como explica Lorente y Martínez (2003) los niveles de adaptabilidad son:

- Rígida: Dentro de estas familias se observa un liderazgo autoritario, una exigencia por el cumplimiento de reglas, las negociaciones son escasas o nulas, los roles están definidos y las reglas son inflexibles.

- Estructurada: Se caracteriza porque el liderazgo se comparte, existe la comunicación para la resolución de conflictos, los cambios se dan cuando hay petición o solicitud por algún miembro familiar, las tomas de decisiones suelen darse por los padres.

- Flexible: El liderazgo es compartido, hay cierta flexibilidad en los roles, la toma de decisiones se da democráticamente, las reglas se modifican si algún miembro de la familia ve oportuno modificarlas.

- Caótica: Existe una ausencia de liderazgo o simplemente es rechazado por los miembros familiares, no existen las reglas o son cambiables con facilidad.

c) Comunicación familiar:

Olson et al. (1989) se refiere a esta dimensión como facilitadora, y al ser facilitadora no está incluida gráficamente en el modelo como si están la cohesión y la adaptabilidad, dando a entender que si hay cambio en la comunicación dentro de la familia habrá un cambio en la cohesión y adaptabilidad. Es decir, que a mayor equilibrio tenga la familia existe mayor comunicación entre los miembros familiares y por ende a menor equilibrio existe poca o nula comunicación familiar.

Los tipos de funcionalidad familiar según Olson (1989, como se citó en Granados, 2016) presenta dos dimensiones, las cuales al unir sus niveles forman 16 tipos de familias, y estos comprende a su vez 3 tipos de funcionamiento familiar que son:

- Funcionamiento equilibrado

Este tipo de funcionamiento es el más adecuado, los miembros de la familia saben manejar la dependencia e independencia dentro la familia, saben estar solos y conectados con la familia, dentro de los miembros familiares existe la libertad para afrontar de manera individual o conjunta las circunstancias que se les presente. Este tipo de funcionamiento se encuentra en el

círculo central del gráfico del modelo circunplejo de Olson y tiene cuatro tipos de funcionamiento, los cuales son:

- Flexible-Conectada
- Flexible-Separada
- Estructurada-Separada
- Estructurada-Conectada

El siguiente nivel de funcionamiento es:

- Funcionamiento de rango medio

Este tipo de funcionamiento se caracteriza por tener una dimensión extrema, ya sea en la dimensión cohesión o adaptabilidad, de acuerdo a las circunstancias y el estrés que pueda generar, la familia puede experimentar cambios en su funcionalidad en una sola dimensión, dentro de este tipo de funcionamiento están:

- Caótica-Conectada
- Caótica-Separada
- Flexible-Enredada
- Flexible-Desligada
- Estructurada-Enredada
- Estructurada-Desligada
- Rígida-Conectada
- Rígida- Separada

Para concluir se tiene al de rango extremo que es:

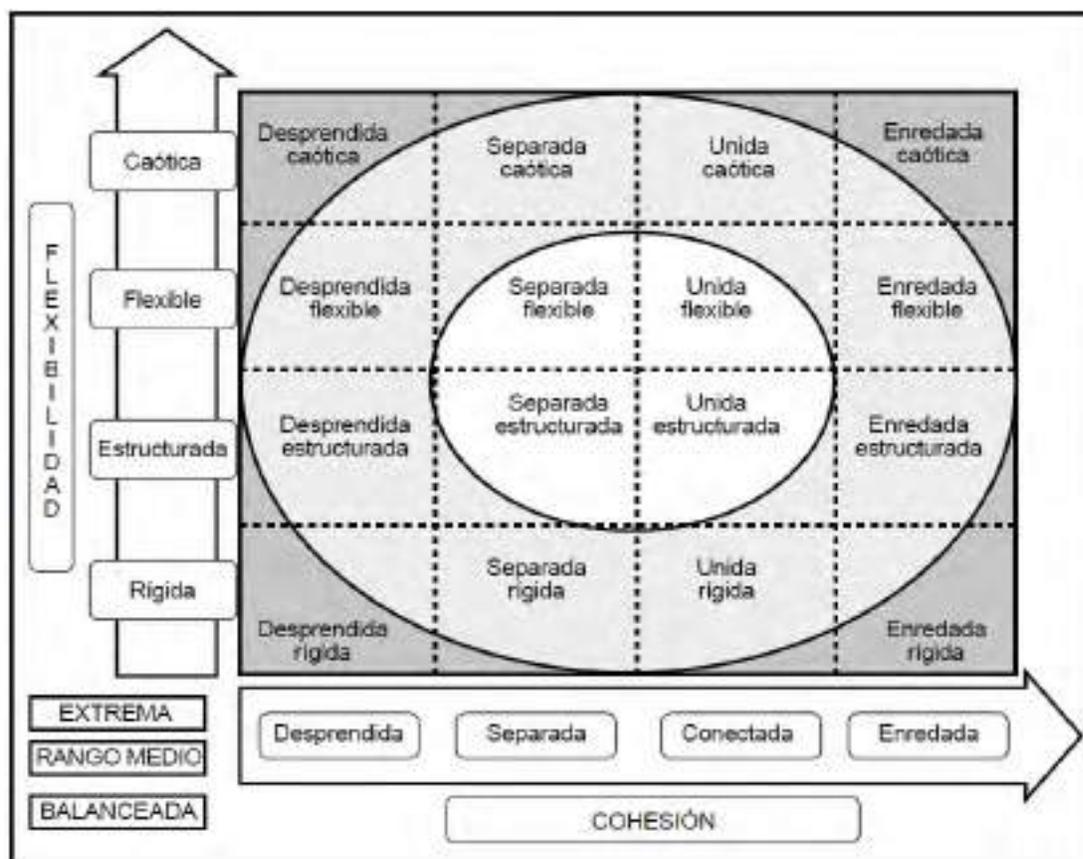
- Funcionamiento extremo

Dentro de este funcionamiento ambas dimensiones son extremas y se considera como el menos adecuado, dentro de este tipo de funcionamiento están:

- Caótico-Enredada
- Caótico-Desligada
- Rígida-Desligada
- Rígida-Amalgamada

**Figura 1**

*Modelo Circumplejo de Olson*



*Nota.* Modelo Circumplejo de Olson. Adaptado de "Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES III: un estudio en adolescentes peruanos", (Bazo, J., Bazo, O., Aguila, J., Peralta, F., Mormontoy, W. y Bennett, I., 2016).

### **2.2.1.2. La familia y la adolescencia**

Amaris *et. al* (2013) La familia representa un espacio formativo en la persona donde permite que esta aprenda posibles formas para manejar y enfrentar la vida, y pese a que exista relación emocional entre la familia y la persona, este último actuará guiado por su propio criterio

Lopez (2018) indica que los adolescentes que forman parte de un núcleo familiar que posee un nivel afectivo elevado, muestran un mejor ajuste psicosocial, sus esferas académica, conductual y psicológica se elevan y permiten un mejor desarrollo a nivel personal, caso contrario lo que ocurre con los adolescentes dentro de familias conflictivas, el bajo nivel de desarrollo emocional actúa de manera inmediata en la forma en la que el adolescente tiende a desenvolverse en su medio social, en el nivel de comunicación que se entabla dentro de su sistema familiar y por último en su bienestar psicológico y físico, por lo cual se considera a la adolescencia una etapa fundamental en el sujeto, quien se enfrenta a los cambios del futuro y suelta las comodidades que la vida infantil le otorga.

### **2.2.2. Afrontamiento**

Lazarus y Folkman (2001) definen al afrontamiento como un “conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que se definen como modos de afrontamiento que median la experiencia de estrés y que tienen como finalidad reducir la respuesta fisiológica y emocional del mismo” (p. 39).

Frydenberg (2000) plantea que las estrategias de afrontamiento son modos de enfrentar una situación, estas estrategias son contextuales, es decir que se pueden amoldar de acuerdo al evento estresor y a como percibimos dicho evento.

Son diferentes y variadas las situaciones a las que durante la vida la persona tiene que afrontar y durante la adolescencia es relevante manejar y adecuar las estrategias de afrontamiento

para que el ser humano pueda tener un desarrollo adecuado, por ello a continuación se describe los principales enfoques teóricos del afrontamiento:

### **2.2.2.1. Enfoques Teóricos del Afrontamiento.**

#### **2.2.2.1.1. *Enfoque teórico desde el modelo salutogénico.***

Al desarrollar este enfoque es necesario mencionar al médico-sociólogo Aaron Antonovsky quien fue el que desarrollo el presente enfoque entre los años 60 y 70, en estos años planteo por primera vez el término Salutogénesis.

Según Antonovsky (como se citó en Figueroa, Contini, Betina, Levín, Estévez, 2005) propone que la salud es un continuo entre la salud y la enfermedad. Siendo en este continuo que se logra identificar dos polos que son el bienestar (salud) y el malestar (enfermedad), en donde no es posible que un ser humano llegue a los dos extremos, es decir, a una salud perfecta o a un estado de enfermedad completa. Entendiéndose que toda persona siempre tiene un malestar dentro de su bienestar completo, aun cuando dicha persona pueda percibirse como saludable. Por otro lado, aún en las enfermedades terminales, existe algunos componentes de la persona que son saludables.

Rivera, Ramos, Moreno y Hernán (2011) señalan que Antonovsky realizo un estudio en 1914 y 1923 en Europa con mujeres internadas en campos de concentración, este grupo de sobrevivientes no mostraban signos de enfermedad en comparación con otras mujeres. En cambio, hasta el 29 % de las antiguas prisioneras alegaron tener una relativamente buena salud mental, pese a sus experiencias traumáticas. El autor del estudio se cuestionó como estas mujeres lograron mantenerse saludables pese a la extrema presión que se ejerció sobre ellas. Antonovsky a partir de este estudio utilizo tres preguntas que fueron claves en la fundación de su teoría: ¿Por qué las personas se mantenían saludables a pesar de estar expuestas a tantas influencias perjudiciales?,

¿Cómo se las arreglan para recuperarse de enfermedades?, ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de la tensión más extrema?

Comprendiendo por todo lo mencionado que este enfoque da un énfasis en la promoción de los mecanismos que la persona tiene para afrontar los desafíos que se le presente en la vida, buscando promover, mantener y optimizar dichos mecanismos para la mejora de la salud de la persona.

Rodríguez, Couto y Díaz (2016) refieren que este enfoque es empleado para la evaluación de personas que padecen enfermedades crónicas y también para poblaciones vulnerables en las que se encuentran ancianos, adolescentes, niños, etc. Esta atención se enfoca en los factores que las personas utilizan para hacer frente al estrés, explicando que las personas tienen la capacidad de mejorar o mantener su salud en situaciones estresantes de su vida.

Se da entender por el enfoque presentado que el manejo y las formas de cómo afrontar los diferentes desafíos en la vida relacionados a la enfermedad siempre están en un continuo desarrollo, a pesar de que uno pueda considerarse saludable completamente o tenga una enfermedad terminal.

#### ***2.2.2.1.2. Enfoque Teórico del estrés según Lazarus y Folkman.***

Para Lazarus y Folkman (como se citó en Felipe y León, 2010) el afrontamiento son aquellos esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que están en constante cambio y que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, en las que la persona las evalúa como desbordantes o excesivos para la propia persona. Siguiendo este concepto, Lazarus y Folkman (como se citó en Rodríguez, Ocampo, Nava, 2009) afirman que el estrés es una relación entre la persona y el entorno, que dentro de esta relación lo relevante es la valoración que la persona tiene acerca de la situación. Es por ello que en este proceso son

importantes dos elementos que son la valoración cognitiva y las estrategias de afrontamiento, ambos se dan de dos formas, el primero:

- **Valoración primaria:** Se trata de una valoración acerca del significado de la situación, ni bien el evento sea detectado por la persona, se da un juicio personal en donde se decide si se está o no en peligro, o si la situación es potencialmente estresante.
- **Valoración Secundaria:** Se centra en la valoración de la persona acerca de sus recursos, capacidades, y demás para poder afrontar la situación. Se busca determinar la acción para enfrentar al estresor, esta valoración depende de los estilos y estrategias de cada persona.

Las interacciones de estas dos valoraciones determinan el grado de estrés, la intensidad y la calidad de la respuesta en la persona.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, Lazarus y Folkman (como se cita en Solís y Vidal, 2006) definen que hay dos estilos de afrontamiento:

- **Centrado en el problema:** Este estilo está dirigido a gestionar la fuente del estrés, dirigiendo el comportamiento para poder identificar el problema, evaluar las posibles soluciones y resolver el problema.
- **Centrado en la emoción:** En donde, aparte de enfrentar la situación o problema, se gestionan las emociones, se busca poder disminuir la emoción angustiante que genera dicha situación o problema.

Según este modelo hay una interacción entre la persona y el entorno, donde se va dando diferentes desafíos por la vida misma, en donde el sujeto evalúa si éstos son manejables o no para el mismo, y a través de los estilos que plantea el autor se va enfrentando a estas situaciones. Lo

relevante en esta teoría es acerca del valor que se le da a la persona de poder generar un juicio hacia la situación y la capacidad de decidir si esta es excesiva o no para él.

Es importante a este punto poder aclarar la diferencia entre estilos y estrategias de afrontamiento, para Alarcón y Ávila (2019) indican que los estilos de afrontamiento hacen referencia a la predisposición personal que tiene cada ser humano para enfrentar las diferentes situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, por otro lado, las estrategias de afrontamiento son aquellos procesos que se determinan de acuerdo al contexto y por ende son cambiantes dependiendo a la situación presentada.

Comprendiendo por esta diferenciación que los estilos son aquellas disposiciones que tiene una persona para poder pensar y actuar, que son estables frente a varias situaciones, en cambio, las estrategias de afrontamiento son procesos que se establecen en función a la situación.

#### ***2.2.2.1.3. Enfoque teórico del Afrontamiento según Érica Frydenberg.***

El presente enfoque a desarrollar será el enfoque teórico en el cual se basará el trabajo de investigación.

Este modelo se basa en los estudios realizados por Lazarus y Folkman con respecto al estrés y afrontamiento, según Frydenberg (citado en Alcoser, 2012) afirma que después de una valoración de la situación, la persona considera el impacto del estrés, y evalúa que recursos tiene para afrontarlo, después de la respuesta este resultado es revaluado, y a partir de la reevaluación se puede dar otra respuesta. Realizándose así una retroalimentación acerca de las formas de afrontamiento, esto ayudará que a futuro la persona pueda repetir la misma acción de afrontamiento o no, agregando así el concepto de valoración terciaria, entendiéndose por este que es aquella valoración que se da después de conocer los resultados de las estrategias utilizadas

para intentar resolver una determinada situación. La persona evalúa la eficiencia de los afrontamientos utilizados para que estos se puedan o no repetir en el futuro.

Frydenberg y Lewis (como se cita en Canessa, 2002) afirman que el afrontamiento es un grupo de acciones tanto cognitivas como afectivas que aparecen frente a una preocupación particular. Estas acciones son una forma de restablecer el equilibrio o reducir lo generado por dicha preocupación, ya sea resolviendo el problema, ya sea cambiando el estímulo o acomodándose a la preocupación sin llegar a una solución en concreto. Ellos crean la escala de afrontamiento para adolescentes (Adolescent Coping Scale ACS) que mide las formas de afrontar que los adolescentes prefieren cuando se encuentran frente a situaciones que para ellos son difíciles.

Frydenberg y Lewis (2000) establecen dieciocho estrategias de afrontamiento reunidas en tres estilos, las dieciocho estrategias de afrontamiento mencionadas son:

- Buscar apoyo social (As): Consiste en compartir el problema con los demás y buscar ayuda de ellos para poder resolver el problema.
- Concentrarse en resolver el problema (Rp): Consiste en manejar el problema de una manera sistemática, evaluando los diferentes puntos de vista para conseguir una solución.
- Esforzarse y tener éxito (Es): Es una estrategia que implica compromiso, ambición y dedicación para llegar a una solución.
- Preocuparse (Pr): Implica el temor o miedo por el futuro, en específico por la felicidad futura.
- Invertir en amigos íntimos (Ai): Son las acciones que se realiza para mantener o conseguir relaciones interpersonales íntimas.

- Buscar pertenencia (Pe): Consiste en la preocupación e interés de la persona por sus relaciones con demás personas y en concreto por la preocupación de que piensan los demás.
- Hacerse ilusiones (Hi): Es generar ideas o expectativas acerca que al final todo saldrá bien, todo esto basado en la esperanza.
- Falta de afrontamiento (Na): Es la falta de capacidad para poder afrontar el problema y a su vez teniendo la tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos.
- Reducción de la tensión (Rt): Buscar e intentar sentirse mejor realizando acciones para poder disminuir la tensión.
- Acción social (So): Se refiere a permitir que otras personas conozcan sobre el problema y buscar ayuda, escribiendo peticiones u organizando actividades que impliquen un grupo o reuniones.
- Ignorar el problema (Ip): Es negar o rechazar la existencia de un problema.
- Autoinculparse (Cu): La persona se observa como el responsable del problema o de lo que le sucede.
- Reservarlo para sí (Re): La persona busca no relacionarse con los demás y así evitar que conozcan el problema por el que está pasando.
- Buscar apoyo espiritual (Ae): Acciones o interés por buscar ayuda de Dios o un líder espiritual mediante el rezo o la oración.
- Fijarse en lo positivo (Po): Tendencia a ver lo positivo de las cosas y considerarse afortunado, viendo de manera constante y optimista la situación por la que se pasa.
- Buscar ayuda profesional (Ap): Buscar la opinión de expertos, profesionales o personas que conozcan acerca de un problema en específico.

- Buscar diversiones relajantes (Dr): Se trata de realizar acciones que generen relajación u ocio.

- Distracción física (Fi): Acciones que impliquen esfuerzo físico y mantenerse en forma.

Como se explicaba, estas dieciocho estrategias se agrupan a su vez en tres estilos de afrontamiento que son:

- Dirigido a resolver el problema: Trata de la implicancia para realizar acciones que se enfocan en resolver el problema, teniendo una actitud positiva y óptima durante el proceso. Dentro de este estilo se encuentran las estrategias de concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, reservarlo para sí, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes y distracción física.
- Referencia a otros: Se basa en la solución mediante la búsqueda de apoyo en las demás personas, es decir, solucionar el problema con la ayuda de las demás personas. Dentro de este estilo se encuentran las estrategias de buscar apoyo social, acción social, buscar apoyo espiritual, buscar ayuda profesional.
- Afrontamiento no productivo: Se trata de una mezcla de estrategias que se caracterizan por la incapacidad de poder resolver el problema o por evitar el problema. Dentro de estos estilos se encuentran las estrategias de preocuparse, buscar pertenencia, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, ignorar el problema, reducción de la tensión, reservarlo para sí y autoinculparse.

Según este modelo teórico, los dos primeros estilos tanto como el de resolver el problema y el de referencia a otros son funcionales y el estilo no productivo es disfuncional.

### **2.2.3. Adolescencia**

La adolescencia es una etapa de vida de muchos cambios a nivel físico y psicológico, y muchas veces estos cambios son difíciles de entender y ser afrontados adecuadamente por el propio adolescente, es por eso que esta etapa necesita de cuidados para atender la vulnerabilidad que representa esta edad en el adolescente.

Los factores familiares y sociales pueden influir positiva y negativamente en su desarrollo y protección, ya que de estas áreas de vida depende como afronte la vida el adolescente con los que recursos pudo aprender para resolver los problemas que se le presenten (Benavente, 2017).

En la actualidad, el adolescente, al estar en esta etapa llena de cambios tanto físicos, psíquicos e igualmente sociales, está sujeto a factores sociales negativos como son la deserción escolar, pandillaje, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos, uso de drogas, delincuencia, entre otros; y que el que se sumerja a estos factores dependerá del él mismo y de la formación que brinda la familia, dando entender que la relación que se tenga con los miembros familiares están importante para determinar e influenciar sobre las decisiones que pueda tomar el adolescente.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2020), la adolescencia es una etapa de desarrollo y crecimiento humano, siendo una etapa de transición entre la niñez y la adultez, y está situado entre las edades de 10 y 19 años de edad. Dentro de esta etapa se dan diferentes cambios en la persona a nivel físico, emocional y social.

La adolescencia es una etapa muy importante en la vida del ser humano, ya que en esta etapa existe cierto reajuste para adaptarse a los cambios por los que pasa, estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social. La adolescencia se esquematiza en tres etapas, la primera

es la adolescencia inicial que está comprendida desde los 10 a 13 años de edad y se caracteriza por los cambios físicos, la segunda etapa es comprendida las edades de 14 a 17 años y está caracterizada por la importancia que llega a tener el grupo de pares con los que se relaciona el adolescente, durante este periodo es común que exista crisis familiares y también es el periodo en donde existe mayor riesgo de aparición de conductas de riesgo, por último abarca la última etapa está comprendida desde los 18 a 21 años de edad y está caracterizada por la reevaluación de los valores paternos y por la adquisición de tareas y responsabilidades propios de la madurez (Güemes, Ceñal González, Hidalgo, 2017).

Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2010) determina en la norma técnica de la atención integral de salud R.M. N° 633 – 2005/MINSA y en el documento técnico de orientaciones para la atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención RM. N°1077 – 2006/MINSA que la etapa de vida adolescente abarca desde los 12 años hasta los 17 años y 11 meses, comprendiendo todos sus aspectos en sus áreas de vida.

Es importante mencionar que en la adolescencia ellos por el desarrollo en el que pasan afrontan situaciones que les generan estrés.

Salotti (2006) dice que se deben tener en cuenta dos factores importantes: Los acontecimientos vitales (cambios físicos, interpersonales, afectivos y cognitivos) que se pueden identificar como estresores; y las características psicológicas (cognitivas, afectivas y comportamentales) que definen la adolescencia como tal, y que constituyen las variables individuales que determinan la valoración que el sujeto hace de los acontecimientos. Las situaciones que viven, sean producto de la transición hacia una nueva etapa vital, o situaciones inesperadas producto de eventos psicosociales, exigen a los adolescentes desarrollar gran parte del repertorio y estrategias con las que enfrentarán las diversas experiencias de la vida adulta.

Los adolescentes, a través de las experiencias, aprenden o desarrollan ciertas estrategias que poco a poco se van constituyendo en un estilo particular de afrontamiento, el cual, a su vez, determinará el tipo de estrategias que deben utilizar en una situación específica. Cassaretto *et al*, (2003) señalan que “el estilo de afrontamiento puede ser entendido entonces como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas internas y externas de una determinada situación estresante” (p.369).

#### **2.2.4. Drogas**

Benavente (2017) afirma que la droga es cualquier sustancia que genere dependencia psicológica o física, el alcohol y el tabaco entran en esta categoría porque son drogas legales. Explica que la dependencia psicológica se da cuando la persona busca conseguir emociones como el placer, euforia, bienestar, etc. o en caso contrario olvidarse por el momento o dejar de pensar en un problema, situación o circunstancia que le genere malestar. La dependencia física es cuando la persona ya se ha habituado al consumo de la droga, a raíz de ello el cuerpo necesita de dicha sustancia para poder funcionar.

Las drogas como se puede observar generan un mal funcionamiento en el ser humano y con ello llegar generan una dependencia, Becoña et al. (2011) afirman que la adicción o conducta adictiva se basa en un principio bajo el concepto de dependencia (psicológica o física) y este va desarrollándose, siendo así que en las conductas adictivas puede o no existir el consumo de una sustancia, pero si existe la capacidad de producir dependencia y generar las demás características que tenían las dependencias a las sustancias psicoactivas. Se resalta que en las conductas adictivas la principal característica es la pérdida de control, entendiéndose así que una persona con conductas adictivas no tiene control sobre dicha conducta, la cual genera dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y problemas muy importantes en su vida diaria.

Benavente (2017) clasifica a las drogas de la siguiente manera:

- Legales e ilegales: Esta clasificación está sujeta al contexto sociocultural en donde desarrolle la persona, en nuestro contexto las legales son el alcohol y el tabaco, las ilegales son la marihuana, cocaína, LSD, etc.
- Naturales o sintéticas: Las naturales son consumidas sin un proceso químico que altere la droga, y las sintéticas son aquellas que pueden venir de la naturaleza, necesitan de cierto proceso que afecte en su composición para poder consumirlas.
- Duras o blandas: las duras son aquellas que generan una dependencia física y psicológica y las blandas solo generan dependencia psicológica.

Batllori (2016) afirma que la marihuana es una variedad del cannabis sativa, y por los procesos transgénicos que pasa, su principal producto psicoactivo es el tetrahidrocannabinol (THC), que al consumirla genera un estado de placer, relajación, alegría y hace olvidar lo último que se hizo, se observa que las personas que la consumen suelen tener los ojos rojos y llorosos, tienen más hambre de lo normal, no recuerdan los hechos recientes y se le acelera el ritmo cardíaco. Explica que el consumo de marihuana altera el sistema nervioso y que es más perjudicial el consumo cuando se está en pleno desarrollo, que este caso es en la etapa de la adolescencia, llegando a generar psicosis aguda con delirios, alucinaciones, ataques de ansiedad, pérdida del sentido de su identidad personal o auto reconocimiento, y en el peor de los casos esquizofrenia.

Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas NIDA (2020) las drogas intervienen en cómo se envía, reciben y procesan las señales que transmiten los neurotransmisores. La marihuana tiene la capacidad de activar neuronas porque su estructura química es similar a la de un neurotransmisor natural del organismo; ello permite que se adhieran

a las neuronas y las activen; la activación no es similar a la de un neurotransmisor natural y provocan el envío de mensajes anormales a través de la red neuronal.

De acuerdo a Pineda y Torrecilla (2020) las drogas alteran zonas importantes del cerebro que son necesarias para las funciones vitales y pueden impulsar el consumo propio de la drogadicción. Estas zonas son:

- Los ganglios basales: Cumplen una función importante en las formas positivas de motivación, de hábitos y rutinas. Las drogas generan hiperactividad en este circuito, lo que produce la euforia que se siente al consumirlas, mientras más frecuente sea el consumo el circuito se adapta y disminuye la sensibilidad, lo que hace que a la persona le resulte difícil sentir placer con algo que no sea la droga.
- La amígdala extendida: Cumple la función en las sensaciones estresantes como la ansiedad, la irritabilidad y la inquietud, las cuales son características de la abstinencia una vez que la droga desaparece del sistema motivan a la persona a volver a consumirla.
- La corteza prefrontal: dirige la capacidad de pensar, planificar, resolver problemas, tomar decisiones y controlar los propios impulsos. Los cambios en el equilibrio entre este circuito y los otros dos circuitos hacen que una persona que sufre de un trastorno por consumo de drogas busque la droga en forma compulsiva y tenga menos control de sus impulsos.

## Capítulo III

### Hipótesis y Variables

#### 3.1. Hipótesis

##### 3.1.1. Hipótesis Generales

##### 3.1.1.1. Hipótesis de Investigación.

H<sub>1</sub>: Existe una relación directa significativa entre funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021.

Operacionalización:

$r_{xy} \neq 0$

Donde:

x: Funcionalidad familiar

y: Estrategias de afrontamiento

$r \neq 0$ ; existe relación directa significativa

$H_0$ : No existe relación entre funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental Juan Pablo II del Cusco 2021.

Operacionalización:

$$r_{xy} = 0$$

Donde:

x: Funcionalidad familiar

y: Estrategias de afrontamiento

$r=0$ ; No existe relación

### 3.1.1.2. Hipótesis Específicas

$H_1$ : El tipo de relación entre cohesión familiar y cada una de las estrategias de afrontamiento es variada en los adolescentes consumidores de marihuana en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021.

Operacionalización:

$$r_{x_1y_1y_2y_3\dots y_{16}y_{17}y_{18}} \neq 0$$

Donde:

$x_1$ : Cohesión familiar dimensión de la variable funcionalidad familiar

y: Las 18 estrategias de afrontamiento

$r \neq 0$ ; Existe correlación variada

$H_0$ : No existe relación entre cohesión familiar y cada una de las estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021.

Operacionalización:

$$r_{x_1 y_1 y_2 y_3 \dots y_{16} y_{17} y_{18}} = 0$$

Donde:

$x_1$ : Cohesión familiar dimensión de la variable funcionalidad familiar

y: Las 18 estrategias de afrontamiento

$r=0$ ; No existe relación

$H_2$ : El tipo de relación entre adaptabilidad familiar y cada una de las estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021.

Operacionalización:

$$r_{x_2 y_1 y_2 y_3 \dots y_{16} y_{17} y_{18}} \neq 0$$

Donde:

$x_2$ : Adaptabilidad familiar dimensión de la variable funcionalidad familiar

y: Las 18 estrategias de afrontamiento

$r \neq 0$ ; Existe relación

$H_0$ : No existe relación entre adaptabilidad familiar y cada una de las estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II 2021.

Operacionalización:

$$r_{x_2 y_1 y_2 y_3 \dots y_{16} y_{17} y_{18}} = 0$$

Donde:

$x_2$ : Adaptabilidad familiar dimensión de la variable funcionalidad familiar

y: Las 18 estrategias de afrontamiento

$r=0$ ; No existe relación

### 3.2. Variables

#### 3.2.1. Definiciones Operacionales.

**Tabla 1**

*Tabla de Operacionalización de Variables*

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Niveles	Índice	Ítems
Funcionalidad Familiar: Olson et al. (1989) Define al funcionamiento familiar como la interacción de los lazos afectivos que se da entre todos los miembros de la familia y que tiene la capacidad de moldear su jerarquía con el fin de poder mejorar o superar las crisis y dificultades que se dan durante la evolución de la familia.	Es la relación emocional que establecen los miembros de la familia, y adaptabilidad evaluadas a través de la escala de cohesión y adaptabilidad Familiar (FACES III), a través de dos dimensiones.	Cohesión Familiar	Tipos de Familia:			1,3,5,7,9,11,13,15,17,19
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desligada</li> <li>• Separada</li> <li>• Conectada</li> <li>• Enredada</li> </ul>	10-31 32-37 38-43 44-45	Balanceado  Medio  Extremo	
Estrategias de Afrontamiento: Frydenberg (1993) afirma que las estrategias de afrontamiento son como un conjunto de acciones tanto cognitivas como	Son respuestas que se dan frente a una situación específica que genera estrés o incomodidad en	Adaptabilidad Familiar	Tipos de Familia:			2,4,6,8,10,12,14,16,18,20
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rígida</li> <li>• Estructurada</li> <li>• Flexible</li> <li>• Caótica</li> </ul>	10-19 20-24 25-28 30-35		
Estrategias de Afrontamiento: Frydenberg (1993) afirma que las estrategias de afrontamiento son como un conjunto de acciones tanto cognitivas como	Son respuestas que se dan frente a una situación específica que genera estrés o incomodidad en	Afrontamiento activo frente al problema	Concentrarse en resolver el problema	5-25	Dirigido a resolver el Problema	2, 21, 39, 57, 73
			Esforzarse y tener éxito	5-25		

afectivas que salen como reacción a una preocupación particular. Estas reacciones son un intento de poder reestablecer el equilibrio o ayudan a disminuir la crisis que está viviendo el individuo. Esto puede hacerse resolviendo el problema, es decir, modificando el estímulo, o adaptándose a la preocupación generada por el evento sin realizar alguna acción.	el adolescente, evaluadas a través de la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) siendo a través de seis dimensiones.		Preocuparse	5-25	Afrontamiento no	4,23, 41, 59, 75
		Afrontamiento o no productivo	Falta de afrontamiento o No afrontamiento	5-25	Productivo	8, 27, 45, 63, 79
			Reducción de la tensión	5-25	Referencia a otros	9, 28, 46, 64, 80
		Distanciamiento en general	Autoinculparse	4-20		12, 30, 48, 66
				Ignorar el problema	4-20	12, 30, 49, 67
		Búsqueda de apoyo social y emocional frente al problema.	Reservarlo para sí	4-20	14, 32, 50, 68	
			Invertir en amigos íntimos	5-25	5, 24, 42, 60, 76	
			Interpretación positiva del problema	Buscar pertenencia	5-25	6, 25, 43, 61, 77
				Buscar diversiones relajantes	3-15	18, 36, 54
						19, 37, 55
		Búsqueda de apoyo social instrumental frente al problema	Distracción física	3-15	7, 26, 44, 62, 78	
			Hacerse Ilusiones	5-25		
			Buscar ayuda espiritual	4-20	15, 33, 51, 69	
			Fijarse en lo positivo	4-20	16, 34, 52, 70	
	Buscar apoyo social	5-25				

---

Acción social	5-25	1, 20, 38, 56, 72
Buscar ayuda profesional	4-20	10, 11, 29, 47, 65 17, 35, 53, 71

---

*Nota.* Elaboración propia

## Capítulo IV

### Marco Metodológico

#### 4.1. Enfoque

El presente trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo, porque se utiliza instrumentos psicométricos para el recojo de datos y la estadística para la presentación de los resultados con base en la medición numérica y el análisis matemático, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

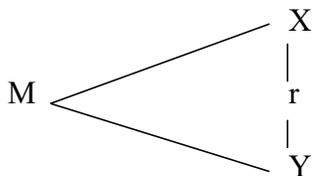
Nivel: El presente trabajo de investigación es de un nivel explorativo, porque se abordó un tema poco estudiado y correlacional porque tiene como finalidad conocer la relación que existe entre dos o más variables (Valderrama, 2013).

#### 4.2. Tipo

La investigación es de tipo básica, pura o fundamental porque tiene como objetivo reconocer las diversas teorías científicas que existen que tengan relación con el problema investigado, de esa manera indaga el desarrollo de una teoría o teorías con el propósito de obtener nuevos conocimientos (Valderrama, 2013).

#### 4.3. Diseño

La presente investigación es de diseño no experimental, transversal, correlacional en vista de que no se manipula las variables, y se recolectan datos en un solo momento y tiempo único, observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Su propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández, Baptista, 2014).



#### 4.4. Población

La población investigada se enfoca en los adolescentes comprendidos entre las edades de 12 y 17 años que fueron atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II por consumo de marihuana y está conformada por un total 110 pacientes con diagnóstico de F.12 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides) con historia clínica.

##### 4.4.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes adolescentes entre los 12 y 17 años.
- Pacientes ambulatorios u hospitalizados atendidos por consumo de marihuana en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II.
- Que acepten voluntariamente ser parte de la investigación y refrenden el asentimiento y consentimiento informado por ellos y por sus tutores.

##### 4.4.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes adolescentes de 12 a 17 años que no sean atendidos por consumo de marihuana en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II.
- Pacientes adolescentes de 12 a 17 años que no sean atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II y sean consumidores de marihuana.
- Pacientes que no estén comprendidos entre las edades de 12 a 17 años.
- Pacientes que no acepten participar de la investigación.

#### **4.5. Investigados**

La población investigada fue conformada por el total de la población conforme llegaban para su atención durante el año 2021, siendo así que se evaluó a los 110 adolescentes pacientes diagnosticados con F.12 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides) comprendidos entre las edades de 12 a 17 años, elegidos censalmente debido a su reducido tamaño.

Si la población, por el número de unidades que la integran, resulta accesible en su totalidad, no será necesario extraer una muestra. En consecuencia, se podrá investigar u obtener datos de toda la población objetivo (Arias, 2006, p. 83).

#### **4.6. Instrumentos de recolección de datos**

El presente trabajo de investigación se utilizó como instrumentos la escala de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) para la variable de funcionalidad familiar (Anexo 12) y el instrumento escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) para la variable estrategias de afrontamiento (Anexo 13).

##### ***4.6.1. Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar***

Para evaluar la funcionalidad familiar se utilizó un test psicométrico construido por David Olson, Joyce Portner y Yoav Lavee en 1985.

Los resultados que arroja dicho test nos permiten evaluar:

- Los niveles de funcionalidad familiar por dimensiones, que son hallados en los adolescentes pacientes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II.
- Los resultados de funcionalidad familiar permiten medir si estos son en rango extremo, rango medio o rango balanceado.

- Posteriormente, permite establecer cada uno de los niveles ya mencionados conforme a las dimensiones: cohesión y adaptabilidad.

#### a. Ficha Técnica:

- **Instrumento N.º 1:** Funcionalidad Familiar
- **Nombre del Instrumento:** Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)
- **Autores:** David H. Olson Portner, Yoav Lavee.
- **Año de Edición:** 1985
- **Autor de la adaptación:** Bazo-Alvarez, J. C., Bazo-Alvarez, O. A., Aguila, J., Peralta, F., Mormontoy, W., & Bennett, I. M. (2016).
- **Tiempo de aplicación:** entre 10 a 15 min.
- **Forma de aplicación:** Puede ser individual o colectiva, el instrumento consta de 20 ítems, 10 para adaptabilidad y 10 para cohesión, con una escala de respuestas de tipo Likert, las opciones son “Nunca o Casi Nunca” (1punto)”, “Pocas Veces (2 puntos)”, “Algunas veces (3 puntos)”, “Frecuentemente (4 puntos)”, “Siempre (5 puntos)” y la puntuación se da de 1 a 5 según corresponda.
- **Aplicación:** A partir de los 12 años en adelante.

#### b. Interpretación

Para realizar la interpretación se tiene que realizar la suma de los ítems pares e impares de manera individual, donde los ítems pares representaran la dimensión de adaptabilidad y los ítems impares representaran la dimensión cohesión, cada dimensión se subdivide en 4 tipos de cada una de estas combinando estos 4 tipos de cada dimensión se obtienen 16 tipos de sistemas

familiares y de acuerdo al puntaje obtenido en cada dimensión se hará la combinación para obtener el resultado final. Donde:

**Tabla 2**

*Resultados de Escala de cohesión y adaptabilidad*

<b><i>FACES III</i></b>	<b><i>Puntaje</i></b>	<b><i>Tipos</i></b>
<b><i>Cohesión</i></b>	<i>45 – 50</i>	<i>Enredada/ Muy conectada</i>
	<i>38 – 44</i>	<i>Unida/ Conectada</i>
	<i>30 – 37</i>	<i>Separada</i>
	<i>10 – 29</i>	<i>Desprendida</i>
<b><i>Adaptabilidad</i></b>	<i>35 – 50</i>	<i>Caótica/Muy Flexible</i>
	<i>29 – 34</i>	<i>Flexible</i>
	<i>22 – 28</i>	<i>Estructurada</i>
	<i>10 -21</i>	<i>Rígida</i>

*Nota.* Elaboración propia

### **c. Análisis psicométrico**

- Validez:

El instrumento nombrado ha sido revisado a nivel psicométrico en el contexto limeño por Bazo et al. (2016) quien en la población adolescente indicó que la prueba cumplía con validez de constructo manteniéndose la existencia de dos factores que explican más del 40% de la varianza.

- Confiabilidad:

La confiabilidad los investigadores identificaron buena consistencia en el instrumento hallando los siguientes valores: Alpha (Cohesión 0.79 y Flexibilidad 0.55) omega (Cohesión 0.85 y Flexibilidad 0.74) y theta (Cohesión 0.81 y Flexibilidad 0.60) respectivamente (Bazo et al., 2016).

#### 4.6.1.1. Ajuste de la prueba para la población investigada.

Toda vez que los datos psicométricos obedecen a una población que difiere de la investigada se estableció, en vías de ajuste del instrumento:

- **Validez del instrumento calculada para la población investigada**

Se utiliza la técnica de análisis de juicio de expertos a través del método de DPP para hallar la validez de contenido (De la Torre & Accostupa, 2013). Este método busca identificar si es que la prueba mide realmente aquello que pretende medir a través de la valoración de profesionales expertos.

Para hallar el valor DPP, en principio, se procedió hallando los promedios de la valoración de cada experto para cada ítem, finalmente se halló el promedio de promedios.

Posteriormente, se halló la distancia (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0); con tal valor se construye una escala valorativa a partir de cero hasta llegar a la Distancia Maxima (Dmax) dividiendo en intervalos iguales entre sí.

Entonces, para que la validez sea aceptada debe encontrarse en las zonas A y B; si no es así, la prueba requiere ser reestructurada y ser sometida nuevamente a juicio de expertos. En el caso de la presente investigación, el punto DPP fue de 1.3 este ubicado en la zona A que representa la adecuación total. Posteriormente, se presentan, las tablas y fórmulas usadas.

**Tabla 3***Valoración de Juicio de expertos de la escala de cohesión y adaptabilidad*

Jurado	J1	J2	J3	J4	Promedio	(X1-Y1)^2
<b>Ítems</b>						
<b>Pregunta 1</b>	5	5	4	5	4.75	0.06
<b>Pregunta 2</b>	5	5	4	5	4.75	0.06
<b>Pregunta 3</b>	5	4	4	5	4.5	0.25
<b>Pregunta 4</b>	5	5	4	5	4.75	0.06
<b>Pregunta 5</b>	5	4	4	4	4.25	0.56
<b>Pregunta 6</b>	5	5	5	5	5	0.00
<b>Pregunta 7</b>	4	5	4	4	4.25	0.56
<b>Pregunta 8</b>	5	5	4	5	4.75	0.06
<b>Pregunta 9</b>	5	5	4	5	4.75	0.06
<b>ADECUACION TOTAL (RANGO A)</b>					Suma	1.69
					Raíz	1.30
					<b>DPP</b>	<b>1.3</b>

*Nota.* Elaboración propia.**Tabla 4***Escala de valoración para la escala de cohesión y adaptabilidad*

Escala	Valoración	Valoración de Expertos
<b>0 – 2.4</b>	A = Adecuación Total	DPP = 1.3
<b>2.4 – 4.8</b>	B = Adecuación en gran medida	
<b>4.8 – 7.2</b>	C = Adecuación Promedio	
<b>7.2 – 9.6</b>	D = Escasa Adecuación	
<b>9.6 – 12</b>	E = Inadecuación	

*Nota:* De acuerdo a la tabla mostrada la ubicación del DPP en la zona A, se interpreta que la prueba de escala de cohesión y adaptabilidad tiene adecuación total lo que significa que tiene validez de contenido y puede ser aplicada a la muestra representativa. Extraído de De la Torre & Accostupa (2013).

- **Confiabilidad del instrumento calculado para la población investigada**

La confiabilidad fue hallada mediante el coeficiente de confiabilidad del alfa de Cronbach en una muestral piloto de 20 pacientes adolescentes en la población de estudio, encontrando una puntuación 0,900.

**Tabla 5**

*Alfa de Cronbach de escala de cohesión y adaptabilidad*

Estadística de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,900	20

#### **4.6.2. Escala de estrategias de afrontamiento**

Para evaluar las estrategias de afrontamiento familiar se utilizó el test psicométrico elaborado por Érica Frydenberg y Ramón Lewis en 1997.

Los resultados que se obtiene de dicho test nos permiten evaluar:

- La frecuencia que son utilizados las estrategias de afrontamiento, que son hallados en los adolescentes pacientes consumidores de marihuana atendidos en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II.
- Los datos obtenidos de estrategias de afrontamiento permiten medir, si estos son utilizados con mucha frecuencia, a menudo, algunas veces, pocas veces, o nunca.

##### **a. Ficha técnica**

- **Instrumento N° 2:** Estrategias de Afrontamiento
- **Nombre del Instrumento:** Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS)
- **Autores:** Érica Frydenberg y Ramón Lewis.
- **Año de Edición:** 1997
- **Traducción Española:** TEA Ediciones (2000)
- **Autor de la Adaptación Peruana:** Beatriz Canessa (2002).
- **Tiempo de Aplicación:** 15 min.

- **Forma de Aplicación:** Puede ser individual o colectiva, el instrumento consta de 80 ítems cerrados, cada ítem refleja una respuesta de afrontamiento diferente y contiene 3 y 5 ítems, estos permiten evaluar 18 estrategias de afrontamientos, presentan una escala de tipo Likert, las opciones son “Nunca lo hago (1 punto)”, “Lo hago raras veces (2 puntos)”, “Lo hago algunas veces (3 puntos)”, “Lo hago a menudo (4 puntos)”, “Lo hago con mucha frecuencia (5 puntos)”.
- **Aplicación:** A partir de los 12 hasta los 18 años. Según la prueba se puede aplicar hasta mayor edad según por la experiencia demostrada.

### b. Interpretación

Para realizar la interpretación debemos tener en cuenta que cada puntuación 1,2,3,4 o 5 puntos se sumaran de acuerdo a los ítems que comprenden cada escala o estrategia de afrontamiento esto equivaldrá a una puntuación total, seguidamente esta puntuación total se multiplicara por 4, 5 o 7 de acuerdo a la cantidad de ítems que cada escala o estrategia tiene; esto se colocara en la hoja de respuestas para hallar la puntuación ajustada y por ende el resultado final, donde:

**Tabla 6**

*Resultados de la escala de estrategia de afrontamiento*

<b>Baremos</b>	<b>Interpretación</b>
20 – 29	Estrategia no utilizada
30 – 49	Se utiliza raras veces
50 – 69	Se utiliza algunas veces
70 – 89	Se utiliza a menudo
90 – 105	Se utiliza con mucha frecuencia

*Nota.* Elaboración propia

### c. Análisis psicométrico

- Validez:

Para hallar la validez de constructo en la muestra original australiana se utilizó el análisis factorial a través de los componentes principales con rotación oblicua oblimumin, para lo cual, inicialmente se agrupó los ítems de acuerdo a las estrategias que corresponden, luego las 18 escalas se agruparon en tres categorías que contenían cada una 6 estrategias. Finalmente, se hicieron tres análisis factoriales en cada una de las tres categorías respectivas. Se llegó a la conclusión de que si existe validez de constructo (Frydenberg y Lewis, 2000)

- Confiabilidad:

El coeficiente de consistencia interna que fluctuaron entre .54 a .84 en la forma general. La confiabilidad mediante el método test-retest para las subescalas fluctuaron entre .44 a .84. La versión argentina original arroja, mediante un análisis de la consistencia interna del instrumento, un alfa medio de Cronbach de 0.75 (Frydenberg y Lewis, 2000)

#### 4.6.2.1. Ajuste de la prueba para la población investigada

Toda vez que los datos psicométricos obedecen a una población que difiere de la investigada se estableció, en vías de ajuste del instrumento.

- **Validez del instrumento calculada para la población investigada**

- **Validez:**

Se utiliza la técnica de análisis de juicio de expertos a través del método de DPP para hallar la validez de contenido (De la Torre & Accostupa, 2013). Este método busca determinar si la prueba mide realmente aquello que pretende medir a través de la valoración de profesionales expertos.

Para hallar el valor DPP, en primer lugar, se procedió hallando los promedios de la valoración de cada juez para cada ítem, finalmente se halló el promedio de promedios.

Posteriormente, se halló la distancia (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0); con tal valor se construye una escala valorativa a partir de cero hasta llegar a la Distancia Maxima (Dmax) dividiendo en intervalos iguales entre sí.

Entonces, para que la validez sea aceptada debe encontrarse en las zonas A y B; si no es así, la prueba requiere ser reestructurada y ser sometida nuevamente a juicio de expertos. En el caso de la presente investigación, el punto DPP fue de 1.3 este ubicado en la zona A que representa la adecuación total. Posteriormente, se presentan, las tablas y fórmulas usadas.

**Tabla 7**

*Valoración de los expertos escala de afrontamiento para adolescentes (ACS)*

Jurado	J1	J2	J3	J4	Promedio	$(X1-Y1)^2$
Ítems						
Pregunta 1	5	5	4	5	4.75	0.06
Pregunta 2	5	4	4	4	4.25	0.56
Pregunta 3	5	5	4	5	4.75	0.06
Pregunta 4	5	5	4	5	4.75	0.06
Pregunta 5	5	5	4	5	4.75	0.06
Pregunta 6	4	5	4	5	4.5	0.25
Pregunta 7	5	5	4	5	4.75	0.06
Pregunta 8	5	5	5	5	5	0.00
Pregunta 9	5	5	4	4	4.5	0.25
<b>ADECUACION TOTAL (RANGO A)</b>					Suma	1.38
					Raiz	1.17
					<b>DPP</b>	<b>1.3</b>

*Nota. Elaboración Propia*

**Tabla 8**

*Escala de valoración para la escala de estrategias de afrontamiento para adolescentes*

<b>Escala</b>	<b>Valoración</b>	<b>Valoración de Expertos</b>
0 – 2.4	A = Adecuación Total	DPP = 1.3
2.4 – 4.8	B = Adecuación en gran medida	
4.8 – 7.2	C = Adecuación Promedio	
7.2 – 9.6	D = Escasa Adecuación	
9.6 – 12	E = Inadecuación	

*Nota.* De acuerdo a la tabla mostrada la ubicación del DPP en la zona A, se interpreta que la prueba de escala de estrategias de afrontamiento para adolescentes tiene adecuación total lo que significa que tiene validez de contenido y puede ser aplicada a la muestra representativa. Extraído de De la Torre & Accostupa (2013).

- **Confiabilidad del instrumento calculado para la población investigada**

La confiabilidad fue hallada mediante el coeficiente de confiabilidad del alfa de Cronbach en una muestral piloto de 20 pacientes adolescentes en la población de estudio, encontrando una puntuación 0.873.

**Tabla 9**

*Alfa de Cronbach de escala de estrategia de afrontamiento*

<b>Estadística de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,873	80

#### **4.7. Consentimiento Informado**

El cumplimiento de los aspectos éticos se adjunta el asentimiento informado para la presente investigación están en el (anexo N° 04) y el consentimiento informado por parte de los padres en el caso de pacientes hospitalizados se hizo de manera regular (Anexo N° 05), y en el caso de los pacientes por consulta externa fue de manera excepcional; es decir mediante

conversaciones de WhatsApp brindaron la autorización para que sus menores hijos participen (Anexo N° 06).

#### **4.8. Procedimiento de recolección de datos**

El presente estudio de investigación partió de una observación de la realidad cuando el investigador realizó sus prácticas pre profesionales, a partir de allí se procedió con la revisión de bibliografía; también breves entrevistas a la población estudiada y al personal de trabajo donde se encuentra la población investigada.

Ha medida que se realizaba el estudio de investigación se pudo solicitar los permisos correspondientes al hospital de Salud Mental para poder acceder a la información de los pacientes y realizar la evaluación correspondiente, para la aplicación se recurrió a la plataforma virtual Google forms, debido a la coyuntura social provocado por el COVID-19, la cual se usó mediante un link que fue enviado a los pacientes adolescentes seleccionados, es importante mencionar que se contó con el apoyo del personal de salud mental para tener acceso y formar una relación con la familia y paciente; para realizar la aplicación de instrumentos.

Para la adecuada evaluación se procedió con la solicitud de asentamiento para la población investigada y consentimiento informado para los padres de la población investigada, este último debido a que la población investigada están bajo la tutela de sus padres o tutor legal, se les informó acerca de los objetivos de la investigación, el tiempo de aplicación y la confidencialidad y el carácter voluntario de la investigación, se informó que tanto padres como pacientes podían realizar consultas directamente con el investigador.

La duración de la aplicación se desarrolló en el lapso de un año aproximadamente, desde inicios Enero hasta finales del 2021, esto debido a que es poco común que persona a corta edad

presenten problemas por consumo de sustancias psicoactivas, además que ellos no reconocen presentar un problema y dejan que se desarrolle el problema.

#### 4.9. Matriz de Consistencia

Título: Funcionalidad Familiar y Estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el Hospital de Salud Mental Juan Pablo II del Cusco 2021.

Autor: Marco Arturo Achahui Hermoza

Enfoque: Cuantitativo Según (Hernández, Fernández y Baptista, 2014 p. 4)

Nivel: Explorativo – correlacional según (Valderrama, 2013, p.167-171)

Diseño: No experimental de tipo transversal según (Hernández, Fernández, Baptista, 2014, p. 157)

Población: La población investigada se enfoca en pacientes adolescentes comprendidos entre las edades de 12 y 17 años que son atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II por consumo de marihuana y está conformada por un total 110 pacientes con diagnóstico de F.12 con historia clínica.

Tabla 10

Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Metodología	Variables	Dimensiones	Instrumentos de recolección de datos	Técnicas e instrumento de datos tratamiento de datos
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Diseño de Investigación		V1		
<p><b>PG:</b> ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento en adolescentes atendidos por consumo de marihuana en el hospital de Salud Mental Juan Pablo II del Cusco 2021?</p>	<p><b>OG:</b> Establecer qué tipo de relación existe entre funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental Juan Pablo II del Cusco 2021</p>	<p><b>Hipótesis de Investigación:</b></p> <p>H<sub>1</sub>: Existe relación directa significativa entre funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental Juan Pablo II del Cusco 2021.</p> <p><math>r_{xy} \neq 0</math></p> <p><b>Hipótesis nula:</b></p> <p>H<sub>0</sub>: No existe relación entre funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en</p>	<p>No experimental de tipo transversal</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p>	<p>V<sub>1</sub>:</p> <p>Funcionalidad Familiar</p>	<p>1.-Cohesión</p> <p>2.- Adaptación</p>	<p>FACES III</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observación</li> <li>- Entrevista</li> <li>- Psicometría</li> </ul>

adolescentes y jóvenes  
consumidores de  
marihuana atendidos  
en el Hospital de  
Salud Mental Juan  
Pablo II del Cusco  
2021.  
 $r_{xy} = 0$

<b>Problemas específicos</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Hipótesis específicas</b>
<b>PE1:</b> ¿Cuál es el tipo de familia que prevalece según las dimensiones de la funcionalidad familiar entre los adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental Juan Pablo II del Cusco 2021?	<b>OE1:</b> Identificar el tipo de familia que prevalece según las dimensiones de funcionalidad familiar entre los adolescentes consumidores de marihuana en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021.	Por ser descriptivo no necesita hipótesis
		<p>V2: Estrategias de Afrontamiento</p> <p>V2: 1.- Afrontamiento activo frente al problema 2.- Afrontamiento no productivo 3.- Distanciamiento en general 4.- Búsqueda de apoyo social y emocional frente al problema</p> <p>Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS)</p>

<p><b>PE2:</b> ¿Cuál es el tipo de estrategia de afrontamiento que prevalece en los adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el Hospital de Salud Mental Juan Pablo II del Cusco 2021?</p>	<p><b>OE2:</b> Reconocer el tipo de estrategia de afrontamiento que prevalece entre los adolescentes consumidores de marihuana.</p>	<p>Por ser descriptivo no necesita hipótesis</p>	<p>5.- Interpretación positiva del problema 6.- Búsqueda de apoyo social instrumental frente al problema</p>
<p><b>PE3:</b> ¿Cuál es la relación entre cohesión y cada una de las estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021?</p>	<p><b>OE3:</b> Establecer qué tipo de relación existe entre cohesión familiar y cada una de las estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II</p>	<p>3.- H<sub>3</sub>: El tipo de relación entre cohesión familiar y cada una de las estrategias de afrontamiento es variada en los adolescentes consumidores de marihuana. <math>r_{x_1y_1y_2y_3...y_{16}y_{17}y_{18}} \neq 0</math> H<sub>0</sub>: No existe relación entre cohesión familiar y cada una de las estrategias de</p>	

	del Cusco 2021.	afrentamiento en adolescentes consumidores de marihuana.  $r_{X_1Y_1Y_2Y_3\dots Y_{16}Y_{17}Y_{18}} = 0$
<b>PE4:</b> ¿Cuál es la relación entre adaptabilidad familiar y cada una de las estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021?	<b>OE4:</b> Identificar qué tipo de relación existe entre adaptabilidad familiar y cada una de las estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco 2021.	4.- H <sub>4</sub> : El tipo de relación entre adaptabilidad familiar y cada una de las estrategias de afrontamiento es variada en los adolescentes consumidores de marihuana.  $r_{X_2 Y_1Y_2Y_3\dots Y_{16}Y_{17}Y_{18}} \neq 0$ H <sub>0</sub> : No existe relación entre adaptabilidad familiar y cada una de las estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana.  $r_{X_2Y_1Y_2Y_3\dots Y_{16}Y_{17}Y_{18}} = 0$

## Capítulo V

### Resultados

Antes de tomar en cuenta los resultados se realiza el proceso de selección del estadístico para la prueba de hipótesis.

#### 5.1 Técnica de procesamiento y análisis de datos

##### 5.1.1 Proceso de selección del estadístico para la prueba de hipótesis

###### a) *Prueba de normalidad*

Para elegir el estadístico adecuado para la prueba de hipótesis se verificó si los datos de la muestra proceden de una distribución normal, aplicando la prueba de normalidad Kolmogorov – Smirnov (véase anexo N°16). De modo que, para el presente estudio fue necesario el empleo de la estadística no paramétrica; de esta manera se llega a emplear el coeficiente de relación no paramétrico: Rho de Spearman, como lo sugiere Hernandez y Mendoza (2018).

**Tabla 11**

*Prueba de normalidad de Kolmogórov – Smirnov escala de cohesión y adaptabilidad*

		Cohesión	Adaptabilidad
N		110	110
Parámetros normales	Media	26.09	28.10
	Desv. Desviación	8.808	11.747
Estadístico de prueba		0.157	0.160
Sig. asintótica(bilateral)		,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>

*Nota.* Se observan un p valor < a 0.05 para cohesión y adaptabilidad de la funcionalidad familiar, lo cual indica una distribución de datos no normal, por consiguiente, el uso de la estadística no paramétrica.

**Tabla 12**

*Prueba de normalidad de Kolmogórov – Smirnov escala de estrategias de afrontamiento en adolescentes*

	N	Media	Des. Desviación	Sig. Asintótica (bilateral)
Resolver el problema	110	53.17	14.850	,000 <sup>c</sup>
Esforzarse y tener éxito	110	55.96	17.052	,000 <sup>c</sup>
Invertir en Amigos Íntimos	110	77.85	18.547	,000 <sup>c</sup>
Fijarse en lo positivo	110	57.59	18.680	,000 <sup>c</sup>
Buscar diversiones relajantes	110	89.66	17.419	,000 <sup>c</sup>
Distracción física	110	54.73	17.151	,000 <sup>c</sup>
Buscar apoyo social	110	55.53	22.548	,000 <sup>c</sup>
Acción social	110	34.51	12.589	,000 <sup>c</sup>
Buscar apoyo espiritual	110	48.23	15.438	,000 <sup>c</sup>
Buscar ayuda profesional	110	48.05	15.131	,000 <sup>c</sup>
Preocuparse	110	56.18	13.754	,000 <sup>c</sup>
Buscar Pertenencia	110	83.67	17.323	,000 <sup>c</sup>
Hacerse ilusiones	110	73.59	18.796	,000 <sup>c</sup>
Falta de Afrontamiento	110	77.42	20.400	,000 <sup>c</sup>
Ignorar el Problema	110	74.73	17.711	,000 <sup>c</sup>
Reducción de la Tensión	110	110.45	23.033	,000 <sup>c</sup>
Reservarlo para sí	110	72.55	20.949	,000 <sup>c</sup>
Auto Inculparse	110	85.36	14.772	,000 <sup>c</sup>

*Nota.* Se observan un p valor > a 0.05 para las estrategias de afrontamiento, lo cual indica una distribución de datos no normal, por consiguiente, el uso de la estadística no paramétrica

A continuación, se describen los resultados hallados en relación a los aspectos sociodemográficos, descriptivos e inferenciales.

## 5.2. Descripción sociodemográfica de la investigación

La muestra es compuesta por 110 adolescentes pacientes atendidos por consumo de cannabis (marihuana) los cuales fueron atendidos de forma ambulatoria (consultorio externo) y hospitalización se tomó a los dos porque ambos reunían los criterios diagnósticos, encontrando que:

**Tabla 13**

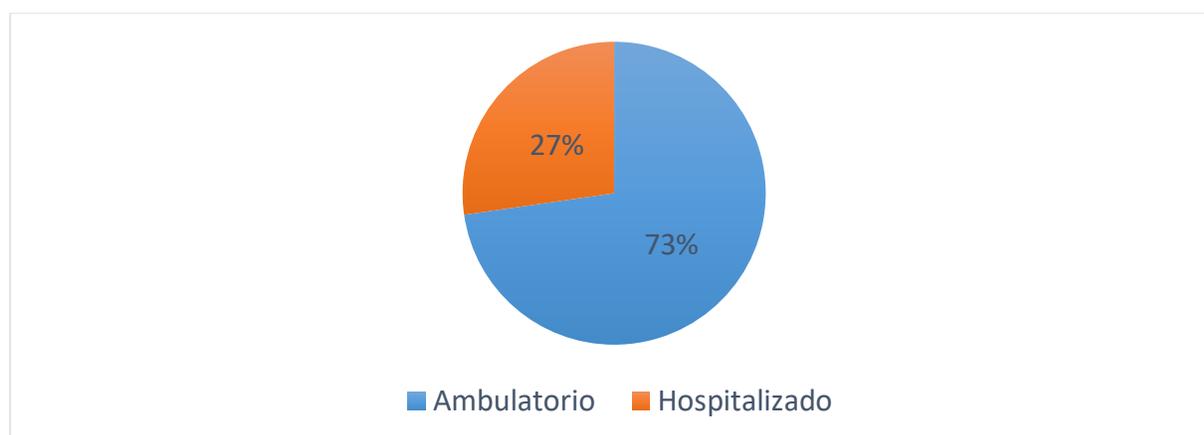
*Distribución por tipo de atención*

Tipo de atención	<b>fi</b>	<b>%</b>
Ambulatorio	80	73%
Hospitalizados	30	27%
Total	110	100%

*Nota.* Se aprecia que el 73.0% son pacientes adolescentes atendidos de forma ambulatoria.

**Figura 2**

*Distribución por tipo de atención*



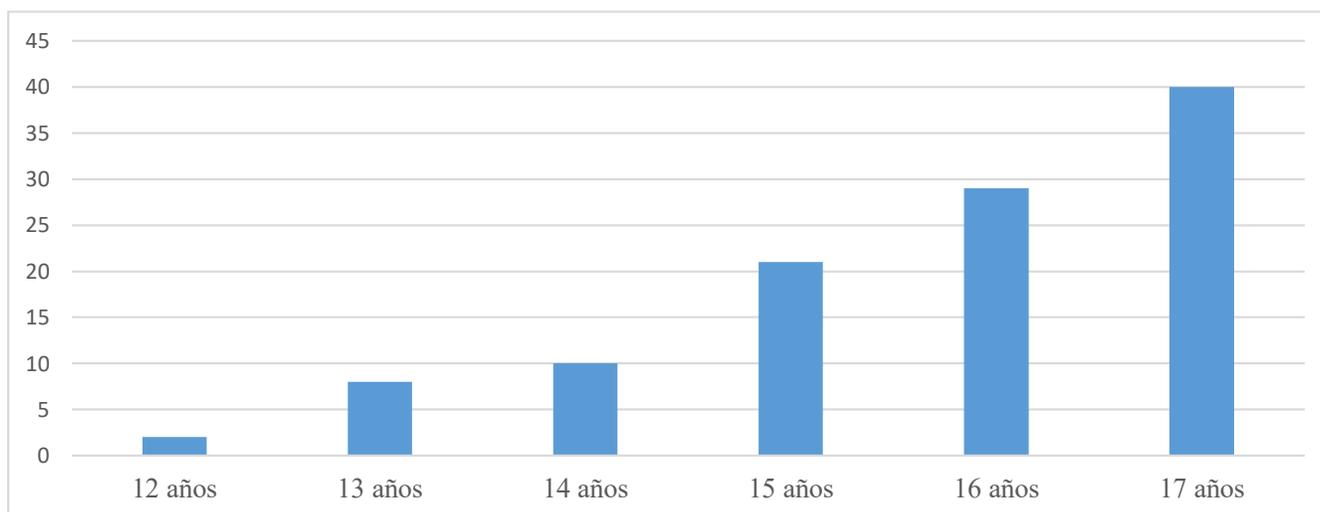
*Nota:* Se visualiza mayores atenciones de forma ambulatoria.

En la tabla 13 y figura 3 se observa mayor presencia en el tipo de atención ambulatoria con un 73% y menor presencia en el tipo de atención de atención hospitalizada con un 27%.

**Tabla 14***Distribución por edad*

Edad	Fi	%
12 años	2	2%
13 años	8	7%
14 años	10	9%
15 años	21	19%
16 años	29	26%
17 años	40	36%
Total	110	100%

*Nota.* Se aprecia que hay 40 pacientes con la edad de 17 años, el cual representa el (40%) de la muestra

**Figura 3***Distribución por edad*

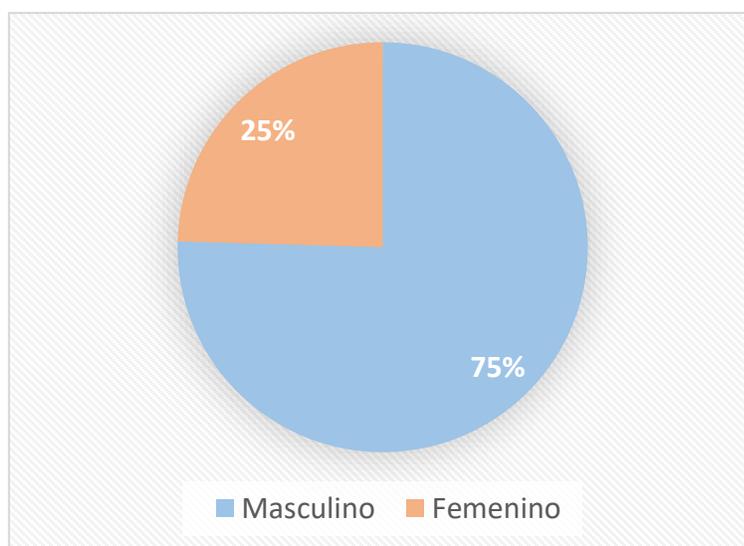
*Nota.* Se puede observar que existe menor presencia de pacientes a los 12 años.

En la tabla 14 y figura 4 se puede apreciar que existe mayor presencia de pacientes que tienen 17 años (36%), seguido de pacientes de 16 años (26%), posteriormente los de 15 años (19%), continuando con los de 14 años (9%), y en menores cantidades los de 13 años (7%) y 12 años (2%) para concluir. Se entiende que son más los casos reportados a los 17 años por qué se hace más evidente el consumo patológico por la trayectoria de consumo que tienen ellos, y es alarmante que exista casos que reporten consumo patológico por marihuana a la edad de 12 años.

**Tabla 15***Distribución por sexo*

<b>Sexo</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
<b>Masculino</b>	83	75%
<b>Femenino</b>	27	25%
<b>Total</b>	110	100%

*Nota.* Se aprecia mayor presencia del sexo masculino con un (75%)

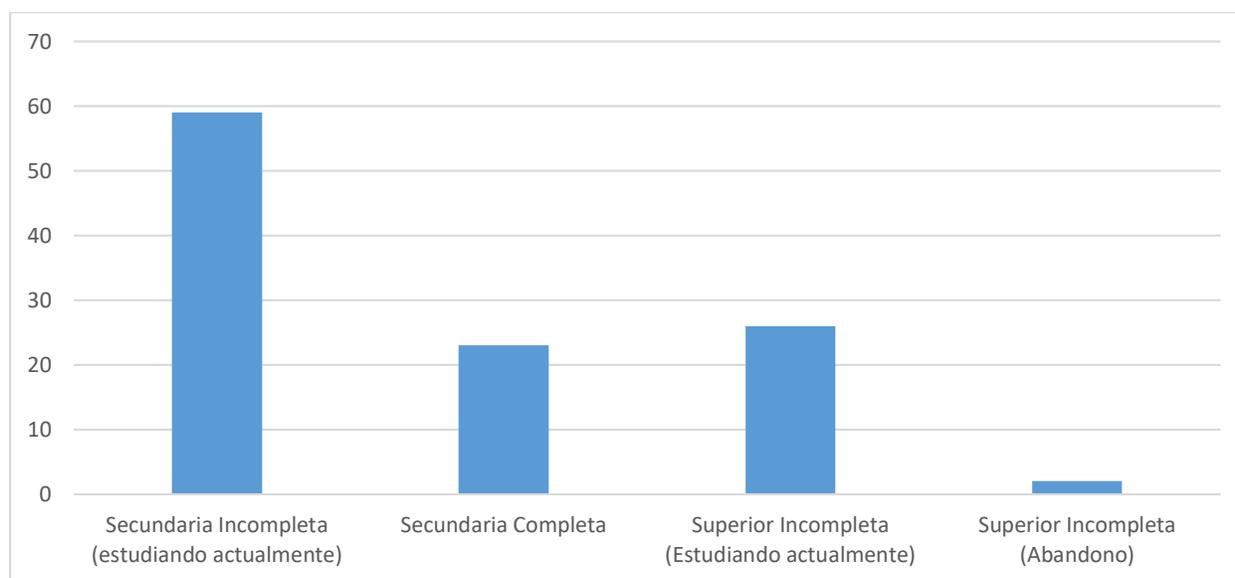
**Figura 4***Distribución por sexo*

*Nota.* Se observa mayor porcentaje de pacientes en el sexo masculino

**Tabla 16***Distribución por escolaridad*

<b>Estudios</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Secundaria Incompleta (estudiando actualmente)	59	54%
Secundaria Completa	23	21%
Superior Incompleta (Estudiando actualmente)	26	24%
Superior Incompleta (abandono)	2	2%
<b>Total</b>	110	100%

*Nota.* Hay mayor presencia de pacientes que cursan estudios en el nivel secundario (54%)

**Figura 5***Distribución por escolaridad*

*Nota.* Se visualiza que existe mayor presencia de pacientes que actualmente que se encuentran estudiando el nivel secundario siendo 59 (54%), seguido de pacientes que están en superior incompleta (estudiando actualmente) siendo 26 (24%), continuando con los de secundaria completa 23 (21%) y concluyendo con los de superior incompleta (abandono) siendo 2 (2%).

### 5.3. Estadística descriptiva aplicada al estudio

#### 5.3.1. Análisis de los resultados según las dimensiones de funcionalidad familiar

Para comenzar realizando el análisis de resultado según las dimensiones, es necesario primero realizar el análisis de la funcionalidad familiar en general, por ello se comienza de esta forma:

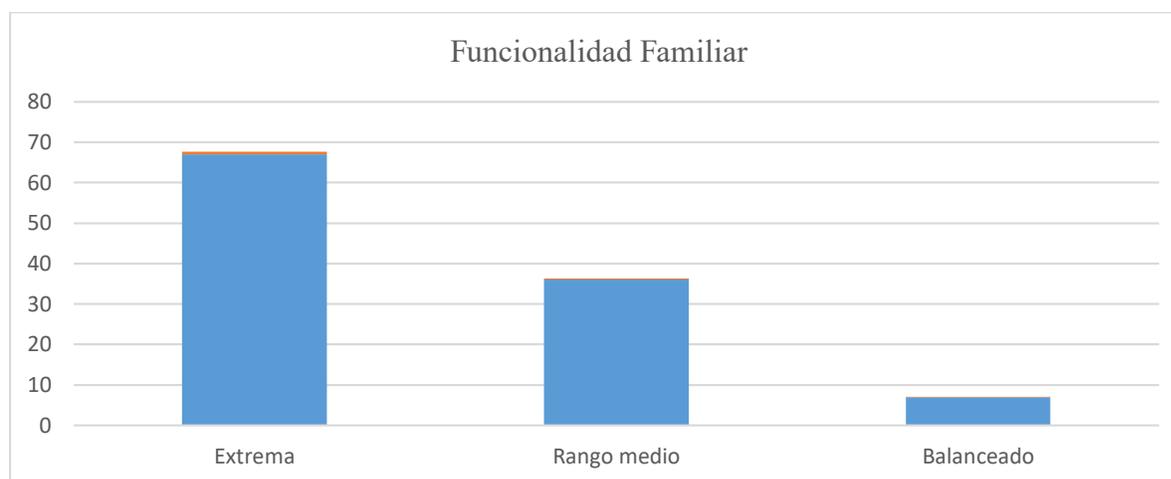
**Tabla 17***Niveles de funcionamiento familiar*

Funcionalidad familiar	f	%
Extrema	67	60.9%
Rango medio	36	32.7%
Balanceada	7	6.4%
Total	110	100.0%

*Nota.* Elaboración propia

## Figura 6

### Niveles de funcionamiento familiar



*Nota.* En la tabla 17 y la figura 7 se visualiza mayor presencia del nivel de funcionalidad extremo con un 60%, seguido del nivel rango medio con un 32% y concluyendo con un 6 % del nivel balanceado.

En la tabla 17 y figura 6 se puede observar que en la población investigada existen tipo de familias en un rango extremo comprendiendo por esto que son disfuncionales.

## Tabla 18

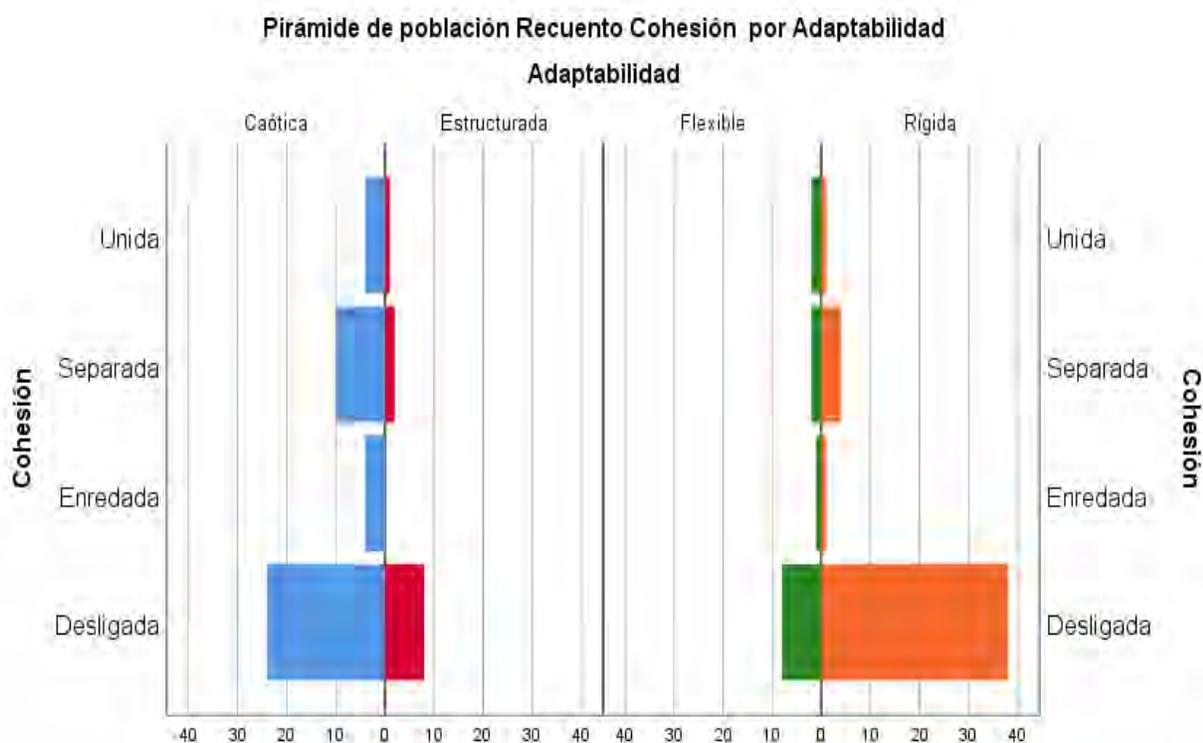
### Tipo de familia prevaeciente según las dimensiones de funcionalidad familiar

		Adaptabilidad				Total	
		Caótica	Flexible	Estructurada	Rígida		
Cohesión	Enredada	Frecuencia	4 (66%)	1 (16%)	1 (16%)	1 (16%)	6 (100%)
	Unida	Frecuencia	4 (50%)	2 (25%)	2 (25%)	1 (12%)	8 (100%)
	Separada	Frecuencia	10 (55%)	2 (11%)	2 (11%)	4 (22%)	18 (100%)
	Desligada	Frecuencia	24 (30%)	8 (10%)	8 (10%)	<b>38 (48%)</b>	78 (100%)
<b>Total</b>		Frecuencia	42 (38%)	13 (11%)	11 (10%)	13 (11%)	110 (100%)

*Nota.* Elaboración propia

**Figura 7**

*Tipos de familia según las dimensiones de funcionalidad familiar prevaliente*

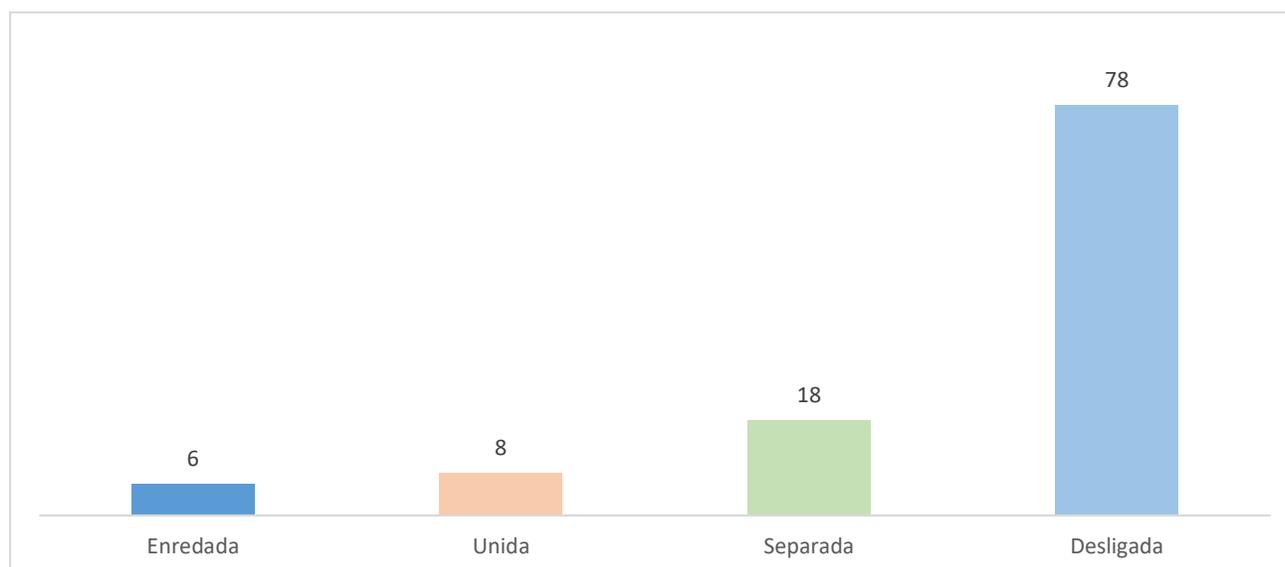


*Nota:* En la tabla 17 y figura 7 se refleja los 16 tipos de familia que se forman de las dos dimensiones que tiene la funcionalidad familiar que son cohesión y adaptabilidad, se observa que en las familias de la población estudiada prevalece el tipo desligada – rígida siendo 38 (22%) familias, seguido de desligada – caótica siendo 24 (%).

En la tabla 18 y la figura 7 se observa que el tipo de familia que prevalece en la población investigada es de tipo rígida – desligada según las dimensiones de la funcionalidad familiar entiendo por esto que el adolescente no presenta conexión emocional dentro de su hogar y que en su familia las normas y reglas no cambian siendo así autoritarias.

**Tabla 19***Niveles según la dimensión cohesión*

<b>Cohesión</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Enredada	6	5.4%
Unida	8	7.2%
Separada	18	16.2%
Desligada	<b>78</b>	70.3%
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100.0</b>

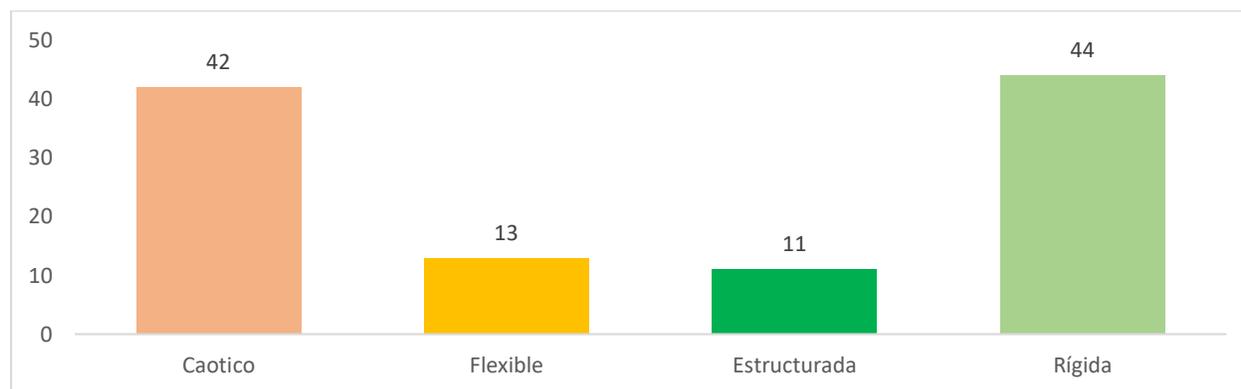
*Nota.* Elaboración propia.**Figura 8***Niveles según la dimensión cohesión*

*Nota.* Se visualiza en la tabla 19 y la figura 9 los niveles de la dimensión cohesión, siendo el nivel desligado con mayor presencia con un 78% seguido de los demás niveles.

En la tabla 19 y figura 8 se observa que según la dimensión cohesión las familias son desligadas comprendiendo por esto que no existe vínculo emocional dentro de las familias de la población investigada siendo esto un factor de riesgo.

**Tabla 20***Niveles según la dimensión adaptabilidad*

<b>Adaptabilidad</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Caótico	42	37.8%
Flexible	13	11.7%
Estructurada	11	9.9%
Rígida	<b>44</b>	<b>39.6%</b>
Total	110	100.0

*Nota.* Elaboración propia**Figura 9***Niveles según la dimensión adaptabilidad*

*Nota.* Se observa en la tabla 20 y la figura 10 los niveles de adaptabilidad siendo el nivel rígido el que tiene mayor presencia con un 39%, seguido del nivel caótico con un 42 %, continuando con el nivel flexible con un 13% y culminando con el nivel estructurado con un 11%.

En la tabla 20 y figura 9 se observa que según la dimensión adaptabilidad es rígida comprendiendo que el hogar es autoritario e inflexible comprendiendo que la familia no cuenta con la habilidad de cambiar su jerarquía de poder para resolver una situación que se le presente.

### 5.3.2. Análisis de los resultados de los tipos de estrategias de afrontamiento

**Tabla 21**

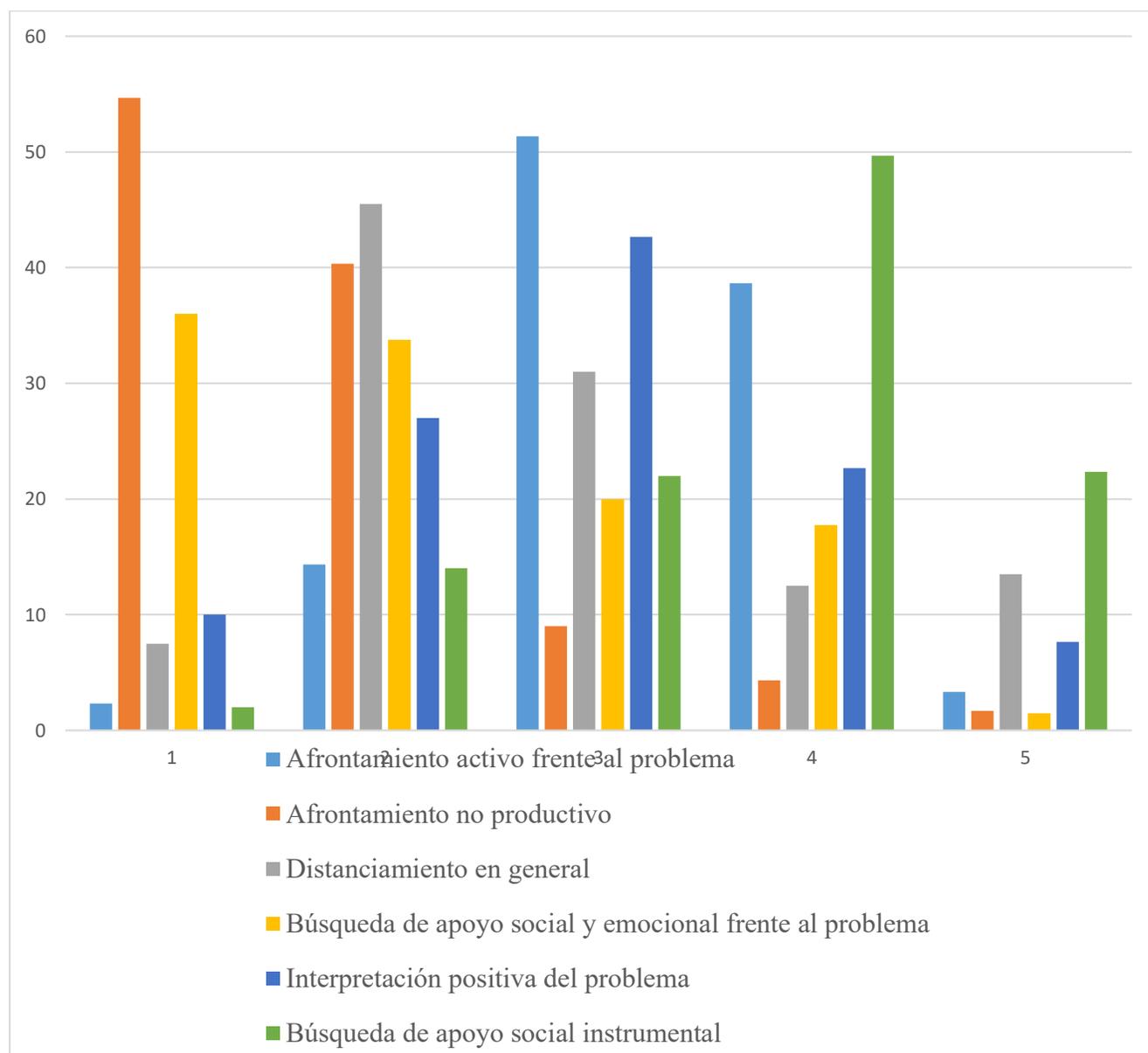
*Resultados de las dimensiones de las estrategias de afrontamiento*

	Se utiliza con mucha frecuencia	Se utiliza a menudo	Se utiliza algunas veces	Se utiliza raras veces	Estrategia no utilizada	Total
Afrontamiento activo frente al problema	2 (2.1%)	14 (13%)	51 (47%)	39 (35%)	3 (3%)	110 (100%)
Afrontamiento no productivo	<b>55(49.7%)</b>	40 (36.7%)	9 (8%)	4 (4%)	2 (2%)	110 (100%)
Distanciamiento en general	8(6.8%)	46 (41.4%)	31 (28%)	13 (11%)	14 (12%)	110 (100%)
Búsqueda de apoyo social y emocional frente al problema	36 (32.7%)	34 (30.7%)	20 (18%)	18 (16%)	2 (1%)	110 (100%)
Interpretación positiva del problema	10 (9.1%)	27 (24.5%)	43 (39%)	23 (21%)	8 (7%)	110 (100%)
Búsqueda de apoyo social instrumental	2 (1.8%)	14 (12.7%)	22 (20%)	50 (45%)	22 (20%)	110 (100%)

*Nota.* Se observa que la estrategia de afrontamiento más utilizada por la población investigada en las dimensiones de estrategias de afrontamiento es el de afrontamiento no productivo con un 49.7% y el menos utilizado es el de distanciamiento en general simbolizado por un 12%.

**Figura 10**

*Resultados de las dimensiones de las estrategias de afrontamiento*

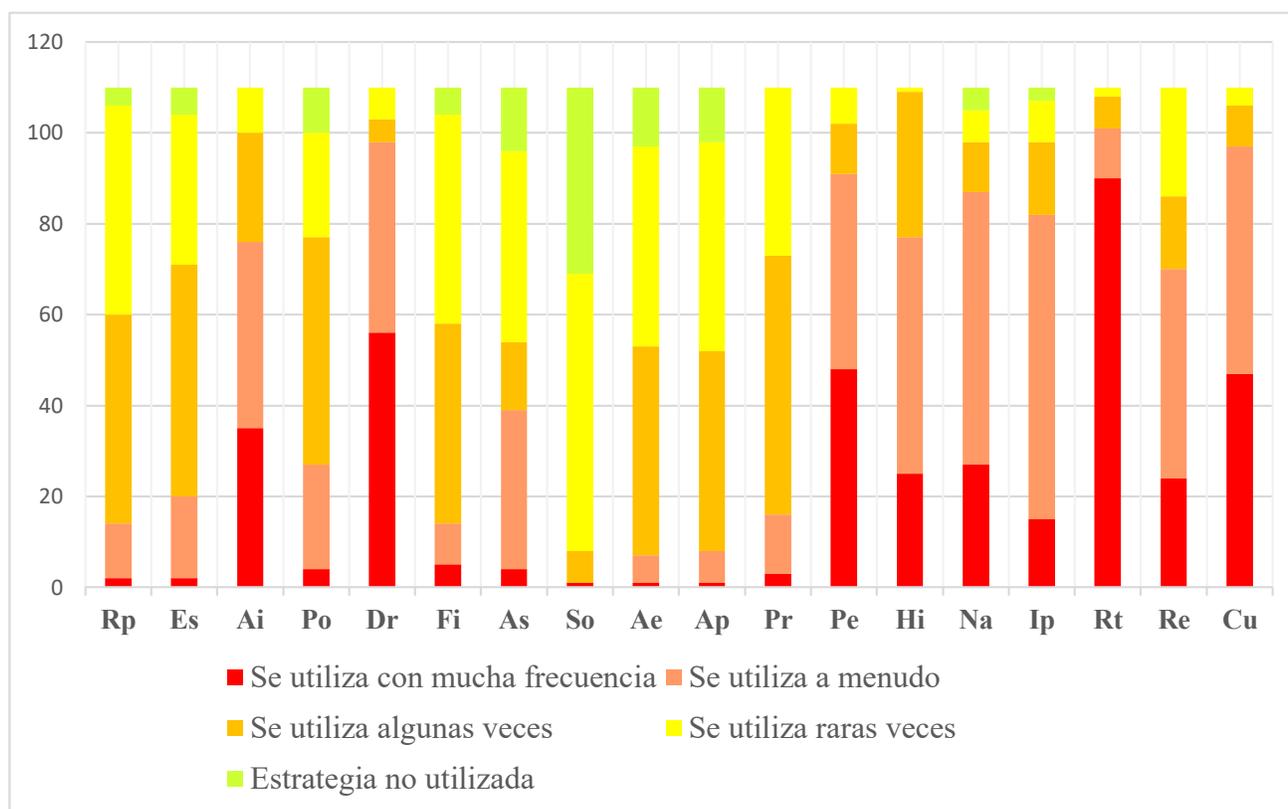


*Nota.* Se refleja en la tabla 21 y la figura 11 los resultados de las 6 dimensiones que conglomeran las 18 estrategias de afrontamiento, se observa que la dimensión que se utiliza con mucha frecuencia es la de afrontamiento no productivo con un 49% y la dimensión menos utilizada es la de búsqueda de apoyo social instrumental con un 22%.

**Tabla 22***Tipo de estrategia de afrontamiento prevaleciente*

Tipos de estrategia	Se utiliza con mucha frecuencia	Se utiliza a menudo	Se utiliza algunas veces	Se utiliza raras veces	Estrategia no utilizada	Total
1 Resolver el problema (Rp)	2 (2%)	12 (11%)	46 (42%)	46 (42%)	4 (4%)	110 (100%)
2 Esforzarse y tener éxito (Es)	2 (2%)	18 (16%)	51 (46%)	33 (30%)	6 (5%)	110 (100%)
3 Invertir en Amigos Íntimos (Ai)	35 (32%)	41 (37%)	24 (22%)	10 (9%)	0 (0%)	110 (100%)
4 Fijarse en lo positivo (Po)	4 (4%)	23 (21%)	50 (45%)	23 (21%)	10 (9%)	110 (100%)
5 Buscar Diversiones Relajantes (Dr)	56 (51%)	42 (38%)	5 (5%)	7 (6%)	0 (0%)	110 (100%)
6 Distracción física (Fi)	5 (5%)	9 (8%)	44 (40%)	46 (42%)	6 (5%)	110 (100%)
7 Buscar apoyo social (As)	4 (4%)	35 (32%)	15 (14%)	42 (38%)	14 (13%)	110 (100%)
8 Acción social (So)	1 (1%)	0 (0%)	7 (6%)	61 (55%)	41 (37%)	110 (100%)
9 Buscar apoyo espiritual (Ae)	1 (1%)	6 (5%)	46 (42%)	44 (40%)	13 (12%)	110 (100%)
10 Buscar ayuda profesional (Ap)	1 (1%)	7 (6%)	44 (40%)	46 (42%)	12 (11%)	110 (100%)
11 Preocuparse (Pr)	3 (3%)	13 (12%)	57 (52%)	37 (34%)	0 (0%)	110 (100%)
12 Buscar Pertenencia (Pe)	48 (44%)	43 (39%)	11 (10%)	8 (7%)	0 (0%)	110 (100%)
13 Hacerse ilusiones (Hi)	25 (23%)	52 (47%)	32 (29%)	1 (1%)	0 (0%)	110 (100%)
14 Falta de Afrontamiento (Na)	27 (25%)	60 (55%)	11 (10%)	7 (6%)	5 (5%)	110 (100%)
15 Ignorar el Problema (Ip)	15 (14%)	67 (61%)	16 (15%)	9 (8%)	3 (3%)	110 (100%)
16 Reducción de la Tensión (Rt)	<b>90 (82%)</b>	11 (10%)	7 (6%)	2 (2%)	0 (0%)	110 (100%)
17 Reservarlo para sí (Re)	24 (22%)	46 (42%)	16 (15%)	24 (22%)	0 (0%)	110 (100%)
18 Auto Inculparse (Cu)	47 (43%)	50 (45%)	9 (8%)	4 (4%)	0 (0%)	110 (100%)

*Nota.* Elaboración propia

**Figura 11***Tipo de estrategia de afrontamiento prevalente*

*Nota.* En la tabla 22 y la figura 13 se observa las estrategias de afrontamiento utilizadas en la población estudiada, evidenciando que la gran parte de la población utiliza la estrategia de reducción de la tensión con un (82 %), seguido de la estrategia de diversiones relajantes (51%) y la estrategia menos utilizada es la de acción social con (37 %) seguido de buscar apoyo espiritual (13%).

## 5.4. Estadística inferencial aplicada al estudio

### 5.4.1. Resultado general:

#### 5.4.1.1. Correlación entre la variable funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento

Empleando el estadístico de Rho de Spearman y tablas de contingencia se obtiene los resultados siguientes<sup>1</sup>.

**Tabla 23**

*Correlación Rho de Spearman entre la dimensión cohesión de funcionalidad familiar y las dimensiones de estrategias de afrontamiento*

Correlaciones		Dimensión	
Dimensiones de estilos de afrontamiento		Cohesión	
Afrontamiento activo	Rho de Spearman	<b>,478</b>	0.000
Afrontamiento no productivo	Rho de Spearman	-0.155	0.105
Distanciamiento en general	Rho de Spearman	<b>-,332**</b>	0.000
Búsqueda de apoyo social y emocional frente al problema	Rho de Spearman	<b>-,363**</b>	0.000
Interpretación positiva del problema	Rho de Spearman	0.007	0.938
Búsqueda de apoyo social instrumental frente al problema	Rho de Spearman	-0.081	0.400

*Nota.* Se observa un nivel de significancia de p-valor < 0.01 en 3 de las 6 dimensiones relacionadas.

En la tabla 23 se evidencia que existe relación positiva directa con un grado moderado entre la dimensión afrontamiento activo y la dimensión cohesión en pacientes atendidos por consumo de marihuana en el hospital de salud mental San Juan Pablo II 2021 ( $Rho = ,478$  y  $p =$

<sup>1</sup> “Para presentar los resultados es necesario indicar que los instrumentos de funcionamiento familiar, así como el de estrategias de afrontamiento, no reportan puntajes generales; e incluso teóricamente no sería posible, puesto que ambas variables se explican de manera dimensional” (Santa Cruz, 2019, p. 51).

0.000), comprendiendo que a mayor presencia de cohesión mayor presencia de afrontamiento activo y viceversa.

Así mismo se visualiza que existe correlación negativa inversa con un grado bajo entre la dimensión distanciamiento general y la dimensión cohesión en pacientes atendidos por consumo de marihuana en el Hospital de salud mental San Juan Pablo II 2021 ( $Rho = -,332$  y  $p = 0.000$ ), infiriendo que a mayor presencia de cohesión menor presencia de distanciamiento en general y viceversa; de la misma manera se observa que existe correlación negativa inversa de grado bajo entre la dimensión búsqueda de apoyo social - emocional frente al problema y la dimensión cohesión en pacientes atendidos por consumo de marihuana en el hospital de salud mental San Juan Pablo II 2021 ( $Rho = -,363$  y  $p = 0.000$ ), por lo mismo se llega a inferir que a mayor presencia de cohesión menor presencia de apoyo social y emocional frente al problema.

#### Tabla 24

*Correlación Rho de Spearman entre la dimensión adaptabilidad de funcionalidad familiar y las dimensiones de estrategias de afrontamiento*

Correlaciones		Dimensión	
Dimensiones de estilos de afrontamiento		Adaptabilidad	
Afrontamiento activo	Rho de Spearman	<b>,457**</b>	0.000
Afrontamiento no productivo	Rho de Spearman	0.044	0.649
Distanciamiento en general	Rho de Spearman	<b>-,342**</b>	0.000
Búsqueda de apoyo social y emocional frente al problema	Rho de Spearman	-0.063	0.511
Interpretación positiva del problema	Rho de Spearman	<b>,538**</b>	0.000
Búsqueda de apoyo social instrumental frente al problema	Rho de Spearman	<b>-,703**</b>	0.000

*Nota.* Se observa un nivel de significancia de p-valor < 0.01 en 4 de las 6 dimensiones relacionadas.

En la tabla 24 se visualiza que existe relación positiva directa con un grado moderado entre la dimensión afrontamiento activo y la dimensión adaptabilidad en pacientes atendidos por consumo de marihuana en el Hospital de salud mental de San Juan Pablo II 2021 ( $Rho= ,457$  y  $p= 0.000$ ), por consiguiente, se infiere que a mayor presencia de adaptabilidad mayor presencia de afrontamiento activo y viceversa; del mismo modo se presenta una relación positiva directa con un grado moderado entre la dimensión interpretación positiva del problema y la dimensión adaptabilidad en pacientes atendidos por consumo de marihuana en el Hospital de salud mental de San Juan Pablo II 2021 ( $Rho= ,538$  y  $p= 0.000$ ), de modo que, se llega a inferir que a mayor presencia de adaptabilidad mayor presencia de interpretación positiva del problema y viceversa.

Por otra parte, se evidencia que existe una relación negativa inversa con un grado bajo entre la dimensión distanciamiento en general y la dimensión de adaptabilidad en pacientes atendidos por consumo de marihuana en el Hospital de salud mental de San Juan Pablo II 2021 ( $Rho= -,342$  y  $p= 0.000$ ), de modo que, se infiere que a mayor presencia de adaptabilidad menor presencia de distanciamiento en general y viceversa; del mismo modo se evidencia una relación negativa inversa con un grado alto entre la dimensión búsqueda de apoyo social instrumental frente al problema con la dimensión adaptabilidad en de marihuana en el hospital de salud mental de San Juan Pablo II 2021 ( $Rho= -,703$  y  $p= 0.000$ ), en consecuencia se infiere que a mayor presencia de adaptabilidad menor presencia de búsqueda de apoyo social instrumental frente al problema y viceversa.

### 5.4.2. Resultados específicos

**Tabla 25**

*Correlación Rho de Spearman entre la dimensión cohesión de funcionalidad familiar estrategias de afrontamiento*

Correlaciones		Dimensión	
Estrategias de afrontamiento		Cohesión	Sig. (bilateral)
Resolver el problema	Rho de Spearman	<b>,455**</b>	0.000
Esforzarse y tener éxito	Rho de Spearman	<b>,404**</b>	0.000
Invertir en amigos íntimos	Rho de Spearman	<b>-,457**</b>	0.000
Fijarse en lo positivo	Rho de Spearman	,251**	0.008
Buscar diversiones relajantes	Rho de Spearman	-,212*	0.026
Distracción física	Rho de Spearman	,286**	0.002
Buscar apoyo social	Rho de Spearman	-,235*	0.014
Acción social	Rho de Spearman	-0.149	0.120
Buscar apoyo espiritual	Rho de Spearman	0.059	0.539
Buscar ayuda profesional	Rho de Spearman	<b>,528**</b>	0.000
Preocuparse	Rho de Spearman	0.116	0.226
Buscar pertenencia	Rho de Spearman	<b>-,340**</b>	0.000
Hacerse ilusiones	Rho de Spearman	-,224*	0.019
Falta de afrontamiento	Rho de Spearman	-,199*	0.037
Ignorar el problema	Rho de Spearman	<b>-,333**</b>	0.000
Reducción de la tensión	Rho de Spearman	-0.183	0.055
Reservarlo para sí	Rho de Spearman	-,255**	0.007
Auto inculparse	Rho de Spearman	0.091	0.347

*Nota.* Elaboración propia

Se observa que las estrategias de afrontamiento más relacionadas a la dimensión cohesión son buscar ayuda profesional (Rho=,528 y un p=0.00), indicando que a mayor presencia de cohesión mayor presencia de buscar ayuda profesional, de la misma manera con la estrategia de afrontamiento resolver el problema (Rho=,455 y un p=0.00) infiriendo que a mayor presencia de cohesión mayor estrategia de esforzarse y tener éxito y viceversa, de otra manera sucede en la relación la estrategia invertir en amigos íntimos y la dimensión mencionada (Rho= -

4,57 y  $p=0.000$ ), por lo tanto, se infiere que a mayor presencia de cohesión menor presencia de la estrategia invertir en amigos íntimos y viceversa.

**Tabla 26**

*Correlación Rho de Spearman entre la dimensión adaptabilidad de funcionalidad familiar estrategias de afrontamiento*

Correlaciones		Dimensión	
		Adaptabilidad (bilateral)	Sig.
Estrategias de afrontamiento			
Resolver el problema	Rho de Spearman	-0.012	0.902
Esforzarse y tener éxito	Rho de Spearman	<b>,355**</b>	0.000
Invertir en amigos íntimos	Rho de Spearman	-0.138	0.151
Fijarse en lo positivo	Rho de Spearman	<b>,443**</b>	0.000
Buscar diversiones relajantes	Rho de Spearman	0.091	0.345
Distracción física	Rho de Spearman	-,212*	0.026
Buscar apoyo social	Rho de Spearman	<b>-,809**</b>	0.000
Acción social	Rho de Spearman	-0.020	0.837
Buscar apoyo espiritual	Rho de Spearman	<b>,399**</b>	0.000
Buscar ayuda profesional	Rho de Spearman	0.079	0.411
Preocuparse	Rho de Spearman	<b>,486**</b>	0.000
Buscar pertenencia	Rho de Spearman	0.091	0.347
Hacerse ilusiones	Rho de Spearman	<b>,381**</b>	0.000
Falta de afrontamiento	Rho de Spearman	-0.103	0.284
Ignorar el problema	Rho de Spearman	-,209*	0.029
Reducción de la tensión	Rho de Spearman	0.089	0.353
Reservarlo para sí	Rho de Spearman	-,266**	0.005
Auto inculparse	Rho de Spearman	<b>,260**</b>	0.006

*Nota.* Elaboración propia

Se observa que la relación más resaltante se da entre la estrategia buscar apoyo social presentando una relación negativa inversa con la dimensión adaptabilidad (Rho= -,809 y un  $p=0.00$ ), indicando que a mayor presencia de la estrategia menor presencia de adaptabilidad.

## Capítulo IV

### Discusión de resultados

Como se mencionó en el capítulo anterior, los instrumentos utilizados para mensurar las variables estudiadas, funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento no poseen de puntajes generales, es por ello que se opta por analizarlas a nivel de dimensiones, así mismo si se abordara teóricamente no se podría realizar la relación de las variables mencionadas porque ambas variables no se explican de manera unidimensional (Santa Cruz, 2019).

La presente investigación pretendió determinar la correlación entre las variables funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento, resultados que fueron presentados y descritos en el capítulo anterior. Seguidamente, se realiza la discusión correspondiente, en el mismo orden en que fueron presentados, según los objetivos e hipótesis plantadas y en relación a los aportes académicos con diferentes autores.

El objetivo principal de la investigación es establecer la relación entre funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de marihuana atendidos en el hospital de Salud Mental Juan Pablo II del Cusco 2021; se analiza la cohesión y adaptabilidad dimensiones de la funcionalidad familiar con las dimensiones de estrategias de afrontamiento, dando como resultados en la relación de cohesión con las dimensiones de estrategias de afrontamiento, un nivel de significancia de  $p\text{-valor} < 0.01$  en 3 de las 6 dimensiones esto es explicado por Amaris et. al. (2013) indicando que la familia representa un espacio socio formativo en la persona donde permite que esta aprenda posibles formas para manejar y enfrentar la vida, y pese a que existe esta relación emocional entre la familia y la persona, este último a las finales actuara guiado por propio criterio y a su vez determinado por los contextos que se le presenten. Deduciendo por este párrafo que los resultados obtenidos en esta investigación, donde

se observa correlaciones en unas dimensiones y en otras no, es por la influencia de los contextos particulares y el juicio de la persona, pese a que exista una relación directa entre el adolescente y la relación inicial entre los miembros de la familia.

Con la dimensión afrontamiento activo y cohesión se presenta un coeficiente de correlación positiva en un grado medio, lo que se corrobora con las investigaciones a nivel nacional de León (2020), Custodio (2019), y Santa cruz (2019) quienes hallan los tres una relación directa entre cohesión y la dimensión afrontamiento activo; por el contrario Alarcón y Ávila (2019) no coinciden con los resultados obtenidos ya que ellos no obtuvieron relación entre ambas dimensiones; esto es reforzado por Canessa (2002) quién afirma que el vínculo emocional formado entre los miembros familiares refuerza a que el adolescente desarrolle habilidades que permiten enfocarse en el problema y resolverlo, estas habilidades o acciones permiten que pese a que los adolescentes presenten un grado de preocupación ellos no asuman un rol pasivo frente al problema si no al contrario reflejen actitudes activas y de responsabilidad frente al problema. Este hallazgo en los resultados del estudio presentado demuestra que debido a que la gran mayoría de familias de la población estudiada presentan negligencias, problemas, o afecciones en su funcionalidad familiar, los adolescentes pacientes por consumo no perciben cohesión dentro de su familia, es por ello que recurren al consumo de la marihuana ya que no encontrar vinculo emocional dentro de su hogar lo buscar alejados de ellos, lo cual incrementa su factor de riesgo al consumir, además que esto genera alguna desestabilización en él lo cual hace que busque calmar dicho malestar entendiéndose el consumir marihuana y así desarrollar poco a poco una dependencia.

Por otro lado, al evidenciarse una relación negativa inversa de grado débil de las dimensiones distanciamiento en general y búsqueda de apoyo social-emocional ambas de la

variable estrategia de afrontamiento con la dimensión cohesión, en lo que no concuerdan Santa Cruz (2019) y Ávila y Alarcón (2019), ya que en sus estudios evidencian que no existe correlación de ningún tipo entre cohesión y las dimensiones mencionadas, llegándose a observar la importancia de la socialización y la relación con los demás, mencionando a León (2020) indica que la familia es el primer apoyo que busca el adolescente cuando se encuentra en situaciones de estrés generando un descontrol en su bienestar, y este al ser su grupo de auxilio brinda una atención para regularizar dicho bienestar; entendiéndose por esto que al haber formado adecuados lazos emocionales con su familia él o la adolescente buscara a su familia como medio de apoyo y solución para sus problemas, infiriendo por ello que en la relación inversa distanciamiento en general y cohesión, la o el adolescente al presentar vínculos emocionales con su familia no se observara estrategias que conforman el distanciamiento en general debido a que cuenta con el soporte emocional de la familia generado por los vínculos mencionados, del mismo modo, entre cohesión y búsqueda de apoyo social emocional se visualizara nuevamente la familia como soporte, ya que al tener estos vínculos mencionados la o el adolescente no presentara un esfuerzo o preocupación por formar y conservar relaciones que estén alejados a su núcleo familiar; la unión emocional entre los miembros de la familia sin que este llegue a un nivel extremo o disfuncional permitiría desarrollar en el adolescente una autonomía personal para desarrollar habilidad para afrontar problemas o retos en su vida (Olson, 2000).

Continuando con el objetivo principal de la investigación, se analiza la dimensión adaptabilidad de la variable funcionalidad familiar con las dimensiones de la variable estrategia de afrontamiento, obteniendo como resultados un nivel de significancia de  $p$  – valor  $<0.01$  en 4 de las 6 dimensiones correlacionadas, se evidencia que la dimensión adaptabilidad presenta una relación positiva directa con las dimensiones afrontamiento activo e interpretación positiva del

problema, estos resultados indicarían que los pacientes adolescentes que presentan adaptabilidad en su hogar tendrán una forma positiva y enfocada de resolver el problema, lo cual se corrobora con los resultados obtenidos por Santa Cruz (2019) quien encontró una relación moderada entre adaptabilidad y las estrategias de afrontamiento mencionando que la adaptabilidad permite desarrollar y adquirir diversas estrategias para resolver el problema, del mismo modo Custodio (2019) halló relación en grado moderado entre la adaptabilidad y las dimensiones mencionadas, por el contrario Choque (2018) no encuentra relación en las dimensiones mencionadas.

A ello García *et al.* (2000) el núcleo de la sociedad, que es la familia, constituye el eje principal para el desarrollo integral del ser humano, porque comprende el sistema primario, donde el individuo, por una parte, biológicamente hereda el temperamento, y por otra conlleva la estructuración de los esquemas cognitivos, asimismo del afecto y el comportamiento, que desarrollará en las posteriores etapas del desarrollo humano (Alonso, 2012), permitiéndole contar con los recursos necesarios frente a diversos contextos de presión, favoreciendo a su adaptación satisfactoria a partir de la integración familiar (Rivera y Andrade, 2006) Es por ello que los adolescentes al no tener una adecuada adaptabilidad dentro de su hogar se les complica desarrollar estrategias de afrontamiento funcionales, siendo así que si sus familias tuviesen cierta estructura y flexibilidad en su funcionalidad ellos podrían generar adecuadas formas de enfrentar sus problemas.

Por otra parte, se visualiza una relación negativa inversa de grado alto y bajo según el orden mencionado entre la dimensión de adaptabilidad y la dimensión búsqueda de apoyo social instrumental frente al problema y distanciamiento en general, esto indica que los pacientes adolescentes que utilizan estas estrategias de esta dimensión presentan una mala adaptabilidad dentro de su hogar, entendiendo que ellos buscan un apoyo instrumental más que emocional,

centrándose en la información, consejo o asistencia (Canessa, 2002) debido a que en su hogar las normas no cambian o son inflexibles. A esto se añade lo que dice Olson (2000) afirmando que, a mayor adaptabilidad, sin que este llegue a ser disfuncional o caótica, permite que las personas identifiquen sus roles, que exista cambios en el liderazgo de la familia y que haya una organización de las reglas y normas. Entendiendo por los resultados que los adolescentes buscan conscientemente ignorar el problema y en caso de que busquen ayuda es más instrumental sin relacionarlo a lo emocional, buscan una asistencia o información para comprender su problema, comprendiendo que estos no reciben esa asistencia en su hogar, por ello a menor adaptabilidad en el hogar resaltarán más estas estrategias.

En función al primer objetivo específico, se encuentra que el tipo de familia que prevalece de acuerdo a las dimensiones de funcionalidad familiar es la de desligada – rígida, seguida de caótica – desligada, evidenciándose que por parte de la dimensión cohesión se repite el nivel desligado por la otra parte en la dimensión adaptabilidad se tiene los dos extremos que son rígido y caótico, concluyendo que en ambas dimensiones se tiene niveles extremos, Santa Cruz (2019) corrobora los resultados obtenidos al encontrar funcionalidad familiar de tipo desbalanceado, indicando por ello que sus resultados los tipos de familia que encontró estuvieron en un rango extremo de funcionalidad, del mismo modo Alarcón y Ávila (2019) afirma que los adolescentes estudiados en su investigación pertenecen a un tipo de familia donde en ambas dimensiones son extremas, esto es caracterizado por la disfuncionalidad en sus niveles de funcionalidad, por otro lado, Custodio (2019) halla familias de tipo balanceadas que presentan mayor equilibrio en su funcionalidad, del mismo modo se tiene a León (2020) quien obtuvo que el tipo de familia prevaleciente en adolescentes estudiantes de secundaria es de tipo separado – caótico en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad siendo la última dimensión la que se

encuentra en rango extremo, concluyendo con Rayme y Martinez (2022) quienes identificaron familias de tipo flexible-separada y caótica-unida siendo el primero de rango balanceado y el siguiente de rango medio, según Olson et. al (1989) indican que las familias que tienen ambas dimensiones en un nivel extremo son las menos adecuadas, son las que presentan mayores problemas y por ende las más disfuncionales. Se entiende por este resultado que los adolescentes atendidos en el hospital presentan tipos de familias de un nivel extremo, siendo así que ellos percibieron que su familia no presenta ningún tipo de conexión emocional y pero si demasiada rigidez en su funcionalidad familiar por parte de los miembros de su familia que no ayuda a que ellos puedan desarrollarse adecuadamente en su entorno familiar.

Continuando con el segundo objetivo específico, se encuentra que la estrategia que se utiliza con más frecuencia por la población investigada es la de reducción de la tensión seguida de la estrategia diversiones relajantes ambas perteneciendo al estilo de afrontamiento no productivo, este resultado es corroborado parcialmente por León (2020), ya que su investigación realizada con adolescentes obtuvo como estrategias más utilizadas buscar ayuda profesional seguido de la estrategia diversiones relajantes coincidiendo en resultado con la presente tesis con la última estrategia mencionada, del mismo modo en la investigación de Custodio (2019) se encuentra resultados similares, ya que el autor obtiene como estrategias predominantes la estrategia esforzarse y tener éxito seguido de la estrategia diversiones relajantes, se añade Mendoza (2018) quien obtiene como resultados a las estrategias predominantes distracción física y diversiones relajantes coincidiendo con el presente estudio con la última estrategia mencionada, por otro lado, se observa que Argoti (2020) difieren de los resultados obtenidos quienes obtuvieron en su investigación que las estrategias más utilizada en adolescentes fue concentrarse en el problema seguido de la estrategia reservarlo para sí, es importante mencionar

que las investigaciones antes mencionadas trabajaron con adolescentes pertenecientes alguna I. E. siendo esta la principal característica con la que se diferencian con el presente estudio. Se deduce que los resultados obtenidos en la presente investigación son debido a que la población estudiada presenta conductas adictivas, caracterizado por buscar soluciones inmediatas que disipen su alteración en su bienestar o, por otro lado, buscar actividades de ocio y que le generen relajación (Frydenberg y Lewis, 2000), por ello la diferencia de resultados entendiendo por los datos obtenidos en la presente investigación que la población investigada encuentra resolutivo el fumar marihuana como una forma de no sentirse afligido por sus problemas o una manera de olvidar sus problemas.

Para el tercer objetivo específico se evidencia que existe una relación positiva entre la dimensión cohesión y la estrategia buscar ayuda profesional, del mismo modo León (2020) obtiene relación altamente significativa entre cohesión y la estrategia mencionada, también una correlación positiva entre cohesión y la estrategia resolver el problema, esto es corroborado por Santa Cruz (2019) quien obtuvo una relación en grado moderado entre cohesión y la estrategia resolver el problema, infiriendo que los vínculos emocionales ayudan a tener estrategias de afrontamiento adecuadas, ya que ambas están en el estilo de afrontamiento funcional, siendo así que el adolescente desarrolla habilidades, aptitudes y capacidades necesarias para enfrentar los retos que se le presente de acuerdo a su ciclo vital influenciado por su entorno más cercano (Frydenberg y Lewis, 1994).

Con respecto al último objetivo específico se halló que se obtiene una relación negativa inversa de grado moderado entre la dimensión adaptabilidad y la estrategia buscar apoyo social, estos resultados difieren de los resultados que halló Custodio (2019) quien encontró una relación positiva moderada entre la adaptabilidad y las estrategias de afrontamiento en adolescentes

escolares, de igual forma Santa Cruz (2019) encontró relación directa positiva entre la adaptabilidad y la estrategia esforzarse y tener éxito en adolescentes estudiantes siendo diferente a lo hallado en el presente estudio, el resultado obtenido ,por lo tanto, da entender que la familia al presentar la capacidad de cambiar su estructura de poder tendrá menor presencia al momento de compartir sus problemas con otros o buscar ayuda para afrontar lo que le pasa.

A esto Frydenberg y Lewis (1994) afirma que uno de los medios que motiva a resolver un problema, es la comunicación eficaz, porque permite al adolescente la comunicación de su malestar y permite encontrar medios de solución frente a un problema, favoreciendo la adaptación contextual, comprendiendo por esto que la comunicación es importante en la relación mencionada en el objetivo, ya que la estrategia está enfocada en poder buscar personas que escuchen lo que siente el adolescente comprendiendo así que el hogar se muestra inflexible e intransigente (Olson y Gorall, 2003).

## Conclusiones

1. Se encuentra relación positiva directa en un grado moderado entre la dimensión cohesión y la dimensión afrontamiento activo, por otro lado, también se encuentra una relación negativa inversa con grado bajo entre la dimensión cohesión y las dimensiones distanciamiento en general y búsqueda de apoyo social y emocional frente al problema.
2. Se encuentra relación positiva directa en un grado moderado entre la dimensión adaptabilidad y las dimensiones afrontamiento activo frente al problema e interpretación positiva del problema, por otro lado, se observa una relación negativa entre la dimensión adaptabilidad y la dimensión distanciamiento en general, y búsqueda de apoyo social instrumental frente al problema.
3. En cuanto, a los tipos de familia predominantes según las dimensiones de la funcionalidad familiar son Desligada – Rígida (48%), seguido de Desligada – Caótica (30%) ambas en un nivel de rango extremo.
4. En cuanto, a las estrategias de afrontamiento prevaleciente se tiene a la estrategia reducción de la tensión (82%), seguido de diversiones relajantes (56%) ambas son utilizadas con mucha frecuencia.
5. La relación entre cohesión y las estrategias de afrontamiento se observa una relación positiva directa entre cohesión y las estrategias, resolver el problema, esforzarse y tener éxito y buscar ayuda profesional, por otro lado, se observa relación negativa

- inversa entre la cohesión y las estrategias, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia e ignorar el problema.
6. La relación entre adaptabilidad y las estrategias de afrontamiento se observa una relación positiva directa entre adaptabilidad y las estrategias esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo, buscar apoyo espiritual, preocuparse y hacerse ilusiones, por otro lado, se observa una relación negativa inversa en grado moderado entre la adaptabilidad y la estrategia buscar apoyo social.

### **Recomendaciones**

1. Al equipo del hospital de Salud Mental San Juan Pablo II diseñar y desarrollar programas de intervención familiar para direccionar la funcionalidad familiar para que esta logre ser de un tipo de familia balanceado.
2. Con respecto a los datos hallados a los directores del hospital de Salud Mental San Juan Pablo II implementar la atención directa con la familia con el fin de desarrollar en ellos habilidades oportunas cuando el paciente presente una situación de recaída.
3. Para los futuros investigadores, continuar con el estudio en la población investigada, abordando a demás pacientes consumidores de otras sustancias psicoactivas, considerando los conocimientos ya incluidos en el presente estudio.
4. Incrementar charlas, foros, talleres de información en las diferentes instituciones o eventos que se pueda acceder para informar a la población acerca del uso y abuso de drogas en general y que estos puedan identificarlos y evitar que población adolescente a su corta edad requiera de una atención profesional por conductas adictivas.
5. Realizar programas de tipo universal, selectivo e indicado de acuerdo a las necesidades de la población de las instituciones públicas para trabajar prevención en el consumo de sustancias, trabajar también con los tipos de poblaciones mencionadas promoviendo la cohesión familiar.
6. Finalmente, a los padres de adolescentes o pre adolescente, promover la adecuada conexión emocional entre ellos y sus hijos a través del diálogo y la comunicación asertiva para que este sea un factor de protección y así prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.

## Referencias

- Acevedo, L. y Hermilio, E. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *Medisan*, 23 (1), 131-145.
- Alarcón, P., y Ávila, S. (2019). *Funcionamiento Familiar y Estilos de Afrontamiento en Adolescentes de Lima Metropolitana* (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
- Alarcón, R. (2008). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento*. Lima, Perú: Editorial Universitaria.
- Alcoser, A. (2012). *Estrategias de Afrontamiento en adolescentes de 12 y 15 años con embarazos no planificados, usuarias del Centro de Atención Integral del Adolescente del Área 17 del Cantón Durán* (tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
- Alva-Díaz, C., Huerta-Rosario, A., Molina, R.A. et al. (2020) *Mental and substance use disorders in Peru: a systematic analysis of the Global Burden of Disease study*. *J Public Health (Berl.)* 30, 629–638 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01341-9>
- Amarís, M., Madariaga, O., Valle M. y Zambrano, J. (2013). *Estrategias de afrontamiento individual frente a situaciones de estrés psicológico*. *Revista Científica Salud Uninorte*, 30 (1), (p. 123-145). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>.
- Argoti, M. (2020). *Estrategias de Afrontamiento en adolescentes con consumo problemático que se encuentran internos en un centro de orientación juvenil* (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación introducción a la metodología científica*. Caracas, Venezuela: Episteme.

- Alonso, E. (2012). *Proceso de construcción de una familia adoptiva: Relato de dos familias*. *Papers infancia\_c*, (2), 1-25.
- Batllori, A. (2016). *El consumo de Drogas entre Adolescentes*. Madrid, España: NARCEA, S.A. DE EDICIONES.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I.,... Villanueva, V., (2011). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica En Formación*. Barcelona, España: Socidrogalcohol.
- Benavente, M. (2017). *Los niños de calle*. Lima, Perú: Vox Poli Consultoría.
- Bertalanffy, L. (1986). *Teoría General de Sistemas Fundamentos, Desarrollo y aplicaciones*. México D. F., México: Fondo de la cultura Económica.
- Bronfenbrenner, U. (1976). The ecology of human development: History and perspectives. *Psychologia Wychowawcza*, 19 (5), 537–549.
- Bubolz, M. M., & Sontag, M. S. (1993). *Human ecology theory*. In P. G. Boss, W. J. Doherty, R. LaRossa, W. R. Schumm, & S. K. Steinmetz (Eds.), *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach* (p. 419–450). Plenum Press. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-85764-0\\_17](https://doi.org/10.1007/978-0-387-85764-0_17).
- Canessa, B. (2002) Adapatación psicométrica de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes de Frydemberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima metropolitana. *Persona*, (005), 191 – 233. doi: <https://doi.org/10.26439/persona2002.n005.876>.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. & Valdez, N. (2003). *Estrés y afrontamiento en estudiantes de Psicología*. *Revista de Psicología*, 21(2), 364-392. Available in: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/994031.pdf>

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. (2018). *Programa Presupuestal de Prevención y tratamiento del consumo de Drogas 2019*. Recuperado de <https://www.devida.gob.pe/documents/20182/343542/PTCD+2019.pdf>.

Comisión Interamericana para el control del apuso de drogas. (2010). *Informe subregional sobre uso de drogas en población escolarizada 2009 – 2010*. Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Informes/Segundo\\_Subregio](https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Informes/Segundo_Subregio)

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes CONACE y Ministerio del Interior y Salud Pública. (2007). *Orientaciones Generales para la detección precoz del consume de drogas*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Custodio, M. (2019). *Funcionalidad Familiar y Estrategias de Afrontamiento en Estudiantes de Secundaria de una Institución Educativa de Chiclayo* (tesis de pregrado). Universidad Señor de Sipán, Lima, Perú.

Fernández, E. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional* (Tesis doctorado). Universidad de León, España.

Felipe, E., León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento al estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 10 (2), 245-257.

Figuroa, M., Contini, N., Betina, A., Levin, M., y Estévez, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina), *Anales de Psicología*, 21 (1), 66 – 72.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16721108.pdf>

Frydenberg, E., & Lewis, R. (2000) *Manual ACS Escala de Afrontamiento para Adolescentes*. Madrid, España: Tea Ediciones.

Frydenberg, E. & Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others: age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence*. 16, 253-266.

Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.

Granados, C. (2016). *Tipos de funcionamiento familiar en adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo Caraz* (Tesis para optar el título de Licenciatura en Psicología). Universidad San Pedro, Chimbote, Perú. Recuperado de [studocu.com/pe/document/universidad-de-lima/derecho-penal-i/tesis-56368/25978394](http://studocu.com/pe/document/universidad-de-lima/derecho-penal-i/tesis-56368/25978394).

Güemes, M., Ceñal González, M., y Hidalgo, M. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*, XXI (4), 233-244.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014) *Metología de la Investigación*. México D. F., México: Mc Graw Hill.

Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Mc Graw Hill.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). *Primer Censo Nacional de Población en los Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación 2016 perfil de la población infractora*. Recuperado de:

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1381/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1381/libro.pdf)

Iturrieta, S. (2001). *Conflictos Familiares ¿Cómo resolverlos?*. Antofagasta, Chile: Ediciones Universidad Católica del Norte.

León, E. (2020) *Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en estudiantes de secundaria en la I. E. P. "Dios es amor" 2020* (tesis de maestría). Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú.

Lopez, A. (2018) *Las relaciones intrafamiliares y la satisfacción familiar en adolescentes de familias reconstituidas de la ciudad de Ambato* (Tesis de pregrado). Pontificia universidad Católica de Ecuador, Ambato, Ecuador.

Mendoza, V. (2018). *Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes de nivel medio superior de la UAEM* (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

Ministerio de Salud del Perú (2010, 05 de abril). *MINSA actualiza normas para atención integral de salud adolescentes*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/37385-minsa-actualiza-normas-para-atencion-integral-de-salud-de-adolescentes>

Minuchín, S. (1986). *La segunda vez: la recuperación de la familia, relatos de esperanza y renovación*. Madrid: Paidós Ibérica.

Municipalidad Distrital de Santiago. (2016). *Plan distrital de Seguridad Ciudadana Santiago de Cusco 2016 Actualizado*. Recuperado de [http://www.munisantiago.gob.pe/transparencia/assets/documentos/codisec/01\\_\(04\\_04\\_2016\)\\_PL\\_SC\\_ACTUALIZADO\\_CODISEC\\_SANTIAGO\\_DE\\_CUSCO\\_2016.pdf](http://www.munisantiago.gob.pe/transparencia/assets/documentos/codisec/01_(04_04_2016)_PL_SC_ACTUALIZADO_CODISEC_SANTIAGO_DE_CUSCO_2016.pdf).

Mosquipa, M., e Irpanocca, R. (2022). *Estrategias de afrontamiento al estrés y clima social familiar en estudiantes del nivel secundario de instituciones educativas públicas mixtas del distrito de Santiago – Cusco, 2021*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, Cusco, Perú.

National Institute on drug Abuse (2020) *The drugs, the brain and the behavior scientific based of the adicction*. Recuperado de:

[https://paideia.pucp.edu.pe/cursos/pluginfile.php/4122464/mod\\_resource/content/1/Ciencia%20de%20la%20adicci%C3%B3n%20Nora%20Volkof.pdf](https://paideia.pucp.edu.pe/cursos/pluginfile.php/4122464/mod_resource/content/1/Ciencia%20de%20la%20adicci%C3%B3n%20Nora%20Volkof.pdf)

Salotti, P. (2006). *Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires*. (Tesis para optar la licenciatura en Psicología).

Universidad de Belgrano, Buenos Aires.

Polaino, A. & Martínez, P. (2003). *Evaluación psicológica y Psicopatológica de la familia*. Madrid, España: Gráfica Anzos, S. L – Fuenlabrada.

Olson, H., Sprenkle, D., & Russel, C. (1989). *Circumplex Model Systemic Assessment and Treatment of Families*. New York, USA. Routledge.

Olson, D. & Gorall, D. (2003). *Circumplex Model of Marital and Family Systems*. En F. Walsh, *Normal Family Processes* (3a ed.). New York: The Guilford Press.

Olson, D. & Gorall, D. (2006). *FACES IV & the Circumplex Model*. Minnesota: Life Innovations.

Olson, D. (2000). *Circumplex Model of Marital and Family Systems*. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167. Doi: <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud mental del adolescente*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Presiga, X., Manco, E., & Rodríguez, J. (2016). *Funcionamiento familiar y aprovechamiento académico en estudiantes de dos instituciones educativas de Santa Fe de Antioquia*. (Tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Santa fe de Antioquia, Colombia.

Programa Nacional de Centros Juveniles. (2020). *Informe estadístico 2020*. Recuperado de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1752478/INFORME-ESTADISTICO-2020.pdf.pdf>.

Rivera, M., & Andrade, P. (2006). *Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida*. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 8(2), 23 – 40.

Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C., y Hernán, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública*, 85 (2), 129 – 139.

Rodríguez, M., Couto M., y Díaz, N. (2016). modelo salutogénico: enfoque positivo de la salud. una revisión de la literatura salutogenic model: a positive approach to health. a literature review. *Act Odont*, 53 (3), 110 – 120.

Rodríguez, L., Ocampo, I., & Nava, C. (2009). Relación entre valoración de una situación y capacidad para enfrentarla. *SUMMA Psicológica UST*, 6 (1), 25-41.

Santa Cruz, H. (2019). *Funcionamiento Familiar y Estrategias de Afrontamiento en adolescentes del centro poblado el Milagro Distrito de Huanchaco* (Tesis de Maestría). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Silva, M. (2016, 4 de enero). Tres teorías para estudiar la familia. *Orientación Familiar*. Recuperado de [https://issuu.com/tessiesilva/docs/2.\\_tres\\_teorias\\_familia](https://issuu.com/tessiesilva/docs/2._tres_teorias_familia).

Solís, C., y Vidal, M. (2006) *Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes*. Revista psiquiátrica y salud mental Hermilio Valdizan, 7 (1),33-39.

Valderrama, S. (2013) *Pasos para Elaborar Proyectos de Investigación Científica*. Lima, Perú: Editorial San Marcos.

Vicente, F., & Cabanillas, M. (2010). *La familia una realidad histórica y Sociocultural*. *Revista galego- portuguesa de Psicología e Educación*, 18 (2), 1138-1663.

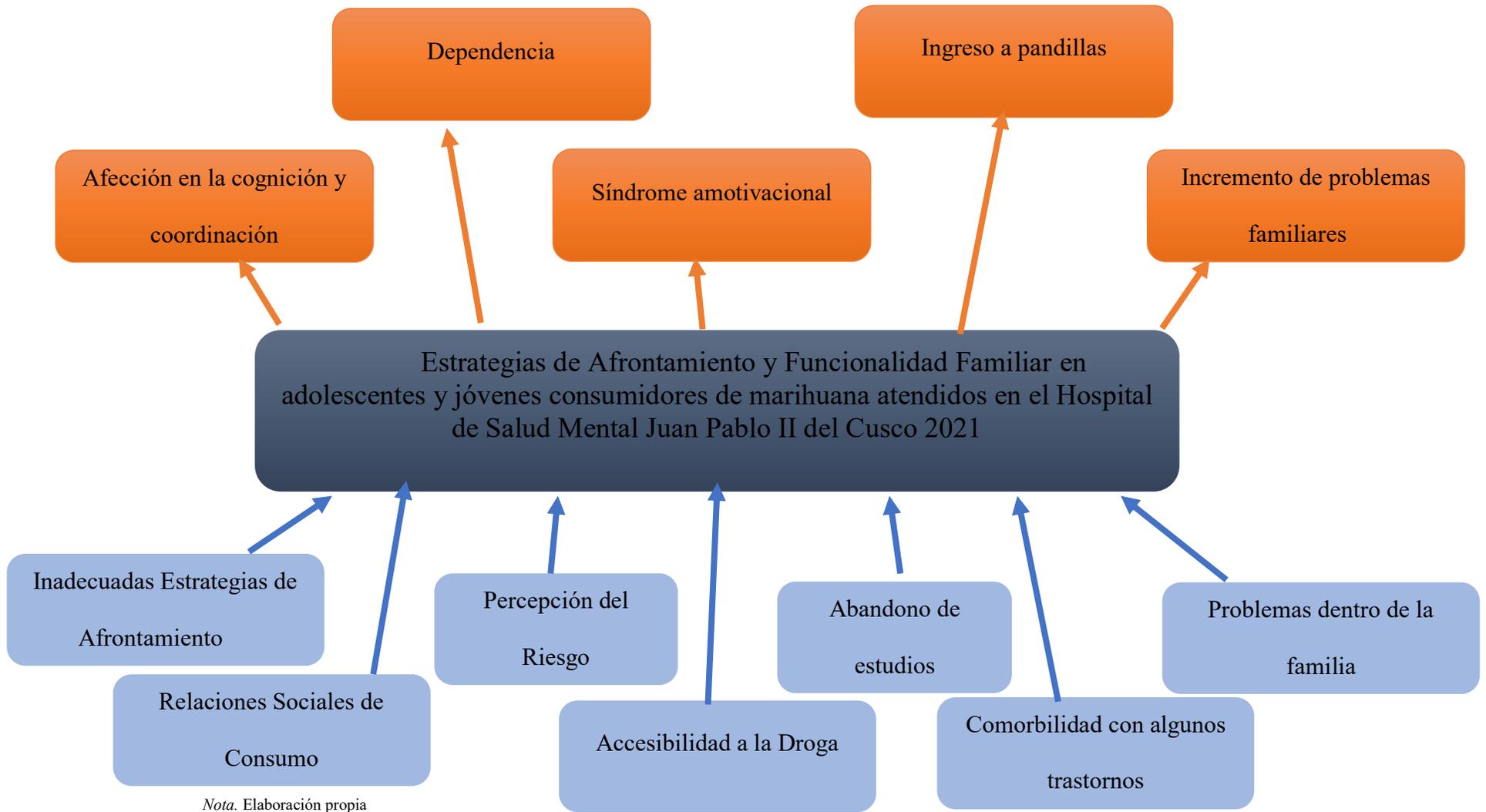
## Anexos

### *Anexo 1*



*Nota.* Revisando historia por historia para la construcción de base de datos

Anexo 2



Anexo 3

N°	Historia C.	Cantidad	F	Depsuicio	Aven. Num. Room	Evid. de consumo	Ingreso				Psiquiátrica	Evaluación	Ingreso			
							AN	MM	SEC	SUP			Fecha	Comu. Sec.		
01	25810	21		FI2.0	N/U	15									24/1/16	
02	24016	28		FI2.2	R/U	16									22/1/16	
03	25770	20		FI2.2	C/U	14		X							17/1/16	
04	25255	16		FI2.1	C/U	14			X						10/1/16	
05	14392	76	26	FI2.2	C/U	13			X						10/1/16	
06	25579	20		FI2.2	R/U	13			X						10/1/16	
07	25742		16	FI2.2	N/U	15			X						7/1/16	
08	14218	23		FI2.2	R/U	14			X						6/1/16	
09	25052		19	FI2.2	R/U	13				X					3/1/16	
10	14342		26	FI2.2	R/U	16			X						3/1/16	
11	23910	16		FI2.2	C/U	14			X						3/1/16	
12	22563	20		FI2.3	C/U	15			X						07/1/16	
13	14818	23		FI2.2	R/U	14			X						2/1/16	
14	14342	26		FI2.2	C/U	14			X						30/1/16	
15	25545	20		FI2.2	C/U	16			X						23/1/16	
16	24016	30		FI2.1	C/U	22				X					16/1/16	
17	25644	15		FI2.2	N/U	15			X						16/1/16	
18	25124	18		FI2.2	C/U	16			X						13/1/16	

Nota. Modelo de registro manual de los casos atendidos por consumo de marihuana

*Anexo 4*

**SOLICITO:** Permiso para realizar  
trabajo de investigación

Señor

Dr. José Luis Aragón Jiménez

Director Asistencial del Hospital de San Juan Pablo II

Plazoleta Almudena S/N Santiago - Cusco

**Yo, MARCO ARTURO ACAHHUI HERMOZA,**  
identificado con DNI N° 70331084 con domicilio Av.  
Luis Usategui 380 – A Distrito Santiago Provincia  
Cusco Ciudad Cusco, respetuosamente me presento y  
expongo:

Que habiendo culminado la Carrera profesional de  
**PSICOLOGIA** en la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco – UNSAAC  
solicito a usted permiso para realizar trabajo de investigación en el Hospital de Salud  
Mental San Juan Pablo II, titulada: **"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES Y JÓVENES  
CONSUMIDORES DE MARIHUANA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE SALUD  
MENTAL JUAN PABLO II DEL CUSCO"**, a su vez adjunto mi formulación de  
Problema, describiendo las causas y efectos del problema que se pretende investigar.



**POR LO EXPUESTO**

Ruego a usted a acceder mi solicitud

Cusco, 24 Enero del 2021

  
**MARCO ARTURO ACAHHUI HERMOZA**  
DNI N° 70331084

## Anexo 5



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**GUIA DE ESTIMACION PARA LA VALIDACION DE ESCALA DE  
AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES (ACS).**

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
1.- ¿Considera Ud. Que los items del instrumento miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	<del>5</del>
2.- ¿Considera Ud. Que la cantidad de los items registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de investigación?	1	2	3	<del>4</del>	5
3.- ¿Considera Ud. Que los items contenidos en este instrumento, es una muestra representativa del universo, materia de investigación ?	1	2	3	4	<del>5</del>
4.- ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	<del>5</del>
5.- ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de investigación?	1	2	3	4	<del>5</del>
6.- ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los items contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	<del>5</del>
7.- ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da a lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	<del>5</del>
8.- ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuada a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	<del>5</del>
9.- ¿Considera Ud. Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?	1	2	3	4	<del>5</del>

**Observaciones:** ¿Qué aspectos habría de modificar, tendrían que incrementarse o tendrían que suprimirse?

**FIRMA Y SELLO PROFESIONAL**

Nota. Formato Sellado y firmado por uno de los 4 jueces expertos

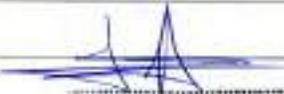


UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**GUIA DE ESTIMACION PARA LA VALIDACION DE LA ESCALA DE  
COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III).**

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1.- ¿Considera Ud. Que los items del instrumento miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	<del>5</del>
2.- ¿Considera Ud. Que la cantidad de los items registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de investigación?	1	2	3	4	<del>5</del>
3.- ¿Considera Ud. Que los items contenidos en este instrumento, es una muestra representativa del universo, materia de investigación ?	1	2	3	<del>4</del>	5
4.- ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	<del>5</del>
5.- ¿Considera Ud., Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de investigación?	1	2	3	<del>4</del>	5
6.- ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los items contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	<del>5</del>
7.- ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da a lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	<del>5</del>
8.- ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuada a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	<del>5</del>
9.- ¿Considera Ud. Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?	1	2	3	4	<del>5</del>

**Observaciones:** ¿Qué aspectos habría de modificar, tendrían que incrementarse o tendrían que suprimirse?

  
Rocio Yucra Sultta  
CIP 100000

**FIRMA Y SELLO PROFESIONAL**

Nota. Formato Sellado y firmado por uno de los 4 jueces expertos



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABADEL CUSCO  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

**GUIA DE ESTIMACION PARA LA VALIDACION DE LA ESCALA DE  
COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III).**

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1.- ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento miden lo que pretendes medir?	1	2	3	<del>4</del>	5
2.- ¿Considera Ud. Que la cantidad de los ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de investigación?	1	2	3	<del>4</del>	5
3.- ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en este instrumento, es una muestra representativa del universo, materia de investigación ?	1	2	3	<del>4</del>	5
4.- ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	<del>4</del>	5
5.- ¿Considera Ud., Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de investigación?	1	2	3	<del>4</del>	5
6.- ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	<del>5</del>
7.- ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da a lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	<del>4</del>	5
8.- ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuada a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	<del>4</del>	5
9.- ¿Considera Ud. Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?	1	2	3	<del>4</del>	5

**Observaciones:** ¿Qué aspectos habría de modificar, tendrían que incrementarse o tendrían que suprimirse?

  
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

GUIA DE ESTIMACION PARA LA VALIDACION DE ESCALA DE  
AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES (ACS).

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1.- ¿Considera Ud. Que los items del instrumento miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	<del>5</del>
2.- ¿Considera Ud. Que la cantidad de los items registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de investigación?	1	2	3	<del>4</del>	5
3.- ¿Considera Ud. Que los items contenidos en este instrumento, es una muestra representativa del universo, materia de investigación ?	1	2	3	4	<del>5</del>
4.- ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	<del>5</del>
5.- ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de investigación?	1	2	3	4	<del>5</del>
6.- ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los items contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	<del>5</del>
7.- ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da a lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	<del>5</del>
8.- ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuada a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	<del>5</del>
9.- ¿Considera Ud. Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?	1	2	3	<del>4</del>	5

**Observaciones:** ¿Qué aspectos habría de modificar, tendrían que incrementarse o tendrían que suprimirse?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

  
M. Sc. [Nombre] [Apellido]  
Psicóloga

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

p



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**GUIA DE ESTIMACION PARA LA VALIDACION DE LA ESCALA DE  
COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III).**

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1.- ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	<del>5</del>
2.- ¿Considera Ud. Que la cantidad de los ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de investigación?	1	2	3	4	<del>5</del>
3.- ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en este instrumento, es una muestra representativa del universo, materia de investigación ?	1	2	3	4	<del>5</del>
4.- ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	<del>5</del>
5.- ¿Considera Ud., Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de investigación?	1	2	3	<del>4</del>	5
6.- ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	<del>5</del>
7.- ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da a lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	<del>4</del>	5
8.- ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuada a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	<del>5</del>
9.- ¿Considera Ud. Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?	1	2	3	4	<del>5</del>

**Observaciones:** ¿Qué aspectos habría de modificar, tendrían que incrementarse o tendrían que suprimirse?

  
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**FIRMA Y SELLO PROFESIONAL**

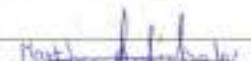


UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**GUIA DE ESTIMACION PARA LA VALIDACION DE ESCALA DE  
AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES (ACS).**

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1.- ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	<del>5</del>
2.- ¿Considera Ud. Que la cantidad de los ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de investigación?	1	2	3	4	<del>5</del>
3.- ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en este instrumento, es una muestra representativa del universo, materia de investigación ?	1	2	3	4	<del>5</del>
4.- ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	<del>5</del>
5.- ¿Considera Ud, Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de investigación?	1	2	3	4	<del>5</del>
6.- ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	<del>4</del>	5
7.- ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da a lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	<del>5</del>
8.- ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuada a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	<del>5</del>
9.- ¿Considera Ud. Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?	1	2	3	4	<del>5</del>

**Observaciones:** ¿Qué aspectos habría de modificar, tendrían que incrementarse o tendrían que suprimirse?

  
Lic. Margha Arana Salas  
PSICOLOGA  
C. P. 02734

**FIRMA Y SELLO PROFESIONAL**



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABAAD DEL CUSCO  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**GUIA DE ESTIMACION PARA LA VALIDACION DE LA ESCALA DE  
COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III).**

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1.- ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	<del>5</del>
2.- ¿Considera Ud. Que la cantidad de los ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de Investigación?	1	2	3	4	<del>5</del>
3.- ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en este instrumento, es una muestra representativa del universo, materia de investigación ?	1	2	3	4	<del>5</del>
4.- ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	<del>5</del>
5.- ¿Considera Ud., Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de investigación?	1	2	3	4	<del>5</del>
6.- ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	<del>5</del>
7.- ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da a lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	<del>4</del>	5
8.- ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuada a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	<del>5</del>
9.- ¿Considera Ud. Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?	1	2	3	4	<del>5</del>

**Observaciones:** ¿Qué aspectos habría de modificar, tendrían que incrementarse o tendrían que suprimirse?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Martha Alejandra Salas*  
Lic. Martha Alejandra Salas  
Psicóloga

**FIRMA Y SELLO PROFESIONAL**



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

GUIA DE ESTIMACION PARA LA VALIDACION DE ESCALA DE  
AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES (ACS).

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1.- ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	<del>5</del>
2.- ¿Considera Ud. Que la cantidad de los ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de investigación?	1	2	3	<del>4</del>	5
3.- ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en este instrumento, es una muestra representativa del universo, materia de investigación ?	1	2	3	4	<del>5</del>
4.- ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	<del>5</del>
5.- ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de investigación?	1	2	3	4	<del>5</del>
6.- ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	<del>5</del>
7.- ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	<del>5</del>
8.- ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuada a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	<del>5</del>
9.- ¿Considera Ud. Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?	1	2	3	<del>4</del>	5

**Observaciones:** ¿Qué aspectos habría de modificar, tendrían que incrementarse o tendrían que suprimirse?

---



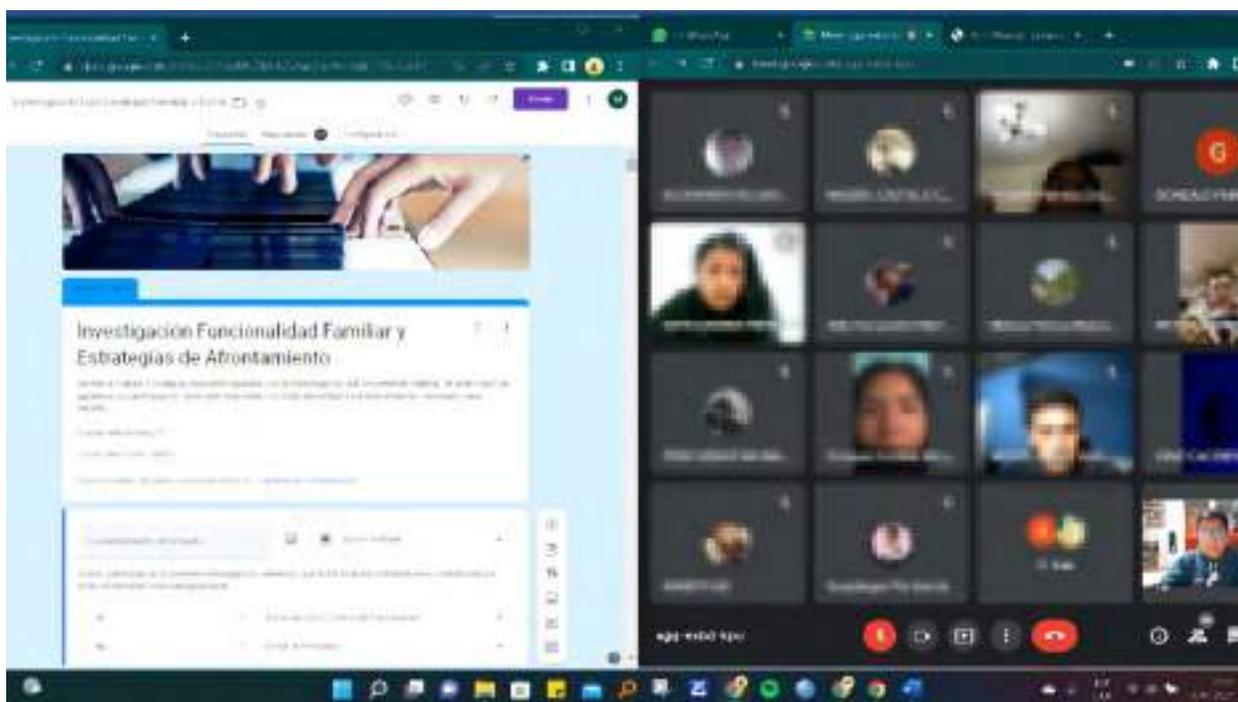
---

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

**Anexo 6**

*Nota.* Aplicación de Instrumentos de manera presencial (directa) a pacientes Hospitalizados utilizando las medidas de bioseguridad

## Anexo 7



*Nota:* Explicación de los instrumentos a la población investigada

## Anexo 8

### ASENTIMIENTO INFORMADO \*

**¡IMPORTANTE!** Al aceptar esta pregunta equivaldrá a mi autorización y asentimiento de participar en el presente estudio de investigación.

#### CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Marco Arturo Achahui Hernoza Bachiller de la escuela profesional de Psicología de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, el objetivo de esta carta es para informarle acerca del estudio, antes que usted confirme su disposición a colaborar con la investigación.

El propósito de este estudio es investigar la relación entre Funcionalidad Familiar y Estrategias de Afrontamiento en Adolescentes Consumidores de Marihuana atendidos en el Hospital de Salud Mental Juan Pablo II del Cusco 2021. Para el estudio, usted deberá contestar algunas preguntas y también le solicitaremos algunos datos generales. La duración total de su participación será de unos 30 minutos aprox.

Se le invita a usted a tomar parte de este estudio de investigación. Puedes elegir si participar o no. Hemos discutido esta investigación con tus padres/ apoderado(a) y ellos saben que te estamos preguntando a ti también para tu aceptación. Si vas a participar en la investigación, sus padres/apoderado también tienen que aceptarlo. Pero si no deseas tomar parte de la investigación no tienes por qué hacerlo, aún cuando tus padres lo hayan aceptado.

Es importante que usted sepa que su anonimato estará garantizado. El equipo de investigación mantendrá total confidencialidad con respecto a cualquier información obtenida en este estudio, ya que su nombre no aparecerá en ningún documento ni en las bases de datos que utilizaremos. Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para los fines de la presente investigación y serán analizados de manera agregada, vale decir, no individualmente.

Su participación en este estudio no conlleva ningún riesgo. Pero, si tiene alguna pregunta durante su participación, puede acercarse a la persona encargada para aclarar sus dudas, las que serán tratadas en privado. Asimismo, si le surgen preguntas después de la aclaración del estudio (que recibirá por correo electrónico), al responsable de la investigación Marco Arturo Achahui Hernoza Correo electrónico: [marcoachahuihernoza@gmail.com](mailto:marcoachahuihernoza@gmail.com) telf.: 989889708.

**HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE ASENTIMIENTO INFORMADO, Y RESPONDER LAS PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.**

- He leído el documento (imagen) antes mostrada y SI acepto
- He leído el documento (imagen) antes mostrada y NO acepto

Nota: Asentamiento Informado

## Anexo 9

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Su menor hijo/a ha sido invitado/a ser partícipe de un estudio que se lleva a cabo por el Bachiller de la escuela profesional de Psicología de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco **MARCO ARTURO ACHAHUI HERMOZA**. El objetivo de esta carta es informarle acerca del estudio, antes que usted confirme la autorización para que su menor hijo/a participe de la investigación.

El propósito de este estudio es investigar la relación entre Funcionalidad Familiar y Estrategias de Afrontamiento en Adolescentes Consumidores de Marihuana atendidos en el Hospital de Salud Mental Juan Pablo II del Cusco 2021. Para el estudio, su menor hijo/a deberá contestar algunas preguntas y también le solicitaremos algunos datos generales. La duración total de su participación será de unos 30 minutos aprox.

Es importante que usted sepa que su anonimato de su menor hijo/a estará garantizado. El equipo de investigación mantendrá total confidencialidad con respecto a cualquier información obtenida en este estudio, ya que su nombre del menor no aparecerá en ningún documento ni en las bases de datos que utilizaremos. Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para los fines de la presente investigación y serán analizados de manera agregada, vale decir, no individualmente.

Queremos destacar que su autorización es totalmente voluntaria, por lo que no está obligado/a de ninguna manera a autorizar la participación de su menor hijo/a en este estudio. Si accede a participar, puede dejar de hacerlo en cualquier momento del estudio, sin que tenga que dar explicación alguna al equipo de investigación.

Su participación en este estudio no conlleva ningún riesgo. Pero, si tiene alguna pregunta durante su participación, puede acercarse a la persona encargada para aclarar sus dudas, las que serán tratadas en privado. Asimismo, si le surgen preguntas después de la aclaración del estudio (que recibirá por correo electrónico), al responsable de la investigación Marco Arturo Achahui Hermoza Correo electrónico: [marcoachahuihermoza@gmail.com](mailto:marcoachahuihermoza@gmail.com) telf.: 989889708.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, Y AUTORIZO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

Roberto [REDACTED]  
Nombre del Padre/Apoderado del Participante  
(en letras de imprenta)

[REDACTED]  
Firma del Participante

18-08-21  
Fecha

Nota. Consentimiento Informado autorizado de manera regular

## Anexo 10



Nota. Consentimiento Informado autorizado de manera excepcional

## Anexo 11

**SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DEL CUSCO**

**Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II"**

**INFORME N° 003-SPs-H/SM"SIPII"-SBC-2021**

**A :** Méd. José Luis Aragón Jiménez.  
Director Asistencial del H/SM "SIPII".

**DE :** Ps. Alipio León Torres  
Psicólogo del Servicio de Psicología del H/SM "SIPII".

**ASUNTO :** Trabajo de investigación.

**REF. :** Solicitud de fecha 24 de enero de 2021.

**FECHA :** Cusco, 25 de enero de 2021.

---

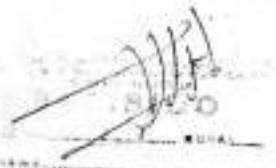
Previo atento saludo, me dirijo a su Despacho, para hacer de su conocimiento respecto de la solicitud del Sr. Marco Arturo Achahui Hermoza para realizar investigación con pacientes consumidores de marihuana atendidos en el Hospital de Salud mental "San Juan Pablo II", al respecto este Despacho opina favorablemente para su aceptación y pueda efectuar su actividad cumpliendo el horario de lunes a viernes de 8:00 am a 1:00 pm., adhiriéndose al cumplimiento de todos los protocolos de bioseguridad implementados por el hospital y asumiendo el compromiso de cuidarse y eximiendo al hospital de Salud Mental San Juan Pablo II y la SBC de toda responsabilidad en caso de contraer la infección por COVID-19.

Es todo cuanto puedo informar a Ud. Para su conocimiento y fines a seguir.

Atentamente,


**C.C.**  
Archivo.


*Detenido  
Comunicar el caso al  
Dr. León.*

*Nota:* Documento de aceptación para la realización de la investigación

**Anexo 12***Escala de Funcionalidad Familiar (FACES -III)*

Autores: David Olson, Joyce Portner &amp; Yoav Lavee (1985)

Adaptado por: Bazo et. al. (2016).

Genero (M) (F) EDAD: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIÓN:** Lee atentamente cada una de las afirmaciones presentadas a continuación y marca la alternativa que consideres adecuada. Para responder ten en cuenta tu realidad familiar, es decir, las experiencias que se viven dentro de tu familia. No existen respuestas buenas ni malas. Responde de acuerdo a las siguientes alternativas:

Nunca o Casi Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre o Casi Siempre
1	2	3	4	5

1	Los miembros de la familia se piden ayuda cuando lo necesitan.	1	2	3	4	5
2	Cuando surge un problema, se tienen en cuenta las opiniones de los hijos.					
3	Se aceptan las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	A la hora de establecer normas de disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos.					
5	Preferimos relacionarnos con los parientes más cercanos.					
6	Hay varias personas que mandan en nuestra familia.					
7	Los miembros de nuestra familia nos sentimos más unidos entre nosotros que entre otras personas que no pertenecen a nuestra familia.					
8	Frente a distintas situaciones, nuestra familia cambia su manera de manejarlas.					
9	A los miembros de la familia nos gusta pasar nuestro tiempo libre juntos.					
10	Padres e hijos conversamos sobre los castigos.					
11	Los miembros de la familia nos sentimos muy unidos.					
12	Los hijos toman decisiones en nuestra familia.					
13	Cuando nuestra familia realiza una actividad todos participamos.					
14	En nuestra familia las normas o reglas se pueden cambiar.					
15	Es fácil pensar en actividades que podemos realizar en familia.					
16	Entre los miembros de la familia nos turnamos las responsabilidades de la casa.					
17	En la familia consultamos entre nosotros cuando vamos a tomar una decisión.					
18	Es difícil saber quién manda en nuestra familia.					
19	En nuestra familia es muy importante el sentimiento de unión familiar.					
20	Es difícil decir qué tarea tiene cada miembro de la familia.					

***Por favor, no deje ninguna pregunta sin responder. Mil gracias por su participación***

*Nota:* Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)

## Anexo 13

*Escala de Afrontamiento para Adolescentes***Instrucciones**

Los adolescentes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la letra correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar con una "X" sobre la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar frente a los problemas. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

Nunca lo hago	Lo hago raras veces	lo hago algunas Veces	Lo hago a menudo	Lo hago siempre o casi Siempre
A	B	C	D	E

Por ejemplo, si *algunas veces* te enfrentas a tus problemas mediante la acción de "Hablo con otros-para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema", deberías marcar la C como se indica a continuación:

1	Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema	A	B	C	D	E
2	Me dedico a resolver lo que está provocando el problema	A	B	C	D	E
3	Sigo con mis tareas como es debido	A	B	C	D	E
4	Me preocupo por mi futuro	A	B	C	D	E
5	Me reúno con mis amigos más cercanos	A	B	C	D	E
6	Trato de dar una buena impresión en las personas que me importan	A	B	C	D	E
7	Espero que me ocurra lo mejor	A	B	C	D	E
8	Como no puedo hacer nada para resolver el problema, no hago nada	A	B	C	D	E
9	Me pongo a llorar y/o gritar	A	B	C	D	E
10	Organiza una acción en relación con mi problema	A	B	C	D	E
11	Escribo una carta a una persona que siento que me puede ayudar con mi problema	A	B	C	D	E
12	Ignoro el problema	A	B	C	D	E
13	Ante los problemas, tiendo a criticarme	A	B	C	D	E
14	Guardo mis sentimientos para mí solo(a)	A	B	C	D	E
15	Dejo que Dios me ayude con mis problemas	A	B	C	D	E
16	Pienso en aquéllos que tienen peores problemas, para que los míos no parezcan tan graves	A	B	C	D	E
17	Pido consejo a una persona que tenga más conocimiento que yo	A	B	C	D	E
18	Encuentro una forma de relajarme, como oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión, etc.	A	B	C	D	E

19	Practico un deporte	A	B	C	D	E
20	Hablo con otros para apoyarnos mutuamente	A	B	C	D	E
21	Me dedico a resolver el problema utilizando todas mis capacidades	A	B	C	D	E
22	Sigo asistiendo a clases	A	B	C	D	E
23	Me preocupo por buscar mi felicidad	A	B	C	D	E
24	Llamo a un(a) amigo(a) íntimo(a)	A	B	C	D	E
25	Me preocupo por mis relaciones con los demás	A	B	C	D	E
26	Espero que un milagro resuelva mis problemas	A	B	C	D	E
27	Frente a los problemas, simplemente me doy por vencido(a)	A	B	C	D	E
28	Intento sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o consumiendo drogas	A	B	C	D	E
29	Organizo un grupo que se ocupe del problema	A	B	C	D	E
30	Decido ignorar conscientemente el problema	A	B	C	D	E
31	Me doy cuenta que yo mismo(a) me complico la vida frente a los problemas	A	B	C	D	E
32	Evito estar con la gente	A	B	C	D	E
33	Pido ayuda y consejo para que se resuelvan mis problemas	A	B	C	D	E
34	Me fijo en el aspecto positivo de las cosas y trato de pensar en las cosas buenas	A	B	C	D	E
35	Busco ayuda o consejo de un profesional para resolver los problemas	A	B	C	D	E
36	Salgo y me divierto para olvidar mis dificultades	A	B	C	D	E
37	Realizo ejercicios para mantenerme en forma y con buena salud	A	B	C	D	E
38	Busco ánimo en otras personas	A	B	C	D	E
39	Considero otros puntos de vista y trato de tenerlos en cuenta	A	B	C	D	E
40	Trabajo intensamente (Trabajo duro)	A	B	C	D	E
41	Me preocupo por lo que está pasando	A	B	C	D	E
42	Empiezo, o si ya existe, mejoro la relación con mi enamorado(a)	A	B	C	D	E
43	Trato de adaptarme a mis amigos	A	B	C	D	E
44	Espero que el problema se resuelva por si sólo	A	B	C	D	E
45	Me pongo mal (Me enfermo)	A	B	C	D	E
46	Culpo a los demás de mis problemas	A	B	C	D	E
47	Me reúno con otras personas para analizar el problema	A	B	C	D	E
48	Saco el problema de mi mente	A	B	C	D	E
49	Me siento culpable por los problemas que me ocurren	A	B	C	D	E
50	Evito que otros se enteren de lo que me preocupa	A	B	C	D	E
51	Leo la Biblia o un libro sagrado	A	B	C	D	E
52	Trato de tener una visión positiva de la vida	A	B	C	D	E
53	Pido ayuda a un profesional	A	B	C	D	E
54	Me doy tiempo para hacer las cosas que me gustan	A	B	C	D	E
55	Hago ejercicios físicos para distraerme	A	B	C	D	E
56	Hablo con otras personas sobre mi problema para que me ayuden a salir de él	A	B	C	D	E

57	Pienso en lo que estoy haciendo y por qué lo hago	A	B	C	D	E
58	Busco tener éxito en las cosas que estoy haciendo	A	B	C	D	E
59	Me preocupo por las cosas que me puedan pasar	A	B	C	D	E
60	Trato de hacerme amigo(a) íntimo(a) de un chico o de una chica	A	B	C	D	E
61	Trato de mejorar mi relación personal con los demás	A	B	C	D	E
62	Sueño despierto que las cosas van a mejorar	A	B	C	D	E
63	Cuando tengo problemas, no sé cómo enfrentarlos	A	B	C	D	E
64	Ante los problemas, cambio más cantidades de lo que como, bebo o duermo	A	B	C	D	E
65	Me reúno con las personas que tienen el mismo problema que yo	A	B	C	D	E
66	Cuando tengo problemas, me aislé para poder evitados	A	B	C	D	E
67	Me considero culpable de los problemas que me afectan	A	B	C	D	E
68	Ante los problemas, evito que otros sepan cómo me siento	A	B	C	D	E
69	Pido a Dios que cuide de mí	A	B	C	D	E
70	Me siento contento(a) de cómo van las cosas	A	B	C	D	E
71	Hablo acerca del problema con personas que tengan más experiencia que yo	A	B	C	D	E
72	Consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos, para solucionar mis problemas	A	B	C	D	E
73	Pienso en distintas formas de enfrentarme al problema	A	B	C	D	E
74	Me dedico a mis tareas en vez de salir	A	B	C	D	E
75	Me preocupo por el futuro del mundo	A	B	C	D	E
76	Procuro pasar más tiempo con la persona con quien me gusta salir	A	B	C	D	E
77	Hago lo que quieren mis amigos	A	B	C	D	E
78	Me imagino que las cosas van a ir mejor	A	B	C	D	E
79	Sufro dolores de cabeza o de estómago	A	B	C	D	E
80	Encuentro una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar o gritar o beber o tomar drogas	A	B	C	D	E

Nota: Escala de Afrontamiento para adolescentes(ACS)

## Anexo 14

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Cusco 1 de junio del 2021

Señor: Raúl Matheus Quintana

De: Bach. En Psicología Marco Arturo Achahui Hermoza

Investigador en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II

Asunto: INFORME DE ATENCIONES ANUALES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO,

CIE 10: F12 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides).

Es grato dirigirme a Ud. Para informarle lo siguiente:

1 - Pacientes con el Dx: F12 atendidos en el HSPHII en el 2017

MES	CANTIDAD	DX CIE 10	TÉRMINO
ENERO	6	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides.
FEBRERO	7	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
MARZO	4	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
ABRIL	8	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
MAYO	5	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
JUNIO	6	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
JULIO	5	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
AGOSTO	8	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
SEPTIEMBRE	9	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
OCTUBRE	8	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
NOVIEMBRE	7	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
DICIEMBRE	10	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
TOTAL	83	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides


 ALVARO LEON QUINARI  
 DIRECTOR GENERAL  
 HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II

  
 H.S.P.H.I.I.  
 HOSPITAL DE SALUD MENTAL  
 SAN JUAN PABLO II  
 Med. Raúl Matheus Quintana  
 DIRECTOR ASISTENCIAL

Nota: Elaboración propia del registro estadístico de pacientes adolescentes consumidores de marihuana resumido por meses del año 2017

## 2.- Pacientes con el Dx. F12 atendidos en el HSPH en el 2018

MES	CANTIDAD	DX CIE 10	TÉRMINO
ENERO	6	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides.
FEBRERO	5	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
MARZO	3	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
ABRIL	8	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
MAYO	7	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
JUNIO	8	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
JULIO	13	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
AGOSTO	10	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
SETIEMBRE	10	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
OCTUBRE	10	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
NOVIEMBRE	8	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
DICIEMBRE	7	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
TOTAL	95	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides

## 3.- Pacientes con el Dx. F12 atendidos en HSJPH en el 2019

MES	CANTIDAD	DX CIE 10	TÉRMINO
ENERO	4	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides.
FEBRERO	4	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
MARZO	7	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
ABRIL	6	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
MAYO	7	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
JUNIO	6	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides



SRE - HOSPITAL DE SALUD MENTAL  
KAN JUAN PABLO II  
Med. Royal Mireya Quatana  
COP. 1001  
7. PITCHAY AGR. TONAL

Nota: Elaboración propia del registro estadístico de pacientes adolescentes consumidores de marihuana resumido por meses del año 2018 y 2019

JULIO	5	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
AGOSTO	8	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
SEPTIEMBRE	6	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
OCTUBRE	5	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
NOVIEMBRE	7	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
DICIEMBRE	10	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
TOTAL	75	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides

4.- Pacientes con el Dx. F12 atendidos en el HSJPII en el 2020

MES	CANTIDAD	DX CIE 10	TÉRMINO
ENERO	4	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides.
FEBRERO	6	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
MARZO	8	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
ABRIL	7	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
MAYO	6	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
JUNIO	7	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
JULIO	8	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
AGOSTO	9	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
SEPTIEMBRE	12	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
OCTUBRE	7	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
NOVIEMBRE	10	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
DICIEMBRE	8	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
TOTAL	92	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides



SBC - HOSPITAL DE SALUD MENTAL  
SAN JUAN PABLO II  
Mecl. Raúl Mateos Quintana  
DIRECTOR ASISTENCIAL

Nota: Elaboración propia del registro estadístico de pacientes adolescentes consumidores de marihuana resumido por meses del año 2019 y 2020.

## Anexo 15

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO  
ESCUELA DE POST-GRADO**

Cusco 30 de Junio del 2021

Dra. Dalmia Socorro VALENCIA BLANCO,

Decana de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales-UNSAAC

P R E S E N T E:

Sra decana:

Tras presentar los saludos y consideraciones del caso, paso a comunicarle el motivo de la presente, tal es, poner en su conocimiento que: El bachiller **MARCO ARTURO ACHAHUI HERMOZA** egresado de la Escuela Profesional de **Psicología** se acercó a mi persona para solicitarme lo asesore en la elaboración de la tesis: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES ATENDIDOS POR CONSUMO DE MARIHUANA EN EL HOSPITAL DE SALUD MENTAL JUAN PABLO II DEL CUSCO 2021**, la misma que tiene por finalidad permitirles acceder al título de **LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**.

Al hacerlo, me alcanzó una copia del proyecto construido con tal fin el mismo que luego de su revisión y mejora, en forma, guarda los requisitos para trabajos de esta envergadura y respecto a la temática aborda una realidad acuciante a partir de un proyecto de investigación orientado a identificar la Funcionalidad Familiar y cómo se relaciona ésta con las estrategias de afrontamiento en la población identificada.

Las consideraciones ya mencionadas hacen que el tema nos motive lo suficiente para aceptar el reto del asesoramiento y para elevar a su despacho los informes que Ud. juzgue necesarios, en los plazos y condiciones que nuestros reglamentos estipulan.

**POR TODO LO EXPUESTO ACEPTO ASESORAR LA  
CONSTRUCCIÓN DE LA TESIS ANTES MENCIONADA.**

Sin otro particular me despido de Ud.

Atentamente:

  
Dra. Vilma Aurora PACHECO SOTA,

*Nota:* Carta de Aceptación de Asesoramiento

## Anexo 16

<b>Prueba de Kolmogorov-Smirnov - Estrategias de afrontamiento</b>				
	N	Media	Des. Desviación	Sig. Asintótica (bilateral)
Resolver el problema	110	53.17	14.850	,000 <sup>c</sup>
Esforzarse y tener éxito	110	55.96	17.052	,000 <sup>c</sup>
Invertir en Amigos Íntimos	110	77.85	18.547	,000 <sup>c</sup>
Fijarse en lo positivo	110	57.59	18.680	,000 <sup>c</sup>
Buscar diversiones relajantes	110	89.66	17.419	,000 <sup>c</sup>
Distraccion fisica	110	54.73	17.151	,000 <sup>c</sup>
Buscar apoyo social	110	55.53	22.548	,000 <sup>c</sup>
Acción social	110	34.51	12.589	,000 <sup>c</sup>
Buscar apoyo espiritual	110	48.23	15.438	,000 <sup>c</sup>
Buscar ayuda profesional	110	48.05	15.131	,000 <sup>c</sup>
Preocuparse	110	56.18	13.754	,000 <sup>c</sup>
Buscar Pertenencia	110	83.67	17.323	,000 <sup>c</sup>
Hacerse ilusiones	110	73.59	18.796	,000 <sup>c</sup>
Falta de Afrontamiento	110	77.42	20.400	,000 <sup>c</sup>
Ignorar el Problema	110	74.73	17.711	,000 <sup>c</sup>
Reducción de la Tensión	110	110.45	23.033	,000 <sup>c</sup>
Reservarlo para sí	110	72.55	20.949	,000 <sup>c</sup>
Auto Inculparse	110	85.36	14.772	,000 <sup>c</sup>

<b>Prueba de Kolmogorov-Smirnov Funcionalidad Familiar</b>			
		Cohesión	Adaptabilidad
N		110	110
Parámetros normales	Media	26.09	28.10
	Desv. Desviación	8.808	11.747
Estadístico de prueba		0.157	0.160
Sig. asintótica(bilateral)		,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>

## *Anexo 17*

### **Programa de Intervención en Adolescentes.**

El siguiente programa se realizó a partir de los resultados derivados de los objetivos cumplidos en la presente investigación.

### **Propuesta de Programa Interventivo en Adolescentes consumidores de Marihuana en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II**

#### **Objetivos del programa**

##### **Objetivo General**

Identificar, minimizar o eliminar las conductas adictivas, desde la propia motivación del cambio del adolescente.

##### **Objetivos Específicos**

Se dan en cada una de las sesiones que se muestran en la descripción de la intervención.

##### **Población a la que se dirige**

El presente programa está dirigido a adolescentes que son atendidos por consumo de marihuana en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II.

##### **Metodología de intervención**

El programa estará integrado por 10 sesiones, cada sesión tiene una duración de 30 a 45 minutos, el cual se ejecutará en grupos de 5 a 7 adolescentes.

##### **Descripción de la intervención**

- **Sesión 1**

##### **Título: Motivando el cambio**

**Objetivo específico:** Identificar e incentivar los motivos que el adolescente tiene para generar un cambio en su conducta adictiva.

- **Sesión 2**

**Título: Conociendo la marihuana**

**Objetivo específico:** Psicoeducar a las familias de adolescentes acerca de las causas y consecuencias del consumo de la Marihuana, buscando a que ellos puedan identificar por si mismos cuando el adolescente presente signos de consumo.

- **Sesión 3**

**Título: Cuestionándonos ¿Tengo un problema?**

**Objetivo específico:** Generar un insight en el adolescente acerca de su consumo para que identifique por él mismo su conducta adictiva.

- **Sesión 4**

**Título: Protectores y riesgos**

**Objetivo específico:** Reconocer los factores de riesgos y de protección que tienes los adolescentes a nivel social, familiar, escolar (laboral) e individual.

- **Sesión 5**

**Título: Las fases en mi proceso de cambio.**

**Objetivo específico:** Conocer las fases de Prochaska y en que estadio se encuentra el adolescente

- **Sesión 6**

**Título: Fortaleciendo mis estrategias**

**Objetivo específico:** Identificar cuales son las estrategias que suele usar el adolescente y fomentar las estrategias que usará frente a su consumo.

- **Sesión 7**

**Título: Previniendo el Craving.**

**Objetivo específico:** Identificar que es el craving, como se da, que puede hacer y cómo afecta al adolescente.

- **Sesión 8**

**Título: Relajándome sanamente**

**Objetivo específico:** Enseñar técnicas de relajación que generen estados de calma y serenidad al adolescente.

- **Sesión 9**

**Título: Superando obstáculos**

**Objetivo específico:** Exponer en un ambiente controlado y bajo cierta supervisión al adolescente a una situación que le generaba antes deseos de consumo.

- **Sesión 10**

**Título: Nuevos proyectos**

**Objetivo específico:** Elaborar un proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo en base a lo aprendido en las sesiones del programa mencionado.

**Programa de Intervención En Familias.**

El siguiente programa se realizó a partir de los resultados derivados de los objetivos cumplidos en la presente investigación.

**Propuesta de Programa Interventivo en las Familias de los Adolescentes consumidores de Marihuana en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II**

**Objetivos del programa**

**Objetivo General**

Facilitar en hábitos de contención emocional e intervención oportuna al miembro adicto.

### **Objetivos Específicos**

Se dan en cada una de las sesiones que se muestran en la descripción de la intervención.

### **Población a la que se dirige**

El presente programa está dirigido a las familias de los adolescentes que son atendidos por consumo de marihuana en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II.

### **Metodología de intervención**

El programa estará integrado por 7 sesiones, cada sesión tiene una duración de 30 a 45 minutos, el cual se ejecutará en grupos de familias de 5 pacientes adolescentes.

### **Descripción de la intervención**

- **Sesión 1**

**Título:** Sensibilizando el cambio

**Objetivo específico:** Concientizar a la familia acerca del rol que cumplen ellos durante el proceso terapéutico.

- **Sesión 2**

**Título:** Conociendo la marihuana

**Objetivo específico:** Psicoeducar a los padres acerca de las causas y consecuencias del consumo de la Marihuana, fortaleciendo su consumo.

- **Sesión 3**

**Título:** Mi familia

**Objetivo específico:** Las familias perciban el rol que cumple la familia durante el proceso terapéutico.

- **Sesión 4**

**Título:** Comprometiéndome

**Objetivo específico:** La familia tome acuerdos compartidos y que asuman ese compromiso al cambio para que sean ayuda en el cambio que está generando su hijo/a adicto.

- **Sesión 5**

**Título: Protectores y riesgos**

**Objetivo específico:** Reconocer los factores de riesgos y de protección que tiene la familia a nivel social.

- **Sesión 6**

**Título: Fortaleciendo vínculos**

**Objetivo específico:** Promover: Reforzar los lazos afectivos entre los miembros de la familia en base a la comunicación asertiva.

- **Sesión 7**

**Título: Creando cambios**

**Objetivo específico:** Promover la importancia de la adaptabilidad en las familias como estrategia de moldear conductas para enfrentar futuros retos como familia.

## Anexo 18



## Entrevista a Personal del Hospital San Juan Pablo II



Carga: Lic. Enfermería

1.- ¿Cómo observa usted la relación entre padres y pacientes (hijos adolescentes) consumidores de marihuana cuando realiza la recepción y hospitalización de pacientes?

En su mayoría la relación es pésima, suelen tener muchas conflictos, discusiones, peleas entre otras cosas. Los jóvenes son distantes con ellos (padres).

2.- ¿Cómo son los tipos de familias de estos pacientes (adolescentes consumidores de marihuana)?

Hay padres que son muy preocupados por los hijos rebeldes y otros casos donde los padres son negligentes pareo que no les importa sus hijos, en si son familias disfuncionales.

3.- ¿Qué tipos de estrategias ve usted que estos pacientes utilizan para afrontar sus desafíos, deberes o retos durante la hospitalización?

Lo que sea más fácil, es decir lo que los haga sentir más placer o lo que les complica menos, buscan el facilismo y se alge les complica lo dejan de lado.

4.- ¿Qué tipos de estrategias ve usted que estos pacientes utilizan para afrontar su consumo?

Ninguna en un inicio, no tienen conciencia de enfermedad y de acuerdo a su avance de terapia mejora su actitud al cambio, lo que no sucede en muchos casos con su familia.

5.- ¿Qué rango de edad suele ser el que viene ser más atendido y el más afectado por el consumo de marihuana en hospitalización?

Las edades oscilan entre los 14 a 25 años, pero como las frecuencias son entre 16 a 20 años señalando que su consumo fue desde hace mucho tiempo.



Nota. Entrevista a personal de enfermería



### Entrevista a Personal del Hospital San Juan Pablo II



Cargo: Psicólogo

1.- ¿Cómo observa usted la relación entre padres y pacientes (hijos adolescentes) consumidores de marihuana?

La relación entre ellos es disfuncional, se observa "Escotosis familiar", es notorio la mala relación que existe entre padres - hijos

2.- ¿Cómo son los tipos de familias de estos pacientes (adolescentes consumidores de marihuana)?

Son permisivas, existe un escaso o nulo control en sus hijos, ausencia de reglas y normas en el hogar

3.- ¿Qué tipos de estrategias ve usted que estos pacientes utilizan para afrontar sus desafíos, deberes o retos en su vida?

Presentan una conducta evasiva por ello su educación en ese entender ausencia de estrategias de afrontamiento

4.- ¿Qué tipos de estrategias ve usted que estos pacientes utilizan para afrontar su consumo?

Muchos de estos pacientes vienen influenciados u obligados por alguien cercano a su entorno

5.- ¿Qué rango de edad suele ser el que viene ser más atendido y el más afectado por el consumo de marihuana?

El rango de edad en su mayoría oscila entre 16 a 22 años



Nombre y firma del entrevistado



### Entrevista a Personal del Hospital San Juan Pablo II



Cargo: Psiquiatra

1.-¿Cómo observa usted la relación entre padres y pacientes (hijos adolescentes) consumidores de marihuana?

Es común que estos adolescentes haya un escaso control por parte de los padres, que ellos hagan lo que desean y cuando se imponen reglas o normas se presentan discusiones o conflictos familiares.

2.-¿Cómo son los tipos de familias de estos pacientes (adolescentes consumidores de marihuana)?

Permisivos, negligentes ellos se dan cuenta que sus hijos son adictos cuando su consumo se sale de control.

3.-¿Qué tipos de estrategias ve usted que estos pacientes utilizan para afrontar sus desafíos, deberes o retos en su vida?

Estos adolescentes están influenciados por sus pares y de acuerdo a como actúa el grupo el actúan, y como se sabe este grupo de pares presenta estrategias disruptivas que complican más su estilo de vida.

4.-¿Qué tipos de estrategias ve usted que estos pacientes utilizan para afrontar su consumo?

En su mayoría como son adolescentes no lo ven como un problema aparte que desconocen del tema lo toman como juego o moda, así que no lo ven como área a afrontarlo.

5.-¿Qué rango de edad suele ser el que viene ser más atendido y el más afectado por el consumo de marihuana?

Se observa que casi todos tuvieron su primer consumo durante la adolescencia (12-16 años) luego confirmando eso el tiempo ya se vuelven adictos.

  
 Dr. Inhelina Juyo Silva  
 PSICUATRA  
 RNE 44031

Nombre y firma del entrevistado

**Anexo 19**

## Ficha de datos

Nombre completo:

---

Edad:

---

Sexo:

Varón ( )      Mujer ( )

Grado de instrucción:

- Secundaria Incompleta ( )
- Secundaria Completa ( )
- Superior Incompleta ( )
- Otros: \_\_\_\_\_

Lugar de procedencia:

- Urbana ( )
- Rural ( )

Actualmente vives con:

---

---

¡Gracias!

## Anexo 20

**Escala de Afrontamiento para Adolescentes**

**Instrucciones**

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la letra correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar con una "X" sobre la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar frente a los problemas. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

Nunca lo hago            A  
Lo hago raras veces    B  
Lo hago algunas veces   C  
Lo hago a menudo       D  
Lo hago con mucha frecuencia E

Por ejemplo, si algunas veces te enfrentas a tus problemas mediante la acción de "Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema", deberías marcar la C como se indica a continuación:

1	Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema	<input checked="" type="checkbox"/>	B	C	D	E
2	Me dedico a resolver lo que está provocando el problema	A	B	<input checked="" type="checkbox"/>	D	E
3	Sigo con mis tareas como es debido	A	B	C	D	E
4	Me preocupo por mi futuro	A	B	C	D	E
5	Me reúno con mis amigos más cercanos	A	B	C	D	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Trato de dar una buena impresión en las personas que me importan	A	B	C	D	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Espero que me ocurra lo mejor	A	B	<input checked="" type="checkbox"/>	D	E
8	Como no puedo hacer nada para resolver el problema, no hago nada	A	B	<input checked="" type="checkbox"/>	D	E
9	Me pongo a llorar y/o gritar	A	B	C	<input checked="" type="checkbox"/>	E
10	Organiza una acción en relación con mi problema	A	B	<input checked="" type="checkbox"/>	D	E
11	Escribo una carta a una persona que siento que me puede ayudar con mi problema	A	<input checked="" type="checkbox"/>	C	D	E
12	Ignoro el problema	A	B	<input checked="" type="checkbox"/>	D	E
13	Ante los problemas, tiendo a criticarme	A	B	<input checked="" type="checkbox"/>	D	E
14	Guardo mis sentimientos para mí solo(a)	A	B	C	D	E
15	Dejo que Dios me ayude con mis problemas	A	B	<input checked="" type="checkbox"/>	D	E
16	Pienso en aquellos que tienen peores problemas, para que los míos no parezcan tan graves	A	B	<input checked="" type="checkbox"/>	D	E
17	Pido consejo a una persona que tenga más conocimiento que yo	A	B	<input checked="" type="checkbox"/>	D	E
18	Encuentro una forma de relajarme, como oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión, etc.	A	B	C	<input checked="" type="checkbox"/>	E

## Instrumento FACES III versión real

FACES III David H. Olson, Joyce Portner y Yoav Lavee, 1985					
1 Casi nunca	2 Una que otra vez	3 A veces	4 Con frecuencia	5 Casi siempre	
DESCRIBA CÓMO ES SU FAMILIA: tache el número que corresponda a su respuesta					
1. Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros	1	2	3	4	5
2. En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos	1	2	3	4	5
3. Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene	1	2	3	4	5
4. Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina	1	2	3	4	5
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata	1	2	3	4	5
6. Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes	1	2	3	4	5
7. Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a ella	1	2	3	4	5
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres	1	2	3	4	5
9. A los miembros de la familia les gusta pasar juntos su tiempo libre	1	2	3	4	5
10. Padre(s) e hijos discuten juntos las sanciones	1	2	3	4	5
11. Los miembros de la familia se sienten muy cerca unos de otros	1	2	3	4	5
12. Los hijos toman las decisiones en la familia	1	2	3	4	5
13. Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes	1	2	3	4	5
14. Las reglas cambian en nuestra familia	1	2	3	4	5
15. Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia	1	2	3	4	5
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa	1	2	3	4	5
17. Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones	1	2	3	4	5
18. Es difícil identificar quién es o quiénes son líderes en nuestra familia	1	2	3	4	5
19. La unión familiar es muy importante	1	2	3	4	5
20. Es difícil decir quién se encarga de cuáles labores del hogar	1	2	3	4	5

Por favor indique cuál es su lugar en la familia:

Madre     

Padre     

Hijo Nº 5 (anote el número que le corresponda teniendo en cuenta que el mayor es el 1)

Nº total de hijos 7