



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

**“COMPARACIÓN DEL PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
EN LOS ADOLESCENTES CON Y SIN FARMACODEPENDENCIA EN UN
CENTRO ESCOLAR”**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:


Médico General: Víctor Hugo Cruz Salmerón

Dirigido por:

Dra. Martha Leticia Martínez Martínez
Médico Especialista en Medicina Familiar

SINODALES

Med. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez
Presidente


Firma

Med. Esp. Ma. del Rosario Ruelas Candelas
Secretario


Firma

M. en E. Ma Teresa Mendoza Guijoza
Vocal



Firma


Dr. Pablo García Solís
Suplente


Firma

Dr. Hebert Luis Hernández Montiel
Suplente


Firma


Med. Esp. Enrique López Arvizu
Director de la Facultad de Medicina


Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y
Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Febrero, 2010
México

RESUMEN

Introducción: La adolescencia, es un periodo de transición, en donde se experimentan cambios que se dan a escala, social, sexual, física y psicológica. Es una etapa en donde si los valores o funciones familiares no fueron fomentados de manera adecuada; son un punto frágil de inducción a vicios, como la farmacodependencia; los cuales vienen a cambiar y alterar el núcleo familiar, así como las características evolutivas del adolescente, consumiéndolas como un vínculo social en su necesidad de reafirmación. Objetivos: Comparar el perfil de funcionamiento familiar en adolescentes con y sin fármaco dependencia, determinar variables sociodemográficas e identificar la tipología familiar. Material y métodos: Estudio de casos y controles en 63 adolescentes con y sin farmacodependencia de un Centro Escolar, en Querétaro. Se aplicó un cuestionario de evaluación de Emma Espejel y col. para valorar funcionalidad familiar, realizándose muestreo probabilístico sistemático. Análisis con estadística descriptiva e inferencial. Resultados: Se evaluaron 63 adolescentes y para su análisis se formó un grupo con farmacodependencia (casos) $n=20$, y media de edad de 17.5 ± 0.48 años (rango 16-19), y un grupo sin farmacodependientes (controles) $n=43$, con media de edad de 16.9 ± 0.19 años (rango 15-18), y una $p = 0.000$. El 100% de los adolescentes con y sin farmacodependencia, cursaban el bachillerato y viven en una zona urbana; con tipología familiar de predominio nuclear simple, $p= 0.613$; moderna $p=0.649$, obrera $p=0.000$. El mayor porcentaje de adolescentes con farmacodependencia provienen de familias desintegradas $p=0.002$. La fase de dispersión fue un factor protector para no presentar farmacodependencia en los adolescentes $p=0.003$, OR 0.61 (IC 95% 1.80-21.09) Se observó diferencia estadísticamente significativa en autoridad (OR=29.7, IC 95% 5.8-150.5), supervisión (OR 10.3, IC 95% 2.8-37.2) y apoyo (OR 0.04, IC 95% 5.57-109.8), los tres, con una $p=0.000$. En cuanto la disfuncionalidad familiar global con una $p=0.000$ (OR 1.8, IC 95% 1.38–2.33). Conclusión: La disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para la farmacodependencia en adolescentes, sobre todo cuando es deficiente la autoridad y la supervisión en la familia, por otro lado, el apoyo familiar; así como la fase de dispersión, es un factor protector para la misma.

(Palabras clave: Farmacodependencia, adolescentes, disfunción familiar).



SUMMARY

Introduction: Adolescence is a period of transition in which changes are experienced in the social, sexual, physical and psychological areas. It is a stage in which, if family values and functions were not properly promoted, there is a fragility which can lead to the induction of vices, such as drug addiction. These vices change and alter the family, as well as the developmental characteristics of the adolescent who consumes drugs as a social tie in his/her need for reaffirmation.

Objectives: To compare the profile of family functioning in adolescents addicted to drugs and those not addicted to drugs. To determine socio-demographic variables and identify family types.

Material and methods: Case and control study of 63 adolescents with and without addiction in a school in Queretaro. The Emma Espejel et al, evaluation questionnaire was used to evaluate family functionality: a systematic probabilistic sampling was carried out. Analysis with descriptive and inferential statistics.

Results: 63 adolescents were evaluated and a group was formed with drug addicts (cases) $n=20$, average age 17.5 ± 0.48 (range 16-19), and a group of non-addicts (control) $n= 43$, average age 16.9 ± 0.19 (range 15-18) and $p= 0.000$. 100% of the addicted and non addicted adolescents were in high school and live in an urban area with a predominantly simple nuclear family type, $p= 0.613$, modern $p= 0.649$, working class $p= 0.000$. The greatest percentage of addicted adolescents come from broken families $p=0.002$. The dispersion phase was a protective factor in preventing drug addiction in adolescents $p=0.003$, OR 0.61 (CI 95% 1.80-21.09). Significant statistical differences were observed in authority (OR=29.7, CI 95% 5.8-150.5), supervision (OR 10.3, C I95% 2.8-37.2) and support (OR 0.04, CI 95% 5.57-109.8), all three with $p= 0.000$. Regarding global family dysfunctionality, $p=0.000$ (OR 1.8, CI 95% 1.38-2.33).

Conclusion: Dysfunctional families are a risk factor for drug addiction in adolescents, especially when there is insufficient authority and supervision within the family. On the other hand, family supports, as well as the dispersion phase, are protective factors in these cases.

(Key words: Drug addiction, adolescents, family dysfunction)



AGRADECIMIENTOS

A mi familia por todas sus enseñanzas, cariño y apoyo incondicional durante toda mi carrera.

A mi esposa por su paciencia y amor que en todo este tiempo me ha brindado.

A mi hijo que con toda su fuerza y alegría, llena mi vida, siendo mi principal motivo por seguir adelante.

A mis hermanos: Lucy, Yolanda, Octavio y David, que siempre me han escuchado y apoyado de forma incondicional en los momentos difíciles.

A mi padre que siempre ha sido un ejemplo de fortaleza y perseverancia en cada momento de mi vida.

A la Dra. Martha Leticia Martínez, que durante todo este tiempo ha sido una gran amiga y guía dentro de mi formación como especialista.

DEDICATORIA

A mi madre que me dio el maravilloso don de la vida, y a mi hijo, Misael que lo quiero mucho.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| Resumen | I |
| Summary | II |
| Agradecimientos | III |
| Dedicatorias | IV |
| Índice | V |
| Índice de cuadros | VII |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| I.1 Objetivo general | 3 |
| I.2 Objetivos específicos | 3 |
| I.3 Hipótesis | 3 |
| II. REVISIÓN DE LA LITERATURA | 4 |
| II.1 Consideraciones generales | 4 |
| II.2 Estructura familiar | 4 |
| II.3 Funcionamiento familiar | 6 |
| II.4 Adolescencia | 10 |
| II.5 Problemas de la adolescencia | 10 |
| II.6 Farmacodependencia. | 11 |
| II.7 Factores que inciden en la farmacodependencia. | 13 |
| II.8 Etapas para el uso de drogas. | 15 |
| II.9 Adolescencia y farmacodependencia | 16 |
| II.10 Antecedentes | 19 |
| III. METODOLOGÍA | 25 |
| III.1 Diseño de la investigación | 25 |
| III.2 Mediciones y análisis | 26 |
| III.3 Análisis estadístico | 27 |
| III.4 Consideraciones éticas. | 27 |
| IV. RESULTADOS | 29 |
| V. DISCUSIÓN | 38 |
| VI. CONCLUSIONES | 42 |
| VII. PROPUESTAS | 43 |

| | |
|--|----|
| VIII. LITERATURA CITADA | 44 |
| IX. APÉNDICE | 50 |
| Anexo 1. Flujograma | 50 |
| Anexo 2. Carta de consentimiento informado para participar en los protocolos de investigación clínica. | 51 |
| Anexo 3. Hoja de recolección de datos. | 52 |
| Anexo 4. Familiograma. | 53 |
| Anexo 5. Cuestionario. | 54 |
| Anexo 6. Respuestas. | 64 |
| Anexo 7. Formato de calificación. | 68 |
| Anexo 8. Perfil de Funcionamiento Familiar | 69 |

ÍNDICE DE CUADROS

| No. | Título | Página |
|------------|---|---------------|
| IV.1 | Comparación de las familias de adolescentes con y sin farmacodependencia en base a su integración | 31 |
| IV.2 | Comparación por sexo en adolescentes con y sin farmacodependencia | 32 |
| IV.3 | Comparación de la tipología familiar en adolescentes con y sin farmacodependencia | 33 |
| IV.4 | Comparación en base a al desarrollo familiar de adolescentes con y sin farmacodependencia. | 34 |
| IV.5 | Comparación de las familias de adolescente con y sin farmacodependencia en base a su ocupación. | 35 |
| IV.6 | Comparación de las familias de adolescentes con y sin farmacodependencia en base al ciclo vital. | 36 |
| IV.7 | Riesgo por áreas del Perfil de Funcionalidad Familiar en adolescentes con y sin farmacodependencia. | 37 |

I INTRODUCCIÓN

La familia es la unidad de análisis de la medicina familiar que permite abordar al proceso salud enfermedad mediante la dinámica familiar, en la que se presentan interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades de los integrantes del grupo familiar. Dado que este es un proceso dialéctico, existen cambios en relación con el contexto social, la etapa evolutiva familiar que puede promover o inhibir la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez para un funcionamiento o no del mismo y permitir que los integrantes se desarrollen como entes socialmente productivos (Consejo Académico en Medicina Familiar, 2005).

En el desarrollo del sujeto, la etapa de la adolescencia es un periodo de transición en donde se experimentan cambios que se dan a escala, social, sexual, físicos y psicológicos. Si en ésta etapa, los valores y funciones familiares no fueron fomentados de manera adecuada, son un punto frágil para inducirlos a hábitos inadecuados e inadaptación social. Es frecuente que el adolescente desee experimentar sensaciones nuevas tales, como las que ofrecen las toxicomanías, particularmente el uso de drogas lícitas e ilícitas; de éstas últimas el uso de las drogas puede modificar y alterar el núcleo familiar y el propio desarrollo evolutivo del adolescente (Toledo, 2003).

La drogadicción es un problema de salud pública mundial, en Querétaro el uso de drogas ilícitas en el grupo de 12 a 65 años, fue del 1.1% (Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC, 2005), actualmente con una incidencia del 6.8%, y en todo el país se estima que hubo un crecimiento, al pasar de 5.03 a 6% para el uso de cualquier tipo de sustancia, y del 4.6 a 5.5% en el caso de drogas ilegales (Encuesta Nacional de Adicciones, 2008).

Noler y Callan (1991), menciona en su estudio que, es menos probable que los adolescentes que experimentan afecto y cercanía en sus familias, sean influenciados por su grupo de amistades y se involucren en problemas de conducta.

Las variables del ámbito familiar que con más frecuencia se han vinculado a la existencia de consumo de drogas son: la relación afectiva, la calidad de comunicación, el apoyo, la cohesión familiar y el desarrollo adecuado de normas en la familia; se refiere que un funcionamiento familiar armónico entre sus miembros se convierte en un factor protector frente a ciertas condiciones de riesgo y problemas de salud, y ayuda a los adolescentes a no iniciarse en el consumo de sustancias ilícitas (Danton y Kampte, 1994; Weinreich e Hidalgo, 2004)

Osorio et al (2006), menciona que la variable supervisión se considera un factor protector para el consumo de drogas ilícitas hasta en un 60%, en comparación con los adolescentes que no son supervisados por sus padres. Guzmán (2004), refiere en su estudio, que existe dos veces más riesgo de iniciarse en el consumo de sustancias ilícitas, cuando el adolescente pertenece a una familia moderna, considerando así, como factor protector, pertenecer a una familia balanceada u óptima.

Garibay (2007) en el estado de Querétaro, encontró que el 100% de los adolescentes con antecedentes de uso de drogas ilícitas pertenecían a familias con disfunción familiar.

La comparación del Perfil de Funcionamiento Familiar (PFF), permite determinar los factores de riesgo para la farmacodependencia y que el médico familiar tenga la oportunidad de identificar y canalizar de manera oportuna a centros de apoyo para tratar de disminuir el riesgo de consumo de drogas ilícitas.

1.1 OBJETIVO GENERAL

Comparar el Perfil de Funcionamiento Familiar en adolescentes con y sin farmacodependencia.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comparar en los pacientes con y sin farmacodependencia: la autoridad, el control, la supervisión, el afecto, el apoyo, la conducta disruptiva, la comunicación, el afecto negativo y los recursos.
2. Determinar variables sociodemográficas.
3. Identificar tipología familiar.

1.3 HIPÓTESIS

Ho: Existe diferencia en el Perfil de Funcionamiento Familiar (PFF).de los adolescentes con y sin farmacodependencia

Ha: No existe diferencia en el Perfil de Funcionamiento Familiar (PFF).de los adolescentes con y sin farmacodependencia

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

II.1 Consideraciones Generales

La familia desde la perspectiva del médico familiar; es un grupo social organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud enfermedad (Consejo Académico en Medicina Familiar, 2005; Peñalva, 2001).

II.2 Estructura familiar.

Conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran el grupo familiar, y con el propósito de facilitar la clasificación de la estructura familiar Irigoyen (2004), la clasifica en:

1. Familia nuclear: modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.
2. Familia extensa: formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o afinidad.
3. Familia extensa compuesta: además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos y compadres.

En literatura más reciente se clasifica la estructura familiar de manera más completa, de forma que da una mayor diversidad de opción para catalogarla en base al parentesco. (Consejo Académico en Medicina Familiar, 2005).

1. Familia nuclear: formada por dos individuos de distinto sexo sin hijos.
2. Familia nuclear simple: Formada por los cónyuges con 1 a 3 hijos.

3. Familia nuclear numerosa: Es la que conviven 4 o más hijos con sus padres.
4. Familia nuclear ampliada: Integrada por un núcleo familiar al que se añaden otros parientes o bien, agregados.
5. Familia reconstruida o binuclear: Familias en las que uno de los cónyuges o ambos son divorciados, conviviendo en el hogar hijos de distintos progenitores.
6. Monoparental: padre o madre con hijos.
7. Monoparental extendida: padre o madre con hijos mas otra persona con parentesco.
8. Monoparental extendida compuesta: Padre o madre con hijos mas otra persona con o sin parentesco.
9. Familia extensa: Padre y madre con hijos mas otra persona con parentesco.
10. Familia extensa compuesta: padre y madre con hijo mas otras personas sin parentesco
11. No parenteral: Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones y roles de familia sin la presencia de los padres.

La tipología familiar en base a su desarrollo se basa en la madre de familia si trabaja o no lo que facilitaría la ubicación de la familia en moderna o tradicional, los sociólogos actuales mencionan al empleo remunerado de la madre, como la característica más significativa de la familia moderna y la del futuro. En base a su demografía es dato de importancia reportar el acceso y disponibilidad a los servicios de comunidad (agua potable, electricidad, drenaje, etc.) ya sea rural suburbana o urbana. En base a su integración la familia integrada en la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones, la familia semi-integrada en donde los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones y la familia desintegrada es aquella en la que falta de alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono (Irigoyen, 2004).

En base a su ocupación permite clasificarla en campesina, obrera, técnica profesional técnica o profesional, en alguna otra literatura se agrega ocupación como comerciante y empleado, reportando la ocupación del jefe de familia que puede sustituir el ingreso en salarios mínimos que se aporta a la familia, así se ubica directamente el nivel socioeconómico y las posibilidades de desarrollo de la familia al menos desde el punto de vista económico (Consejo Académico en Medicina Familiar, 2005).

La etapa del ciclo vital es fundamental para ubicar a la familia con su relación social y como toda organización tiene un inicio, desarrollo y ocaso; tradicionalmente en el campo de la medicina familiar se utiliza la clasificación Geyman:

- Fase de matrimonio.- Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.
- Fase de expansión.- Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”.
- Fase de dispersión.- Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.
- Fase de independencia.- Etapa en que los hijos de mayor edad (habitualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen.
- Fase de retiro y muerte.- Etapa en la que deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.

II.3 Funcionamiento Familiar.

La funcionalidad familiar es la capacidad de la familia para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital así como las crisis por las que se atraviesa, la familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen cada una de ellas de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos (Huerta, 2000).

El funcionamiento de la familia se da en dos áreas: la psicobiológica y la sociocultural y educativa; en la primera, se cumplen entre otras, las funciones de reproducción, crecimiento y desarrollo de los niños, adolescentes y jóvenes; también el logro de madurez psicofísica que incluye la adquisición de un sentido de identidad y el equilibrio emocional de sus miembros. Mientras que la segunda, preside la transferencia de conocimientos habilidades, valores, creencias, que definen el estilo de la vida de grupo familiar; y económicas que incluyen la capacidad de producción y consumo. De esta manera tenemos dos tipos de funciones (Solórzano et al., 2001); Las funciones instrumentales como son: el alimento, ropa, vivienda, seguridad, supervisión, higiene, atención médica asistencial y enseñanza; y las funciones Intelectuales y afectivas que se dividen en cuatro subgrupos: apoyo social el cual comprende cuidado amor, valor, estima, comunicación, valores compartidos y compañía; la socialización dividida en transmisión de valores y relación con el mundo; la enseñanza y las habilidades de afrontamiento en las capacidades para la vida.

La salud de la unidad familiar es un predictor de salud mental, y por extensión, de un sistema social, ya que lleva implícita la inclusión, funcionamiento adecuado y capacidad de adaptación del individuo dentro de un contexto familiar y por ende, del resto de la sociedad (De la Revilla, 1994; García et al, 2000).

Las actitudes y conductas familiares en el cuidado de la salud y de la formación de hábitos saludables, así como el manejo de las emociones positivas y negativas, ejercen una influencia importante en los niños, para evitar el consumo de sustancias así como los aspectos relacionados a su desarrollo (ENA, 1998).

La fuente de información que contribuye al proceso de evaluación diagnóstica, puede preceder del registro y análisis de las historias individuales de todos los miembros de la familia, cuestionarios, entrevistas abiertas o estructuradas, observación de la familia. Es importante que los métodos de evaluación presten atención especial a la disfunción de los sistemas familiares

como factor etiológico en el desarrollo de la psicopatología individual. (Irigoyen, 2004).

El *apgar familiar*, desarrollado por Smilkstein et al, 1978 es un cuestionario diseñado para obtener la evaluación rápida y sencilla de la función familiar; su uso es válido y confiable en adultos y niños mayores de 11 años. Debido a la baja sensibilidad y especificidad para discernir las familias funcionales de las que no lo son se recomienda, inclusive por los autores, utilizarlo en conjunto con otros instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar. Ha sido validado en diferentes investigaciones: se mide en una escala de 0 a 2, cinco diferentes áreas cuya suma determina la funcionalidad familiar (Osorio et al., 2001):

1. Adaptabilidad.- Es la capacidad de utilizar los recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o en periodos de crisis.
2. Participación o cooperación.- Es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
3. Desarrollo.- Es la maduración física y emocional, así como la autorrealización que alcanzan los componentes de una familia por el apoyo y acercamiento mutuo.
4. Afectividad.- Es la relación de cariño o amor que existe entre los miembros de la familia.
5. Capacidad resolutoria o recursos.- Es el compromiso de dedicar tiempo a entender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, implica compartir dinero y un espacio.

FACES III.- Es un cuestionario estandarizado al español por Gómez-Clavelina e Irigoyen-Coria a partir del Modelo Circunflejo de los sistemas familiares y conyugales desarrollados por Olson et al, en 1993 únicamente puede ser aplicado a familias de tipo nuclear, contempla tres dimensiones que permiten analizar la funcionalidad familiar (Ponce et al., 2002):

1. Cohesión.- Es la unión que los miembros de la familia tienen entre sí.
2. Adaptabilidad.- Valor del cambio en el liderazgo, relaciones de las normas y roles en la relación.
3. Comunicación.- Dimensión facilitadora, posible evaluar enfocando a la familia como un grupo con respecto a su capacidad para escuchar, conversar, para mantener continuidad y claridad en el proceso de la comunicación que favorezca el respeto y la consideración.

La representación gráfica del Modelo Circunflejo abarca las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, los estudios con base a este modelo demuestran que, a mayor comunicación mayor funcionalidad.

Con las dimensiones de cohesión y adaptabilidad se obtiene la división de cuatro categorías que ayudan a la identificación de cuatro tipos de familias balanceada (funcionales) y cuatro extremos (no funcionales). De acuerdo a este modelo es posible tener 16 tipos de familias en las que se debe considerar la presencia de factores de estrés, los cuales pueden ser normativos o no, relacionados con el ciclo vital. Las familias que son balanceadas de cohesión y adaptabilidad, funcionarán mejor a través de su ciclo vital que aquellas desbalanceadas. Las balanceadas tienen un mayor repertorio conductual y son capaces de cambiar, en comparación con las familias con tipos extremos. Para hacer frente al estrés situacional y los cambios de desarrollo a través del ciclo vital familiar, las familias balanceadas cambiarán su cohesión y adaptabilidad mientras que las familias con tipos extremos se resistirán al cambio en el tiempo y en consecuencia las familias de rango medio podrán moverse hacia uno u otro lado. (Huerta, 2000).

El cuestionario del Perfil de Funcionamiento Familiar (Espejel et al, 1997), ha sido resultado de varios diseños previos que se sometieron a prueba en el centro comunitario de la facultad de psicología de la UNAM. Se considera de alta confiabilidad (alfa de Cronbach= 0.91) y que discrimina sensiblemente las familias funcionales de las que no lo son, consta de 40 reactivos que exploran las

siguientes áreas de la estructura familiar: autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos, que miden el funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia.

Las preguntas estimulan relaciones circulares entre los distintos miembros de la familia, pueden remitir a díadas o triángulos dentro de los subsistemas, o bien pueden englobar a toda la familia o producir polaridades; un polo cobra realidad en la medida en que difiere del otro; tales posibilidades son el resultado de la estructura de los reactivos en los que subyace la exploración de la diferencia entre los miembros y sistemas familiares.

Finalmente las calificaciones incluyen aspectos muy importantes como la etapa del ciclo vital por la que cursa la familia, la clase socioeconómica y cultural así como la estructura familiar, se agruparán a las familias en funcional y disfuncional posterior a la obtención del puntaje total de los reactivos.

II.4 Adolescencia

La adolescencia es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y el inicio a la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro. (Mendizábal y Anzures, 1999).

II.5 Problemas de la adolescencia

Las tensiones internas, dan un incremento de la tensión psíquica hasta niveles insospechados, es el primer resultado de la reaparición de deseos inconscientes reprimidos durante la infancia. El preadolescente se halla mal preparado para resistir esta tensión, que ocasionalmente se descarga a través de actitudes antes desconocidas: egoísmo, crueldad, suciedad, o dejadez. (Grinder, 1976; Miranda et al, 2007).

La disolución de la identidad infantil, suponiendo que el niño o la niña hayan crecido bajo un modelo educativo ni demasiado rígido, ni demasiado permisivo (lo que coincide afortunadamente, con la mayoría de los casos), el periodo de crisis preadolescente, entre los trece y los quince, debe ser superado con éxito. Sólo la seguridad y la confianza adquirida durante la infancia permitirán al preadolescente concluir airosamente su desarrollo afectivo (Gutiérrez et al, 2007; Mendizábal y Anzures, 1999).

Las primeras experiencias con la bebida, con drogas o el fumar generalmente tiene lugar en compañía de otros y el adolescente lo hace, según una gran diversidad de estudios del tema, de forma experimental, por estar con los amigos como un sinónimo de rebeldía o como acto de provocación ante el mundo adulto. (Nuño et al, 2006; Toledo, 2003).

II.6 Farmacodependencia.

En el transcurso del tiempo, y particularmente en las últimas tres décadas, esta práctica se ha diversificado, se ha extendido a grandes sectores de la población mundial y en la mayoría de los países se ha convertido en un grave problema social que afecta particularmente a la población joven; es causa de daños a la salud, a la familia, a la escuela, al empleo y desempeña un papel importante en accidentes y actos violentos y delictivos.

La definición de droga fue propuesta en los años cincuenta por la Organización Mundial de Salud (OMS) y se refiere a “cualquier sustancia que, al interior de un organismo viviente puede modificar su percepción, estado de ánimo cognición, conducta o funciones motoras”. Esto incluye los solventes, el alcohol, el tabaco y excluye sustancias medicinales sin efectos psicoactivos (NOM-028-SSA2-1999).

Desde un enfoque médico el abuso de drogas y la farmacodependencia se consideran como un fenómeno multicausal en sus orígenes, complejo en su desarrollo y de difícil solución, por lo que representa un motivo de preocupación no

solamente para las autoridades de salud, sino para todos aquéllos sectores de la población en los que repercuten sus efectos.

El abuso de drogas suele originarse en la adolescencia. Está vinculado con el proceso normal, aunque problemático del crecimiento, con la experimentación de nuevas conductas, con la autoafirmación, y búsqueda de la identidad, y más específicamente, la búsqueda de la identidad psicosexual. (Díaz Barriga, 1997).

Farmacodependencia es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar el malestar producido por la abstinencia o deprivación (NOM-028-SSA2-1999).

Droga o fármaco es toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones; es una sustancia ajena al organismo, que al interactuar con él, altera algunas de sus funciones normales (Díaz, 2003).

Habitación.- este término se designa a la dependencia de tipo psicológico, se caracteriza por el uso compulsivo de una droga o fármaco sin desarrollo de dependencia física, este tipo de dependencia no se producen alteraciones fisiológicas al suspender bruscamente la droga, sin embargo el individuo siente la necesidad de tomarla para experimentar sus efectos, para evitar el dolor psicológico y para contender con los problemas de la vida cotidiana (Díaz, 2003).

Adicción.- se refiere a la dependencia de tipo físico y aparece como fase subsecuente a la habitación, que se manifiesta por el conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva (NOM-028-SSA2-1999).

Tolerancia.- es el término con que designamos la adaptación del organismo a los efectos de la droga, situación que genera la necesidad de aumentar paulatinamente las dosis de droga para seguir obteniendo resultado de la misma magnitud, esta situación implica tomar cada vez mayor cantidad de droga con el fin de obtener el mismo efecto inicial (Díaz, 2003).

Síndrome de Abstinencia.- es el conjunto de trastornos fisiológicos que se presentan al suspender abruptamente la ingestión de una droga cuando ya existe adicción (dependencia física), las alteraciones que se presentan en estos casos pueden ser leves o graves, llegando incluso a provocar la muerte, dependiendo del tipo de drogas (NOM-028-SSA2-1999).

Abuso.- se refiere al consumo de una droga en forma excesiva, de manera esporádica o periódica, y que no tiene relación con un tratamiento médico. (Díaz, 2003).

La prevalencia e incidencia del consumo de drogas a sido estudiada en poblaciones, sin embargo existe poca información en cuanto a su morbilidad por uso de droga a nivel de servicios de salud y sobre todo de adolescentes, en el cual se suceden etapas enriquecedoras, estabilizadoras y generalmente problemáticas como el consumo de drogas. (Estévez et al., 2005; Toledo, 2003)

II.7 Factores que Inciden en la farmacodependencia.

Estos factores son de tres tipos.- individuales, familiares y sociales. Los individuales, nos hablan de: falta de control sobre los impulsos, y refiere a incapacidad o dificultad para moderar o reprimir actitudes y formas de comportamiento en circunstancias que pueden parecer inapropiadas o fuera de contexto; la poca tolerancia a la frustración, la agresividad, y la dependencia emocional, características de la adolescencia que se encuentran en oposición directa con los ideales de autonomía e independencia de las figuras parentales(Villatoro et al,1996).

Se ha comentado que los farmacodependientes utilizan la droga para medicar estados afectivos dolorosos, para disminuir la intensidad de sentimientos agudos y crónicos de agresividad, ira y hostilidad, donde las drogas calman y enmascaran estos sentimientos (Arellanez et al., 2004; Díaz, 2003).

Los factores psicodinámicos, que correlacionan la farmacodependencia con la organización subyacente de la personalidad, se destacan los factores adaptativos y del desarrollo que ejercen influencia sobre la experimentación y regulación de los afectos, relaciones sociales, autoestima, juicio y capacidad para manejar el estrés. (Estévez et al., 2005; Leyva et al., 2007; Musitu et al., 2007).

Los factores familiares, subdivididos en: familia desintegrada, ya sea por muerte, abandono de alguno de los padres, por divorcio, por enfermedades graves o por abandono del hogar de alguno de sus integrantes; y la familia sin comunicación o con comunicación defectuosa, una de las funciones más importantes de la familia es la de transmitir valores, actitudes ante la vida. Sin embargo, se observa que los padres descuidan con frecuencia esta función, transmitiendo mensajes contradictorios, o rechazando la comunicación; la dificultad para jerarquizar, se refiere que a menudo los padres muestran dificultad para jerarquizar en forma adecuada los valores que promueven el correcto desarrollo de los jóvenes; la confusión de valores, en muchas familias existe un orden y jerarquía de valores que no necesariamente son prioritarios para otras familias. La dificultad para marcar límites (familias flexibles, rígidas o inconsistentes) en donde se marcan las actitudes familiares: las que marcan límites exageradamente rígidos, las que establecen límites demasiado permisivos, y las inconsistentes es decir, las que en ocasiones pueden ser muy rígidas en tanto que en otras situaciones con características semejantes se muestran demasiado flexibles. Los cambios de roles, en las familias bien integradas cada miembro tiene una función específica que cumplir, pero cuando por algún motivo estas funciones se alteran emerge una confusión en sus roles y en sus responsabilidades provocando la desintegración de la familia o alguna

manifestación de disfuncionalidad (Díaz, 2003; Estévez et al., 2005; Leyva et al., 2007).

Los factores sociales, se subdividen en: reducción del espacio vital, ya que se ha demostrado que la reducción de este espacio provoca en el ser humano muestras importantes de agresión, tal es el caso de las unidades habitacionales con una o dos recámaras y con familias numerosas, en ellas la farmacodependencia, violencia y agresión ejemplifican la influencia de esta situación; la sobrecarga de estímulos físicos y emocionales, como el ruido, el esmog, la contaminación ambiental, que alteran la percepción del individuo; sobrecarga de información contradictoria, los medios masivos de comunicación lanzan a cada momento ideas, normas, sugerencias y mensajes contradictorios, mismos que con frecuencia provocan en el individuo una gran confusión respecto al mundo en que viven, por ejemplo, programas de prevención del abuso de drogas y proliferación de anuncios que incitan a su consumo; crecimiento demográfico, que representa un factor importante en la medida en que aunado con las escasas posibilidades de empleo a nivel rural, favorecen la emigración a las grandes ciudades con la idea de mejorar su actual situación económica y en consecuencia hacerse de recursos para sufragar los gastos que demanda su familia; la insatisfacción de ideales, se refiere a aquellas situaciones que no reflejan los objetivos y metas que se habían planteado imaginariamente, como no haber alcanzado una autosuficiencia económica antes de los 30 años de edad. (Arellanez et al., 2004; Díaz, 2003; Lara et al., 1998)

II.8 Etapas para el uso de drogas.

El primero es el uso de drogas legales como el alcohol y el tabaco, que en la actualidad se integran al contexto de uso de drogas debido fundamentalmente al daño y a los costos sociales que implica su consumo.

El segundo implica el uso de marihuana, generalmente se inicia el consumo, al igual que otras drogas, como una conducta de experimentación de los efectos y por presión del grupo de amigos según Wagner et al (2003). Los

estudios epidemiológicos más recientes señalan que en el grupo de personas que tienen un uso crónico de sustancias y que acuden a centros especializados para recibir tratamiento, la marihuana es la droga ilegal de inicio.

El tercero conlleva el uso crónico de drogas ilegales y parece depender de factores de tipo hereditario, estructuras cerebrales conocidas como "sistema de recompensa", antecedentes de trastorno por déficit de atención, abuso sexual, violencia intrafamiliar, modificación paulatina de la estructura de valores y cambios en la estructura social y familiar entre otros. (Díaz, 2003; Villatoro et al., 2005).

II.9 Adolescencia y farmacodependencia

En la República Mexicana, 3.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años han usado drogas sin incluir el tabaco y el alcohol, la región norte del país es la más afectada (7.45%), le siguen las regiones centro (4.87%) y sur (3.08%). El uso de drogas ilegales es mayor que el consumo fuera de prescripción de drogas con utilidad médica, 2.8 millones han usado drogas ilegales y más de 840 mil personas han usado drogas con utilidad médica. Existe una mayor prevalencia de uso de alguna droga de acuerdo al sexo en hombres de cuatro veces más en comparación con mujeres. (ENA 2002; Fleiz et al., 2007; Villatoro et al., 2005).

Sin embargo, en los resultados preliminares de la última encuesta Nacional de adicciones se reporta que entre 2002 y 2008, el uso de drogas en la población en general de 12 a 65 años registró un crecimiento menor, al pasar de 5.03 a 6% para cualquier sustancia, y del 4.6 a 5.5% en el caso de las ilegales; no obstante, hubo diferencias importantes por grupo poblacional y tipo de sustancia (ENA 2008).

El número de personas que probaron alguna vez una droga subió de 3.5 millones en 2002, a 4.5 millones en 2008, es decir, 28.9% más de lo que hubo en 2002. Se destacó que la marihuana es la droga ilegal de mayor consumo entre la población mexicana, al pasar de 3.8% en 2002 a 4.4% en 2008. En segundo lugar se ubica la cocaína, que desplazó a los inhalables al crecer de 1.3 a 2.5% en ese

mismo periodo. Se hace notar que las drogas de inicio son el tabaco y el alcohol, ya que 14.7% de quienes comenzaron a fumar y 16% de los que se iniciaron en el consumo de bebidas alcohólicas antes de los 18 años, pasó a usar marihuana u otra sustancia ilegal (ENA 2008).

La droga de mayor consumo, sin considerar al tabaco o al alcohol, es la marihuana, 2.4 millones de personas la han probado alguna vez en una proporción de 7.7 hombres por cada mujer. Poco más de del 3.87% viven en una población urbana el resto es rural, de un 3.48% de la población entre 12 a 65 años. La cocaína ocupa el segundo lugar en las preferencias de la población, el 1.44% de la población urbana la ha usado y por cada cuatro hombres que la consumes hay una mujer. De la población total el 1.23% del uso se da en forma de polvo, 0.04% en forma de pasta y el 0.1% en forma de crack. La mayor proporción de usuarios tienen entre 18 a 34 años. Después de la marihuana y la cocaína, siguen en orden de preferencia los inhalables y los estimulantes de tipo anfetamínico y en último lugar la heroína y los alucinógenos, sin embargo, en el grupo de 12 a 17 años, el índice de consumo de inhalables es ligeramente superior al de cocaína (Estevez et al., 2005; Galván et al., 2005; Ortiz et al., 2005; Villatoro et al., 1999; Villatoro et al., 2002)

Más de 200 mil adolescentes entre 12 a 17 años han usado drogas. De este grupo de usuarios continúan usándola el 55.3% la proporción por sexo es de 3.4 usuarios hombres por cada mujer, proporción muy similar a la observada en la población de 18 años en adelante 3.31 de hombres por cada mujer. Como en el caso de la población adulta, los índices mayores de consumo se encuentran entre los habitantes de poblaciones urbanas (6%). Es notorio que en la población rural el 1.87% de los adolescentes hayan consumido alguna vez en su vida y 1.03% lo hayan hecho durante el último año (ENA, 2002; Linares et al., 2002; Villatoro et al., 2005).

El índice de consumo en México es inferior al observado en otros países. Según estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), existen en

el mundo 185 millones de usuarios de drogas, que representan 4.3% de la población mayor de 15 años; en México la proporción de usuarios de la población de 12 a 65 años es inferior (1.68%), es decir por cada 2.5 usuarios de drogas en el mundo hay uno en México. La droga de más consumo en el mundo y en México es la marihuana, por cada usuario de esta droga en México hay 5.8 en el mundo; en nuestro país el índice de los usuarios de anfetaminas es ocho veces inferior, y el de heroína es la mitad. La tendencia opuesta se observa para la cocaína, por cada usuario de cocaína en el mundo hay 1.75 en México. (ENA, 2002).

El Instituto Nacional de Psiquiatría en colaboración con la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ), en su sistema de bachillerato, la Secretaría de Salud de Querétaro y la SEP, aplicaron un estudio de la Ciudad de México de consumo de drogas en adolescentes de escuelas encontrando que la marihuana, la cocaína y los tranquilizantes son las drogas de más alta preferencia en esta población y que el mayor consumo se da en los hombres. De la misma forma, la mayoría de los adolescentes consumidores son más bien experimentadores. Se compararon los resultados con un estudio en el estado de Querétaro de 1991, encontrando un incremento en el consumo, aunque sus índices de consumo son menores que los de la Ciudad de México (Guzmán, 2004; Villatoro et al., 2002).

En Querétaro, como se mencionó previamente, se tiene como único diagnóstico realizado en la encuesta nacional de estudiantes de 1991, donde se obtuvo que para el consumo alguna vez, el 2.4% de los hombres y el 0.9% de las mujeres han consumido marihuana, en cocaína el consumo fue de 0.6% en hombres y no hubo consumo para mujeres, en inhalables el consumo fue del 8.4% de los hombres y 1.8% para mujeres, en tranquilizantes fue de 2.4% y de 2.4% respectivamente y de anfetaminas fue de 3% y de 3.2% respectivamente. (ENA 2002, Medina et al., 2003).

Villatoro et al (2002), refieren en su encuesta de la Ciudad de Querétaro que la droga de mayor consumo es la marihuana (6.2%) y le sigue la cocaína (5.0%), tranquilizantes (4.0%). La prevalencia de los hombres es mayor que el de

las mujeres, estos prefieren la marihuana (10.2%), cocaína (8.3%) y anfetaminas (3.4%), en tanto, las mujeres prefieren tranquilizantes (4.5%), la marihuana (2.7%) y anfetaminas (2.7%). Cantú et al (2002), menciona que la mayoría de los adolescentes muestran un patrón de consumo experimental y las han probado en un 60%, sólo de 1 a 5 veces. Los resultados indican también que la población está iniciando el consumo en edades más tempranas, aunque afortunadamente la mayoría de los usuarios son experimentales. Con este estudio, los autores señalan que aunque la escuela es un espacio protector en contra del consumo, es necesario fortalecer la promoción de conductas saludables en los ámbitos en que se desenvuelve el adolescente lo que resulta de gran relevancia para un sano desarrollo.

Para los adolescentes, la edad promedio de inicio es cerca de los 14 años. Sin considerar al tabaco y el alcohol, la primera droga de uso es la marihuana, seguida de las inhalables y en tercer lugar la cocaína. Por sexo, se observa que entre los adolescentes varones y mujeres la marihuana ocupa el primer lugar de preferencia, en los varones los inhalables ocupan el segundo lugar, seguidos de la cocaína, estimulantes tipo anfetamínico y los disolventes, ocupan del segundo al cuarto lugar con porcentajes de consumo similares. (ENA, 2002; Ortiz et al., 2005).

II.10 Antecedentes

Noler y Callan (1991), concluyen que la familia es importante para la mayoría de los adolescentes durante toda su vida ya que su ajuste social y emocional es mejor cuando éstas son cohesivas, expresivas y organizadas, fomentando la independencia de sus miembros; inversamente, tienden a desajustarse cuando perciben que en su familia hay muchos conflictos y demasiado control. De la misma manera, es menos probable que los adolescentes que experimentan afecto y cercanía en sus familias sean influenciados por su grupo de amistades y se involucren en problemas de conducta

En la funcionalidad familiar se destaca la importancia de la comunicación, el apoyo, la cohesión familiar y el desarrollo adecuado de normas en la familia, como algunos de los elementos que ayudan a los adolescentes o no a iniciarse en el consumo de sustancias (Danton y Kampte, 1994).

Herrera, (1997) en su artículo de familia funcional y disfuncional cita cinco indicadores para medir la funcionalidad familiar como es: el cumplimiento eficaz de sus funciones básicas (económica, biológica, y educativa); que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros (límites y vínculos); que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles así como jerarquías para la solución de conflictos; que en el sistema familiar se de una comunicación clara, coherente y efectiva que permita compartir los problemas y que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios como son las tareas del desarrollo (las relacionada a la etapa del ciclo vital) y las tareas de enfrentamiento (las crisis paranormativas). Es decir, que una familia funcional debe promover un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros para lo que es indispensable que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

En la Encuesta Nacional de Adicciones, (1998) y Medina et al (2003), refiere que el consumo inicia durante la adolescencia, la cual es un periodo de transición caracterizado por el estrés, ansiedad y la búsqueda de nuevas sensaciones; así como la diferencia entre los adultos, mencionando que el ser varón aumenta 2.87 veces el riesgo de experimentar con drogas y 1.89 veces cuando es fácil conseguir la droga, 1.69 veces cuando el mejor amigo no desaprobaba el consumo, 2.69 veces cuando los amigos las usan, 3.89 veces cuando un familiar la usaba y 2.06 veces cuando el adolescente no estudia, finalmente el joven con problemas emocionales que denotara depresión incrementa 3.22 veces el riesgo de experimentar con drogas. También se ha señalado que la presión, la poca interacción familiar, la pobreza, etc; son factores que contribuyen al uso de drogas.

Huerta (2000), identifica que la familia disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de alguna psicopatología, cuando las crisis familiares amenazan con romper el equilibrio debido a la comunicación no clara, indirecta, inespecífica e incongruente. La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que la hace diferente es el manejo que hacen de sus propios conflictos y no la ausencia de ellos.

Los factores de la calidad de vida que con mayor medida están asociados al funcionamiento familiar con consumidores de drogas lícitas son, la familia en general, el bienestar económico, las actividades recreativas el entorno social la relación afectiva y la comunicación padre-hijo. (Palomar, 1999; Villatoro et al, 1997).

En un estudio donde se valoro el perfil clínico epidemiológico del adolescente consumidor de drogas, menciona las primeras experiencias con la bebida, drogas o el fumar generalmente tiene lugar en compañía de otros y el adolescente lo hace, según una gran diversidad de estudios del tema, de forma experimental, por estar con los amigos como un sinónimo de rebeldía o como acto de provocación ante el mundo adulto. (Toledo, 2003)

Guzmán, (2004) en su tesis sobre tipología familiar y factores de riesgo relacionados con las adicciones en la adolescencia, concluye que los motivos para consumir drogas fueron por curiosidad u orillados por presiones de amistades, asociando hasta siete veces más como factor de riesgo el tener amigos o familiares consumidores de drogas ilícitas. Por otra parte, existe dos veces más riesgo cuando el adolescente pertenece a una familia moderna, considerando así como factor protector pertenecer a una familia balanceada u óptima.

Weinreich e Hidalgo (2004), en su estudio seguimiento a largo plazo del funcionamiento familiar menciona que existen factores del funcionamiento familiar que se constituyen en condiciones de riesgo o protección para la salud de los miembros de una familia y que la influencia de estos factores se observan particularmente en los estudios de adolescentes. Entre los aspectos del

funcionamiento familiar asociados a condiciones de riesgo se encuentran el grado de cohesión, la flexibilidad y la calidad de comunicación entre sus miembros, encontrando que un funcionamiento familiar armónico se convierte en un factor protector frente a ciertas condiciones de riesgo y problemas de salud

Rangel et al (2004), realizaron un estudio descriptivo transversal, para determinar el grado de funcionalidad familiar en 364 adolescentes embarazadas entre los 12 y 19 años de edad mediante la aplicación del APGAR familiar encontrando disfunción familiar en el 27 %, severa en 6% y normalidad en 67% observando que la mayor alteración fueron en los aspectos de crecimiento y afecto de acuerdo a la evaluación cualitativa de las características familiares del test de APGAR de Smilkeisten que reveló que no tienen la madurez emocional y no perciben apoyo y cariño de sus familias de origen y esto obliga a tomar decisiones precipitadas.

Osorio et al (2006), concluyó en su estudio que la variable conflicto entre los padres y estos a su vez entre los adolescentes tuvo un riesgo 2.4 veces mayor para el consumo de drogas ilícitas en comparación con aquellos que no lo presentaban o su riesgo fue considerablemente menor, así mismo la variable supervisión se consideró factor protector para el consumo, es decir, si en la familia existe una alta supervisión el consumo de drogas ilícitas se reduce hasta en un 60% en comparación con los adolescentes que no son supervisados por sus padres. Las variables del ámbito familiar evaluadas se encuentran significativamente relacionadas con el consumo de drogas ilícitas. Se observó que, a medida que aumentan los conflictos familiares, aumenta el riesgo de consumir drogas ilícitas.

En un estudio donde se incluyeron 103 diagnósticos de salud familiar, cuyo objetivo era determinar los factores de la dinámica familiar relacionados a la funcionalidad familiar en un grupo de familias de primer nivel de atención, aplicando las escalas FACES III y subsistema conyugal para la determinación de la dinámica familiar considerando la comunicación, los límites y la jerarquía así

como la funcionalidad familiar desde el punto de vista de su adaptabilidad y cohesión. Encontrando al evaluar el subsistema conyugal que el 52 % de parejas era funcionales, 39% moderadamente disfuncionales y un 9% correspondió a parejas severamente disfuncionales. En relación a los resultados del FACES III un 43% de familias en rango medio o moderadamente disfuncionales un 41% familias balanceadas o funcionales y un 16% a familias extremas o severamente disfuncionales. Concluyendo que las familias de rango medio contrastan con la evolución del subsistema conyugal, resaltando que la disfunción familiar no es exclusiva del subsistema conyugal y se observó que los factores mas relacionados a funcionalidad familiar son la comunicación directa y límites claros (Mendoza et al., 2006).

Pérez et al (2007), en su estudio refieren, que la familia nuclear no parece ser imprescindible, para el establecimiento de relaciones familiares positivas y un desarrollo psicológico saludable en el adolescente, por lo que concluyen, las familias no nucleares pueden presentar ciclos vitales alternativos que le confieran un funcionamiento normal. Por otro lado menciona, un apoyo social inadecuado en los adolescentes se relaciona con conductas desadaptativas como la violencia y el consumo de sustancias ilícitas entre los adolescentes, siendo el factor desencadenante las disfunciones familiares intensas.

Garibay en el 2007, realizó un estudio del perfil de funcionamiento familiar en adolescentes con farmacodependencia observó que la conducta disruptiva y la comunicación familiar estuvieron afectadas en el 100% de los casos, seguido de las áreas de autoridad y control en el 90% (IC95% 71.0-101.0), mientras que la mayor funcionalidad se presentó en el afecto tanto positivo como negativo y el apoyo 35% (IC95% 17.5-52.5).

En el reporte preliminar de la encuesta nacional de adicciones 2008 (ENA), hace notar que los adolescentes entre 12 y 17 años tienen 68 veces más posibilidades de fumar marihuana cuando están expuestos a la oportunidad, además de que se incrementa el riesgo de ser dependientes. La encuesta revela

que es 4.4 veces más probable que una persona use drogas si su padre las consume; 4.6 veces cuando el hermano es quien lo hace, y 10.4 veces si quien las usa es el mejor amigo.

III. METODOLOGÍA

III.1 Diseño de la investigación

Se realizó un estudio de casos y controles en adolescentes con y sin farmacodependencia, pertenecientes a un centro escolar del estado de Querétaro. Los casos fueron adolescentes con farmacodependencia, obtenida de una base de datos histórica de un centro escolar de adolescentes y como grupo control adolescentes sin farmacodependencia del mismo centro escolar y ciclo.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con la fórmula para dos proporciones, con un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%.

$$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2) (K)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Sustituyendo

p_1 = proporción menor esperada de casos en la escala de funcionalidad familiar (Espejel) para no farmacodependientes 65%.

$$q_1 = 1 - 0.65$$

p_2 = proporción menor de casos visto en escala de funcionalidad familiar (Espejel) en el adolescente con farmacodependencia 35%

$$q_2 = 1 - 0.35$$

$$K = (6.2)^2$$

$$n = \frac{((0.65)(0.35) + (0.35)(0.65)) ((6.2)^2)}{(0.65 - 0.35)^2} = 31$$

$n = 31$, se trabaja con 43 por las probables pérdidas.

Para los casos el muestreo fue en bola de nieve y para los controles se realizó muestreo probabilístico sistemático; se solicitaron los listados de todos los

grupos del centro escolar y de forma aleatoria se seleccionaron los participantes que cumplieran con los criterios de selección.

Se incluyeron a los adolescentes que aceptaron participar en la investigación, previo consentimiento informado y firmado, que estuvieran dentro del rango de edad entre 13 a 19 años. Se excluyeron a los adolescentes con antecedente de farmacodependencia en los últimos seis meses. Y se consideró eliminar aquellos que durante el transcurso de la entrevista se negaran a concluirla.

III.2 Mediciones y análisis

Las variables estudiadas incluyeron características sociodemográficas (edad, sexo, y escolaridad).

El análisis de la familia se realizó con el cuestionario de Perfil de Funcionamiento Familiar (PFF) de Espejel et al 1997, que tiene una confiabilidad del 91% y consta de 40 reactivos que exploran las siguientes áreas de la estructura familiar: *territorio o centralidad, roles, jerarquía, límites, modos de control de conducta, alianzas, comunicación, afectos y patología*, y que posteriormente traducirán la funcionalidad o no de alguna de las nueve áreas del PFF: autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos.

Éstas áreas miden el funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia a través de una entrevista con duración aproximada de 40 minutos; se inicia con la identificación de la familia, su etapa del ciclo vital y la tipología familiar, seguido de la elaboración de su familiograma para ubicación del entrevistador dentro de la familia en el momento de la entrevista.

Finalmente, las calificaciones incluyen aspectos relevantes, como la etapa del ciclo vital por la que cursa la familia, la clase socioeconómica y cultural, la estructura familiar; y la puntuación individual de las nueve áreas del PFF, con una

puntuación de funcionalidad para la autoridad ≥ 33 , control ≥ 26 , supervisión ≥ 15 , afecto ≥ 22 , apoyo ≥ 16 , conducta disruptiva ≥ 24 , comunicación ≥ 31 , afecto negativo ≥ 14 y recursos ≥ 21 , que traducirán la funcionalidad o no de las familias agrupándolas con puntuación total ≥ 50 a las familias funcionales, posterior a la obtención del puntaje total y de forma individual se hacen las comparaciones con los instrumentos aplicados a los controles.

III.3 Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva a través de promedios, desviación estándar, rangos y porcentajes, e inferencial con la prueba de X^2 y la razón de momios (OR) con un nivel e intervalo de confianza del 95%.

La información se procesó tanto en forma manual como electrónica con apoyo del programa estadístico SPSS V15.

III.4 Consideraciones éticas.

El proyecto fue evaluado y revisado por un comité local de investigación en salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 16 del IMSS, Querétaro, así como de las autoridades de la institución donde se llevó la investigación. Para los controles se incluyeron a adolescentes que aceptaron participar en la investigación, previo consentimiento informado y firmado. Se dio a conocer el objetivo del estudio y se les propuso que si estaban de acuerdo serían canalizados al servicio de psicología en caso de encontrar alguna alteración en el PFF.

En lo que concierne a la base de datos histórica (casos) estuvo constituida por adolescentes del mismo centro y ciclo escolar, que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado y firmado, muestra que fue obtenida en bola de nieve, reiterando que los participantes sólo contestarían la encuesta, respetando su confidencialidad, sin tratar de cambiar sus preferencias o de recibir ayuda en un Centro de Rehabilitación a menos que así lo desearan (Garibay, 2007).

El presente estudio se apegó a los principios enunciados de Helsinki de 1964 y su modificación de Tokio de 1975 y su enmienda en 1983 con relación a los trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos ya que de acuerdo a la norma oficial de investigación se sujeta a su reglamentación ética por lo que sólo se requiere el consentimiento informado de los participantes garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de los mismos sólo para el cumplimiento de los objetivos del estudio

IV. RESULTADOS

Se entrevistaron a 43 adolescentes sin antecedentes de farmacodependencia (controles) y se compararon con la base de datos de 20 adolescentes con farmacodependencia (casos).

En el grupo sin farmacodependencia la media de edad fue de 16.9 ± 0.19 (rango 15-18) años, y con farmacodependientes de 17.5 ± 0.48 (rango de 16-19) años, $p= 0.009$.

El mayor porcentaje de los adolescentes con farmacodependencia provenían de familias desintegradas en un 50% en comparación con 29.9% de los adolescentes sin farmacodependencia, $p= 0.002$ (Cuadro IV.1).

El sexo masculino ocupó el 100%, en el grupo de adolescentes farmacodependientes, en comparación con un 39.5% de adolescentes sin farmacodependencia de este sexo, con una $p= 0.000$; OR 2.17 (IC 95% 1.53-3.08) (Cuadro IV.2).

El 100% de adolescentes con y sin farmacodependencia, cursaba la escolaridad de nivel bachillerato.

En relación a la tipología familiar, en base al parentesco, la familia nuclear simple (integrada por madre, padre y menos de 3 hijos) predominó en ambos grupos, para los adolescentes con farmacodependencia en un 65.0% comparado con 72.1%, del grupo de adolescentes sin farmacodependencia, $p= 0.613$ (Cuadro IV.3).

En cuanto a desarrollo, la familia moderna es más frecuente en los adolescentes con farmacodependencia 55.0%, comparado con 48.8% de los adolescentes sin farmacodependencia, $p= 0.649$; OR 1.28 (IC 95%,0.442-3.713) (Cuadro IV.4).

En relación a la ocupación, las familias obreras predominaron en el grupo de adolescentes sin farmacodependencia 81.4% en comparación con 40% de los adolescentes con farmacodependencia, $p= 0.000$, (Cuadro IV.5)

Las familias en fase de dispersión se presentaron en mayor medida en los adolescentes sin farmacodependencia en un 86% en comparación con un 50% en las adolescentes con farmacodependencia, siendo esta fase un factor protector, con $p= 0.003$, OR 0.61 (IC 95% 1.80-21.09) (Cuadro IV.6).

En relación a las áreas del PFF, se encontró como factores de riesgo para farmacodependencia la deficiencia en la autoridad $p= 0.000$; OR 29.7 (IC 95% 5.85-150.55) y en la supervisión $p= 0.000$; OR 10.33, (IC 95% 2.86-37.25), y como factor protector el apoyo $p= 0.000$; OR 0.040, (IC 95% 5.57-109.89).

En cuanto a la disfuncionalidad global el 100% de familias de adolescentes farmacodependientes fueron disfuncionales, $p= 0.000$; OR 1.8 (IC 95% 1.38-2.33) (Tabla IV.7).

Tabla IV.1 Comparación de las familias de adolescentes con y sin farmacodependencia en base a su integración.

| Integración | Adolescentes | | | |
|----------------|------------------------|-----|------------------------|------|
| | Con farmacodependencia | | Sin farmacodependencia | |
| | Frec. | % | Frec. | % |
| Integrada | 3 | 15 | 27 | 62.8 |
| Semi-integrada | 7 | 35 | 7 | 16.3 |
| Desintegrada | 10 | 50 | 9 | 29.9 |
| Total | 20 | 100 | 43 | 100 |

Nivel de confianza al 95%.

Prueba $X^2 = 10.52$, $p = 0.002$.

Fuente: "Cuestionario de Perfil de Funcionamiento Familiar" en los adolescentes, de una preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, 2007-2008.

Cuadro IV.2 Comparación por sexo en adolescentes con y sin farmacodependencia

| Sexo | Adolescentes | | | |
|-----------|------------------------|-------|------------------------|-------|
| | Con farmacodependencia | | Sin farmacodependencia | |
| | Frec. | % | Frec. | % |
| Femenino | 0 | 0.0 | 26 | 60.5 |
| Masculino | 20 | 100.0 | 17 | 39.5 |
| Total | 20 | 100.0 | 43 | 100.0 |

Intervalo de confianza al 95%.

$p = 0.000$; OR 2.17 (IC 95% 1.53-3.08).

Fuente: "Cuestionario de Perfil de Funcionamiento Familiar" en los adolescentes, de una preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, 2007-2008.

Cuadro IV.3 Comparación de la tipología familiar en adolescentes con y sin farmacodependencia.

| Tipología familiar | Con farmacodependencia | | Sin farmacodependencia | |
|------------------------|------------------------|-------|------------------------|-------|
| | Frec. | % | Frec. | % |
| Nuclear simple | 13 | 65.0 | 31 | 72.1 |
| Monoparenteral | 3 | 15.0 | 7 | 16.3 |
| Monoparenteral extensa | 0 | .0 | 1 | 2.3 |
| Familia extensa | 4 | 20.0 | 4 | 9.3 |
| Total | 20 | 100.0 | 43 | 100.0 |

Prueba $X^2 = 1.80$, $p = 0.613$.

Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: "Cuestionario de Perfil de Funcionamiento Familiar" en los adolescentes, de una preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, 2007-2008.

Cuadro IV.4 Comparación en base al desarrollo familiar de adolescentes con y sin farmacodependencia.

| | Adolescentes | | | |
|-------------|------------------------|------|------------------------|------|
| | Con farmacodependencia | | Sin farmacodependencia | |
| | Frec. | % | Frec. | % |
| Tradicional | 9 | 45.0 | 22 | 51.2 |
| Moderna | 11 | 55.0 | 21 | 48.8 |
| Total | 20 | 100 | 43 | 100 |

Nivel de confianza al 95%.

p=0.649; OR 1.28 (IC 95%,0.442-3.713).

Fuente: “Cuestionario de Perfil de Funcionamiento Familiar“ en los adolescentes, de una preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, 2007-2008.

Cuadro IV.5 Comparación de las familias de adolescente con y sin farmacodependencia en base a su ocupación.

| Ocupación | Adolescentes | | | |
|---------------------|------------------------|------|------------------------|------|
| | Con farmacodependencia | | Sin farmacodependencia | |
| | Frec. | % | Frec. | % |
| Obrera | 8 | 40.0 | 35 | 81.4 |
| Técnica | 0 | 0.0 | 4 | 9.3 |
| Profesional técnica | 0 | 0.0 | 1 | 2.3 |
| Profesional | 4 | 20.0 | 3 | 7.0 |
| Comerciante | 3 | 15.0 | 0 | 0.0 |
| Empleado | 5 | 25.0 | 0 | 0.0 |
| Total | 20 | 100 | 43 | 100 |

Nivel de confianza al 95%.

Prueba de $X^2 = 25.02$, $p=0.000$.

Fuente: "Cuestionario de Perfil de Funcionamiento Familiar" en los adolescentes, de una preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, 2007-2008.

Cuadro IV.6 Comparación de las familias de adolescentes con y sin farmacodependencia en base al ciclo vital.

| Ciclo vital | Adolescentes | | | |
|--------------------|------------------------|------|------------------------|------|
| | Con farmacodependencia | | Sin farmacodependencia | |
| | Frec | % | Frec | % |
| Fase dispersión | 10 | 50.0 | 37 | 86.0 |
| Fase independencia | 10 | 50.0 | 6 | 14.0 |
| Total | 20 | 100 | 43 | 100 |

Nivel de confianza al 95%.

p=0.003, OR 0.162, (IC 95% 1.80-21.09).

Fuente: "Cuestionario de Perfil de Funcionamiento Familiar" en los adolescentes, de una preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, 2007-2008

Cuadro IV.7 Riesgo por áreas del Perfil de Funcionalidad Familiar en adolescentes con y sin farmacodependencia

| Áreas del Perfil de Funcionalidad Familiar | Sin farmacodependencia | | Con farmacodependencia | | OR | IC 95% | p |
|--|------------------------|------|------------------------|-------|-------|-------------|-------|
| | n | % | n | % | | | |
| | Autoridad | 2 | 10.0 | 18 | | | |
| Control | 2 | 10.0 | 18 | 90.0 | 0.43 | 0.05-3.36 | 0.378 |
| Supervisión | 4 | 20.0 | 16 | 80.0 | 10.33 | 2.86-37.25 | 0.000 |
| Afecto | 7 | 35.0 | 13 | 65.0 | 1.21 | 0.40-3.66 | 0.477 |
| Apoyo | 7 | 35.0 | 13 | 65.0 | 0.040 | 5.57-109.89 | 0.000 |
| Conducta disruptiva | 0 | 0.0 | 20 | 100.0 | 1.51* | 1.27-1.86 | 0.90 |
| Comunicación | 0 | 0.0 | 20 | 100.0 | 1.50* | 1.25-1.79 | 0.311 |
| Afecto negativo | 3 | 15.0 | 17 | 85.0 | 2.45 | 0.61-9.85 | 0.163 |
| Recursos | 5 | 25.0 | 17 | 75.0 | 1.3 | 0.39-4.33 | 0.455 |
| Disfuncionalidad global | 0 | 0.0 | 20 | 100.0 | 1.8 | 1.38-2.33 | 0.000 |

Nivel de confianza al 95%.

*Para la corte de adolescentes con farmacodependencia (prueba de Fisher).

Fuente: "Cuestionario de Perfil de Funcionamiento Familiar" en los adolescentes, de una preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, 2007-2008.

V. DISCUSIÓN

En el presente estudio el interés de comparar a los adolescentes con o sin farmacodependencia fue realizado por las repercusiones que causa dicho problema de salud pública en el estado psíquico y a veces físico por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, con las consecuentes modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar el malestar producido por la abstinencia o privación.

Según reportes de la literatura, los adolescentes con farmacodependencia tienen promedio de edad al inicio cerca de los 14 ó 16 años, aunque cada vez se observa a edades menores entre los 12 ó 13 años (Martínez et al., 2008), siendo relevante que 200,000 adolescentes han usado drogas, y el 55.3% continúan consumiéndola. La media de edad encontrada en este estudio corresponde a la reportada en la encuesta nacional de adicciones (ENA, 2008), al igual que en otros estudios (Villatoro et al, 2005; CONADIC, 2005). Esto es debido a que las primeras experiencias con la bebida, las drogas o el tabaquismo generalmente tiene lugar con pares y el adolescente lo hace de forma experimental, por estar con los amigos, como un sinónimo de rebeldía, por la necesidad de pertenecer a un grupo o como un acto de provocación ante el mundo adulto.

En cuanto al sexo, se hace notar en este estudio, que el grupo de adolescentes sin farmacodependencia estaba conformado en su mayoría por el sexo femenino, en comparación con el grupo de adolescentes farmacodependientes, donde el total era del sexo masculino. En las encuestas nacionales de adicciones se menciona que existen 3.4 usuarios hombres por cada mujer, cifra que ha aumentado, a 4 usuarios hombres por cada mujer (ENA, 2002; Ortiz, 2005; ENA, 2008), los resultados en este estudio, no fueron similares, al reportado en las encuestas nacionales, debido a que los adolescentes con

antecedentes de farmacodependencia eran enviados por sus compañeros (sesgo de selección).

Todos los adolescentes son de áreas urbanas, debido que la preparatoria donde se obtuvo la muestra se encontraba en zona urbana, por lo que esto explicaría los resultados, pero es importante mencionar que los mayores índices de farmacodependencia son reportados en estas zonas (ENA, 2002; Linares et al, 2002; Villatoro et al, 2005). Motivados tal vez por la facilidad de conseguir en esta zona cualquier tipo de sustancia o droga ilícita, además que los blancos de distribución de éstas, son las grandes urbes.

La familia nuclear simple predominó, tanto en adolescentes con y sin farmacodependencia sin encontrar diferencias estadísticamente significativas, estos resultados pueden explicarse por que actualmente las familias no son tan numerosas sobre todo en zonas urbanas donde el nivel de educación, cultural y social a cambiado, la forma de pensar de las parejas, prefieren sólo estar con la familia de procreación.

En este estudio se observó, que las familias modernas predominaron en los adolescentes con farmacodependencia, situación reportada por Guzmán (2004), quien observó que la familia moderna era un factor de riesgo para el desarrollo de farmacodependencia en los adolescentes; lo anterior debido a la compartición de roles y que posiblemente no se están llevando de forma adecuada por ambos progenitores; ya que tradicionalmente la madre estaba en casa vigilando que las funciones familiares de afecto, cuidado y socialización se llevaran a cabo, formando parte del desarrollo social de los adolescentes

Se observó que la mayoría de familias de los adolescentes sin farmacodependencia eran integradas, en comparación con las familias de los adolescentes con farmacodependencia que fueron desintegradas; lo anterior debido a que la integración está dada por la presencia de ambos progenitores que cumplan con sus funciones; y lo que se observó en las encuestas es que la mitad de las familias eran mononucleares.

En cuanto al ciclo vital de la familia se encontró que el cursar por la fase de dispersión es un factor protector para que el adolescentes no presente farmacodependencia; aunque actualmente no hay un estudio que hable sobre esta relación, esto lo explicar por que estas familias en su mayoría eran nucleares, estaban integradas por todos su miembros, y cada uno de ellos cumplía con sus roles establecidos como padre, madre e hijo dando un equilibrio a la dinámica familiar, aceptando la evolución del desarrollo de la familia cuando los hijos tienen que salir para educarse y socializar fuera del núcleo familiar. Como lo menciona Weinreich e Hidalgo (2004), un funcionamiento familiar armónico se convierte en un factor protector frente a ciertas condiciones de riesgo y problemas de salud.

El PFF permitió identificar las funciones o factores familiares afectados en los adolescentes con y sin farmacodependencia, que llevan a la disfuncionalidad de la dinámica familiar; se encontró que la autoridad y la supervisión cuando son deficientes existe el riesgo de farmacodependencia, mismo que se reporta en la literatura por Osorio et al (2006), en un estudio de poblaciones titulado factores de riesgo familiar asociados al consumo de drogas ilícitas en la población escolar de Chile, que identifica la supervisión adecuada como factor protector con posibilidad de reducir hasta en un 60% el consumo de alguna droga; así como en el estudio de Noller y Callan (1991), refieren que el ajuste social del adolescente se ve dañado cuando existe demasiado control familiar.

Por otra parte, se observó la variable apoyo como factor protector para la no farmacodependencia, también señalado por Danton y Kampte (1994).

En este estudio no se pudo corroborar las áreas del PFF (control, conducta disruptiva, comunicación, recursos, afecto y afecto negativo), como variables para la disfuncionalidad familiar, esto se explica por que la muestra de adolescentes con farmacodependencia fue pequeña y obtenida por envío de sus propios compañeros (sesgo de selección), pues se reconoce que es una dificultad sobre todo en un centro escolar identificar a este grupo de adolescentes ya con

frecuencia no son delatados por sus compañeros y no son bien vistos por la sociedad.

En la disfuncionalidad global 100% de familias de adolescentes farmacodependientes fueron disfuncionales, y actualmente no hay estudios recientes que hayan utilizado el mismo cuestionario de evaluación Espejel et al, para la disfunción familiar en adolescentes como lo realizó Garibay (2007) en este problema de salud, sin embargo todo los estudios revisados en el presente estudio mencionan una diversidad de factores que conllevan a la disfuncionalidad en mayor o menor medida. Es decir, que una familia funcional debe promover un desarrollo favorable para la salud de todos sus miembros por lo que es indispensable que existan: jerarquías, límites claros, roles funcionales y definidos, así como comunicación asertiva y la capacidad de adaptación al cambio.

VI. CONCLUSIONES

La media de edad para adolescentes con farmacodependencia fue 16.9 ± 19 años y para los sin farmacodependencia de 17.5 ± 0.48 años.

El sexo masculino predominó en el grupo de adolescentes con farmacodependencia y el femenino en el grupo sin farmacodependencia.

El total de los adolescentes con y sin farmacodependencia fueron de área urbana.

En la tipología familiar se encontró.- en base al parentesco la familia nuclear simple y la obrera predominaron en ambos grupos; en relación al desarrollo la familia moderna predominó en los adolescentes con farmacodependencia.

En relación al ciclo vital la fase de dispersión es un factor protector para la farmacodependencia.

En relación a las áreas del PFF, se encontró como factores de riesgo para farmacodependencia la deficiente autoridad y supervisión y por otro lado el apoyo fue un factor protector para la misma.

Se presentó disfuncionalidad global en el 100% de familias de adolescentes con farmacodependencia, por lo que se concluye en este estudio que existe un mayor riesgo de presentar farmacodependencia en la adolescencia cuando existe disfuncionalidad en su familia.

VII. PROPUESTAS

Es necesario fortalecer la promoción de conductas saludables en los ámbitos en que se desenvuelve el adolescente a través de Centros de Apoyo para las Adicciones (DIF, Alcohólicos Anónimos y Asociación Luz de Vida Qro.), para fomentar un sano desarrollo.

Dar a conocer los resultados del estudio a los padres de familia de los chicos con farmacodependencia para canalizarlos a Centros de Apoyo para las Adicciones ya que toda la familia esta enferma, tanto el que consume como el codependiente.

Programación de sesiones educativas con modalidades participativas coordinadas por el investigador responsable o un psicoterapeuta familiar experto en el tema, a los padres de familia y al personal escolar, sobre las áreas que se valoran en el Perfil de Funcionamiento Familiar (autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos), explicando que dentro de las alteraciones del funcionamiento familiar, la deficiente autoridad y supervisión son factores de riesgo en una familia disfuncional para presentar farmacodependencia en el adolescente.

Establecer coordinación con el Centro de Atención para las adicciones, para que acudan a la Preparatoria a realizar sesiones educativas, identificación de alumnos en riesgo, intervención individualizada en alumnos con consumo lo mismo que su familia, y derivación a otros lugares de apoyo para el manejo de los casos de farmacodependientes.

VIII. LITERATURA CITADA

- Arellanez J, Díaz D, Wagner F, Pérez V. 2004. Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*. 27:54-64.
- Díaz L. 2003. Farmacodependencia Literatura de revisión: 1-24. <http://mx.geocities.com/linodi48/Farmacodependencia.html>. Consultado el 29 de marzo de 2008.
- Cantú PC, Rojas JM, Moreno D. 2002. Percepción de la Farmacodependencia por Estudiantes Adolescentes de Educación Secundaria en Guadalupe N.L. Mex. *Rev Salud Pub y Nut*. 3: 1-8.
- CONADIC.2005.Gobierno del Estado de Querétaro, Secretaria de Salud, Consejo Estatal Contra las Adicciones. 2-29. www.inpsiquiatria.edu.mx/javv/pagina.../drogasqueretaro2005.pdf. Consultado el 23 de septiembre de 2009.
- Consejo Académico en Medicina Familiar (CAMF).2005 Conceptos Básicos Para el Estudio de Familias. *Arch Med Fam*.7 (supl1): 15s-19s
- Danton R, Kampte E. 1994. The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a literatre review. *Adolescent*. 29: 475-495
- De la Revilla L.1994. Qué es la Familia. Páginas. 7-15 en *Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar*. Editorial Doyma, Barcelona.
- Encuesta Nacional de Adicciones 1998. Secretaria de salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. Méx.

Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Secretaria de salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. Méx.

Encuesta Nacional de Adicciones 2008. (Informe preliminar) Secretaria de salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. Méx.

Espejel E, Cervantes M, Esquivel A, Liberman R, Rojas L, Suárez I. 1997. Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar. Instituto de la familia. México. AC.

Espinoza A, Anzures B. 1999. Suicidio, homicidio y drogadicción en niños adolescentes. Rev Med Hosp Gen de Méx. 3: 183-190.

Estévez E, Musitu G, Herrero J. 2005. El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. Salud Mental. 28: 81-89.

Fleiz C, Borges G, Rojas E, Benjet C, Medina-Mora M. 2007. Uso de alcohol, tabaco y drogas en población Mexicana, un estudio de cohortes. Salud Mental. 30: 63-73.

Galván J, Ortiz A, Soriano A, Casanova L. 2005. Tendencias del uso de drogas en la ciudad de México (1986-2003). Sistema de reporte de información sobre drogas. Salud Mental. 28: 51-59.

García S, Domínguez M, Jiménez A, Gutiérrez A, Solís J, Infante R, Luna A. 2000. Información y educación, base para la prevención. Salud Mental. 23: 29-37.

Garibay L. 2007. Perfil de funcionamiento familiar en los adolescentes con farmacodependencia, Tesis de Posgrado, Facultad de Medicina, UAQ. Querétaro, Qro: 1- 61.

- Grinder. 1976. Adolescencia. Páginas: 126-136. En la Adolescencia. Editorial Limusa Noriega Editores. México.
- Gutiérrez P, Camacho N, Martínez ML. 2007. Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. *Aten Primaria*.39: 597-601.
- Guzmán M. 2004. Tipología familiar y factores relacionados con las adicciones en la adolescencia. Tesis de Posgrado, Facultad de Medicina, UAQ. Querétaro, Qro: 1-67
- Herrera PM.1997. La Familia Funcional y Disfuncional un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 13: 591-595.
- Huerta J. 2000. La Familia como Unidad de Estudio. Página: 43 en *Medicina Familiar, La Familia en el proceso salud-enfermedad*. Biblioteca de Medicina Familiar. Ediciones Alfil. México.
- Irigoyen. 2004. Elementos para un Análisis de la Estructura Familiar. Páginas: 45-52 en *Nuevos Fundamentos de la Medicina Familiar*. 2ª Edición. Editorial Medicina Mexicana Familiar. México.
- Lara MA, Medina-Mora ME, Romero M, Domínguez M.1998. Un estudio cualitativo sobre el consumo de Disolventes inhalables en estudiantes. *Psiquiatría Pub*. 10: 59-67.
- Leyva R, Hernández A, Nava G, López V.2007. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 45: 225-232.
- Linares N, Cravioto P, García G, Medina M. 2002. Porcentaje de continuidad del consumo de la marihuana en México: Una aproximación desde las encuestas nacionales de adicción. *Salud Mental*. 25: 1-8.

- Martínez K, Salazar M, Pedroza F, Ruiz G, Ayala H. 2008. Resultados preliminares del programa de Intervención breve para adolescentes que Inician el Consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*. 31: 119-127.
- Medina ME, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C, Galván F, Tapia R, et al. 2003. Consumo de Drogas Entre Adolescentes. Resultado de la Encuesta Nacional de Adicciones 1998. *Salud Pub Mex* . 45 (supl 1): 16s-25s.
- Mendizábal J, Anzures B. 1999. La familia y el adolescente. *Rev Med Hosp Gen de Mex*. 3:191-197
- Mendoza LA, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza HF, Pérez C. 2006. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Arch Med Fam*. 8: 27-32.
- Miranda VM, Zapata J, Figueroa M, Méndez N, Linares B, Carrada J, Et al. 2007. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 64: 295-301.
- Musitu G, Jiménez T, Murgui S. 2007. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes; Un modelo de mediación: *Salud Pub*. 49: 3-10.
- Noller P, Callan V. 1991. The adolescent. Página 67 en *The adolescent in the family*. Rotledge.Londres.
- NOM-028-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones: 5-7.
[Phttp://www.facmed.unam.mx/deptos/farmacologia/cct/reglamentos/pdf/NO M-028-SSA2-1999%5B1%5D.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/farmacologia/cct/reglamentos/pdf/NO M-028-SSA2-1999%5B1%5D.pdf). Consultado 9 de febrero de, 2009.
- Nuño B, Álvarez J, González C, Madrigal E. 2006. La adicción ¿vicio o enfermedad? Imágenes y uso de servicios de salud en adolescentes usuarios y sus padres. *Salud Mental*; 29(4) 47-54.

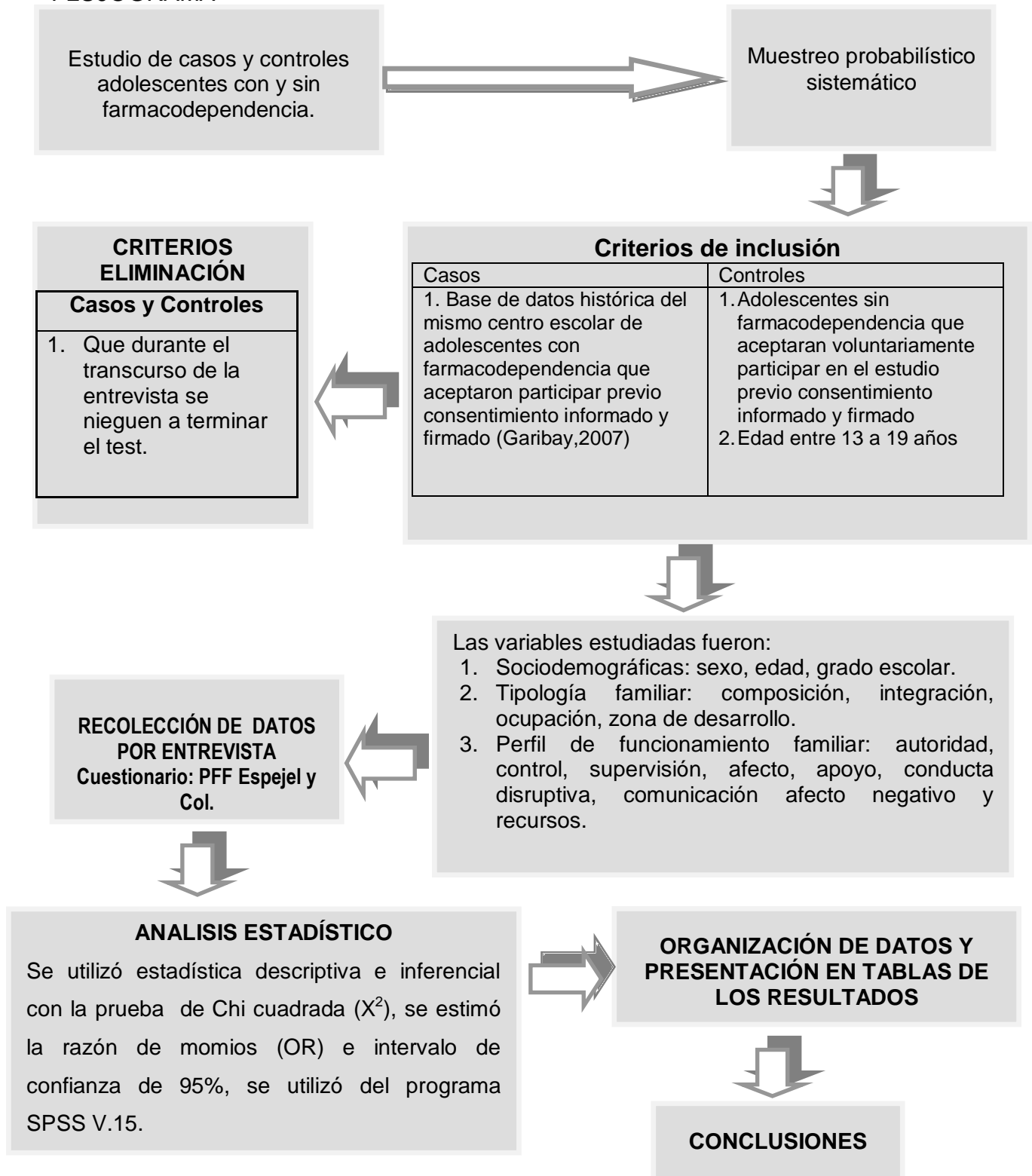
- Ortiz A, Soriano A, Galván J, Meza D. 2005. Tendencias y uso de cocaína en adolescentes y jóvenes de la ciudad de México: Sistema de reporte de información en drogas. *Salud Mental*. 28:91-97.
- Osorio M, Caris L, Garmendia M, Villegas R. 2006. Factores de riesgo familiar asociados al consumo de drogas ilícitas en la población escolar de Chile. *Cuad Méd Soc*. 46: 13-21.
- Palomar J. Relación entre el funcionamiento Familiar y la calidad de vida en familias con un miembro alcohólico. *Salud Mental*. 22: 13- 21.
- Peñalva C.2001. Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la entrevista estructural. *Salud Mental*: 24 (2): 32-42.
- Pérez A, Pérez R, Martínez ML, Leal FJ, Mesa I, Jiménez I. 2007. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Aten Primaria*.39: 61-7.
- Ponce ER, Gómez FJ; Irigoyen AE, Terán T, Landgrave S. 2002. Validez de Constructo del Cuestionario FACES III: en español (México). *Aten Primaria*.30: 624-30.
- Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. 2004. Funcionalidad familiar en la Adolescente Embarazada. *Rev Fac Med UNAM*. 47: 24-27.
- Toledo M. 2003. Perfil Clínico Epidemiológico del adolescente consumidor de drogas en el Hospital Hermilio Valdizan. *Rev. Psqu salud Ment Hermilio Valdizan*. 4: 19-28.
- Villatoro J, Medina-Mora ME, Hernández M, Fleiz C. Bermúdez P, Amador N. 2005. La encuesta de estudiantes del nivel medio y medio superior de la Ciudad de México: noviembre 2003: prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*. 28: 38-51.

- Villatoro J, Medina ME, Rojano C, Fleiz C, Bermúdez P, Juárez F. 2002. ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes: Medición otoño del 2000. *Salud Mental*. 25: 43-54.
- Villatoro J, Medina ME, Alcantar E, Fleiz C, Cardiel H, Hernández S, et al. 1999. La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 22: 18-28.
- Villatoro J, Andrade P, Fleiz C, Medina ME, Reyes I, Rivera E. 1997. La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental*. 2: 21-27
- Villatoro J. 1996. La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de adicciones. *Salud Mental*. 19: 1-6.
- Wagner F, González C, Aguilera R, Ramos L, Medina-Mora M, Anthony J. 2003. Oportunidades de exposición al uso de drogas entre estudiantes de secundaria de la ciudad de México. *Salud Mental*. 26: 22-32.
- Weinreich ML, Hidalgo CG. 2004. Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial Seguimiento a Largo Plazo de Funcionamiento Familiar. *Psykhe*. 7: 33-42.

IX. APÉNDICE

Anexo 1

FLUJOGRAMA



Anexo 2



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Santiago de Querétaro, Querétaro a ____ de _____ del 200__
HGR No. 1, ubicado en Av. 5 de Febrero Esq. Av. Zaragoza s/n, Col. Centro, C.P. 76000

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: "Comparación del Perfil de Funcionamiento Familiar en los adolescentes con y sin farmacodependencia en un Centro Escolar"

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CINC con el número _____

El objetivo del estudio es: "Comparar el Perfil de Funcionamiento Familiar en adolescentes con y sin farmacodependencia"

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Responder un cuestionario, del cual se me informo de manera clara y veraz sobre lo que consiste dicho estudio y la finalidad que persigue. Declaro que se me ha informado ampliamente, sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, y que toda información que se obtenga del estudio será para fines académicos y se mantendrá en forma confidencial.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma del Participante

Dr. Víctor Hugo Cruz Salmerón Mat. 99231564

Nombre, Firma y matrícula del investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 01 (413) 102 76 13

Testigos:

Lic. en Psicología Lauro Rojo Venegas

Dra. Martha Leticia Martínez Martínez

Anexo 3
Hojas de recolección de datos.

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Espejel E. /Cortés J. /Ruíz Velasco V, /Copyright 1995.

Familia _____
Tiempo de unión _____ Edad del primer hijo (a) _____
Ingreso familiar _____ Ingreso per cápita _____

| Posición | sexo | edad | escolaridad | ocupación | aportación económica a la familia |
|----------|-------|-------|-------------|-----------|--------------------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Descripción de la vivienda _____

Observaciones: _____

Anexo 4

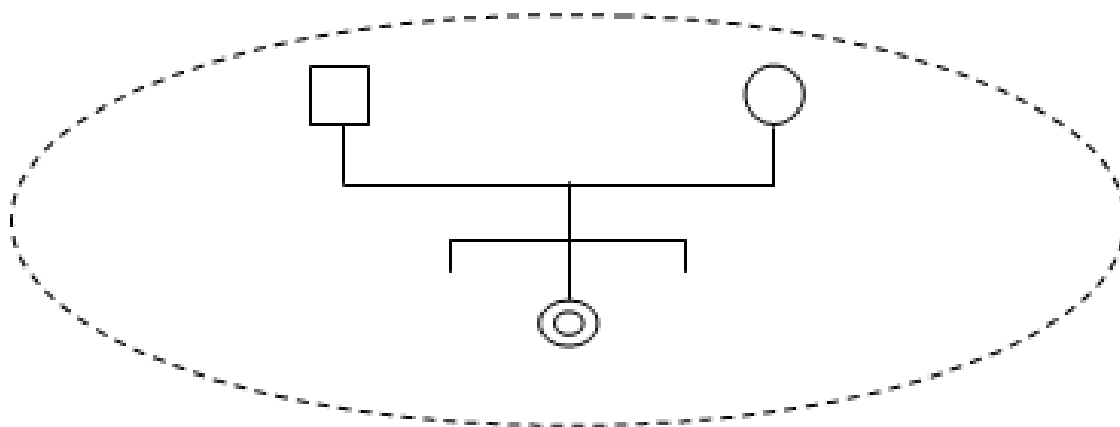
FAMILIOGRAMA

Familia: _____

Domicilio: _____

Fecha de inicio del estudio: _____

Fecha de presentación del estudio: _____



| SIMBOLOGIA. | |
|-------------|-----------------------|
| □ | Hombre |
| ○ | Mujer |
| ⊗ | Finado hombre |
| ⊙ | Finado mujer |
| ⊙ | Paciente identificado |
| ⋯ | Habitantes en casa |
| — | vinculo descendentes |
| — | Vinculo ascendente |

Elaboro: Dr. _____

Comenzar el diagrama en la parte inferior de la página con la familia nuclear.

Anexo 5 : cuestionario

Instrucciones para el examinador: marque con una cruz el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por los entrevistados.

1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

2. ¿Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir los menús, etc.)?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

3. En su familia, ¿hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

4. Si se reúne la familia para ver televisión, ¿quién decide el programa?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

5. ¿Quién o quiénes de la familia tienen más obligaciones?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

7. En los problemas de los hijos, ¿quién o quiénes interviene?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

9. Si en casa existen horarios para comer o llegar, ¿quiénes respetan los horarios de llegada?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

No existen horarios

Funcionalidad

10. Si uno de los padres castiga a uno de los hijos, ¿quién interviene?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

No ha sucedido

Funcionalidad

Instrucciones para el examinador: a partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11. Cuando alguien invita a la casa ¿a quién se le avisa?

| Quién invita | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | No avisa |
|------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|----------|
| Padre | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | |

Nunca invitan

Funcionalidad

12. ¿Quiénes participan y quiénes no participan en la economía familiar?

| Estatus | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|
| Trabaja y participa | | | | | | |
| Trabaja y no participa | | | | | | |
| No trabaja y participa | | | | | | |
| No trabaja | | | | | | |

Funcionalidad

13. Si cada quine tiene obligaciones definidas en esta familia, ¿quién sustituye a quién, para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

| Responsable | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie |
|------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|
| Padre | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | |

No existen obligaciones definidas

Funcionalidad

14. En las decisiones familiares importantes, ¿quiénes participan?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

15. Para ausentarse de la casa, ¿quién le avisa o pide permiso a quién? ¿A quién se pide permiso?

| Pide permiso | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|
| Padre | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | |

Funcionalidad

16. Cuando alguien comete una falta, ¿quién y cómo castiga?

| Quién castiga | Verbalmente | Corporalmente | Instrumentalmente |
|----------------------|-------------|---------------|-------------------|
| Padre | | | |
| Madre | | | |
| Hijos | | | |
| Hijas | | | |
| Otro familiar | | | |
| Otro no familiar | | | |

Funcionalidad

17. Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos, ¿quiénes las cumplen siempre?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿quién pide ayuda? ¿A quién se le pide ayuda.?

| Pide ayuda | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|
| Padre | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | |

Funcionalidad

19. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

| | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie |
|------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|
| Padre | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | |

Funcionalidad

20. En esta familia, ¿quién protege a quién?

| | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie |
|------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|
| Padre | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | |

Funcionalidad

21. Si conversan ustedes unos con otros, ¿quién o quiénes lo hace?

| Pide permiso | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|
| Padre | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | |

Funcionalidad

22. Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones, ¿quiénes son los que no lo hacen?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

No

Funcionalidad

23. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

24. Cuando entre algunos de ustedes se toma una decisión o se llega a algún acuerdo, ¿a quién o a quiénes se les hace saber con claridad?

| Quiénes acuerdan | Subsistema parental | Subsistema hijos | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie |
|---------------------|---------------------|------------------|---------------|------------------|-------|
| Subsistema parental | | | | | |
| Subsistema hijos | | | | | |
| Otro familiar | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | |

No hay acuerdos

Funcionalidad

25. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

27. Para transmitir los valores más importantes en esta familia, ¿quién se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

28. Cuando algo se descompone, ¿quién organiza su reparación?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

29. ¿Quién o quiénes participan en la solución de un problema grave?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

30. ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

31. En esta familia, ¿quiénes son los más alegres o los que se divierten más?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

32. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

| Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Todos | Nadie |
|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|-------|
| | | | | | | | |

Funcionalidad

33. ¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?

| | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie |
|------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|
| Padre | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | |

Funcionalidad

34. Cuando se llegan a enojar en esta familia, ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes?

| | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie |
|------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|
| Padre | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | |

Funcionalidad

35. ¿Se han llegado a golpear en esta familia? ¿Quién con quiénes?

| | Padre | Madre | Hijos | Hijas | Otro familiar | Otro no familiar | Nadie |
|------------------|-------|-------|-------|-------|---------------|------------------|-------|
| Padre | | | | | | | |
| Madre | | | | | | | |
| Hijos | | | | | | | |
| Hijas | | | | | | | |
| Otro familiar | | | | | | | |
| Otro no familiar | | | | | | | |

FRECUENCIA

Instrucciones para el examinador:

A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con que se presentan los eventos cuestionados.

| Muy frecuente | Algunas veces | Muy raro |
|---------------|---------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Funcionalidad

36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?

| | Muy frecuente | Algunas veces | Muy raro |
|------------------|---------------|---------------|----------|
| Padre | | | |
| Madre | | | |
| Hijos | | | |
| Hijas | | | |
| Otro familiar | | | |
| Otro no familiar | | | |

Funcionalidad

37. ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

| | Muy frecuente | Algunas veces | Muy raro |
|------------------|---------------|---------------|----------|
| Padre | | | |
| Madre | | | |
| Hijos | | | |
| Hijas | | | |
| Otro familiar | | | |
| Otro no familiar | | | |

Funcionalidad

38. Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc.), ¿quién los ha tenido?

| | Muy frecuente | Algunas veces | Muy raro |
|------------------|---------------|---------------|----------|
| Padre | | | |
| Madre | | | |
| Hijos | | | |
| Hijas | | | |
| Otro familiar | | | |
| Otro no familiar | | | |

Funcionalidad

39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

| | Muy frecuente | Algunas veces | Muy raro |
|------------------|---------------|---------------|----------|
| Padre | | | |
| Madre | | | |
| Hijos | | | |
| Hijas | | | |
| Otro familiar | | | |
| Otro no familiar | | | |

Funcionalidad

40. ¿Quién en la familia se aísla?

| | Muy frecuente | Algunas veces | Muy raro |
|------------------|---------------|---------------|----------|
| Padre | | | |
| Madre | | | |
| Hijos | | | |
| Hijas | | | |
| Otro familiar | | | |
| Otro no familiar | | | |

Funcionalidad

Anexo 6: Respuestas

1. Territorio o Centralidad._____

CALIFIQUE.

4. Si contesta ambos o todos.
3. Cuando la respuesta es un solo padre o subsistema hijos cuando son adultos.
2. Cualquier otro miembro que no sea el padre o la madre.
1. cuando la respuesta es nadie o un hijo pequeño.

2. roles._____

CALIFIQUE

4. Ambos o uno de ellos cuando el otro trabaja o cualquier otra persona cuando los dos trabajan.
3. Cuando los dos trabajan y además uno sólo organiza; cuando uno de los hijos se encarga.
2. Todos y otra persona, cuando uno de los padres no trabaja.
1. Nadie o hijos pequeños cuando están él o los padres.

3. Jerarquía_____

CALIFIQUE

4. Todos o ambos.
3. Un solo miembro de la familia que pertenezca a otro subsistema no parental.
2. Si es otro familiar.
1. Otro no familiar o nadie.

4. Centralidad_____

CALIFIQUE

4. Todos, ambos padres.
3. Uno de los padres o de los hijos en forma alterna.
2. Otro familiar, o la misma persona en forma rígida.
1. Nadie, otro no familiar.

5. Centralidad_____

CALIFIQUE

4. Todos, nadie o el subsistema parental.
3. Un solo padre más alguien de otro subsistema.
2. Uno o varios de los hijos, otro familiar.
1. Si son los hijos.

6. Límites_____

CALIFIQUE.

4. Nadie
3. Otro no familiar (depende de quien).
2. Otro familiar.
1. Todos, cualquier otro.

7. Límites_____

CALIFIQUE

4. Ambos Padres.
3. Uno de los padres.
2. Otros hermanos, otro familiar.
1. Otro familiar o no familiar (cuando existen los padres), nadie, todos.

8. Modos de control de conducta_____

CALIFIQUE.

4. Ambos
3. Uno de los padres u otro familiar o no cuando hay ausencia de los padres.
2. otro familiar o no cuando existen los padres o bien los hermanos.
1. todos y nadie.

9. Límites_____

CALIFIQUE.

4. Todos. Nadie, de acuerdo al ciclo vital.
3. Cuando todos respetan, excepto uno de los sistemas parental, (según circunstancias).
2. Cuando sólo una de las personas respeta.
1. Nadie o no existen horarios (según circunstancias).

10. Alianzas_____

CALIFIQUE.

4. No ha ocurrido. El padre (el otro padre).
3. Otra persona apoyando en ausencia del otro padre.
2. Todos o cualquiera que se oponga.
1. Cualquiera que intervenga para descalificar.

11. Jerarquía y comunicación _____

CALIFIQUE.

4. Avisan, padre a madre, o madre a padre, hijos (as) a padre o madre.
3. Dependiendo del acuerdo previo
2. A veces, dependiendo del acuerdo previo.
1. No avisan.

12. Roles _____

CALIFIQUE

4. Padre o padres que trabajan o participan.
3. Hijos que trabajan y participan a criterio del contexto.
2. Otros familiares o hijos que trabajan y costean sus estudios o gastos personales.
1. Cuando trabajan y no participan sin una razón justificada.

13. Roles _____

CALIFIQUE

4. Cualquiera que sustituya y sea adecuado dentro del mismo subsistema.
3. Sustituye a la persona adecuada aunque sea de otro subsistema o instancia.
2. Es sustituto pero no por la persona adecuada, sustituye aunque no afectivamente.
1. No se sustituye.

14. Jerarquía _____

CALIFIQUE

4. Sistema ejecutivo o todos cuando están en edad.
3. Cuando decide uno de los hijos en ausencia de los padres.
2. Cuando decide uno de los hijos en presencia de los padres.
1. Cuando deciden los hijos o uno de ellos y otro familiar.

15. Jerarquía _____

CALIFIQUE

4. Si se avisa a la persona adecuada.
3. Se avisa a otra persona en ausencia de la persona adecuada.
2. Avisa, pero no a la persona adecuada.
1. no avisa.

16. Modo de control de conducta _____

CALIFIQUE.

4. Padres o uno sólo dependiendo del ciclo vital del contexto y del tipo de castigo.
3. Un solo padre o un hijo en ausencia de los padres dependiendo del contexto de la edad y del tipo de castigo.
2. Cuando en presencia de los padres castigan a los hijos.
1. No se castiga o castiga otro familiar, o no familiar.

17. Modos de control de conducta _____

CALIFIQUE

4. Cualquier subsistema o persona que cumpla o cuando no se utiliza la promesa porque no es necesario.
3. Cuando a veces cumplen y a veces no dependiendo de la índole de la promesa.
2. Cuando uno de los padres cumple y el otro no.
1. Cuando consistentemente dejan de cumplir los padres o los hijos.

18. Afectos _____

CALIFIQUE.

4. Cualquier respuesta dentro del mismo subsistema o del subsistema ejecutivo cuando lo hay.
3. Cuando la pide al subsistema jerárquicamente inmediato superior.
2. Cuando teniendo familia pide ayuda externa (según las circunstancias del problema).
1. Nadie.

19: Alianza _____

CALIFIQUE

4. Cuando hay alternativa de salidas juntos y por subsistemas.
3. Siempre o casi siempre salen por subsistema.
2. Rara vez salen todos juntos o por subsistema.
1. Nunca salen o siempre salen todos juntos.

20. Alianzas _____

CALIFIQUE.

4. Todos o cuando la protección proviene del subsistema superior o dentro del mismo.
3. Cuando sólo uno de los padres protege y el otro es sustituido por familiar o no familiar.
2. Cuando hay sobreprotección de cualquiera de los miembros.
1. Nadie u otro familiar o no, en presencia de padre no clínico.

21. Comunicación _____

CALIFIQUE.

4. Cuando la comunicación cubre a todos los subsistemas indiferentes ámbitos y momentos.
3. Cuando sólo se da dentro de cada subsistema en diferentes ámbitos y momentos.
2. Cuando se comunican con otros familiares o no se comunican los miembros de un subsistema.
1. Cuando no se comunican.

22. Comunicación _____

CALIFIQUE

4. Todos.
3. Sólo un subsistema
2. Los subsistemas con exclusión de miembros, con otros familiares y no familiares.
1. Nadie.

23. Comunicación _____

CALIFIQUE

4. Todos.
3. Un subsistema o un miembro del subsistema con otro o entre sí.
2. Otro familiar o no familiar y cuando dos subsistemas al comunicar con exclusión de algunos.
1. Nadie.

24. Comunicación _____

CALIFIQUE

4. Cuando un subsistema lo comunica a otro.
3. Cuando los acuerdos son parciales.
2. Cuando es necesaria la intervención de un familiar o no familiar para comunicar el acuerdo.
1. Cuando la decisión es tomada por un solo miembro o no hay acuerdos.

25. Modos de control de conducta _____

CALIFIQUE

4. Cuando el subsistema parental interviene o por lo menos uno.
3. Cuando interviene un sustituto parental.
2. Cuando varios subsistemas intervienen.
1. Nadie, según la edad.

26. Roles _____

CALIFIQUE

4. Subsistema parental o por lo menos uno.
3. Cuando en ausencia de los padres interviene un sustituto parental.
2. Cuando habiendo padres, es otro subsistema el que se responsabiliza.
1. Todos y nadie (dependiendo de la edad).

27. Jerarquía _____

CALIFIQUE

4. Los padres.
3. Uno sólo de los padres.
2. Otros familiares o no familiares en ausencia de los padres o los hijos.
1. Nadie.

28. Roles _____

CALIFIQUE

4. Subsistema padres o un padre con un hijo.
3. Siempre sólo uno de los padres.
2. Los hijos u otro familiar.
1. Nadie.

29. Jerarquía _____

CALIFIQUE

4. Subsistema parental.
3. Sólo uno de los padres o todos.
2. Otro familiar, los hijos (según el caso).
1. Nadie.

30. Jerarquía _____

CALIFIQUE

4. Los padres, todos o una institución.
3. Sólo uno de los padres.
2. Los hijos u otro familiar.
1. Otro no familiar, no hubo acuerdo.

31. Afectos _____

CALIFIQUE

4. Todos.
3. Casi todos.
2. Cuando sólo uno o un subsistema de advierte.
1. Nadie.

32. Afectos _____

CALIFIQUE

4. Los padres o todos.
3. Uno de los padres.
2. Los hijos u otros familiares o no familiares.
1. Nadie.

33. Afectos _____

CALIFIQUE

4. Todos (cualquier subsistema).
3. Cuando sólo se da dentro del subsistema.
2. Cuando se excluye a uno de los miembros.
1. Nadie o sólo con otros familiares o no familiares.

34. Afectos _____

CALIFIQUE

4. Cualquiera de los subsistemas a veces hablándolo.
3. A veces cualquiera de los subsistemas o un subsistema con otro y con poca comunicación.
2. Frecuentemente cualquiera de los subsistemas y sin comunicación.
1. Muy frecuentemente se enojan y se dejan de hablar.

35. Patología _____

CALIFIQUE

4. Nadie o a nivel de juego, los niños.
3. Los padres a los hijos (dependiendo del ciclo vital).
2. Los hijos entre sí, dependiendo de la edad y el tipo de golpes.
1. El subsistema hijos a los padres, los padres entre sí, otros familiares o no familiares.

36. Patología _____

CALIFIQUE

4. Nadie
3. Cuando alguien lo hace rara vez y en forma social.
2. Cuando lo hace frecuentemente alguien o algunos, social y no socialmente.
1. Cuando uno o varios lo hacen como adicción.

37. Patología _____

CALIFIQUE

4. Nadie.
3. Alguien dentro del subsistema hijos
2. Alguien del subsistema parental.
1. Todos frecuentemente.

38. Patología _____

CALIFIQUE

4. Nadie o nunca.
3. Alguna vez alguien.
2. Frecuentemente alguien del subsistema hijos.
1. Muy frecuentemente cualquier subsistema.

39. Patología _____

CALIFIQUE

4. Nadie.
3. Alguna vez, alguien de cualquier subsistema.
2. Uno o varios, frecuentemente, estando involucrando el subsistema parental.
1. Uno o todos continuamente o más de cada subsistema.

40. Patología _____

CALIFIQUE

4. Nadie.
3. Se aísla, a veces alguien del subsistema hijos.
2. Se aísla, a veces alguien del subsistema parental frecuentemente.
1. Uno o algunos frecuentemente.

Anexo 7

Formato de calificación

Cada cuadro tiene el número de ítem que le corresponde. Escribir el puntaje de funcionamiento en los cuadros según el ítem que le corresponda. Un mismo ítem puede aparecer en varios conceptos (por ejemplo el 40) después de haber hecho el vaciado sumar cada escala. El puntaje se obtiene sumando todos los puntos de los 40 ítems, debido a la repetición de ítems en diferentes escalas no se puede hacer la suma por escalas.

| | | |
|---------------------|--|------|
| Función | | SUMA |
| Autoridad | 1 3 4 5 11 12 14 28 39 40 | |
| Control | 8 10 17 26 31 34 35 40 | |
| Supervisión | 16 25 26 28 30 | |
| Afecto | 22 23 24 27 31 32 33 | |
| Apoyo | 7 16 18 20 39 40 | |
| Conducta disruptiva | 5 9 36 37 38 39 40 | |
| Comunicación | 4 10 15 18 19 21 22 36 38 | |
| Afecto negativo | 6 15 29 34 | |
| Recurso | 2 12 13 14 17 40 | |
| PUNTAJE GLOBAL | | |

Una vez obtenido el puntaje global y la suma horizontal por áreas, se vacían en el siguiente perfil para obtener la gráfica de funcionalidad o disfuncionalidad.

Anexo 8

Perfil de funcionamiento familiar

Familia. _____ Fecha de aplicación. _____
 Tiempo de formada. _____ Años. Etapa del ciclo vital. _____
 Nivel socioeconómico. _____ Número de miembros. _____ Adultos. _____
 Adolescentes. _____ Niños. _____ Tipo de Familia. _____

