



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

**PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES
CON FARMACODEPENDENCIA**

TESIS

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

Presenta:

Med. Gral. Leticia Garibay López

Dirigido por:

Med. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez

SINODALES

Med. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez
Presidente

M. en C. Nicolás Camacho Calderón
Secretario

Med. Esp. Virgen Patricia López Cerón
Vocal

M. en C. Guadalupe Guerrero Lara
Suplente

M. en C. Minerva Escartín Chávez
Suplente

Med. Esp. Benjamín Moreno Pérez
Director de la Facultad de Medicina

Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro
Febrero, 2008
México

RESUMEN

Introducción. La familia es un sistema relacional en el cual los eventos que afectan a cualquiera de sus partes repercutirán en todos sus elementos, considerando a la comunicación, el apoyo, la cohesión familiar y el desarrollo adecuado de normas, como elementos que ayudan a los adolescentes a desistir al uso sustancias ilícitas. Existen varios instrumentos para la medición de la funcionalidad, entre ellos, “La Escala de Funcionamiento Familiar”, evalúa el funcionamiento dinámico, sistémico estructural de la familia a través de la autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos. Objetivo. Evaluar el Perfil de Funcionamiento Familiar en los adolescentes con farmacodependencia. Material y métodos. Estudio transversal descriptivo realizado en una escuela de bachilleres, Querétaro. Se tomó la totalidad de adolescentes (20), con antecedente de farmacodependencia, que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informado. Se efectuó entrevista para medir el perfil de funcionamiento familiar; se recabaron variables sociodemográficas, de tipología familiar y clasificación del ciclo vital. Plan de análisis mediante promedios, desviación estándar, rangos, porcentajes e intervalos de confianza al 95%. Resultados. El 100% fueron del sexo masculino, con promedio de edad 15.5 ± 1.09 (rango de 16-19). Cursaban el tercer semestre 40% (IC 95% 22.0-58.0). Dentro de la tipología familiar, predominó la familia nuclear 65% (IC 95% 47.5-82.5), moderna 55% (IC 95% 36.8-73.2), urbana 60% (IC 95% 42.0-78.0), semintegrada 40% (IC 95% 22.0-58.0), desintegrada 35% (IC 95% 17.5-52.5), ocupación obrera 40% (IC 95% 22.0-58.0) y reconstruida 20% (IC 95% 5.3-34.7). Se encontraban en etapa de independencia y de dispersión el 50% respectivamente (IC 95% 31.7-68.3). Con disfuncionalidad familiar en el 100% de la población; de los nueve indicadores estudiados, el 100% tuvo alteraciones de la conducta (disruptiva) y de la comunicación; el 90% (IC 95% 79.0-101.0) alteraciones de la autoridad y de control y el 80% (IC 95% 65.3-94.7) de supervisión. Conclusiones. La disfuncionalidad familiar esta dada por alteraciones de la conducta, de la comunicación y de los límites.

Palabras clave. Funcionalidad familiar, disfuncionalidad familiar, adolescencia, farmacodependencia.

SUMMARY

Introduction. The family is a relational system in which the events that affect to anyone of their parts will repel in all their elements, considering to the communication, the support, the familiar cohesion and the adapted development of norms, like elements that help the adolescents to stop to the use drug. Several instruments for the measurement of the functionality exist, among them, "the Scale of Familiar Operation", evaluates the dynamic, sistemic operation structural of the family through the authority, control, supervision, affection, support, disruptive conduct, communication, negative affection and resources. Objective. To evaluate the Profile of Familiar Operation in the adolescents with farmacodependencia. Material and metods. Descriptive cross-sectional study in a high school, Queretaro. The totality was taken from adolescents (20), with drug dependence, accepted to participate previous informed consent. Interview took place to measure the profile of familiar operation; sociodemographics variables were successfully obtained, of familiar tipology and classification of the vital cycle. Analysis by means of averages, standard deviation, ranks, percentage and intervals of confidence to 95%. Results. 100% were of masculine sex, with average of age 15.5 ± 1.09 (16-19 rank). They attended third semester 40% (IC 95% 22.0-58.0). Within the familiar tipology, nuclear family 65% (IC 95% 47.5-82.5), modern 55% (IC 95% 36.8-73.2), urban 60% predominated (IC 95% 42.0-78.0), semintegrated 40% (IC 95% 22.0-58.0), disintegrated 35% (IC 95% 17.5-52.5), working occupation 40% (IC 95% 22.0-58.0) and reconstructed 20% (IC 95% 5.3-34.7). 50% were respectively in dispersion and independence stage (IC 95% 31.7-68.3). With familiar disfuncionalidad in the 100% of the population; of the nine studied indicators, the 100% had alterations of the conduct (disruptive) and the communication; 90% (IC 95% 79.0-101.0) alterations of the authority and control and 80% (IC 95% 65.3-94.7) of supervision. Conclusions. The familiar disfuncionalidad this given by alterations conduct, communication and limits.

Key words. Familiar functionality, familiar disfuncionalidad, adolescence, drug dependence

DEDICATORIA

A mi madre, que mientras Dios lo permitió, me mostró con fiel ejemplo el amor a la dedicación y perseverancia.

A mi padre, por sus palabras de apoyo y comprensión en los momentos más difíciles de este camino.

A cada uno de mis hermanos de sangre y alma por la paciencia y cariño eterno.

A Guillermo, mi corazón, por ser la parte conciente día a día y brindarme su cariño como el ser único que es.

A Dios, el ser más importante que me ha permitido vivir cada uno de estos minutos, guiarme, escucharme, sensibilizarme y sobre todo ser feliz.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Martha Leticia Martínez Martínez por su tolerancia, su capacidad de transmitir la sensibilidad a cada uno de sus alumnos, por los momentos en que dibujo mi sonrisa después de una simple palabra, un abrazo o un saludo; por su asesoría, dedicación y empeño para finalizar esta investigación y sobre todo gracias por mostrarme en estos años la parte humana de mi profesión, a recuperar mi optimismo y alegría.

Al Dr. Jorge Velázquez Tlapanco por enseñarme que tan valioso es ser uno mismo ante las adversidades.

A la Dra. Rosario Ruelas Candelas por el apoyo incondicional para la realización de este trabajo.

A la Dra. Luz Dalid Terrazas por inculcarme el amor a esta área de la medicina.

Al Dr. Enrique Villarreal por la transmisión de sus conocimientos en los tiempos que tuve oportunidad de conocerlo, gracias por su apoyo brindado junto con su equipo de trabajo y sobre todo mostrarme el camino de las ciencias dormidas en nuestro interior.

A Dios que me dio la oportunidad de tener esta familia y permitirme ver el sol día a día hasta el final.

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
I.1 HIPÓTESIS	3
I.2 OBJETIVO GENERAL	3
I.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
II. REVISIÓN DE LITERATURA	4
II.1 Familia	4
II.2 Evaluación de la funcionalidad familiar	6
II.3 Adolescencia y farmacodependencia	10
II.4 Antecedentes	16
III. METODOLOGÍA	19
III.1 Tipo de estudio	19
III.2 Mediciones y análisis	19
III.3 Análisis estadístico	20
III.4 Aspectos éticos	21
IV. RESULTADOS	22

ÍNDICE

	Página
V. DISCUSIÓN	34
VI. CONCLUSIONES	37
VII. PROPUESTAS	38
VIII. LITERATURA CITADA	39
IX. ANEXOS	42

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS

No. de cuadro	Página
IV.1 Características sociodemográficas de los adolescentes con farmacodependencia	23
IV.2 Tipología familiar en base a su estructura	24
IV.3 Tipología familiar en base a su desarrollo	25
IV.4 Tipología familiar en base a su demografía	26
IV.5 Tipología familiar en base a su integración	27
IV.6 Tipología familiar en base a su ocupación	28
IV.7 Tipología familiar en base a las complicaciones del desarrollo familiar	29
IV.8 Clasificación de la familia en base a la etapa del ciclo vital	30
IV.9 Clasificación familiar en base a su funcionalidad	31
IV.10 Perfil de funcionamiento familiar	33

I. INTRODUCCIÓN

La familia es una unidad dinámica, base del desarrollo social, un conjunto de interacciones que llevan al crecimiento integral del individuo; las fuerzas tanto negativas como positivas, que dentro de ella ocurren, llevan al equilibrio en el comportamiento de cada uno de sus integrantes a nivel individual así como su interacción con la sociedad. Adquiere importancia un funcionamiento familiar adecuado por el hecho de que de acuerdo a su capacidad de superar y enfrentar cada una de las etapas del ciclo vital, así como las crisis que se presenten en su evolución. Cuando los valores inculcados en la familia son frágiles, el individuo se vuelve presa fácil de conductas antisociales que lo arrastran a actos dañinos a su salud física y mental (De León-Bello, 2001).

La adolescencia es la etapa que marca el proceso de transformación del niño al adulto y para algunos autores, es la etapa de identificación de valores provenientes de la familia de origen.

La familia, como núcleo primario es considerada como la unidad social inmediata y significativa de la conducta demográfica, cuyos eventos se encuentran condicionados por los más diversos contextos socioeconómicos y culturales (Irigoyen, 2002).

Así la salud de la familia es un predictor de su salud mental, y por extensión, del sistema social, ya que lleva implícita la inclusión, funcionamiento adecuado y capacidad de adaptación del individuo dentro de un contexto familiar, y por ende, dentro de la sociedad (De la Revilla 1990).

Una de las tareas fundamentales de los padres, es la de suministrar una base segura, para que sus hijos se desarrollen de forma íntegra, inicien su socialización y su proceso de identificación sea en beneficio de su equilibrio tanto físico como psicológico. Para que esto ocurra, los padres tienen que estar de acuerdo entre sí, sobre cómo están conduciendo al adolescente y apoyarse el uno al otro como padres. El otro requerimiento de los padres, es la aplicación de las

reglas, aunque los adolescentes crezcan rápidamente, los padres aún son sustento del adolescente y es razonable que sean ellos quienes decidan las reglas de la casa y comportamiento establecido socialmente, aunque algunas de estas puedan ser negociadas. Las normas deben ser claras de forma que todo el mundo pueda saber en qué situación se encuentra, y deben ser aplicadas con justicia y de forma consistente. Las reglas también deben ser razonables y menos restrictivas de acuerdo a que el adolescente madura psicológicamente y se hace más responsable (Satir, 1980).

El consumir drogas puede ser el pretexto para evadir una situación familiar desastrosa o para “no pensar” en unos padres autoritarios y violentos, para no deplorar la ausencia (física o emocional) de algún progenitor, para no sufrir con comparaciones desfavorables con los hermanos, etc.

La familia debe ser la principal barrera contra el acceso a las drogas ilícitas, puede en ocasiones ser exactamente lo contrario, la causa directa de la génesis de la farmacodependencia. Sin embargo, los factores causales individuales entre la inmensa variedad de los cuales cabría señalar la experiencia de condiciones negativas, como puede ser destacadamente el abandono por parte de los padres. Los niños “de la calle” que crecen sin guía y sin freno tienen una escala de valores diferente a la socialmente aceptada, de una mínima orientación que les permita distinguir entre lo bueno y lo malo, lo saludable y lo perjudicial, etc. A lo anterior habría que agregar la baja autoestima y la pobre capacidad de decisión producto muchas veces de una disfuncionalidad en su familia de origen (Espinoza, 1999).

En el estado de Querétaro se han realizado dos estudios diagnósticos de consumo de drogas, el primero en 1991 y el segundo en colaboración con el Instituto Nacional de Psiquiatría en el año 2001, donde se hace ver el crecimiento de uso de drogas ilícitas en este grupo etéreo.

De acuerdo a estudios diversos de terapia familiar se han identificado varios factores de riesgo relacionados con el inicio de consumo de drogas en

adolescentes, uno de ellos es la disfuncionalidad familiar por lo que el médico de primer nivel de atención le corresponde identificar al adolescente con esta problemática para ofrecerle un abordaje estratégico como parte de la atención integral del Médico Familiar (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002).

I.1 HIPÓTESIS

El Perfil de Funcionamiento Familiar se encuentra con disfuncionalidad en más del 50% de los adolescentes con farmacodependencia.

I.2 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el Perfil de Funcionamiento Familiar en los adolescentes con farmacodependencia.

I.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar el Perfil de Funcionamiento Familiar en los adolescentes con farmacodependencia mediante la evaluación de la autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos.
2. Determinar la funcionalidad familiar mediante la sumatoria de los nueve indicadores anteriores.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

II.1 Familia

La familia puede ser definida de diversas maneras, dependiendo del enfoque y contexto en la que se analice, sea en lo social, antropológico, psicológico, jurídico, etc. Para un sociólogo la familia será la forma básica de organización sobre la que se estructura una sociedad; la familia será entendida como el soporte de la dinámica social. Mientras que para un antropólogo la familia será un hecho social total, es decir, el microcosmos de una estructura social urgente, donde la función básica será la de cooperación económica, socialización, educación, reproducción y de relaciones sexuales. Para el jurídico será un conjunto de personas con vínculos de derechos interdependientes y recíprocos emergentes de la unión sexual y de la procreación.

Desde la familia se debe identificar dos perspectivas que son complementarias, la estructura y la funcionalidad misma; la primera se puede analizar con la tipología familiar; en cuanto a la funcionalidad, requiere ésta de un marco de referencia que permita entender y clasificar a las familias de acuerdo con la manera como se relacionan bajo un enfoque sistémico.

La estructura familiar descrita por Irigoyen (2000), 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.

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 reenumerado de la madre, como la característica más significativa de la familia moderna y la del futuro (Irigoyen, 2000).

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 (Irigoyen, 2000).

En base a su integración la familia integrada en la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones, la familia semi-integrada en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones y la familia desintegrada es aquella en la cual falta de alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono (Irigoyen, 2000)..

En base a su ocupación permite clasificarla en campesina, obrera, técnica profesional técnica o profesional y se reporta la ocupación del jefe de familia y puede sustituir el ingreso en salarios mínimos que ingresa a la familia. Ubica directamente el nivel socioeconómico de la familia y las posibilidades de desarrollo al menos desde el punto de vista económico (Irigoyen, 2000).

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 (usualmente) 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.

La familia no es una unidad estática, está en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales. Por tal motivo los terapeutas detienen el tiempo cuando investigan familias, como si estuvieran en un filme para analizar uno de sus cuadros (Minuchin, 1984). Es entonces que la familia es considerado como un sistema dinámico donde el bienestar de uno de sus miembros repercute en el otro y a la vez la familia se comporta como si fuera una unidad (Satir, 1980) por tanto, 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 aspectos relacionados a su desarrollo (ENA, 1998).

II.2 Evaluación de la Funcionalidad Familiar

La entrevista clínica es un instrumento eficaz, pieza clave con la que cuenta el médico para investigar los problemas de familia, no obstante la entrevista clínica con pacientes de forma individual o forma colectiva tiene grandes variantes, ya que la relación terapéutica es diferente en un paciente solo que cuando se presenta con algún acompañante o todo un grupo familiar. La familia es un sistema relacional en el cual los eventos que afectan a cualquiera de sus partes repercutirán en todos sus elementos (Irigoyen, 2002).

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 lo métodos de

evaluación presten atención especial a la disfunción de los sistemas familiares como factor etiológico en el desarrollo de la psicopatología individual. La evaluación del sistema familiar además evaluará la estructura y funcionamiento familiar (Irigoyen, 1993).

El *Apgar familiar*, desarrollado por Smilkstein y cols., 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 debida de funcionalidad familiar (Caris, 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 ente 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 y cols en 1993; que únicamente puede ser aplicado a familias de tipo nuclear, contempla tres dimensiones que permiten analizar la funcionalidad familiar (Irigoyen, 2002):

1. Cohesión. Es la unión que los miembros de la familia tienen unos entre otros.
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 normativos relacionados con el ciclo vital (Huerta, 2000).

Las familias con tipos balanceadas de cohesión y adaptabilidad, funcionarán mejor a través de su ciclo vital que aquellas con tipos desbalanceados. 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).

Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel y cols, 1985), este cuestionario de evaluación familiar 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 discrimina sensiblemente las familias funcionales de las que no lo son. Puede ser aplicado a cualquier estructura familiar, individual o conjunta a la familia, lo que la hace más confiable pues los integrantes deberán estar de acuerdo en cada una de las respuestas a lo que el entrevistador podrá hacer sus anotaciones que posteriormente le permitirán evaluar.

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*, que posteriormente traducirán la funcionalidad o no de alguna de las nueve áreas del Perfil de Funcionamiento Familiar: autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos; que miden el funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia, a través de una entrevista con duración aproximada de 45 minutos donde se inicia con la identificación de la familia, su etapa del ciclo vital y tipología seguido de la elaboración de su familiograma para ubicación del entrevistador del estado de la familia en el momento de la entrevista, ya que esto permitirá la evaluación posterior de cada uno de los reactivos de acuerdo a la funciones familiares básicas basado en la etapa del ciclo vital.

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 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 agruparon a las familias en funcional y disfuncional posterior a la obtención del puntaje total de forma individual de cada una de las áreas de la estructura familiar basado en una escala que asigna 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional.

II.3 Adolescencia y farmacodependencia

La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes de identidad y de una clara definición, que ya no son totalmente niños, pero tampoco son adultos, son una especie de híbrido, con rasgos de adulto y vestigios de niño. La evolución que los adolescentes viven en esa etapa, los hace entrar en crisis, pues se encuentran en la búsqueda de su propia identidad, en el proceso de configurar su personalidad. Aunque la adolescencia puede ser percibida como una época difícil, el proceso de maduración que implica puede dar lugar a cambios positivos en la persona que faciliten la superación de los problemas del pasado (Mendizábal, 1999).

La adolescencia es el momento en que se comienza a aprender del mundo que los rodea y a encontrar su lugar en él. Este aprendizaje implica el intentar nuevas experiencias, algunas de las cuales pueden resultar arriesgadas o incluso peligrosas. Los jóvenes a esta edad anhelan la excitación en una forma que la mayoría de los adultos encuentran difícil de comprender, sobre todo las actividades excitantes que pueden resultar peligrosas. Afortunadamente, la mayoría de los jóvenes buscan estas sensaciones en la música, el deporte u otras actividades que precisan de gran cantidad de energía pero que conllevan un escaso riesgo físico real. 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 (Noller y Callan, 1991).

La presencia del consumo de drogas o sustancias psicotrópicas no es algo nuevo en ninguna sociedad. Por el contrario, su existencia se ha documentado en la historia de la mayoría de las culturas, con las variaciones en los tipos de drogas, los patrones de consumo, las funciones individuales y sociales y las respuestas que las sociedades han desarrollado a través del tiempo. Las sustancias psicoactivas eran usadas en la antigüedad dentro de las prácticas sociales integradas a la medicina, la religión y lo ceremonial (ENA, 1998).

Droga es un sinónimo de fármaco, es decir, sustancia que actúa sobre el sistema nervioso central deprimiendo, estimulando o alterando sus funciones produciendo tolerancia y dependencia física y/o psicológica (González y González, 1990).

La definición de droga fue propuesta en los años cincuenta por la Organización Mundial de Salud (OMS) se refiere a toda sustancia psicoactiva como: "...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 la perspectiva médica y científica se utiliza el vocablo droga para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen con las siguientes condiciones: 1. son sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste; 2. inducen al consumidor a repetir su auto administración por el placer que generan (acción reforzada positiva), 3. el cese de su consumo puede manifestarse en un malestar somático o psicológico (dependencia física o psicológica), 4. no tiene ninguna indicación médica, y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos (Ladero y Lizasoain, 1998).

Las Convenciones de las Naciones Unidas para el control de drogas no establecen una definición entre drogas legales o ilegales; sólo señala el uso como lícito o ilícito. Pero en general se emplea el término “droga ilegal o ilícita” al hablar de aquellas bajo su control internacional, que pueden o no tener un uso médico legítimo pero son producidas, traficadas y/o consumidas fuera del marco legal. El alcohol y el tabaco son generalmente mencionados como sustancias más que drogas, ya que no están sujetas a control político internacional, con lo que se trata de pasar por alto que además de sus fuertes propiedades adictivas, son las que causan daño a la salud individual y pública en todo el mundo. Por otra parte en algunas poblaciones las drogas médicas usadas fuera de un adecuado control son la principal causa de abuso y adicción; los solventes volátiles no están mencionados dentro del control internacional, pero son utilizadas con fines de intoxicación por niños de muchos países (ENA, 1998).

Las actitudes hacia las sustancias y su demanda son cambiantes y se ven influidas por factores culturales, económicos y sociales en un país o región; a esto se le agrega la oferta y accesibilidad de las sustancias y el marco de control legal y social que rodea al consumo. La percepción del público hacia distintas sustancias y su mayor o menor rechazo en muchas sociedades condiciona la toma de decisiones políticas hacia su control. En otros casos el proceso es inverso y la política de control tiene como consecuencia el que se busquen otras drogas incluso más dañinas, o que se produzcan un rechazo de la sociedad hacia la política (ENA, 1998).

La farmacodependencia es el conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos que se desarrollan luego del consumo repetido de alguna sustancia psicoactiva (NOM-028 SSA2-1999), las características de la dependencia varían de acuerdo a la naturaleza de la droga, por los efectos que éstas producen (González y González, 1990).

La farmacodependencia se ha considerado desde la década de los sesenta como una auténtica epidemia y uno de los más graves problemas

sanitarios debido al coste de vida que éste representa es el aspecto de patología somáticas y psíquicas, delitos contra la sociedad, descenso de la productividad laboral y conflictos familiares, entre otros (Ladero y Lizasoain, 1998).

El consumo de drogas está directamente relacionado con el uso o abuso de la sustancia. El uso se refiere al consumo de sustancias o fármacos prescritos por médicos o especialistas y el abuso se refiere al consumo de sustancias o fármacos de manera deliberada (ENA, 1998).

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 hombre de cuatro veces más en comparación con mujeres. (ENA, 2002).

En el país 215, 634 adolescentes entre 12 y 17 años (167, 585 varones y 48,049 mujeres) han usado drogas alguna vez, lo que equivale al 3.16% de la población en ese grupo etario; el índice entre los adultos y jóvenes entre 18 y 34 años alcanza 1,795,577 (1,351,138 varones y 449, 439 mujeres) y entre 35 a 65 años, 1,495,391 (1,177,683 hombres y 317,708 mujeres). El mayor índice de consumo se observa entre los varones de 18 a 34 años. El 5.57% de la población urbana, que representa 2.9 millones, ha usado drogas; en el caso de la población rural el porcentaje es de 3.34% con un total de 563,242 personas. En el año previo a la realización de la Encuesta Nacional de Adicciones 911,359 personas (1.31%) habían estado expuestas al uso de una o más sustancia, 756, 132 (12.435) en la zona urbana y 155, 227 (0.92%) en la zona rural. El uso en el último mes previo se reportó en 0.87% en la población urbana y 0.64 en la población rural (ENA, 2002).

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 consumen hay una mujer. La mayor la 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 (EsTA) 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 (ENA, 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%). Sin embargo, 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).

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).

En la Encuesta Nacional de Adicciones publicada en 2003 se realiza un recuento de las consultas en el año 2001 dentro del Instituto Mexicano del Seguro

Social que otorgó un total de 61,527 consultas médicas por problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas en las unidades de Medicina Familiar. En los servicios de especialidades y urgencias el 73.5% correspondieron a consultas de primera vez. La delegación Jalisco fue la que reportó mayor cifra correspondiente a 14.3% del total nacional. Por otro lado, las delegaciones que tuvieron menos demanda de atención por drogas fueron Tlaxcala (0.8%), Campeche (0.7%) y Aguascalientes (0.6%).

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 sobre 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 (Villatoro, 2002).

En Querétaro, como se mencionó previamente, se tiene como único diagnóstico realizado la encuesta nacional de estudiantes de 1991, (Medina-Mora, y cols., 1993), donde se obtuvo que el 2.4% de los hombres y el 0.9% de las mujeres consumieron alguna vez marihuana, cocaína de 0.6% y 0.2% respectivamente; el consumo de inhalables fue de 8.4% y 1.8%; en tranquilizantes de 2.4% en ambos sexos y de anfetaminas de 3% y de 3.2% (ENA, 2002).

Para los adolescentes, la edad promedio de inicio es cerca de los 14 años. 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).

Una vez iniciado el consumo de sustancias es difícil disminuirlo debido a que se encuentran sensaciones agradables, disminuyendo las fricciones en el contacto social y reduciendo la ansiedad (Mothner y Weistz, 1986).

II.4 Antecedentes

En la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), se refiere que el consumo de drogas 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. También se ha señalado que la presión, la poca interacción familiar, la pobreza, etc., son factores que contribuyen al uso de drogas.

Huerta (1998), 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.

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.

Koplan (1994), ha encontrado que el consumo de drogas en los padres o los hermanos es un factor de riesgo para iniciarse en el uso de éstas. Asimismo, si

alguno de ellos tiene problemas con el consumo del alcohol, es un predictor del consumo experimental de drogas.

Caris (2001) concluyó en un estudio comparativo 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, por lo contrario considera como factor protector la supervisión de los padres. Reduciendo hasta en un 60% la probabilidad de iniciar el consumo de drogas ilícitas. Se ha observado que, a medida que aumentan los conflictos familiares, aumenta los riesgos.

De León-Bello (2001), en su tesis sobre factores de riesgo asociados a consumo de drogas ilícitas, menciona que el núcleo familiar juega un papel importante en las conductas relacionadas con el consumo de drogas como son: las actitudes y consumo de drogas; el tipo y grado de comunicación, el respeto y la cercanía; la existencia de lineamientos claros y consistentes en la interacción familiar, las responsabilidades y atribuciones de cada miembro, contribuyen a aumentar o disminuir los riesgos de consumo. El hecho de que haya cohesión en la estructura social y familiar, dando atención a las necesidades, capacidades y limitaciones de sus miembros, parece contribuir de manera importante a evitar conductas destructivas, violentas o de transgresión. Concluyendo que la comunicación y la resolución de los problemas dentro de la familia es vital para prevenir la búsqueda de los efectos placenteros y la disminución de las inhibiciones con ayuda de las drogas.

Llanes y cols (2001), investigaron la percepción del riesgo psicosocial asociado al uso y abuso de drogas en 173 comunidades marginadas de 14 estados en la República Mexicana, observando que el uso de drogas y la conducta antisocial son fenómenos percibidos como de alto riesgo en un 42.7%, es decir, una proporción significativamente mayor que el abuso o maltrato intrafamiliar o los riesgos asociados al estilo de vida negativos. En las poblaciones de alto riesgo hay una alta recurrencia al uso de alcohol, tabaco y marihuana, así como en la disponibilidad de la droga.

Fernández (2001), describió que las variables del ámbito familiar que con más frecuencia se han vinculado a la existencia de consumo de drogas son la relación afectiva y la comunicación padre-hijo.

Denton y Kampte (1994), indican 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.

Noller 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.

Bandura (1974), señala que el funcionamiento de la familia, al satisfacer las necesidades básicas materiales y psicológicas, fomenta el desarrollo de personalidades adultas estables, integradas, maduras emocionalmente y hace posible un funcionamiento interpersonal constructivo, al proporcionar un medio ambiente apropiado y asegurador.

III. METODOLOGÍA

III.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal en adolescentes con farmacodependencia de una preparatoria de la ciudad de Querétaro, pertenecientes a un grupo de orientación vocacional, que aceptaron participar con previo consentimiento informado en el periodo comprendido de julio-agosto de 2006. Se utilizó un muestreo no probabilístico en bola de nieve.

El único criterio de inclusión fue que tuvieran antecedente de farmacodependencia. Se excluyeron aquellos que estuvieran en proceso de recuperación, considerándose como seis meses sin consumo de algún tipo de droga ilícita y aquellos que por alguna limitación, calificada por el cuestionario de Pfeifer (ANEXO 3), no pudieran contestar la entrevista. Se consideró eliminar a los adolescentes que no concluyeran la entrevista.

III.2 Mediciones y análisis

Las variables estudiadas incluyeron características sociodemográficas de los adolescentes (edad, sexo, escolaridad y estrato socioeconómico según el método de Graffar). El análisis de la familia incluyó

1. Tipología familiar (estructura, desarrollo, demografía, integración, ocupación y complicaciones del desarrollo familiar).
2. Funcionalidad familiar y
3. Perfil de Funcionamiento Familiar (autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, afecto negativo y recursos).

Para la evaluación de la funcionalidad familiar se utilizó la Escala de Funcionamiento Familiar en entrevista de forma individual, que a través del Perfil

de Funcionamiento Familiar permite evaluar la estructura y dinámica familiar con escala de evaluación en funcional y disfuncional.

Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel y cols, 1985), la cual 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 Perfil de funcionamiento Familiar: autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos; miden el funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia a través de una entrevista con duración aproximada de 45 minutos donde se inicia con la identificación de la familia, su etapa del ciclo vital y tipología seguido de la elaboración de su familiograma para ubicación del entrevistador del estado de la familia en el momento de la entrevista, ya que esto permitirá la evaluación posterior de cada uno de los reactivos de acuerdo a la funciones familiares básicas basado en la etapa del ciclo vital.

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 agruparon a las familias en funcional y disfuncional posterior a la obtención del puntaje total de forma individual de cada una de las áreas de la estructura familiar basado en una escala que asigna 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional (ANEXO 2).

III.3 Análisis estadístico

El plan de análisis se realizó con estadística descriptiva: promedios, desviación estándar, rangos, frecuencias e intervalo de confianza al 95%. En cada medición con apoyo del paquete estadístico SPSS V12.

III.4 Aspectos éticos

El presente estudio consideró los principios enunciados en la Declaración de Helsinki y su modificación en Tokio de 1975 y su enmienda en 1983, con relación a la investigación biomédica con sujetos humanos, por lo que se solicitó el consentimiento informado de los participantes, a fin de garantizar la confidencialidad de la información, con utilización de los mismos solo para el cumplimiento de los objetivos de estudio.

Con el consentimiento informado, los adolescentes con farmacodependencia conocieron el objetivo del estudio así como los beneficios posteriores a la identificación de las áreas con mayor afectación del Perfil de Funcionamiento Familiar, a fin de que el orientador escolar se apoyara para la intervención adecuada (ANEXO 1)

IV. RESULTADOS

De un total de 20 pacientes del sexo masculino estudiados, el promedio de edad fue de 15.5 ± 1.09 años con un rango de 16 a 19 años. Cursaban el tercer semestre de bachillerato 40% (IC 95% 22.0-58.0) y con estrato socioeconómico medio bajo y obrero 40% (IC 95% 22.0-58.0) (Cuadro IV.1).

Dentro de la tipología familiar en base a su estructura, predominó la familia nuclear 65% (IC95% 47.5-82.5), con un promedio de integrantes de 5.23 y un rango de 4 a 7 por familia (Cuadro IV.2).

En base a su desarrollo, predominó la familia moderna 55% (IC95% 36.8-73.2) donde la madre trabaja como obrera, dedicando medio tiempo para su empleo y el resto a la actividades propias del hogar (Cuadro IV.3).

De acuerdo a la demografía se encontró que 60% (IC95% 42.0-78.0) de las familias eran de tipo urbana (Cuadro IV.4).

En base a su integración predominaron las familias semi-integradas 40% (IC 95% 22.0-58.0), seguida de la familia desintegrada 35% (IC95% 17.5-52.5) (Cuadro IV.5).

En relación a la ocupación, predominó la obrera seguida de empleada en 40% (IC95% 22.0-58.0) y 25% (IC95% 9.1-40.9) respectivamente (Cuadro IV.6).

La principal complicación del desarrollo familiar fue la familia reconstruida 20% (IC95% 5.3- 34.7) (Cuadro IV.7).

Al clasificar a las familias de acuerdo al ciclo vital, se encontraron en etapa de dispersión e independencia en el 50% respectivamente (IC95% 31.7-68.3) (Cuadro IV.8).

Hubo disfuncionalidad familiar en el 100% de las familias estudiadas (Cuadro IV.9).

Cuadro IV.1 Características sociodemográficas de los adolescentes con farmacodependencia

Características	Frecuencia	Porcentaje	†IC 95%	
Sexo				
Masculino	20	100		
Semestre académico				
Tercer	8	40	22.0	58.0
Cuarto	3	15	1.9	28.1
Quinto	5	25	9.1	40.9
Sexto	4	20	5.3	34.7
Estrato socioeconómico*				
Alto	1	5	-3.0	13.0
Medio alto	3	15	1.9	28.1
Medio bajo	8	40	22.0	58.0
Obrero	8	40	22.0	58.0

* De acuerdo con Graffar (ANEXO 4).

† IC intervalo de confianza al 95%

Fuente: Entrevista del Perfil de Funcionamiento Familiar en los adolescentes con farmacodependencia, en una preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, 2006.

Cuadro IV.2 Tipología familiar en base a su estructura

	Frecuencia	Porcentaje	†IC 95%	
Nuclear	13	65	47.5	82.5
Extensa	4	20	5.3	34.7
Monoparental	3	15	1.9	28.1

† IC intervalo de confianza al 95%

Fuente: Entrevista del Perfil de Funcionamiento Familiar en los adolescentes con farmacodependencia, en una preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, 2006

Cuadro IV.3 Tipología Familiar en base a su desarrollo

	Frecuencia	Porcentaje	†IC 95%	
Tradicional	9	45	26.8	63.2
Moderna	11	55	36.8	73.2

† IC intervalo de confianza al 95%

Fuente: Entrevista del Perfil de Funcionamiento Familiar en los adolescentes con farmacodependencia, en una preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, 2006.

Cuadro IV.4 Tipología familiar en base a su demografía

	Frecuencia	Porcentaje	†IC 95%	
Urbana	12	60	42.0	78.0
Suburbana	8	40	22.0	58.0

† IC intervalo de confianza al 95%

Fuente: Entrevista del Perfil de Funcionamiento Familiar en los adolescentes con farmacodependencia, en una preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, 2006.

Cuadro IV.5 Tipología familiar en base a su integración.

	Frecuencia	Porcentaje	†IC 95%	
Integrada	3	15	1.9	28.1
Semi integrada	8	40	22.0	58.0
Desintegrada	9	35	17.5	52.5

† IC intervalo de confianza al 95%

Fuente: Entrevista del Perfil de Funcionamiento Familiar en los adolescentes con farmacodependencia, en una preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, 2006.

Cuadro IV.6 Tipología familiar en base a su ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	†IC 95%	
Obrera	8	40	22.0	58.0
Profesional	4	20	5.3	34.7
Comerciante	3	15	1.9	28.9
Empleada	5	25	9.1	40.9

† IC intervalo de confianza al 95%

Fuente: Entrevista del Perfil de Funcionamiento Familiar en los adolescentes con farmacodependencia, en una preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, 2006.

Cuadro IV.7 Tipología familiar en base a las complicaciones del desarrollo familiar

	Frecuencia	Porcentaje	†IC 95%	
Interrumpida	2	10	-1.0	21.0
Contraída	1	5	-3.0	13.0
Reconstruida	4	20	5.3	34.7
Sin complicaciones	7	35	17.5	52.5

† IC intervalo de confianza al 95%

Fuente: Entrevista del Perfil de Funcionamiento Familiar en los adolescentes con farmacodependencia, en una preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, 2006.

Cuadro IV.8 Clasificación de la familia en base a la etapa del ciclo vital

	Frecuencia	Porcentaje	†IC 95%	
Independencia	10	50	31.7	68.3
Dispersión	10	50		

† IC intervalo de confianza al 95%

Fuente: Entrevista del Perfil de Funcionamiento Familiar en los adolescentes con farmacodependencia, en una preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, 2006.

Cuadro IV.9 Clasificación familiar en base a su funcionalidad

	Frecuencia	Porcentaje	†IC 95%	
Funcional	-	-	-	-
Disfuncional	20	100	-	-

† IC intervalo de confianza al 95%

Fuente: Entrevista del Perfil de Funcionamiento Familiar en los adolescentes con farmacodependencia, en una preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, 2006.

De acuerdo con el Perfil de Funcionamiento Familiar, 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) (Cuadro IV.10).

Cuadro IV.10 Perfil de Funcionamiento Familiar

	Funcional		Disfuncional	
	Frecuencia (%)	†IC 95%	Frecuencia (%)	†IC 95%
Autoridad	2 (10)	-1.0 21.0	18 (90)	79.0 101.0
Control	2 (10)	-1.0 21.0	18 (90)	79.0 101.0
Supervisión	4 (20)	5.3 34.7	16 (80)	65.3 94.7
Afecto	7 (35)	17.5 52.5	13 (65)	47.5 82.5
Apoyo	7 (35)	17.5 52.5	13 (65)	47.5 82.5
Conducta disruptiva	-	-	20 (100)	-
Comunicación	-	-	20 (100)	-
Afecto negativo	7 (35)	17.5 52.5	13 (65)	47.5 82.5
Recursos	5 (25)	9.1 40.9	15 (75)	59.1 90.9

† IC intervalo de confianza al 95%

Fuente: Entrevista del Perfil de Funcionamiento Familiar en los adolescentes con farmacodependencia, en una preparatoria pública de la ciudad de Querétaro, 2006.

V. DISCUSIÓN

La frecuencia de disfuncionalidad familiar en adolescentes con farmacodependencia en el presente estudio fue del 100%. En este momento no se cuenta con estudios similares en este grupo etáreo.

En un estudio realizado por Guzmán (2004), observó que la familia moderna era un factor de riesgo para el desarrollo de farmacodependencia en los adolescentes. En este estudio, el 55% de los adolescentes pertenecían a este tipo de familia, y el 40% eran semi-integradas; lo anterior puede ser explicado ya que se ha observado en este tipo de familias donde los roles deben ser compartidos por ambos progenitores no se lleva acabo y de acuerdo a las características de la sociedad, la educación de los hijos y cuidados del hogar seguirán siendo responsabilidad de la madre aún si la familia requiere que realice trabajos fuera de su domicilio, pues además de fungir como jefe de familia es responsable directo de garantizar el desarrollo social de los adolescentes.

El 90% de los adolescentes tenían como antecedente de consumo de drogas ilícitas, al padre o por lo menos uno de los hermanos; datos similares son reportados por Koplán (1994) y Guzmán (2004). Esto puede ser por repetición de patrones tanto familiares como sociales, pues se ha visto que la enseñanza de valores familiares tiene un peso importante para el desarrollo de algún tipo de psicopatología.

La Escala de Funcionamiento Familiar permitió a través del perfil de funcionamiento familiar identificar las funciones o factores familiares afectados en este grupo, que lleva a la disfuncionalidad de la dinámica familiar.

La adolescencia es considerada una crisis normativa a la cual se enfrenta la familia interactuando y repercutiendo en cada uno de sus integrantes. Huerta (1998) considera que la importancia de esta etapa del ciclo familiar será cómo se maneje sobre todo en el área de la comunicación que es la más vulnerable. Fernández (2001), en su modelo preventivo de riesgos psicosociales para

adolescentes y sus familias, considera que a la fecha una de las variables que se ha vinculado a la existencia de farmacodependencia es la comunicación padre-hijo. Dadas las características del instrumento utilizado se identificó la frecuencia de la disfuncionalidad en la comunicación en un 100% de la población estudiada que de acuerdo a los autores previamente mencionados es crucial en la funcionalidad familiar cuando hay presencia de alguna farmacodependencia debido a que la comunicación entre este grupo es incongruente, no clara, indirecta y muchas veces enmascarada, lo que lleva a la poca interacción de los adolescentes con los padres al considerarse poco escuchados o comprendidos

Otro de los factores presentes en la disfuncionalidad familiar de este grupo de adolescentes ha sido la conducta en sus diversas alteraciones ya sea de tipo antisocial, destructiva o violenta, englobadas en el instrumento de evaluación como la conducta disruptiva la cual se encontró, con disfuncionalidad del 100% a diferencia de lo descrito por Llanes y cols. (2001) que la reportan en el 42.7% en un estudio descriptivo de poblaciones marginadas en México, en la que la causa era una mayor disponibilidad de la droga en dichas comunidades y no al ámbito familiar, con esto se puede observar que este autor proporciona mayor importancia a la red social que a la familiar, contrario a lo que se encontró en este estudio debido a que los adolescentes no tenían características sociodemográficas propias de regiones marginadas, en tanto se da más importancia a los patrones familiares.

Por otra parte, de León Bello (2001), en un estudio de dos poblaciones en busca de factores de riesgo para la presencia de farmacodependencia, cita a la conducta disruptiva como psicopatología presente con más frecuencia en la población farmacodependiente estudiada y que la familia donde existe una cohesión adecuada, así como los lineamientos claros será la que podrá ser considerada de prevención; datos similares reportados por otros autores sobre la importancia de la familia en la presencia o no de la farmacodependencia en los adolescentes.

La autoridad y el control en la familia se encontró en un 90% de la población de este estudio de acuerdo a la literatura se ha encontrado que Caris (2001), en un estudio de poblaciones titulado factores de riesgo familiar asociados al consumo de drogas ilícitas en la población escolar de Chile, identifica la supervisión adecuada como factor protector con posibilidad de reducir hasta en un 60% el consumir alguna droga; Noller y Callan (1991), refieren que el ajuste social del adolescente se ve dañado cuando existe demasiado control familiar, por lo que deberá la supervisión ser un planteamiento adecuado de las normas familiares para el crecimiento individual e independiente del adolescente. Satir (1980) refiere a la fármacodependencia como una de las salidas del adolescente al tener padres autoritarios.

Por otra parte, en este estudio se observó que una de las funciones que presentaron menos disfuncionalidad fueron el afecto y el apoyo. Danton y Kampte (1994), las señala como elementos que podría ayudar al adolescente a no iniciarse o consumir algún tipo de droga. Fernández (2001), también identifica como protector las relaciones afectivas familiares.

VI. CONCLUSIONES

La disfuncionalidad familiar se encontró en el 100% de los adolescentes estudiados, mayor a lo establecido en la hipótesis.

Las áreas afectadas en la evaluación fueron la comunicación y la conducta, seguidas por alteraciones del afecto y la supervisión.

Se identificaron familias nucleares modernas con antecedente de ser semi-integradas, reconstruidas y con estrato socioeconómico bajo.

VII. PROPUESTAS

A nivel escolar debe haber conocimiento de las diversas formas de comunicación del adolescente, ganar empatía, dejar de verlo como el grupo etario problemático por su diversidad al actuar, a fin de realizar una intervención clara y no amenazante.

Dar a conocer al personal escolar que dentro de las alteraciones del funcionamiento familiar, la comunicación y la conducta disruptiva son los indicadores que en este estudio estuvieron alterados en el 100%, por lo que sería adecuado buscar estrategias para abordarlos de la manera mas pertinente por personal capacitado.

El orientador vocacional y el médico familiar deben indagar sobre la estructura familiar, el ciclo vital, las interacciones familiares como parte de su atención, con el fin de identificar los factores de riesgo para el consumo de alguna droga ilícita en algún miembro de la familia.

Capacitar a la familia del adolescente, profesores en su área escolar, al personal de salud, así como, a la sociedad en general para ayudar al adolescente en el abordaje del proceso de crecimiento tanto individual como social.

Se sugiere realizar un estudio de tipo comparativo en donde se pueda determinar como factor o no de riesgo el Perfil de Funcionamiento Familiar.

VIII. LITERATURA CITADA

- Ackerman NW. 1982. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires, Horme:141-148
- Atención en la consulta de medicina familiar IMSS. 2006. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>
- Bandura A. 1974. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. España, Alianza:191-205.
- Barbado J y cols. 2004. Individuo y familia. Grupo de habilidades en Salud Mental de la SEMG; 61:84-94.
- Camarena E. 2002. Instituto Mexicano del Seguro Social Información 2001. Estudios especiales. Encuesta Nacional de Adicciones.
- Caris L, Osorio M. 2001. Factores de riesgo familiar asociados al consumo de drogas ilícitas en la población escolar de Chile. Universidad de Chile. <http://www.conductasadictivas.org#19>
- Chávez H. 1992. Estructura y Función de la Familia: Introducción a la Medicina de Familia Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- Condori L. 2002. Funcionamiento Familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima metropolitana. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Tesis/Salud/Zavala_G_G/indice.htm
- Danton R, Kampte E. 1994. The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a literatre review. Adolescent; 29(114):475-495
- De León L, Pérez L. 2001. Tesis de psicología: Adaptación, validación y confiabilización del inventory of drug taking situations (IDTS) y el drug taking confidence questionnaire (DTCQ). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Diccionario Real Academia de la Lengua Española. 2004. <http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm>
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2002 México
- Espejel E, Cortés J, Ruíz-Velasco V. 1997. Escala de Funcionamiento Familiar. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala, Coordinación de Investigación y Posgrado.
- Espinoza A, Anzures B. 1999. Suicidio, homicidio y drogadicción en niños adolescentes. Rev Med Hosp Gral Mex; 3(62): 183-190

- Factores de protección, información para los padres. 2006. http://www.conadic.gob.mx/actualizacion/cirt/cirt_preencion/
- Fernández. 2000. Modelo preventivo de riesgos psicosociales para adolescentes y sus familias. Chimalli-DIF. UNICEF.
- Guzmán M. 2004. Tipología familiar y factores relacionados con las adicciones en la adolescencia. Tesis de Posgrado, Facultad de Medicina, UAQ. Querétaro, Qro.
- Huerta J. 2000. Medicina Familiar: la Familia en el proceso salud-enfermedad. Biblioteca de Medicina Familiar, ed. Alfil.
- Irigoyen. 2002. Fundamentos de la Medicina Familiar, 7ª edición. Medicina Familiar Mexicana.
- Irigoyen. 2002. Nuevos Fundamentos de la Medicina Familiar, 1ª. Edición. Medicina Mexicana Familiar.
- Irigoyen. 1993. Diagnóstico Familiar. Medicina Familiar Mexicana.
- Koplan J. 1994. Peer and parenteral influences and adolescents substances use. The Int J addict;9(5):647-657
- Ladero L, Lizasoain. 1998. Drogodependencias. España. Medica Panamericana.
- Llanes J, Elizondo A, Castro M. 2002. Percepción de riesgo psicosocial asociado al uso y abuso de drogas en 173 comunidades marginadas de 17 estados de la República Mexicana. Estudios en poblaciones especiales.
- Mendizábal J, Anzures B. 1999. La familia y el adolescente. Rev Med Hosp. Gral Mex; 3(62):191-197
- Mothner I, Weitz A. 1986. Cómo abandonar las drogas. España: Matínez Roca: 19-35
- Noller P, Callan V. 1991. The adolescent in the family. Rotledge.Londres.
- NOM-028-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- Otras drogas.2006. http://www.conadic.gob.mx/actualizacion/cirt/cirt_drogas/
- Rojas E. 1993. Prevalencia de consumo de drogas en población escolar. Salud Mental; 16(4):1-7

- Satir V. 1980. Psicoterapia familiar conjunta. La prensa medica mexicana. 2ª edición.
- Villatoro J, Medina-Mora M, Martínez M, Garfias A, Cíntora R. 2002. El consumo de drogas en estudiantes de bachillerato del Estado de Querétaro 2001. Encuestas con estudiantes: una población en riesgo. Encuesta Nacional de Adicciones.
- Villatoro J, Andrade P, Fleiz C. Medina-Mora M, Reyes I, Rivera G. 1997. La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. Salud Mental; 2(20)
- Villatoro J, Medina-Mora M. 1996. La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de adicciones. Salud Mental; 19(3):1-6

ANEXO 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de consentimiento informado para la participación de proyecto de investigación clínica.

Querétaro, Qro. ____ de _____ del 2006.

Por medio del presente, Yo _____ acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Perfil de Funcionamiento Familiar en los adolescentes con Farmacodependencia” al cual he sido invitado, previa información clara y veraz sobre lo que consiste dicho estudio. Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder un cuestionario y la finalidad que persigue dicho estudio, teniéndose en cuenta que toda información que se obtenga será para fines académicos y se mantendrá en forma confidencial.

Lugar y fecha.

Firma de autorización del entrevistado

Firma del investigador

ANEXO 2

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 _____

FAMILIOGRAMA

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

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 si?

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 quien 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 como 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 quien 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 quien 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 quiénes se les hace saber con claridad?
A quien se le hace saber

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 de aísla?

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

Evaluación de la Escala de Funcionamiento Familiar

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 sólo 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. Uno sólo 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.

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.

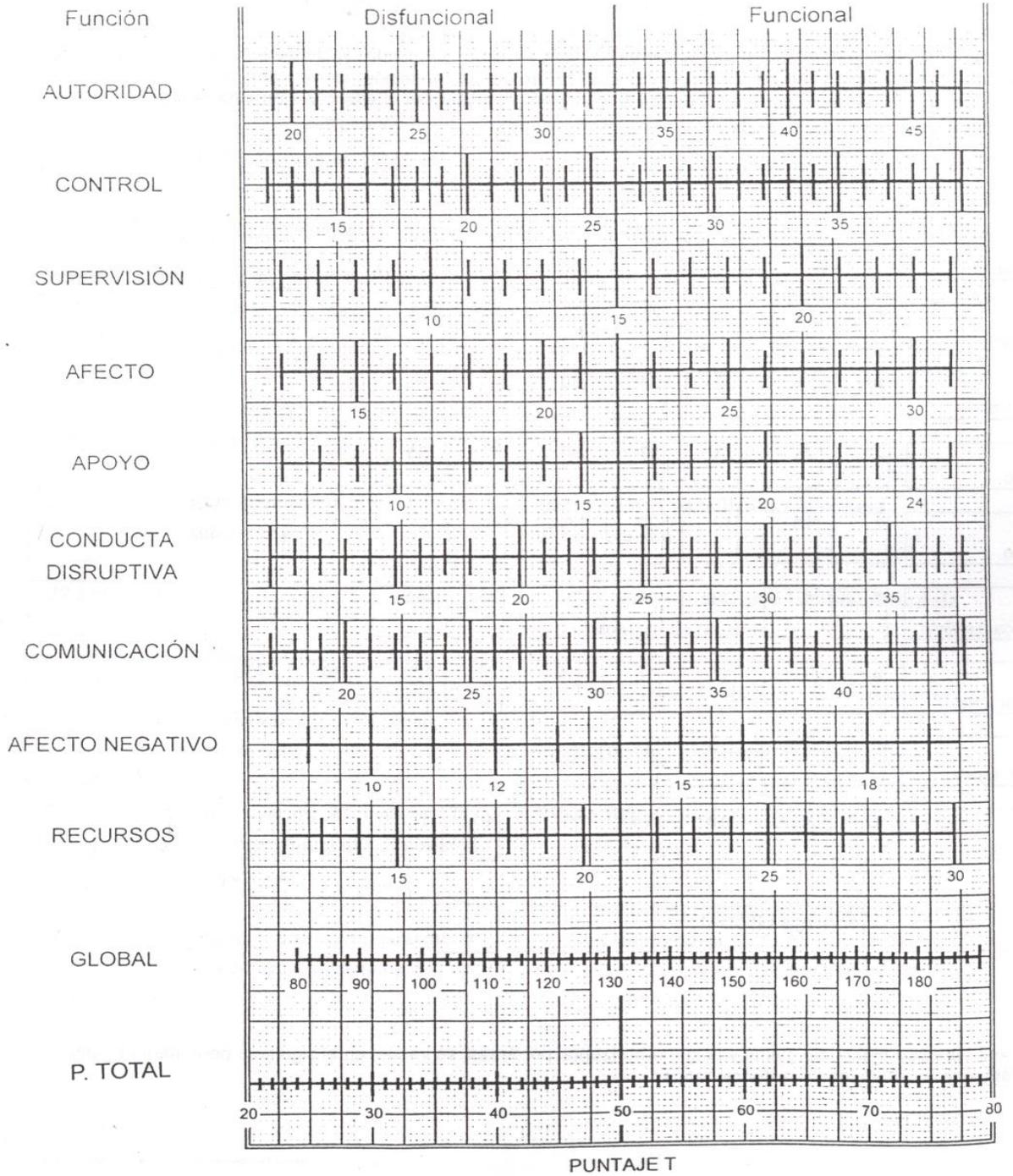
Función		SUMA
Autoridad	1 3 4 5 11 12 14 28 39 40	
Control	8 10 17 26 31 34 35 40	
Supervisión	16 25 26 28 30	
Afecto	22 23 24 27 31 32 33	
Apoyo	7 16 18 20 39 40	
Conducta disruptiva	5 9 36 37 38 39 40	
Comunicación	4 10 15 18 19 21 22 36 38	
Afecto negativo	6 15 29 34	
Recurso	2 12 13 14 17 40	
PUNTAJE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

Perfil de funcionamiento familiar

Familia: _____ Fecha de aplicación: _____
 Tiempo de formada: _____ Años Etapa de ciclo vital: _____
 Nivel socioeconómico: _____ Número de miembros: *Adultos* _____
 Adolescentes: _____ Niños _____ Tipo de familia: _____

64



ANEXO 3

SPMSQ de Pfeiffer

ítem	Pregunta a realizar
1	¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)
2	¿Qué día de la semana es hoy?
3	¿Dónde estamos ahora? (lugar o edificio)
4	¿Cuál es su número de teléfono? (si no tuviese teléfono, preguntar cuál es su dirección)
5	¿Qué edad tiene?
6	¿Cuándo nació? (día, mes y año)
7	¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?
8	¿Cómo se llamaba el anterior Presidente del Gobierno?
9	¿Cuál es el primer apellido de su madre?

Reste de tres en tres desde veinte
Puntuación máxima =10;
0-2 errores = intacto,
3-4 errores = leve deterioro intelectual,
5-7 errores = moderado deterioro intelectual,
8-10 errores = grave deterioro intelectual

ANEXO 4

MÉTODO DE GRAFFAR

En la parte superior del cuadro de la letras señalan las cuatro variables es que se basa el método; el puntaje va de 1 a 5 y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable.

	A	B	C	D
1				
2				
3				
4				
5				

0-4= Estrato alto, 7-9= Estrato medio alto, 10-12= Estrato medio bajo, 13-16 Estrato obrero, 17-20 Estrato marginal.

A) PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA.

1. Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
2. Profesional técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
4. Obrero especializado: tractorista, taxista, etc.
5. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.

B) NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE.

1. Universitaria o equivalente.
2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos).
4. Educación primaria completa.
5. Primaria incompleta, analfabeta.

C) PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS.

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar).
2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.) deportistas profesionales.
3. Sueldo quincenal o mensual.
4. Salario diario o semanal.
5. Ingresos de origen público o privado (subsidios).

D) CONDICIONES DE LA VIVIENDA.

1. Vivienda amplia, lujosa y óptimas condiciones sanitarias.
2. Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
3. Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias.
4. Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.
5. Vivienda improvisada, construida con materiales de deshecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.