



BIBLIOTECA CENTRAL
USO ÚNICAMENTE EN SALA

UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“MEJORANDO EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR”
UN TALLER PARA PADRES
COMO ALTERNATIVA PREVENTIVA DE LA
FARMACODEPENDENCIA**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA
CON ORIENTACION EN TERAPIA FAMILIAR

PRESENTA:

AIDA LUCELLY PINO CARRILLO

H. PUEBLA DE ZARAGOZA

JUNIO 1999



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A DIOS: Por la vida, y todo lo que de él he recibido. Así como por ayudarme a superar los obstáculos, que se me presentaron en el camino de la realización de esta tesis.

A MIS PADRES: Porque, con la ayuda de Dios me dieron la oportunidad de vivir, de estudiar y me educaron del mejor modo, de acuerdo a sus circunstancias, y porque sin su esfuerzo, amor y dedicación no sería quien soy.

A MI ESPOSO: Por su apoyo y comprensión que me han permitido realizar este sueño.

A MIS HERMANAS DARCET Y LAURA Y SUS ESPOSOS: Esperando que el presente trabajo les pueda dar algún apoyo en su tarea de ser padres.

A MIS SOBRINAS DARCET, KARLA MARIA E IVONNE STEFANNY: Por ser el aliento de mi vida y fuente de inspiración del presente trabajo. Esperando, que en la vida encuentren y desarrollen los factores de protección necesarios que les mantengan lejos del mundo de las drogas.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

Por brindarme la oportunidad de prepararme profesionalmente, dentro de ella, primero en el nivel de Licenciatura en Psicología, y ahora en la Maestría en Psicología Clínica con especialidad en Terapia Familiar.

AL DIRECTOR DE LA MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA.

Dr. Carlos Marínez Aguilar

Por el apoyo que me brindó durante la realización de esta Maestría, tanto a nivel personal como profesional.

A TODOS MIS PROFESORES

Por que a través de sus enseñanzas y experiencias, contribuyeron a mi formación como Terapeuta Familiar.

AL CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL

Por haberme facilitado la realización de este proyecto. En especial al Dr. Manuel Méndez Novelo, Director del Centro

Regional Puebla, a la Mtra. María de los Angeles Bautista Serrano, responsable del proyecto de Terapia Familiar, a la Ps. Magali Becerra Romero, responsable del proyecto de Orientación Familiar Preventiva, a la Ps. Claudia Velázquez Ramos, responsable de Biblioteca, y a mis compañeros Ps. Enrique Montero Clavel, Ps. Mercedes Reygadas Casas y T.S. Caridad Mercado Rosales, por su ayuda en la elaboración de esta tesis.

A LA MAESTRA EN PSICOLOGIA NORA GUADALUPE GURROLA SANCHEZ

Asesora de tesis

Por haber aceptado asesorarme en la realización de este proyecto, brindándome su guía, apoyo, tiempo y dedicación.

A LAS ESCUELAS QUE PARTICIPARON EN LA INVESTIGACION, A LOS PADRES DE FAMILIA DE FARMACODEPENDIENTES QUE COLABORARON EN ESTA, ASI COMO A LOS PADRES DE FAMILIA QUE FORMARON LOS GRUPOS DE PRIMARIA Y JARDIN DE NIÑOS.

A TODAS LAS PERSONAS QUE DE UNA U OTRA FORMA CONTRIBUYERON PARA LA REALIZACION DEL PRESENTE TRABAJO.

¡MUCHAS GRACIAS!

RESUMEN

Este estudio utilizó dos tipos de investigación:

Una exploratoria con 14 familias farmacodependientes atendidas en Centros de Integración Juvenil, cuyo objetivo fue relacionar farmacodependencia y disfuncionalidad familiar en Puebla. El instrumento utilizado fue: "Escala de Funcionamiento Familiar" (Espejel et al., 1995). Los resultados indican que la muestra de familias era disfuncional en promedio en forma global y en las áreas evaluadas, esto concuerda con investigaciones anteriores (Fernández y Reyes del Olmo, 1987; Malkus, 1994), corroborando la necesidad de mejorar el funcionamiento familiar para prevenir la farmacodependencia.

La segunda fue una investigación cuasiexperimental pre-post con dos grupos de padres de familia (de nivel sociourbano Medio Bajo y de colonias de Prevalencia y Alto Riesgo). Uno de Jardín de niños (n=12) y otro de Primaria (n=14), elegidos por muestreo estratificado. Su objetivo fue desarrollar un taller (ocho módulos) basado en las dimensiones de McMaster para mejorar el funcionamiento familiar y que sirviera de modelo en programas preventivos de farmacodependencia. Los instrumentos utilizados fueron:

"Ficha de Identificación" (Pino, 1998), "Instrumento de Valoración del Funcionamiento Familiar" (Epstein et al., 1983a) -para realizar aplicaciones grupales- y el Taller: "Mejorando el Funcionamiento Familiar" (Pino, 1998).

Los resultados indican la efectividad del taller en funcionamiento general (Jardín de niños $t=4.32$, Primaria $t=2.62$), global (Jardín de niños $t=-2.72$, Primaria $t=-6.63$) y respuesta afectiva (Jardín de niños $t=-3.48$, Primaria $t=-3.17$). La t esperada era: Jardín de niños $=2.201$, Primaria $=2.160$ con nivel de significancia de 0.05.

SUMMARY

This research was divided in two parts. The first was a explorer research, with 14 families with chemical dependency, they were patients in Centros de Integración Juvenil, the aim was identify the relation between chemical dependency and familiar disfunctionality in Puebla city. The instrument was: The Family Functioning Scale (Espejel et al. , 1995). The results indicated that families`sample was disfunctional global and each areas, this was according with previous researchs (Fernández y Reyes del Olmo, 1987; Malkus, 1994). It showed improvent family functions is necessary.

In the second part the research was cuasiexperimental pre-post. It had two groups of parents (their stratification was low middle class and high risk for chemical dependency), one of Kindergarten (n=12) and other of Elementary school (n=14). The selection was stratified and the objective was to prove the effective of a parents training program, about of the improvent of the global family functioning and the each McMater areas.

The instruments was a Identification questionnaire (Pino,1998), the McMaster Family Assessment Device (Epstein

et al. 1983a)-for a grupal aplication- and a parents training program (Pino, 1998).

Results: The training program was effective in general functioning (Kinder $t=4.32$, Elementary $t=2.62$), global (Kinder $t=2.72$, Elementary $t=-6.63$), and affective responsiveness (Kinder $t=-3.48$, Elementary $t=-3.17$), the expecting "t" was in Kinder= 2.201 and Elementary= 2.160 with a significance level $=0.05$.

INDICE GENERAL

Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Resumen	iv
Indice General	viii
Lista de Gráficas	xiii
Lista de Tablas	xiv

C A P I T U L O I

INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del Problema	7
1.2 Hipótesis	9
1.3 Variables	10
1.4 Objetivos	11
1.5 Importancia del Estudio	11
1.6 Limitaciones del Estudio	14
1.7 Definición de Términos	15

C A P I T U L O II

REVISIÓN DE LA LITERATURA:

LA FAMILIA EN LA PREVENCIÓN DE LA FARMACODEPENDENCIA

2.1 Conociendo el problema: La Farmacodependencia	22
2.1.1 ¿Qué es Farmacodependencia?	22
2.1.2 Una Tipología de usuarios de drogas	26
2.1.3 ¿Por qué surge la farmacodependencia?	27
2.2 Familia	31
2.2.1 Todos nos influimos	32
2.2.2 Estructura familiar	35
2.2.3 Funcionamiento familiar	37
2.2.3.1 Solución de problemas	37
2.2.3.2 Comunicación	39
2.2.3.3 Roles	43
2.2.3.4 Respuesta afectiva	45
2.2.3.5 Involucramiento afectivo	48
2.2.3.6 Control de conducta	49
2.3 Familia y Farmacodependencia	53
2.3.1 Solución de problemas y farmacodependencia	57
2.3.2 Comunicación y farmacodependencia	58
2.3.3 Roles y farmacodependencia	59
2.3.4 Respuesta afectiva y farmacodependencia	60
2.3.5 Involucramiento afectivo y farmacodependencia.	62

2.3.6 Control conductual y farmacodependencia	62
2.4 Prevención	
2.4.1 ¿Qué es prevención?	64
2.4.2 Modelos preventivos	68
2.4.3 ¿Qué es un programa preventivo?	70
2.4.4 La prevención en Centros de Integración Juvenil	74
C A P Í T U L O III	
METODOLOGÍA	
3.1 Sujetos	81
3.2 Instrumentos	83
3.2.1 Ficha de Identificación. (FI, Pino Carrillo, A., 1998)	84
3.2.2 Escala de Funcionamiento Familiar. (Espejel, E., Cortés, J., y Ruíz Velasco, V., 1995)	84
3.2.3 Instrumento de Valoración del Funcionamiento Familiar (FAD, Epstein B. N., Baldwin L. M., Bishop S.D., 1983)	87
3.2.4 Taller: "Mejorando el Funcionamiento Fami- liar para Prevenir la Farmacodependencia".	89
3.3 Procedimiento	93

C A P Í T U L O IV

RESULTADOS	97
------------	----

C A P Í T U L O V

DISCUSIÓN

5.1 Interpretación de los resultados	117
5.2 Conclusiones	123
5.3 Recomendaciones	134

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136
----------------------------	-----

APENDICE A Ficha de Identificación. (FI., Pino Carrillo A., 1998)	143
---	-----

APENDICE B Escala de Funcionamiento Familiar. (Espejel, E., Cortes, J. y Ruíz Velasco, V., 1995)	145
--	-----

APENDICE C Instrumento de Valoración del Funcionamiento Familiar (FAD, Epstein, B. N., Baldwin, L. M. Bishop, S. D., 1983).	159
---	-----

APENDICE D Programa del Taller: "Mejorando el Funcionamiento Familiar para Prevenir la Farma-	
---	--

codependencia". (T. Pino Carrillo, A., 1998) 162

APENDICE E Criterios para la Estratificación

Sociourbana

171

LISTA DE GRÁFICAS

NUMERO		PAGINA
1	Edad promedio de los padres del farmacodependiente.	98
2	Ocupación del padre del fármaco- dependiente.	99
3	Ocupación de la madre del fármaco- dependiente.	100
4	Puntajes T de Funcionamiento Familiar en familias de farmacodependientes.	105
5	Sexo de los padres del grupo de Jardín de Niños.	107
6	Ocupación de los padres del grupo de Jardín de Niños.	107
7	Sexo de los padres del grupo de Primaria.	111
8	Ocupación de los padres del grupo de Primaria.	111

LISTA DE TABLAS

NUMERO		PAGINA
1	Edad de los padres del Farmacodependiente	98
2	Ocupación del padre del Farmacodependiente	98
3	Ocupación de la madre del Farmacodependiente	99
4	Colonia de procedencia de los padres del Farmacodependiente	101
5	Escolaridad de los padres del Farmacodependiente	101
6	Estado civil de los padres del Farmacodependiente	102
7	Tiempo de unión de los padres del Farmacodependiente	102
8	Sexo de los hijos de los padres del grupo de Farmacodependientes	103
9	Sexo de los Farmacodependientes	103
10	Escolaridad de los hijos de padres de Farmacodependientes	104
11	Ocupación de los hijos del grupo de padres de Farmacodependientes	104
12	Puntajes promedio de las áreas de funcionamiento familiar en familias de Farmacodependientes	105

13	Sexo de los padres del grupo de Jardín de Niños	106
14	Ocupación de los padres del grupo de Jardín de Niños	107
15	Colonia de procedencia de los padres del grupo de Jardín de Niños	108
16	Escolaridad de los padres del grupo de Jardín de Niños	108
17	Estado civil de los padres del grupo de Jardín de Niños	109
18	Tiempo de unión de los padres del grupo de Jardín de Niños	109
19	Sexo de los hijos del grupo de Jardín de Niños	109
20	Escolaridad de los hijos del grupo de Jardín de Niños	110
21	Sexo de los padres del grupo de Primaria	110
22	Ocupación de los padres del grupo de Primaria	111
23	Colonia de procedencia de los padres del grupo de Primaria	112
24	Escolaridad de los padres del grupo de Primaria	112
25	Estado civil de los padres del grupo de Primaria	113

26	Tiempo de unión de los padres del grupo de Primaria	113
27	Sexo de los hijos del grupo de Primaria	114
28	Escolaridad de los hijos del grupo de Primaria	114
29	Ocupación de los hijos del grupo de Primaria	115
30	Resultados de la prueba "t" en el grupo de Jardín de Niños	115
31	Resultados de la prueba "t" en el grupo de Primaria	116
32	Resultados de la prueba "t" global para ambos grupos	116

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La farmacodependencia es un fenómeno social que se ha convertido en un problema de salud pública y específicamente de salud mental (Ponce, B. y Medina M. , 1986).

En México el problema de las drogas ha llegado principalmente por influencia de países como Estados Unidos, así por ejemplo el "cristal" (metanfetamina cristalizada) entró a nuestro país por la ciudad de Tijuana ya que ésta se producía en San Diego California, ciudad que colinda con la anterior (Mejía, 1996).

Sin embargo, la familia, puede ser un medio de contención del problema, ya que todo ser humano nace dentro de una estructura familiar concreta, recibiendo de ella su dotación biológica y dependiendo de ésta, en forma casi absoluta. Es allí donde aprende a expresar o no sus emociones o sentimientos, así como donde se va a dar la estimulación para desarrollar sus procesos de pensamiento, por lo tanto, la familia es la unidad esencial de crecimiento y experiencia, de fracaso y realización (Macías, 1981).

"Ampliamente reconocida es la importancia de la familia en la génesis, mantenimiento y uso de drogas " (Staton , M.D. 1979, Klagsburg M. 1977, Wagner F. 1986, Amador C. 1986 citados por Sánchez, F. 1989) ya que la familia es donde pasa el individuo gran parte de su vida, principalmente los primeros años, puede ser considerada como "la unidad básica de salud y enfermedad" (Ackerman,1978). Es así que la familia puede propiciar o mantener la patología individual (en este caso la farmacodependencia) e incluso ha sido posible encontrar ciertas características comunes a las familias con miembro farmacodependiente como:

La historia de alcoholismo familiar, generalmente en el padre, comunicación más analógica que digital, límites difusos con la familia de uno o ambos esposos, falta de límites claros entre los subsistemas parental y conyugal, alianza entre la madre y el P.I. así como el alejamiento físico y/o funcional del padre, entre otras (Fernández y Reyes del Olmo, 1987).

Por otra parte, el estudio de Kopera Frye 1991 (citado en Schmitz, 1995), encontró que en la medida en que la comunicación con los padres sea más efectiva se mejorará la relación padres e hijos y las características de éstos, (por ejemplo, se harán menos vulnerables al stress disminuyendo la probabilidad de deprimirse y ser antisociales, lo que

influirá positivamente en su salud mental, social y emocional).

Además, de acuerdo con Staton 1979, podemos decir que el hijo con problemas de drogas cumple frecuentemente una función para los padres, que es la de servir como canal de comunicación.

Es así, que el importante papel que juega la familia en el origen de la salud o la enfermedad de sus miembros hace necesario enfocar los esfuerzos preventivos hacia ella.

La familia, cubre una serie de funciones básicas para el desarrollo de los individuos, y en especial, la pareja, inicio de la familia, posee tareas específicas, vitales, para el funcionamiento de ésta, y la salud de los miembros depende en gran parte de la actitud que tanto el padre como la madre tienen entre sí y hacia los hijos.

Se consideran áreas importantes dentro del funcionamiento familiar, la solución de problemas, comunicación, roles, respuesta afectiva, involucramiento afectivo y control conductual. En la medida en que la familia sea más efectiva en cada una de éstas, favorecerá la salud de sus miembros (Epstein, et al., 1983b).

Cuando la familia no cumple sus funciones básicas, provoca en sus integrantes ansiedad, insatisfacción o rebeldía, lo cual puede predisponer a la farmacodependencia (C.I.J. 1995).

De acuerdo a estudios realizados, se sabe que la farmacodependencia se ha manifestado principalmente en ciertos grupos sociales que por sus propias características se encuentran más expuestos, siendo estas poblaciones urbanas con una gran densidad poblacional y crecimiento industrial (C.I.J., 1992).

Puebla, a pesar de ser considerada como una ciudad con bajo consumo de drogas, (de acuerdo a los resultados del estudio epidemiológico realizado por Centros de Integración Juvenil en 1995), se ubica, en la región centro del país, que tiene un consumo de drogas alguna vez en la vida de 3.1 por ciento, por lo que no se puede considerar ajena al problema, ya que existen condiciones, tanto sociales como familiares e individuales que favorecen la existencia de éste, presentándose principalmente en población joven entre 19 y 25 años (Encuesta Nacional de Adicciones 1993 citada en C.I.J., 1995).

Entre los factores de riesgo detectados en el estudio básico de comunidad, realizado en 1995, por el Centro de Integración Juvenil se encuentran:

1. Tener entre 15 y 19 años y haber consumido alcohol alguna vez en la vida.

2. Trabajar además de estudiar y buscar menor información dentro de la familia nuclear, prefiriendo obtenerla de amigos, vecinos y compañeros.

3. Ser joven y vivir en zonas de Prevalencia (colonias en las que se ha detectado un elevado índice de farmacodependencia, en Puebla: Rivera Anaya, Xonaca, La Luz, Loma Bella, Amalucán, Analco, Centro y El Alto) o Alto Riesgo (colonias que geográficamente rodean a las anteriores).

4. Ser niño o joven viviendo con estrés familiar y no resolviendo los problemas directamente.

5. Ser de sexo masculino, obtener bajos ingresos y vivir con estrés familiar.

6. Elevada Tasa Media de Crecimiento Anual y crisis económica.

Por otra parte en el mismo estudio se consideran como factores protectores los siguientes:

1. Adaptabilidad familiar.

2. Recurrir a la familia nuclear en busca de apoyo moral y afectivo.

3. Recurrir a redes familiares para intercambios de bienes y servicios.

4. Respuesta organizada autónoma de la comunidad.

5. Alta cohesión familiar

6. Existencia de grupos religiosos y de autoayuda.

De acuerdo a lo anterior, y reconociendo que el problema de la farmacodependencia es multicausal (individual, social y familiar), el presente estudio pretende incidir a nivel de la familia, ya que esta juega un papel importante como factor protector.

Esto, ya ha sido considerado por el Centro de Integración Juvenil (C.I.J.). Institución dedicada a la prevención, tratamiento e investigación del problema de la farmacodependencia, por lo que entre sus programas preventivos cuenta con uno llamado O.F.P. (Orientación Familiar Preventiva) que es dirigido especialmente a padres de familia con el fin de prevenir este problema, sin embargo teniendo en cuenta que a la fecha solo se han realizado estudios de opinión en relación a éstos talleres y no una investigación en la que se demuestren los cambios producidos por efecto de un taller dirigido a padres sobre el funcionamiento de la familia para la presente investigación este será un objetivo a lograr.

Es así que teniendo como marco de referencia la Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1968), la Teoría de la comunicación humana (Watzlawick, et al. 1967), el enfoque comunicacional de Virginia Satir (1991) y el enfoque estratégico-estructural (Haley, 1979; Minuchin, 1977 y 1981) .

Y considerando, que el problema de la farmacodependencia requiere atención inmediata desde los 3 niveles de prevención, el presente trabajo tiene como objetivo, evaluar si la participación de los padres de familia en un taller, podrá producir cambios positivos en el funcionamiento familiar, con lo cual se coadyuve a la disminución de la probabilidad de que en éstas se presente la farmacodependencia.

Planteamiento del problema,

Debido, a que el fenómeno de la farmacodependencia, va en aumento en la ciudad de Puebla, es de vital importancia para la sociedad, encontrar medios que ayuden a disminuir la probabilidad de que esto continúe.

Por tanto, siendo la familia un factor generador de salud o enfermedad, se dirigirá hacia ella la presente investigación, específicamente se trabajará con los padres, ya que estos tienen un nivel jerárquico superior en ésta, (Haley, 1979) y por tanto son quienes más fácilmente podrán favorecer cambios en el funcionamiento familiar, por el poder que social y naturalmente poseen sobre sus hijos para fijar límites tanto con el exterior como dentro del sistema, así como para establecer y hacer cumplir con reglas y roles a través de una comunicación funcional con sus hijos. Es así,

como se visualiza la posibilidad de que un Taller para Padres pueda ser efectivo en la prevención del fenómeno antes mencionado.

Es importante, hacer notar que aunque existen diversos Talleres para padres, elaborados por psicólogos, no se conoce el que hayan sido probados científicamente en cuanto haber comprobado que provocan cambios en el funcionamiento familiar, la presente investigación pretende llenar este vacío existente.

De acuerdo a lo anterior, este estudio pretende despejar la interrogante :

¿Es posible que un Taller para Padres pueda favorecer cambios positivos en el funcionamiento familiar y así prevenir la farmacodependencia?

Lo anterior implica mejorar el funcionamiento total, pudiéndose mejorar una o más de las áreas incluidas en éste. Los cambios específicos serían: mejorar la habilidad de la familia para resolver problemas, favorecer que la comunicación sea más clara y directa, favorecer que los miembros de la familia cumplan con los roles que les corresponden, mejorar la habilidad para responder afectivamente, aumentar el interés en los miembros de la familia respetando su individualidad y mejorar el modo de mantener el control de comportamiento de los miembros.

Hipótesis.

a) Hipótesis de Trabajo:

Si se participa en el taller para padres de familia entonces se mejorará el funcionamiento familiar, disminuyendo la probabilidad de que se presente la farmacodependencia en las familias.

b) Hipótesis Estadísticas:

1. Hi: Deberá existir una diferencia significativa en los puntajes de la prueba t global y de funcionamiento general antes y después del taller para padres

2. Hi: Deberá existir una diferencia significativa en los puntajes de la prueba t en la dimensión de solución de problemas antes y después del taller para padres.

3. Hi: Deberá existir una diferencia significativa en los puntajes de la prueba t en la dimensión de comunicación antes y después del taller para padres.

4. Hi: Deberá existir una diferencia significativa en los puntajes de la prueba t en la dimensión de roles antes y después del taller para padres.

5. Hi: Deberá existir una diferencia significativa en los puntajes de la prueba t en la dimensión de respuesta afectiva antes y después del taller para padres.

6. Hi: Deberá existir una diferencia significativa en los puntajes de la prueba t en la dimensión de involucramiento afectivo antes y después del taller para padres.

7. Hi: Deberá existir una diferencia significativa en los puntajes de la prueba t en la dimensión de control conductual antes y después del taller para padres.

Variables.

Variable Dependiente: Puntajes t de Funcionamiento familiar global.

Variable Dependiente: Puntajes t de funcionamiento general

Variable Dependiente: Puntajes t de resolución de problemas.

Variable Dependiente: Puntajes t de comunicación.

Variable Dependiente: Puntajes t de roles.

Variable Dependiente: Puntajes t de la respuesta afectiva.

Variable Dependiente: Puntajes t de involucramiento afectivo.

Variable Dependiente: Puntajes t de control conductual.

Variable Independiente: Taller para padres "Mejorando el funcionamiento familiar".

la práctica clínica, ya que se podrán plantear con mayor certeza objetivos destinados a mejorar el funcionamiento familiar como una forma de dar tratamiento al problema de la farmacodependencia, lo cual recalcará la importancia de trabajar con la familia en los casos en los que se presente este problema.

Por otra parte, también tiene la finalidad de realizar una investigación que muestre que tan susceptible es una familia a tener cambios en su funcionamiento familiar, por el hecho de participar en un taller para padres de familia, contribuyendo así a proporcionar datos que nos indiquen que cambios son factibles y cuales no debido a la naturaleza del taller.

También se aspira a orientar la actividad en el campo de la prevención de la farmacodependencia, ya que siendo este un problema actual, es importante contar con herramientas de efectividad probada cuando intentamos disminuir esta enfermedad contemporánea.

Desde otra perspectiva, también quiere servir de apoyo a los padres de familia ayudándoles a crear conciencia de sus tareas y de cómo mejorar el funcionamiento familiar, ya que muchas veces no se cuestionan la mejor forma o método para educar a los hijos, y se limitan a repetir, en ocasiones,

inconscientemente, las pautas de conducta aprendidas de sus padres y que algunas veces no son las más idóneas.

El taller, pretende proporcionar conocimientos y vivencias que les permitan a los padres participantes reflexionar sobre su labor, así como crearles conciencia de que la familia es un sistema en el cual todos los miembros se influyen mutuamente, y por tanto su función como padres repercutirá en la conducta de sus hijos.

A través del taller, se pretende que los padres puedan tener una mejor perspectiva de la farmacodependencia, concibiéndola como una enfermedad y no como un vicio, haciéndolos conscientes de que la familia puede ser una estructura de contención que puede favorecer la salud entre sus miembros.

Así mismo, el presente estudio representará una aportación en el campo de la investigación de la farmacodependencia, así como vendrá a brindar material en el campo de la práctica preventiva con familias.

Así podemos hablar de que los beneficiados con esta investigación serán directamente las familias que participen en este estudio e indirectamente las familias que más adelante puedan beneficiarse con su participación en talleres de eficacia comprobada, así también se espera se beneficien

los psicólogos dedicados a actividades preventivas y en general de un modo indirecto la comunidad poblana que tendrá la posibilidad de contar con una herramienta que favorecerá la salud de la población.

Limitaciones del Estudio.

Las limitantes del presente trabajo fueron:

En el presente estudio se mantuvo un control limitado de las variables extrañas por el mismo hecho de no ser una investigación experimental, sin embargo, se estableció un control por constancia de condiciones, debido a que fue un estudio pre-post, controlándose así las características individuales de los sujetos, (sexo, edad, escolaridad, nivel socioeconómico) en las dos muestras. También se mantuvieron constantes condiciones como la actitud del conductor del taller, siendo éste el mismo, además de que las instrucciones para la aplicación del instrumento de evaluación, así como las de los ejercicios del taller fueron las mismas. Pero, el hecho de que el tamaño de las muestras haya sido reducido (una de 12 y otra de 14 sujetos), limita la generalización de los resultados de éste. Además el hecho de haberse realizado en horario matutino, sesga la muestra, ya que participaron una mayoría de mujeres, sin embargo esto (las condiciones del

horario y la asistencia mayoritaria de mujeres) es parte de la realidad de trabajo.

Además haber utilizado un solo instrumento de evaluación del taller, también es limitante.

Otras variables no controladas fueron: la honestidad con la que contestaron los cuestionarios, alguna(s) experiencia(s) reciente(s) en sus relaciones (sea del día o la semana), así como el estado de ánimo que presentaron en el momento de contestar las pruebas.

Otra limitante fue la muerte experimental, que fue de 5 sujetos, lo cual redujo el número de participantes.

Definición de términos.

Afectividad: "Configura el aspecto interno del comportamiento y compenetra toda la vida psíquica del hombre" (Galli, 1986).

Autoestima: "Es la percepción que la persona tiene de sí misma con respecto a su capacidad para controlar su propia vida" (Satir, 1991).

Control de comportamiento: "Es el patrón de comportamiento que la familia adopta para manejar situaciones físicamente

peligrosas; situaciones que involucran el encuentro y la expresión de necesidades psicobiológicas y situaciones que involucran comportamiento interpersonal socializador entre los miembros de la familia, como con las personas ajenas a ella" (Epstein et al., 1978).

Involucramiento afectivo: "Es la magnitud con la que la familia muestra interés y valora las actitudes particulares y los intereses de sus miembros" (Epstein et al., 1978).

Comunicación: "Es toda conducta verbal o no verbal . Implica dar y recibir información" (Satir, 1991).

Comunicación clara: "Es cuando el contenido del mensaje no es camuflageado, confuso o vago" (Epstein et al., 1983).

Comunicación directa: "Es cuando los mensajes van hacia los objetivos apropiados sin ser desviados a otras personas" (Epstein et al., 1983).

Comunicación enmascarada u oscura: Es aquella donde el contenido del mensaje es camuflageado, confuso o vago (Epstein et. al., 1978).

Comunicación indirecta: Es aquella en la que el mensaje no va hacia el objetivo apropiado o es desviado hacia otras personas (Epstein et al., 1978).

Dependencia a sustancias: "Es un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continua consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia" (DSM-IV, 1995).

Empatía: "Es la capacidad para sumergirse en el mundo subjetivo de los demás y para participar en su experiencia en la medida que la comunicación verbal y no verbal del otro lo permita" (Rogers, C. & Kinget, M. 1967).

Estructura familiar: Es el "conjunto de funciones que organizan la manera como interactúan los miembros de la familia" (Sauceda, 1981). Esta tiene 5 parámetros que permiten observar la funcionalidad o no de la familia, estos son: jerarquía, límites, alianzas, territorio o centralidad, y geografía o mapa.

Familia: "Grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura de la familia, que a su vez rige el funcionamiento de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca" (Minuchin & Fishman, 1981).

Familia con miembro farmacodependiente: Es aquella en la que por lo menos uno de sus miembros es farmacodependiente. "Es una familia en la que las reglas se han hecho rígidas por lo que es difícil adaptarse a una nueva etapa de desarrollo por lo que surge la farmacodependencia para preservar la homeostásis" (Fernández Cáceres y Reyes del Olmo, 1987).

Familia de origen: "Es la familia en la que nacemos" (Bowen, 1991).

Factores de protección: "Son aquellos que reducen el impacto del riesgo, situaciones que de una forma u otra inciden en la no emergencia del consumo" (Hawkins, J. D. 1992).

Factores de riesgo: "Son atribuidos a características personales, familiares o ambientales que existen antes del uso de alcohol y otras drogas (AOD) y son estadísticamente asociadas al incremento de riesgo en el abuso" (C.I.J., 1998).

Farmacodependencia: "Es un conglomerado de fenómenos fisiológicos, de conducta, y cognoscitivos de variable intensidad en los que el uso de la drogas psicoactivas adquiere un alto grado de prioridad. Las características descriptivas necesarias son preocupación con el deseo de obtener y tomar la droga y conducta persistente de búsqueda de la droga. Los factores determinantes y las consecuencias

problemáticas de la farmacodependencia pueden ser biológicas, psicológicas o sociales y operan generalmente en forma recíproca" (O.M.S., 1993).

Funcionamiento familiar: Se entiende como la manera en que una familia realiza sus funciones familiares tales como son la resolución de problemas, comunicación, distribución de roles, expresión de afectos, involucramiento afectivo y control conductual, variando desde el extremo más eficaz al menos eficaz en cada función (Epstein, et al. 1983).

Grupo familiar: "Sistema relacional abierto en interacción dialéctica con otros sistemas" (Andolfi, M. 1977.)

Prevención: Es etimológicamente. "Ver las cosas antes de que sucedan". La Organización Mundial de la Salud distingue tres tipos de prevención: "La primaria o prevención propiamente dicha, la secundaria o tratamiento y la terciaria o rehabilitación. La prevención primaria se dirige a lo que sucede antes del desarrollo del problema; en sentido general quiere decir: "evitar la aparición del proceso o problema" (O.M.S. 1974).

Resolución de problemas: Se refiere a la "habilidad de la familia para resolver problemas, manteniendo un nivel de funcionamiento familiar efectivo" (Epstein et al. ,1978).

Para Epstein, los problemas familiares pueden dividirse en dos:

- a) Instrumentales: Asuntos mecánicos tales como proveer dinero, alimentación, etc.
- b) Afectivos: Son los relativos a emociones o sentimientos.

Respuesta afectiva: "Es la habilidad para responder a los estímulos dados con la calidad y cantidad adecuada de sentimientos".

La calidad de las respuestas se determina en base a dos aspectos:

1. Si se responde con todo el espectro de sentimientos de la experiencia de la vida emocional humana y
2. Si la emoción experimentada es consistente con los estímulos y la situación.

El aspecto cuantitativo se refiere al grado de respuesta afectiva y varia en un continuo desde una ausencia de respuesta hasta una respuesta excesiva (Epstein et al., 1978).

Roles: "Son patrones repetitivos del comportamiento, con el que los miembros de la familia cumplen las funciones familiares. Hay funciones que deben ocuparse constantemente, si quiere mantenerse efectividad y salud en el sistema" (Epstein et al., 1978).

Sistemas: "Son partes en interacción, son complejidades organizadas donde la causalidad es circular" (Von Bertalanffy, 1968).

Sistema familiar rígido: Es aquel que "es incapaz de encontrar nuevos equilibrios ante la variación de su ciclo vital" (Andolfi M., 1985).

Sobreprotección: Es poner "una barrera alrededor de él (o ella) impidiendo que se enfrente a cualquier situación desagradable, como preocupaciones, problemas, cansancio, etc., de tal forma que las personas encargadas de su cuidado asumen las decisiones, reponsabilidades y problemas que les corresponden y hacen todo lo posible para solucionárselos de la mejor manera y sin involucrar al(a) niño(a)" (Pick, S. et al., 1995).

Taller: "Es una técnica que implica el desarrollo de ciertas características" ... Tiene "la siguiente estructura"

1. Admite grupos pequeños (10-30 participantes)
2. Tiene propósitos y objetivos definidos
3. Combina técnicas didácticas que propician el conocimiento a través de la acción.
4. Promueve el desarrollo de las capacidades.
5. Se adapta a las necesidades de los participantes.

(González Nuñez J. de J., Monroy A. y Kufferman S., 1986).

CAPITULO II

REVISION DE LA LITERATURA

LA FAMILIA EN LA PREVENCION DE LA FARMACODEPENDENCIA

2.1 Conociendo el problema: La farmacodependencia.

2.1.1 ¿ Qué es farmacodependencia?.

Farmacodependencia, es un término que surge para sustituir el de drogadicción, quitándole su carácter de vicio y enfatizando que es una enfermedad. En el intento de clarificar su significado, ha sido definido y redefinido en múltiples ocasiones, estando así en una constante evolución.

El Comité de expertos de la O.M.S. hizo la última revisión publicada del concepto en 1993 definiéndolo como: "un conglomerado de fenómenos fisiológicos, de conducta, y cognocitivos de variable intensidad en los que el uso de la drogas psicoactivas adquiere un alto grado de prioridad. Las características descriptivas necesarias son preocupación con el deseo de obtener y tomar la droga y conducta persistente de búsqueda de la droga. Los factores determinantes y las consecuencias problemáticas de la farmacodependencia pueden ser biológicas, psicológicas o sociales y operan generalmente en forma recíproca".

Otros términos asociados con el problema y definidos por el mismo Comité son:

Uso nocivo: Este término se usa actualmente en lugar del de abuso, que venía utilizándose anteriormente y se define como "el hábito de consumo de sustancias psicoactivas que causan daño a la salud física o mental".

Dependencia: Sustituye a los términos de habituación y adicción. Y se define como "el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco".

La dependencia y el uso nocivo interfieren en el funcionamiento del individuo en forma diferente de acuerdo con el contexto social, cultural y religioso.

Síndrome de abstinencia: Después de la administración reiterada de ciertas drogas que causan dependencia, como opiáceos, barbitúricos y alcohol, la abstinencia puede intensificar la conducta de avidez o apetencia de la droga, por la necesidad de aliviar las molestias causadas por la privación o producir alteraciones fisiológicas lo suficientemente graves como para requerir tratamiento médico".

Tolerancia: "Es la reducción de la sensibilidad a un fármaco después de su administración reiterada, con la necesidad de dosis mayores para producir la misma cantidad de efecto producido anteriormente por una dosis más pequeña. Este incremento de la dosis tal vez se necesite por las alteraciones del metabolismo del fármaco o por la adaptación celular fisiológica o del comportamiento a los efectos el fármaco".

El DSM-IV, no usa el término farmacodependencia, sino dedica un capítulo a los trastornos relacionados con sustancias, definiendo tales como: "los relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos".

Más adelante indica que "los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirio inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias, y trastorno del sueño inducido por sustancias)".

Así posteriormente define la dependencia de sustancias como "un grupo de síntomas cognocitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continua consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia".

Como sustancia considera a "una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico". En dicho manual, se citan 11 clases de sustancias que son: "alcohol, alucinógenos, anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar, cafeína, cannabis, feniciclina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar, inhalantes, nicotina, opioides y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos". Aunque aclara que varias sustancias comparten propiedades como el alcohol con los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y la cocaína con las anfetaminas y simpaticomiméticos de acción similar. (DSM-IV, 1995).

Por otra parte, viendo el fenómeno de la farmacodependencia desde el punto de vista epidemiológico, encontramos que el 4.8 por ciento de la población en México y 3.1 por ciento en la Región Centro (donde se encuentra ubicada Puebla) ha consumido drogas alguna vez en la vida. Además, entre 1986 y 1988, (de acuerdo al número de personas

que solicitaron ayuda para tratamiento en C.I.J.), la proporción de consumo en cuanto a sexo, es de 10 hombres por cada mujer, siendo en el 75 por ciento de los casos su edad entre 12 y 34 años, y las sustancias de mayor consumo los inhalantes seguidos de la marihuana (C.I.J., 1994 e idem. 1995).

Desde el contexto sistémico, se considera que la farmacodependencia surge por que la familia vuelve rígidas sus pautas de interacción, lo que dificulta que se adapte a las siguientes fases de su desarrollo ocasionando el surgimiento del síntoma con el fin de preservar la homeostasis.

La farmacodependencia puede manifestarse en una familia porque el P.I. la ve como la única manera de que los padres permanezcan juntos.

El uso de drogas es una solución paradójica al dilema de permanecer o salir de la familia. (Fernández Cáceres y Reyes del Olmo, 1987).

2.1.2 Una tipología de usuarios de drogas.

En el C.I.J. (1992) se consideran con fines diagnósticos 4 tipos de usuarios que son:

Grado I, Experimental: Es la persona que por curiosidad ha probado algún tipo de droga. No es propiamente un farmacodependiente.

Grado II, Social: Usa drogas en situaciones pasajeras o sociales. Es quien se reúne, probablemente una vez a la semana con los amigos con el fin de usar drogas. O bien usa las drogas para conciliar el sueño o aliviar estados depresivos.

Grado III, Funcional: Es quien consume la droga pero aún trabaja o estudia. Sin embargo ha establecido ya tal dependencia que no pueden dejar de consumir.

Grado IV, Disfuncional: Es quien ha dejado de ser productivo socialmente (ya no trabaja, ni estudia) y se dedica a consumir la droga. Su vida gira alrededor de la droga, obtenerla y consumirla. Ya no puede prescindir de ella en ningún momento de su vida, lo que le lleva a un deterioro social, familiar y personal.

A la persona que ha dejado de consumir drogas los últimos 6 meses se le llama: Exfarmacodependiente.

2.1.3 ¿Por qué surge la farmacodependencia?

La farmacodependencia en un principio se concibió como originada por una sola causa, sin embargo posteriormente se conceptualizó como un fenómeno multicausal, en el cual inciden factores tanto individuales, como familiares y sociales (C.I.J. 1992).

Actualmente, se han realizado investigaciones con el fin de identificar los factores de riesgo, en relación al problema, considerando a éstos como, aquella característica personal, familiar o ambiental que existe antes del uso del alcohol y otras drogas y que se encuentra asociada estadísticamente al incremento de la probabilidad de abuso (C.I.J., 1998a).

Entre algunos de los factores de riesgo individuales de acuerdo a C.I. J. (1998a) encontramos:

Baja autoestima (White et. al., 1987), altos niveles de angustia (Shedler y Block 1990; White et. al. 1987), altos niveles de depresión (Kandel, et.al. 1986; Paton y Kandel, 1978; Paton et. al. 1977; Smith y Fogg 1978), bajos niveles para evitar riesgos hacia lo dañino o perjudicial (White et. al. 1987), altos niveles de impulsividad, hostilidad y desinhibición (Brounstein et. al. 1989; White et. al. 1987; Girrelman et. al., 1985), baja religiosidad (Jessor et. al. 1980; Kandel 1982; Schlegel y Sandborn, 1979; Penning y Barnes 1982), rebeldía y resistencia a la autoridad (Block et. al. 1988; Kandel 1982; Smith y Frogg 1987; Goldstein y Sappington, 1987), gran necesidad de autonomía (White et. al. 1987), pasividad (White et.al. 1987), dificultad para establecer relaciones interpersonales (Brounstein, et. al. 1989; Shedler y Block 1990), curiosidad cuando el grupo de

pares usa drogas (Dinger y Oetting, 1993; Lishner, 1987; Higgins, 1988 y Bentler, 1989), baja resistencia a las presiones del grupo (Parker y Ashner 1987; Coie y Kuperschmidt , 1983).

Por otra parte, en el mismo listado aparecen factores sociales de riesgo, entre los que se encuentran:

Crisis de valores sociales, corrupción, violencia e injusticia, sociedad permisiva ante el consumo, publicidad hedonista y consumista, transculturación, migración de población joven sin tutores, emigración de padres de familia, vivir en zona turística, vivir en un lugar que es polo en desarrollo o capital de estado, uso inadecuado del tiempo libre, hacinamiento poblacional, disponibilidad de las drogas, vivir en zonas de producción o narcotráfico, elevado índice de desempleo, elevado índice de promiscuidad y prostitución, alta tasa de niños en y de la calle. Cabe mencionar que todos los anteriores fueron detectados en investigaciones realizadas directamente por el C.I.J. entre 1990 y 1996.

Así mismo, entre los factores familiares de riesgo (citados en C.I.J 1998a), en relación al consumo de drogas y alcohol se han identificado los siguientes:

Padres consumidores o permisivos en cuanto al consumo de alcohol o drogas (Johnson et. al. 1984; Tec 1974; Loningers, et. al. 1985), fácil acceso de éstas en la familia (Ahmed y Bush, 1984), ausencia física de alguno de los padres (Steinberg, 1991), padres temperamentamente violentos (Beltrán, et. al. 1984), distanciamiento afectivo de los padres o de otros integrantes de la familia (Hirschi, 1969; Steinberg, 1991; Kandel et. al. 1987; Noren y Hebeisen, 1984), expectativas poco realistas sobre los hijos (Reilly, 1979), crisis de valores familiares tradicionales (Brook et.al. 1990), altos niveles de tensión y malestar familiar (Reilly, 1979, Farrington, Callagher, Morley, Ledger 1985; Rutter y Giller, 1983), débiles vínculos familiares (Hirschi, 1969; Steinberg, 1991; Baumrind, 1983; Penning y Barnes, 1982; Robins, 1980), inconsistencia en pautas de autoridad y límites (Kaufman, 1979; Baumrin, 1983; Reilly, 1979; Kandel et. al. 1987), poca capacidad para reconocer y manejar sentimientos (Reilly, 1979), comunicación crítica y falta de respeto (Reilly, 1979), inducción de sentimientos de culpa como mecanismo materno de control (Brook, 1988) y poca supervisión por parte de los padres (Dryfoos, 1990).

Además, también se han ubicado ciertas características comunes en las familias de farmacodependientes que son: que la madre tiende frecuentemente a ser sobreprotectora, mientras el padre es una figura lejana, muchas veces surge un miembro complementario: "el bueno". También se ha observado

frecuentemente, la existencia de duelos no resueltos de personas significativas. (Fernández Cáceresy Reyes del Olmo, 1987).

Sin embargo, aunque son muchos los factores de riesgo, es posible tomar medidas a nivel individual y social para protegernos de éstos, sin embargo el papel que juega la familia como elemento de contención es indispensable (C.I.J., 1998a).

2.2 Familia.

Históricamente, la familia, es la unidad básica de la sociedad, generadora de salud y enfermedad (Ackerman, 1978).

Es así que aunque su forma ha variado según las diferentes épocas, posee finalidades biológicas (perpetuación de la especie, alimentación, etc.), psicológicas (satisfacción de necesidades afectivas) y sociales (transmisión de normas y valores) básicas (C.I.J. 1997a).

Aunque existen diversas concepciones de lo que es la familia, de acuerdo con los fines de este estudio, a continuación se revisará únicamente el concepto sistémico de lo que es la familia.

2.2.1 Todos nos influimos:

La familia es un sistema, esto significa que todos sus elementos (padres e hijos) se influyen unos a otros. Esta idea tiene como base la Teoría General de Sistemas.

Dicha teoría, surge en 1925 y su autor es Ludwing Von Bertalanffy. Es él, quien ante el hecho de que las explicaciones causales lineales (causa-efecto), no bastaban para explicar ciertos fenómenos biológicos y científicos, concibe una visión sistémica, que es más totalizadora, organísmica y que ve la circularidad de la causalidad (Von Bertalanffy 1968).

Es así que, desde este enfoque, "La familia es un todo orgánico, un sistema relacionado que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales". (Andolfi, 1985)

En palabras de Satir (1991), la familia, consta de varias partes individuales, siendo cada una fundamental y encontrándose en relación con las otras partes. Para alcanzar un cierto resultado, cada una es un estímulo para las otras. Por lo que los conflictos son interdependientes.

Los supuestos básicos de la teoría general de sistemas en relación con la familia son (Epstein et al, 1978) :

1. Todos los miembros de la familia están interrelacionados.

2. Cada miembro de la familia no puede ser entendido en forma aislada del resto de la familia.

3. El funcionamiento familiar no puede ser comprendido a partir de cualquiera de sus partes por separado.

4. La estructura de la familia y su organización son factores importantes que determinan el comportamiento de los miembros de la familia

5. Los patrones transaccionales del sistema familiar dan forma a la conducta de los miembros de la familia.

Según Lauro Estrada (1975), la familia como todo organismo vivo nace, crece se reproduce y muere pasando así por una serie de etapas que son: El desprendimiento, el encuentro, la llegada de los hijos, la adolescencia de éstos, el reencuentro y la vejez.

En cada una de éstas se deberán resolver tareas o crisis y aportar los complementos a las necesidades de sus miembros.

La familia en sus diferentes fases protege a sus miembros permitiéndoles ensayar y fracasar dentro de ella con "protección, tolerancia, firmeza y cariño". En ellas se busca la "satisfacción casi total de las necesidades emocionales" (Estrada, 1975).

En su existencia regula el funcionamiento a través de dos mecanismos principales: el control homeostático y una red de comunicaciones (Andolfi, 1985). El primero, le da una estructura temporo-espacial propia, y la segunda favorece o no la salud de sus miembros.

Andolfi (1985), aplica tres aspectos de las teorías sistémicas a la familia: Su constante transformación, su autogobierno, y el considerarla un sistema abierto en interacción con otros sistemas.

Satir (1991), tomando un punto de vista práctico dice que hay familias que son sistemas cerrados y otras abiertos diferenciándolos con base en varios factores, de acuerdo con su punto de vista, elaboró el siguiente cuadro sinóptico:

	SISTEMA CERRADO	SISTEMA ABIERTO
AUTOESTIMA	Baja	Elevada
COMUNICACION	Indirecta, poco clara, inespecífica, incongruente, limitante del crecimiento.	Directa, clara, específica, congruente, favorece el crecimiento
REGLAS	Encubiertas, anticuadas, la gente cambia sus necesidades para adaptarse a las reglas establecidas.	Manifiestas, actualizadas, cambian cuando se presenta la necesidad.
RESULTADO	Accidental, caótico, destructivo, inadecuado.	Relacionado con la realidad, adecuado, constructivo

Sin perder de vista lo anterior se mencionarán en el apartado siguiente las características de la estructura del sistema familiar.

2.2.2 Estructura Familiar:

"Es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia". Establecen de qué manera, cuando y con quién se pueden relacionar (Minuchin, 1977).

Sauceda (en Macías, 1981), retomando a Minuchin y sintetizándolo dice que, existen básicamente 5 parámetros que organizan el modo en que interactúan los miembros de una familia y que por tanto conforman la estructura familiar.

Para él, éstos parámetros, nos permiten percatarnos de lo funcional o disfuncional del grupo familiar. Tales parámetros son:

a) Jerarquía o autoridad: Se refiere a como se distribuye la autoridad dentro de la familia. Lo más funcional en la mayoría de las familias es que la tengan los padres, principalmente cuando los hijos son menores. Ellos deben comprender las necesidades de los hijos y no imponer cargas superiores a sus fuerzas, para mantener la funcionalidad familiar.

Además, la jerarquía requiere que en situaciones excepcionales o críticas tenga flexibilidad para que la familia sea saludable. Cada persona pertenece a diferentes subsistemas y en cada uno de éstos adquiere diferentes niveles de autoridad como hijo, como hermano, como esposo, padre, etc. Sin embargo, es muy importante que la jerarquía quede bien definida en cada contexto de la vida familiar.

b) Límites: "Una familia adecuadamente organizada tiene límites claramente definidos". Los límites generacionales son aquellas fronteras imaginarias que dividen los roles particulares de padres e hijos; son las reglas que diferencian y definen los derechos y obligaciones de padres e hijos. Los límites son adecuados cuando los padres se comportan como padres y los hijos como tales. También deben existir límites claros entre la familia y otros subsistemas como por ejemplo la familia extensa, amigos, vecinos, etc.

c) Alianzas: Se llama alianza a la "asociación abierta o encubierta, entre dos o más miembros de la familia". Las más funcionales son las que incluyen a miembros de la misma generación o sexo. "Cuando las alianzas son rígidamente persistentes o cuando se dan entre miembros de diferentes generaciones con el objeto de perjudicar a un tercero... son patológicas y se llaman coaliciones".

d) Territorio o centralidad: "Es el espacio que cada quien ocupa en determinado contexto". Cuando un padre se limita a traer dinero a la casa se dice que es periférico ó que ocupa poco territorio o centralidad.

e) Geografía : "Este parámetro consiste en la distribución de los miembros de la familia al ir a dormir, comer, viajar en coche, lo que se puede representar en un esquema o mapa que muestre la organización familiar".

2.2.3 Funcionamiento Familiar.

Cuando la estructura familiar entra en acción se puede hablar de funcionamiento familiar. A continuación revisaremos los puntos que considera importantes el Modelo McMaster de Funcionamiento Familiar.

2.2.3.1 Solución de problemas.

Se define como la habilidad para resolver problemas manteniendo un funcionamiento familiar efectivo (Epstein, et al., 1983b).

Por estudios realizados, los diseñadores del Modelo McMaster, se dieron cuenta de que todas las familias tienen que enfrentarse a problemas relacionados con tres áreas: de las tareas básicas (incluye solución de problemas instrumentales), de las tareas de desarrollo (incluyen las crisis dadas por el paso de una etapa a otra) y de las tareas riesgosas (que son los imprevistos: muertes, accidentes, separaciones, etc.).

Los problemas en estas áreas eran de dos tipos: instrumentales (que se refieren a proveer dinero, alimento,

ropa, etc.) y afectivos (que se refieren a las emociones como el enojo o la tristeza).

Así se dieron cuenta que las familias que no resuelven los problemas instrumentales, rara vez son efectivas en la solución de los problemas afectivos. Sin embargo, las familias que no resuelven los problemas afectivos pueden resolver adecuadamente los problemas instrumentales.

Con base en dichas investigaciones llegaron a la conclusión de que lo que hacía a una familia funcional, o disfuncional no era el tipo, ni el número de problemas que enfrentaba sino el hecho de como les daban o no solución.

Cuando las familias no pueden negociar para resolver efectivamente los problemas, desarrollan dificultades como la inadaptación crónica o la psicopatología.

Aunque el origen de los problemas puede ser diverso: comunicación, estilo de vida, familia de origen, crianza de los hijos, relaciones con los hijos, mitos familiares, dinero, sexo, valores, amistades, roles e intereses, entre otros, (Sager, 1980; citado en Campos 1995), como producto de las investigaciones realizadas por el grupo de McMaster se identificaron 7 pasos para la resolución de éstos, que son los siguientes:

1. Identificar el problema. Es saber cuál es el problema. Hacer ésto, es recorrer el camino hacia su solución (Campos, 1995).

2. Comunicarse con las personas apropiadas a cerca del problema: Significa dirigirse a quien puede tener más información que nos ayude a solucionar el problema o a quien de algún modo está involucrado con el problema. Esto ayuda a establecer, relaciones humanas más saludables (Satir, 1991).

3. Desarrollar una serie de posibles alternativas de solución: Aquí se pensará en todo aquello que se nos venga a la mente aunque al principio pueda parecer una idea loca.

4. Decidirse por una alternativa: Esto es revisar las alternativas, analizarlas y elegir una.

5. Llevar a cabo la alternativa elegida: Esto implica pasar del pensamiento a la acción.

6. Monitorear para asegurarse que la acción fue llevada a cabo: Es vigilar que se realice.

7. Evaluar la efectividad del proceso de solución de problemas: Implica poner con anticipación una fecha para verificar el resultado de la alternativa elegida.

2.2.3.2 Comunicación.

Siendo que la comunicación existe aun antes de que el ser humano nazca, y determina el tipo de relaciones que establece, así como lo que le pasa en el mundo, es un factor importante en el proceso de salud y enfermedad de la familia (Satir, 1991; Pick, 1995).

Desde la perspectiva sistémica encontramos varias definiciones de comunicación entre las que destacan:

"Comunicación es toda conducta" (según Morris, citado en Watzlawick et al. 1967). Para Satir (1991) y Chagoya (en Macías, 1981), comunicarse es el proceso de dar, recibir o intercambiar información.

Para Minuchin (1981), "es el factor más importante que determina el tipo de relaciones que vaya a tener una persona con los demás y lo que suceda en el mundo que les rodea".

Watzlawick (1967), formula varios axiomas en relación a la comunicación humana, que a continuación se citarán:

1. No es posible no comunicarse. Esto se refiere a que tanto la palabra como el silencio, son formas de comunicación.

2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido (información) y un aspecto relacional (como debe ser entendida).

3. La naturaleza de la relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación. Esta, causa conflicto en las relaciones porque distorsiona la realidad calificando una conducta por ejemplo de mala o loca.

4. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. La comunicación digital se refiere a la

transmisión del contenido. La comunicación analógica es la no verbal, (gestos, postura, expresión facial, inflexión de la voz, secuencia, ritmo, etc.).

5. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios. La interacción simétrica se encuentra basada en la igualdad, mientras la interacción complementaria se basa en la diferencia. En una relación sana ambas deben estar presentes en alternancia o en diferentes áreas.

Satir (1991), menciona que la manera de comunicarnos depende de nuestros valores, nuestras expectativas del momento y nuestros conocimientos.

Por otra parte, la comunicación de acuerdo con su contenido se subdivide en las áreas instrumental y afectiva (Epstein et. al. 1983b): Cuando hablamos acerca del jardín, del dinero y otros aspectos materiales tenemos una comunicación instrumental y cuando lo hacemos acerca de nuestros sentimientos o emociones nuestra comunicación es afectiva. La comunicación afectiva permite mayor intimidad entre los miembros, la comunicación instrumental es necesaria, pero si se abusa de ella puede dañar las relaciones familiares.

Además, de acuerdo con Epstein et al., (1983b), la comunicación puede ser clara u obscura, directa o indirecta.

Lo claro u obscuro se establecen como extremos dentro de un continuo, donde el foco del contenido del mensaje puede ser claramente establecido o camuflageado, turbeo o vago. La comunicación clara es específica o sea dice qué, cómo, cuando o dónde exactamente. La claridad en la comunicación verbal, puede aumentarse dando cierto énfasis o acompañándola de otras comunicaciones no verbales cuando la palabra no es suficiente para explicar algo (Freedman, A.M., Kaplan, HI, Sadock, B.J., 1975 citados, en Macías 1981). Las contradicciones entre el lenguaje verbal y no verbal reflejan, en cambio una comunicación obscura.

Lo directo o indirecto están en un continuo donde el mensaje va a la persona adecuada o se desvía a otras personas.

Por lo tanto hay cuatro estilos de comunicación: Clara y directa, clara e indirecta, obscura y directa, y obscura indirecta.

Lo más saludable es una comunicación clara y directa, en ambos aspectos instrumental y afectivo. Cuando se da este tipo de comunicación se favorece la integración familiar, en cambio cuando enviamos mensajes contradictorios, conflictivos o confusos se pueden dar problemas en la familia afectando la

salud emocional de sus miembros individuales y favoreciendo con esto que se presente la farmacodependencia.

Así mismo, es importante recalcar, que la comunicación no debe ser devaluante ya que si lo es dañará la autoestima, en especial de los niños. Por lo que es importante aprender a darse espacios para relajarse y no hablar cuando se está tenso (Pick et al., 1995).

2.2.3.3 Roles.

Para los diseñadores del Modelo McMaster (Epstein, et al., 1983b), los roles son los patrones repetitivos de conducta con que los miembros de la familia cumplen con las funciones familiares.

Ellos identificaron 5 funciones como la base de ciertos roles necesarios en la familia, éstas son las siguientes: Provisión de recursos, educación y apoyo, gratificación sexual adulta, desarrollo personal y mantenimiento y dirección del sistema familiar (que incluye la toma de decisiones, el establecimiento de fronteras entre la familia y el exterior, así como de las funciones de los miembros, en relación a actividades, control de conducta, mantenimiento financiero y las relacionadas con la salud).

Además, el grupo de McMaster considera 2 aspectos adicionales: La asignación de roles, que se refiere a qué roles va a desempeñar cada quien, y los roles de

responsabilidad, que incluyen los procedimientos para asegurar que se cumplan las funciones de cada quien.

En cuanto a este tema, Satir (1991), habla de que cada miembro de la familia juega diferentes papeles como son el rol de persona (que todos pueden jugar), el de ser padre o madre, esposo o esposa (en el caso de los progenitores) y el de ser hermano e hijo (en el caso de los miembros procreados). Ella hace énfasis, en que algunas disfunciones familiares, se deben a la confusión que se tiene en relación al concepto del papel que tiene cada quien dentro del grupo.

Surgen conflictos cuando las personas se dejan absorber por un rol, así por ejemplo, si una mujer se deja absorber por su rol de madre, será difícil que deje ir a sus hijos en el momento que ellos lo necesitan (dificulta el desprendimiento), además de que en lo individual, se puede presentar una crisis de identidad cuando los hijos se van (¿quién soy, si mi principal papel ha sido ser madre y ya no tengo a mi hijo?), por lo que se recomienda para tener una buenas relaciones familiares y maritales, establecer metas personales, y dedicar un tiempo a la pareja como tal. (Estrada 1975, Ehrlich 1989).

Por lo anterior, es importante darse cuenta de todos los roles que se juegan, y de que cada individuo reflexione, considerando sus circunstancias (etapa del ciclo vital en la

que se encuentra, nivel socioeconómico, etc.) sobre que tiempo necesita dedicar a cada uno de ellos.

2.2.3.4 Respuesta Afectiva.

Cada percepción sensible provoca en nosotros, no solo el conocimiento de la misma sino un estado de agrado o desagrado en relación a ella, a estas reacciones se les llama estados afectivos. De aquí que para favorecer el desarrollo de la habilidad para expresar nuestros afectos, se tenga que partir desde el reconocimiento de nuestras sensaciones (Eagan, 1981).

Expresar lo que sentimos es una necesidad. Algunas de las formas básicas de expresión, son sentir el calor y el contacto, como demostró Harlow en sus investigaciones (citado en McCandless & Trotter, 1981).

En otros estudios realizados se ha visto que niños que son privados del contacto, que les pueda transmitir afecto, tiene mayores dificultades para su desarrollo afectivo, motriz, social e intelectual; además sus defensas inmunológicas son menores (C.I.J., 1998b).

El poder responder afectivamente es una habilidad, que cuando se posee hace posible que la persona pueda responder a los estímulos dados con la cantidad y calidad adecuada de emoción o sentimiento (Epstein et al., 1983b).

En cuanto a la calidad de la respuesta afectiva hay dos aspectos que deben considerarse:

1. Si los miembros de la familia demuestran habilidad para responder con todo el espectro de la vida afectiva humana.

2. Si los afectos experimentados (emociones o sentimientos) son consistentes con los estímulos o la situación.

El grado de respuesta afectiva varía desde ausencia de respuesta hasta una respuesta excesiva, esto constituye el aspecto cuantitativo de la respuesta.

Para el grupo de McMaster, no existe diferencia entre emociones y sentimientos, considerando dos categorías de afectos, "de bienestar" y "de emergencia". Ejemplos de emociones y sentimientos de bienestar son: calor, ternura, soporte, alegría, consuelo, y felicidad. Entre las emociones y sentimientos de emergencia se encuentran: el coraje, el miedo, la tristeza, la decepción y el odio.

En las familias, muchas veces existe dificultad para expresar amor o ternura hacia los hijos, ya que existen tabúes, que confunden al afecto con el sexo, e impiden la mayoría de las veces que los hijos puedan sentirse queridos y aceptados. Otros sentimientos que con frecuencia se ven

bloqueados en su expresión son: la tristeza (en los hombres) y el coraje (en las mujeres), ya que se considera que van en contra de los modelos sociales establecidos en relación a los roles femeninos y masculinos. En muchas ocasiones también se impide o crítica la expresión de sentimientos que "no se deberían tener". Esto puede producir tensión e incomodidad lo que es posible que derive en enfermedades psíquicas o físicas (Satir, 1991).

El reflejarles los sentimientos a los hijos puede favorecer que ellos aprendan a expresar sus emociones y sentimientos, además de que les ayuda a sentirse comprendidos (Pick, 1995).

Una familia sana es capaz de expresar todo el rango de emociones y sentimientos. En la mayoría de situaciones pueden experimentar la emoción o sentimiento apropiado con una intensidad y duración razonable. Sin embargo es importante considerar las diferencias culturales en la evaluación de la respuesta afectiva de la familia (Epstein et al., 1983b).

Por otra parte familias bastante saludables, pueden tener algún miembro que no sea capaz de expresar algún afecto en particular. También, ocasionalmente, puede haber momentos en que los miembros respondan con un afecto inapropiado y/o expresen de vez en cuando un episodio de baja o alta

respuesta a estímulos. Sin embargo lo inapropiado no llega a ser disruptivo (Epstein et al., 1983b)

2.2.3.5 Involucramiento afectivo.

Es "la medida en que la familia muestra interés y valora las actividades e intereses de sus miembros" (Epstein et al., 1983b).

La falta de interés, pero también un interés excesivo puede ser perjudicial para el desarrollo de los miembros de la familia.

El Modelo MacMaster ha identificado 6 tipos de involucramiento (Epstein et al., 1983b).

1. Ausencia de involucramiento: En este caso los miembros de la familia no se interesan, ni se involucran con el otro. No saben lo que le pasa al otro ni se ayudan para solucionar problemas.

2. Relación desprovista de afecto: En estas familias, puede existir algún miembro que se interese o involucre con algún otro. Sin embargo este interés es primordialmente intelectual.

3. Relación narcisista: Es aquella en la que un miembro de la familia se interesa en el otro, solamente en el grado que su conducta refleja el sí mismo de quien demuestra estar interesado.

4. Relación empática: Aquí el interés y el involucramiento se da con base en el respeto por los otros. Uno se puede poner en el lugar del otro. En la comunicación se expresa comprensión de sentimientos y contenidos.

5. Sobreinvolucramiento: Es el excesivo interés e involucramiento por el otro. Aquí se ubica la sobreprotección, que consiste en hacer que el niño no sufra y ésta entre otras cosas, interfiere en que se pueda llegar a tomar decisiones de una manera responsable y autosuficiente, creando sentimientos de inutilidad y conductas dependientes (Pick, S. et al., 1995).

6. Relación simbiótica: Se muestra un interés extremo y patológico en los otros. Este tipo de relación se da frecuentemente entre la madre y el hijo psicótico, en ésta no se ve una clara diferenciación entre "tú" y "yo" (Bateson et al., 1956).

De acuerdo a las investigaciones realizadas por el grupo de McMaster, la relación más efectiva es la empática y las menos efectivas son la simbiótica y la ausencia de relación.

2.2.3.6 Control de conducta.

Se refiere al patrón que una familia adopta para mantener el comportamiento adecuado de sus miembros, permiten manejar impulsos y ayudan a determinar lo que es bueno o malo (Epstein et al., 1983b, Espejel et al., 1995).

Aunque Espejel et al. (1995), separa reglas y modos de control de conducta, como dos funciones familiares diferentes, el modelo McMaster considera unidos estos dos conceptos.

Así, se puede hablar, de que una regla, es una guía o regulación establecida para cualquier acción, éstas, se rigen por el concepto del deber, sin embargo deben ser dinámicas para adaptarse a los requerimientos del ciclo vital (Satir, 1991).

Las reglas, son límites, que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia. Una de sus funciones es fijar fronteras entre una generación y otra (Espejel et al., 1995).

Sin embargo para que éstas sean funcionales es importante que sean conocidas por todos, estén actualizadas, permitan la libertad de expresión de los diversos miembros de la familia y que no existan temas prohibidos por ellas (Satir, 1991).

Las reglas, no deben convertirse en barreras familiares, en contra de la expresión de lo que es o ha sido, sino favorecer ésta, para permitir el crecimiento del yo. Ya que, si no permiten cuestionar, puede llegarse a suposiciones

equivocadas; si prohíben la expresión emocional se puede llegar a enfermedades físicas o mentales (Satir, 1991).

Los padres deben tomar acuerdos para fijar reglas que protejan a los miembros de la familia (Minuchin, 1981). En este sentido las reglas se encuentran relacionadas con la jerarquía, ya que, es en función de la autoridad o el poder, de los padres, como se van a fijar, cuando los hijos son pequeños, posteriormente en las familias funcionales, se dará cabida a que éstos influyan en su fijación.

Las reglas ayudan a mantener una conducta adecuada en 3 situaciones:

1. Situaciones de peligro.
2. Situaciones que involucran identificar, expresar y manejar las necesidades psicobiológicas (comer, beber, dormir, eliminar, sexo y agresión).
3. Situaciones que involucran conductas de sociabilización, fuera y dentro de la familia.

Existen 4 estilos de control conductual basados en variaciones de los estándares y de la flexibilidad (Epstein et al., 1983b).

1. Control conductual rígido: Los estándares son estrechos y especificados por la cultura y existe una mínima

negociación y variación de las situaciones. La jerarquía es lo más importante.

2. Control conductual flexible: Los estándares son razonables y hay oportunidad para negociar y cambiar dependiendo del contexto.

3. Control de conducta "laissez faire" o "dejar hacer": Los estándares no son sostenidos y se permite total flexibilidad sin importar el contexto.

4. Control caótico de la conducta : Existe un estilo casual y cambiante (en relación a adoptar cualquiera de los 3 estilos anteriores), de tal modo que los miembros de la familia no saben en ningún momento que estándares aplicar o qué cantidad de negociación es posible.

Se considera que la forma de control flexible es la más efectiva y la caótica la menos efectiva (Epstein et al., 1983b).

Las recompensas agradables (ya sean de tipo material o elogios y caricias), que se siguen después de realizar una acción favorecen su repetición. Los castigos físicos, verbales o instrumentales reducen la probabilidad de ocurrencia de una conducta que nos resulta molesta. Sin embargo el abuso del castigo físico puede llegar a lesionar a los niños física o emocionalmente y deja de ser efectivo como medio de control, por lo que se recomienda su uso únicamente en situaciones de peligro físico. El castigo verbal, suele no

dar resultados si no se acompaña de un castigo instrumental que es el quitar algo que al niño le gusta o interesa. El establecer negociaciones en las cuales se da algo a cambio de otra cosa pueden llegar a ser efectivas dentro de las familias, sin embargo será importante que los padres establezcan las áreas en las que se puede negociar y en las que no (UNAM, 1995).

2.3 Familia y Farmacodependencia.

Tomando en cuenta que la familia es un subsistema del contexto social más amplio, y el individuo un subsistema de ésta , cuando surgen presiones externas (como desempleo, migración u otras) o internas (por ejemplo paso de una etapa a otra del ciclo vital) y la familia mantiene rígidas sus pautas interaccionales puede surgir el síntoma de la farmacodependencia en algunos de sus integrantes (Fernández y Reyes del Olmo, 1987).

Denton & Kample (1994) encontraron que existe una fuerte relación entre el uso de drogas en adolescentes y el uso de drogas en la familia de éstos.

Malkus (1994), examinó las relaciones entre estructura familiar, factores dinámicos y abuso de sustancias en adolescentes. La relación entre cada factor de la dinámica

familiar (cohesión, adaptabilidad, fuerza y proximidad, satisfacción marital de los padres y uso de alcohol y drogas por parte de los padres) y el abuso de sustancias en adolescentes fue significativa. Los resultados sugieren que el uso de drogas y alcohol en adolescentes está muy influido por los factores familiares, y que los adolescentes que se abstienen de usar drogas y alcohol vienen de familias cualitativamente diferentes de aquellas familias en que los adolescentes las consumen.

Buelow, (1995) comparó familias con roles disfuncionales, problemas escolares y dependencia química con familias funcionales. Los resultados sugieren que el abuso de sustancias está asociado con una lenta asimilación del rol adulto y un riesgo para el uso de alcohol y otras drogas en los niños.

En las investigaciones del Centro de Integración Juvenil (1992), se encontró que las familias con miembros farmacodependientes, poseen vínculos muy estrechos con sus familias de origen, en contraparte tienen límites rígidos con el exterior, es frecuente encontrar una historia de alcoholismo principalmente en el padre. El síntoma surge generalmente para desviar el conflicto de la relación marital. La madre generalmente es sobreprotectora y el padre distante; existiendo también un manejo inadecuado de la agresividad. Por otra parte también existen "límites difusos"

entre padres e hijos, es decir no existen reglas ni roles definidos entre unos y otros. Existe generalmente una fuerte alianza entre la madre y el hijo que aleja al padre. El miembro farmacodependiente, es designado como "el problema", al mismo tiempo uno de sus hermanos cumple el rol del "hijo ideal".

Fernández y Reyes del Olmo, (1987) encontraron algunas características comunes en familias con miembros farmacodependientes que acuden a C.I.J.; son las siguientes:

1. Fuertes normas religiosas que sustituyen la búsqueda de alternativas propias.
2. Baja escolaridad y exigencia de superación académica a los hijos para avanzar en la pirámide social.
3. Mal manejo del tiempo libre.
4. Historia de alcoholismo familiar generalmente en el padre.
5. La comunicación es más analógica que digital.
6. Frecuente presencia de agresión familiar.
7. Límites difusos con la familia de origen de uno o ambos padres.
8. Falta de límites claros entre los subsistemas por lo que tienden al aglutinamiento
9. Falta de límites claros entre los subsistemas conyugal y parental con involucración de los hijos en éstos.
10. Alianza entre la madre y el farmacodependiente.

11. Alejamiento físico o funcional del padre, quien generalmente ejerce su autoridad agresivamente.

12. La madre es depresiva y/o ansiosa y generalmente se automedica.

13. Existencia de un miembro complementario al hijo problemático que es considerado hijo modelo.

Carvalho, Pinsky, de Souza & Carlini-Cotrim (1995) estudiaron las relaciones familiares y el consumo de drogas y alcohol, encontrando que los factores más asociados con el consumo de drogas fueron: violencia familiar, bajo nivel de diálogo y escaso interés paterno, en ese orden de importancia. En cuanto a los factores relacionados con el uso de alcohol se encontró en primer lugar el interés paterno y en segundo la violencia familiar.

Harbach & Jones (1995) encontraron que los padres de adolescentes con riesgo de utilizar sustancias no han sido tan felices como padres, y esto ha afectado la transmisión de creencias y valores.

Según Olson, Sprenkle & Russel (1989) las familias de farmacodependientes obtienen puntajes extremos en adaptabilidad y cohesión, de acuerdo con el modelo circunplejo de sistemas maritales y familiares. Por ejemplo, las familias de los alcohólicos tienen un nivel altamente significativo en los puntos extremos comparadas con las

familias no dependientes; teniendo diferencias en puntajes de 20 a 40 por ciento.

2.3.1 Solución de problemas y farmacodependencia.

La forma en que el adolescente soluciona sus problemas, es influida por la forma en que lo hace la madre, es así que si ha aprendido a huir de éstos evadiéndolos, eso muy probablemente hará (Lewis & Ferring, 1992, citados en Schmitz 1995).

Lo anterior, se nota claramente en las familia alcohólicas, en las que alguno de los padres evade problemas por este medio, y sus hijos muestran más probabilidad de consumir alcohol o drogas, que en las familias no alcohólicas (Finn et al., 1997).

Por otra parte, en una investigación realizada por Yeh, et al., en 1995, se encontró, al comparar familias con hijos adolescentes entre 13 y 15 años, que las familias con hijos farmacodependientes, estaban más frecuentemente en desacuerdo para resolver problemas, que las del grupo control. También encontraron que estas familias, se desaprobaban más en forma verbal entre ellos y se interrumpían más que las del grupo control.

Humes & Humphrey (1994), mencionan, que los padres de farmacodependientes, tienden a culpar a éste, de los

problemas que se desencadenan en la familia, aún cuando el origen pueda ser otro, como por ejemplo una comunicación confusa en la que se dan mensajes contradictorios.

2.3.2 Comunicación y farmacodependencia.

Debido a que la comunicación es un factor determinante de las relaciones que establecemos con los otros (Satir 1991), es uno de los factores que influyen importantemente en la farmacodependencia (Reilly, 1979 citado en C.I.J., 1998a).

Ya que la comunicación, puede modificar la cohesión (nivel de cercanía entre los miembros de la familia) y la adaptabilidad (capacidad de cambiar la estructura familiar), puede favorecer la salud o enfermedad de la familia (Olson et al., 1989).

Una madre que escucha a su hijo, platica con él, le explica razones y le dedica tiempo, favorece el desarrollo de la autoestima de éste, (Schmitz, 1995) lo cual disminuye la probabilidad de que llegue a ser farmacodependiente (Reilly 1979, citado en C.I.J., 1998a).

Por lo contrario, en las familias adictas, se encontró que la comunicación frecuentemente tenía mensajes mixtos de culpabilidad hacia los hijos, durante el periodo de autoafirmación de éstos (Ratti et al., 1996).

Yeh y Hedjesperth, en 1995, encontraron que los miembros de las familias con farmacodependientes, se desaprobaban más verbalmente entre ellos y se interrumpían más que los miembros del grupo control.

La comunicación disfuncional favorece el stress, y aumenta la probabilidad de que se presente la depresión y conductas antisociales (Kopera Frye, 1991, citado por Gómez, 1994), lo cual se encuentra asociado con la farmacodependencia (Kandel et al., 1986; Paton y Kandel, 1978; Paton et al. 1977; Smith y Frogg, 1978, citados en C.I.J., 1998a).

Es así que la comunicación positiva (mandar mensajes claros y congruentes, ser empáticos, escuchar reflexivamente y hacer comentarios de soporte), favorece la salud, en cambio la comunicación negativa (dobles mensajes, dobles vínculos, mensajes incongruentes y críticas descalificadoras), favorece la enfermedad (Olson et al., 1989).

2.3.3 Roles y farmacodependencia.

En la medida en que el padre limita tal rol, a ser proveedor debido a que la madre se centra en el niño y abandona sus roles de persona y esposa, se favorece que éste se vuelva periférico en relación a la familia y que la madre se sobreinvolucre con el hijo, y estas características familiares, se encuentran frecuentemente en familias de

farmacodependientes (Fernández Cáceres y Reyes del Olmo, 1987; Hirsh, 1961, Welpton, 1968, Seldin, 1972 en C.I.J. 1982). Es por esto que favorecer el desempeño de los diversos roles, ser padre o madre, esposos y personas favorece la salud mental de la familia (Ehrlich, 1989; Estrada, 1975).

Por otra parte, a medida que en la familia con miembro farmacodependiente, se hace más grande el abismo entre el hijo que es designado como "el problema", y el que cumple con el rol del "hijo ideal", el problema se agudiza (Fernández Cáceres y Reyes del Olmo, 1987).

Desde otra perspectiva, Buelow en 1995, encontró que la lenta asimilación del rol de adulto aumenta el riesgo para el consumo de alcohol y drogas.

2.3.4 Respuesta afectiva y farmacodependencia.

La importancia del contacto, como una forma de expresión afectiva, ha sido probado desde 1958 a raíz de los estudios Harlow (citado en McCandless & Trotter, 1981). Así pues las madres cariñosas y aceptantes favorecen el sano desarrollo de sus hijos (Backer, 1964, Rololin-Thomas, 1979, Baumrind, 1978, Hause, 1984, Olson - Melubbin, 1983, Bell-Bell, 1983, Groevant Cooper 1985, citados en Adams et. al., 1990).

Por otra parte, los adolescentes, pueden mantener una buena comunicación afectiva dentro y fuera de sus familias,

si en su familia se promueve esto (Scheneewind, 1990, citado en Schmitz, 1995). En cambio, el afecto negativo, se encuentra asociado con patologías como, la delincuencia (Badwin et al., 1988, Steinglass et al., 1987, citados en Fisher et al., 1992), el alcoholismo (Badwin et al., 1988, Steinglass et al., 1987, citados en Fisher et al., 1992; Finn, et al., 1997), y el abuso de drogas (Chassin et al., 1991, Hawkins, et al., 1992, citados en Chassin, 1995).

Por otra parte, las familias que no promueven el intercambio afectivo, tienen problemas en el manejo de la agresión y favorecen la farmacodependencia (C. I. J. 1982).

El afecto negativo puede conducir al uso de sustancias por diversos motivos:

1. Tratar de disminuir su impacto (Swaim et al., 1989, citado en Chassin, 1995).

2. Al dañar la autoimagen del adolescente, éste busca un grupo de pares que le ayude a restaurar este daño, lo que favorece la aparición de conductas delictivas y uso de drogas en la adolescencia (Kaplan, 1980, citado en Chassin, 1995).

Es importante que ambos padres expresen sus sentimientos a sus hijos, ya que ambos influyen en los valores, actitudes, perspectivas y conductas de los adolescentes (Schmitz, 1995).

Es así, que permitir la expresión emocional en la familia, favorece la salud de sus miembros, y no permitirle se asocia con problemas como tensión, hostilidad, insatisfacción marital y stress (Coyne, et al., 1987, Watson, 1988, Steidl, et al., 1980, Weiss & Heymann, 1990, Campbell, 1986, citados en Fisher et al., 1992).

2.3.5 Involucramiento afectivo y farmacodependencia.

El grado de cercanía o lejanía en la relación afecta la conducta (Epstein et al., 1978).

Las madres sobreprotectoras, favorecen que los hijos tengan un locus de control externo (perciben que el control depende de los poderosos o de la suerte), en vez de uno interno (control que depende de sí mismo), lo que favorece la depresión (Schmitz, 1995). Las relaciones simbióticas, también favorecen ésta (Marjolein, citado en González, 1996), la cual a su vez aumenta la probabilidad de que se presenten casos de farmacodependencia en la familia (Kopera Frye, 1991, citado en Gómez 1994, Bjotvin, 1985, Dyfoos, 1990, Higgies, 1988, Candel et al., 1978, Steinberg, 1991, citados en C.I.J., 1998a).

2.3.6 Control conductual y farmacodependencia.

De los diferentes estilos de control conductual, el más adecuado, en cuanto a favorecer la salud de los miembros de la familia es el control flexible (Epstein et al., 1983).

Las madres punitivas, que tienden a tener un control conductual rígido o caótico, se caracterizan por, castigar, regañar, gritar y golpear a sus hijos con mucha frecuencia, además de expresarles que son un "problema", que no los soportan, que no les gusta como son, y que les parecen mal la mayoría de las cosas que hacen, favorecerán que estos se depriman (Schmitz, 1995), con lo cual se incrementan el riesgo de que lleguen a ser farmacodependientes (Kopera Frye, 1991, citado en Gómez 1994, Bjotvin, 1985, Dyfoos, 1990, Higgies, 1988, Candel et al., 1978, Steinberg, 1991, citados en C.I.J., 1998a). Lo que se relaciona con que, los padres de farmacodependientes tienden a ser más hostiles que los de no farmacodependientes (Ratti, 1996).

Así pues, las reglas con que se manejan las emociones dentro de la familia pueden favorecer la salud o la enfermedad (Fisher et al., 1992). Y en general, déficits en el control parental favorecen la aparición de problemas de conducta (Stice & Barrera, 1995). En este sentido, Baumrid (1987, citado en Ratti, 1996), dice que los padres que son demasiado permisivos o restrictivos afectan el desarrollo del adolescente lo que facilita la aparición de conflictos, rebelión, inmoralidad y sentimientos de inadecuación, por tener demasiada o muy poca autonomía, lo que puede favorecer la aparición de la farmacodependencia.

2.4 Prevención.

2.4.1 ¿Qué es prevención?

La palabra prevención, significa "venir antes", de acuerdo al origen latino de la palabra (OMS, 1974).

En salud mental, es "el establecimiento de aquellas condiciones, que van a propiciar la vida emocional normal como el tratamiento de trastornos leves de conducta, con el objeto que las perturbaciones mentales serias puedan evitarse" (Carrol, 1972).

El objetivo de la prevención en materia de farmacodependencia, es a mediano y largo plazo, lograr reducir la demanda del consumo y promover al mismo tiempo un desarrollo saludable e integral del individuo (CICAD, 1997).

La OMS (1974), distingue tres tipos de prevención, "la primaria o prevención propiamente dicha, la secundaria o tratamiento, y la terciaria o rehabilitación".

La prevención primaria, se dirige a lo que sucede antes del desarrollo del problema, en sentido general quiere decir "evitar la aparición de un proceso o problema".

De acuerdo a Lewell y Clark (citados en, C.I.J. y S.S.A., 1989), así como el CICAD 1997, esta se divide en:

1. Fomento a la salud: que comprende actividades encaminadas hacia la salud y bienestar general.

2. Protección específica: en donde la labor preventiva está orientada hacia la enfermedad o estado específico.

Hassler 1982, menciona la educación como un método de prevención primaria, Kim 1981, recomienda que se apliquen estrategias tempranamente, antes de la aparición de algún signo del problema (citados en C.I.J. y S.S.A., 1989).

"La prevención secundaria se orienta al diagnóstico oportuno del padecimiento, con el fin de proporcionar el tratamiento temprano y completo y evitar la aparición de complicaciones, incapacidad y/o muerte" (OMS, 1974). Se dice que está principalmente dirigida a la población que ha empezado a consumir drogas, pero no tiene aún graves problemas de dependencia; para el C.I.J., serían los farmacodependientes grado I y II.

La prevención terciaria se destina a aquellos farmacodependientes, que por el daño que han sufrido no se espera que se recuperen totalmente, pero si que se limite éste y se logre rehabilitación y readaptación social (OMS, 1974).

De acuerdo a la Secretaria de Salud México (1994), la prevención debe favorecer la reducción de los factores de riesgo y aumentar aquellos que protegen al individuo del uso.

Como los factores de riesgo ya han sido mencionados anteriormente, se hará énfasis ahora en los factores de protección:

Un factor de protección "es toda intervención preventiva que se enfoque a reducir y moderar los efectos de los factores de riesgo" (Hawkins et al., 1992)

Entre los factores de protección se encuentran:

- Incrementar las tasa de impuestos a la venta de bebidas alcohólicas.
- Reforzar y hacer cumplir las restricciones de edad en la venta de bebidas alcohólicas.
- Fomentar y promover normas sociales opuestas al uso de drogas.
- Desarrollo y promoción de habilidades para resistir el consumo.
- Atender a los niños de grupos económicamente desfavorecidos.
- Atender a familias que habitan en barrios de alto riesgo.

- Atender a niños y jóvenes con desordenes del sistema nervioso.
- Atender a niños cuyos padres o hermanos consuman drogas.
- Proveer a las familias de habilidades para un funcionamiento adecuado.
- Atender a niños de familias con conflictos.
- Fortalecer los lazos familiares
- Intervención temprana en niños con problemas conductuales.
- Desarrollar las habilidades y capacidades de los niños.
- Promover el compromiso hacia la escuela y las actividades relacionadas con ella.
- Proporcionar a los niños y adolescentes oportunidades para la socialización y el desarrollo de habilidades de competencia social.
- Fomentar actitudes y normas contrarias al uso de drogas.
- Intervención en niños y padres en situaciones de alto riesgo antes del inicio del consumo de drogas o alcohol

Es así que, para prevenir las adicciones deben considerarse las drogas legales e ilegales e incidir en todo el proceso desde su producción hasta el consumo (Secretaría de Salud México, 1994).

En la base de toda actividad preventiva debe estar la política de fomento de la autorresponsabilidad en la conservación y mejoramiento de las condiciones y en consecuencia de la salud. Esto se debe realizar a través de estrategias de Educación para la salud y la Participación Social o Participación Comunitaria con las que se busca el compromiso de cada uno en el mantenimiento de su salud y la de su comunidad (Secretaría de Salud México, 1994, C.I.J., 1992).

2.4.2 Modelos preventivos:

Los cuatro modelos que propone la UNESCO, en materia de prevención son (Nowlis, H., 1975) :

a) El modelo ético jurídico: Pone énfasis sobre la droga, como agente activo, que afecta a un individuo a quien hay que proteger manteniendo a la droga lejos de él. Las drogas son divididas en lícitas e ilícitas y solo estas últimas son sujetas a control. La farmacodependencia se plantea como un problema legal. La estrategia de prevención se enfoca principalmente hacia la oferta de drogas a través de la represión del narcotráfico, la fiscalización de la fabricación y distribución de productos, el aumento del costo, y el castigo por producción, venta o consumo.

b) El modelo médico sanitario: Considera el problema de las drogas como un problema de sanidad pública. Aquí, se concibe que el individuo afectado es un enfermo infeccioso,

que hay que separar de los demás, para evitar que los contagie. Así, plantea el internamiento como una alternativa, fijando la atención principalmente en las propiedades farmacológicas de la droga. En materia de prevención propone dar información específica sobre el uso y los efectos de las drogas, lo cual de acuerdo a investigaciones realizadas tiende a aumentar la curiosidad.

c) El modelo psicosocial: Desplaza la atención hacia el individuo, el uso es el elemento activo. De acuerdo a este modelo la farmacodependencia es un problema de conducta, un problema psicológico. Su estrategia de prevención es la que se aplica a cualquier otra conducta desviada o destructiva. La farmacodependencia es la manifestación de ciertas necesidades individuales. Plantea que no se debe dar información indiscriminada sino de acuerdo a los valores y actitudes del grupo a quien se dirige. Pone énfasis en la atención de las necesidades individuales y sociales que la farmacodependencia satisface.

d) El modelo sociocultural: Centra su atención sobre el ambiente. La farmacodependencia se considera como un problema social. Adquiere importancia la reacción de la sociedad ante dicho consumo. En éste, se buscan las causas en la pobreza, el hacinamiento, desnutrición, migraciones, urbanización, industrialización, etc. La estrategia de prevención se basa en ofrecer a los usuarios actuales ó potenciales, alternativas que resulten más atractivas para ellos que la farmacodependencia.

Helen Nowlis (1975), propone el modelo psicosocial ampliado, en donde se hace una integración de los 4 anteriores. La OMS propone que se den alternativas individuales, familiares y sociales al problema.

2.4.3 ¿Qué es un programa preventivo.

"Un programa preventivo de las adicciones, es el conjunto de acciones afines y coherentes, encaminadas a la reducción de la oferta y la demanda de las drogas que causan adicción, a través de las cuales se pretende alcanzar objetivos y metas previamente determinados." (Secretaria de Salud México , 1994; C.I.J., 1992)

Uno de los principales objetivos de un programa preventivo es "evitar que algo pase", o "favorecer el adecuado desarrollo humano , para evitar salidas reactivas como el uso de sustancias causantes de adicción; por tanto el efecto es necesariamente a largo plazo" (Secretaria de Salud México, 1994).

De acuerdo al NIDA (National Institute Of Drugs Abuse) y a los Institutos Nacionales de Salud (1997), estos programas se pueden dividir en tres:

1. Programas universales: son los que llegan a la población en general, como a todos los alumnos de una escuela.

2. Programas selectivos: son los que están dirigidos a grupos de riesgo o subgrupos de la población en general, como los hijos de personas que usan drogas o alumnos con bajo rendimiento escolar.

3. Programas indicados: están destinados a personas que ya están probando drogas o que presentan otros comportamientos relacionados con riesgos.

Otra clasificación de los programas preventivos, fue realizada por la Secretaria de Salud México en 1994, y es la siguiente:

1. Programas informativos: Describen los daños y consecuencias físicas y psicológicas, que provoca el uso de drogas, con el fin de dar a conocer el problema en forma precisa, clara y sencilla a un individuo, grupo o comunidad.

2. Programas educativos: Están diseñados para orientar al individuo a desarrollar habilidades prácticas que le ayuden a enfrentar los riesgos que pueden llevarlo al uso de drogas. Se dirigen principalmente a no usuarios de alto riesgo y usuarios experimentales.

3. Programas alternativos al uso de drogas: Presentan opciones para realizar otras actividades a los individuos en riesgo, como los que necesitan experiencias excitantes, los

que desean combatir el tedio y los que se encuentran insatisfechos con su estilo de vida.

4. Programas de intervención oportuna: Tienen objetivos más específicos y deben aplicarse cuando se reconocen signos o síntomas de uso o dependencia de las drogas.

Las metas principales de los programas preventivos incluyen, de acuerdo al CICAD 1997:

- Promover la abstinencia.
- Retardar la edad de inicio de drogas legales.
- Que los experimentadores y usuarios de drogas suspendan sus ingestas.
- Que los adictos sean rehabilitados y reinsertados en la sociedad.
- Que se retire o disminuya la disponibilidad.
- Promover estilos de vida y ambientes saludables.
- Promover desarrollo de habilidades para la vida.
- Que los gobiernos consideren la prevención como una prioridad para favorecer al pleno desarrollo de los ciudadanos.
- Favorecer la autosustentabilidad de los programas de prevención.
- Hacer preventivas las instancias de socialización para el desarrollo saludable de sus miembros: las personas, familia, escuela y comunidad.

- Sensibilizar a los potenciales aliados de la labor preventiva, tales como los medios de comunicación social, las empresas y otros.

- Promover que las instituciones públicas y privadas definan un plan nacional de prevención, que considere la investigación, integración, operación y evaluación de sus resultados.

Entre los temas que deben tocarse dentro de la capacitación en relación con el proyecto de vida en familia se encuentran (CICAD, 1997): Desarrollo de habilidades para la vida, resolución de conflictos y expresión de sentimientos.

Entre algunos de los principios de prevención, señalados por el NIDA y los Institutos Nacionales de Salud (1997), para la elaboración de los programas preventivos de base familiar se encuentran:

- Que lleguen a familias con niños en cada etapa del desarrollo.

- Favorezcan la reducción de problemas de conducta en los niños.

- Mejoren las relaciones entre padres e hijos, incluidas las aptitudes de refuerzo positivo, escucha y comunicaciones, y aptitudes para resolver problemas.

- Faciliten la adquisición de disciplina y reglas coherentes

- Favorezcan la supervisión de actividades de los hijos durante la adolescencia.

- Contengan información sobre drogas

- Refuercen factores de protección.

- Estén al alcance de familias de alto riesgo.

En el aspecto familiar existen diferentes programas y proyectos como (NIDA e Institutos Nacionales de Salud, 1997): El "Proyecto familia", "Preparación para años libres de drogas" (PDFY, siglas en inglés), "Programa de Fortalecimiento de Familias" (Kempfer et al, 1996), y el de "Concentración en Familias" (Catalano et al., en preparación). Todos éstos pretenden favorecer cambios positivos en las familias. El número de sesiones en ellos, varían de 5 a 14, ya que se ha visto que cuando son muy extensos se aumenta la probabilidad de deserción de los padres. Algunos de ellos, promueven la participación conjunta de padres e hijos en algunas sesiones. En estos proyectos se usan estrategias para captar y retener a los padres como la flexibilidad en los horarios, reducción al mínimo del compromiso inicial de tiempo, contactos con los padres de los compañeros e incentivos múltiples (como cupones de alimentos, refrigerios y cuidados de los niños en forma gratuita).

2.4.4 La prevención en Centros de Integración Juvenil.

De acuerdo a la Secretaria de Salud México (1994), en este País, se ha realizado una gran variedad de programas de

prevención, entre los cuales destacan aquellos que han tenido como metas: la inclusión de padres de familia, la producción de opciones recreativas y culturales para los jóvenes, la sensibilización de maestros y grupos juveniles, campañas en medios de comunicación, teniendo como base materiales y metodología especialmente diseñadas.

Todas las Instituciones del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, SSA), realizan algunas actividades preventivas, pero la Institución dedicada por excelencia a este fin es Centros de Integración Juvenil.

Centros de Integración Juvenil (C.I.J.), es una institución dedicada a la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación del fenómeno de la farmacodependencia, desde 1970 y que cuenta actualmente con 62 Centros en la República Mexicana.

En C.I.J., se cuenta con un programa preventivo que abarca los niveles de información, orientación y capacitación.

En el nivel de información se encuentran los proyectos de:

1. Información a concurrentes (I.C.): Que es la información que se brinda a toda persona interesada en conocer las actividades que el C.I.J. realiza.

2. Escuelas: Son pláticas informativas de una hora de duración con el tema de "Prevención de la Farmacodependencia", que se dirigen a la población escolar. (alumnos, maestros y padres de familia), adecuándose el material utilizado y la terminología empleada a cada grupo (C.I.J., 1992).

3. Información Pública Periódica (I.P.P.): Son pláticas informativas de hora y media de duración con el tema "Prevención de la Farmacodependencia", que pueden darse a cualquier grupo no escolarizado (C.I.J., 1992).

En los proyectos informativos, se pretende sensibilizar sobre el problema de la farmacodependencia, y promover la participación comunitaria. Se realizan con un mínimo de 8 asistentes (excepto I.C.) y no hay límite máximo de asistencia, siempre y cuando se cubran las condiciones materiales para efectuarse (C.I. J. 1992).

En el nivel de Orientación, se encuentran los siguientes proyectos:

1. Orientación Preventiva Infantil (O.P.I.): Es un taller que tiene como objetivo general, "estimular y favorecer en el niño el desarrollo y expresión de sus potencialidades para fomentar hábitos y actitudes que le generen salud mental y física . Propiciar básicamente a través del juego, instancias que coadyuven al desarrollo

integral del niño" (C.I.J., 1992). Las edades de los niños varían de 9 a 12 años.

2. Orientación Preventiva para Adolescentes (O.P.A.): Es un proyecto donde se trabaja con adolescentes entre 13 y 18 años. Tiene como objetivo "Orientar a los adolescentes proporcionándoles elementos que facilitan los cambios individuales (físicos y psíquicos), familiares y sociales que forman parte de su vida cotidiana; y la creación de alternativas que permitan prevenir el fenómeno de la farmacodependencia considerando la multicausalidad que lo caracteriza" (C.I.J., 1992).

3. Orientación Preventiva para Adultos Jóvenes (O.P.A.J.): Es un proyecto en el que se trabaja con jóvenes entre 19 y 25 años. Su objetivo es, "crear un espacio-taller para la población de adultos jóvenes en el cual se reflexionen y analicen las distintas situaciones sociales, culturales, laborales, etc. que les son comunes a su momento de vida. Lo anterior para proponer alternativas que contribuyan en sus condiciones de existencia y favorezcan los factores preventivos de la farmacodependencia" (C.I.J., 1997b).

4. Orientación Familiar Preventiva (O.F.P.): Es un taller dirigido a padres de familia, que tiene como objetivo, "proporcionar a la familia a partir de su realidad social, familiar e individual, elementos que le ayuden a prevenir la aparición del fenómeno de la farmacodependencia en su seno y orientarla a cerca de las alternativas que pueden

instrumentar para tal efecto" (C.I.J. 1992). Por lo tanto en estos grupos se busca, el hacer conciencia y desarrollar mecanismos de protección ante el consumo de drogas. Son grupos de padres (en cualquier fase del ciclo vital). Se tocan temas como: Autoimágen, roles, pareja, familia, comunicación, ciclo vital, adolescencia, sexualidad, y SIDA.

5. Orientación a la Familia en su Conjunto (O.F.C.): Es un taller dirigido a familias en riesgo de farmacodependencia. Aquí se trabaja conjuntamente, para lograr cambios positivos en éstas que las protejan de la farmacodependencia. Su objetivo es "promover un espacio donde converjan familias nucleares y extensas, reuniendo en un solo lugar de carácter orientativo, a la población objetivo de la Institución: 10-54 años" (C.I.J., 1997c).

Todos los talleres deben contar con una asistencia mínima de 8 personas, y máxima de 15 para poder cumplir con su objetivo de favorecer un cambio de actitudes que prevenga el consumo de drogas y facilite el cuidado de la salud de los participantes. Su duración es de hora y media por sesión y el número de sesiones varían entre 8 y 15. Se pueden realizar tanto dentro (intramuros) como fuera (extramuros) de la Institución

Los proyectos de capacitación son los siguientes (C.I.J., 1992):

1. Grupos Organizados (G.O.): Son grupos de personas interesadas en multiplicar las acciones preventivas que realiza el C.I.J., en materia de prevención en los niveles de información y orientación o en prevención inespecífica. Generalmente son médicos, psicólogos, trabajadoras sociales, o personas relacionadas con áreas afines a la salud o la educación. Sin embargo cualquier persona interesada en esto, puede participar. Los grupos son de entre 8 y 15 asistentes.

2. Voluntarios y Pasantes en Servicio Social (VYPSS): Son individuos, que por motivos escolares o personales, desean reproducir acciones de prevención.

3. Capacitación a la Comunidad (C.C.): En este caso la capacitación se da a miembros de colonias de alto riesgo que desean realizar acciones de prevención específica o inespecífica.

Estos proyectos, tienen como objetivo, que las personas que asisten tengan los conocimientos y técnicas necesarias para reproducir acciones preventivas, lo cual es base de la participación comunitaria.

La evaluación es un componente fundamental dentro de la prevención, ya que permite ver la eficacia de la misma, "en nuestro país, la mayoría de las evaluaciones, se han realizado en términos descriptivos o en base a número o cobertura de acciones" (Secretaria de Salud México, 1994),

por lo que es necesario realizar investigaciones de los resultados.

CAPITULO III.

METODOLOGIA

El presente estudio utilizó 2 tipos de investigación.

Con el fin de detectar en la práctica si los pacientes farmacodependientes provienen de familias disfuncionales, se llevó a cabo en primer término una investigación exploratoria.

Posteriormente para verificar la efectividad del taller en cuanto mejorar el funcionamiento familiar se realizó una cuasiexperimental.

3.1 Sujetos.

En la primera parte, los sujetos fueron las 14 familias de farmacodependientes que asistieron a solicitar terapia al Centro de Integración Juvenil, durante los meses de octubre a diciembre de 1997 y que pasaron al servicio de diagnóstico familiar (asistieron entre 2 y 8 miembros por familia, total 77 personas). A cada una de estas familias se les aplicó una

Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel E., Cortés J., Ruíz Velasco V. (1995).

En la segunda parte del estudio los sujetos fueron los padres de familia que asistieron a los dos grupos formados para la aplicación del taller y cuyas sesiones fueron impartidas en el periodo de enero a junio de 1998. A éstos, se les aplicó una ficha de identificación y el FAD al inicio del taller, repitiéndose la aplicación de éste último al término del mismo.

El primer grupo fue el realizado en un Jardín de niños, de la colonia Popular Emiliano Zapata, que es una colonia de Alto Riesgo (ya que colinda con la colonia Loma Bella que está clasificada como de prevalencia), y de estrato sociourbano Medio Bajo, de acuerdo a los criterios de clasificación sociourbana mencionados en el Informe de investigación de C.I.J., 1995 (ver apéndice E "Criterios para la estratificación sociourbana). Este grupo constó inicialmente de 14 sujetos, sin embargo de éstos estuvieron asistiendo constantemente a todas las sesiones 12 sujetos, a pesar de que el total del grupo se conservó, ya que entraron en la segunda sesión dos sujetos, éstos últimos, no fueron considerados para el estudio. El segundo grupo fue el que se realizó en una Primaria de la colonia Xonaca la cual se encuentra clasificada como colonia de prevalencia y de

estrato sociourbano Medio Bajo de acuerdo a los criterios establecidos por C.I.J., 1995 (ver apéndice E "Criterios para la estratificación sociourbana). Este grupo constó de 17 sujetos, de los cuales tres de ellos desertaron, por lo que el grupo se consolidó con 14 sujetos.

El método de muestreo utilizado fue: estratificado, ya que se trabajó en escuelas que se encuentran ubicadas de acuerdo con la estratificación del C.I.J. (1995), como de estrato Medio Bajo. Estando la Primaria ubicada en una colonia clasificada de Alto Riesgo (Popular Castillotla) y el Jardín de niños en una colonia clasificada como de Prevalencia (Xonaca), según el mismo estudio.

3.2 Instrumentos.

Los instrumentos que se utilizaron son los siguientes:

1. Ficha de identificación: (FI, Pino Carrillo A., 1998) (Apéndice A).
2. Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, E., Cortés, J. y Ruíz Velasco, V., 1995) (Apéndice B).
3. Instrumento de Valoración del Funcionamiento Familiar (FAD Epstein, B. N., Baldwin, L. M., & Bishop, S. D., 1983) (Apéndice C).

4. Taller: "Mejorando el funcionamiento familiar para prevenir la farmacodependencia" (T. Pino Carrillo, A., 1998) (Apéndice D).

3.2.1. Ficha de identificación (F.I. Pino Carrillo, A., 1998).

La ficha de identificación tuvo como objetivo conocer la situación personal de los padres para poder realizar una descripción adecuada de los participantes en el taller. Constó de 18 ítems.

3.2.2 Escala del Funcionamiento Familiar (Espejel, E., Cortés, J., y Ruíz Velasco, V., 1995).

Es una escala que tiene como objetivo diagnosticar el funcionamiento familiar indicando áreas funcionales o disfuncionales en cada familia. Es un instrumento diseñado para aplicarse al grupo familiar, pero que es susceptible de aplicarse en forma individual. Este instrumento es una entrevista abierta y dirigida; de las respuestas que aportan los entrevistados, el entrevistador determina el rubro o rubros a marcar en el o los casilleros correspondientes, estando alerta para hacer las preguntas pertinentes a fin de lograr seguridad en el casillero que va a marcar. Su duración aproximada es de 30 a 60 minutos.

La escala del funcionamiento familiar es un instrumento conformado por 40 reactivos que investigan 9 áreas que miden el funcionamiento familiar dinámico sistémico estructural de

la familia. Ellas son: Autoridad, Control, Supervisión, Afecto, Apoyo, Conducta Disruptiva, Comunicación, Afecto Negativo y Recurso. Contiene también un familiograma, datos sociodemográficos, económicos, de la vivienda y espacio para observaciones.

Cada una de las áreas incluye de 4 a 10 preguntas con la siguiente distribución:

Categoría	Reactivos	Total
Autoridad	1, 3, 4, 5, 11, 12, 14, 28, 39, 40	10
Control	8, 10, 17, 26, 31, 34, 35, 40	8
Supervisión	16, 25, 26, 28	4
Afecto	22, 23, 24, 27, 31, 32, 33	7
Apoyo	7, 16, 18, 20, 39, 40	6
Conducta Disruptiva	5, 9, 36, 37, 38, 39, 40	7
Comunicación	4, 10, 15, 18, 19, 21, 22, 36, 38	9
Afecto Negativo	6, 15, 29, 34	4
Recurso	2, 12, 13, 14, 17, 40	6

Esta prueba fué validada y confiabilizada en una investigación realizada con tres poblaciones: abierta, clínica y escolar. La población abierta la constituyeron 104 personas, 73 mujeres y 31 hombres; la población clínica estuvo representada por 100 sujetos de los cuales 86 fueron del sexo femenino y 14 del masculino; la población escolar se formó de 296 alumnos, 30 del sexo femenino y 266 del

masculino. La población global quedó integrada por 189 mujeres y 311 hombres.

La prueba tiene una confiabilidad de .75 de acuerdo al Alpha de Cronbach. En el análisis factorial, usado para probar la validez del instrumento se encontró una comunalidad de .63

En cuanto a la calificación del instrumento, este fue diseñado para ser calificado en forma paralela a la aplicación.

Los criterios de calificación incluyen tres aspectos muy importantes:

La etapa del ciclo vital que cursa la familia, la clase socioeconómica y cultural y la estructura familiar.

Cada ítem se evalúa en una escala ordinal de cuatro categorías, asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional, y 4 cuando es funcional. Las categorías 2 y 3 son intermedias.

La escala especifica cada uno de estos criterios .

3.2.3 Instrumento de Valoración del Funcionamiento Familiar (FAD, Epstein B.N., Baldwin L.M., Bishop S. D., 1983a).

Este instrumento, es una traducción española, del original en inglés: McMaster Family Assessment Device, diseñado para evaluar a las familias de acuerdo con el modelo de McMaster. Se compone de siete escalas que miden: Solución de problemas, Comunicación, Roles, Respuesta Afectiva, Involucramiento Afectivo, Control de Conducta y Funcionamiento General.

El FAD se diseñó, considerando que el funcionamiento familiar está más relacionado con las propiedades transaccionales y sistémicas del sistema familiar, que con características intrapsíquicas de los miembros individuales.

El FAD fué diseñado considerando que las percepciones de diferentes observadores son diferentes, y que no hay porque marcar una percepción como correcta diferenciándola de las otras, equivocadas. Más bien considera que todas son dignas de estudio empírico y pueden proporcionar información útil.

El modelo de McMaster, describe las propiedades estructurales y organizativas del grupo familiar y el patrón de transacciones entre los miembros de la familia, que se han encontrado, hacen la diferencia entre familias sanas o enfermas.

Durante el desarrollo de la prueba los autores redactaron 40 ítems para cada una de las seis dimensiones.

El cuestionario resultante de 240 ítems, se administró a una muestra de 294 personas pertenecientes a 112 familias (93 de las cuales tenían un miembro hospitalizado en una unidad psiquiátrica) y 209 estudiantes universitarios pertenecientes a un curso de Introducción a la Psicología (muestra total 503).

Sobre la base de un análisis factorial y de ítems, la escala se redujo a 41 ítems que medían las seis dimensiones fijadas, más un pool adicional de 12 ítems para valorar la subescala de funcionamiento general familiar.

Para obtener la validez, se aplicó la alpha de Cronbach cuyo resultado fué de 0.92 para el funcionamiento familiar general y se encuentra entre 0.72 y 0.83 en las seis dimensiones originales.

La confiabilidad se obtuvo a través de la prueba test-retest con un intervalo de una semana y oscila entre 0.66 y 0.76.

La correlación entre el FAD y el Locke Wallace Marital Adjustment Test (1959) se sitúa en 0.53.

La correlación entre las subescalas y una medida de desiderabilidad social oscila entre -0.06 y -0.19.

3.2.4 Taller: "Mejorando el funcionamiento familiar para prevenir la farmacodependencia" (T. Pino Carrillo, A., 1998).

Es un taller que tiene como objetivo general: "Proporcionar a los padres asistentes los conocimientos y ejercicios vivenciales que faciliten el funcionamiento de sus familias para prevenir conductas inadaptadas". En especial está dirigido a prevenir la farmacodependencia en las familias a través del mejoramiento de su funcionamiento familiar.

Este taller se elabora considerando la necesidad de mejorar el funcionamiento familiar, ya que con base en investigaciones anteriores, citadas en la Revisión de Literatura, y corroboradas en Puebla por la investigación exploratoria que constituye la primera parte de este estudio, se encuentra que existe una relación significativa entre el funcionamiento familiar y la farmacodependencia en las familias. Así, teniendo en cuenta la necesidad de evaluar el mismo en forma grupal se decide que el instrumento adecuado para esto es el FAD, por lo tanto el taller se construye teniendo como base las 6 dimensiones de funcionamiento familiar propuestas por McMaster.

Así surge un taller preventivo de segundo nivel, que no solo pretende dar información sino favorecer un cambio de actitudes en los participantes.

Consta de 8 módulos de hora y media de duración y periodicidad semanal, aunque pudiera ajustarse a otras periodicidades de acuerdo a los requerimientos de tiempo. Su duración total es de 12 horas.

En cada sesión hay una primera parte teórica y posteriormente se llevan a cabo ejercicios vivenciales.

Es importante señalar que la primera y última sesiones varían en relación a esta estructura, ya que en la primera el aspecto dinámico se dará principalmente en la presentación y ronda de expectativas y en la última no hay exposición teórica.

El primer módulo tiene por título "Conozcámonos para iniciar el cambio" y en él se pretende, la integración grupal, que se identifiquen los objetivos del taller, se conozca la calendarización, identificando así mismo al Centro de Integración Juvenil y la importancia de prevenir la farmacodependencia. En su realización con fines de investigación se aplicó, una ficha de identificación y un cuestionario que se comparó con la aplicación final del mismo para conocer la utilidad de este taller.

El segundo módulo, titulado "Solucionando problemas", tiene como finalidad que se identifiquen los diferentes tipos de problemas descritos por McMaster y conozcan los pasos que se proponen para una solución efectiva. Para este fin, después de exponer las ideas principales de McMaster en este rubro, se realiza un ejercicio práctico siguiendo los pasos para una solución eficaz de los problemas.

En el tercer módulo, que se titula "Como comunicarnos para entendernos" se pretende que los participantes identifiquen las ventajas de usar una comunicación clara y directa para evitar problemas en la familia. Con esta finalidad, después de la exposición teórica se llevan a cabo ejercicios para que la comunicación sea más clara y directa, así como para evitar mensajes devaluantes. También se enseña una técnica de relajación para evitar comunicarse enojados.

En el cuarto módulo, "Los roles que todos jugamos", se pretende que identifiquen cuáles son algunas de las funciones básicas de las familias y si los roles están distribuidos de la manera más eficaz para facilitar el funcionamiento familiar. Así se ve la importancia de dar un espacio a cada uno. También se analiza el ciclo vital de la familia, para finalmente sacar conclusiones sobre la funcionalidad de la distribución de los roles en cada familia.

En el quinto módulo, titulado "Expresando nuestros afectos" se espera mejorar la habilidad de los participantes para responder a los estímulos dados, con la cantidad y calidad adecuada de sentimientos, y así favorecer la expresión de éstos en la familia. En esta sesión, después de la exposición teórica se realizan ejercicios desde el darse cuenta de las sensaciones hasta el aprender a reflejar sentimientos.

En el sexto módulo, que se titula, "Me intereso y valoro a mi familia", el objetivo es favorecer que los participantes identifiquen la relación empática como la manera más saludable de expresar su interés y valorar a los miembros de su familia. A este se llega complementando conocimientos sobre el tema con una técnica de familia simulada.

En el séptimo módulo, "Las reglas y el funcionamiento familiar efectivo", se pretende que los participantes identifiquen cuáles son algunos de los patrones funcionales para favorecer el control de la conducta en la familia. En ésta después de identificar los puntos básicos para establecer el control de los miembros de la familia se facilita a los participantes a través del uso diversas técnicas que identifiquen qué permitir, cómo corregir y negociar en su familia.

Para finalizar, el octavo módulo, "Lo que me llevo para que mi familia funcione mejor", evalúa de forma dinámica lo aprendido a lo largo del taller, para favorecer que se lleven a la práctica en la vida diaria. En esta sesión se realizó la segunda aplicación del cuestionario sobre funcionamiento familiar para verificar la efectividad del taller.

3.3 Procedimiento.

En primer término se llevó a cabo una investigación exploratoria, realizándose del siguiente modo:

Se aplicó un instrumento de la Escala del Funcionamiento Familiar (Espejel, E. , Cortés. J., Ruíz Velasco, V., 1995) a cada una de las 14 familias de farmacodependientes que acudieron al servicio de diagnóstico familiar, en el Centro de Integración Juvenil Puebla, en los meses de octubre a diciembre 1997 (asistieron entre 2 y 8 miembros por familia, total 77 personas). El propósito de esta aplicación fue verificar en la práctica si las familias de los farmacodependientes tenían un funcionamiento familiar disfuncional.

Posteriormente se calificaron los instrumentos y se obtuvo una puntuación global de éstos.

A través de este medio se verificó en la práctica que todas las familias de farmacodependientes son disfuncionales.

Partiendo de esta premisa se procedió a elaborar un taller para mejorar el funcionamiento familiar.

Este se elaboró considerando las seis áreas del funcionamiento familiar de acuerdo con McMaster (resolución de problemas, comunicación, roles, respuesta afectiva, involucramiento afectivo, y control de conducta) teniendo en cuenta que para evaluar el mismo se requería de un instrumento que pudiera ser aplicado en grupo.

Así, se elaboraron los 8 módulos. El primero de introducción, en donde además de hacer el encuadre del taller, se dan los aspectos teóricos básicos, en cuanto a qué es la farmacodependencia y cómo el taller la puede prevenir. A partir del módulo dos, cada uno de éstos explica teóricamente cada área y propone ejercicios para favorecer el desarrollo saludable de la función correspondiente. El último módulo tiene como finalidad hacer una evaluación del taller. Cabe mencionar que en la investigación el primer módulo sirvió para hacer la medición inicial antes de la aplicación del taller, y el último la evaluación final, con el objetivo de poder analizar posteriormente si se dieron o no cambios.

El trabajo de elaboración del taller se realizó en las primeras tres semanas del mes de enero.

Posteriormente se llevó a cabo una investigación cuasiexperimental, pre-post, de la siguiente manera:

Se procedió a aplicar el taller con el fin de ver su efectividad para mejorar el funcionamiento familiar.

El método utilizado para tal fin fué el estratificado, ya que se aplicó a dos grupos de padres de familia (uno de 12 y otro de 14 participantes) de escuelas de estrato socioeconómico Medio Bajo y pertenecientes a colonias de Prevalencia o Alto Riesgo (de acuerdo a C.I.J., 1995).

La aplicación se realizó en forma sucesiva.

El primer grupo al que se le aplicó el taller, fué el del Jardín de Niños. Dicho taller se realizó con una periodicidad semanal, con excepción de una semana en que no se pudo aplicar por actividades de la escuela, por lo que el periodo de aplicación comprendió del 21 de enero al 18 de marzo de 1998.

El segundo taller, se aplicó en una escuela Primaria, siendo su periodicidad semanal. Sin embargo hubieron dos cambios en este aspecto, ya que no se pudo aplicar el 29 de

abril, por los festejos del día del niño, ni el 29 de mayo debido a que a la autora se le comisionó por parte del Centro de Integración Juvenil para asistir a un curso de una semana a la ciudad de México. El periodo de tiempo que se ocupó para esta aplicación fué del 22 de abril al 17 de junio de 1998.

En ambas escuelas, se contó con el apoyo de la directora para invitar a los padres de familia así como para conservar su asistencia, a través de medios tales como pasarles lista, poner cartulinas un día antes para recordarles y repartirles recordatorios elaborados por la investigadora. Además para este fin se les proporcionó un pequeño refrigerio al terminar la sesión.

Después de puntuar las pruebas de cada grupo de acuerdo con la escala Likert, se determinó si existían o no diferencias significativas entre las medias de cada factor a través de la prueba t de student.

CAPITULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo, se muestran en primer término los resultados obtenidos en la investigación exploratoria y posteriormente los de la investigación cuasiexperimental.

Investigación Exploratoria.

En ésta, se aplicó una "Escala de Funcionamiento Familiar" (Espejel E., Cortés, J., Ruíz Velasco, V., 1995) a cada uno de los 14 sujetos (familias que asistieron al C.I.J. Puebla durante los meses octubre a diciembre de 1997, cabe mencionar que participaron entre 2 y 8 miembros por familia, siendo en total 77 personas).

Las características encontradas en las familias que participaron en el estudio fueron las siguientes:

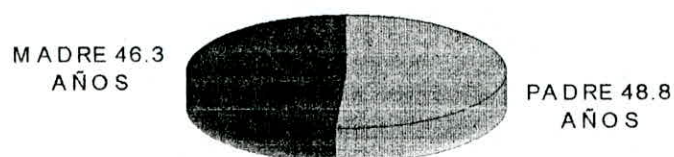
La edad del padre variaba entre 37 y 67 años con una media de 48.8 años, la edad de la madre entre 34 y 57 años con una media de 46.3 años.

TABLA No. 1 EDAD DE LOS PADRES DEL FARMACODEPENDIENTE.

	PROMEDIO DE EDAD
PADRE	48.8
MADRE	46.3

GRAFICA No 1

EDAD PROMEDIO DE LOS PADRES DEL FARMACODEPENDIENTE



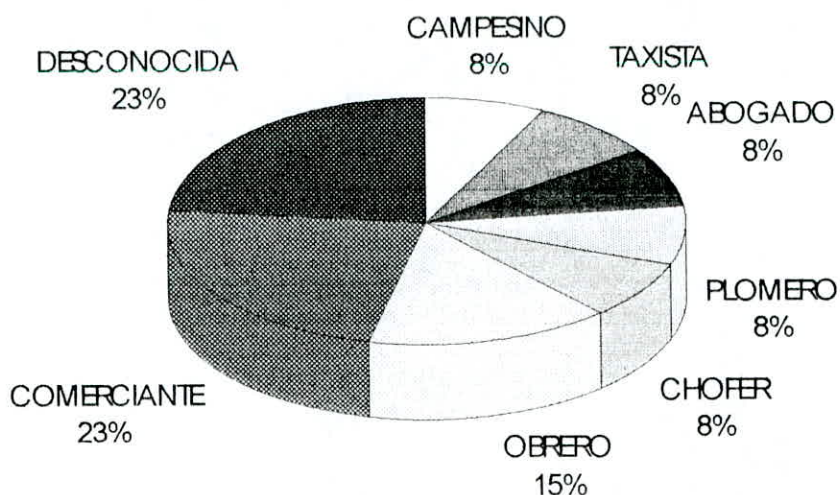
Las ocupaciones de los padres fueron: campesino, taxista, abogado, plomero, chofer (uno por cada ocupación), dos obreros y tres comerciantes, de los demás se desconocen por ser padres que salieron del sistema. Cabe mencionar que uno de los padres está muerto.

TABLA No. 2 OCUPACION DEL PADRE DEL FARMACODEPENDIENTE

OCUPACION	PORCENTAJE
CAMPESINO	7.69
TAXISTA	7.69
ABOGADO	7.69
PLOMERO	7.69
CHOFER	7.69
OBRAERO	15.38
COMERCIANTE	23.07
DESCONOCIDA	23.07

GRAFICA No 2

OCUPACION DEL PADRE DEL FARMACODEPENDIENTE

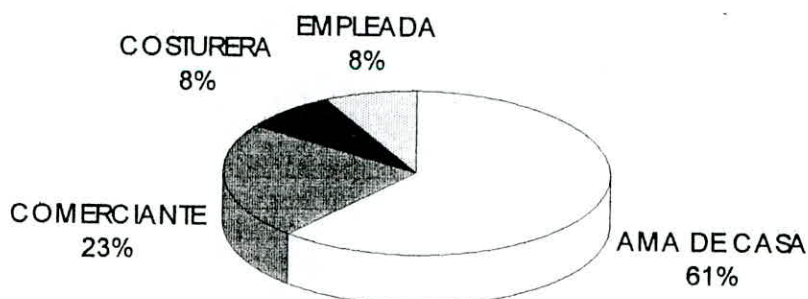


Las ocupaciones de la madre fueron: ocho amas de casa, tres comerciantes, una costurera y una empleada. Una de las madres está muerta.

TABLA No. 3 OCUPACION DE LA MADRE DEL FARMACODEPENDIENTE

OCUPACION	PORCENTAJE
AMA DE CASA	61.53
COMERCIANTE	23.07
COSTURERA	7.69
EMPLEADA	7.69

GRAFICA No. 3

OCUPACION DE LA MADRE DEL
FARMACODEPENDIENTE

En cuanto a las colonias de procedencia cuatro eran del Centro, tres de la Romero Vargas, dos de Guadalupe Hidalgo, y hubo una familia por cada una de las siguientes colonias: Concepción, La Cruz; Zacatelco, Tlaxcala; Aquiles Serdán, Chachapa y Sn Pablo Xochimehuacán.

De las colonias antes mencionadas el Centro se encuentra clasificada como de estrato Medio Alto, Romero Vargas, Guadalupe Hidalgo, Aquiles Serdán y San Pablo Xochimehuacán como de estrato Medio Bajo y las demás no se encuentran en la lista de colonias estratificadas (ver Apendice E, Criterios para la estratificación sociourbana). El Centro es una colonia de Prevalencia y Romero Vargas de Alto Riesgo, las demás colonias no pertenecen a ninguno de los dos rubros (C.I.J., 1995).

**TABLA No 4. COLONIA DE PROCEDENCIA DE
LOS PADRES DEL
FARMACODEPENDIENTE.**

COLONIA	PORCENTAJE
CENTRO	28.57
ROMERO VARGAS	21.42
GUADALUPE HIDALGO	14.28
CONCEPCION, LA CRUZ	7.14
ZACATELCO, TLAXCALA	7.14
AQUILES SERDAN	7.14
CHACHAPA	7.14
SN. PABLO XOCHIMEHUACAN	7.14

De estas familias, las más numerosas tenían siete hijos y las menos numerosas dos, siendo la media en cuanto a este aspecto, cuatro (se tomaron en cuenta los hijos nacidos de la unión de los padres).

Respecto al grado de estudios de los padres siete tenían primaria incompleta, 12 primaria completa, cuatro secundaria completa, uno media superior completa, dos profesional completa, y de dos se desconocía su escolaridad.

**TABLA No. 5 ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DEL
FARMACODEPENDIENTE.**

ESCOLARIDAD	PORCENTAJE
PRIMARIA INCOMPLETA	25.00
PRIMARIA COMPLETA	42.85
SECUNDARIA COMPLETA	14.28
MEDIA SUPERIOR COMPLETA	3.57
PROFESIONAL COMPLETA	7.14
SE DESCONOCE	7.14

En cuanto al estado civil, habían siete casados, tres divorciados, dos viudos, y dos separados (se agregan como

estado civil la viudez y la separación, para dar mayor especificidad al tipo de relación).

TABLA No. 6 ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DEL FARMACODEPENDIENTE.

ESTADO CIVIL	PORCENTAJE
CASADO	50.00
DIVORCIADO	21.42
VIUDO	14.28
SEPARADO	14.28

De estos padres ocho habían tenido otras parejas anteriores o posteriores a la unión, con el otro progenitor.

El tiempo de duración de las uniones de los padres, fluctuó del siguiente modo:

De 11 a 15 años, uno; de 16 a 20 años, dos; de 20 a 25 años, cuatro; de 26 a 30 años, tres; de 31 a 35 años, uno y de 35 a 40 años, tres.

TABLA No. 7 TIEMPO DE UNION DE LOS PADRES DEL FARMACODEPENDIENTE.

TIEMPO DE UNION	PORCENTAJE
11-15 años	7.14
16-20 años	14.28
21-25 años	28.57
26-30 años	21.42
31-35 años	7.14
36-40 años	21.42

En cuanto a los hijos, ellos presentaron las siguientes características:

Respecto al sexo 33 fueron hombres y 23 mujeres, de los cuales 13 de los hombres eran farmacodependientes y dos de las mujeres, cabe mencionar que éstas últimas eran hermanas,

por lo que se encontraron un total de 15 farmacodependientes en las 14 familias del estudio.

TABLA No. 8 SEXO DE LOS HIJOS DE LOS PADRES DE GRUPO DE FARMACODEPENDIENTES

SEXO	PORCENTAJE
MASCULINO	58.92
FEMENINO	41.07

TABLA No.9 SEXO DE LOS FARMACODEPENDIENTES

SEXO	PORCENTAJE
MASCULINO	86.66
FEMENINO	13.33

Las edades de los farmacodependientes, fluctuaban entre 13 y 26 años siendo la media 20.26. Cuatro de ellos eran primogénitos, ocho ocupaban un lugar intermedio entre los hermanos y tres eran los menores de la familia.

En relación a la escolaridad de los hijos en estas familias los resultados fueron los siguientes:

Uno de los hijos se encontraba en Jardín de niños, seis tenían primaria incompleta, tres primaria completa, nueve secundaria incompleta, 19 secundaria completa, dos Educación Media Superior incompleta, cuatro Educación Media Superior completa, tres Educación Superior incompleta, tres Educación Superior completa, dos estudios técnicos incompletos y uno estudios técnicos completos (se toma como total 53 hijos ya que 3 están muertos).

**TABLA No. 10 ESCOLARIDAD DE LOS HIJOS
DE PADRES DE FARMACODEPENDIENTES**

ESCOLARIDAD	PORCENTAJE
JARDIN DE NIÑOS	1.88
PRIMARIA INCOMPLETA	11.32
PRIMARIA COMPLETA	5.66
SECUNDARIA INC.	16.98
SECUNDARIA COMPLETA	35.84
MEDIA SUPERIOR INC.	3.77
MEDIA SUPERIOR COMPLETA	5.66
SUPERIOR INCOMPLETA	5.66
SUPERIOR COMPLETA	5.66
TECNICA INCOMPLETA	3.77
TECNICA COMPLETA	1.88

En cuanto a las ocupaciones de los hijos de éstas familias, se distribuyeron del siguiente modo:

Once son estudiantes, 10 son amas de casa, ocho tiene algún oficio, ocho están sin ocupación (son de los hijos farmacodependientes), cuatro son campesinos, tres obreros, cuatro empleados, tres profesionales técnicos y dos vendedores.

**TABLA No. 11 OCUPACION DE LOS HIJOS DEL
GRUPO DE PADRES DE
FARMACODEPENDIENTES**

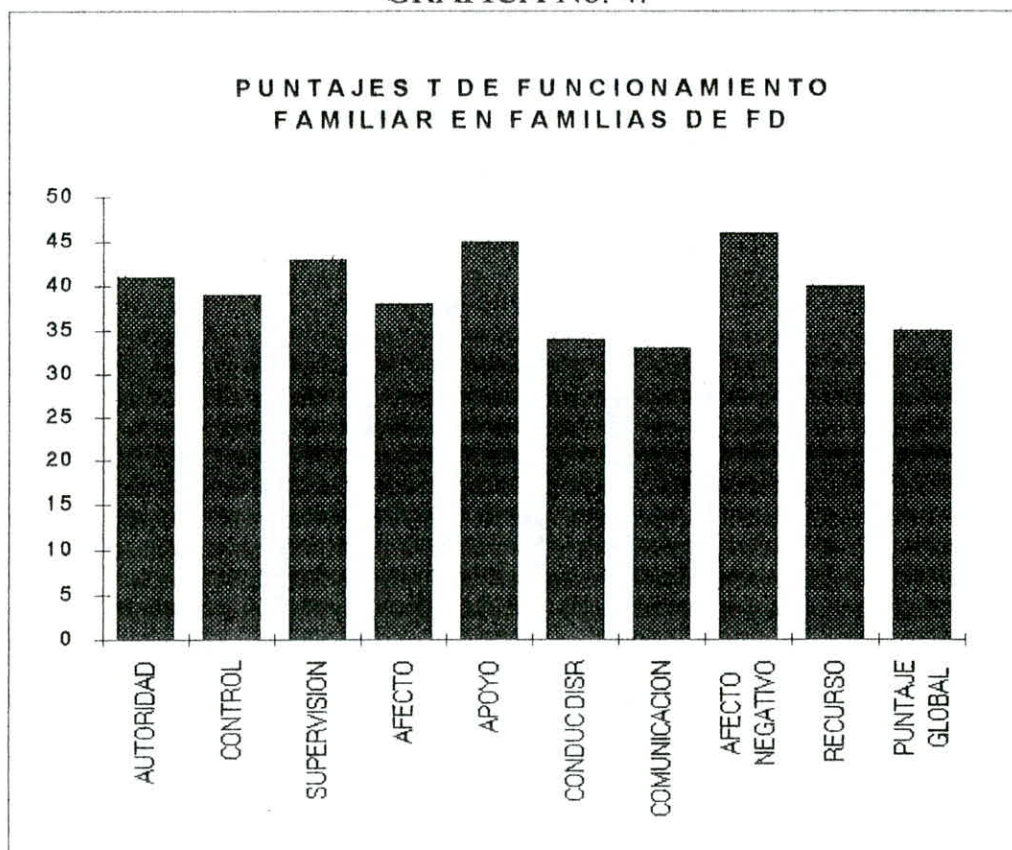
OCUPACION	PORCENTAJE
ESTUDIANTE	21.56
AMAS DE CASA	19.60
OFICIO	15.09
SIN OCUPACION	15.09
CAMPESINOS	7.54
OBREROS	5.66
EMPLEADOS	7.54
PROFESIONALES TECNICOS	5.66
VENDEDORES	3.77

Después de haberse aplicado y calificado los 14 instrumentos se obtuvo el siguiente promedio de cada una de las funciones medidas.

TABLA No. 12 PUNTAJES PROMEDIOS DE LAS AREAS DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN FAMILIAS DE FARMACODEPENDIENTES

FUNCION	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T
AUTORIDAD	27.93	41
CONTROL	20.64	39
SUPERVISION	12.93	43
AFECTO	15.86	38
APOYO	14.29	45
CONDUCTA DISRUPTIVA	15.93	34
COMUNICACION	21.64	33
AFECTO NEGATIVO	11.71	46
RECURSO	16.07	40
PUNTAJE GLOBAL	106.90	35

GRAFICA No. 4.



Teniendo en cuenta que los puntajes T menores que 50 se consideran disfuncionales, se encontró que todas las áreas

que mide esta prueba son disfuncionales, lo mismo que el puntaje global. Por lo que se detectó que en las familias de los pacientes farmacodependientes que asisten al Centro de Integración Juvenil Puebla existe disfuncionalidad familiar.

Investigación cuasi-experimental.

En esta fase se aplicó la "Escala del Modelo McMaster de Funcionamiento Familiar" (1983a) (versión en español) a dos grupos, un grupo de Jardín de niños que constó de 12 sujetos y un grupo de Primaria con 14 sujetos.

Grupo 1 : Jardín de niños.

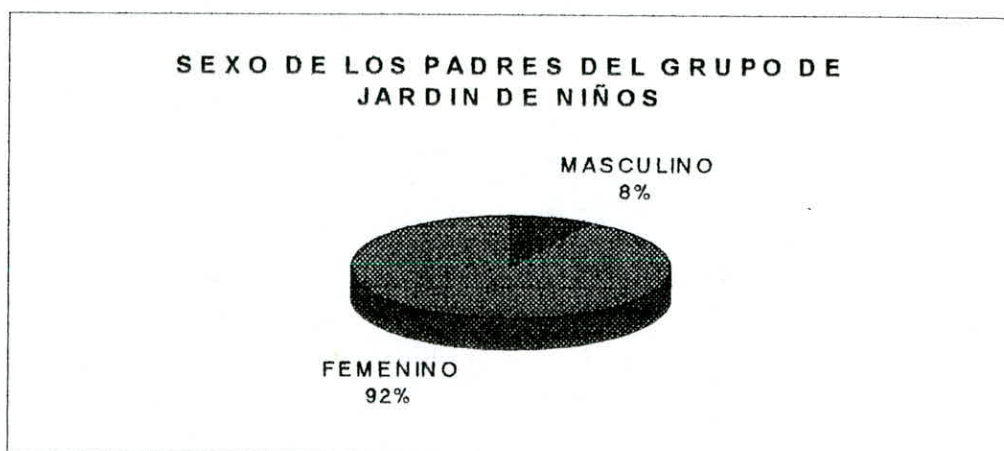
Las características encontradas en el grupo de padres de Jardín de niños, a través de la ficha de identificación fueron las siguientes:

De los 12, 11 fueron mujeres y un hombre, sus edades fluctuaban entre 24 y 48 años siendo la media de 32.08

**TABLA No. 13 SEXO DE LOS PADRES DEL
GRUPO DE JARDIN DE NIÑOS**

SEXO	PORCENTAJE
FEMENINO	91.66
MASCULINO	8.33

GRAFICA No 5



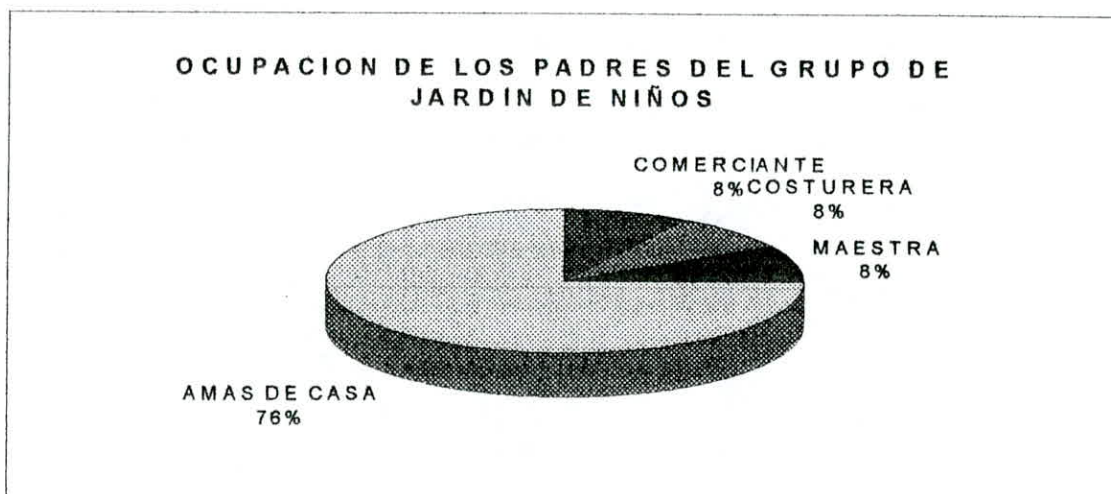
En cuanto a las ocupaciones fueron:

Un comerciante, una costurera, una maestra y nueve amas de casa.

**TABLA No. 14 OCUPACION DE LOS PADRES DEL
GRUPO DE JARDIN DE NIÑOS**

OCUPACION	PORCENTAJE
COMERCIANTE	8.33
COSTURERA	8.33
MAESTRA	8.33
AMA DE CASA	75.00

GRAFICA No. 6



En relación al número de hijos este fluctuaba entre uno y cuatro siendo la media 2.08. Cabe mencionar que en este grupo hubo una pareja de esposos que asistió a todas las sesiones. De los otros 10 que asistieron sin pareja 7 dijeron que porque trabajaba en ese horario, 3 no contestaron y 2 no sabían porque no asistieron.

En cuanto a la colonia de procedencia cuatro eran de Popular Castillotla, cuatro de Loma Bella y cuatro de San Bartolo Coatepec. Todas las colonias anteriores se encuentran clasificadas como de estrato Medio Bajo (ver Apendice E Criterios para la Estratificación Socio-urbana), siendo la primera y la última de Alto Riesgo y Loma Bella de Prevalencia (C.I.J., 1995).

TABLA No. 15 COLONIA DE PROCEDENCIA DE LOS PADRES DEL GRUPO DE JARDIN DE NIÑOS

COLONIA	PORCENTAJE
POPULAR CASTILLOTLA	33.33
LOMA BELLA	33.33
SAN BARTOLO COATEPEC	33.33

En cuanto al grado de estudios cuatro tenían primaria incompleta, cuatro primaria completa, uno secundaria incompleta, dos secundaria completa y uno normal.

TABLA No. 16 ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DEL GRUPO DE JARDIN DE NIÑOS

ESCOLARIDAD	PORCENTAJE
PRIMARIA INCOMPLETA	33.33
PRIMARIA COMPLETA	33.33
SECUNDARIA INCOMPLETA	8.33
SECUNDARIA COMPLETA	16.66
NORMAL	8.33

En relación al estado civil 10 eran casados, uno unión libre y uno no contestó.

TABLA No. 17 ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DEL GRUPO DE JARDIN DE NIÑOS

ESTADO CIVIL	PORCENTAJE
CASADO	83.33
UNION LIBRE	8.33
SE IGNORA	8.33

Una persona tuvo una pareja anterior, los demás no habían tenido parejas anteriores.

Once personas viven con su pareja y una no.

El tiempo de casados fluctuó del siguiente modo:

De cero a cinco años de casados, cuatro; de 6 a 10 años, cinco; de 11 a 15 años, dos y de 15 a 20 años uno.

TABLA No. 18 TIEMPO DE UNION DE LOS PADRES DEL GRUPO DE JARDIN DE NIÑOS

TIEMPO DE UNION	PORCENTAJE
0-5 AÑOS	33.33
6-10 AÑOS	41.66
11-15 AÑOS	16.66
16-20 AÑOS	8.33

En cuanto a los hijos de estas familias, presentaron las siguientes características:

Respecto al sexo 12 fueron mujeres y 13 hombres.

TABLA No. 19 SEXO DE LOS HIJOS DEL GRUPO DE JARDIN DE NIÑOS

SEXO	PORCENTAJE
MASCULINO	52
FEMENINO	48

En relación a la escolaridad ocho no tenían, 10 asisten al Jardín de niños, cinco tienen primaria incompleta y dos secundaria incompleta. Las ocupaciones de éstos son: 17 estudiantes y ocho sin ocupación.

TABLA No. 20 ESCOLARIDAD DE LOS HIJOS DEL GRUPO DE JARDIN DE NIÑOS

ESCOLARIDAD	PORCENTAJE
NINGUNA	32
JARDIN DE NIÑOS INCOMP.	40
PRIMARIA INCOMPLETA	20
SECUNDARIA INCOMPLETA	8

En cuanto a la ocupación de éstos 32 por ciento no tienen ninguna ya que son niños menores de seis años de edad y los demás, 68 por ciento son estudiantes.

Todos los hijos viven en la casa paterna.

Grupo II : Primaria.

En cuanto a las características del grupo de padres de familia de Primaria obtenidas a través de la ficha de identificación son las siguientes:

En relación al sexo, 10 eran del sexo femenino y cuatro del masculino (cabe mencionar que dos parejas de esposos asistieron a todas las sesiones).

TABLA No. 21 SEXO DE LOS PADRES DEL GRUPO DE PRIMARIA

SEXO	PORCENTAJE
FEMENINO	71.42
MASCULINO	28.57

GRAFICA No. 7



Sus edades fluctuaban entre 52 y 28 años, siendo la media de 39.79.

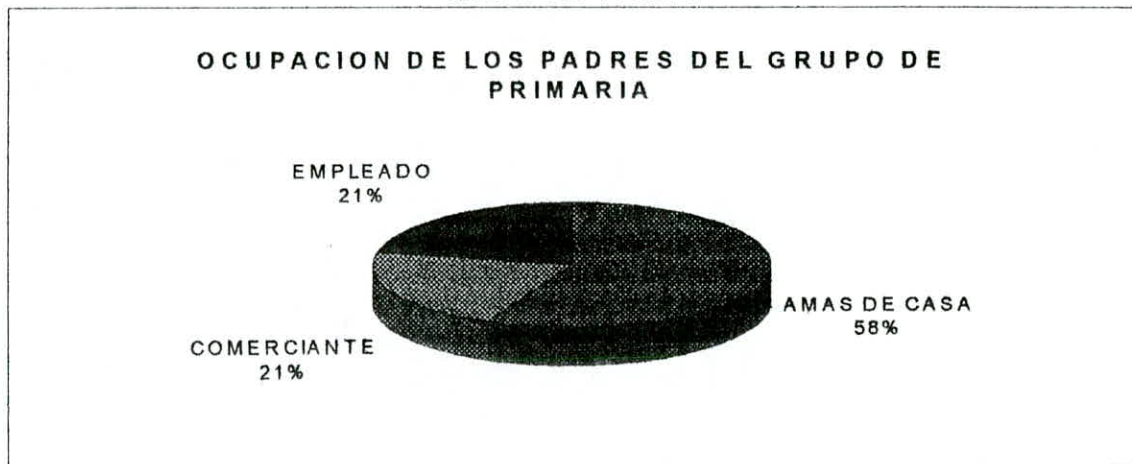
En cuanto al número de hijos fluctuaba entre uno y seis siendo la media de 3.64.

Respecto a la ocupación, ocho eran amas de casa, tres comerciantes y tres empleados.

TABLA No. 22 OCUPACION DE LOS PADRES DEL GRUPO DE PRIMARIA

OCUPACION	PORCENTAJE
AMA DE CASA	57.14
COMERCIANTE	21.42
EMPLEADO	21.42

GRAFICA No. 8



En relación a la colonia de procedencia seis eran de Xonaca, seis de El Alto, uno de Bosques de Sta. Anita y uno de la colonia Morelos. Estando las dos primeras colonias, clasificadas como de Prevalencia y de estrato socio-urbano Medio Bajo, mientras que Bosques de Santa Anita es de estrato Bajo y la colonia Morelos, se desconoce su estratificación (ver Apendice E. Criterios para la Estratificación Socio-urbana); no siendo ninguna de las dos últimas colonias de Prevalencia, ni Alto Riesgo.

**TABLA No. 23 COLONIA DE PROCEDENCIA DE LOS
PADRES DEL GRUPO DE PRIMARIA**

COLONIA	PORCENTAJE
XONACA	42.85
EL ALTO	42.85
BOSQUES DE STA. A.	7.14
MORELOS	7.14

En cuanto al grado de estudios cuatro tenían primaria incompleta, cuatro primaria completa, uno secundaria incompleta, cuatro secundaria completa y uno no contestó este rubro.

**TABLA No. 24 ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DEL
GRUPO DE PRIMARIA**

ESCOLARIDAD	PORCENTAJE
PRIMARIA INCOMPLETA	28.57
PRIMARIA COMPLETA	28.57
SECUNDARIA INCOMPLETA	7.14
SECUNDARIA COMPLETA	28.57
SE IGNORA	7.14

En relación a su estado civil nueve eran casados, dos vivían en unión libre, uno divorciado y dos no contestaron.

TABLA No. 25 ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DEL GRUPO DE PRIMARIA

ESTADO CIVIL	PORCENTAJE
CASADO	64.28
UNION LIBRE	14.28
DIVORCIADO	7.14
SE IGNORA	14.28

En cuanto a parejas anteriores, dos habían tenido una pareja anterior cada uno, uno no contestó y los demás, no habían tenido parejas anteriores.

Respecto a que si vivían con su pareja 12 contestaron que sí y dos que no.

El tiempo de vivir con su pareja varió del siguiente modo, dos no vivieron con ella, tres tenían entre seis y 10 años, tres entre 11 y 15 años, cinco entre 15 y 20 años y uno más de 20 años.

TABLA No. 26 TIEMPO DE UNION DE LOS PADRES DEL GRUPO DE PRIMARIA

TIEMPO DE UNION	PORCENTAJE
0-5 AÑOS	14.28
6-10 AÑOS	21.42
11-15 AÑOS	21.42
15-20 AÑOS	35.71
MAS DE 20 AÑOS	7.14

Los hijos de los participantes, tenían las siguientes características:

En cuanto a sexo 38 eran hombres y 13 mujeres.

TABLA No. 27 SEXO DE LOS HIJOS DEL GRUPO DE PRIMARIA

SEXO	PORCENTAJE
MASCULINO	74.50
FEMENINO	25.49

En relación a la escolaridad, dos no tenían escolaridad, 22 primaria incompleta, dos primaria completa, 13 secundaria incompleta, cinco secundaria completa, cuatro educación media superior incompleta, uno carrera comercial y dos estudios superiores incompletos.

TABLA No. 28 ESCOLARIDAD DE LOS HIJOS DEL GRUPO DE PRIMARIA

ESCOLARIDAD	PORCENTAJE
SIN ESCOLARIDAD	3.92
PRIMARIA INCOMPLETA	43.13
PRIMARIA COMPLETA	3.92
SECUNDARIA INCOMPLETA	25.49
SECUNDARIA COMPLETA	9.80
MEDIA SUPERIOR INCOMPLETA	7.84
CARRERA COMERCIAL	1.96
ESTUDIOS SUPERIORES INC.	3.92

En relación a su ocupación, 42 eran estudiantes, tres comerciantes, cuatro obreros, uno enfermera y uno contador privado.

TABLA No. 29 OCUPACION DE LOS HIJOS DEL GRUPO DE PRIMARIA

OCUPACION	PORCENTAJE
ESTUDIANTES	82.35
COMERCIANTE	5.88
OBRERO	7.84
ENFERMERA	1.96
CONTADOR PRIVADO	1.96

Cuarenta y siete viven en su casa y cuatro no.

De las personas que no asistieron con su pareja (10), cuatro dijeron que no vino porque trabajaba, cuatro no contestaron, uno no sabía y uno por estar divorciada.

Los resultados procesados estadísticamente a través de la t de student son los siguientes:

TABLA No. 30 RESULTADOS DE LA PRUEBA t EN EL GRUPO DE JARDIN DE NIÑOS

Categorías	t de Student	nivel de significancia a .05
Resolución de problemas	-.43	p< .05
Comunicación	.18	p< .05
Roles	-2.78	p> .05
Respuesta afectiva	-3.48	p> .05
Involucramiento afectivo	-.10	p< .05
Control conductual	-1.63	p< .05
Funcionamiento Gral.	4.32	p> .05
t Global	-2.72	p> .05

Lo anterior indica que los resultados son significativos para roles, respuesta afectiva, funcionamiento general y t global, por lo que se aceptan las hipótesis alternativas en estos casos probándose la efectividad del taller en ellos.

**TABLA No. 31 RESULTADOS DE LA PRUEBA t
EN EL GRUPO DE PRIMARIA**

Categorías	t de Student	nivel de significancia a .05
Resolución de problemas	-3.48	p> .05
Comunicación	-1.69	p< .05
Roles	-2.01	p< .05
Respuesta afectiva	-3.17	p> .05
Involucramiento afectivo	-0.62	p< .05
Control conductual	-1.55	p< .05
Funcionamiento Gral.	-2.62	p> .05
t Global	-6.63	p> .05

Esto indica que, para el grupo de primaria los resultados fueron significativos en cuanto a resolución de problemas, respuesta afectiva, funcionamiento general y t global, aceptándose dichas hipótesis alternativas y probándose la efectividad del taller en esas áreas.

**TABLA No. 32 RESULTADOS DE LA PRUEBA t
GLOBAL PARA AMBOS GRUPOS.**

Grupo	t Global	gl	nivel de significancia
Jardín de niños	-2.72	10	p> .05
Primaria	-6.63	12	p> .05

Ya que la t global fue significativa para ambos grupos se puede decir que, el taller resultó efectivo para mejorar el funcionamiento familiar de los participantes.

CAPITULO V

DISCUSION

Interpretación de los Resultados.

En la investigación exploratoria, se confirmó, el que las familias con uno o más miembros farmacodependientes, son disfuncionales, así como resalta el hecho de que lo son, en promedio, en todas las áreas consideradas (Autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recurso). Esto se puede afirmar, debido a que todos los puntajes promedios son menores que T=50, lo que es indicativo de disfuncionalidad.

Lo anterior, remarca la importancia de trabajar los diferentes aspectos del funcionamiento familiar, como una forma de prevenir la farmacodependencia en familias sanas. Además de hacer evidente la importancia del trabajo psicoterapéutico, no solo con el farmacodependiente sino también con su familia, ya que no es solo el paciente el que tiene un problema, sino la familia entera.

Los padres de farmacodependientes que participaron en la investigación exploratoria, asistiendo a diagnóstico

familiar, en el Centro de Integración Juvenil Puebla, se ubican, en promedio en la cuarta década de la vida y sus hijos farmacodependientes tenían por lo menos 13 años. Las edades, de estos últimos, nos indican que es importante que se reciba apoyo preventivo antes de que los hijos sean adolescentes.

Las ocupaciones de los padres, son principalmente oficios, solo uno era profesionista. Esto se debe probablemente a que quienes acuden principalmente a recibir los servicios del C.I.J. son personas con medianas posibilidades económicas, (las suficientes para pagar los transportes que los lleven a la institución) por lo que quienes no tienen para pagar éstos o cuentan con mayores recursos para pagar un servicio particular no se encuentran dentro de esta población, lo que no indica, que no se presente el problema en otros estratos socioeconómicos.

En casi, la cuarta parte, de los casos se desconocía a que se dedicaba el padre, por haber salido del sistema familiar, además uno de ellos estaba muerto, esto apoya las investigaciones realizadas por C.I.J., 1992 y Fernández y Reyes del Olmo, 1987, en relación a que los padres de los farmacodependientes tienden a estar lejos física o emocionalmente.

En cuanto a la ocupación de la madre, se encontró que la mayoría eran amas de casa, lo que indica que la sola presencia de la madre en el hogar no garantiza la ausencia de este tipo de problema.

La mitad de la muestra, proviene de colonias previamente clasificadas como de Prevalencia o Alto Riesgo en cuanto al problema de la farmacodependencia (C.I.J., 1995) lo anterior confirma que lo siguen siendo. Por otra parte, el mayor porcentaje de las familias de farmacodependientes provienen de colonias clasificadas por C.I.J. Puebla, como de estrato sociourbano Medio Bajo. Es por esto que las muestras de la investigación cuasiexperimental se eligieron escogiendo colonias de estas características.

De las 14 familias de farmacodependientes que participaron en el estudio, ocho tuvieron entre cuatro o cinco hijos, lo que nos indica que tienden a ser numerosas, sin embargo, probablemente, este dato está más relacionado con el estrato socioeconómico y la edad de las parejas participantes en el estudio. Estas mismas variables, tal vez, afectaron el hecho de encontrar que el nivel de escolaridad de los padres es en su mayoría de primaria.

La mitad de las parejas permanecen casados, lo que indica que permanecer juntos no significa forzosamente el que la familia sea sana, sino esto depende de otros factores.

En cuanto a las características de la muestra de la investigación cuasiexperimental se encontró:

Las familias de los grupos en donde se trabajó el taller, tienden a tener un mayor número de hijos varones, característica que comparten con las familias con hijos farmacodependientes, dato que encontramos no solo en las familias de la muestra sino en investigaciones como la realizada por C.I.J. (1994) a nivel nacional, lo que señala a las primeras como familias con riesgo de tener el problema posteriormente. Esto hace pensar que las diferencias en cuanto a los métodos de crianza entre hombres y mujeres hace que éstos tiendan a tener mayores problemas con las drogas (C.I.J.,1995).

En cuanto al lugar ocupado por el farmacodependiente dentro de la familia, la mayor parte de éstos (en la muestra) ocupan un lugar intermedio, lo que podría significar que por ocupar este lugar reciben menos cantidad de atención por parte de los padres, que los hijos mayores o menores por lo que deben luchar para que los tomen en cuenta, destacándose, en este caso, por su problema. Sin embargo, no se encontraron otras investigaciones que respalden este punto, por lo que, puede ser un hallazgo casual.

El área más problemática detectada fue la de comunicación, lo que nos indica que será importante dar

énfasis a la prevención en este aspecto, sin embargo, el hecho de que todas las áreas hayan sido disfuncionales, y con puntajes muy semejantes, en promedio, habla de la necesidad de reforzar todas y cada una de ellas.

Para trabajar con una población semejante a la de la muestra de familias de farmacodependientes, se decidió usar un método de investigación estratificado, por lo que se escogieron colonias de estratos socioeconómico Medio Bajo ubicadas en zonas de Prevalencia y Alto Riesgo, lo que favoreció coincidencias, entre las características de las familias en las que se aplicó el taller, y las familias de farmacodependientes como por ejemplo en cuanto a el tipo de ocupación, el nivel de escolaridad, el número de hijos y el ser familias que tienden a tener mayor número de varones.

En cuanto al sexo de los padres asistentes a los talleres, tanto en la Primaria como en el Jardín de niños, éste fue predominantemente femenino, siendo la inasistencia del padre a causa de motivos de trabajo principalmente, lo cual puede deberse al horario matutino en que fueron dados los talleres. Sin embargo, también existen otras variables que favorecen que sean principalmente las madres de familia las que asisten a este tipo de talleres, como puede ser el hecho de que se considera a la mujer como responsable de la educación de los hijos.

Respecto a la ocupación de los padres en ambos grupos lo predominante fue ser ama de casa, esto se puede deber a que ellas organizan su tiempo.

En el caso del Jardín de niños, todos los participantes, provenían de colonias clasificadas por C.I.J. como de estrato sociourbano Medio Bajo, siendo provenientes de colonias clasificadas como de Alto Riesgo ó Prevalencia. En cuanto al grupo de la Primaria la mayoría provenía de colonias clasificadas como de Prevalencia y estrato Medio Bajo (C.I.J., 1995), por lo que se trabajó con una población semejante a la que se presenta para tratamiento.

En relación al número de hijos el promedio tendió a ser menor en los padres que asistieron al grupo de Jardín de niños. Siendo semejante el promedio de hijos de las familias de Primaria y de Farmacodependientes (cuatro), esto probablemente esta relacionado con la edad de los padres ya que los padres de Jardín son en promedio más jóvenes, y tienen mayor probabilidad de continuar aumentando el número de miembros de sus familias.

Los tres grupos, tienden a tener el promedio de escolaridad de primaria, lo cual probablemente está relacionado con el estrato sociourbano al que pertenecen las familias.

En cuanto al estado civil el predominante es el de los casados, sin embargo, en las familias con miembro farmacodependiente, muchos padres han tenido otras parejas anteriores o tienen relaciones extramaritales lo cual nos habla de la inestabilidad emocional en ellos.

La mayoría de los farmacodependientes no tienen ocupación, lo que nos habla de una probable relación entre estas dos variables.

Conclusiones.

Por otra parte en relación a las hipótesis planteadas en la investigación, se puede decir que, la hipótesis de trabajo se acepta en su primera parte, debido a que los resultados de la prueba t global y de funcionamiento general fueron significativos para ambos grupos, lo que prueba que el participar en el taller mejora el funcionamiento familiar (aceptándose así mismo la hipótesis estadística para estas variables). Además, teniendo en cuenta que, todas las familias de farmacodependientes que participaron en la investigación exploratoria fueron disfuncionales, podemos aceptar la segunda parte de la hipótesis de trabajo de que si se logran cambios positivos en el funcionamiento familiar se logrará disminuir la probabilidad de que se presente la farmacodependencia en las familias. Con base en esto, se

crea, desarrollla y aplica el programa del taller "Mejorando el funcionamiento familiar".

En cuanto a las hipótesis planteadas en relación a cada una de las áreas del funcionamiento familiar propuestas por McMaster se obtuvo:

Que existe una diferencia significativa en los puntajes t en la dimensión de resolución de problemas antes y después de la aplicación del taller en el grupo de Primaria no así en el grupo de Jardín de niños por lo que el taller mostró su eficacia en este punto con el primer grupo pero no con el segundo.

La hipótesis de investigación en relación a la existencia de una diferencia significativa en los puntajes en la dimensión de comunicación no fue aceptada, por lo que no se prueba la efectividad del taller en este punto.

La hipótesis de investigación que indica la existencia de una diferencia significativa en la dimensión de roles antes y después de la aplicación del taller para padres se acepta en el grupo de Jardín de niños, aunque no en el de la Primaria.

La hipótesis de investigación que indica la existencia de una diferencia significativa en la dimensión de respuesta

afectiva antes y después del taller para padres se acepta en el grupo de Jardín de niños y en el de la Primaria.

La hipótesis de investigación que indica la existencia de una diferencia significativa en la dimensión de involucramiento afectivo no se acepta en ninguno de los dos grupos.

La hipótesis de investigación que indica la existencia de una diferencia significativa en la dimensión de control de conducta antes y después del taller para padres no se aprueba en ninguno de los dos grupos.

De acuerdo a lo anterior, podemos decir que el taller resultó efectivo para mejorar el funcionamiento familiar en general, ya que las familias mostraron cambios positivos antes y después de su aplicación.

Los módulos segundo "Solucionando problemas" y cuarto "Los roles que todos jugamos" resultaron ser efectivos solo en un grupo y no en el otro, por lo que existe falta de consistencia en cuanto al resultado, probablemente debido a que el tipo de actividades elegidas se relacionó más con las características de la etapa por la que pasan las familias participantes. Así por ejemplo se puede suponer que el módulo segundo fue más efectivo con el grupo de los padres que llevan a sus hijos a la primaria debido al tipo de problemas

de conducta y aprendizaje que tienen que enfrentar, lo cual quizá motivó que pusieran mayor interés en este módulo. El módulo cuarto, que trata de los roles, quizá resultó con mayor poder para cambiar familias que tenían un menor tiempo de haberse constituido.

El módulo quinto, "Expresando nuestros afectos", demostró ser efectivo, en ambos grupos, para favorecer un cambio en la expresividad afectiva, debido probablemente a que las actividades escogidas para este módulo fueron más adecuadas en relación al objetivo perseguido.

Los demás módulos, probablemente no tienen las actividades vivenciales más adecuadas para favorecer el objetivo que persiguen ó probablemente los reactivos que evalúan estas áreas en el instrumento de McMaster no fueron lo suficientemente sensibles al cambio.

En cuanto a los objetivos pretendidos por el presente estudio se puede decir que:

Se pudo identificar en la práctica clínica que las familias farmacodependientes son disfuncionales en su funcionamiento familiar, esto, de acuerdo a los resultados obtenidos con el instrumento de E. Espejel et al (1995), "Escala de Funcionamiento Familiar", que se aplicó en 14 diagnósticos familiares de familias con miembro

farmacodependiente y todas ellas resultaron ser disfuncionales.

En relación al segundo objetivo planteado, se pudo identificar, que la participación en un taller para padres, favorece el logro de cambios positivos en el funcionamiento familiar total, esto de acuerdo a que los puntajes de la t de student resultaron significativos en cuanto al funcionamiento general y al global, tanto en el grupo de la Primaria como en el de Jardín de niños.

En relación al tercer objetivo, distinguir en que áreas de funcionamiento familiar se lograron cambios positivos a través del taller, se sabe por los resultados obtenidos que los cambios se manifestaron en forma consistente en el área de expresión afectiva y de modo menos consistente en la de solución de problemas y roles.

El cuarto objetivo, se cumplió, ya que el estudio proporciona un modelo de taller preventivo para trabajar con padres de familia, sin embargo aún será necesario afinarlo para aumentar su efectividad.

En relación al quinto objetivo podemos decir que el estudio proporciona datos suficientes para inferir que la participación en un taller para padres de familia puede ser un medio para prevenir la farmacodependencia.

Y finalmente podemos decir que el último objetivo propuesto se cumple, ya que la presente investigación proporciona datos que pueden contribuir al logro de una prevención efectiva de la farmacodependencia.

Por los resultados obtenidos, se puede decir que este estudio, corrobora en la práctica que las familias farmacodependientes son disfuncionales y que un taller para padres puede mejorar el funcionamiento familiar, jugando así un papel importante en la prevención de la farmacodependencia.

La investigación prueba documentalmente, la relación entre cada una de las áreas propuestas por McMaster como importantes en el funcionamiento familiar y la farmacodependencia.

Así tenemos que Finn, et al., 1997 y Yeh, et al., 1995, hablan de la relación entre la dificultad para solucionar problemas y la farmacodependencia.

La relación entre comunicación y farmacodependencia se haya sustentada al relacionar investigaciones realizadas por Olson, et al., 1989, Ratti, 1996, Kopera Frye, 1991, (citado por Gómez, 1994) y Yeh & Hadhesperth, 1995 con los de Reilly, 1979, (citado en C.I.J., 1998a).

La relación entre roles y farmacodependencia se haya sustentada al relacionar los conceptos teóricos de Lauro Estrada(1975) y Ehrlich(1989), con las investigaciones realizadas por Fernández Cáceres y Reyes del Olmo, 1987; Hirsh, 1961 y Seldin, 1972 (Citados en C.I.J., 1982), así como de Buelow en 1995.

Los efectos positivos de la demostración de cariño y aceptación en la salud de los hijos se encuentran descritos por Backer, 1964, Rololin-Thomas, 1979; Baumrind, 1978; Hause, 1984, Olson-Melubbin, 1983 y Groengvart Cooper, 1985 (citados en Adams, et al., 1990), y también por Schmitz, 1995 al hablar de la importancia de expresión de sentimientos de los padres hacia los hijos.

En cuanto al involucramiento afectivo y la farmacodependencia tenemos que Epstein, 1978 nos habla de la importancia del grado de cercanía o lejanía en la relación, por su parte, Schmitz, 1995 y Majorlein, 1992 (citado en González 1996) nos dicen como la sobreprotección y la relación simbiótica favorecen la enfermedad, lo que Kopera Frye, 1991 (citado en Gómez, 1994), relaciona directamente con farmacodependencia.

Por último, en cuanto a la relación entre el control de la conducta y la farmacodependencia, se encontró que un

control rígido o caótico puede favorecer la depresión (Schmitz, 1995), y esta, está directamente relacionada con la farmacodependencia (Kopera Frye, 1991, citado en Gómez 1994; Kandel et al., 1986; Paton y Kandel, 1978, Paton et al., 1977, Smith y Frogg, 1978; Bjotvin, 1985; Dryfoos, 1990; Higgen, 1998; Kandel et al., 1978; Stenberg, 1991, citados en C.I.J., 1998a).

Es así, que con estas bases el taller ofrece alternativas a los padres para mejorar el método para educar a sus hijos y no limitarse a repetir conductas de sus padres.

Por otra parte, se puede decir que el taller permite conceptualizar la farmacodependencia como una enfermedad, siendo éste, el objetivo del primer módulo que para lograrse proporciona información al respecto, haciendo conscientes a los padres de su papel como estructura de contención.

Por todo lo anterior, el presente estudio representa una aportación en el campo de la investigación de la farmacodependencia y brinda material (el taller) en el campo de la práctica preventiva con familias, por lo que podrán beneficiarse con él tanto los padres de familia como los psicólogos dedicados a actividades preventivas y en general la comunidad.

En otro orden de ideas, entre los objetivos que se plantearon los padres de familia al inicio del taller se encontraron el mejorar su relación familiar, poder apoyar mejor a sus hijos, mejorar su comunicación familiar y saber comprenderse mejor.

Al finalizar el taller dijeron, haber logrado platicar más con su familias, platicar más a fondo sus problemas, convivir más, más acercamiento, darse cuenta que tienen que escuchar más para comprender, haber reafirmado la importancia de decirles y demostrarles a los hijos que se les quiere, y tener en cuenta que tienen que poner atención en cuales son las habilidades de sus hijos para ayudarles a desarrollarlas. También dijeron que les había ayudado a valorarse más a ellos mismos y a sus hijos, y a darse cuenta de la importancia de no sobreproteger, dándoles oportunidades a los hijos de hacer las cosas solos.

Además dijeron planear: dedicar más tiempo a ellos mismos (porque uno se debe querer) realizar más actividades en pareja, distribuir mejor las actividades en la familia (cinco padres de Jardín y siete de Primaria dijeron estarlo haciendo). Por otra parte hicieron consciencia de la importancia de cambiar uno mismo.

Entre los temas que consideraron más interesantes fueron en el grupo de Jardín de niños: reglas, ciclo vital,

comunicación, expresión de afectos, farmacodependencia y roles y en el grupo de Primaria la mayoría dijo que todos, aunque algunos dijeron que el de farmacodependencia y el de las reglas.

Entre sus sugerencias destacan: continuar el curso, pedir permisos en los trabajos para favorecer la asistencia de más padres y algunas madres que estaban interesadas pero que no asistieron por motivos de trabajo, y hacer talleres en donde participen los padres y los hijos adolescentes.

La investigación exploratoria, se pudo realizar gracias a la colaboración de los pacientes del Centro de Integración Juvenil Puebla, contando con la autorización del director del mismo y de la responsable de Terapia Familiar en el Centro. La labor se facilitó, en cuanto que la investigadora es miembro del equipo de Terapia Familiar del mismo Centro. Sin embargo debido al número de pacientes requeridos se prolongó esta primera parte del estudio.

En cuanto a la investigación cuasiexperimental, es importante señalar que para su realización se vió favorecida por el hecho de que el Centro de Integración Juvenil, realiza talleres de Orientación Familiar Preventiva y que la investigadora colabora en este proyecto. Esto facilitó el que la responsable del proyecto autorizará la aplicación de este programa. Además el hecho de haber trabajado previamente con

la directora de la Primaria, favoreció el que se pudiera aplicar en ésta el proyecto, aunque las actividades de la escuela hicieron que se retrasara en cuanto a la fecha de inicio y otras actividades escolares y de la misma investigadora provocaron que la aplicación del programa no fuera de la misma periodicidad (semanal) en todas las sesiones. Por otra parte el apoyo de la S.E.P., facilitó que se entrara en contacto con el Jardín de niños y se pudiera llevar a cabo allí el proyecto.

El hecho de que se diera el taller en el horario escolar y de acuerdo con las posibilidades de la escuela facilitó la colaboración de las directoras y los padres de familia, ya que en otros horarios hubiera sido difícil. Las dificultades para realizar el taller en otras condiciones se probaron cuando en un primer momento, se le propuso a la directora de la Primaria realizar la actividad en sábados (pensando en la posibilidad de la asistencia de los padres hombres), ya que debido a que éste no era su horario de trabajo se le dificultaba estar presente, lo mismo que a las maestras, así como algunos de los padres de familia que tenían dificultades en relación a con quien dejar a sus hijos. Por este motivo se decidió realizar el taller en el horario escolar, escogiéndose la primera hora y media de clases para su ejecución. Esto facilitó el que las maestras hicieran pasar a los padres de familia los días convenidos. El mismo procedimiento se llevó a cabo en ambas escuelas.

El haber acordado conjuntamente, dirección e investigadora las fechas de realización de los talleres teniendo en cuenta los días en que no se podrían realizar, favoreció la asistencia, ya que con un día de anticipación se les ponía el aviso del día y la hora en que se llevaría a cabo el taller para recordarles a los padres su asistencia. Además la investigadora elaboraba volantes dirigidos a cada padre que se entregaban un día antes a los niños con el mismo fin. Así mismo, el pasar listas de asistencia a los padres, las cuales eran entregadas posteriormente a la dirección también fue un apoyo para la asistencia, lo mismo que el ofrecer un ligero refrigerio (café o refresco y galletas) a los asistentes.

Recomendaciones.

Con base en los resultados del estudio a continuación se presentan algunas recomendaciones:

1. Realizar una revisión y ajuste de los módulos que no resultaron ser efectivos

2. Con el taller modificado en las áreas que no resultaron estadísticamente significativas, volver a probarlo para aumentar su eficacia.

3. Elaborar un taller, específicamente del área de comunicación, ya que esta resultó ser el área más problemática de las familias de farmacodependientes.

4. Realizar un instrumento que mida específicamente los diversos factores que intervienen para que la comunicación sea funcional y así tener un instrumento con el cual poder evaluar la eficacia del taller de comunicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Adams, G. R., Dyck, P. & Benion, L. D. (1990). Parent Adolescent Relation Ships and Identity Formation. Parent- Adolescents Relationships, 3, 1-18, New York: University Press of America.
- Ackerman, N. (1978). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar. Argentina:Ediciones Horne S. A.
- Andolfi, M. (1985). Terapia Familiar. México: Paidós.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995).Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales DSM-IV. E.U.A.. Masson.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., & Weaklan, J. H., (1956). Toward a Theory of Schizofrenia. Bchav. Sci. 1, 251-264.
- Buelow, G. (1995). Comparing students from substance abusing and dysfunctional families: Implications for counseling. Journal of Counseling & Development. 73 (3), 327-330.
- Campos, M. G. (1995). Propuesta para el manejo de conflictos conyugales. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, Pue.
- Carroll, H. (1972). Higiene Mental. México: Interamericana.
- Carvalho, V., Pinsky, I., De Souza S. R. & Carilini-Cotrim, B. (1995). Drug and alcohol use and family characteristics: A study among Brazilian highschool students. Addiction. 90 (1), 65-72 (From Psychological Abstracts, 1995, 82 Abstract 5. No. 33495).
- Centros de Integración Juvenil A. C. (1982). Aproximaciones Teóricas a la familia del farmacodependiente. (Vol.2). México: Talleres Gráficos de la Nación.

- Centros de Integración Juvenil A.C. y Secretaria de Salubridad y Asistencia (Ed.). (1989). Evaluación Cualitativa de Acción en Atención Preventiva y Curativa. México: Talleres Gráficos de la Nación.
- Centros de Integración Juvenil A.C. (Ed.). (1992). Manual de Capacitación para el Voluntariado., México: Autor.
- Centros de Integración Juvenil A.C. (Ed.). (1994). Epidemiología del abuso de drogas en la República Mexicana. Panorama comparativo con los Estados Unidos de América. (Perfil de Investigación). México: Autor.
- Centros de Integración Juvenil A.C. (1995). El consumo de Drogas en Puebla, Pue. Análisis de Condiciones y Líneas de Acción(1995-2000). (Informe de Investigación No. 96-37). México: Autor.
- Centros de Integración Juvenil A.C. (1997a) Articulación de los proyectos OFP, OPA y OPI. Doc. de Circulación Interna, México: Autor.
- Centros de Integración Juvenil A.C. (1997b). Guía Técnica del Proyecto O.F.C. . México: Autor.
- Centros de Integración Juvenil A.C. (1997c). Guía Técnica del Proyecto O.P.A.J. . México: Autor.
- Centros de Integración Juvenil A.C. (1998a). Listado de factores de riesgo y protección de C.I.J. Doc. de Circulación Interna. México: Autor.
- Centros de Integración Juvenil (1998b). La ausencia física y el distanciamiento afectivo de los padres. Doc. de Circulación Interna. México: Autor.
- Chassin, L., Curran, P.J., Hussong, A. M. & Colder, C. R. (1995). The Relation of Parent Alcoholism to Adolescent Substance Use: A Longitudinal Follow-up Study. Journal of Abnormal Psychology. 105, 70-80.
- CICAD (1997). Síntesis de aspectos presentados y discutidos por especialistas en el Simposio Interamericano. Simposio Interamericano sobre prevención del uso indebido de drogas. (pp. 2-11). Costa Rica: Autor.
- Comité de expertos de la O.M.S. en farmacodependencia (1974). 20° Informe. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Comité de expertos de la O.M.S. en farmacodependencia (1993). 28° Informe. España: Organización Mundial de la Salud.
- Coordinación del Sistema de Universidad Abierto. Facultad de Psicología de la UNAM. (1995). Curso Taller: Creciendo Juntos, el reto de ser padres y maestros. Guía de estudio. México: UNAM.
- Denton, R.E. & Kample, Ch. M. (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: A literature review. Adolescence, 29(11), 475-495. (From Psychological Abstracts, 1995. 82, Abstracts No. 2150).
- Eagan, G. (1981). El orientador experto: Un modelo para la ayuda sistémica y la relación interpersonal. México: Grupo Editorial Iberoamerica.
- Ehrlich, M. I. (1989). Los esposos, las esposas y sus hijos. México: Trillas.
- Espejel, E., Cortés, J. y Ruíz Velasco, V. (1995). Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar. Universidad Autónoma de Tlaxcala: Instituto de la Familia A.C., Departamento de Educación Especializada.
- Estrada, L. (1975). El ciclo vital de la familia. México: Rius.
- Epstein B.N., Bishop S.D. & Baldwin L. M. (1978). McMaster Model of Family Functioning: A view of the Normal Family. Journal of Marriage and Family Counseling, 5, 115-141.
- Epstein B.N., Bishop S.D. & Baldwin L. M. (1983a). Instrumento de Valoración del Funcionamiento Familiar (FAD). Navarra: División de Psicología y Psiquiatría del Instituto de Ciencias para la Familia de la Universidad de Navarra.
- Epstein, B.N., Bishop, S.D. & Baldwin L. M. (1983b). The McMaster Assessment Device. Journal of Family Therapy, 9 (2) 171-180.
- Fernández Cáceres, M. C. y Reyes del Olmo P.I. (Comp.). (1987). Características generales de la familia del farmacodependiente. México: C.I.J..

- Finn, P.R., Sharkansky, E.J., Viken R., West, T. L., Sandy, J. & Bufferd G.M. (1997). Heterogeneity in the families of sons of alcoholics: The impact on Familial Vulnerability Type on Offsprings Characteristics. Journal of Abnormal Psychology. 106, 26-36.
- Fisher, L. Nokell, L.C., Terry , H.E. & Ransom, D.C. (1992). The California Family Help Project: III Family Emotion Management and Adult Health. Family Process, 31, 269-286.
- Gómez C.M.E. (1994). Percepción del medio familiar, locus de control y estado de ánimo depresivo en el adolescente. Tesis Inédita de Licenciatura en Psicología, Universidad de las América, Puebla.
- González Villalpando, M. (1996). Relación entre Locus de Control Marital, Locus de Control y Depresión en Adolescentes. Tesis Inédita de Licenciatura en Psicología, Universidad de las Américas, Puebla.
- Haley, J. (1979). Terapia para resolver problemas. Argentina: Amorrortu.
- Harbach R. L. & Jones, W. P. (1995). Family beliefs among adolescents at risk for substance abuse. Journal of Drug Education. 25 (1), 1-9.
- Hawkins, D.J., Richard, F.C. & Janet Y. M. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drugs Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Sustance Abuse Prevention. Psychological Bulletin, 112 (1), 64-105.
- Humes, D.L. & Humphrey, L.L. (1994). A Mutimethod Analysis of families with a polidrug-dependent or normal adolescent daughter. Journal of Abnormal Psychology. 103 (4), 676-685.
- Macías, R. (Comp.). (1981). El grupo familiar, su historia, su desarrollo y su dinámica. México: IFAC.
- Malkus, B.M. (1994). Family dynamic and structural correlates of adolescents substance abuse: A comparison of families of non substance abusers and substance abusers. Journal of Child & Adolescent substance abuse. 3 (4), 39-52, From Psychological Abstracts, 1995, 82 Abstract No. 33557).

- McCandless, B. R. & Trotter (1981). Conducta y desarrollo del niño. México: Interamericana.
- Mejía, Covarrubia, T. (1996). Anfeteminas: Aspectos históricos, médicos, psiquiátricos y farmacoterapia. Unidad de Internamiento. Tijuana: C.I.J.
- Minuchin, S. (1977). Familias y Terapia Familiar. España: Granica.
- Minuchin, S. & Fishman H. Ch. (1981). Técnicas de Terapia Familiar. México: Paidós.
- National Institute of Drugs Abuse e Institutos Nacionales de Salud. (1997). Guía basada en investigaciones del NIDA y los Institutos Nacionales de Salud. Para evitar el consumo de drogas en niños y adolescentes. Costa Rica: Autor.
- Nowlis, H. (1975). La verdad sobre la droga. París: UNESCO.
- Olson, D.H., Sprenkle D.H. y Russel, C.S. (1989). Circumplex Model of Marital and Family Systems. Family Process. 18, 1-25.
- Pick, S., Givaudan, M., y Martínez, A. (1995). Aprendiendo a ser papá y mamá de niños y niñas desde el nacimiento hasta los 12 años. México: Ariel Escolar.
- Ponce, B.M., Medina, M. (1986). Evolución Histórica del Concepto de Farmacodependencia. México: C.I.J.
- Ratti, L.A., Humphrey, L.L. & Lyons J.S. (1996). Structural Analysis of Families with Polidrug-dependent, Bulimic or Normal Adolescent Daughter. Behavior Counseling and Clinical Psychology. 64, 1255-1261.
- Sánchez, F. (1989). Valoración del tratamiento de terapia familiar estructural en familias de pacientes farmacodependientes. Tesis inédita de Maestría en Psicología Clínica, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Satir V. (1991). Nuevas Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. México: Pax-México.
- Secretaría de Salud México (1994). Guía para el diseño y desarrollo de programas preventivos en materia de adicciones. México: Autor.

- Schmitz Sn. Martín, B. (1995). Percepción materna, locus de control, afiliación de grupo de pares y estado de ánimo en el adolescente. Tesis Inédita de Licenciatura en Psicología, Universidad de las Américas, Puebla.
- Staton, M.D.(1979). Drugs and the Family. A Review of the Literature. Marriage and Family Review. 2 (1), 1-10.
- Stice, E. & Barrera, M. (1995). A longitudinal examination of the reciprocal relations between perceived parenting and adolescents sustance use and externalizing behaviors. Development Psychology. 31 (2), 322-324, (From Psychological Abstracts, 1995, 82, Abstract No. 25623).
- Von Bertalanffy , L. (1968). General Systems Theory. New York: George Braziller.
- Watzlawick, Beavin & Jackson. (1967). Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder.
- Yeh, L.S. & Headjesperth, J. (1995). A Multiple case study comparision of normal private school and substance abusing/mood disorder adolescents and their families. Adolescence, 30 (18), 413-428.

APENDICES

APENDICE A

**FICHA DE IDENTIFICACION
(FI, PINO CARRILLO, A., 1998)**

FICHA DE IDENTIFICACION

(PINO CARRILLO, A., 1998).

Instrucciones:

Los siguientes datos son solicitados con el fin de tener información sobre las personas asistieron al taller, y serán usados únicamente con fines de investigación. Por lo que no es necesario que ponga su nombre. Conteste sinceramente completando los espacios en blanco-

Sexo _____ Edad _____ Esatado Civil _____

Ultimo grado de estudios _____ Ocupación _____

Colonia en la que vive actualmente _____

¿Ha tenido parejas anteriores? (en unión libre o casado con ellas (os)) _____ Cuántas _____

Vive con su pareja _____ Tiempo que ha vivido con su pareja _____

Número de Hijos _____

Información respecto a sus hijos:

(Si sus hijos no son de su actual pareja, favor de poner un asterisco (*) antes de su edad

Edad	Sexo	Escolaridad	Ocuapación	Viven en su casa Sí o No
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Vino al taller con su pareja _____.

(Si la respuesta fué "no", contestar la siguiente pregunta)

¿Por qué? _____

APENDICE B

**ESCALA DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
(ESPEJEL, E., CORTES, J. Y
RUIZ VELASCO, V., 1995)**

Escala de Funcionamiento Familiar

Espejel E. / Cortés J. / Ruiz Velasco V. / Copyright 1995

Familia: _____

Tiempo de Unión: _____ Edad del primer hijo (a) * _____

Ingreso familiar: _____ Ingreso per capita: _____

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

Perfil de funcionamiento familiar

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 les corresponda. Un mismo ítem puede aparecer en varios conceptos (por ejemplo el 40) después de haber hecho el vaciado sumar cada escala. El puntaje global se obtiene sumando los puntos de los 40 ítems, debido a la repetición de ítems en diferentes escalas no se puede hacer la suma por escalas.

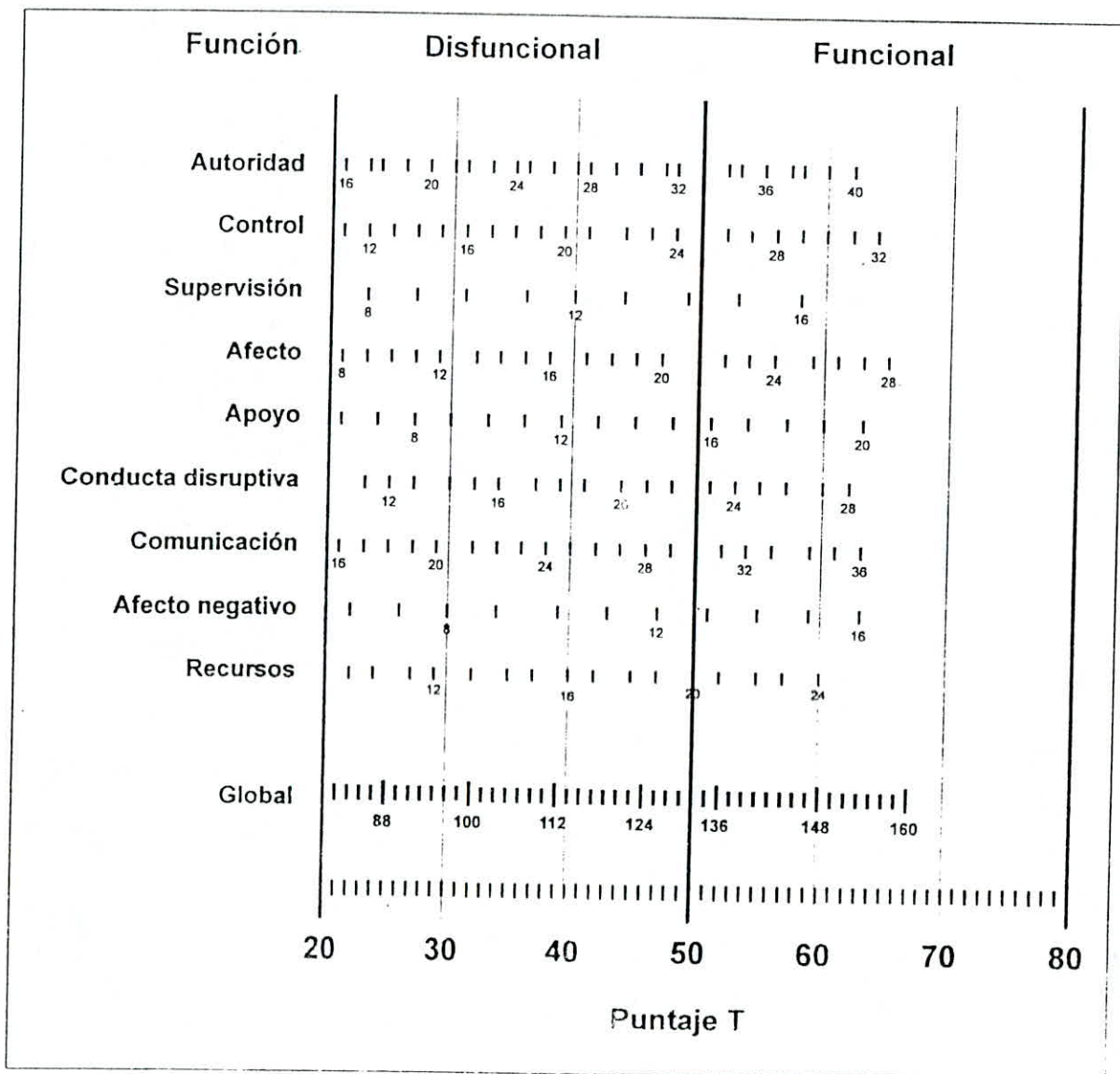
Función											Suma	
Autoridad	1	3	4	5	11	12	14	28	39	40		
Control	8	10	17	26	31	34	35	40				
Supervisión	16	25	26	28								
Afecto	22	23	24	27	31	32	33					
Apoyo	7	16	18	20	39	40						
Conducta Disruptiva	5	9	36	37	38	39	40					
Comunicación	4	10	15	18	19	21	22	36	38			
Afecto negativo	6	15	29	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: _____



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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funcionalidad

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funcionalidad

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funcionalidad

Instrucciones para el examinador: las casillas oscuras nunca deben marcarse

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funcionalidad

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funcionalidad

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No existen horarios Funcionalidad

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Todos	Nadie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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...

A quién se le avisa:

Quién invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	No avisa
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro no familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nunca invitan Funcionalidad

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

<i>Estatus</i>	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar
<i>Trabaja y participa</i>						
<i>Trabaja y no participa</i>						
<i>No trabaja y participa</i>						
<i>No trabaja</i>						

Funcionalidad

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

Quién sustituye:

<i>Responsable</i>	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

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:

<i>Pide permiso</i>	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Funcionalidad

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

Cómo castiga

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

No se castiga

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 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 con quién lo hace?

	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 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 quién 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
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

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
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Funcionalidad

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

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro No Familiar	Nadie
<i>Padre</i>							
<i>Madre</i>							
<i>Hijos</i>							
<i>Hijas</i>							
<i>Otro familiar</i>							
<i>Otro no familiar</i>							

Frecuencia

Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con que se presentan los eventos cuestionados

Funcionalidad

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

Frecuencia

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
<i>Otro no familiar</i>			

Funcionalidad

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

Frecuencia

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
<i>Padre</i>			
<i>Madre</i>			
<i>Hijos</i>			
<i>Hijas</i>			
<i>Otro familiar</i>			
<i>Otro no familiar</i>			

Funcionalidad

38. Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policia, jefes, maestros, etcétera) ¿Quié-
 ios ha tenido?

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

Funcionalidad

39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

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

Funcionalidad

40. ¿Quién en la familia se aísla?

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

Funcionalidad

APENDICE C

INSTRUMENTO DE VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

FAD

**(EPSTEIN, B.N., BALDWIN, L.M. &
BISHOP, S. D., 1983)**

**INSTRUMENTO DE VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.
FAD (1983).
(versión en español).**

Sexo: _____ Edad _____ Número de Hijos _____
Ocupación: _____

Instrucciones.- A continuación se encontrará una lista de afirmaciones acerca del funcionamiento de su familia. Considere cada una de las oraciones y diga en que medida está de acuerdo con ellas tachando el número conveniente. Existen 4 respuestas posibles

1. Fuertemente de acuerdo.
2. De acuerdo.
3. En desacuerdo
4. Fuertemente en desacuerdo.

Ejemplo:

Salimos todos los domingos al parque 1 2 3 4

La respuesta anterior (3) indica que la persona está en desacuerdo con la oración, indica que ocasionalmente sale al parque.

- | | |
|--|---------|
| Planear las actividades familiares es dificultoso porque no nos comprendemos los unos a los otros. | 1 2 3 4 |
| Nosotros resolvemos cada día la mayoría de los problemas que surgen en casa. | 1 2 3 4 |
| Cuando alguno de nosotros está alterado los otros sabemos por qué | 1 2 3 4 |
| Cuando pides a alguien que haga algo tienes que comprobar que lo hace | 1 2 3 4 |
| Si alguien tiene un problema, los demás nos vemos también envueltos. | 1 2 3 4 |
| En momentos de crisis, podemos recurrir los unos a los otros en busca de ayuda | 1 2 3 4 |
| Nosotros no sabemos que hacer cuando ocurre una emergencia. | 1 2 3 4 |
| Nosotros algunas veces nos quedamos sin cosas que necesitamos. | 1 2 3 4 |
| Nosotros estamos poco dispuestos a mostrar nuestros sentimientos unos a otros | 1 2 3 4 |
| Estamos seguros de que los miembros encuentran sus responsabilidades familiares | 1 2 3 4 |
| Nosotros no podemos hablarlos los unos a los otros de nuestras penas. | 1 2 3 4 |
| Nosotros tomamos nuestras decisiones en función de los problemas. | 1 2 3 4 |
| Tú solamente puedes captar la atención de los otros cuando algo les interesa a ellos. | 1 2 3 4 |
| Tú puedes decir como se siente una persona de tu familia por lo que está diciendo. | 1 2 3 4 |
| Las tareas familiares no llegan a desarrollarse suficientemente. | 1 2 3 4 |
| Los individuos son aceptados por lo que son. | 1 2 3 4 |
| Te puedes escapar fácilmente rompiendo las reglas. | 1 2 3 4 |
| Las personas se comportan y dicen las cosas en función de lo que se les indica. | 1 2 3 4 |
| Algunos de nosotros no solemos responder afectivamente. | 1 2 3 4 |
| Nosotros sabemos que hacer ante una emergencia. | 1 2 3 4 |
| Nosotros evitamos discutir sobre nuestros temores y preocupaciones. | 1 2 3 4 |
| Es difícil hablar unos con otros sobre nuestros sentimientos afectivos. | 1 2 3 4 |
| Tenemos problemas para hacer frente a nuestras facturas. | 1 2 3 4 |
| Después de que nuestra familia trata de resolver un problema, normalmente discutimos si hemos | |

ido eficaces o no.	1	2	3	4
5. Estamos demasiado centrados en nosotros mismos.	1	2	3	4
6. Podemos expresarnos los sentimientos unos a otros.	1	2	3	4
7. No tenemos expectativas sobre los hábitos de limpieza.	1	2	3	4
8. No demostramos el amor de uno por el otro.	1	2	3	4
9. Nos decimos las cosas directamente y no a través de intermediarios.	1	2	3	4
10. Cada uno de nosotros tiene deberes y obligaciones particulares.	1	2	3	4
11. Hay un montón de malos sentimientos en la familia.	1	2	3	4
12. Tenemos reglas sobre herir a las personas.	1	2	3	4
13. Conseguimos involucrarnos los unos con los otros cuando algo nos interesa.	1	2	3	4
14. Hay poco tiempo para explorar los propios intereses.	1	2	3	4
15. Con frecuencia no decimos lo que planeamos.	1	2	3	4
16. Nos sentimos aceptados por lo que somos.	1	2	3	4
17. Mostramos interés los unos por los otros cuando podemos obtener algo de ello.	1	2	3	4
18. Resolvemos los problemas afectivos que se nos presentan.	1	2	3	4
19. La sensibilidad ocupa un segundo plano en nuestra familia.	1	2	3	4
20. Discutimos sobre quienes tienen que hacer los trabajos de la casa.	1	2	3	4
21. Tomar decisiones es un problema en nuestra familia	1	2	3	4
22. Nuestra familia muestra interés los unos por los otros solamente cuando puede conseguir algo con ello	1	2	3	4
23. Somos francos los unos con los otros.	1	2	3	4
24. No nos agarramos a ninguna regla o estandar.	1	2	3	4
25. Si les pides que hagan algo tienes que recordárselos.	1	2	3	4
26. Estamos capacitados para tomar decisiones sobre como resolver los problemas.	1	2	3	4
27. Si se rompen las reglas, no sabemos que puede pasar.	1	2	3	4
28. Nada funciona en nuestra familia.	1	2	3	4
29. Expresamos la sensibilidad en nuestra familia.	1	2	3	4
30. Enfrentamos los problemas relacionados con los sentimientos.	1	2	3	4
31. Juntos no nos va bien.	1	2	3	4
32. No nos hablamos los unos a los otros cuando estamos enfadados.	1	2	3	4
33. Estamos normalmente insatisfechos con los deberes familiares que se nos asignan.	1	2	3	4
34. Incluso con buenos propósitos nos metemos demasiado los unos en la vida de los otros.	1	2	3	4
35. Hay reglas en relación con las situaciones peligrosas.	1	2	3	4
36. Confiamos los unos en los otros.	1	2	3	4
37. Lloramos abiertamente.	1	2	3	4
38. No tenemos un medio de transporte razonable.	1	2	3	4
39. Cuando no nos gusta lo que alguien está haciendo se lo decimos.	1	2	3	4
40. Tratamos de pensar diferentes modos de resolver un problema.	1	2	3	4

APENDICE D

**PROGRAMA DEL TALLER:
"MEJORANDO EL FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR PARA PREVENIR LA
FARMACODEPENDENCIA"
(T. PINO CARRILLO, A. 1998)**

MODULO I.
CONOZCAMONOS PARA INICIAR EL CAMBIO.

Objetivo Particular:

Favorecer la integración grupal, así como el que los padres de familia identifiquen la importancia de participar en el taller.

TEMAS	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIALES	TIEMPO
1. Diagnosticando el funcionamiento familiar.	Identificar las características de la población. Realizar evaluación inicial.	Aplicación de Ficha de Identificación e Instrumento de Valoración del Funcionamiento Familiar (FAD).	Ficha de Identificación, FAD, lápices.	20 min.
2. ¿ Quienes somos y qué esperamos?	Que los participantes y el coordinador se conozcan entre sí. Identificar expectativas.	Presentación por parejas. Ronda de expectativas.	Reloj, hoja de rotafolio, marcadores.	35 min.
3. ¿ Qué es Centros de Integración Juvenil?	Identificar a C.I.J. como una Institución de apoyo para la prevención y tratamiento de la farmacodependencia.	Expositiva	Rotafolios	5 min
4. Conociendo la propuesta.	Identificar contenidos, fechas y horarios del taller.	Expositiva.	Rotafolios	10 min.
5. La farmacodependencia ¿podría ser un problema en mi familia?.	Identificar qué es la farmacodependencia y factores de riesgo. Identificar las características de las familias de farmacodependientes. y la función de ésta como estructura de contención.	Expositiva.	Rotafolios	20 min.

MODULO II SOLUCIONANDO PROBLEMAS

Objetivo Particular:

Que los participantes identifiquen los diferentes tipos de problemas descritos por McMaster y conozcan los pasos para solucionarlos efectivamente y así poder prevenir entre otras situaciones el que se presente la farmacodependencia en sus familias

TEMA	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIALES	TIEMPO
1. Solucionar problemas es una habilidad	Identificar el proceso de resolver problemas como una habilidad. Identificar los diferentes tipos de problemas de acuerdo con McMaster. Identificar los pasos para resolver problemas.	Expositiva, preguntas y respuestas	Rotafolios	10 min.
2. Conociendo los diferentes tipos de problemas.	Ejemplificar los diferentes tipos de problemas como una forma de tomar conciencia de ellos.	Trabajo por equipos, dramatización	Papelitos con instrucciones.	40 min.
3. Aprendiendo una forma de solucionar problemas.	Dar solución a cada uno de los problemas presentados.	preguntas y respuestas, lluvia de ideas, plenaria	Pizarrón y gis.	40 min.

MODULO III COMO COMUNICARNOS PARA ENTENDER NOS

Objetivo Particular:

Que los participantes identifiquen las ventajas de usar una comunicación clara y directa para evitar problemas en la familia.

TEMAS	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIALES	TIEMPO
1. Comunicación: un proceso de dar y recibir información.	Identificar que es comunicación y sus tipos para que reflexionen sobre el modo en que se está dando en su familia.	Expositiva, lluvia de ideas, preguntas y respuestas.	Rotafolios.	10 min.
2. ¿Se lo digo a quien debo decirselo?. Comunicación directa.	Experienciar la necesidad de una comunicación directa como una forma de evitar conflictos dentro de la familia.	Dramatización, preguntas y respuestas.	Mensaje.	20 min.
3. ¿Cómo hacer para que me entiendas?	Ejemplificar la importancia de comunicarse claramente dentro de la familia, para evitar problemas, entre ellos el surgimiento de la farmacodependencia	Dramatización, preguntas y respuestas.	Cuatro papelitos con instrucciones.	20 min.
4. La forma en que nos comunicamos influye en como nos valoramos.	Favorecer que se disminuyan o eviten comunicaciones devaluantes para no dañar la autoestima en sus hijos y así fomentar conductas saludables en éstos.	Corrección de frases.	Papelitos con frases devaluantes, bolsa de plastico y cerillos.	20 min.
5. Si hablamos relajados, es mejor.	Ejercitar, una técnica de relajación para emplearla cuando se sientan tensos y así evitar desquitarse con sus hijos.	Técnica de relajamiento progresivo.	Grabadora y cassette de musica instrumental.	20 min

MODULO IV LOS ROLES QUE TODOS JUGAMOS

Objetivo Particular:

Que los participantes identifiquen cuales son algunas de las funciones básicas de las familias y si en su familia los roles están distribuidos de la manera más eficaz para facilitar el funcionamiento familiar sano.

TEMAS	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIALES	TIEMPO
1. Yo: persona, pareja y padre	Identificar, los papeles que pueden desempeñar en la familia, así como las necesidades y funciones que cubren, para favorecer que éstos se ejerzan del modo más saludable.	Expositiva, preguntas y respuestas	Rotafolios	10 min.
2. Mi familia a través del tiempo..	Identificar los cambios que son necesarios hacer en el ejercicio de los diversos roles familiares a través del tiempo	Película, preguntas y respuestas, lluvia de ideas, plenaria	Película : "Los seis momentos más difíciles en la vida de una pareja"	40 min
3. Cómo cumplir diferentes funciones y conservar la salud	Identificar como se cumplen los diversos roles en sus familias así como los diversos cambios que tendrán que realizar de acuerdo a las etapas del ciclo vital.	Cuestionario, preguntas y respuestas plenaria.	Cuestionario hojas y lápices	40 min

MODULO V EXPRESANDO NUESTROS AFECTOS

Objetivo Particular:

Mejorar la habilidad de los participantes para responder a los estímulos dados con la cantidad y calidad adecuada de sentimientos y así favorecer la expresión de éstos en la familia.

TEMA	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIALES	TIEMPO
1. Expresar afectos una cuestión de habilidad.	Identificar, que la expresión afectiva es una habilidad, que se puede aprender y desarrollar para mantener la salud dentro de la familia.	Expositiva, preguntas y respuestas, lluvia de ideas.	Rotafolios.	10 min.
2. Aprendiendo a darme cuenta de mis sensaciones.	Favorecer a través de un ejercicio vivencial, que los participantes tomen conciencia de sus sensaciones como una forma de facilitar que posteriormente lleguen a la expresión emocional.	Descripción de sensaciones.	Papelitos con instrucciones indicando que sensaciones deben describir.	15 min.
3. Conociendo mis emociones y sentimientos.	Ejercitarse en la habilidad para reconocer emociones y sentimientos.	Describir emociones, identificar sentimientos, preguntas y respuestas, plenaria.	Lista de emociones, lista de situaciones para identificar sentimientos, hojas, lápices, pizarrón y gis.	30 min
4. Aprendiendo a reflejar sentimientos.	Ejercitarse para aprender a reflejar sentimientos como una forma de manifestar a sus hijos que los entiende.	Expositiva, dramatización, reflejar sentimientos.	Situaciones a dramatizar, lista de frases para ser reflejadas.	35 min.

MODULO VI

ME INTERESO Y VALORO A MI FAMILIA

Objetivo Particular:

Favorecer que los participantes identifiquen la relación empática como la manera más saludable para expresar su interés y valorar a los miembros de su familia.

TEMAS	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIALES	TIEMPO
1. Muestras de interés y valoración, algo que todos necesitamos.	Identificar la importancia de mostrar interés y valorar a cada miembro de la familia. Distinguir la relación empática como la más funcional.	Expositiva, preguntas y respuestas.	Rotafolios.	10 min.
2. Ejercitándome para ser más funcional en la forma de acercarme a mi familia.	Usar la dramatización, como una forma de darse cuenta de los diversos tipos de relación familiar. Modificar formas inadecuadas de relación familiar.	Dramatización y plenaria.	Hojas con instrucciones.	60 min.
3. Estableciendo una relación empática.	Identificar algunos ejemplos de comunicación antiempática. Probar la capacidad para emitir comunicaciones que favorezcan una relación empática.	Expositiva, preguntas y respuestas, plenaria.	Rotafolio, lápices, ejercicio: "Para establecer una relación empática".	20 min.

MODULO VII LAS REGLAS Y EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Objetivo Particular:

Que los participantes descubran algunos patrones funcionales para el control de la conducta dentro de la familia, para que posteriormente los puedan aplicar.

TEMAS	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIALES	TIEMPO
1. ¿Cómo establecer el control en mi familia?	Identificar la importancia de las reglas en el funcionamiento familiar. Identificar los modos más funcionales de control de conducta para poder usarlos,	Expositiva y preguntas	Rotafolios.	10 min.
2. ¿Cuáles son las reglas familiares?	Escribir algunas reglas familiares para tomar conciencia de la necesidad de cambiarlas o no.	Cuestionario y plenaria,	Hojas, lápices y cuestionario.	15 min.
3. ¿Qué puedo permitirle a mi hijo?	Distinguir las edades adecuadas para que los hijos realicen cosas por sí mismos.	Cuestionario y preguntas.	Lista de conductas, hojas y lápices	15 min.
4. ¿Cómo corregir ?	Ejemplificar, el modo de corregir a sus hijos para poderles hacer sugerencias. Reconocer, la circularidad de la causalidad en la conducta de los hijos. Cambiar, si es necesario los modos de control de conducta.	Análisis de casos por equipos, expositiva, cuestionario y plenaria.	Rotafolios, cuestionario, material con casos, lápices y hojas.	50 min.

MODULO VIII.
LO QUE ME LLEVO PARA QUE MI FAMILIA FUNCIONE MEJOR.

Objetivo Particular:

Evaluar el conocimiento de los temas revisados a lo largo del taller, para favorecer el que se lleven en la práctica diaria.

TEMAS	OBJETIVOS	TECNICAS	MATERIALES	TIEMPO
1. ¿Qué aprendí en el taller?	Demostrar los conocimientos adquiridos durante el taller para poder aplicarlos posteriormente.	Trabajo por equipos, plenaria.	Hojas y lápices.	40 min.
2. Diversión y reflexión, una evaluación dinámica.	Emplear los conocimientos adquiridos para resolver preguntas. Socializar con los otros padres para despedirse de un modo agradable.	El juego de las sillas.	Sillas, música, papeles con preguntas.	25 min.
3. El diagnóstico final.	Aplicar el FAD para evaluar la efectividad del taller al compararlo con su aplicación inicial.	Aplicación de cuestionario.	FAD, lápices.	15 min.
4. La despedida	Verificar el grado en que se cumplieron las expectativas y dar por concluido el taller.	Preguntas y respuestas	Rotafolios con expectativas iniciales.	10 min.

APENDICE E

CRITERIOS PARA LA ESTRATIFICACION SOCIOURBANA

Estratificación Socio-Urbana.

Para realizar esta evaluación se tomaron en cuenta los siguientes aspectos:

1. **Infraestructura urbana existente** considerando la dotación de agua potable, drenaje, alcantarillado, electricidad, trazo de calles, pavimentación, etc.
2. **Servicios públicos**, incluyendo la existencia o accesibilidad de transporte colectivo, teléfono, correo, escuelas, mercado, comercios, instituciones de salud, etc.
3. **Edificaciones**, referido al material, calidad y condiciones de conservación de los inmuebles.
4. **Zona ambiental**, referido a la seguridad pública y a la existencia de áreas verdes y recreativas de uso común.

A través de la observación directa se calificaron los anteriores, obteniéndose 4 estratos: Bajo, Medio-Bajo, Medio-Alto y Alto.

Criterios	Bajo	Medio-Bajo	Medio-Alto	Alto
Urbanización	0-2 Inexistente menos de 25%	3-4 Parcial 25-50%	5-6 Parcial 50-75%	7-8 Completa 75-100%
Servicios Públicos	0-2 Escasez de servicios Son a menudo insuficientes y de mala calidad. Menos del 25% de los habitantes cuenta con ellos	3-4 Pocos servicios Son poco eficientes y de mediana calidad 25 a 50 % de los habitantes cuenta con ellos.	5-6 Hay servicios Son eficientes y de mediana calidad 50-75% de los habitantes cuenta con ellos.	7-8 Hay todos los servicios Son eficientes y de buena ca- lidad. 75- 100% de los habitantes cuenta con ellos.
Edificaciones	0-2 Construcciones impro- visadas y/o de material deshecho y/o en malas condiciones, de tipo "jacal".	3-4 Construcciones deterioradas y/o de ma- terial de baja calidad de tipo popular	5-6 Construcciones de mediana calidad, en condiciones re- gulares, de tipo medio.	7-8 Constru- cciones de alta calidad en buenas condiciones de tipo "residencial"
Zona	0-1 Zona marginada y/o "ciudad perdida". Pocas o ningún área verde: niños y jóvenes juegan en la calle.	2 Zona Popular. Pocas áreas verdes, escasas áreas de de juego para niños y jóve- nes.	3 Zona semi-residencial Áreas verdes, algunas áreas de juego para niños y jóvenes.	4 Zona resi- dencial. Áreas ver- des, áreas de juego para ni- ños y jóvenes
Zona Ambiental	0-1 Lugar peligroso o de alto riesgo (se advierten nume- rosas manifestaciones de- lictivas).	2 Lugar que ofrece poca seguridad (se advierten algunas manifestaciones delictivas).	3 Lugar que ofrece seguri- dad (en ocasiones se advierten manifestaciones delictivas).	4 Lugar que ofrece se- guridad, (no se advierten manifestacio- nes delictivas).
Puntaje total	32 a 26	25 a 20	19 a 14	13 a 8