



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

134
2j

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TALLER DE PREVENCIÓN
A LA FARMACODEPENDENCIA
DIRIGIDO A PADRES
DE FAMILIA**

T E S I S

QUE PRESENTAN:

JESÚS LÓPEZ CRUZ

EDUARDO ENRIQUE THOMÉ MARTÍNEZ

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR DE TESIS: LIC. CELSO SERRA PADILLA



MÉXICO D.F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, 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 donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

*Nuestro reconocimiento y agradecimiento al
Lic. Celso Serra Padilla por su confianza,
paciencia, comprensión, ayuda e interés en
la culminación de este trabajo*

*A nuestros Asesores:
Por el apoyo con su experiencia y
conocimiento.*

*Lic. Pablo Valderrama Iturbe
Lic. Leticia Echevarría San Vicente
Lic. Jossette Benavides Tourres
Mtra. Luz Maria Rocha Jiménez*

*Agradecemos de manera especial
a la Dra. Raquel Atri el habernos facilitado
y confiado el instrumento de Evaluación
de Funcionamiento Familiar.*

Al Instituto "Marillac" y a sus directivos, especialmente a Sor María Mares por su confianza y habernos brindado todas las facilidades y apoyos necesarios para la realización de este trabajo.

Queremos agradecer especialmente a las siguientes personas, por su apoyo y sugerencias, que ayudaron a mejorar el presente trabajo:

Antrop. Arturo Guillen Figueroa.

Lic. Galdino Sánchez Vargas.

Lic. Gerardo Sánchez Vargas

Lic. Maricela Rosas Carrillo.

C. Marcela Gpe. Martínez Reyna.

C. Margarita Toríz Durán

Lic. Alejandra Thome Martínez.

Lic. Amelia Olguín Ramírez

Damos el más amplio reconocimiento a todos los padres de familia que participaron en este trabajo, a ellos, les confirmamos nuestro agradecimiento por su aporte esencial, sin el cual no podríamos conocer la realidad observada, su participación es imposible acreditarla en todo lo que vale.

**Gracias
Jesús y Enrique**

A mis Padres:

A mi Madre in Memoriam.

Como un reconocimiento muy especial a ellos por haberme brindado la oportunidad de contar con una familia y con su ejemplo, la enseñanza y opción de saber apreciar la vida, aunque ésta no nos haya permitido continuarla juntos.

*A mis Hermanos y Sobrinos:
Eva, Martín, Jazmín, Cesar, Manuel y Magali,
como una constancia de mi afecto.*

*A Daniela Yunuen:
Por esa gran oportunidad que me has
dado en la vida, ¡Ser Padre!*

A Amelia:

A ti por ser mi compañera de lucha, fuerza y firmeza vital que siempre me apoya en las dificultades y los éxitos.

Jesús

Esta tesis la quiero dedicar a tres personas muy importantes y especiales en mi vida personal, familiar y profesional.

La primera de ellas, a mi Madre Virginia, quien me dio la vida y se desvelo para cuidarme, ponerme en el camino correcto cuando veía que me desviaba y me dio ejemplo de no rendirme ante las circunstancias adversas.

La segunda de ellas, a mi Padre Guillermo, quien mediante estímulos, ejemplos, oportunidades, comprensión y apoyos invaluable, me dio un camino de aprendizaje a seguir

Y por último no por ser menos importante,

A mi esposa Ma. Antonieta, ejemplo de amiga, novia, madre y sobre todo de compañera, quien ha sabido siempre fomentar el espíritu de lucha por la unión y bienestar de la familia que ahora formamos juntos con nuestra hija Valeria y próximos hijos que llegarán.

También quiero Agradecer a:

- *Dr. Agustín Vélez Baraja, quien me dio la primera oportunidad de trabajo profesional.*
- *Al Lic. José Manuel Castrejón Vacio, quien confió en mí.*
- *Al Lic. Jesús García Rosete, por ser mi ejemplo de Psicólogo.*
- *A mi hermana Alejandra, por su apoyo invaluable.*
- *A Jesús López Cruz, por ser amigo, compañero y demostrar su esfuerzo para esta tesis*

Enrique

ÍNDICE

RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I ASPECTOS GENERALES DE LA FARMACODEPENDENCIA	
1.1 Conceptos básicos	16
1.2 Situación actual del consumo de drogas en México.....	20
1.3 Teoría general de los sistemas y núcleo familiar.....	25
1.4 Prevención	38
CAPÍTULO II METODOLOGÍA	
2.1 Planteamiento del problema	44
2.2 Hipótesis	45
2.3 Diseño, variables y escenario.....	47
2.4 Población	51
2.5 Instrumento	56
2.6 Justificación temática	63
2.7 Procedimiento	70
CAPÍTULO III RESULTADOS	
3.1 Resultados de la prueba "t"	75
3.2 Resultados cualitativos del EFF	78
3.2.1 Resumen Cualitativo General.....	89
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES	
4.1 Discusión	100
4.2 Conclusiones	105
4.3 Limitaciones.....	107
4.4 Sugerencias	108
ANEXOS	109
REFERENCIAS	118

RESUMEN

Se realizó y evaluó un taller de orientación para la Prevención a la Farmacodependencia dirigido a padres de familia, utilizando el diseño "Cuasi experimental de grupo de comparación no equivalente" (Campell y Stanley 1963) empleándose para obtener los parámetros comparativos, el cuestionario tipo Licker de "Evaluación del Funcionamiento Familiar" de Raquel Atri (1987) , el cual permitió llevar a cabo un análisis cuantitativo y cualitativo, de manera intra y entre los grupos uno y de comparación, pudiéndose comprobar y observar cambios en el funcionamiento familiar generados por la asistencia y participación al taller para la prevención del uso de drogas con fines de intoxicación y conductas que se le asocian en el grupo familiar.

INTRODUCCIÓN

El uso de drogas ha tenido una práctica milenaria, que con el paso del tiempo se ha ido modificando, de acuerdo a los cambiantes patrones culturales del ser humano. De tal forma que los aspectos místicos, religiosos y curativos que eran predominantes de las antiguas sociedades se ven desplazados por el consumo de drogas con fines de intoxicación y como resultado, evasión de la realidad cotidiana por parte del individuo.

El uso indebido de drogas o farmacodependencia es sin duda alguna, un problema que ha venido cobrando creciente importancia en todo el mundo, a partir de los años 60's.

El fenómeno, resulta de una compleja interacción de factores sociales, familiares e individuales, en la cual el individuo es el principal afectado, como producto de una respuesta inadecuada a situaciones particulares, que desde luego no resuelve sus problemas y sí corre el riesgo de tener otras mayores.

El problema de la farmacodependencia, tradicionalmente es conceptualizada por la familia, como una conducta desviada del individuo, dándole un matiz moralista, marcándolo como un "vicio", donde la falta de voluntad, la perversidad del sujeto e influencia de los amigos es responsable de su dependencia al consumo de drogas.

Situación que señala el trabajo realizado por Centros de Integración Juvenil, la "Orientación a Familiares de Farmacodependientes una Experiencia" (1985). Los padres de familia consideran y tratan al hijo como "vicioso", "vago", "irresponsable", etc.; expresan que "todos los demás están bien, sólo les preocupa el

vicio del muchacho”; los familiares culpan a los “malos amigos”, del problema de farmacodependencia; el farmacodependiente siempre ha sido el “hijo problema” (mala conducta, bajo rendimiento escolar, inconstancia en los trabajos, problemas con los policías, etc.).

La familia es la unidad básica en la formación del ser humano, donde se adquieren las bases y pautas de comportamiento, dándose lugar la reproducción, preservación de la especie, la crianza, en el seno familiar despertamos a la vida, aprendemos a compartir esta con otras personas, adquirimos conocimientos del mundo que nos rodea, recibimos educación para que nuestro comportamiento sea el esperado en cada situación del vivir y sobre todo en la familia aprendemos amar y a sentirnos queridos.

Satir (1981) identifica cuatro áreas que fomenta la familia:

Autoestima: Sentimientos e ideas que uno tiene sobre sí mismo.

Comunicación: Formas que desarrolla la gente para expresar lo que quiere decirse el uno al otro.

Sistema familiar: Normas que establece la gente para actuar y sentir.

Enlace con la sociedad: Son las relaciones de la gente con los demás y con las Instituciones fuera de la familia.

Asimismo reconoce en las familias con algún tipo de problema las siguientes características : una autoestima baja, comunicación indirecta, vaga e insincera; enlace temeroso, aplacante y acusador con la sociedad.

Por otra parte, centrándose específicamente en la personalidad del farmacodependiente Reyes del Olmo (1982), refiere que

este emerge de un contexto familiar que presenta ciertos conflictos como pueden ser problemas de comunicación, desintegración, falta de figuras significativas que los hijos puedan identificar plenamente.

De igual manera Guzmán Villanueva (1991) describe en la familia adicta, (refiriéndose específicamente a la familia en donde se encuentra un integrante con problema de farmacodependencia) lo siguiente; negación de la enfermedad, incomunicación, conducta impredecible, ambiente emocional de continuo sufrimiento, falta de estructura familiar, cambio en los valores de la familia, estancamiento y evolución a la cronicidad.

Por ello y consciente de la responsabilidad que tienen los padres de familia como educadores y formadores, así como influyentes en la etiología de la farmacodependencia, se ve a la orientación ofrecida por el profesional de la salud mental, como un medio eficaz y prioritario para la prevención del uso de sustancias con fines de intoxicación.

Los padres son el origen de la vida biológica de sus hijos, pero además tienen la misión de que ellos crezcan sanos física y psíquicamente logrando una personalidad equilibrada y madura.

Responsabilidad altruista y amplia que no se logra sólo con el cariño natural y con buena voluntad, se requiere de conocer al hijo y previamente a sí mismo.

Es una tarea diaria que debe comenzar desde la concepción. Sin olvidar que a medida que el niño crece los padres también deben hacerlo, por ello, ser padre es algo más que procrear y crear, es un arte que requiere madurez, integración y comprensión de la pareja (Serrano, 1991).

Al respecto Fernández y Guerrero (1982) establecen; que la educación proporcionada por los padres deberá estar basada en el amor a través de la aceptación, comprensión e interés en sus hijos, en el uso frecuente de explicaciones y en la expresión de respuestas de aprobación a conductas positivas, deberá basarse también en la autoridad, entendiéndose ésta como el establecimiento de normas que deben de transmitirse a través de mensajes claros al niño, señalándose los límites entre los cuales quedará regulada su conducta. Estos mensajes tendrán que ser congruentes entre el pensar, decir y hacer de los padres en una misma línea.

En resumen los padres de familia tienen la gran responsabilidad en transmitir y dotar a los hijos de valores, aptitudes y habilidades que les sean de utilidad en el adecuado desenvolvimiento en la vida diaria.

Por todo lo mencionado, el presente trabajo está dirigido a los padres de familia, con el objetivo de proporcionarles elementos teórico-prácticos que les facilite el cumplir y realizar sus funciones, para fomentar y mantener la armonía familiar y con ello poder prever conductas de inadaptación y deficiencia en el convivir cotidiano de los hijos.

Así pues, la estrategia de intervención con los padres de familia es mediante el taller de orientación para la prevención de la farmacodependencia, teniendo como meta sensibilizar y conscientizar sobre la importancia que tienen el funcionamiento adecuado de la familia como un medio de favorecer la salud mental y motivar su participación activa frente al problema del uso indebido de las drogas o farmacodependencia.

El trabajo se divide en cuatro capítulos, en el primero se abordan aspectos generales en materia de farmacodependencia, tales como conceptos básicos, panorama epidemiológico del consumo de drogas en México, familia y farmacodependencia y por último su prevención lo que conforma el marco teórico.

En el segundo capítulo se tratan los aspectos metodológicos de la investigación.

En el tercero se analizan los resultados obtenidos del cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar y del taller.

Finalmente en el capítulo cuarto se discuten los alcances y limitaciones de la investigación.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DE LA FARMACODEPENDENCIA

1.1 CONCEPTOS BÁSICOS

Como principio de trabajo es necesario definir algunos conceptos básicos en materia de farmacodependencia. En primer lugar, resulta decisivo saber lo que significa farmacodependencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se utilice el término Farmacodependencia en vez de otros nombres que han estado en boga como Toxicomanía, Drogadicción y Hábito, por la vaguedad e indeterminación de estos términos.

La propia Organización Mundial de la Salud (OMS 1992) ofrece la siguiente definición de Farmacodependencia que es la que se acepta en casi todos los países:

Farmacodependencia es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

En primer término la definición establece que para que exista farmacodependencia es necesario que un ser vivo entre en contacto con un fármaco. Es necesario por lo tanto conocer lo que se entiende por fármaco. La definición aceptada, también elaborada por la Organización Mundial de la Salud es la siguiente:

Droga o Fármaco es toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones.

Es decir un fármaco es una sustancia ajena al organismo que al entrar en él altera alguna de sus funciones normales.

Una droga es cualquier sustancia química o natural que altera el estado de ánimo, la sensación, la percepción y el conocimiento. La característica más importante y la más peligrosa es su carácter somáticamente habituador, su capacidad de producir farmacodependencia a causa de la tolerancia fisiológica del organismo humano.

En segundo lugar, la definición de farmacodependencia afirma que ésta consiste siempre en un estado psíquico y que en el caso de ciertas drogas, puede haber además un estado físico.

El estado psíquico se caracteriza por impulso irreprimible de tomar fármaco.

Nuevamente puede existir aquí dos tipos de motivaciones para tomar el fármaco; en todas las ocasiones el fármaco se toma para experimentar sus efectos sobre la mente de la persona, además ciertas drogas tienen que usarse para evitar las molestias, a veces muy graves, producidas por el hecho de dejar de tomarlas.

Esto hace necesario conocer otros conceptos, existen dos grandes tipos de dependencia:

La dependencia física o adicción se le describe de la siguiente manera: Es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intenso cuando se suspende bruscamente la droga.

Esto significa que cuando existe dependencia física, el organismo se acostumbra a la droga y la necesita para vivir, entonces si bruscamente deja de tomarla, ocurren trastornos fisiológicos como; alteraciones en la frecuencia cardíaca, en la presión arterial y en la respiración; así como presentar sudoración, vómitos, delirios, convulsiones, pérdida de la conciencia, etc. todos estos

trastornos fisiológicos producidos se conocen en conjunto como síndrome de abstinencia, por lo cual se define como el conjunto de signos y síntomas que manifiesta la persona ante la carencia de la droga.

El segundo tipo de dependencia producida es la psíquica o habituación que es el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero implica también un grave problema para el individuo.

Es decir en la dependencia psíquica no se producen trastornos fisiológicos al suspender bruscamente la droga. Sin embargo, el individuo siente la necesidad que no se puede reprimir.

Este consumo compulsivo provoca alteraciones en la mente de las personas que varían según la droga.

Cualquiera de los dos tipos de dependencia puede o no acompañarse de otro fenómeno llamado tolerancia, manifestada por la adaptación del organismo a los efectos de la droga, implicando la necesidad de incrementar la dosis para seguir obteniendo efectos de igual o mayor magnitud.

Esta situación encierra grave peligro pues la dosis puede llegar a aumentar a tal grado que provoque una intoxicación que puede conducir a la muerte.

Este fenómeno ocasiona que los usuarios experimenten con otras drogas o combinando varias lo que lleva a depender cada vez más a su consumo. A este fenómeno se le conoce como escalada, ya que los usuarios tienen la necesidad de experimentar otras drogas, generalmente con mayor potencial adictivo, a fin de conseguir los mismos efectos.

Por último es necesario conocer una definición más, la de abuso; el cual es el consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación terapéutica.

Algunas drogas se utilizan como medicamentos, mientras otras siempre constituyen productos ilícitos.

Para poder hablar de una droga es necesario que esta sustancia no sea usada como parte de un tratamiento médico; no importando si se le utiliza de vez en cuando o en forma continua.

Las pautas de consumo de drogas están presentes en nuestra sociedad, fuera del uso médico o de investigación científica, no existe droga aceptada libremente.

Las drogas se pueden clasificar de diversas maneras éstas pueden ser por su valor terapéutico, restricción legal, potencial adictivo, naturaleza, estructura molecular o de acuerdo al efecto que producen en el sistema nervioso central; los fármacos de abuso se clasifican como estimulantes por acelerar o excitar la actividad nerviosa y como depresores al inhibir o retardar dicha actividad.

1.2 SITUACION ACTUAL DEL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO

En nuestros días el uso de drogas con fines de intoxicación ha llegado a constituirse como uno de los problemas para la sociedad contemporánea, rebasando los límites de la individualidad, afectando la organización de la familia, comunidad y sociedad, sin respetar edad, sexo, ni posición económica, convirtiéndose en un problema social y de salud pública, Llanes (1982) todos los sectores de nuestra sociedad se han visto abrumados por este problema, el uso incontrolable de fármacos se ha calificado como un fenómeno de autoenvenenamiento social que alcanza proporciones epidémicas.

Para visualizar la magnitud que representa la farmacodependencia en México, se señalan algunos estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de consumo de drogas en nuestro país. Las definiciones modernas de epidemiología incluyen el estudio de enfermedades no infecciosas, por ejemplo hoy se habla de epidemiología de fenómenos sociales, que no se consideran enfermedades pero que tienen ciertas características de transmisión, en donde se puede identificar un agente y un huésped, ejemplo de ello serían los accidentes de tráfico, la violencia, el uso de drogas entre otros (Castro 1986)

Por lo anterior se describe a continuación la medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zonas conurbadas, (Medina Mora y Cols. 1989).

La prevalencia del consumo de drogas alguna vez en la vida fue de 12.3% es decir aproximadamente 140,350 estudiantes han

experimentado con las drogas, de estos se excluye alcohol y tabaco; el 10.4% son usuarios leves; 1.3% moderados y 0.5% altos. El uso de drogas en el último mes, previo al levantamiento de la encuesta, no excede al 1% y el diario o casi diario, oscila entre el 0.08% y el 0.28%.

Las cinco drogas de mayor consumo entre la población estudiantil son: Los inhalables 4.75%, marihuana 4.08%, las anfetaminas 3.58%, los tranquilizantes 2.47% y la cocaína 1.61%.

En cuanto a la tendencia que ha tenido el uso de drogas en los estudiantes, de acuerdo en las mediciones de 1986 (prevalencia para el Distrito Federal y tres zonas conurbadas de la Encuesta Nacional de Escuelas) a 1989, el consumo de drogas no sufrió cambios importantes ni significativos, con excepción de la cocaína, la cual tuvo un incremento del casi el doble en estos años es decir, de 0.9% a 1.61% (Ver Cuadro 1).

CUADRO 1
TENDENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS
EN POBLACION ESTUDIANTIL DE 1986 A 1989

DROGA	PREVALENCIA		INTERVALOS DE CONFIANZA
	1986 (4639)	1989 (3600)	
Marihuana	3.5	4.08	3.88 - 4.11*
Inhalables	4.7	4.75	4.56 - 4.83
Tranquilizantes	2.4	2.47	2.34 - 2.45
Sedantes	1.0	0.97	0.89 - 0.90
Anfetaminas	3.4	3.58	2.53 - 3.40*
Cocaína	0.9	1.61	1.56 - 1.63**
Heroína	0.5	0.36	0.28 - 0.31
Alucinógenos	0.6	0.80	0.78 - 0.81*

* El aumento no es significativo. ** El aumento sí es significativo.

Acerca de los problemas asociados al consumo de drogas entre los estudiantes investigados el más frecuente es el deseo de consumir drogas con excepción de drogas médicas (tranquilizantes y sedantes), en los cuales se acentúan los problemas médicos o de salud. Por otra parte los problemas relacionados con la policía fueron reportados mayormente por los usuarios de opio (29.4%), alucinógenos (24.1%), heroína (23.1%) otros opiáceos (18.2%) cocaína (17.2%) y marihuana (10.2%).

En lo que respecta a las actividades y percepción de riesgo que tienen los alumnos, existe desaprobación al uso de cualquier droga. Aun cuando su percepción de riesgo es baja, sobre todo en lo que concierne a "fumar una o más cajetillas de cigarrillos al día", o "tomar una o dos copas una o dos veces a la semana", las actividades hacia el consumo de drogas es mucho más alto y esto puede estar significando que los jóvenes poseen un tipo de control social, que de alguna manera está influyendo en las actitudes del joven hacia el consumo de drogas.

Por otro lado la información sobre el uso de drogas que reciben los estudiantes es primeramente por los propios padres de familia y después de los maestros, sin embargo, en los resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Estudiantes (1986).

En la que se investigó la opinión que tenían acerca del consumo de drogas en adolescentes por medio de discusiones grupales de maestro y padres de familia, encontrando que las respuestas externas eran de desconocimiento del problema y autoritarismo.

Otra fuente de interés en el marco epidemiológico y que permite tener un visión más precisa en cuanto al consumo de drogas en la población entre los 12 y 65 años, es la Encuesta

Nacional de Adicciones (1990) realizada por la Secretaría de Salud en coordinación con el Instituto Mexicano de Psiquiatría, ésta fue aplicada a 12,581 personas de zonas urbanas de la entidades federativas del país; de la que se desprende que el 4.8% de la población urbana ha consumido una o más de las drogas investigadas lo que significa que existen 1'713,000 usuarios de cuando menos una sola vez; el 2.1% de la población fue usuario activo en los doce meses previos al estudio y 0.9% en el mes anterior. La población que reporta mayor consumo de estas sustancias es la masculina (prevalencia de 7.6%).

En términos generales la marihuana es la droga con mayor índice de consumo (excluyendo alcohol y tabaco), seguido por el de tranquilizantes e inhalables; las otras sustancias investigadas muestran porcentajes bajos. La prevalencia actual alcanza cifras pequeñas para todas las drogas, oscilando entre 15.4 usuarios por cada mil habitantes masculinos de 12 a 34 años en el caso de la marihuana y ningún usuario activo en el caso de la heroína.

Por grupo de edad y sexo, destaca que en el consumo de cuando menos una vez, los hombres usan mayormente marihuana e inhalables, mientras que las mujeres prefieren el uso de drogas médicas. También se observa que los usuarios activos tanto hombres como mujeres, se ubican entre los grupos de menor edad.

Por lo general, los inhalables, la marihuana, la cocaína y la heroína empiezan a consumirse a una edad muy temprana de 12 a 17 años; para las otras sustancias, el mayor por porcentaje de los usuarios inició entre los 18 a 25 años. Los amigos o conocidos son las personas que proporcionan la mayor parte de las drogas por primera vez, especialmente en el caso de la marihuana (84%), la cocaína (71%), la heroína (75%), los alucinógenos (68%), los sedantes (56%), los estimulantes (50%) y los inhalables (46%).

Los farmacéuticos y los médicos juegan un papel como primera fuente de obtención de analgésico y narcóticos. En el caso concreto de los tranquilizantes, los familiares participan en un 42%. Los distribuidores representan un recurso poco relevante como primer fuente de obtención de drogas, la proporción más alta se observó en el caso de los alucinógenos, con un 10%.

Los lugares de obtención de drogas varían dependiendo de las sustancias que se trate. Destacan en orden decreciente la propia casa, o de algún familiar o amigo y en los parques. La escuela fue mencionada como fuente importante sólo en el caso de la cocaína (7.2%).

Por lo que se refiere a las regiones donde los usuarios de drogas obtuvieron por primera vez el producto, es en Estados Unidos y Canadá en donde el mayor porcentaje de usuarios adquiere cocaína y junto con la región Noroccidental es donde principalmente se consigue la heroína y el opio. La región del Distrito Federal es el lugar de adquisición más frecuente para analgésicos narcóticos, tranquilizantes, anfetaminas, inhalables y marihuana. La región centro tiene un comportamiento similar al Distrito Federal, sin embargo, representa porcentajes mayores para sedantes y alucinógenos.

Finalmente considerando los resultados de ambos estudios podemos concluir que estos son sólo una aproximación al fenómeno actual del uso indebido de drogas, que los datos arrojados sobre el consumo no son alarmantes, sin embargo es necesario no olvidar que el problema está presente y que éste en cualquier momento pudiera tener un incremento el cual presentaría consecuencias dañinas para las próximas generaciones.

1.3 TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS Y NÚCLEO FAMILIAR

La familia constituye el campo psicológico más importante para el individuo, es un refugio y fuente de afecto, de identidad e identificación.

Laing (1988) considera a la familia como formadora de personalidad interactuante que norma un sistema de emociones y necesidades engarzadas entre sí, de la más profunda naturaleza, por ello el niño como el adulto buscan dentro de sí mismos la satisfacción total de sus necesidades emocionales.

Asimismo el grupo familiar tiene como finalidad, satisfacer las funciones básicas de sus integrantes, de acuerdo a Ackerman (1988), son las siguientes:

- 1.- Proveer de alimento, abrigo y satisfacción de otras necesidades materiales que mantienen la vida y suministran protección ante los peligros externos.
- 2.- Abastecer la unión social, que constituye la matriz de los lazos afectivos en las relaciones familiares.
- 3.- Proporcionar la oportunidad de desplegar la identidad personal, legada a la familia, esto facilita la integridad y fortaleza psíquica para enfrentar una nueva experiencia.
- 4.- Moldear los roles sexuales, lo cual propicia la maduración y realización.
- 5.- Ejercitar la integración de los roles sociales y la aceptación de la responsabilidad social.

6.- Fomentar el aprendizaje, así como apoyar la creatividad e iniciativa individual.

Sin pretender conciliar la posición de estos autores y tomando únicamente los elementos necesarios para la comprensión de la familia, ésta además de cubrir funciones y necesidades básicas, transmite valores morales, culturales e influye en el adecuado desarrollo emocional, o bien en el surgimiento de alguna patología.

Para el propósito de este trabajo se aborda a la familia con una orientación sistémica lo cual permite dirigirse a la interacción entre los miembros; considerando las relaciones psíquicas de la persona y de su entorno familiar, dando pie en todo momento a no olvidar que el individuo es depositario de experiencias de su grupo primario (sistema familiar) que su identidad es al mismo tiempo individual como de vida social (sistema social), motivo que suscita el presentar una reseña de la Teoría General de los Sistemas.

TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

El término de sistemas desempeña un papel dominante en muy variados campos, desde las empresas industriales hasta temas reservados a la ciencia. Sus raíces son complejas por un lado está el tránsito desde la ingeniería energética, liberación de grandes cantidades de energía (máquinas de vapor o eléctricas) hasta la ingeniería de control (computadoras) apareciendo máquinas que se autocontrolaban con un simple termostato doméstico (proyectiles autoguiados de la segunda guerra mundial hasta los proyectiles inmensamente perfeccionados de hoy en día), la tecnología se ha desarrollado no sólo en termino de máquina suelta, sino de "Sistemas" que hay que planear o disponer estableciéndose una relación entre hombre-máquina.

Esta situación no se limita al complejo industria-milicia, el "enfoque de sistemas" se ve aplicado a otras áreas tales como, la contaminación del aire y el agua, la congestión de tráfico, la delincuencia juvenil, el crimen organizado, la planeación de ciudades (Wolfe 1967), así un primer ministro canadiense (Manning, 1967) insertó el enfoque de sistemas en su plataforma política.

La idea de una teoría general de los sistemas fue introducida por Bertalanffy antes de la cibernética, la ingeniería de sistemas y el surgimiento de campos afines, el término de sistema incluye y remonta a la filosofía natural, nombres como Leibnitz, a Nicolas de Cusa con su coincidencia de los opuestos; a la medicina mística de Paracelso; a la visión de la historia de Vico e Ibn-Kaldun, como sucesión de entidades o sistemas culturales; a la dialéctica de Marx y Hegel.

De tal forma un sistema es considerado como un complejo de elementos interactuantes. Interacción significa que elementos, P, están relacionados, con R, de suerte que el comportamiento de un elemento P en R es diferente de su comportamiento en otras relaciones R'.

Entre las obras preliminares a la Teoría General de los Sistemas está la "Gestalten Físicas" de Kohler (1924), en una publicación posterior (1927) plantea su postulado encaminado a elaborar propiedades más generales de los sistemas inorgánicos en comparación con los orgánicos hasta cierto punto, al encuentro de esta exigencia surge la Teoría de los Sistemas Abiertos, dentro de los que están los sistemas vivos (Burton, 1939, Von Bertalanffy 1940) y definidos como sistema que intercambia materia o interactúa con el medio circundante, es una interacción dinámica. La obra de Lotka (1925) a diferencia de Kohler que se refería a

sistemas físicos, se centró ya que era estadístico a problemas de las poblaciones más que a biológicos de organismos individuales, Lotka concibió a las comunidades como sistemas.

No obstante, la necesidad y factibilidad de un enfoque de sistemas no fue evidente hasta hace poco. Resultado del hecho de que el esquema mecanicista de vías causales aislables resultaba insuficiente para enfrentarse a problemas teóricos especialmente en las ciencias biosociales, y a los problemas prácticos planteado por la tecnología moderna.

Los adelantos (1948) en el campo de la computación, la teoría de la información y las máquinas autoreguladas; tienen su presencia en la teoría general de los sistemas, Wiener (1948) llevó los conceptos de cibernética, retroalimentación e información mucho más allá de los campos de la tecnología, y los generalizó a los dominios biológico y social. El concepto de homeostasis debido a Cannon fue piedra angular de esta consideraciones.

La teoría de los sistemas es también frecuentemente identificada con la cibernética y la teoría del control. Esto es asimismo incorrecto. La cibernética, como teoría de los mecanismos de control en la tecnología y la naturaleza, fundada en los conceptos de información y retroalimentación, no es sino, parte de una teoría general de los sistemas.

La sociedad para la investigación general de sistemas fue organizada en 1954 para impulsar el desarrollo de sistemas teóricos aplicables a más de uno de los comportamiento tradicionales del conocimiento.

Por otro lado, en Psicología la concepción básica solía ser el modelo mecanicista para explicar la conducta con el esquema

estímulo-respuesta (E-R); el condicionamiento, acorde con la pauta del experimento con los animales, aparecía como fundamento de la conducta humana; tenía que reemplazarse el significado por la respuesta condicionada, y negarse la especificidad del comportamiento humano. La psicología de la Gestalt fue la primera en enfrentarse al esquema hace cosa de medio siglo. Más recientemente se han visto muchos intentos encaminados a una imagen del hombre más satisfactoria, y el concepto de sistema va ganando importancia; Piaget, por ejemplo, vinculó expresamente sus conceptos a la teoría general de los sistemas de Bertalanffy (Hahn, 1967).

La concepción del hombre como sistema activo de personalidad hace hincapié en la importancia de las diferencias individuales, como un sistema primeramente activo, el hombre no es un receptor de estímulos que llega al mundo externo, sino que, en un sentido muy concreto crea su universo.

De tal forma que el *modus vivendi* del individuo establece una serie de relaciones que van desde el familiar, escolar, de amigos, laboral, religioso, recreativo, cultural, entre otros, hace así mismo que la persona viva innumerables grados de organización; cuestión que centra la parte medular del trabajo, la familia y sobre todo su implicación en la situación específica de la farmacodependencia.

Así pues partimos de que la familia en esencia es un sistema vivo, abierto como lo describe Bertalanffy (1968) encontrándose ligado e intercomunicado con otros sistemas, como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico, pasando por un ciclo donde despliegan sus funciones, nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad.

estímulo-respuesta (E-R); el condicionamiento, acorde con la pauta del experimento con los animales, aparecía como fundamento de la conducta humana; tenía que reemplazarse el significado por la respuesta condicionada, y negarse la especificidad del comportamiento humano. La psicología de la Gestalt fue la primera en enfrentarse al esquema hace cosa de medio siglo. Más recientemente se han visto muchos intentos encaminados a una imagen del hombre más satisfactoria, y el concepto de sistema va ganando importancia; Piaget, por ejemplo, vinculó expresamente sus conceptos a la teoría general de los sistemas de Bertalanffy (Hahn, 1967).

La concepción del hombre como sistema activo de personalidad hace hincapié en la importancia de las diferencias individuales, como un sistema primeramente activo, el hombre no es un receptor de estímulos que llega al mundo externo, sino que, en un sentido muy concreto crea su universo.

De tal forma que el *modus vivendi* del individuo establece una serie de relaciones que van desde el familiar, escolar, de amigos, laboral, religioso, recreativo, cultural, entre otros, hace así mismo que la persona viva innumerables grados de organización; cuestión que centra la parte medular del trabajo, la familia y sobre todo su implicación en la situación específica de la farmacodependencia.

Así pues partimos de que la familia en esencia es un sistema vivo, abierto como lo describe Bertalanffy (1968) encontrándose ligado e intercomunicado con otros sistemas, como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico, pasando por un ciclo donde despliegan sus funciones, nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad.

Andolfi (1989) considera a la familia como un todo orgánico, como un sistema relacionado que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales.

Al comportarse como un sistema abierto la familia va a presentar las siguientes características (Bereinstein, 1976).

- 1.- **Totalidad:** La familia no es solo la suma de sus miembros, todos ellos forman un sistema donde una modificación induce al resto.
- 2.- **Homeostasis:** Define la estabilidad del sistema o su estado de equilibrio.
- 3.- **Equifinalidad:** Propiedad de los sistemas abiertos por lo cual su estado está determinado por la naturaleza de la relación y no por sus condiciones iniciales.
- 4.- **Calibración:** Término introducido por Bateson (1961), se constituye por las reglas que gobiernan la estabilidad del sistema.

Además el pensamiento sistemático está relacionado con la integración, la organización y la regulación (Penn 1988), centrándose principalmente en la totalidad, considerándose mayor que la suma de sus partes; cada parte sólo puede ser comprendida en el contexto de la totalidad, un cambio en cualquier de las partes afecta a todas las demás, la totalidad se regula así mismo por medio de realimentación.

FAMILIA Y FARMACODEPENDENCIA

La teoría de sistemas aplicada a la familia, permite conceptualizar a la familia nuclear, Estrada (1989); como los seres que viven bajo el mismo techo y tienen un peso emotivo significativo entre ellos. Al mismo tiempo, es un sistema que incluye en su órbita a tres subsistemas principales el subsistema marital (pareja),

subsistema padres-hijos y el subsistema hermanos; sin ignorar la existencia de otros miembros que pudieran ser en un momento determinado formar parte de alguno de estos subsistemas.

La familia no es una entidad estática; vive un proceso de cambio continuo, de crecimiento, de evolución, un ciclo vital, como lo describe el autor ya citado; es un proceso por el que toda la familia tendrá que pasar, estando presentes momentos de crisis, de conflicto que encierra momentos especiales de dificultad, que deben resolver para continuar su desarrollo saludable. Las fases que presenta el ciclo de vida de la familia son: el desprendimiento, el encuentro, los hijos, la adolescencia, el reencuentro y la vejez, mostrando diferentes patrones de funcionalidad, de acuerdo al momento que vive lo que es funcional en una etapa del ciclo vital puede ser disfuncional en otra.

Price (1989) señala que el término funcional en la familia se refiere a un juicio acerca de la utilidad de un patrón estructural o conductual para lograr un objetivo. Es accidental o contingente con los objetivos y contextos; funcional para que fin, para quien y en que situación. Lo que puede ser funcional en un nivel de análisis (individual, familiar o social) puede ser no necesariamente funcional a los otros.

El sistema familiar nuclear (Castañón, 1988) ejecuta funciones específicas, cada subsistema mantiene a cada uno de los miembros; existen reglas las cuales son adaptadas y transformadas de acuerdo al desarrollo y cambio de sus miembros, en la familia funcional puede tener esta capacidad sin temor a la desintegración, los conflictos como las diferencias se expresan abiertamente, encontrando alternativas para su resolución, en la comunicación los mensajes verbales y no verbales van a ser congruentes;

los padres funcionan como un equipo al lado de sus hijos y cada uno puede interactuar con ellos, los roles son flexibles.

En tanto que en la familia disfuncional las reglas se mantienen de manera rígida y poco flexible, existe un gran control de impulsos sexuales, agresivos y temor de expresarlos adecuadamente. Las reglas prohíben la expresión apropiada de alegrías, tristeza y miedo, los conflictos se niegan y la paz se mantiene a expensas de la individualidad de cualquiera de sus miembros, los niveles de comunicación son incongruentes y crean contradicción en el significado de la comunicación.

En el conflicto de los padres lleva un distanciamiento emocional y soledad en cada uno de sus cónyuges, existe triangulación o inclusión de un miembro extrafamiliar involucrando a los hijos en el conflicto, dándose violación en el subsistema hijos o bien de éste al subsistema padres presentándose alianzas de padres con hijos excluyendo al otro miembro de la pareja, los hijos adoptan roles rígidos ("bueno", "malo", "oveja negra") ostentando rivalidad entre ellos lo que provoca vivir en constante insatisfacción en el área laboral, familiar y social.

Ahora bien los problemas que surgen en la vida del individuo, están vinculados a una serie de situaciones y circunstancia que pueden dar origen a un problema de farmacodependencia; si bien no se discute que existen factores (individuales y sociales) que puedan resultar críticos para su aparición las relaciones familiares han llegado a asumir una posición predominante en el surgimiento de la farmacodependencia.

La farmacodependencia es un proceso cíclico (Stanton, 1988) que involucra a tres o más individuos, comúnmente el adicto y

sus dos padres o padres sustitutos, formado un sistema íntimo interdependiente e interpersonal.

Cuando el equilibrio de este sistema interpersonal es amenazado (Ejemplo divorcio) el adicto se activa, su conducta cambia y crea una situación que dramáticamente concentra la atención hacia él (interacción triádica).

Así el farmacodependiente viene a representar el síntoma de regulación en la dinámica de la familia; el rol de síntoma en el sistema familiar es (Andolfi, 1985) un tipo particular de conducta que funciona como mecanismo homeostático regulador de las transacciones familiares.

Schwartzman (1975) observó como todos los miembros de la familia ayudan a mantener al adicto en un rol dependiente e incompetente.

La ingestión de drogas sirve a la función dual de mantener al adicto distante, independiente e individualizado (Staton, Todd, Heard, Kisschner, Kleman, Mawatt, Riley, Scott y Van Densen, 1978) y hacerlo simultáneamente dependiente, necesitado de dinero y sostén y leal a la familia, a lo que han llamado "seudoindividualización".

El abuso de drogas suele originarse en la adolescencia Statón y Cols. (1988), presenta un patrón prototipo del funcionamiento familiar de adictos masculinos, donde la madre esta involucrada en una reacción indulgente, apegada, sobreprotectora, abiertamente permisiva con el adicto, ocupando el lugar de un hijo favorecido. A menudo es malcriado, la madre declara que fue el hijo "más fácil de criar" y generalmente era "bueno cuando era niño.

La imagen del padre es distante, desapegada, débil o ausente, las relaciones padre-hijo en las familias de adictos, en contraste con las "normales", son descritas por el adicto como negativas con una disciplina ruda e incoherente, una gran proporción de padres beben demasiado.

Kalina E. (1988), describe el desarrollo de la farmacadependencia en cuestión de los siguientes elementos:

A) FACTORES CONSTITUCIONALES

Estudiosos de la Psicología infantil consideran que los niños nacen con características Psicológicas constitucionales diferentes, por ejemplo, hay niños que nacen con una menor capacidad para tolerar la ansiedad, o bien son más impulsivos.

El conocimiento de la Neuroquímica de la conducta del feto no son del todo bien conocidas, sin embargo es posible saber por ejemplo, que el feto responde a alteraciones del ritmo cardíaco, succión del dedo y movimientos y situaciones de stress de la madre, tal vez dado por un mensaje predominante noradrenérgico.

Podemos suponer entonces que a través de mensajes calificados de neuroquímicos, se va plasmando una parte de respuesta psicológica entre un niño y otro frente a la ansiedad, el miedo, la frustración, el coraje, entre otras.

B) RELACIONES OBJETALES

Si al nacer el niño, la madre esta bien sustentada por su pareja y por sus condiciones ambientales adecuadas, es posible que pueda ser atendido por ella.

En esta fase y durante los primeros años el niño necesita dedicación, amor y cuidados que le permitan desarrollarse e ir fortaleciendo su yo.

En la medida que ha recibido mejor calidad de amor, respecto de él mismo y un buen concepto de límites, va desarrollando dentro de él, la génesis de una conducta madura.

El micro o macro abandono, es decir, alejamiento de la madre o la incapacidad de dar sustento al niño va a provocar alteraciones de las relaciones objétales tempranas y por lo tanto, un yo inmaduro, lo que predispondrá a la aparición de una adicción, si se cumple además otras circunstancias, por que el factor expuesto no es específico.

C) DEPRESIÓN MATERNA

Hay madres que presentan depresiones muy serias, lo que puede provocar una necesidad de estima, buscando regular y mantenerla a través de la estima que obtiene de los otros. En esta situación la madre atenderá posiblemente a su hijo no porque éste la necesite, sino es ella la que necesita de él.

Este es un proceso que se desarrolla y se extiende en el tiempo y a través del cual la mamá usa permanentemente al niño para ella misma venciendo los límites del niño.

Esto puede llevar al individuo a una sobreprotección y dependencia materna, sin lograr una autonomía propia y que posteriormente en las drogas tratará de encontrar.

D) RELACIONES EN LA FIGURA PATERNA

En la historia de la evolución de un farmacodependiente, la figura paterna no es capaz de sostener las exigencias afectivas de la esposa y por otro lado no reacciona frente a la simbiosis (madre-hijo), para evitar así hacerse cargo de las necesidades y exigencias y/o del hijo.

Ello implica ante el abandono no físico, sino afectivo por parte del padre, el individuo manifestará la necesidad de esta relación, e irá en búsqueda de afecto en otras circunstancias que podría ser la farmacodependencia instalando un modelo que se determina "hacer de la vista gorda", lo que al farmacodependiente introyectará y lo convertirá en su *modus vivendi*.

Finalmente Kaufman (1979), concluye que existen algunos patrones comunes en la familia con un miembro adicto, entre los que cita; el farmacodependiente es el portador de síntomas de la disfunción de la familia, el adicto ayuda a mantener la homeostasis familiar, el miembro adicto muchas veces refuerza las necesidades parentales de control, es común que los padres sean alcohólicos o que tengan problemas de adicción.

Además ha identificado en estas familias, barreras entre generaciones difusas, existiendo una gran competencia por la autoridad, entre los padres, frecuentemente la crisis creada por el problema del joven farmacodependiente es la única forma en que la familia se une para resolver algún problema.

Por último, la interacción de los factores individuales, familiares y sociales, pueden dar origen al uso indebido de drogas. Como una respuesta inadecuada a la situación particular de cada individuo, que desde luego no resuelven sus dificultades y sin correr el riesgo de tener otras mayores.

En una persona pueden ser más determinantes unos factores que otros, dependiendo de su sensibilidad y las habilidades adquiridas para resolver los problemas que le presenta la vida cotidiana en su medio ambiente.

Los distintos factores establecen relaciones particulares entre sí, que en un tiempo específico coinciden y hacen que una persona sea más vulnerable al uso indebido de drogas y pueda llegar a depender de éstas, con riesgo de mostrar alguna conducta antisocial o mermar su salud física y mental.

Con todo lo anterior se quiere señalar que, la farmacodependencia o drogadicción no tiene una causa única, pues son varios los factores que entran en juego para que una persona decida hacer uso de las drogas.

En la prevención de la farmacodependencia los intentos de resolver la situación conflictiva del individuo, con la búsqueda de las drogas varía con la intensidad y persistencia de aquellos factores asociados antes descritos.

De ello se desprende la posibilidad de que unos adopten el consumo de las drogas en forma esporádica, ocasional y en otros mientras subsistan las condiciones propias al uso de éstas, seguirán una carrera franca hacia la farmacodependencia.

Ante el conocimiento de los diferentes factores que pueden influir en el problema de la farmacodependencia y de la situación que se vive en México, plantea la necesidad de tener una sociedad sana, y por lo tanto siendo el tema de interés la prevención de la farmacodependencia en la misma familia, es imprescindible prestar atención en lo concerniente a lo que se está realizando para evitar la aparición de este problema.

1.4 PREVENCIÓN

No cabe duda que la sabiduría popular, expresada en refranes ofrece una versión sintética de conocimiento, indudablemente "más vale prevenir que curar".

Prevención indica la acción de prever el prefijo "PRE" significa "ANTES" en sentido cronológico temporal el "PRE" de prever es un ver "ANTES" en el tiempo.

En el caso de la farmacodependencia "prevención" por su construcción alude a los parámetros de una práctica y un sentido; ver antes, adelantarse a la ocurrencia del fenómeno "ir a los hechos antes de que estos ocurran".

Para Llosa (1990), la prevención implica el no iniciarse en el uso de las drogas, es el evitar significando, no probarlas porque nuestro organismo no tiene defensas naturales contra las drogas, por que de otra manera el riesgo que corre el que se inicia en el uso, fácilmente puede abusar de ellas y éstas con el tiempo pueden producir una adicción.

Antes de continuar es necesario hacer una serie de especificaciones que permitan considerar las acciones precisas de la prevención.

Por un lado tenemos el polo de la oferta, representada por la producción, distribución, y comercialización de las drogas en otro extremo la demanda (consumo) considerado como un síndrome de carácter social, biológico y psicológico manifestado por el comportamiento del ser humano, así las medidas adoptadas con objeto de lograr una prevención específica son:

- 1.- Limitar la disponibilidad de las drogas.

- 2.- Reducir el interés por las drogas.
- 3.- Prevenir la incidencia y la gravedad de las complicaciones.
- 4.- Información y educación.

Esto con el propósito de:

- 1.- Evitar que los no consumidores, dadas sus características se conviertan en experimentadores, consumidores actuales, o bien en habituales.
- 2.- Evitar que al individuo consumidor llegue a estados de intoxicación aguda e inclusive a la muerte, así como a trastornos psíquicos (estado de ansiedad muy fuertes, depresión, desintegración mental).
- 3.- Proteger a la sociedad del costo económico y laboral provocado por el consumo de drogas, ya sea por ausentismo, por tratamientos rehabilitatorios o por los accidentes provocados bajo estados de intoxicación.
- 4.- Superar las condiciones que impiden promover el crecimiento y bienestar de individuos y consumidores, de tal forma que se vean libres de un uso inadecuado de las droga.

La prevención de la farmacodependencia no es un proceso espontáneo, ni aislado, es un proceso continuo que se manifiesta en la formación de aptitudes, habilidades y destrezas encaminadas a la conservación de la salud, a lo largo de la vida del individuo, tarea ardua y desventajosa, debido a la promoción de nuevos estilos de vida y a los avances tecnológicos, situación por la que surge la preocupación de acciones específicas de prevención a nivel primario, utilizando como estrategia la educación para la salud.

Así, educar, señala García Serrano (1990) es un proceso que se da en el individuo a lo largo de toda su vida, al hombre se le educa fundamentalmente en el ámbito familiar, ahí es donde se consigue el desarrollo e integración de todas sus potencialidades. Educar es adoptar e integrar psíquica y físicamente al sujeto.

El Consejo Nacional Contra las Adicciones (1988) señala la Educación como acción preventiva de la farmacodependencia comprende cualquier medida que tienda a desarrollar en los individuos, particularmente en los adolescentes, la capacidad, la actitud y la voluntad de evitar el consumo de cualquier droga que cause dependencia.

Indiscutiblemente el proceso de educación para promover la salud, tiene como finalidad ser un medio para mejorar la salud individual y colectiva, asimismo desarrollar un sentido en el individuo hacia su propia salud, por ello la Organización Mundial de la Salud alude, que la educación para la salud es el conocimiento e interés de todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyan en las creencias, actitudes y conductas respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella.

En resumen la educación para la salud es una actividad que debe iniciarse desde los primeros años de la vida, con el establecimiento de hábitos favorables para el desarrollo del individuo y que son imprescindibles para la salud, y sobre todo para la salud mental.

Por ello la prevención de la farmacodependencia en gran medida debe ser orientada hacia los padres de familia, ya que en sus manos está el niño desde su dependencia vital hasta su total autonomía.

Los agentes reales de la prevención son los padres, unos padres sanos en una familia sana, lograrán normalmente unos hijos con capacidad de autorealización que no tengan que buscar en las drogas un motivo de vida.

Así Stanton (1979) establece que la educación preventiva debe dirigirse más directamente a los padres de familia. Basándose en el conocimiento de las pautas, las estructuras y las prácticas de la enseñanza familiar.

Resultando apropiado proporcionar información y orientación sobre cuestiones tales como, la manera de tratar a los abuelos, de conceder autonomía a un adolescente y cuándo podría ser apropiado mostrarse firme, deberán examinarse las alianzas familiares, en lugar de perpetuar conceptos individuales y didácticos limitados, tales como el de la personalidad del consumidor de drogas, acentuar los modos positivos en que la familia pueda manejar los problemas vinculados con la drogadicción y transmitir una actitud dirigida a la resolución de la problemática.

La información proporcionada a los padres de familia debe de ser precisa, oportuna y suficiente, para obtener resultados a favor de una prevención real y eficaz, de no ser así se pueden obtener resultados contrarios, como lo mencionan Zwadi y Zeintin (*British Journal of Adiccion*, referido en información básica para la educación y la comunicación en el campo de la farmacodependencia, 1988), los programas educativos sobre drogas basados en la enseñanza objetiva de los hechos, en el mejor de los casos dan resultados dudosos y a veces francamente contraproducentes.

Si un curso para padres de familia contienen errores de información, lenguaje inaccesible y datos sobre drogas no consumidas en el medio, el número de veces que se repita éste estará en

contray no a favor de la prevención, ya que se reproducirán ideas equivocadas, información incomprensibles e indeseables. De ahí que la orientación dada a los padres de familia, dote de elementos prácticos que les permita optimar sus funciones permitiéndole prevenir gran parte de los problemas que amenazan a sus hijos.

Es así como el estudio realizado por Centros de Integración Juvenil sobre Orientación Familiar Preventiva (1988) muestra que la orientación que reciben los padres de familia por un especialista de la salud origina cambios en sus actividades hacia la farmacodependencia reportando los siguientes resultados.

El proceso de orientación logró modificaciones importantes; los padres de familia, mostraron a través de diversas opiniones, mayor compromiso con la prevención de la farmacodependencia en el seno mismo de la familia; la actitud parece ser de menos rechazo defensivo y de mayor aceptación como de problemas de salud mental, considerando la complejidad del fenómeno en su multideterminación y las posibilidades concretas de acción, de igual manera lograron la comparación con un programa de información preventiva con padres de familia concluyendo diferencias significativas, observando que no es suficiente la asistencia a una reunión, siendo necesaria la participación a nivel de orientación en ocasiones subsecuentes.

Podemos concluir con esto que la familia es fundamental en la prevención de la farmacodependencia porque dentro de sus funciones está la de proporcionar a sus integrantes amor, protección, abrigo, respeto e integridad, implicando una relación que abarca desde las primeras caricias y cuidados de la infancia, pasando por momentos difíciles de la adolescencia y la juventud, dando como resultado un desarrollo moral, educativo, social que le son de utilidad para incorporarse a la sociedad.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La farmacodependencia hoy en día presenta condiciones que a todos alarma y conduce a reflexionar de fondo sobre la proyección del ser humano hacia el consumo de las drogas con fines de intoxicación, si bien no es único, sí representa uno de los problemas más agudos, que afecta a todos los sectores de la población.

Las causas que conducen al consumo de drogas son múltiples e interrelacionadas, estando presente la predisposición personal, la familia como elemento estructurante del individuo y la situación social. La familia en su importancia formativa del individuo viene a representar uno de los factores de mayor influencia, sin embargo no se debe perder de vista la dinámica biopsicosocicultural presente durante el desarrollo y vida del ser humano.

Así bien la familia como parte influyente de conductas desviadas, como puede ser la farmacodependencia, Corteña y Vernet (1982) expresan "El individuo adquiere la percepción de sí mismo y del mundo que lo rodea fundamentalmente en el seno de la familia, sin embargo; en ocasiones, esta percepción es inadecuada, situación que impide la evolución armónica de la persona, propiciando con frecuencia una psicopatología.

MOTIVO QUE LLEVÓ A PLANTEAR COMO PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

¿Que cambios se producen en el funcionamiento familiar, en las áreas de resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas y control de la conducta, como respuesta de participar en el taller de prevención a la farmacodependencia dirigido a los padres de familia que sus hijas cursan el segundo o tercer grado de secundaria, en el Instituto Educativo "Marillac" ?

2.2 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS CONCEPTUAL

Con base en el marco sistémico y de salud mental respecto al surgimiento e influencia que tiene la familia en el problema de la farmacodependencia, aunado esto a un desconocimiento de educación "adecuada y eficaz" por la carencia de escuela para padres, así como la ausencia de una orientación Psicológica Profesional que señale el desarrollo y evolución del individuo a nivel emocional y psicológico, desde la concepción hasta el período de la adolescencia, como también la falta de una comunicación directa a nivel intrafamiliar, por consiguiente se formula la hipótesis conceptual.

Habrà un cambio funcional en la percepción que tienen los padres de la dinámica familiar relacionada con la habilidad para resolver problemas, así como en el proceso de comunicación, el rol que tiene cada integrante en las funciones del hogar, la expresión y manifestación de intereses y valores, afectos a los estímulos emocionales y actividades de los miembros de la familia, al igual que en los patrones que regulan y mantienen la conducta, todo ello como una respuesta de cursar el taller de prevención a la farmacodependencia.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Asimismo se plantea a continuación las hipótesis de trabajo nula y alterna:

H₀1: No existen diferencias significativas en el funcionamiento familiar en el pretest y postest del grupo uno.

H₁1: Existen diferencias significativas en el funcionamiento familiar en el pretest y postest del grupo uno.

- Ho2:** No hay diferencias significativas en el funcionamiento familiar en el pretest y postest del grupo de comparación.
- Hi2:** Si hay diferencias significativas en el funcionamiento familiar en el pretest y postest del grupo de comparación.
- Ho3:** No existen diferencias significativas en el funcionamiento familiar en los pretest de los grupos uno y de comparación
- Hi3:** Existen diferencias significativas en el funcionamiento familiar en los pretest de los grupos uno y de comparación.
- Ho4:** No hay diferencias significativas en el funcionamiento familiar en los postest de los grupos uno y de comparación.
- Hi4:** Existen diferencias significativas en el funcionamiento familiar en los postest de los grupos uno y de comparación.
- Ho5:** No se presenta diferencia significativa en el funcionamiento familiar en el pretest del grupo uno y el postest del grupo de comparación.
- Hi5:** Se presenta diferencia significativa en el funcionamiento familiar en el pretest del grupo uno y el postest del grupo de comparación.
- Ho6:** No hay cambio significativo en el funcionamiento familiar en el pretest del grupo de comparación y el postest del grupo uno.
- Hi6:** Hay cambio significativo en el funcionamiento familiar en el pretest del grupo de comparación y el postest del grupo uno.

2.3 DISEÑO, VARIABLES Y ESCENARIO

DISEÑO

Se utilizó un diseño Cuasi-Experimental de grupo de comparación no equivalente (Campell y Stanley 1963) por ser uno de los que más se ajusta a las condiciones del trabajo y en la búsqueda de soluciones a problemas sociales como es el caso de la farmacodependencia.

Grupo uno P_0 ————— P_1

Grupo de comparación P_0 ————— X ————— P_1

Donde:

P_0 .- Pretest del cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EFF).

P_1 .- Postest del cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EFF).

X .- Taller para la prevención de la farmacodependencia.

De la misma manera se definen las variables independiente y dependiente.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Taller de Orientación para la Prevención de la Farmacodependencia, dirigido a padres de familia.

VARIABLE DEPENDIENTE

Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF).

ESCENARIO

El Instituto "Marillac" se localiza en la zona sur de la ciudad de México (Atizapán de San Angel, Delegación Alvaro Obregón), es un conjunto educativo que alberga una población de aproxima-

damente 1100 alumnos, distribuidos en siete escuelas que cubren los siguientes niveles:

- *Primaria
- * Secundaria
- * Preparatoria
- * Enfermería
- * Comercio
- *Corte y Confección

La población es predominantemente femenina; los lugares de procedencia de los alumnos son muy variados, pero generalmente provienen de colonias populares del sur de la ciudad; lo cual ocasiona frecuentemente que ingrese con un bajo nivel académico.

Para la atención de los estudiantes, el Instituto cuenta con un grupo de diez religiosas pertenecientes a la congregación "Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul", personal docente, administrativo y de intendencia.

El Instituto se sostiene económicamente a través de colegiaturas, establecidas de acuerdo a un estudio socioeconómico, así como de eventos público que permitan recabar fondos (kermesses).

La realización del taller se llevó a cabo en un salón amplio (8x6 m²), con ventilación adecuada, provisto de sillas movibles, luz eléctrica, cortinas que permitían obscurecer el salón, contando con el equipo electrónico necesario, videocassettera, monitor, carrusel para diapositivas y retroproyector de acetatos.

2.4 POBLACIÓN

De las diferentes series académicas con las que cuenta el Instituto "Marillac" la población que se eligió para la investigación fueron 62 padres de familia de alumnas de la escuela secundaria, es decir padres con hijas adolescentes, por considerar que es en esta etapa de la vida de los hijos cuando los padres reportan mayor dificultad para relacionarse de manera afectiva y de comunicación, así mismo está determinado como grupo de riesgo en el inicio del consumo de las drogas (la edad entre los 12 a los 18 años).

En relación a la selección de los grupos de trabajo y por sugerencia de la dirección de la escuela, se estimó que para formar el grupo de comparación (padres que asistieron al taller), se realizará a través de una invitación escrita, a la comunidad de los padres de la alumnas que cursaban el segundo y tercero de secundaria, por se la representación en pleno de padres con hijos adolescentes, cabe mencionar que en un principio se pensó que la formación de este grupo fueran parejas, siendo la respuesta a la invitación en forma mayoritaria del sexo femenino.

En tanto que el grupo uno (padres que no asistieron al taller), se optó por los padres de las alumnas que cursaban el primer grado de secundaria; así las variables descriptivas de los grupos son las siguientes:

- 1.- El grupo uno se conformó por 41 personas, de las cuales 29 eran del sexo femenino y 12 del sexo masculino; en tanto que el grupo de comparación fue de 21 padres, de

los que 16 eran del sexo femenino y 5 del sexo masculino (Cuadro 2, pág. 51).

- 2.- La mayor frecuencia en relación a la edad de los padres que presentó el grupo uno fue de 26 a 36 años y para el grupo comparación de 33 a 43 años (Cuadro 3, pág. 51).
- 3.- En el grupo uno la ocupación mayoritaria se presentó en las labores del hogar y para el grupo de comparación es de empleados (Cuadro 4, pág. 52).
- 4.- Con respecto a la escolaridad del grupo uno se ubicó en un nivel de educación a diferencia del grupo de comparación que presenta un nivel técnico (Cuadro 5, pág. 53).
- 5.- En relación al número de hijos tanto para el grupo uno y el de comparación se sitúa en promedio de uno a tres hijos (Cuadro 6, pág. 54).
- 6.- La edad promedio de los hijos para el grupo uno es de nueve a doce años y para el grupo de comparación es de 13 a 15 años (Cuadro 7, pág. 54).
- 7.- En cuanto a la escolaridad de los hijos el grupo uno y de comparación es de nivel medio (Cuadro 8, pág. 55).
- 8.- Por último, sobre la asistencia a cursos o pláticas en relación a la familia o sobre farmacodependencia ambos grupos manifestaron en su mayoría no haber cursado o asistido a éstos (Cuadro 9 pag.55).

CUADRO 2
SEXO DE LOS PADRES

	GRUPO UNO	GRUPO COMPARACION
Femenino	29	16
Masculino	12	5
TOTAL	41	21

CUADRO 3
EDAD DE LOS PADRES

GRUPO UNO				GRUPO COMPARACIÓN			
Rango de edad	Fem.	Masc.	Grupal	Rango de edad	Fem.	Macs.	Grupal
FRECUENCIA				FRECUENCIA			
26 - 36	16	6	22	33 - 43	13	4	17
37 - 47	11	4	15	44 - 46	3	1	4
48 - 55	2	2	4	0	0	0	0
TOTAL	29	12	41	TOTAL	16	5	21

CUADRO 4
OCUPACIÓN

OCUPACION	GRUPO UNO	GRUPO COMPARACIÓN
Hogar	17	4
Doméstica	5	2
Obrero (a)	3	0
Empleado (a)	0	8
Pulidor de pisos	1	0
Secretaria	1	2
Auxiliar de Contador	0	1
Enfermera	0	1
Comerciante	1	1
Herrero	1	0
Electricista	1	0
Mecánico	1	0
Chofer	1	2
Seguridad	1	0
Sin Especificar	8	0

CUADRO 5
ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

ESCOLARIDAD	GRUPO UNO			GRUPO COMPARACION		
	Fem.	Masc.	Grupal	Fem.	Masc.	Grupal
	FRECUENCIAS			FRECUENCIAS		
Primaria	12	6	18	2	0	2
Primaria incompleta	4	1	5	1	0	1
Secundaria incompleta	3	2	5	0	1	1
Secundaria	2	0	2	2	1	3
Bachillerato Incompleto	1	0	1	0	0	0
Profesional	1	0	1	0	0	0
Técnica Incompleta	1	0	1	0	0	0
Técnica	2	1	3	8	0	8
Sin especificar	3	2	5	3	3	6

CUADRO 6
NUMERO DE HIJOS

NUMERO DE HIJOS	GRUPO UNO				GRUPO COMPARACION		
	FRECUENCIA	SEXO			FRECUENCIA	SEXO	
		F	M	S/E		M	F
1 a 3	29	86	36	10	20	32	2
4 a 6	10				1		
7 a 8	2						
		132				56	

CUADRO 7
HIJOS POR EDAD

RANGO AÑOS	GRUPO UNO			GRUPO DE COMPARACION	
	FEMENINO	MASCULINO	SIN ESP. SEXO	FEMENINO	MASCULINO
	FRECUENCIA			FRECUENCIA	
9 meses a 4 años	5	4	0	0	1
5 años a 8 años	10	7	0	1	7
9 años a 12 años	40	15	3	6	9
13 años a 16 años	14	4	2	21	2
17 años a 20 años	12	4	2	2	3
21 años a 24 años	3	2	2	2	2
25 años a 24 años	2	0	1	0	0
Total	86	36	10	32	24

CUADRO 8
ESCOLARIDAD DE LOS HIJOS

ESCOLARIDAD	GRUPO UNO	GRUPO COMPARACION
Sin Inicio	4	0
Preescolar	7	2
Primaria	40	16
Secundaria	50	21
Bachillerato	17	8
Profesional	5	6
Técnica	4	0
Sin Especificar	5	3

CUADRO 9
ASISTENCIA DE PADRES A CURSOS

	GRUPO UNO	GRUPO COMPARACION
NO	23	10
SI	9	7
S/E	9	4

2.5 INSTRUMENTO

Se utilizó el cuestionario tipo Licker "Evaluación del Funcionamiento Familiar" (EFF) de Raquel Atri. (1987) consta de 42 reactivos, con cinco alternativas de respuesta que son: Totalmente de Acuerdo (TA), Acuerdo (A), Ni de Acuerdo Ni Desacuerdo (NA/ND), Desacuerdo (D) y Total Desacuerdo (TD).

El (EFF) se desarrolló a partir del modelo McMaster del Funcionamiento Familiar. Evaluando la percepción de un miembro de la familia, acerca del funcionamiento de su familia, presenta una confiabilidad en términos de consistencia interna (Alfa Crombach) de .92 y una validez de alto grado, obtenida del análisis factorial.

Explora seis dimensiones del funcionamiento familiar que son:

1.- Resolución de Problemas: Se refiere a la habilidad de la familia para resolver problemas a un nivel que mantenga un funcionamiento familiar efectivo. Conceptualmente los problemas familiares se subdividen en dos tipos: instrumentales y afectivos. Los problemas instrumentales, se relacionan con aspectos mecánicos de la vida diaria (sustento económico, alimento, ropa, etc.). Los problemas afectivos, se relacionan con aspectos emotivos (coraje, depresión, amor, ternura, etc.). El EFF contiene reactivos que evalúan las siete etapas del proceso, que se requiere para una adecuada resolución de problemas.

a) *Identificación del problema.* Es la capacidad familiar para identificar correctamente el problema, ya que frecuentemente desplaza los problemas reales hacia

áreas que le presentan menos conflicto, identificándolos como el verdadero problema.

- b) *Comunicación del problema.* Los problemas se expresan abierta y claramente.
- c) *Elección de una alternativa.* La capacidad de tomar decisiones para llegar a una solución del problema, de tal manera que si una opción no es funcional se puede elegir una nueva.
- d) *Implementar alternativas de acción.* Los planes deben presentar la suficiente flexibilidad para variar dependiendo de la naturaleza del caso.
- e) *Llevar a cabo la acción.* La familia lleva a cabo lo que decidió hacer parcialmente, o no hace absolutamente nada.
- f) *Evaluar que la acción se cumpla.* Se refiere al hecho de si la familia revisa si se cumplió la acción o no.
- g) *Evaluación del éxito.* La capacidad de la familia para estimar su propio éxito en la resolución del problema y aprender de la situación al reconocer sus errores.

Se postula que una familia "normal" puede tener algunos problemas no resueltos, sin embargo, no tienen la intensidad y la duración suficientes para crear mayores dificultades.

2.- Comunicación: Se refiere al intercambio de información dentro de la familia. El EFF evalúan básicamente dos aspectos de la comunicación: abierta contra encubierta, la cual consiste en la claridad y precisión de los mensajes verbales respecto al contenido, pero también evalúa hacia quien va dirigido el mensaje: comunicación directa contra indirecta, ésta se dirige a la (s) persona (s) adecuada (s) o si se envía hacia otra gente.

La comunicación se subdivide con fines de estudio en áreas instrumentales y afectivas. El EFF focaliza la comunicación "verbal", sin embargo, se recomienda estar alerta a la comunicación "no verbal" principalmente cuando está en contradicción con la información verbal, ya que la comunicación no verbal contribuye a enmascarar la información, puede propiciar una comunicación confusa.

Se postula que mientras más encubiertos sean los patrones de comunicación menos adecuado será el funcionamiento familiar. Mientras más abierta y directa sea la comunicación será más adecuada. Se ha encontrado que la comunicación encubierta e indirecta provoca una respuesta confusa.

3.- Roles: Alude a los patrones de conducta que se implementan para llevar a cabo las funciones del hogar, si las tareas son claras, justas y si éstas son llevadas a cabo por la persona asignada para ejecutarlas.

El EFF se subdivide para fines de estudio en dos áreas: instrumentales y afectivos evaluando los siguientes aspectos del funcionamiento familiar.

- a) *Jerarquía parental:* Manejo de autoridad parental en la toma de decisiones, liderazgo, disciplina de los niños, reglas familiares.
- b) *Límites:* Con el medio ambiente externo como la familia extensa, amigos, vecinos, instituciones, escuelas.
- c) *Manejo económico y administrativo:* Alimento, ropa, diversiones, etc.
- d) *Gratificación sexual adulta:* Ambos esposos deben encontrar satisfacción personal dentro de la relación sexual y sentir que pueden satisfacer a su pareja sexualmente.
- e) *Funciones relacionadas con la salud física y mental:* Discapacidades, enfermedades o diferencias que dificulten el desarrollo individual, familiar y social.

f) *Asignación de tareas familiares a la persona adecuada:* El funcionamiento familiar es más efectivo cuando todas las funciones familiares están claramente asignadas y dirigidas a la persona adecuada.

g) *Presencia/ausencia de roles adaptativos disfuncionales:* Se incluye también la función de "chivo expiatorio", son aquellas funciones que requieren que un miembro se convierta en un receptor activo de aspectos negativos de la familia. El "chivo expiatorio" atrae la atención hacia sí mismo, cuando ocurre un conflicto entre los padres, éste responde a las tensiones familiares a través de conductas inadecuadas, desviando la atención de los padres hacia él.

4.- Involucramiento afectivo: Se refiere al grado en que la familia, como un todo, muestra interés y valora las actividades e intereses de cada miembro de la familia. El foco está en la cantidad y calidad del interés que los miembros de la familia denota de uno hacia el otro, se identifican cinco tipos de involucramiento:

a) *Ausencia o presencia de involucramiento afectivo:* Muestran o no interés unos en los otros.

b) *Involucramiento desprovisto de afecto:* Escaso interés en los sentimientos del otro que sólo se manifiesta cuando hay demandas concretas.

c) *Empatía:* Existe un interés verdadero en las actividades significativas del otro, aún cuando sea periférico al propio interés.

d) *Sobreinvolucramiento:* Excesivo interés de uno hacia el otro. Implica sobreprotección o intrusión.

e) *Simbiosis:* Interés patológico en el otro, la relación es tan intensa que es difícil establecer límites de diferencia una persona de la otra. Se ve sólo en relaciones seriamente perturbadas.

En el continuo de estos cinco grados, la empatía es la óptimo, a medida que la familia se mueve hacia los extremos, el funcionamiento familiar se vuelve menos efectivo.

5.- Respuesta afectivas: Evalúa el grado en que se experimenta afecto y si éste es apropiado al estímulo, ya sea de bienestar (afecto, cariño, ternura, amor, consuelo, felicidad, etc.) como de malestar (coraje, vergüenza, miedo, depresión, tristeza, preocupación, etc.)

Refiriéndose a la habilidad de la familia para responder con una amplia gama de emociones, dependiendo del tipo de estímulo, como en cantidad (grado de respuesta afectiva, describe un continuo desde la ausencia de respuesta hasta una respuesta exagerada).

En el extremo saludable de esta dimensión se ubican las familias que poseen la capacidad de expresar una amplia gama de emociones con una duración e intensidad razonable y adecuada al estímulo, es importante tomar en cuenta las variables culturales para evaluar las respuesta afectivas de la familia.

6.- Control de conducta: Son los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento, con énfasis en las situaciones que se manifiestan en el área de la socialización entre los miembros de la familia, y que se reflejará en las relaciones con el medio ambiente externo. Las familias pueden desarrollar tres patrones el control de conducta:

- a) *Control de conducta rígido:* Los patrones o normas son estrechos y específicos para esa cultura, existe poca negociación en las situaciones.
- b) *Control de conducta flexible:* Los patrones de control son razonables, existe la negociación y el cambio, dependiendo del contexto.

c) *Control de conducta caótico*: Es un funcionamiento impredecible, existe total laxitud en los patrones de control a pesar del contexto, los miembros de la familia no saben qué normas aplicar en ningún momento no consideran la negociación ni pueden prever cuales son las consecuencias.

El control de conducta flexible, es el estilo más adecuado y el control de conducta caótico y rígido son los menos apropiados.

ESTRUCTURA DE LAS ÁREAS DEL EFF

El EFF presenta una estructura multifactorial.

- 1. Área de Involucramiento Afectivo Funcional.** Consta de 17 reactivos que se relacionan con aspectos positivos del funcionamiento familiar, principalmente a nivel afectivo, los cuales pertenecen a las áreas de Involucramiento Afectivo (1, 2, 5, 7, 13), Respuestas Afectivas (3, 6, 11, 14, 17), Comunicación (4, 12, 9, 16), Control de Conducta (8), Roles (10) y Resolución de Problemas (15). *
- 2. Área de Involucramiento Afectivo Disfuncional.** Compuesto de 13 reactivos, que tienen que ver con aspectos negativos del funcionamiento familiar a nivel afectivo, éstas pertenecen a áreas de Involucramiento Afectivo (19, 20, 22), Respuestas Afectivas (21, 23), Resolución de Problemas (24, 29, 30), Comunicación (25, 27) y Roles (18, 26, 28).*
- 3. Área de Patrones de Comunicación Funcional.** Están formados por tres reactivos del área de Control de Conducta (35), Resolución de Problemas (36) y Comunicación (37).*

4. **Área de Patrones de Comunicación Disfuncional.** Presentan cuatro reactivos este factor tiene que ver con aspectos negativos de la comunicación tanto a nivel verbal como no verbal, con relación al área de Comunicación (31), Involucramiento Afectivo (32), Respuestas Afectivas (33) y Resolución de Problemas (34).*
5. **Área de Resolución de Problemas.** Formando de tres reactivos que corresponden al área de Roles (38), Resolución de Problemas (39) y Control de Conducta (40), habla de que la familia es capaz de ponerse de acuerdo y que tienen una buena organización familiar por lo tanto se infiere que pueden llegar a resolver los problemas que se les presentan.*
6. **Patrones de Control de Conducta.** Incluye sólo dos reactivos ambos pertenecen al área de Control de Conducta (41, 42).*

* Ver Anexo 1, pág. 109.

2.6 JUSTIFICACIÓN TEMÁTICA DEL TALLER DE PREVENCIÓN A LA FARMACODEPENDENCIA DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA

SESIÓN I: Aplicación del pre-test de EFF.

Aspectos generales de la farmacodependencia. La farmacodependencia generalmente es conceptualizada por los padres de familia y de manera popular como "vicio", limitando esto a enmarcarla en un estigma que fuera de facilitar el entendimiento del problema, confunde al grado de encasillar el uso de las drogas con fines de intoxicación, en un carácter de maldad del consumidor o en extremo de culpar al grupo de amigos de esa conducta, sin percibir que fuera de ser una relación causa-efecto implica ser una red compleja de interacciones, motivos y causas de índole individual, familiar y social que hacen proclive el surgimiento de la problemática denominada farmacodependencia, donde además se ven vinculados aspectos del proceso de salud enfermedad y específicamente de la salud mental, visualizándose de esta manera al farmacodependiente como un "enfermo", por ello y con el propósito de brindar un cúmulo de elementos que propicien la educación para la salud, hace necesario unificar a los padres de familia en el manejo y conocimiento de términos como: Qué es una droga, la dependencia física, la dependencia psíquica, la tolerancia, el síndrome de privación o de abstinencia, el uso y abuso de las sustancias, establecer la diferencia entre un usuario de drogas

y el farmacodependiente, clasificar a las drogas por su efecto a nivel del sistema nervioso central, así como las causas y motivos que generan el uso de las drogas.

Para lograr ilustrar y cubrir el objetivo de la sesión se utilizó además de la parte expositiva, un videocassette titulado "Farmacodependencia II", Educación para la Salud del Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa (ILCE, 1989), con una duración de 15 minutos, que ilustra los puntos en particular, así como el de la importancia de prevenir la farmacodependencia. (Ver Anexo 2, pág 114)

SESIÓN II: Ciclo vital de la familia.

Nacer, crecer, reproducirse y morir es ciclo por lo que todo sistema vivo abierto presenta, la excepción no podría dejar de ser la familia, por ello es conveniente que los padres de familia como eje fundamental de ésta, conozcan las etapas que se recorren en la vida familiar entre penas y alegrías, donde se puede seguir armónicamente el camino, avanzar a grandes saltos o regresar a pautas emocionales anteriores, o bien detenerse en alguna parte del ciclo, estando presente características de salud o de enfermedad según la etapa de existencia (Estrada, 1989). De tal suerte que dado el caso, los padres de familia cuenten con la posibilidad y la oportunidad de tomar medidas de tipo preventivo eficaz para el adecuado funcionamiento familiar, fomentándose una capacidad para reconocer y resolver problemas emocionales, intensificando la calidad de la comunicación al permitir la expresión afectiva, así como un nivel de autonomía que conceda a los miembros, establecer un balance frente al dominio de los padres, la clase y

grado de proyección de los roles dentro de la familia. Así el abordaje de este tema se centra en las etapas del ciclo vital de la familia, siendo las siguientes:

- a) La selección (desprendimiento)
- b) Transición y adaptación temprana (el encuentro)
- c) Reafirmación como pareja y paternidad (los hijos)
- d) Diferenciación y realización (adolescencia)
- e) Estabilidad (reencuentro)
- f) Enfrentamiento a la vejez, soledad y muerte

Cabe mencionar que el desarrollo del tema se llevó a cabo la aplicación de un sociodrama con el objetivo de ejemplificar a una familia con hijos (niño y niña, de diez y doce años respectivamente) en etapa escolar básica, los cuales cuestionan a sus padres sobre los aspectos madurativos del desarrollo, este ejercicio se concluyó con la importancia de una adecuada comunicación, veraz, eficiente y oportuna de los padres hacia los hijos, como una medida para fortalecer una capacidad crítica y analítica ante los problemas cotidianos a los que se enfrentan los hijos (Ver Anexo 2, pág 115).

SESIÓN III: Desarrollo psicológico del niño (Fecundación hasta los 12 años).

Entender a los seres humanos en cuanto a su personalidad sus motivaciones, aptitudes, actitudes frente a la vida, la relación de la familia, la comunidad y la manera de ser de adulto, se derivan de los acontecimientos sociales y familiares que las personas han enfrentado desde las vivencias más tempranas.

Por esto y dirigido a prevenir alteraciones en la salud mental de niños y adolescentes así como el lograr una

participación activa de los padres de familia en la prevención a la farmacodependencia, que les facilite la tarea de formar, educar y orientar a sus hijos, resulta de gran trascendencia que estos conozcan acerca del desarrollo normal físico y psicológico del niño y de su repercusión en su conducta de adolescente o de adulto, así el abordaje de este tema versa sobre el proceso biológico y psicológico que representa la fecundación, la herencia y el nacimiento del ser humano, para lo cual se utilizó el videocassette titulado "El Cuerpo Humano, Máquina Increíble" (proyectando sólo la parte representativa del tema, formación del ser humano y nacimiento, con duración de diez minutos) de National Geographic, así mismo se abordó el desarrollo psicosexual del niño (Freud), el proceso de individualización-separación (Mahler y Spitz) y la esfera cognoscitiva (Piaget), cubriendo esta etapa del desarrollo hasta los doce años de edad del niño (Ver Anexo 2, pág 115).

SESIONES IV Y V: Adolescencia y Comunicación

Desarrollo corporal, irrupción hormonal, aumento de energía erótica, falta de confianza en sí mismo, búsqueda de identidad personal, sentimientos de aislamiento, soledad, son algunas de las características de la encrucijada emocional del adolescente, cuyo comportamiento frecuentemente provoca a los padres de familia, confusión angustia y desorientación.

Por lo tanto, este tema resulta de gran importancia, brindarles a los padres de familia, la descripción de los cambios físicos, psicológicos, familiares y sociales que vive el adolescente, así como la trascendencia que tiene el establecer una comunicación intrafamiliar, sincera,

con mensajes claros y directos y así poder discernir el conflicto existencial que los hijos enfrentan, reconociendo y participando en la solución algunos problemas conductuales que se suelen presentar en esta etapa.

Cabe mencionar que la temática se desarrolló en dos sesiones que se cubrieron con la exposición del tema, y la proyección del videocassette titulado "El Último Tren" (MEXFAM, 1987) con duración de 25 minutos, el cual enfatiza sobre la inquietud y dificultades con que se inicia la vida sexual de una adolescente, rodeada de mitos y contradicciones de su medio familiar, escolar y social; asimismo se aplicó la dinámica de grupo "Comunicación sin saber de que se trata" la que permite identificar el alcance de una comunicación adecuada en la relación padres-hijos y viceversa (Ver Anexo 2, pág 116).

SESIÓN VI: Involucramiento Afectivo y Roles Familiares.

Los integrantes de la familia tienen derechos básicos inalienables, vestir, alimentación protección, además de estos derechos físicos, tienen derecho a una nutrición emocional, a que se respeten sus sentimientos y a ser tratados de manera que puedan desarrollar y cultivar el sentimiento de su propio valor, contando con límites y responsabilidades en las tareas y funciones que del hogar emanan.

Fundamental resulta para los padres de familia e inherente para la prevención de la farmacodependencia, reconocer los tipos de involucramiento afectivo que pueden expresar los miembros de la familia, resaltando el sentimiento de empatía, como aquel de mayor fun-

cionalidad en la dinámica familiar, de igual forma resulta ser el extremo más saludable en la dimensión de los roles familiares, la asignación de estos, sin sobre cargar a ninguno de los integrantes.

Por consiguiente, para el trabajo de esta temática, se utilizó en la parte expositiva la técnica de círculos concéntricos y para el análisis de la función de los roles familiares, se llevó a cabo la dinámica grupal "Cambio de roles y Jurado trece", lo que permitió a los padres experimentar la vivencia de jugar diferentes roles, así como el identificar el sentimiento de empatía (Ver Anexo 2, pág 116).

SESIÓN VII: Familia y Conducta

La familia es algo más que una colección de personas relacionadas, en un sistema, un grupo de personas interconectadas, cada una de las cuales afecta a las otras de manera significativa; es una compleja red de amor, celos orgullo, ansiedad, júbilo, culpa, un constante vaivén de la gama más completa de emociones humanas.

Resulta ser la familia, el lugar donde los niños adquieren las pautas y formas referentes a quienes son y de como se espera que interactúen con los demás, de tal forma que los padres a través de mensajes, tanto verbales como no verbales, sirven como marco de referencia y modelos a seguir, en el proceso de autoestima, socialización y en la salud mental.

Por consiguiente el contenido de este tema se centra en la labor de los padres de familia, como factor crucial del

proceso formativo, de salud mental y como transmisores de valores, creencias, actitudes, aptitudes en niños y jóvenes, para el adecuado desenvolvimiento familiar, social, educativo, laboral, entre otros y con ello lograr una prevención a la farmacodependencia más plena.

Para cubrir, el objetivo del tema se utilizó la exposición, proyección del videocassette titulado "Como Cuates" (MEXFAM, 1987) con duración de 21 minutos, que ilustra como la falta de comprensión de los padres, la inadecuada comunicación entre ellos y sus hijos, la incomprensión de sus necesidades sexuales, afectivas y los problemas cotidianos, propician un ambiente hostil e intolerable para los hijos adolescentes, que cortan con su núcleo familiar, pudiendo iniciarse en el uso de las drogas con fines de intoxicación (Ver Anexo 2, pág 117).

SESIÓN VIII. Aplicación del post-test de EFF.

La aplicación del Anexo I, fué llevada a cabo nuevamente seis meses después de la Sesión VIII (Ver Anexo 2, pág 117).

2.7 PROCEDIMIENTO

La formación de los grupos de trabajo (grupo uno y de comparación), la realización del taller, así como la aplicación del cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF) en sus diferentes etapas (Pretest-Postest), se llevó a cabo de la siguiente manera:

PADRES QUE NO ASISTIERON AL TALLER

En relación al grupo uno y por sugerencia de la Directora del Plantel de Secundaria y Preparatoria del Instituto "Marillac", éste se formó con padres de familia de las alumnas que cursaban el primer grado de secundaria.

Referente a la aplicación del Pretest de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF), para este grupo, fue llevada a cabo en una reunión de los padres de familia para firma de boletas de calificaciones, en la cual por medio de la directora se solicitó a estos su apoyo para contestar el cuestionario y a su vez realizar la presentación de los aplicadores del mismo, quienes en forma breve explicaron la importancia del estudio y el carácter anónimo que tendrían sus respuestas y que sólo eran necesarios algunos datos para la descripción del grupo como la edad del informante, sexo, ocupación, escolaridad, número de hijos, sexo de estos, escolaridad y ocupación de los mismos, finalmente expresar si habían asistido alguna vez a cursos relacionados con la familia o sobre farmacodependencia

Para el llenado del cuestionario, las instrucciones fueron leídas en voz alta para todo el grupo, pidiendo que en caso de alguna duda se preguntara a los aplicadores, cabe señalar que en este grupo se encontró con la situación de padres analfabetas, los que

se auxiliaron en sus hijos o en otros padres para el llenado del cuestionario; al final de la aplicación se les informó que en seis meses después se volvería a solicitar su colaboración (Aplicación del Postest). En la segunda aplicación del cuestionario se siguió el mismo mecanismo del Pretest.

PADRES QUE SÍ ASISTIERON AL TALLER

Por otra parte en lo que se refiere al grupo de comparación, éste se conformó por padres de familia de las alumnas que cursaban el segundo y tercer grado de secundaria y que dieron respuesta a la invitación escrita que se les hizo llegar para asistir al taller, en la cual se indicaban los días a realizar (jueves), el horario (18:00 a 20:00 horas) y número de sesiones (ocho), así mismo se anexó el esquema programático del taller.

Para dar inicio a los trabajos del taller se citó a los padres en las instalaciones del Instituto "Marillac", donde por parte de la dirección del mismo, dio la bienvenida a los padres y realizó la presentación de los instructores, quienes en forma breve presentaron la introducción al taller. En la que se planteó el objetivo, temas a desarrollar, forma de trabajo de las sesiones en las que se utilizó la exposición, las dinámicas de grupo, la discusión guiada, el análisis y la retroalimentación a las vivencias y experiencias comentadas por los asistentes en las sesiones, así mismo en algunos temas se apoyó con la proyección de videocintas (ver Anexo 2, pág. 113).

Posteriormente se continuo con la aplicación del Pretest de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF), haciendo hincapié a los padres sobre la importancia de conocer aspectos de la dinámica familiar para el mejor desarrollo del taller, informándoles que el manejo de sus respuestas sería totalmente confidencial y anónima, que sólo era necesario proporcionar algunos datos

para referencia y descripción del grupo (edad, sexo, escolaridad, ocupación número de hijos, edad, sexo, escolaridad y ocupación de los mismos).

En cuanto al llenado del cuestionario las instrucciones fueron leídas para todo el grupo y en caso de surgir alguna duda eran aclaradas por los instructores, al concluir con la aplicación se prosiguió con los trabajos programados para la sesión (ver Anexo 1, pág. 109); al finalizar esta se recomendaba que si surgían inquietudes posteriores a la sesión, se plantearan en la siguiente reunión.

En la última reunión del taller y de haber concluido con los trabajos del mismo se informó a los padres de familia que en seis meses después se volvería a solicitar su participación para contestar nuevamente el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (EFF) (Postest).

Una vez concluido el taller y las aplicaciones (Pre-Postest) del Cuestionario de Funcionamiento Familiar (EFF), de los grupos uno y de comparación se efectuó el procesamiento y análisis cuantitativo y cualitativo de la información obtenida; para éste fin se realizó la obtención de frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficos y de los reactivos del Cuestionario de Funcionamiento Familiar (EFF), así como la aplicación de la prueba "t" para la comprobación de la hipótesis de trabajo.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Se procede a presentar en primer lugar los resultados cuantitativos del Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar "EFF" obtenidos del análisis estadístico de la "Prueba t", consecutivamente se exhiben los resultados a nivel cualitativo arrojados por cada una de las áreas que conforman el cuestionario.

3.1. RESULTADOS DE LA PRUEBA "t"

El diseño de la investigación permitió realizar la Evaluación del Funcionamiento Familiar de manera intergrupal entre el Pretest y Postest para cada uno de los grupos independientemente, así como la de obtener la estimación significativa de las diferencias entre los grupos, llegando a los siguientes resultados.

En la relación intragrupal para el grupo uno y de comparación no se encontró diferencias significativas, por lo tanto se aceptan las hipótesis nulas para la situación uno y dos (Cuadro 10, Resultados de la "Prueba t" pag. 77), que dicen:

Ho. 1: No existen diferencias significativas en el Funcionamiento Familiar en el Pretest y Postest del grupo uno.

Ho. 2: No existen diferencias significativas en el Funcionamiento Familiar en el Pretest y Postest del grupo de comparación.

La relación entre grupos para la situación tres y cinco, también son aceptadas las hipótesis nulas (Cuadro 10, Resultados de la "Prueba t" pag. 77) que dicen:

Ho. 3: No existen diferencias significativas el Funcionamiento Familiar en el Pretest de los grupos uno y de comparación.

Ho. 5: No existen diferencias significativas en el Funcionamiento Familiar en el Pretest del grupo uno y Postest del grupo de comparación.

No así en la situación cuatro y seis, donde se rechazan las hipótesis nulas y se aceptan las hipótesis alternas (Cuadro 10, Resultados de la "Prueba t" pag. 77) que dicen:

- Hi. 4:** Si existen diferencias significativas en el Funcionamiento Familiar en el Postest de los grupos uno y de comparación.
- Hi. 6:** Si existen diferencias significativas en el Funcionamiento Familiar en el Pretest del grupo de comparación y el Postest del grupo uno.

CUADRO 10

**Resultados de la prueba "t" intergrupal y entre grupos
de la reaplicación y postaplicación del cuestionario de evaluación
del funcionamiento familiar "EFF"**

Situación	Comparaciones	GL	P	"t" de tablas	"t" obtenida	Resultados
1	Intergrupal Pretest S/C vs. Postest S/C N = 42 N = 35	74	.05	2.000	.97	Acepta hipótesis nula
2	Pretest C/C vs. Postest C/C N = 21 N = 15	34	.05	2.042	.04	Acepta hipótesis nula
3	Entre grupos Pretest S/C vs. Pretest C/C N = 42 N = 35	60	.05	2.000	1.11	Acepta hipótesis nula
4	Postest S/C vs. Postest C/C N = 35 N = 15	48	.05	2.021	2.46	Acepta hipótesis alterna
5	Pretest S/C vs. Postest C/C N = 41 N = 35	54	.05	2.021	1.08	Acepta hipótesis nula
6	Pretest S/C vs. Postest N = 21 N = 35	54	.05	2.021	2.37	Acepta hipótesis alterna

S/C = Grupo que no asistió al taller (grupo uno)

C/C = Grupo que sí asistió al taller (grupo comparativo)

3.2 RESULTADO DEL ANÁLISIS CUALITATIVO DEL EFF DEL GRUPO DE COMPARACIÓN

El análisis precedente se realizó con la finalidad de sustraer la información relevante de los cambios presentados en la percepción (estar de acuerdo, en desacuerdo, ser convencional o mostrar algún cambio en la relación antes-después) de las áreas del Funcionamiento Familiar evaluadas, como resultado de cursar el taller de Prevención de la Farmacodependencia, motivo que llevó a obtener de inicio las frecuencias de respuesta para cada reactivo y convertir estas en porcentajes, primeramente por sub-áreas y posteriormente a ser integradas áreas y al final un resumen general de lo más significativo de estas.

Cabe hacer mención que en las áreas, patrones de comunicación disfuncional, resolución de problemas, patrones de conducta, sólo se presenta el resumen interpretativo de toda el área, por contar con pocos reactivos.

I.- ÁREA DE INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL

Está estructurado por las sub-áreas:

- a) Involucramiento afectivo
- b) Respuestas afectivas
- c) Comunicación
- d) Resolución de problemas
- e) Roles
- f) Control de conducta.

a) *Sub-área Involucramiento afectivo*: Se observó que el total de los asistentes al taller se sienten integrados a su familia (reactivo 13), con una tendencia a ser escuchado (66.66%, reactivo 01), así como con gran disposición de ayudar desinteresadamente (73.33% y 93.33%, reactivos 02, 07) en momentos de dificultad (89.66%, reactivo 05), cabe señalar que en un porcentaje menor (6.66%) se presenta un cambio en su convicción a esta situación, también se observa variación en aquellos que de forma convencional van a cambiar ante el convencimiento de que su familia le escuche (reactivo 01, 13.33%), (Cuadro 11, pag. 91 Resultados cualitativos del "EFF").

b) *Sub-área Respuestas Afectivas*: La mayoría del grupo reporta que siente dolor al ver sufrir a otro miembro de la familia (reactivo 17, 93.33%), en relación de expresar abiertamente el cariño, las emociones y la ternura sólo es manifestada por el 53.33% del grupo (reactivos 03, 06, 11 y 14) sobresalen también aquellas personas que cambian su actitud al reconocer ser una familia cariñosa (reactivo 14, 26.66%) se encuentran también aquellos que indican variación para denotar el cariño de manera abierta y la ternura que siente corresponde a un 20%

- (reactivo 03 y 11), (Cuadros 11 y 12, págs. 91 y 92, Resultados cualitativos del "EFF").
- c) *Sub-área Comunicación*: El 86.66% del grupo en relación a la comunicación intrafamiliar y para demostrar su enojo lo hacen de manera abierta (reactivo 09 y 16), el 60% (reactivo 12) acostumbran dar a conocer sus ideas, en menor porcentaje (46.66%) hablan con sus familias (reactivo 04), asimismo es de notar la tendencia al cambio en estas características (13.33% y 20%), (Cuadro 12, pág. 92, Resultados cualitativos del "EFF").
- d) *Sub-área Resolución de Problemas*: El 66.66% de los padres consideran pertinente que para la solución de los problemas participen todos los integrantes de la familia (reactivo 15) y quienes no lo creían importante cambiaron su actitud en lo referente a esta situación (20%), (Cuadro 12, pág. 92. Resultados cualitativos del "EFF").
- e) *Sub-área Roles*: El 86.66% de las familias tienden a apoyar la recuperación física y mental cuando algún miembro de la familia enferma y los que con anterioridad consideraban que esto no sucedía (6.66%), posteriormente al taller cambian su percepción (Cuadro 13, pág 93. Resultados cualitativos del "EFF", reactivo 10).
- f) *Sub-área Control de Conducta*: Este rubro se encuentra una gran inestabilidad y duda en la definición de las normas y reglas con las que se rigen estas familias (Cuadro 13, pág.93. Resultados cualitativos del "EFF", reactivo 08).

RESUMEN INTERPRETATIVO
ÁREA DE
INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL.

De esta área se destaca que en este grupo de familias lo más importante es el sentido de pertenencia, de ayuda desinteresada en momentos de dificultad, mostrando una actitud de confianza, apoyo y seguridad con expresión abierta, franca y directa del cariño, de ternura y las emociones; también se observa la presencia de dificultad en la interacción y organización familiar, exhibiendo por una parte el control flexible y empático y por otro un control rígido; así mismo se resalta que se generan cambios ocasionados por la intervención orientativa (taller), a cerca del interés y valoración, en cantidad y calidad afectiva entre los integrantes de estas familias.

2.- ÁREA DE INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO DISFUNCIONAL

Consta de las sub-áreas:

- a) Involucramiento Afectivo
- b) Respuestas Afectivas
- c) Resolución de Problemas
- d) Comunicación
- e) Roles

Para esta área la tendencia a lo óptimo es la manifestación del desacuerdo, en tanto que el estar de acuerdo con los reactivos corresponde al continuo de disfuncionalidad.

- a) *Sub-área Involucramiento Afectivo:* El 86.66 (reactivo 20) es tolerante a escuchar los problemas de la familia, así como a patentizar interés a las necesidades afectivas (60%, reactivo 22), la tendencia de respetar la vida privada por parte de los demás integrantes es baja con un porcentaje del 40% (reactivo 19), dándose un incremento a esta situación en un 20% posteriormente al taller, observándose también una inclinación hacia una simbiosis afectiva (26.66% incrementado este porcentaje en la situación Pos-taller, (Cuadro 13, pág 93. Resultados cualitativos del "EFF").
- b) *Sub-área Respuestas Afectivas:* El 60% (reactivo 23), no se avergüenza de mostrar su estado emocional, esta situación se ve incrementada posterior al curso en un 13.33%, en relación a la manifestación del llanto, se percibe de forma diversa, denotando dificultad y variabilidad en su expresión (Cuadro 13, pág. 93. Resultados cualitativos del "EFF", reactivo 21).
- c) *Sub-área Resolución de Problemas:* El 73.33% planea y busca solución a las contingencias que se les presentan, siendo notorio que las personas que en un principio convencidas de llevar acciones en la solución de pro-

blemas se inclinaron a una postura dudosa (reactivo 30), por otra parte en relación a dar a conocer abiertamente los problemas a los demás miembros de la familia es clara y precisa (66.66% y 40%, respectivamente reactivos 24 y 29), sólo un 13.33% se mantienen en estar de acuerdo, es decir, no expresan los problemas a los demás (Cuadro 14, pág.94. Resultados cualitativos del "EFF").

- d) *Sub-área Comunicación*: El contenido de los mensajes es claro, directo y preciso con la familia (60% y 46%, reactivo 25 y 27), con tendencia al aumento posterior al taller (13.33% y 6.66%) y sólo un 20% denota duda.
- e) *Sub-área Roles*: Exhibe una gran variedad en lo que respecta a la asignación de tareas (reactivo 26) para cumplirlas solo el 33.33% considera poder realizarlas en porcentaje menor (13.33%) se da a la inversa, así mismo sólo el 33.33% tiene clara su jerarquía parental y en menor porcentaje (13.33%) cambia su convicción (reactivo 28), también se puede percatar un incremento en el control de la conducta flexible en un 13.33% (reactivo 18) posterior al taller, en tanto los restantes se sitúan con un control rígido (Cuadros 14 y 15, págs. 94 y 95. Resultados cualitativos del "EFF").

RESUMEN INTERPRETATIVO
ÁREA DE
INVOLUCRAMIENTO FAMILIAR DISFUNCIONAL

En ésta área se distingue, una disposición a comunicarse los problemas, manifestando interés y empatía con respecto a la autonomía de los integrantes, los mensajes son claros, directos y precisos, dando como resultado, presentar una conducta flexible, cabe señalar que dentro de la dinámica familiar también se denota incertidumbre y variabilidad en la asignación de los roles jerárquicos, en la toma de decisiones para resolver los problemas cotidianos, lo anterior se ve incrementado posterior al taller.

3.- ÁREA PATRONES DE COMUNICACIÓN FUNCIONAL

Contempla las sub-áreas:

- a) Control de Conducta
- b) Resolución de Problemas
- c) Comunicación.

**RESUMEN INTERPRETATIVO
ÁREA DE
PATRONES DE COMUNICACIÓN FUNCIONAL**

En esta área se observa que los problemas que se viven cotidianamente son resueltos en virtud de la comunicación abierta que existe y el control de conducta flexible que predomina en estas familias, así mismo se ve ésta área incrementada posterior al taller (Cuadro 16, pág.96 Resultados cualitativos del "EFF", reactivo 35, 36, 37).

4.- ÁREA PATRONES DE COMUNICACIÓN DISFUNCIONAL

Area integrada por las sub-áreas

- a) Comunicación
- b) Involucramiento Afectivo
- c) Respuestas Afectivas
- d) Resolución de Problemas

Al igual que en el área anterior las respuestas que se encuentran en desacuerdo es lo óptimo.

**RESUMEN INTERPRETATIVO
ÁREA DE
PATRONES DE COMUNICACIÓN DISFUNCIONAL**

En esta área se presenta una comunicación abierta, sincera para expresar los problemas y las emociones a los demás miembros de la familia y en aquellos casos que estaban en una postura contraria cambió su percepción posterior al taller (reactivos 31, 32, 33 y 34, de los Cuadros 15 y 16, págs 95 y 96. Resultados cualitativos del "EFF").

5.- ÁREA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Agrupada las sub-áreas de:

- a) Roles
- b) Resolución de Problemas
- c) Control de Conducta

RESUMEN INTERPRETATIVO ÁREA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Se encuentra que estas familias presenta una adecuada capacidad para organizarse y ponerse de acuerdo para la solución de los problemas cotidianos (reactivos 38 y 39) reconociendo las consecuencias que pueden acarrear sus actos (reactivos 40), cabe señalar que en la situación para organizar y planear las tareas del hogar en un 26.66% (reactivo 38) cambia su postura, reafirmandose en un 46.66% en esta característica (Cuadro 17, pág.97 Resultados cualitativos del "EFF").

6.- ÁREA DE PATRONES DE CONDUCTA

Se refiere a la sub-área:

a) Control de Conducta

RESUMEN INTERPRETATIVO ÁREA DE PATRONES DE CONDUCTA

El 46.66% del grupo presenta un control de conducta flexible en cuanto a las normas y reglas que se establecen en la actividad familiar, característica que se ve incrementada posterior al taller (reactivos 41 y 42 del Cuadro 17, pág.97. Resultados cualitativos del "EFF").

3.2.1. RESUMEN CUALITATIVO GENERAL

En términos generales se puede concluir que estas familias son funcionales en la manifestación de interés afectivo hacia las actividades de todos los miembros de la familia, mostrando una actitud de confianza, apoyo, seguridad en la expresión franca de cariño, ternura y de las emociones; dándose además una comunicación abierta con mensajes claros y directos, con un control de conducta flexible en cuanto a las normas y reglas con las que se rigen estas familias, existe una gran capacidad para organizarse y planear alternativas en la búsqueda de soluciones a los problemas cotidianos que los atañe.

Asimismo se observa que estas familias presentan dificultad y confusión en la asignación de tareas y de los roles jerárquicos.

Por otra parte fue posible comprobar la tendencia a modificar la actitud negativa o dudosa del funcionamiento familiar, esto como resultado de la participación en el taller de Prevención a la Farmacodependencia.

**TABLAS CUALITATIVAS
DEL CUESTIONARIO
DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
EFF (ANTES Y DESPUÉS)
DEL GRUPO DE COMPARACIÓN**

CUADRO 11

		Porcentajes								
Núm. de reactivo	Qué dice	Mantiene acuerdo	Mantiene desacuerdo	Mantiene convencional	Cambia acuerdo desacuerdo	Cambia acuerdo convencional	Cambia desacuerdo acuerdo	Cambia desacuerdo convencional	Cambia convencional acuerdo	Cambia convencional desacuerdo
	Involucramiento Afectivo Funcional (I)									
	Subárea Involucramiento Afectivo									
01	Mi familia me escucha	66.66			6.66	6.66	6.666		13.33	
02	Mi familia me ayuda desinteresadamente	73.33	6.66		6.66	6.66	6.66			
05	Si tengo dificultades, mi familia está en la mejor disposición de ayuda	86.66					6.66			6.66
07	Me siento ayudado por mi familia	93.33					6.66			
13	Me siento parte de mi familia	100								
	Subárea respuestas afectivas									
03	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	53.33				13.33			20	13.33
06	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	53.33			13.33	6.66	13.33		6.66	6.66

CUADRO 12

		P o r c e n t a j e s								
Núm. de reactivo	Qué dice	Mantiene acuerdo	Mantiene desacuerdo	Mantiene convencional	Cambia acuerdo desacuerdo	Cambia acuerdo convencional	Cambia desacuerdo acuerdo	Cambia desacuerdo convencional	Cambia convencional acuerdo	Cambia convencional desacuerdo
11	En mi familia expresamos la ternura que sentimos	53.33				13.33	20		13.33	
14	Somos una familia cariñosa	53.33				13.33			26.66	6.56
17	Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia	93.33					6.66			
	Subárea Comunicación									
04	En mi familia hablamos con franqueza	46.66	6.66	6.66		13.33	6.66	6.66	13.33	
12	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	60		6.66	6.66	6.66			20	
09	En mi familia nos decimos las cosas abiertamente	86.66			6.66	6.66				
16	Cuando me enoja con algún miembro de mi familia se lo digo	86.66			6.66	6.66				
	Subárea Resolución de Problemas									
15	En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos	66.66			6.66	6.66	20			
	Subárea Roles									

CUADRO 13

Núm. de reactivo	Qué dice	Porcentajes								
		Mantiene acuerdo	Mantiene desacuerdo	Mantiene convencional	Cambia acuerdo desacuerdo	Cambia acuerdo convencional	Cambia desacuerdo acuerdo	Cambia desacuerdo convencional	Cambia convencional acuerdo	Cambia convencional desacuerdo
10	Si estoy enfermo, mi familia me atiende	86.66				6.66			6.66	
	Subárea Control de Conducta									
08	Las normas familiares están bien definidas	26.66		6.66	26.66	6.66	6.66	6.66	20	
	Involucramiento afectivo disfuncional (II)									
	Subárea Involucramiento Afectivo									
19	Mi familia no respeta mi vida privada	26.66	40		20		13.33			
20	Me molesta que mi familia me cuente sus problemas		86.66	6.66			6.66			
22	Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas	6.66	60	6.66	6.66		6.66			13.33
	Subárea Respuestas afectivas									
21	No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia	6.66	33.33		13.33	6.66	33.33		6.66	

CUADRO 14

Núm. de reactivo	Qué dice	Porcentajes								
		Mantiene acuerdo	Mantiene desacuerdo	Mantiene convencional	Cambia acuerdo desacuerdo	Cambia acuerdo convencional	Cambia desacuerdo acuerdo	Cambia desacuerdo convencional	Cambia convencional acuerdo	Cambia convencional desacuerdo
23	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia	13.33	60				6.65	6.66		13.33
	Subárea Resolución de problemas									
24	En mi casa cada quien se guarda sus problemas		6.66	6.66	6.66	6.66		13.33		
29	En mi familia no expresamos abiertamente nuestros problemas	13.33	40			6.66	33.33			6.66
30	Cuando se me presenta algún problema me paraliza		73.33				6.66	20		
	Subárea Comunicación									
25	Raras veces platico con mi familia sobre lo que me pasa	6.66	46.66			13.33	6.66	6.66	6.66	13.33
27	En mi familia ocultamos lo que nos pasa		60			6.66	6.66		6.66	20
	Subárea Roles									
18	En la casa no tenemos horario para comer	20	20			20	6.66	13.33	6.66	13.33

CUADRO 15

Núm. de reactivo	Qué dice	Porcentajes								
		Mantiene acuerdo	Mantiene desacuerdo	Mantiene convencional	Cambia acuerdo desacuerdo	Cambia acuerdo convencional	Cambia desacuerdo acuerdo	Cambia desacuerdo convencional	Cambia convencional acuerdo	Cambia convencional desacuerdo
26	Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas	6.66	33.33		6.66	6.66	13.33	6.66		26.66
28	Existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros dentro de la familia	6.66	33.33		13.33	6.66	13.33	13.33		13.33
	Patrones de Comunicación Distuncional (III)									
	Subárea Comunicación									
31	Cuando tengo algún problema no se lo plático a mi familia	6.66	66.66		6.66	6.66	13.33			
	Subárea Involucramiento Afectivo									
32	En casa mis opiniones no son tomadas en cuenta		66.66		13.33	6.66		6.66	6.66	
	Subárea Respuestas Afectivas									
33	No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia	13.33	53.33		13.33			20		

CUADRO 16

Núm. de reactivo	Qué dice	Porcentajes								
		Mantiene acuerdo	Mantiene desacuerdo	Mantiene convencional	Cambia acuerdo desacuerdo	Cambia acuerdo convencional	Cambia desacuerdo acuerdo	Cambia desacuerdo convencional	Cambia convencional acuerdo	Cambia convencional desacuerdo
	Subárea Resolución de Problemas									
34	En mi familia no expresamos abiertamente nuestros problemas		40		20		13.33	13.33	13.33	
	Patrones de Comunicación Funcional (IV)									
	Subárea Control de Conducta									
35	En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta	46.66			6.66	6.66	20	6.66	13.33	
	Subárea Resolución de Problemas									
36	En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos	73.33		6.66					20	
	Subárea Comunicación									
37	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	66.66	6.66	6.66		6.66	6.66		6.66	

CUADRO 17

		Porcentajes								
Núm. de reactivo	Qué dice	Mantiene acuerdo	Mantiene desacuerdo	Mantiene convencional	Cambia acuerdo desacuerdo	Cambia acuerdo convencional	Cambia desacuerdo acuerdo	Cambia desacuerdo convencional	Cambia convencional acuerdo	Cambia convencional desacuerdo
	Resolución de Problemas (V)									
	Subárea Roles									
38	En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa	46.66			26.66	6.66	13.33		6.66	
	Subárea Resolución de Problemas									
39	Si falla una decisión intentamos otra alternativa	86.66							6.66	6.66
	Subárea Control de Conducta									
40	Cuando no se cumple una regla en casa sabemos las consecuencias	60	6.66			6.66	6.66		13.33	6.66
	Patrones de Control de Conductas (VI)									
41	En mi familia si una regla no se puede cumplir, la modificamos	46.66			6.66	6.66	13.33		26.66	
42	Mi familia es flexible en cuanto a las normas	46.66			6.66	13.66	6.66	6.66	20	

**EQUIVALENCIAS NUMÉRICAS DE
PERSONAS A PORCENTAJES**

1 persona	6.66%
2 personas	13.33%
3 personas	20.00%
4 personas	26.66%
5 personas	33.33%
6 personas	40.00%
7 personas	46.66%
8 personas	53.33%
9 personas	60.00%
10 personas	66.60%
11 personas	73.33%
12 personas	80.00%
13 personas	86.66%
14 personas	93.33%
15 personas	100.00%

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

4.1 DISCUSIÓN

En esta investigación y de acuerdo a las variables descriptivas de los grupos, indican que la mayor parte de la población fue predominantemente femenina, con un rango de edad de entre 26 a 36 años para el grupo uno y de 33 a 43 para el grupo de comparación, en relación a la ocupación para el grupo uno fueron las actividades del hogar, en tanto para el de comparación fue la de empleados, la formación académica predominó, para el grupo uno el nivel básico y para el de comparación el técnico, el número de hijos para ambos grupos es de uno a tres, con una edad para el grupo uno de 9 a 12 años y el de comparación de 13 a 16 años, con una escolaridad de nivel medio.

Así cabe resaltar el hecho, de ser las madres de familia quienes en forma predominante asisten a las actividades relacionadas con la formación académica de los hijos, lo que demuestra la presencia de patrones culturales estereotipados del papel materno en la sociedad mexicana, al relegarle la responsabilidad de la crianza, el cuidado, la disciplina, el promover y vigilar la educación moral como escolar, reflejando como lo señala Santiago Ramírez (1977) el problema en la estructura y la organización de la familia en México por lo menos en la urbanas de clase media y baja, es el exceso de la madre, la ausencia del padre y la abundancia de hermanos.

Por otra parte y el no haber encontrado diferencias estadísticas significativas, en la prueba "t" de la Pre-evaluación del Funcionamiento Familiar en la comparación entre los grupos (situación tres), indica que los padres de familia presentan una percepción homogénea en cuanto a la funcionalidad familiar de las seis áreas evaluadas. Así mismo y pese a no haber encontrado cuan-

titativamente diferencias significativas en la Pre y Post-evaluación de la funcionalidad familiar en la comparación intragrupo (aceptación hipótesis nula uno y dos), al analizar cualitativamente esta situación, se observaron algunos cambios generados por la orientación que recibieron los padres de familia en el taller, de manera general reflejaron características de funcionalidad en las áreas evaluadas, mismas que concuerdan con el criterio de Castañón (1988), que aquellos que presentaban alguna dificultad en el funcionamiento familiar en alguna de las áreas evaluadas cambiaron su convicción tendiendo a la funcionalidad, así los reactivos mas significativos fueron:

Area Uno: Involucramiento Afectivo Funcional (cambios mostrados, tendencia del desacuerdo o convencional al estar de acuerdo con la afirmaciones de los reactivos) son, el 01 percepción de ser escuchado; 03, 06, 11 y 14 expresar abiertamente el cariño, las emociones y la ternura; 04 hablar con franqueza; 05 y 07 reconocimiento al apoyo y ayuda de la familia ante las dificultades y 08 clarificación de las normas familiares.

Area Dos. Involucramiento Afectivo Disfuncional (cambios del acuerdo y convencional al desacuerdo), 18 no tener un horario de comida en el hogar, 19 no respetar la vida privada, 22 indiferencia a las necesidades afectivas 26 incapacidad para cumplir tareas y 27 ocultamiento de las situaciones que viven los integrantes de la familia.

Area Tres. Patrones de Comunicación Disfuncional (cambios del acuerdo y convencional al desacuerdo), 32 no tomar en cuenta sus opiniones por parte de su familia y 34 no expresar abiertamente los problemas.

Area Cuatro: Patrones de Comunicación Funcional (cambios del desacuerdo y convencional al acuerdo), 35 respeto de las reglas de conducta, 36 y 37 resolver y discutir los problemas cotidianos.

Area Cinco. Resolución de Problemas (cambios del desacuerdo y convencional al acuerdo), 39 probar diferentes alternativas para la solución de problemas y 40 anticipación a las consecuencias por incumplimiento de las reglas del hogar.

Area Seis. Patrones de Control de Conducta, (cambios del desacuerdo y convencional al acuerdo), 41 y 42 flexibilidad en las reglas y normas.

Estos cambios constatan los resultados del estudio de Hernández y Wagner (1989) sobre "Orientación Familiar Preventiva" que confirma que la orientación sobre aspectos de la familia, que reciben los padres de familia por un especialista de la salud, originan cambios en su actitud y compromiso hacia la prevención de la farmacodependencia, esto resulta relevante puesto que por una parte el Taller genera una perspectiva positiva de la vida familiar, y permite a los padres de familia una experiencia grupal, que apoyada por ejercicios vivenciales, discusión guiada, el análisis y la retroalimentación, puedan expresar situaciones que difícilmente exterioricen la convivencia familiar cotidiana, lo anterior permite afirmar que el Taller cubre el objetivo de dotar con elementos teórico- prácticos a los padres de familia que les facilite la convivencia y expresión afectiva que refuerza el funcionamiento familiar adecuado y con ello corroborar lo que establece Stanton (1979), en relación a la educación preventiva, que debe dirigirse directamente a los padres, basándose en el conocimiento de las pautas, estrategias y las prácticas de enseñanza familiar.

El Taller reafirma la premisa que para hacer prevención a la farmacodependencia, no se debe acentuar en conceptos individuales y didácticos limitados como el de la personalidad del farmacodependiente o del fenómeno como tal. pudiendo correr el riesgo de promover más que el prever el surgimiento de casos de adicción (Stanton 1985 referido por Adolfi), por este motivo la estructura del Taller, las sesiones estuvieron dirigidas a revisar la dinámica de la relaciones que se viven dentro de la familia (sólo en una sesión se resaltó el problema de la farmacodependencia como tal) que promueve el crecimiento y la salud mental de sus integrantes, como lo señala García Serrano (1990) que afirma que el ser padre es algo más que procrear y crear, y que a medida que el niño crece los padres también deben hacerlo.

Otra característica en función del taller, es que fomenta la educación para la salud como una estrategia para la prevención de la farmacodependencia bajo el criterio de la Organización Mundial de la Salud, que refiere, la educación para la salud es el conocimiento e interés de todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyan en las creencias, actitudes y conductas respecto a la salud, así como los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella.

Vital resultó el haber encontrado diferencias significativas en los Postests de Evaluación del Funcionamiento Familiar (situación cuatro, tabla de resultados de la prueba "t"), tanto para el grupo uno como para el de comparación y con ello poder afirmar que el participar en el Taller genera un cambio de actitud funcional hacia las relaciones familiares o bien reforzar estas, comprobando así la eficacia del Taller.

De igual manera resultó fructífero el comprobar diferencias significativas en funcionamiento familiar en la relación Pretest del grupo de comparación y el Postest del grupo uno, (situación seis, tabla de resultados de la prueba "t), indicando que la predisposición que tengan los padres de familia en participar en actividades que estén encaminadas a mejorar o reforzar la relación intrafamiliar, va a traer como consecuencia un mayor compromiso de sus funciones y responsabilidades como padres y ser ellos quienes proporcionen una orientación veraz, oportuna y clara a sus hijos cuando estos la soliciten.

4.2 CONCLUSIONES

Por todo lo anterior se puede concluir que en esta investigación se logró diseñar, impartir y evaluar un Taller de Prevención a la Farmacodependencia, dirigido a padres de familia y su impacto en el Funcionamiento Familiar.

Asimismo se logró constatar con los resultados a nivel cuantitativo y cualitativo, que el Taller genera cambios o refuerza actitudes favorables en la percepción funcional de la dinámica familiar, por parte de los padres, quienes además se comprometen a fomentar la comunicación directa e intensificar el interés afectivo con sus hijos para lograr una prevención a la farmacodependencia y conductas que se le asocian más plenamente.

De igual manera se pudo comprobar que el Taller puede lograr detectar casos de familias en momentos críticos, para los cuales la orientación no es suficiente y que requieren ser referidos a un servicio terapéutico de grupo, como la terapia familiar, y de pareja entre otras, ejemplo de esto fue el caso de una pareja participante que estaba en proceso de separación y quienes vieron en el Taller una esperanza de vigor y fuerza para reiniciar su relación de pareja.

Por otra parte cabe mencionar que las técnicas grupales utilizadas en el Taller, alentaron el proceso de comunicación intrafamiliar adecuada, ya que permitieron, ejercitar y ensayar este medio.

Por último se destaca que si bien es cierto que la familia en el tratamiento del farmacodependiente, es de gran apoyo para el total restablecimiento de este, de vital trascendencia resulta para

la prevención el considerarla, y al Psicólogo como profesional es el principal encargado de brindar orientación y de ofrecer los elementos teóricos, para su aplicación práctica por los padres de familia, con la finalidad de anticiparse a situaciones que generen angustia, frustración, dolor, disfunción y desintegración de este sistema llamado familia, por tal motivo este estudio sienta precedentes en la investigación preventiva, centrándose como una estrategia de educación para la salud.

4.3 LIMITACIONES

A lo largo del desarrollo del presente estudio se pudieron observar diferentes limitaciones, importantes de mencionarlas:

El no haber realizado una selección aleatoria de la muestra para la distribución de los grupos de trabajo, ya que esto pudo influir en la actitud de participación al Taller; así mismo el no poder contar con la presencia de ambos padres, no permitió en su momento que la información fuera proporcionada y analizada con estos y logra así un verdadero compromiso y aprendizaje de pareja.

Por otro lado y en cuanto a lo referente a la aplicación del instrumento, por una parte no se tenía contemplado que hubiese padres con escasa preparación académica, por lo que se tuvo que improvisar y solicitar apoyo a terceros para el llenado del cuestionarios, lo cual incrementó el tiempo para contestarlo, provocando cansancio y fatiga en los padres y por ende disminución a reflejar en la respuestas la realidad y en un momento dado sesgar los resultados.

4.4 SUGERENCIAS

Con el fin de obtener resultados más precisos y de mayor alcance, así como el de mejorar investigaciones posteriores, se sugiere:

Realizar un número mayor de sesiones, enfatizar y/o abundar en temas como el Desarrollo Emocional del Niño, Adolescencia, Elección de Pareja, Sexualidad, Manejo de Estrés y Conflictos entre otros, con una asignación en cantidad de tiempo que permita cubrir en su totalidad los temas.

Por otro lado sería conveniente la ampliación de la muestra, es decir que el estudio se realice en otros niveles socioeconómicos con parejas de reciente formación o prematrimoniales, con familias que presenten problemas de comunicación, etc.

En la misma línea se propone correlacionar las variables socio-demográficas con el funcionamiento familiar, permitiendo valorar diferentes etapas o momentos, como la estabilidad económica y la edad de los hijos entre otros, así mismo es recomendable contar con un instrumento que evalúe la satisfacción del Taller y que cubra los requisitos Psicométrico, de Confiabilidad y Validez, para la obtención de resultados precisos.

También sería conveniente un mayor control y conocimiento mediante una entrevista previa que enriquezca los resultados del Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar, así como el realizar Talleres en forma paralela con los hijos para lograr una correlación en el aprendizaje tanto de los padres como de los hijos y por último llevar un seguimiento de los participantes por un tiempo prolongado, permitiendo observar la ejecución del aprendizaje.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR “EFF”

CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR "EFF"

Por favor lea cuidadosamente estas instrucciones antes de contestar.

A continuación se le presentan una serie de enunciados los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible, la información que usted nos proporcione será absolutamente confidencial.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia, (con la que vive actualmente).

Procure no dejar enunciados sin contestar, ya que es muy importante que usted los conteste todos.

La forma de contestar los enunciados es cruzando con una "X" (EQUIS) el número que mejor se adecue a su respuesta con base en la siguiente escala:

- 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO
- 2 = EN DESACUERDO
- 3 = NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO
- 4 = DE ACUERDO
- 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

EJEMPLO:

Nos gusta ver la t.v. juntos 1 2 3 ~~4~~ 5

En este ejemplo la persona está de ACUERDO en que a su familia le gusta ver la t.v. juntos: cruzó con una (X) el número 4.

Le agradecemos de antemano su cooperación.

CUESTIONARIO

1	Mi familia me escucha	1	2	3	4	5
2	Mi familia me ayuda desinteresadamente	1	2	3	4	5
3	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	1	2	3	4	5
4	En mi familia hablamos con franqueza.	1	2	3	4	5
5	Si tengo dificultades mi familia está en la mejor disposición de ayudarme	1	2	3	4	5
6	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	1	2	3	4	5
7	Me siento apoyado (a) por mi familia	1	2	3	4	5
8	Las normas familiares están bien definidas	1	2	3	4	5
9	En mi familia nos decimos las cosas abiertamente	1	2	3	4	5
10	Si estoy enfermo mi familia me atiende.	1	2	3	4	5
11	En mi familia expresamos la ternura que sentimos.	1	2	3	4	5
12	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	1	2	3	4	5
13	Me siento parte de mi familia	1	2	3	4	5
14	Somos una familia cariflora	1	2	3	4	5
15.-	En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos	1	2	3	4	5
16.-	Cuando me enojo con algún miembro de mi familia se lo digo	1	2	3	4	5
17.-	Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia	1	2	3	4	5
18.-	En la casa no tenemos un horario para comer	1	2	3	4	5
19.-	Mi familia no respeta mi vida privada.	1	2	3	4	5
20.-	Me molesta que mi familia me cuente sus problemas	1	2	3	4	5
21.-	No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5
22.-	Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas.	1	2	3	4	5
23.-	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia	1	2	3	4	5
24.-	En mi casa cada quien se guarda sus problemas	1	2	3	4	5
25.-	Raras veces platico con mi familia lo que me pasa	1	2	3	4	5
26.-	Las tareas que me corresponden, sobre pasan mi capacidad para cumplirlas.	1	2	3	4	5
27.-	En mi familia ocultamos lo que nos pasa					
28.-	Existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros dentro de la familia.	1	2	3	4	5

29.- En mi familia no expresamos abiertamente nuestros problemas	1	2	3	4	5
30.- Cuando se me presenta algún problema me paraliza	1	2	3	4	5
31.- Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	1	2	3	4	5
32.- En casa, mis opiniones no son tomadas en cuenta	1	2	3	4	5
33.- No nos atrevemos a florar frente a los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
34.- En mi familia no expresamos abiertamente nuestros problemas	1	2	3	4	5
35.- En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta.	1	2	3	4	5
36.- En mi casa, logramos resolver los problemas cotidianos	1	2	3	4	5
37.- En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	1	2	3	4	5
38.- En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartirnos los quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
39.- Si falta una decisión intentamos otra alternativa	1	2	3	4	5
40.- Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuáles son las consecuencias	1	2	3	4	5
41.- En mi familia si una regla no se puede cumplir la modificamos	1	2	3	4	5
42.- Mi familia es flexible en cuanto a las normas.	1	2	3	4	5

ANEXO II

ESQUEMA PROGRAMÁTICO

TALLER DE PREVENCIÓN A LA FARMACODEPENDENCIA DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA

SESIÓN I

APLICACIÓN DE PRETEST DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF)

ACTIVIDAD	Introducción
OBJETIVO	Presentar los temas que se aborda en el taller y dinámica de trabajo.
TIEMPO	5 minutos
TÉCNICA DIDÁCTICA	Exposición

ACTIVIDAD	Presentación de los participantes
OBJETIVO	Integración y conocimiento de los asistentes al taller.
TIEMPO	20 minutos
TÉCNICA DIDÁCTICA	Dinámica de presentación.

ACTIVIDAD	Aplicación de pretest de evaluación del funcionamiento familiar
OBJETIVO	Evaluar el funcionamiento familiar de los asistentes al taller y contar con una base cuantitativa de estos.
TIEMPO	20 minutos
TÉCNICA DIDÁCTICA	Aplicación del EFF

ACTIVIDAD	Exposición sobre los aspectos Generales de la farmacodependencia.
OBJETIVO	Exhibir a los padres de familia los términos y conceptos en materia de farmacodependencia y así unificar el manejo de estos
TIEMPO	75 minutos
TÉCNICA DIDÁCTICA	Exposición Proyección y discusión del video-cassette "Educación para la Salud, Farmacodependencia II".

SESIÓN II

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

ACTIVIDAD	Exposición
OBJETIVO	Los padres de familia identificarán el proceso de formación, desintegración, conflictos que se viven en la familia y lograr así reconocer, resolver problemas emocionales e intensificar la calidad de la comunicación.
TIEMPO	120 minutos
TÉCNICA DIDÁCTICA	Sociodrama

SESIÓN III

DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO (Fecundación a los 12 años)

ACTIVIDAD	Exposición
OBJETIVO	Proveer de información teórica-científica-práctica a los padres de familia que les facilite la tarea de formar, educar y orientar a sus hijos en relación al desarrollo físico y psicológico del niño desde la gestación hasta etapa escolar básica.
TIEMPO	120 minutos
TÉCNICA DIDÁCTICA	Proyección y discusión del videocassette "El Cuerpo Humano, Máquina Increíble".

SESIONES IV Y V

ADOLESCENCIA Y COMUNICACIÓN

ACTIVIDAD	Exposición
OBJETIVO	Los padres de familia describirán y analizarán las características inherentes al proceso Físico, Psicológico y Social del adolescente, lo cual les facilitará reconocer y superar problemas emocionales, a reforzar las áreas sexual y de identidad de sus hijos adolescentes, intensificando una comunicación verbal, directa, clara y precisa en la vida interfamiliar.
TIEMPO	240 minutos
TÉCNICA DIDÁCTICA	Proyección y discusión del videocassette "El Último Tren", y Dinámica "Comunicación sin saber de que se trata".

SESIÓN VI

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO Y ROLES FAMILIARES

ACTIVIDAD	Exposición
OBJETIVO	Explicar y analizar los diferentes niveles de Interés Afectivo y los Patrones de Conducta que se manifiestan para cubrir las funciones del hogar, de tal forma que permita a los padres de familia el realizar y promover, una dinámica familiar más exitosa y plena.
TIEMPO	120 minutos
TÉCNICA DIDÁCTICA	Dinámicas: "Círculos Concéntricos", "Cambio de Roles" y "Jurado Trece"

SESIÓN VII

FAMILIA Y CONDUCTA

ACTIVIDAD	Exposición
OBJETIVO	Describir la importancia e influencia de la familia en la transmisión de valores, creencias, pautas conductuales y en la salud física-mental en niños y jóvenes, de tal forma que permita a los padres de familia encausar y fortalecer estilos de vida que permita el desarrollo integral en una relación satisfactoria entre padres e hijos.
TIEMPO	120 minutos
TÉCNICA DIDÁCTICA	Proyección y discusión del videocassette "Como Cuales".

SESIÓN VIII

APLICACIÓN DEL POSTEST DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (seis meses posterior al taller)

ACTIVIDAD	Aplicación del Cuestionario EFF
OBJETIVO	Obtener los resultados de la relación Antes- Después del Taller, sobre la Evaluación del Funcionamiento Familiar y su Análisis Respectivo.
TIEMPO	20 minutos
TÉCNICA DIDÁCTICA	Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF)

REFERENCIAS

- Ackerman N. (1986), "*Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares*"., Buenos Aires, Ed. Paidós, Cap. 1., Pag. 35-48
- ADEFAR PGR (1990), "*Panorámica de la Prevención de Uso Indebido de Drogas*"., Documento Interno, P.G.R.
- ADEFAR- PGR (1990), "*Factores Causales del Uso Indebido de Drogas*"., Documento Interno, P.G.R.
- ADEFAR- PGR (1990), "*México, Programa de Atención a farmacodependencia*", Cuaderno Informativo, P.G.R., Pag. 7-25.
- Andolfi M. (1985), "*Dimensiones de la Terapia Familiar*", Buenos Aires, Ed. Paidós, Cap. 4., Pag. 94-138
- Andolfi M. (1989), "*Terapia Familiar*"., México, Ed. Paidós, Cap.1, Pág. 18-35
- Atri R. (1987), "*Confiableidad y Validez del Cuestionario de Evaluación Familiar (EFF)*", México, Tesis, Universidad de las Américas
- Barrera M. I. y Chavez M.E. (1987), "*Taller sobre Prevención de la Farmacodependencia dirigida a Maestros*", México, Tesis, UNAM.
- Barroso R Romero V. (1988), "*Thiner, Inhalación y Consecuencias*", Instituto Nacional de Neurología. Ed. Fisal.
- Berenstein I. (1976), "*Familia y Enfermedad Mental*"., Buenos Aires, Ed. Paidós, Pag. 41-51.
- Castro M. E. y Cols. (1986), "*Epidemiología del Uso de Drogas en la Población Estudiantil, Tendencia en los Últimos 10 años*", *Revista de Salud Mental, México, Vol. No. 9, Pag. 1.*
- Castro M.E. (1990), "*Indicadores de Riesgo para el Consumo Problemático de Drogas en Jóvenes.*", *Salud Pública en México, Junio, Vol. XXXII, No. 3, Pag. 278-308*
- Castañón V. (1988), "*Problemática Actual de Familias con Mujeres Profesionistas*", *Memorias del Segundo Congreso Nacional de Terapia Familiar, México*
- Coleman V. (1988), "*Adictos y Adicciones*", México, Ed. Grijalbo, Pag. 17-106.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD (1990), "*La Educación en la Acción Contra el Abuso de Drogas*", Reunión Continental para la Programación e Implementación del Plan Interamericano, Quito Ecuador. Reporte.
- Cordeña D. y Vernet J. (1982), "*Aproximaciones Teóricas a la Familia del Farmacodependiente*". *Serie Técnica CIJ., México, Vol. II. Pag. 37-44*
- Estrada L.C. (1989), "*Ciclo Vital de la Familia*". México", Ed. Posada, Pag. 219-243.
- Fernández C. y Guerrero A. (1982), "*La Educación en la Familia como Medida Preventiva de la Farmacodependencia*". *Revista FD. Octubre, Año 1, No. 4, Pag. 23-25.*
- Fontaneto B. y Reyes del Olmo P. (1982), "*El Farmacodependiente un Estudio Descriptivo*"., *Revista FD. Octubre, Año 1, No. 4 Pag. 28-32.*
- García C. (1990), "*¿Qué son las Drogas Inhalables?*". México, Ed. Arbol.

- García S. (1990), "Padres Más Hijos Igual a Orientación Familiar". México, Ed. Limusa. Cap 17, Pags.105-109
- Guzman E. (1991) "Familia y Adicciones", *Revista de las Adicciones*, Enero-Febrero, Año 1, Pag. 11-14
- Hernández, Díaz, Wagner F. (1989), "Evaluación Cualitativa de Acciones de Atención Preventivas, Orientación Familiar Preventiva". Secretaría de Salud y Consejo Nacional Contra las Adicciones. México, Tomo 1, Vol. 3
- Kalina E. (1988), "Adolescencia y Drogadicción", Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, Pags. 11-23
- Levin J (1983), "Fundamentos de Estadística en Investigación Social"., México, Ed. Harla, Pag. 170-175.
- Llanes J. (1982), "Crisis Social y Drogas". México, Ed. Concepto.
- Llanes J. (1982), "Prevención de la Farmacodependencia". México, Ed. Concepto.
- Lloa T. (1990), "Doctor ¿Cómo Librarme de la Droga y el Narcotráfico?". México, Plaza y Valdés, Colección Super, Pag. 5
- Magguigan F. (1984). "Psicología Experimental", México, Ed. Trillas, Pag. 340-342.
- Magnusson D. (1977). "Teoría de los Tests", México, Ed. Trillas, Pag. 160, 254-257.
- Mala A. y Cols. (1985), "Perfil del Farmacodependiente un Estudio Descriptivo", INP-UNAM, Enseñanza e Investigación en Psicología, Vol. XI, No. 1y 2.
- Medina M. E. y Cols. (1991), "Medición del Uso de Drogas en Estudiantes de Educación Media y Media Superior del D.F. y Zonas Conurbadas", Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría. México, Pag. 183-187.
- Morales M. I. (1986), "Psicometría Aplicada", México, Ed. Trillas, Pag. 18-22.
- Nunnally J. (1987), "Teoría Psicométrica", México Ed. Trillas, Pag. 104-108, 208, 256, 266-271.
- Olvera N. (1982), "Desintegración Familiar", *Revista F.D. México*, Junio, Año 1, No. 3, Pag. 7-9.
- Penn P., "El Proceso del Cambio", Ed. Paidós, Cap. 2, Pag. 21-25.
- Reyes del Olmo P. (1983), "¿Y la Familia del Farmacodependiente?" *Revista F.D.*, México, Pag. 27-32.
- Reyes del Olmo P. (1983), "El Joven Farmacodependiente también sufrió las Consecuencias de su Enfermedad". *Revista F.D.*, México, Año 1, Vol. 111, No. 2, Pag. 6-10.
- Robert L. y Dupont Jr. M. D. , "Drogas de Entrada", México, (Primera Edición en Español), Pag. 32-37.
- Santlago R. (1977), "El Mexicano, Psicología de sus Motivaciones" Ed. Gijalbo, Pag. 129-138.
- Satir V. (1988), "Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar", México, Ed. Pax, Pag.1-4
- Secretaría de Justicia de los Estados Unidos (1989), "Drogas de Dependencia", Documento de Divulgación Pública de la Secretaría de Salud de los E.E.U.U.(Drug Enforcement Administration)
- CONADIC (1992)., "Las Drogas y sus Usuarios" S.S.A. Pags. 15-16, México
- Siegel S. (1986), "Estadística No Paramétrica Aplicada a las Ciencias de la Conducta"., México, Ed. Trillas, Pag. 86-91.

- Sistema Nacional de Encuestas de Salud SSA (1990), "*Encuesta Nacional de Adicciones*". México, Vol. 3, Pag. 18-20.
- Sodi M. (1981), "*La Familia como Causa de la Farmacodependencia*". Revista FD. México, Agosto, Año 1, No. 2, Pag. 13-14.
- Torres, S.A. y Cols (1982), "*Orientación a Familiares de Farmacodependientes, una Experiencia*". México, Ed. Serie Técnica CIJ. Vol. 111, Pag. 11-15.
- Velasco R. (1988), "*Información Básica para la Educación y la Comunicación Social en el Campo de la Farmacodependencia, Bases Escenciales de la Salud Pública*", Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcohollismo, México, Pag. 39
- Velazco F. (1981), "*Orientación Familiar en el Adolescente*". Revista FD., México, Mayo, Año 1, Pag. 11-13.