



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARÍA DE SALUD

**“COHESION Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS DE
ALCOHÓLICOS EN LA COMUNIDAD DE VENUSTIANO
CARRANZA, MACUSPANA, TABASCO”.**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ADY OCAÑA HERNÁNDEZ

ASESORES:

DR. BLADIMIR MORALES ARIAS

ASESOR CLÍNICO

ING. RICARDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ

ASESOR METODOLÓGICO



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.



SECRETARÍA DE SALUD

**“COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS DE
ALCOHÓLICOS EN LA COMUNIDAD DE VENUSTIANO
CARRANZA, MACUSPANA, TABASCO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ADY OCAÑA HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



SECRETARÍA DE SALUD

**“COHESION Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS DE ALCOHÓLICOS EN LA
COMUNIDAD DE VENUSTIANO CARRANZA, MACUSPANA, TABASCO”.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

DRA. ADY OCAÑA HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES.



DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO



Q.F.B. SERGIO LEÓN RAMÍREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO



DR. BLADIMIR MORALES ARIAS
PROFESOR TITULAR DE MEDICINA FAMILIAR



ING. RICARDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ
ASESOR METODOLÓGICO



DEDICATORIA

A la mujer que más amo, ya que desde que fui concebida, se dedicó a cuidarme y forjarme como una persona dedicada y perseverante, la cual es toda abnegación, lealtad, fuerza y valores morales.... **Mi Madre**

Al hombre que, aunque ya no está para enorgullecerse con mis triunfos, con sus sacrificios y ejemplos me supo guiar en el transcurso de mi vida... **Mi padre**

A todos mis **hermanos**, a los que quiero tanto, a mis **sobrinos** y todos los que forman parte de mi gran familia, que me han apoyado incondicionalmente durante toda esta parte de mi vida y han sido un gran soporte y aliciente para seguir superándome como persona.

Agradecimientos.

A Dios por haberme creado y dado la capacidad intelectual, física y anímica para terminar mi carrera así como para seguir superándome.

A los asesores por habernos apoyado con sus conocimientos teóricos y prácticos en el amplio campo de medicina familiar y por todo ese apoyo incondicional.

A todos los médicos de las distintas especialidades que compartieron sus conocimientos y supieron guiarnos y ponernos en el preámbulo del mismo.

A las autoridades de la secretaria de salud por el apoyo otorgado para la realización de esta especialidad.

Un especial agradecimiento a la UNAM por los conocimientos que hemos asimilado a través del programa académico establecido y las orientaciones otorgadas por medio de las supervisiones periódicas y efectivas que realizaron durante los tres años.

A todos mis compañeros de la especialidad, por esos momentos y experiencias compartidas y por haberme permitido conocerlos, muchas gracias.

COHESION Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS DE ALCOHÓLICOS EN LA COMUNIDAD DE VENUSTIANO CARRANZA, MACUSPANA, TABASCO.

Dra. Ady Ocaña Hernández.

Localidad rural Venustiano Carranza, Macuspana, Tabasco.

RESUMEN

Introducción: El alcoholismo constituye la más relevante toxicomanía universal, incluida entre las afecciones de etiología multifactorial e integrando el grupo de los más importantes problemas médicos sociales que enfrenta la humanidad. Entre los problemas asociados al abuso de bebidas alcohólicas se pueden citar: accidentes, conductas violentas, cirrosis hepática, conducta sexual riesgosa, síndrome alcohólico-fetal, trastornos mentales, así como problemas familiares tales como cambios de roles, violencia intrafamiliar y desintegración familiar

Justificación: Las consecuencias directas e indirectas del consumo de alcohol, en sus manifestaciones agudas o crónicas, son enormes; se extiende hasta incluir al núcleo familiar, alterando su funcionamiento, estas consideraciones nos hacen reflexionar sobre como repercute el alcoholismo en los lazos emocionales de la familia (cohesión) y que tanta capacidad tiene la familia de adaptarse a ésta situación (adaptabilidad), permitiéndonos conocer más a fondo el problema y brindar ayuda en aquellas familias que lo necesiten de manera oportuna.

Objetivos: Identificar la cohesión y adaptabilidad en familias con algún integrante alcohólico, asociando variables sociodemográficas y la frecuencia del consumo de alcohol en el mismo.

Métodos: Se incluyeron un total de 145 familias en cuyo interior existía al menos un integrante alcohólico de la ranchería Venustiano Carranza del municipio de Macuspana, Tabasco. Se aplicó la encuesta del Faces III a las amas de casa y se utilizó la ficha de identificación la cual fue aplicada al integrante alcohólico en su domicilio, con la finalidad de obtener los datos sociodemográficos y la frecuencia del consumo de alcohol.

Resultados: El 36.5% (53 familias) se encuentran en el extremo, con mayor riesgo de disfunción, encontrándose 47 familias rígidamente aglutinadas; así mismo el 33.1%, (48 familias) se encuentran en el rango medio, de las cuales 22 familias están estructuralmente aglutinadas y 13 familias rígidamente conectadas. La edad predominante del integrante alcohólico fue de 15 a 29 años, la frecuencia de consumo de alcohol fue de de 2 a 3 veces por semana, la escolaridad predominante fue cerca del 74 % secundaria completa seguido de la primaria incompleta.

Conclusiones: El alcoholismo sigue siendo uno de los problemas de adicción más frecuente y puede ser un factor de crisis en las familias del estudio realizado, dado que 101 familias (70%) de las 145 familias encuestadas, presentan riesgo de desarrollar disfuncionalidad, por lo que se debe priorizar la atención, orientación y manejo integral de la familia, con la red de apoyo del sector salud para mejorar la dinámica del núcleo familiar.

Palabras clave: Alcoholismo, Cohesión, Adaptabilidad, Modelo Circunflejo de Olson.

INDICE

1. Introducción.....	1
2. Marco teórico.....	3
3. Marco de referencia.....	10
4. Justificación.....	13
5. Planteamiento del problema.....	15
6. Objetivos.....	16
6.1 General.....	16
6.2 Específicos.....	16
7. Material y método.....	17
7.1 Tipo de estudio.....	17
7.2. Tipo de investigación y temporalidad.....	17
7.3. Características del estudio.....	17
7.4. Universo de estudio.....	17
7.5. Criterios de inclusión.....	17
7.6. Criterios de exclusión.....	17
7.7. Criterios de eliminación.....	17
7.8. Operacionalización de Variables.....	18
7.9. Plan de recolección de datos.....	19
7.10. Plan de tabulación y análisis.....	20
8.0. Aspectos éticos.....	20
9.0. Resultados.....	21
9.1. Aspectos socio demográficos.	21
9.2. Aspectos sobre frecuencia de consumo de alcohol.....	23
9.3. Aspectos de cohesión y adaptabilidad.	24
10. Discusión.....	26
11. Conclusión.....	28
12. Recomendaciones.....	29
13. Anexos.....	30
14. Bibliografía.....	34

1.- INTRODUCCIÓN

El alcoholismo es el problema de drogadicción más importante en el mundo entero por las complicaciones físicas, mentales y sociales que produce. Aunque el abuso del alcohol fue reconocido desde épocas pretéritas como un problema de índole social por su repercusión nociva sobre los colectivos humanos, la instauración de la categoría alcoholismo con la consiguiente inclusión de dicha toxicomanía en el ámbito médico, no ocurrió sino hasta 1849 en que el sueco Magnus Huss acuñó el término. ⁽¹⁾

El alcohol es la droga psicoactiva legal y social más antigua, su forma de consumo como conducta individual, familiar o cultural es influida por creencias, hábitos y significados atribuibles a sus efectos euforizantes, afrodisíacos, relajantes, inductores del sueño y antiansiolítico. Su consumo puede presentar consecuencias peligrosas directas e indirectas que afectan al individuo, familia o sociedad; así como la productividad, economía y las condiciones laborales. ⁽²⁾

En la actualidad, el alcoholismo constituye la más relevante toxicomanía universal, incluida entre las afecciones de etiología multifactorial e integrando el grupo de los más importantes problemas médicos sociales que enfrenta la humanidad. Hoy representa en muchos países el problema de salud de mayor significación socioeconómica. ⁽³⁾

Es una droga de fácil acceso, modifica el estado de ánimo generalmente utilizado para:

1. Adquirir confianza en sí mismo
2. Comunicar sentimientos, pensamientos y creencias
3. Sentirse bien y divertirse
4. Descansar y olvidar el estrés
5. Para escapar
6. Para ser parte de un grupo

Esconde detrás de su consumo la inseguridad en uno mismo, una baja autoestima y una personalidad antisocial. ⁽⁴⁾

Según Jellineck, el alcoholismo es todo uso de bebida alcohólica que cause daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad o a las dos. El concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que es un trastorno conductual crónico manifestado por repetidas ingestas de alcohol respecto a las normas dietéticas y de la sociedad y que acaban interfiriendo con la salud o las funciones

socioeconómicas del bebedor. La ingestión diaria de alcohol es superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre. ⁽⁵⁾

Se sabe que quien por su forma irrestricta de beber, se convierte en bebedor problema, de ahí que al desarrollar tolerancia hepática por el consumo del psicotrópico, el individuo aumenta sus dosis regular, cursa intoxicaciones frecuentes y posteriormente sufra cuadros de abstinencia, hasta llegar a la dependencia al etanol. La variedad de problemas que produce esta diseminada dependencia, que suele ser crónica y durar incluso muchos años en actividad, es extensa entre la población y según los indicadores continúa en aumento. ⁽⁶⁾

En nuestra investigación el enfoque es sistémico, por ello un concepto clave a tener en cuenta es el de familia alcohólica. Entendemos a esta familia como un sistema en el cual el alcoholismo crónico se ha convertido en un tema central de su existencia, insertándose en todos los aspectos de la vida familiar. Es frecuente que a corto plazo la familia no perciba el alcoholismo como una amenaza para su supervivencia. Pero a la larga el alcohol reduce la energía y los recursos de la familia. En la familia alcohólica se observa una rigidez en sus mecanismos reguladores, organizados para mantener una estabilidad a corto plazo, la homeostasis existe por la predicibilidad de conducta a expensas de poca flexibilidad y adaptabilidad. ⁽⁷⁾

2.- MARCO TEORICO

La Norma Oficial Mexicana entiende por alcoholismo, al síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico y bebida alcohólica, a aquella que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen. El abuso y la dependencia a las bebidas alcohólicas constituyen un grave problema de salud pública y tienen además, importantes consecuencias negativas que trascienden en el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad. Entre los problemas asociados al abuso de bebidas alcohólicas y alcoholismo se pueden citar: accidentes y conducta violenta, cirrosis hepática, conducta sexual riesgosa, síndrome alcohólico-fetal, trastornos mentales y de la conducta. ⁽⁸⁾

El Diagnostic and Statistical Manual de la American Psychiatric Association (DSM-IV) define al Síndrome de Dependencia al Alcohol o alcoholismo, como un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los siete síntomas siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia notable.
2. Síntoma de abstinencia y consumo para aliviar la abstinencia.
3. Uso en mayor cantidad o más tiempo de lo que pretendía el sujeto
4. Deseo persistente, o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso.
5. Uso de una gran parte del tiempo en obtener la sustancia o en recuperarse de sus efectos.
6. Reducción del repertorio conductual, abandono de actividades y placeres alternativos por el uso del alcohol
7. Uso continuado a pesar de estar consciente de tener problemas físicos y psicológicos relacionados con la bebida. ⁽⁹⁾

El paciente alcohólico se puede clasificar en:

1. Bebedor excepcional: bebe ocasionalmente en cantidad limitada (1 ó 2 tragos) y en situaciones muy especiales (menos de 5 veces al año).

2. Bebedor social: sujeto que bebe sin transgredir las normas sociales, el alcohol no le produce efectos biológicos y psicosociales nocivos y mantiene su libertad ante este.
3. Bebedor moderado: consume alcohol hasta 3 veces a la semana en cantidades menores que 1 botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación. Hasta menos de 12 estados de embriaguez ligera al año.
4. Bebedor abusivo sin dependencia: sobrepasa la cantidad anterior, ingiere más de 20 % de las calorías de la dieta en alcohol (bebedor problema).
5. Dependiente alcohólico sin complicaciones: se establece la dependencia física cuya manifestación clínica está dada por la aparición en períodos de abstinencia de temblores severos, nerviosidad, insomnio, cefalea y sudoración.
6. Dependiente alcohólico complicado: además de lo anterior presenta complicaciones psíquicas como el delirium tremens, la alucinosis alcohólica y la psicosis de Korsakov, aparecen complicaciones como polineuropatía, esteatosis hepática, cirrosis hepática, cardiomiopatías y gastritis.
7. Dependiente alcohólico complicado en fase final: es notable el deterioro físico, psíquico y su comportamiento social. Presentan severos cuadros de desnutrición, puede aparecer cáncer del sistema digestivo. ⁽¹⁰⁾

Los signos de intoxicación alcohólica incluyen somnolencia, disfunción psicomotora, desinhibición, disartria, ataxia y en casos graves, convulsiones, estado de choque, coma y muerte. Entre las complicaciones crónicas están síndromes cerebrales crónicos, degeneración cerebelosa, miocardiopatía y neuropatías periféricas. Los efectos directos en el hígado incluyen cirrosis, várices esofágicas e insuficiencia hepática. Los efectos indirectos incluyen anomalías proteicas, defectos en la coagulación, deficiencias hormonales y aumento en la incidencia de neoplasias hepáticas. ⁽¹¹⁾

Los problemas relacionados con el alcohol se encuentran entre los más apremiantes en América Latina y otras partes del mundo. El consumo de alcohol por encima de niveles permisibles se asocia no solo a cifras importantes de morbilidad y mortalidad y altos costos sociales, sino que además, tiene graves efectos adversos en las familias y la comunidad. El principal desencadenante del

alcoholismo está relacionado con el género, porque se acepta que el consumo frecuente y habitual de alcohol es una práctica masculina. Esta costumbre profundamente enraizada hace que se le dé al hombre permiso incondicional para que consuma tanto alcohol cuanto quiera, e incluso que se espere eso de él.⁽¹²⁾

Al consumo de alcohol irresponsable están asociados los accidentes de tránsito, la violencia familiar, los homicidios y suicidios, los incendios y las muertes por sumersión. Al mismo tiempo se conocen los efectos deletéreos que el consumo de estas bebidas ejercen sobre las familias, en particular sobre las mujeres, que desarrollan un conjunto de tareas, tanto dentro como fuera del hogar que intentan garantizar el equilibrio y el buen funcionamiento familiar.⁽¹³⁾

Se ha sugerido que resultan factores de riesgo de alcoholismo la soltería, los trastornos nerviosos, la subescolarización y sobre todo los conflictos matrimoniales y en las relaciones sociales. Se ha señalado entre las principales motivaciones del alcoholismo en este medio la influencia de amistades y familiares, ambiente festivo y problemas de la pareja o del entorno, sobre todo en la actividad laboral. Se atribuyen a la habituación alcohólica causas relacionadas con el estrés, que provocan alteraciones en la relación social, familiar y económica de los sujetos expuestos a este riesgo, asociado con trastornos de la personalidad, rechazo al medio, evasión de conflictos e inmadurez emocional.⁽¹⁴⁾

El primer signo de alarma del alcoholismo lo percibe la familia, por los desajustes que observa en el bebedor, empieza un cambio en el seno familiar, desacuerdo conyugal sin motivo aparente, malos tratos a los hijos y a la pareja, pérdida de amigos y de la estimación de todos, lo cual ocasiona que el bebedor, poco a poco se margine, no percibe los cambios por su enfermedad, insiste en que posee la misma capacidad de trabajo y de enfrentar los problemas familiares, pero ocasionalmente se producen deficiencias temporales de las funciones cerebrales y del control de sí mismo, que promueven agresividad y lo hace más vulnerable a los accidentes.⁽¹⁵⁾

Durante las últimas tres décadas, la creciente literatura clínica y de investigación sobre los aspectos familiares del alcoholismo ha puntualizado el importante papel de los factores familiares en el inicio y el curso clínico de este trastorno. La investigación sobre los aspectos familiares del alcoholismo y la aplicación de las técnicas de terapia familiar para su tratamiento han recibido gran atención. Hace treinta años los clínicos que trataban el alcoholismo no tenían en cuenta a la

familia, pero el cuadro actual es completamente diferente, ya que ahora los programas de tratamiento del alcoholismo dan importancia a la inclusión de los miembros de la familia. ⁽¹⁶⁾

La familia es la mayor fuerza formadora del ser humano, ya que en su seno se llevan a cabo los procesos de socialización que transforman al individuo en persona. Pensada como una unidad, la familia puede ser considerada un sistema en equilibrio dinámico. Es un hecho reconocido que las personas que rodean al adicto se afectan y se adaptan al ciclo adictivo, formando parte de la conducta enferma, aún de manera involuntaria. Dentro de las complicaciones y consecuencias familiares del alcoholismo se encuentran la desintegración de los hogares fundados por alcoholdependientes, la afectación del rendimiento escolar de los hijos como también todo su proceso de socialización y la conformación de su estructura de carácter tendiendo a la inseguridad y baja autoestima. ⁽¹⁷⁾

Frente a la diversidad de conflictos que aparecen en la relación familiar, en el análisis de las repercusiones del alcoholismo, cobra una gran importancia la distinción entre la familia de origen y la creada. En la familia de origen hay que tener en cuenta, la tendencia del alcohólico a atribuir su conducta al ambiente que le rodea y proyectar sus conflictos en las demás personas presentando una gran precocidad de habituación al consumo de bebidas alcohólicas. Dentro de la familia creada, los enfermos alcohólicos atribuyen mayoritariamente su hábito a las difíciles relaciones en su hogar. Sin embargo, esta afirmación corresponde a un falso estereotipo, ya que en escasas ocasiones, la esposa suele ser la causa de la adicción. ⁽¹⁸⁾

Muchos alcohólicos tienen antecedentes difíciles, como es el caso de familias disfuncionales, maltrato infantil, conducta antisocial en la infancia y adolescencia o bien situaciones presentes que son fuente de tensión como es el caso de trabajos pesados o frustrantes, mala relación con la pareja, pérdidas recientes de familiares o amigos. Estas circunstancias pueden empujar a un sujeto a refugiarse en la bebida. Se estima que el alcoholismo es un factor en hasta el 40% de todos los problemas llevados a los tribunales familiares, se sabe que es un factor principal en el divorcio y ha sido asociado con la desestabilización familiar. ⁽¹⁹⁾

Diversidad de autores han estudiado la dinámica familiar en el hogar del alcohólico y señalan su coincidencia con las llamadas "crisis familiares no transitorias o paranormativas" (divorcio, enfermedades crónicas o muerte en uno

o ambos padres, hostilidad excesiva, violencia doméstica, pérdida de la estimación hacia el bebedor, descuido de los hijos, situaciones judiciales, actos deshonorosos, malas relaciones interpersonales, entre otras).⁽²⁰⁾

Los familiares de alcohólicos tienden a percibir que el alcohol provoca la violencia. Los actos violentos que comete un esposo contra su esposa, sus hijos y los vecinos, se vinculan con el patrón de consumo de bebidas alcohólicas: a mayor consumo, mayor violencia.⁽²¹⁾

El alcohólico puede cambiar los papeles desempeñados por los miembros de la familia entre sí y en relación con el mundo exterior. El bebedor problemático puede dejar de desempeñar sus funciones en el hogar, con los hijos, en el ambiente laboral y social, y obliga a que sean asumidos por otro miembro de su familia, a menudo su cónyuge o hijo mayor. Actualmente se hace alusión al fenómeno de la codependencia, atribuido casi exclusivamente a las mujeres, el que se refiere a las maneras con las cuales las parejas compensan o cubren el comportamiento destructivo de sus compañeros bebedores, posiblemente facilitando que ellos sigan bebiendo.⁽²²⁾

Otras dinámicas influyentes en el consumo de sustancias son los grados de cohesión, adaptabilidad, fortalezas y unión familiares, y la felicidad marital de los padres. Desde la perspectiva de la estructura familiar, se ha reportado una tendencia a mayores consumos en los hijos de familias uniparentales y/o con padrastros. En un estudio realizado en Chile sobre las características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y/o marihuana, conformado por 12 hombres y 4 mujeres, con un rango de edad de 14 a 18 años, los resultados arrojaron la existencia de 9 familias desbalanceadas, 6 intermedias y 1 balanceada. De las desbalanceadas, 7 correspondieron a la combinación rígida-desligada y 2 a caótica-desligada. Las intermedias estuvieron constituidas por 3 rígidas-algo cohesionadas, 2 caóticas-algo cohesionadas y 1 rígida-muy cohesionada, reflejando alteraciones en el núcleo familiar.⁽²³⁾

La familia del paciente alcohólico es aquella que ha permitido que la enfermedad del alcoholismo afecte en su funcionamiento al sistema familiar, los convivientes con enfermos adoptan inconscientemente patrones de conductas similar a la de él, por lo tanto son personas aisladas, negadoras y justificadoras de su conducta, y tiene problemas tanto emocionales como conductuales. Uno de los principales problemas o riesgos que enfrenta la familia con un miembro alcohólico es que la

enfermedad se convierte en la parte central de la identidad familiar. Su comunicación es deshonesta, porque tratan de ocultar la verdad de su dolor; sus vínculos son muy débiles, y el que tiene la pareja necesita de triangulaciones para estabilizarse, ya sea con uno de los hijos o con el padre de alguno de ellos. ⁽²⁴⁾

La conducta global de la familia en términos generales es caótica e impredecible, con un ambiente marcadamente estresante y rígido, con periodos de violencia de diferentes grados en los diferentes subsistemas. La familia hace sus reglas muy rígidas para mantener a sus miembros unidos y tiene problemas con los límites, las funciones de la familia se ven afectadas, sobre todo la de cuidado, ya que puede existir abandono físico, con trastornos de horario, contenido y calidad de la alimentación, así como abandono emocional. ⁽²⁴⁾

El Faces III es la escala desarrollada para explorar la *cohesión* y la *adaptabilidad* familiar. El Modelo Circunflejo fue desarrollado por Olson y col. en un intento de relacionar la clínica, la teoría y la práctica; facilita la tarea de ubicar familias dentro de 16 tipos específicos o de tres tipos más generales: *balanceada*, de *rango medio* o *extrema*. El grupo de Olson llegó a la conclusión que existían tres dimensiones en la conducta familiar: la *cohesión*, la *adaptabilidad* (cambio) y la *comunicación*. ⁽²⁵⁾

La *cohesión familiar* evalúa el grado por el cual los miembros están *conectados* o *separados* del resto de la familia. Esta dimensión se define por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro. Se usan los *conceptos específicos* para diagnosticar y medir la dimensión de la cohesión. Estos son: la unión emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación. Hay cuatro niveles de cohesión familiar, escalonados desde el extremo de la baja cohesión hasta el de alta: *desligada*, *separada*, *conectada*, y *aglutinada*. Los dos niveles moderados o balanceados de la cohesión han sido denominados *separados* y *conectados*. ⁽²⁵⁾

La adaptabilidad es la capacidad de un sistema familiar de cambiar en su estructura de poder, roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. Los cuatro niveles de adaptabilidad que se describen son: rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada), flexible (moderada a alta) y caótica (muy alta). Los niveles centrales de adaptabilidad (estructurada y flexible) son más favorables para el funcionamiento del matrimonio y la familia. ⁽²⁶⁾

La comunicación familiar es el tercer concepto, considerándose una dimensión facilitadora. Las habilidades para la comunicación positiva descritas son: empatía, escucha reflexiva, comentarios de apoyo, etc. Hacen posible que las parejas y familias compartan sus necesidades y preferencias, en tanto se relacionen con la cohesión y la adaptabilidad. Las habilidades negativas son: doble vínculo, doble mensaje y críticas. ⁽²⁶⁾

El FACES III en español (México) contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares y es un proceso de medición fiable y válido, y apoya al médico de familia a cumplir con una de sus funciones sustanciales: el estudio de la unidad familiar. ⁽²⁷⁾

En un estudio realizado en Cuba sobre la caracterización psicosocial de pacientes alcohólicos en atención primaria en el 2004, revela que del total de 116 pacientes estudiados, el 41.3% tiene entre 31 a 45 años, siguiéndole el de 15 a 30 años para un 31.2%. Hay un predominio del sexo masculino (83.6%). Entre los niveles de escolaridad, la Secundaria Básica, fue el más elevado (36.4%), siguiéndole el técnico medio con un 30.2%. En cuanto a la ocupación el 52.6% están vinculados a centros laborales y 21.6% que se dedican a la realización de distintos oficios por cuenta propia, es decir son mecánicos, albañiles, etc. En su estado civil los divorciados y solteros representan los por cientos más elevados con el 34.5% y 33.6% respectivamente, lo que denota que generalmente la pérdida de pareja se relaciona con frecuencia a la ingestión de bebidas alcohólicas; un 28.5% permanecen acompañados por sus parejas. Según la frecuencia de ingestión, el 44.3 % de los hombres lo hace diariamente y un 29.8% lo hace los fines de semana. De los 116 casos estudiados 2.5% tienen familia funcional, 15.5% son familias moderadamente funcional, 71.7% pertenecen a familias disfuncionales, y el 10.3% se clasificaron como familias severamente disfuncionales, por lo que casi la totalidad de estas familias tienen dificultades en su dinámica funcional, la funcionalidad fue valorada por el test de percepción de funcionamiento familiar (FF-SIL). ⁽²⁸⁾

3.- Marco de referencia

3.1.- Situación internacional

El alcohol es la droga psicoactiva de consumo más extendido en España. En 2003 El Programa de Encuestas Domiciliarias sobre Abuso de Drogas en España (EDADES) señaló que en los 12 meses previos a la encuesta, un 48,2% de la población de 15-64 años había tomado semanalmente bebidas alcohólicas y un 21,2% se había emborrachado. Por otra parte, en los 30 días previos, un 14,1% había consumido diariamente bebidas alcohólicas y un 5,3% había sido “bebedor de riesgo”, incluyendo como tal a los hombres con un consumo de 50 cc de alcohol puro/día o más y a las mujeres con 30 cc/día o más. El consumo está bastante más extendido durante los fines de semana que durante los días laborables, sobre todo entre la población menor de 34 años.⁽²⁹⁾

El “Sexto Estudio Nacional de Consumo de Drogas en la Población Escolar de Chile” que CONACE (Consejo Nacional de Control de Estupefacientes) realizó en el año 2005, muestra que tal y como ocurre en el resto de países que realizan investigación sobre uso de drogas, el alcohol es la droga de mayor consumo entre los escolares de Chile. La prevalencia de consumo en el último mes de alcohol llega al 44% (muestra un alza significativa en relación con Estudio 2003 que fue de 39%). en este estudio la tasa de dependencia al alcohol en el grupo de 19 a 25 años, es del 27,3% de los hombres y el 10,1% de las mujeres que lo consumen.⁽³⁰⁾

3.2.- Latinoamérica

Según el Informe Mundial de la Salud 2002, el alcohol causa el 4% de la carga de morbilidad, lo cual representa 58.3 millones de años de vida ajustados a la discapacidad y el 3.2% (1.8 millones) de todas las muertes del mundo. De entre los 26 factores de riesgo evaluados por la OMS, el alcohol fue el quinto factor de riesgo más importante en lo que respecta a muertes prematuras y discapacidades en el mundo. En el año 2000, el alcohol fue el factor de riesgo más importante para la salud en las Américas en los países de ingresos medios y bajos, (incluyendo Brasil, México y la mayoría de los países latinoamericanos), y el segundo en los países desarrollados, como EE.UU. y Canadá. Se estima que en el año 2002, el alcohol causó la muerte de una persona cada dos minutos en la Región de las Américas (una interpretación de 323,000 muertes en el 2002). Se

estima que un 5.4% de todas las muertes en las Américas en el 2002 fueron atribuibles al alcohol, en comparación con la cifra mundial de 3.7%, es decir, 68% más que el promedio mundial.⁽³¹⁾

3.3.- México

Existen en el país poco más de 32.3 millones de personas que consumen bebidas con alcohol. El consumo es más frecuente entre los 18 y 49 años y desciende después de los 50 años. En la población rural el índice de mayor consumo se ubica entre los 40 y 49 años, El consumo de grandes cantidades es muy frecuente, siendo el patrón característico de hombres rurales y urbanos (47% y 45% de la población entre 18 y 65 años que vive en estas localidades). Una proporción importante de la población reporta haber presentado problemas asociados con su forma de beber, 3.4% de la población de 12 a 65 años reportó haber tenido discusiones o peleas familiares, 2.2% problemas con las autoridades de tránsito y 0.8% reporta haber sido arrestado por haber conducido después de tomarse algunas copas. 652,603 hombres y 14 703 mujeres tienen dependencia severa y requieren de tratamiento especializado; 19'426,97 hombres y 231,300 mujeres tienen dependencia moderada o leve o problemas con el manejo del alcohol y pueden beneficiarse con programas de intervención breve; 15 millones requieren acceso a programas de prevención que incluyan desarrollo de habilidades que les permitan mantenerse con niveles de bajo riesgo de consumo.

⁽³²⁾

Información proveniente de centros de tratamiento no gubernamentales (ONG's) que participan en el SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones) revela que en el año 2006 se reportaron un total de 60,631 tratamientos otorgados en estos centros en 31 entidades federativas del país, excepto el Distrito Federal. La droga de mayor impacto fue el alcohol con un 27.2% (16,475 pacientes), al entrevistarlos ellos manifestaron que este tipo de droga es con la que tienen mayores problemas por lo que acudieron a solicitar tratamiento. Las características socio-demográficas de los 16,475 pacientes con problemas de adicción al alcohol muestran que el 91.9% son hombres, el grupo de edad de la mayoría de los consumidores de esta droga fue de mayor de 35 años con un 59.3%; el nivel de escolaridad es primaria y secundaria con el 39.0% y 26.9% respectivamente, el 37.0% de los consumidores de alcohol manifestaron ser solteros, la mayoría de ellos tienen un trabajo ocasional (31.1%) y tienen un

trabajo fijo el 29.9%. El patrón de consumo de los adictos a alcohol se caracteriza porque el 61.5 % la consumen a diario, el 76.3% de los usuarios de alcohol comenzaron el consumo de drogas entre los 10 y 19 años, la droga con la que iniciaron fue el mismo alcohol en un el 82.4% de los casos, seguida por el tabaco en un 9.9%. ⁽³³⁾

3.4.- Tabasco.

De acuerdo a los registros de la Dirección de Salud Psicosocial de la secretaria de salud del estado, se reportan en el 2007, un total de 927 registros de personas alcohólicas por cada 10, 000 habitantes, de los cuales 704 son hombres y 223 mujeres. En la distribución por municipios, el Centro ocupa el primer lugar con 225 hombres alcohólicos y 67 mujeres, seguido de Cárdenas con 87 hombres y 9 mujeres, el tercer lugar lo ocupa Paraíso con 54 hombres y 8 mujeres. Macuspana ocupa el cuarto lugar con reporte de 46 hombres y 24 mujeres. ⁽³⁴⁾

De acuerdo a la distribución por edades del total de los 927, se ve el mayor numero de casos en las edades de 20 a 49 años, con un total de hombres de 496 y 152 mujeres, seguida de los adolescentes de 10 a 19 años con un total de 82 hombres y 53 mujeres, en la edad de 50 a 59 años se reportan 38 hombres y 9 mujeres. En el grupo de mayores de 60 años hay 17 hombres y 1 mujer, los 79 restantes no se registraron las edades. ⁽³⁴⁾

La encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 en Tabasco, indica que en el 2000 el consumo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes se calculó alrededor de 11.3%. El consumo de alcohol es mayor en los hombres (16.3%) en comparación con las mujeres (6.2%). ⁽³⁵⁾

4.- JUSTIFICACIÓN

El alcoholismo es aceptado universalmente como uno de los principales problemas de la salud pública y representa una grave amenaza al bienestar y a la vida de la humanidad. En la lucha contra esta adicción las instituciones estatales de salud, entre otras, y la población en general, cumplen una importante función para prevenir y controlar esta enfermedad. Por su importancia se consideró útil realizar una puesta al día sobre este tema para conocer las tendencias más actuales.

Las consecuencias del abuso del alcohol son serias en muchos casos, de amenaza o peligro a la vida. Las personas que beben alcohol pueden aumentar el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer, especialmente del hígado, el esófago, la garganta, y la laringe, al igual que cirrosis del hígado, problemas en el sistema de inmunidad, daño cerebral, y hasta dañar el feto durante el embarazo.

El beber alcohol aumenta los riesgos de muertes por accidentes automovilísticos, accidentes durante actividades recreativas, accidentes en el trabajo, y la probabilidad de que ocurran homicidios y suicidios. En términos de vida humana, el costo es incalculable.

En México, la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, reporta que existe 32 millones 315 mil 760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol. En los varones que habitan áreas urbanas, el mayor índice de consumo se observa en el grupo ubicado entre los 30 y 39 años, y en las áreas rurales entre los 40 y 49 años.

En el Estado de Tabasco existe poca información sobre estudios del consumo de Alcohol, específicamente en el municipio de Macuspana la información es casi nula o no coincide con lo observado, ya que existen pocos datos sobre el consumo de alcohol en la población.

El problema del alcoholismo en la comunidad de Venustiano Carranza del municipio de Macuspana va en aumento cada día, de acuerdo al censo de población se tiene que de las 291 familias que forman esta comunidad, aproximadamente el 50 % tiene al menos un integrante alcohólico.

Las consecuencias directas e indirectas del consumo de alcohol, en sus manifestaciones agudas o crónicas, son enormes; se extiende hasta incluir al núcleo familiar, las redes sociales y el área laboral y profesional donde el individuo se desenvuelve.

Se hace necesario que para conocer al paciente alcohólico nos adentremos en su mundo familiar ya que la familia cumple funciones trascendentales para la sociedad como la reproductiva, económica y educativa. Cuando el grupo familiar en su convivencia pierde la capacidad funcional o no logra establecerla se suscita la disfuncionalidad, responsable de tantas afectaciones de salud de diferentes magnitudes en cualquier período de la vida; influye en la aparición de enfermedades crónicas, en la descompensación de las mismas, en casi todas las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo.

Por lo que se hace necesario realizar un estudio que permita identificar a las familias alcohólicas en cuanto a su cohesión y adaptabilidad, así como proponer alternativas que permitan disminuir esta problemática, ya que en el área de salud de la comunidad se presentan más casos de afectaciones psicológicas y de estrés que afectan la salud de las personas que conviven con un alcohólico, sobre todo del sexo femenino donde es más notoria la sintomatología.

Las consideraciones antes expuestas nos hacen reflexionar sobre como repercute el alcoholismo en los lazos emocionales de la familia y que tanta capacidad tiene la familia de adaptarse a ésta situación, permitiéndonos conocer más a fondo el problema y brindar ayuda en aquellas familias que lo necesiten de manera oportuna. El contar con un estudio de esta magnitud será de gran apoyo para quienes más adelante se interesen en realizar estudios sobre el alcoholismo en el municipio o en el Estado, ya que tendrán un punto muy importante para partir.

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El alcoholismo es un problema de salud en todo el mundo, el Estado de Tabasco y el municipio de Macuspana no se escapan de esta problemática, en las comunidades del mismo como es Venustiano Carranza se ha detectado un aumento considerable en los servicios de salud, esto de acuerdo a los reportes de salud que se generan con las consultas médicas que se brindan a la población.

Sabemos que son muchos los factores de riesgo en el alcoholismo, por lo general hay permisividad en el seno familiar, problemas de comunicación (falta o comunicación disfuncional por ejemplo: maltratos, insultos, dominio), pobres estilos disciplinarios, rechazo parental, abuso físico y sexual, hogares desintegrados, así como la falta de adecuada supervisión familiar.

En la comunidad de Venustiano Carranza del municipio de Macuspana, Tabasco, se ha detectado una alta prevalencia de esta enfermedad por lo que nos despierta el interés de saber más acerca del problema del alcoholismo y su repercusión en el ámbito familiar y la manera de responder ante este problema, por lo que surge el siguiente planteamiento:

¿Cuál es la cohesión y adaptabilidad en las familias con integrante alcohólico de la ranhería Venustiano Carranza, Macuspana, Tabasco?

6.- OBJETIVOS

6.1.- GENERAL:

- Determinar la Cohesión y adaptabilidad en familias de alcohólicos en la comunidad de Venustiano Carranza, Macuspana, Tabasco.

6.2.- ESPECIFICOS:

- Identificar el nivel de cohesión y adaptabilidad en las familias de alcohólicos de la ranchería de Venustiano Carranza, Macuspana, Tabasco.
- Describir los factores sociodemográficos de los pacientes alcohólicos de la ranchería de Venustiano Carranza, Macuspana, Tabasco.
- Caracterizar la frecuencia de consumo de alcohol en el integrante alcohólico en la ranchería de Venustiano Carranza, municipio de Macuspana Tabasco.

7.- MATERIAL Y METODO.

7.1.- Tipo de estudio:

El estudio fue de tipo observacional, descriptivo y transversal.

7.2. Tipo de investigación y temporalidad:

Correspondió a un estudio de tipo prospectivo realizado en la comunidad de Venustiano Carranza, Macuspana, Tabasco, durante el periodo comprendido de mayo de 2006 a julio del 2008.

7.3.- Características del estudio:

La característica del estudio es de tipo descriptiva.

7.4.- Universo de estudio:

Se incluyeron el total de 145 familias en cuyo interior existía al menos un integrante alcohólico de la ranchería Venustiano Carranza del municipio de Macuspana, Tabasco.

7.5.- Criterios de inclusión:

Todas las familias que tuvieran algún integrante alcohólico en su familia y pertenezcan a la comunidad de Venustiano Carranza del municipio de Macuspana, Tabasco.

7.6.-Criterios de exclusión:

Alcohólicos que vivan solos.

Alcohólicos que tengan una patología psiquiátrica agregada

7.7.- Criterios de eliminación

Familias de alcohólicos que emigraron.

Amas de casas con integrante alcohólico que no proporcionaron información completa.

Familias que no desearon participar en el estudio.

Alcohólicos que no proporcionaron información completa

7.8.- Operacionalización de Variables:

Variable	Definición	Tipo	Escala	Indicador
Edad	Años de vida desde el Nacimiento	Cuantitativa	Continua	1. 15-19 2. 20-24 3. 25-29 4. 30-34 5. 35-39 6. 40-44 7. 45-49 8. 50-54 9. 55-59
Estado civil	Situación civil en la que se encuentra una persona ante la sociedad.	Cualitativa	Nominal	1. Casado 2. Unión libre 3. Divorciado 4. Soltero
Escolaridad	Ultimo grado académico cursado	Cualitativa	ordinal	1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta. 5. Secundaria completa 6. Preparatoria incompleta. 7. Preparatoria completa 8. Licenciatura
Religión	Grupo religioso con el que se identifica y simpatiza la encuestada	cualitativa	Nominal	1. Católica 2. Evangélica 3. Adventista 4. Otra
Ocupación	Actividad principal a la que se dedica	cualitativa	Nominal	1. Desempleado 2. Campesino 3. Ganadero 4. Obrero. 5. Comerciante 6. Profesionista. 7. Otro

Variable	Definición	Tipo	Escala	Indicador
Frecuencia de ingesta de alcohol	Número de veces de ingesta de alcohol en un determinado tiempo.	Cuantitativa	ordinal	1. Una vez o menos por semana 2. Dos a tres veces por semana 3. Tres a cuatro veces por semana 4. Cuatro o más veces por semana
Cohesión	Son los lazos emocionales que los miembros de la familia tiene unos con otros y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar.	Cualitativa	Ordinal	1. Desligada 2. Separada 3. Conectada 4. Aglutinado
Adaptabilidad	Habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, roles y sus reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de adaptación.	Cualitativa	Ordinal	1. Rígida 2. Estructurada 3. Flexible 4. Caótica

7.9.- Plan de recolección de datos

Para el presente estudio se aplicó la encuesta del Faces III a las amas de casa, para valorar los lazos emocionales y la capacidad de cambio de la estructura familiar cuando se tiene a un miembro alcohólico, la cual estaba integrada por 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares. (Anexo 1).

Asimismo, se utilizó la ficha de identificación la cual fue aplicada al integrante alcohólico en su domicilio, con la finalidad de obtener los datos sociodemográficos y la frecuencia del consumo de alcohol. (Anexo 2).

7.10.- Plan de tabulación y análisis

Los datos fueron recolectados y analizados en una base de datos del programa Excel, asimismo se utilizaron estadísticas de frecuencia, porcentajes, modelo circunflejo de Olson para la interpretación de los resultados, los cuales fueron representados en tablas de distribución de frecuencia y gráfica de barras.

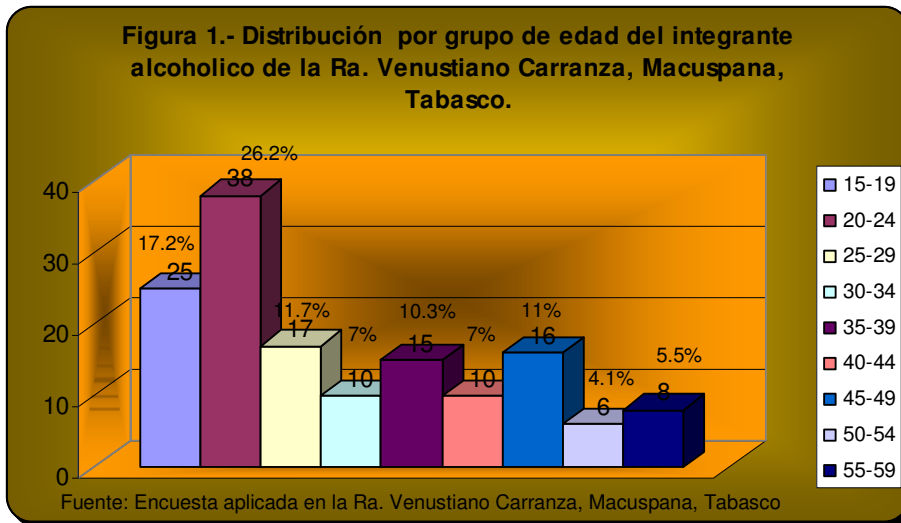
8.- ASPECTOS ÉTICOS

Se realizó de acuerdo a la ley general de salud en materia de investigación, con apego a lo establecido en el artículo 13 fracción V, en donde se respetó la dignidad y el bienestar de los participantes, conservando su anonimato y la libertad de elegir si participaban en el estudio, para lo cual se le solicitó al usuario bajo un formato de consentimiento informado, la autorización para su participación en el estudio (Anexo 3).

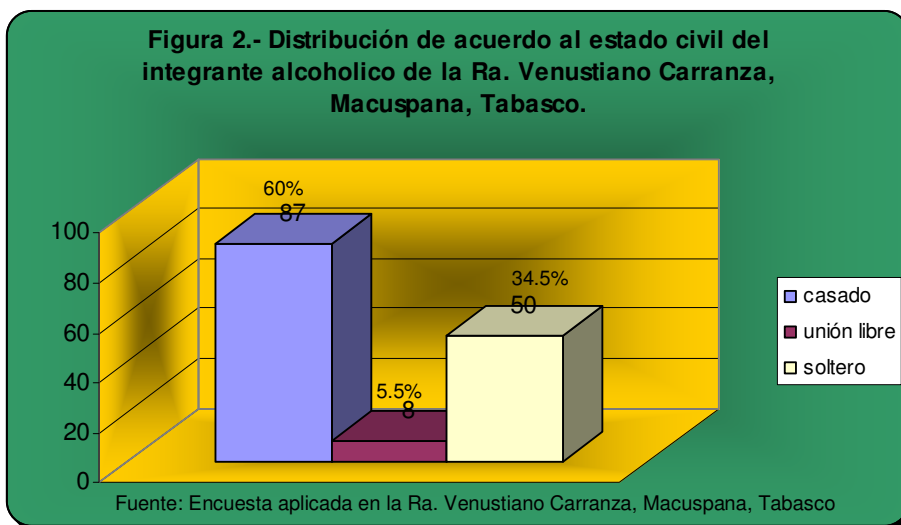
9.- RESULTADOS

9.1. Aspectos sociodemográficos

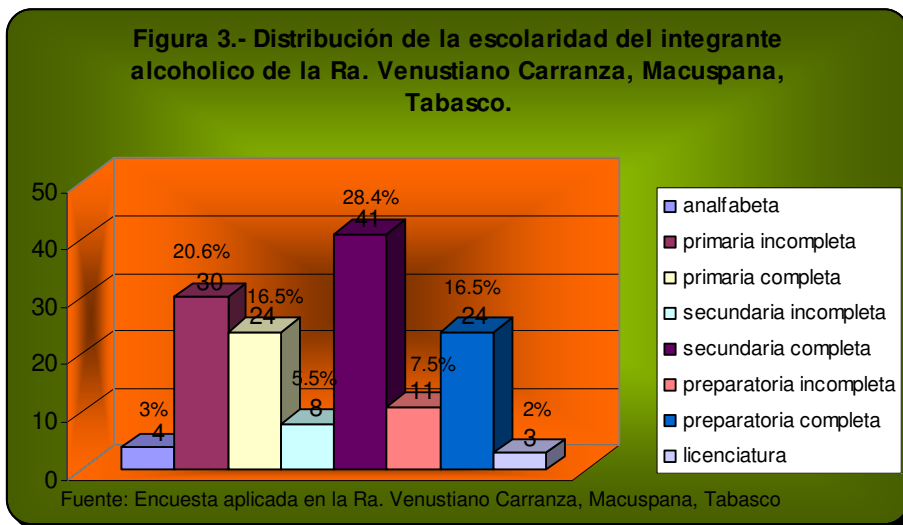
De los 145 alcohólicos que integraron el estudio, se encontró que 38 de ellos tienen entre 20 y 24 años de edad, que corresponde al 26.2%; 25 tienen entre 15 y 19 años de edad, representando el 17.2%; 17 (11.7%) pertenecen al rango de edad de 25 a 29 años; 16 de ellos son de 45 a 49 años de edad (11%) y 15 (10.3%) de 35 y 39 años. En el rango de 30 a 34 años de edad hay 10 alcohólicos (7%) y 10 más (7%) tienen entre 40 a 44 años de edad; 8 (5.5%) se encuentran entre los 55 a 59 años y 6 (4.1%) entre 50 y 54 años de edad. (Fig. 1)



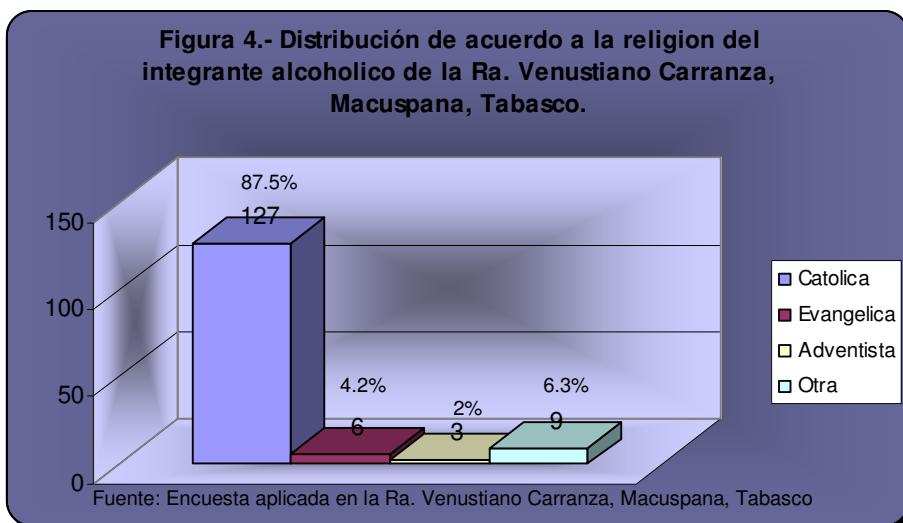
En cuanto a la distribución del estado civil de los 145 alcohólicos, 87 de ellos son casados, representando el 60% del total; 50 (34.5%) están solteros y 8 se encuentran en unión libre. (Fig. 2)



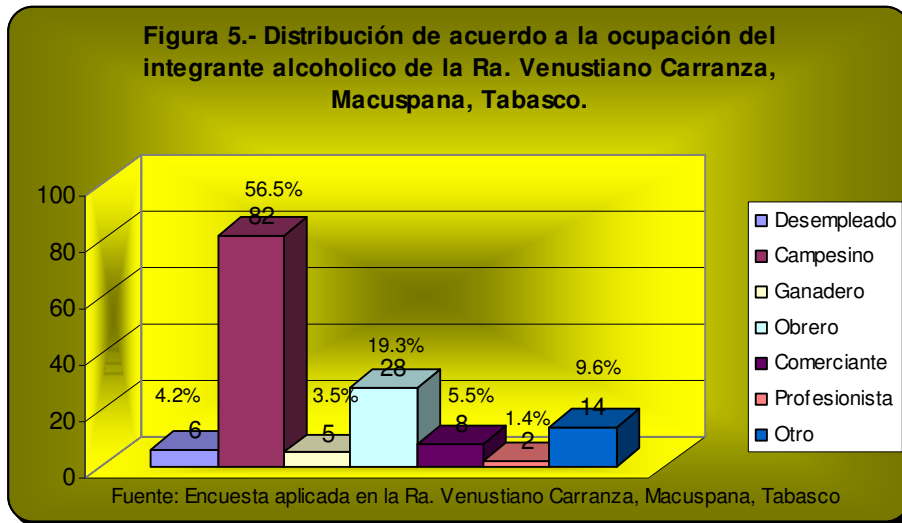
Conforme a la escolaridad de los integrantes alcohólicos, se encontró en el estudio que el 28.4%, equivalente a 41 de los 145 tienen secundaria completa, 30 de ellos tiene primaria incompleta representando el 20.6%; 24 (16.5%) completaron la primaria y otro 16.5% la preparatoria; 11 (7.5%) no completaron la preparatoria y 8 (5.5%) de ellos tampoco completaron la primaria. Un 3% (4 alcohólicos) son analfabetas y 3 (2%) tiene licenciatura. (Fig. 3)



En la variable de la religión se encontró que 127 de los integrantes alcohólicos pertenecen a la religión católica lo que representa el 87.5% del total de las 145 personas encuestadas; 9 (6.3%) pertenecen a otra religión; 6 (4.2%) son evangélicos y 3(2%) adventistas. (Fig. 4)

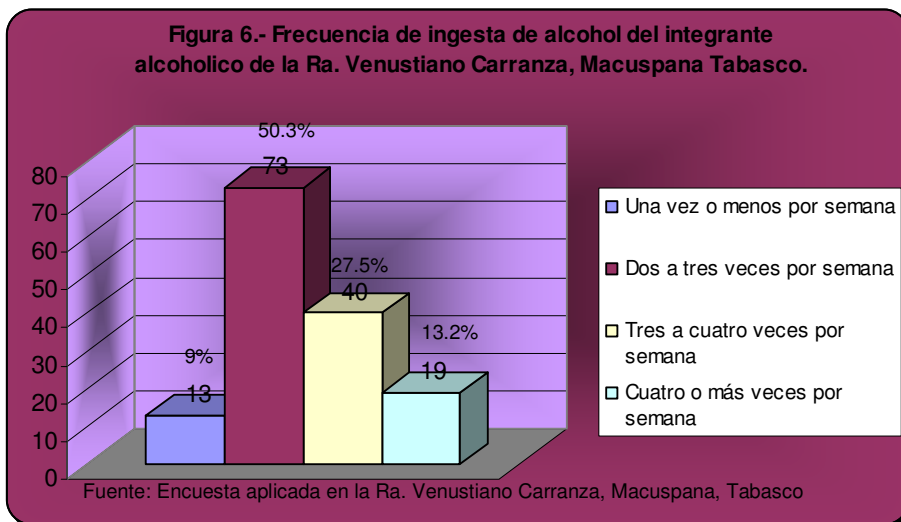


En cuanto a la ocupación, se observó que 82 de los 145 alcohólicos estudiados son campesinos, representando el 56.5%; seguido de 28 obreros con un 19.3%. Un 9.6% (14 alcohólicos) se dedican a otros oficios como la pesca o artesanías; 8 (5.5%) son comerciantes, 6 (4.2%) están desempleados, 5 (3.5%) se dedican a la ganadería y 2 (1.4%) tiene una profesión. (Fig. 5)



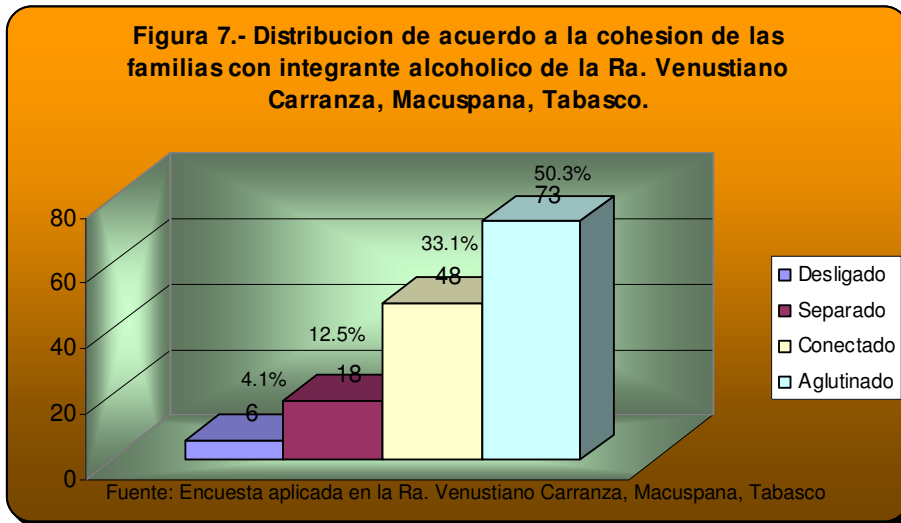
9.2. Aspectos sobre frecuencia de consumo de alcohol

Con respecto a la frecuencia del consumo de alcohol, el 50.3% toma de dos a tres veces por semana, esto equivale a 73 de los 145 alcohólicos que integraron el estudio. Un 27.5% (40 de los integrantes) ingiere alcohol tres o cuatro veces por semana, 19 de ellos (13.2%) toma cuatro o mas veces por semana y 13 (9%) toma una vez o menos por semana. (Fig. 6)

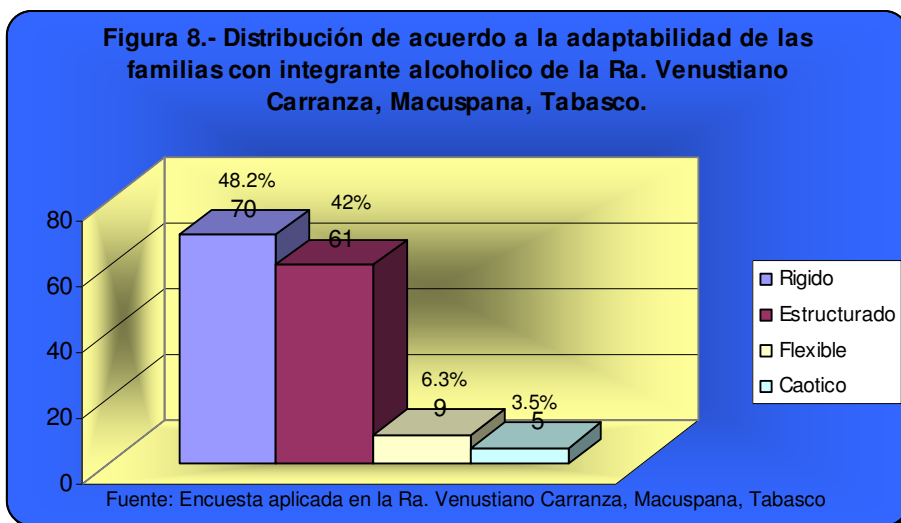


9.3. Aspectos de cohesión y adaptabilidad familiar.

De acuerdo a los resultados obtenidos, de las 145 familias que integraron el estudio y que cuentan en su interior con algún integrante alcohólico, se pudo apreciar que de acuerdo a la cohesión familiar el 50.3 % tiene una familia aglutinada, el 33.1 % están conectados, el 12.5 % corresponde a una familia separada, y un 4.1 % tiene una familia de tipo desligada. (Fig. 7)

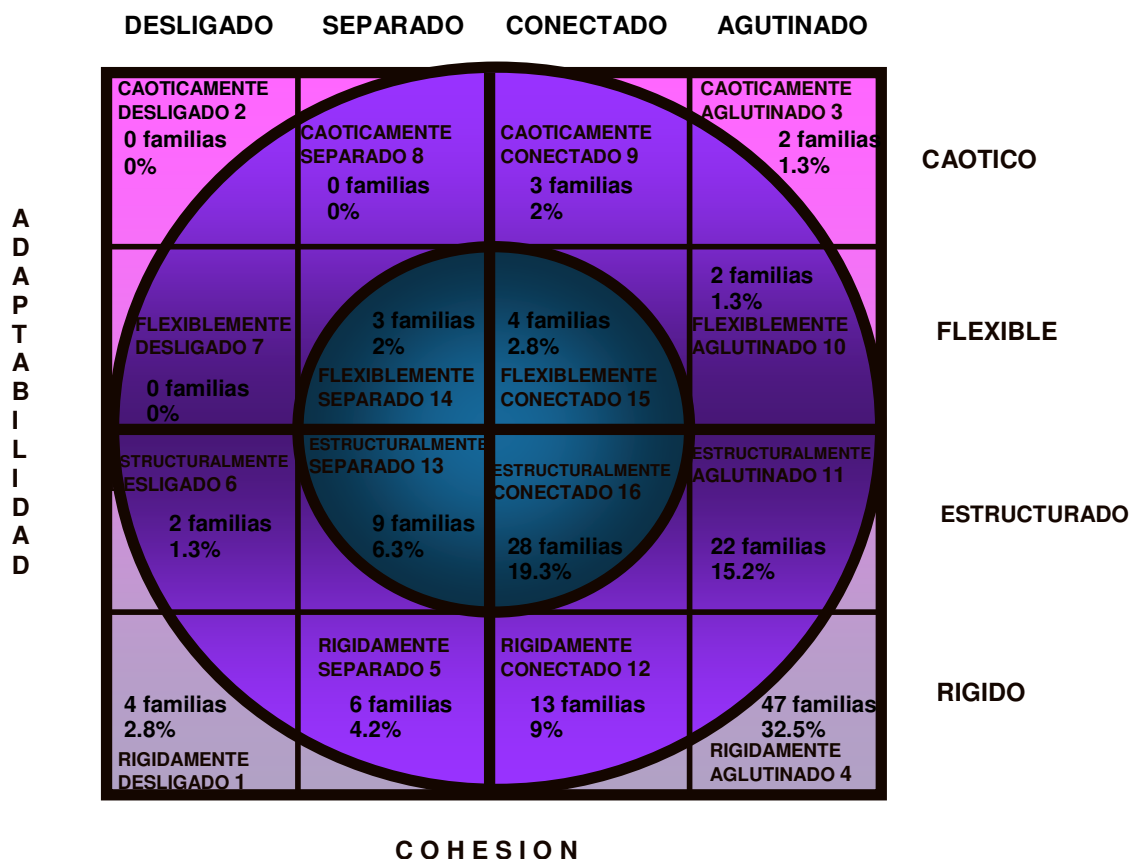


En los resultados de la adaptabilidad de las mismas 145 familias, el 48.2% (70 familias) son rígidas, el 42% (61 familias) están estructuradas, el 6.3% (9 familias) son de tipo flexible y un 3.5% (5 familias) son caóticas. (Fig. 8)



Empleando el modelo circunflejo de Olson podemos apreciar que el 36.6% del total de familias, que equivalen a 53 de las 145 familias se encuentran severamente disfuncionales, encontrándose 47 familias (32.5%) rígidamente aglutinadas, 4 familias (2.8%) están rígidamente desligadas y 2 familias (1.3%) caóticamente aglutinadas. El 33%, (48 familias), se encuentran moderadamente disfuncionales, de las cuales 22 de ellas (15.2%) están estructuralmente aglutinadas, 13 familias (9%) se encuentran rígidamente conectadas, 6 (4.2%) de las familias están rígidamente separadas, 3 familias (2%) son caóticamente conectadas, 2 de ellas (1.3%) están flexiblemente conectadas y otras 2 (1.3%) estructuralmente desligadas. El 30.4% (44 familias) están balanceadas o funcionales, de las cuales 28 familias (19.3%) se encuentran estructuralmente conectadas, 9 (6.3%) están estructuralmente separadas, 4 (2.8%) son flexiblemente conectadas, 9 (6.3%) están estructuralmente separadas, 4 (2.8%) son flexiblemente conectadas y 3 familias (2%) están flexiblemente separadas. (Fig. 9)

Figura 9. Modelo circunflejo de Olson



Fuente: Encuesta aplicada en la Ra. Venustiano Carranza, Macuspana, Tabasco

10.- DISCUSIÓN

Dorta Guridi Z. en el 2004, en un estudio realizado a pacientes alcohólicos en Cuba, encontró que de 116 pacientes estudiados, el 41.3% tiene entre 31 a 45 años, siguiéndole el de 15 a 30 años para un 31.2%, con predominio del sexo masculino (83.6%). En su estado civil los divorciados y solteros representan los porcentajes más elevados con el 34.5% y 33.6% respectivamente. Según la frecuencia de ingestión, el 44.3 % de los hombres lo hace diariamente y un 29.8% lo hace los fines de semana. ⁽²⁸⁾

Los resultados del presente estudio fueron similares, ya que en este estudio el total de los alcohólicos son del sexo masculino, sin embargo las edades más frecuentes fueron de 20 a 24 años y de 15 a 19 años con un 26.2 % y un 17.2% respectivamente. Con respecto al estado civil en nuestro estudio 60% son casados y un 34.5% son solteros. Asimismo en la escolaridad, predominó el nivel de secundaria básica con un 28.4% que representa 41 de los integrantes del estudio, comparado con el 36.4 % de los cubanos.

Con respecto a la variable religión, predominó la católica con un 87.5%, que representa a 127 de los 145 alcohólicos que integraron el estudio.

La frecuencia de ingesta de alcohol reportó un 50.3% (73 alcohólicos) en consumo de 2 a 3 veces por semana, y 40 de ellos representando el 27.5% lo hacen tres a cuatro veces por semana.

En el "Sexto Estudio Nacional de Consumo de Drogas en la Población Escolar de Chile" que CONACE realizó en el año 2005, muestra que la tasa de dependencia al alcohol en el grupo de 19 a 25 años, es del 27,3% de los hombres similar al encontrado en el estudio realizado. ⁽³⁰⁾

En México la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 reporta que en la población rural el índice de mayor consumo se ubica entre los 40 y 49 años, ⁽³²⁾ sin embargo en este estudio realizado en la ranchería podemos ver que el mayor porcentaje lo ocupan las edades de 15 a 24 años.

La información proveniente de centros de tratamiento no gubernamentales del año 2006 se reportaron de los 16,475 pacientes con problemas de adicción al alcohol muestran que el 91.9% son hombres, el nivel de escolaridad es primaria y secundaria con el 39.0% y 26.9% respectivamente; ⁽³³⁾ coincidiendo con nuestro estudio, no así en el grupo de edad, el estado civil y la ocupación; ya que el mayor porcentaje son casados, campesinos, su consumo es de dos a tres veces por

semanas y las edades entre 15 a 24 años, en comparación con lo reportado en los centros no gubernamentales que son solteros, la mayoría tienen un trabajo ocasional (31.1%), el patrón de consumo es a diario con un 61.5 % y el grupo de edad fue mayor de 35 años.

De los 116 casos estudiados en Cuba con el test de percepción de funcionamiento familiar (FF-SIL), 2.5% tienen familia funcional, 15.5% son familias moderadamente funcional, 71.7% pertenecen a familias disfuncionales y el 10.3% se clasificaron como familias severamente disfuncionales. ⁽²⁸⁾ En el estudio realizado con el FACES III y el Modelo Circunflejo de Olson, se aprecia que el 36.6% que equivalen a 53 de las 145 familias se encuentran en el extremo, con mayor riesgo de disfunción; el 33%, (48 familias), se encuentran en el rango medio y el 30.4% (44 familias) están balanceadas. Esto coincide que casi la totalidad de estas familias tienen dificultades en su cohesión y adaptación debido a que van de lo conectado a lo aglutinado, pudiendo ser un factor para la disfuncionalidad.

Comparando las estadísticas registradas en la dirección de salud Psicosocial de la secretaria de salud en el 2007 del Municipio de Macuspana que contemplan 46 hombres y 24 mujeres, en el estudio realizado se captaron 145 alcohólicos hombres que integraron las familias estudiadas.

11.- CONCLUSIÓN

Se puede concluir, que el alcoholismo sigue siendo un problema de salud pública muy importante, dado que en este estudio, cerca del 50 % de las familias que integran la ranchería donde se llevó a cabo, tienen al menos un integrante alcohólico y los tipos de familias cuando se adaptan al alcohólico, pueden adoptar patrones disfuncionales.

En los resultados obtenidos con la encuesta del FACES III y el Modelo Circunflejo de Olson, reflejan que 101 de las 145 familias que integraron el estudio presentan riesgo de disfunción por su alteración en la cohesión y adaptabilidad, representado por 53 familias extremas y 48 en el rango medio, lo que puede ser un factor para ocasionar alteraciones en la salud de cada uno de los integrantes de las familias.

Debido a que el alcoholismo puede ser un factor para la disfuncionalidad en las familias, el estudio puede ser la base para otra línea de investigación en cuanto a si el alcohol es la causa de esta problemática o no.

Así mismo se puede observar un subregistro de las personas que padecen de alcoholismo en el estado de Tabasco, debido al número de alcohólicos reportados por la dirección de salud Psicosocial de la secretaría de salud en el 2007.

12. RECOMENDACIONES.

En base a los resultados obtenidos de este trabajo se considera importante incrementar líneas de investigación sobre otros aspectos de la dinámica familiar, lo cual permitirá profundizar el conocimiento sobre como están los núcleos familiares que conforman un determinado lugar.

El médico de familia, por su estrecha interrelación con la población, debe hacer captación de los grupos de riesgo para futuros alcohólicos y trabajar con ellos, especialmente con los adolescentes para disminuir los problemas causados por el alcoholismo en el núcleo familiar. El médico familiar desempeña un papel fundamental en el diagnóstico precoz del alcohólico y en la atención específica de esta afección, pero sobre todo, en la prevención de esta enfermedad y en la educación para la salud de todos.

El enfermo alcohólico no se cura nunca, pero su calidad de vida y su salud están determinadas por no beber una gota de alcohol, desempeñando un papel muy importante la labor educativa a pacientes y familiares, en cuanto a la enseñanza de los efectos dañinos del alcohol y sus consecuencias.

Es importante que una vez detectadas las familias con riesgo de disfunción se le de manejo integral y se envíe a los servicios de red de apoyo del sector salud para tratar de mejorar la dinámica dentro del ámbito familiar y prevenir posibles enfermedades, somatizaciones y conductas aprendidas que perjudicarán en un futuro a cada una de los integrantes de la misma.

13.- ANEXOS



I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de consentimiento informado para participar en proyectos de investigación

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: _____

El objetivo del estudio es:

Se me ha explicado que mi participación consiste en:

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: _____

El investigador principal se a comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán acabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello no afecte la atención médica que recibo en el centro de salud.

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

Nombre y firma del participante

Nombre, firma, matrícula del investigador principal

II. Ficha de identificación

¿Estado civil?: 1.- casado. 2. unión libre 3.divorciado 4.- soltero

¿Escolaridad?: 1. Analfabeta. 2. Primaria incompleta, 3. Primaria completa, 4. Secundaria incompleta, 5. Secundaria completa, 6. Preparatoria incompleta, 7. Preparatoria completa, 8. Licenciatura.

¿Religión?:1. Católica, 2. Evangélica, 3. Adventista 4. Otra

¿Ocupación?: 1. Desempleado, 2. campesino, 3. Ganadero, 4. Obrero, 5. Comerciante, 6. Profesionista. 7. Otro

¿Frecuencia de consumo de bebida alcohólica?:
1. Una vez o menos por semana, 2. Dos a 3 veces por semana, 3. Tres a 4 veces por semana, 4. Cuatro o más veces por semana.

III. FACES III (D.H. Olson, J. Portner y Y. Lavee)

Describa a su familia	Nunca 1	Casi Nunca 2	Algunas Veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5
1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11.- Nos sentimos muy unidos.					
12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones.					
13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
14.- En nuestra familia las reglas cambian.					
15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19.- La unión familiar es muy importante					
20.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

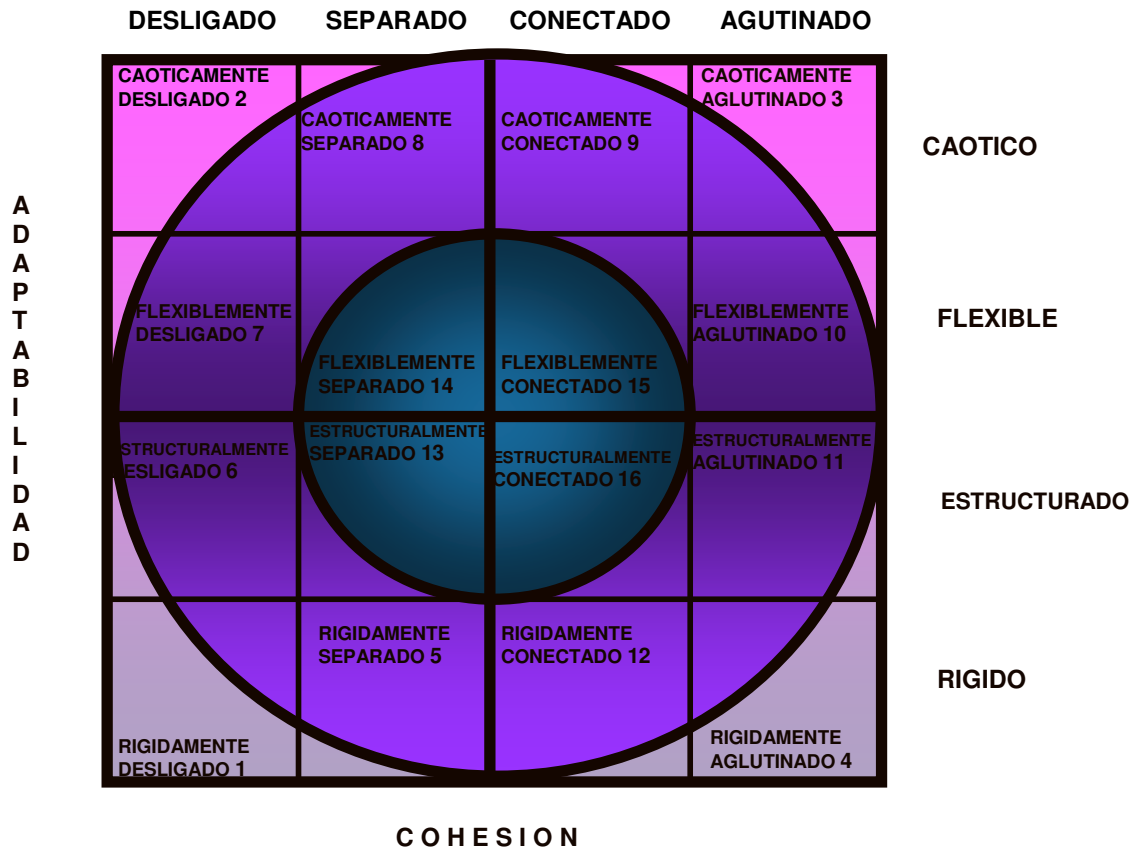
IV. Modelo circunflejo de Olson

COHESION

8	50	AGLUTINADO	
	48		
7	47		
	46		
	45		
6	43		CONECTADO
	42		
	41		
4	40	SEPARADO	
	38		
	37		
3	35	DESLIGADO	
	34		
2	25		
	24		
1	10		

ADAPTABILIDAD

8	50	CAOTICO
	41	
7	40	
	30	
6	29	FLEXIBLE
	27	
5	26	
	25	
4	24	ESTRUCTURADO
	23	
3	22	
	20	
2	19	RIGIDO
	15	
1	14	
	10	



14.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ramírez Santiesteban RI. Funcionamiento familiar en hogares de adolescente con riesgo de alcoholismo. CMF 40 38. Año 2004. Ilustrados.com. <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEEEkFZyupEAPCKgSBv.php#superior>
- 2.- Campa Magallón TJ; do Carmo Cruz Robáis ML. Consumo de alcohol en trabajadores de una industria en Monterrey, México. Revista Latino-Americana de Enfermagem Print ISSN 0104-1169 Oct. 2005, vol.13
3. García Pérez RP, Toribio Martínez A, Méndez Sánchez JM, Moreno Almeida A. El alcoholismo y su comportamiento en cinco Consultorios Populares de Caracas en el año 2004, Originales, Medicina general, ISSN 0214-8986, 2006, N°. 87, pags. 522-528.
4. Soledad Santi A; Alcoholismo: Integración Familia – Paciente desde la Terapia Ocupacional. Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. Septiembre 2006. Número 4.
5. Piedra Herrera B. Alcoholismo y Sociedad. Revista Médica Electrónica 2006;28 (5)
- 6.- Guisa Cruz VM, Barriga Salgado LD, Souza y Machorro M. La dependencia alcohólica en México. Rev. Méx. Neuroci 2004, 5(4): 356-364.
- 7.- Soriano J., Abdó L., Castejon E., Fábregas A., Jiménez X., Mora G. y cols. Alcoholismo, género y emociones: ¿el hombre se alcoholiza y la mujer se deprime? Patrones relacionales en la familia del hombre alcohólico en comparación con los de la mujer depresiva. Escuela de Terapia Familiar, Barcelona, junio 2004.
- 8.- NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- 9.- Mariño MC, Berenzon S, Medina Mora ME. Síndrome de Dependencia al Alcohol: Comparación entre hombres y mujeres. Salud mental, agosto 2005, vol. 28, número 004, pp 33-39.
- 10.- Bolet Astoviza M, Socarrás Suárez MM. El alcoholismo, consecuencias y prevención. Rev Cubana Invest Biomed 2003; 22(1)
11. McPhee SJ, Papadakis MA, Tierney LM, Jr. Diagnostico clinico y tratamiento. 46ª edición, Mc Graw Hill Interamericana, México, 2007, pag. 1108.
- 12.- Gaskin de Urdaneta A, Seale JP, Michael Fleming M, Murray M. Atención primaria y trastornos por consumo de alcohol: evaluación de un programa de formación del profesorado en Venezuela. Rev. Panam Salud Publica, Washington ago. 2002, v.12 n.2

- 13.- Aguirre del Busto R., Delgado González M. Alcoholismo y convivencia femenina: Una propuesta de influencias educativas en la comunidad. Humanidades Médicas, Mayo-Agosto de 2005, Vol. 5, No 14
- 14.- García Gutiérrez E, Lima Mompó G, Aldana Vilas L, Casanova Carrillo P, Feliciano Álvarez V. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales, Rev Cubana Med Milit 2004;33(3)
- 15.- Bolet Astoviza M., Socarrás Suárez MM. El alcoholismo, consecuencias y prevención. Rev Cubana Invest Biomed 2003; 22(1).
- 16.- Pierri G. La Relación entre Familia Y Fármaco dependencia. Asociación Uruguaya Para La Prevención del Alcoholismo y la Fármaco dependencia. Septiembre 2003, Año 15 No. 41
- 17.- Riquelme Pereira NB; Fraile Duvicq CG; Pimenta Carvalho AM. Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito familiar sobre la autoestima de escolares. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Oct, 2005, vol.13 no. spe Ribeirão Preto, Print ISSN 0104-1169.
- 18.- García Más, M. P. Patología familiar y violencia doméstica. Adicciones 2002, vol. 14, Supl. 1.
19. Guerra López VA. La Violencia Intrafamiliar como Consecuencia del Consumo de Alcohol en Trabajadores. Revista de Antropología Experimental, España, 2004, número 4.
- 20.- Cortés Torres D, Gorrita Pérez. RR, Alfonso Hernández L. Patrones de Consumo Relacionados con el Alcohol en la Población Masculina de un Consultorio. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2006;12(1)
- 21.- Caballero Gutiérrez MA., Ramos Lira L. Violencia: una revisión del tema dentro del marco de trabajo de investigación en el instituto nacional de psiquiatría. Salud mental, abril 2004, vol. 27. No.2.
- 22.- Riquelme Pereira, Nayade, Merino Escobar JM. Sistemas de Enfrentamiento en Familias de Enfermos Alcohólicos. *Cienc. Enferm.*, Jun. 2002, Vol.8, No.1, P.37-47. ISSN 0717-9553.
- 23.- Reginald R., Valenzuela A. Características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y/o marihuana. Rev. Chil. Neuro-psiquiatr., jul. 2003, vol.41, no.3, p.173-186. ISSN 0717-9227.)
- 24.- Quiroz Pérez JR. La familia alcohólica. Departamento de medicina familiar, facultad de medicina, UNAM, marzo-abril 2005; vol. 12 No. 2
- 25.- Mata EA. Estructuras familiares y comportamientos adictos. Revista Argentina de Clínica de Neuropsiquiatría. Marzo de 2005, Año XV, Vol. 12, N°1.

26. - Zegers B, Larrain, M. E, Polaino-Lorente A, Trapp A, Diez I. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr.*, ENE. 2003, vol.41, no.1, p.39-54. ISSN 0717-9227.
- 27.- Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJ, Terán Trillo M, Irigoyen Coria AE, Landgrave Ibáñez S. Validez de constructor del cuestionario FACES III en español (México). Publicación oficial de la Sociedad Española de medicina de Familia y Comunitaria. Diciembre 2002. Volumen 30 - Número 10 p. 624 - 630
- 28.- Dorta Guridi Z. Guridi González MZ, Ramón García F. Caracterización psicosocial de pacientes alcohólicos en atención primaria. *Revista Psicología de la Salud / Hospitalaria / ocupacional*, noviembre 2004.
- 29.- Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio Español sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Informe 2004
- 30.- Ministerio de Salud. Guía Clínica Consumo Perjudicial y Dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años. Santiago: Minsal, 2007.
- 31.-Monteiro, Maristela G. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, D.C: OPS, 2007.
- 32.- Medina-Mora, ME., Cravioto, P., Villatoro, J.; Galván F; Fleiz, C., Rojas E. y cols. Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capítulo de Alcohol.
- 33.- Secretaría de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) Informe 2006.
34. Dirección de Salud Psicosocial, Departamento de adicciones. Secretaria de Salud del Estado de Tabasco.2008
35. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados por entidad federativa, Tabasco, México. 2006