



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DR. IGNACIO CHÁVEZ ISSSTE

**INTERACCIONES FAMILIARES Y CONSUMO DE ALCOHOL  
EN LOS USUARIOS DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
Dr. IGNACIO CHÁVEZ DEL ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**ADRIANA GARCÍA CAMACHO**

NÚMERO DE REGISTRO: 262.2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**INTERACCIONES FAMILIARES Y CONSUMO DE ALCOHOL  
EN LOS USUARIOS DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR**

**Dr. IGNACIO CHÁVEZ DEL ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**ADRIANA GARCIA CAMACHO**

A U T O R I Z A C I O N E S:

**DRA. CATALINA MONROY CABALLERO**

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR Dr. IGNACIO CHÁVEZ. ISSSTE

**DRA. ANA MARÍA NAVARRO GARCÍA**

ASESOR DE TESIS  
TÉCNICO ACADÉMICO ASOCIADO "A" TC. DEPARTAMENTO DE  
INVESTIGACIÓN EDUCATIVA. DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.  
FACULTAD DE MEDICINA. UNAM

**LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL  
ISSSTE.

**INTERACCIONES FAMILIARES Y CONSUMO DE ALCOHOL  
EN LOS USUARIOS DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
Dr. IGNACIO CHÁVEZ DEL ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**ADRIANA GARCÍA CAMACHO**

A U T O R I Z A C I O N E S

**DR. FRANCISCO JAVIER F. GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

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

**INTERACCIONES FAMILIARES Y CONSUMO DE  
ALCOHOL EN LOS USUARIOS DE LA CLINICA DE  
MEDICINA FAMILIAR Dr. IGNACIO CHÁVEZ DEL ISSSTE**

# ÍNDICE

1. Marco histórico	1
a. Historia del alcoholismo	1
b. Historia de la medicina familiar	4
c. Historia de la familia	6
d. La familia en el México Prehispánico	7
2. Marco teórico	8
a. El médico familiar	10
b. La medicina familiar	10
c. El alcoholismo	11
d. Teorías de origen y dependencia al alcohol	14
e. Dinámica familiar	15
f. Marco legal	19
3. Planteamiento del problema	22
4. Justificación	25
5. Objetivos	27
a. Objetivo general	27
b. Objetivos específicos	27
6. Hipótesis	27
7. Metodología	28
8. Tipo de estudio	28
9. Población, lugar y tiempo de estudio	28
10. Tipo de muestra y tamaño de la muestra	28
11. Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	28
12. Variables	29
13. Instrumento para recabar la información	32
14. Procedimiento para recabar la información	33

15. Análisis estadístico	35
16. Consideraciones éticas	35
17. Resultados	36
18. Tablas y gráficas	36
19. Discusión	55
20. Conclusiones	59
21. Bibliografía	60
22. Anexos	64

# DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Aclaro que sólo voy a mencionar algunos nombres, son muchos, son tantos que harían falta otras tantas tesis para mencionarlos a todos y van los primeros.

No pueden ser otros, son Ellos que también son parte de Mí y

*¿Quién soy Yo? Sí no ustedes*

Los que me anteceden y contribuyeron para que yo tuviera los padres que hoy tengo, los menciono en orden de desaparición:

A Julián (no lo conocí), Sóstenes (se fue cuando yo era muy joven), Isidra (se fue pronto, la conocí poco) y Julia (te fuiste este abril, aún dueles), Ellos son mis abuelos

*Gracias por darle la vida a quienes la vida me dieron.*

A mis padres Nicolás y Francis

*Por ser ejemplo y apoyo pero sobretodo por darme la vida.*

A mis hermanos Olivia, Abraham, Moisés e Isaías

*Por su fraternidad.*

A los sobrinos y claro a sus madres también Yessica y Sarahí (en orden de aparición) Oscar, Clarissa, Bruno y Diego

*Por las risas, ruidos, distracciones y todo aquello que ustedes hacen tan bien.*

A mis profesores a todos ellos, a ustedes Dra. Catalina Monroy Caballero y Dr. Eduardo de la Cruz García

*Por ser muestra a seguir que no olvidare.*

A mis compañeros residentes en especial a Ricardo, Leticia

*Por contribuir en mi empeño, y todos los demás compañeros por ponerle sabor al curso.*

A mi asesora (que debí causarle mucho trabajo) Ana María Navarro García

*Por su guía.*

A todos los que de esta vida ya se adelantaron al Mictlan, a Rodolfo

*Por ser mi mejor amigo.*

A Ti José Jaime, que ya eres de mi vida

*Por ser acompañante, amigo fiel y patrón a seguir.*

...y a todos aquellos que hicieron posible la realización de este trabajo."

**GRACIAS**

*"no leo para saber más, sino  
para ver si leyendo cada día  
ignoro un poco menos".*

*Sor Juana Inés de la Cruz*

# MARCO HISTORICO

## HISTORIA del ALCOHOLISMO

Se cree que la bebida alcohólica tiene sus orígenes en la prehistoria; en el período neolítico cuando aparece la agricultura y la cerámica. Como consecuencia de proceso de fermentación natural ocurrido hace aproximadamente 10.000 años el ser humano comenzó a consumir y a atribuir diferentes significados al uso del alcohol. Los celtas, griegos, romanos, egipcios y babilonios registraron de alguna forma el consumo y la producción de bebidas alcohólicas<sup>1</sup>.

En la Biblia, en uno de los pasajes del Antiguo Testamento (Génesis 9.21), Noé, después del diluvio, plantó una vid y produjo vino. Tomó tanta bebida que se emborrachó. Se cuenta ahí que Noé gritó; que se sacó la ropa y se desmayó. momentos después, su hijo Cam lo encontró "mostrando sus vergüenzas". Es quizá el primer relato conocido de un caso de embriaguez. Miguel Ángel, se inspiró en este episodio para pintar un fresco, en el techo de la Capilla Sixtina. Es notorio pues, que no sólo el uso del alcohol, sino también la embriaguez son aspectos que acompañan a la humanidad desde el principio<sup>2</sup>.

El suelo y el clima en Grecia y en Roma eran adecuados para el cultivo de uva y por lo tanto, para la producción del vino. Los griegos y romanos también fermentaban la miel y cebada, pero el vino era la bebida más popular en los dos imperios; se utilizaba en eventos sociales, religiosos y también se usaba como medicamento. En la Grecia Antigua el dramaturgo griego Eurípides menciona en *Las Bacantes* dos divinidades de primera grandeza para los humanos: Deméter, la diosa de la agricultura que provee los alimentos sólidos para nutrir a los humanos, y Dionisio, el Dios del vino y de la fiesta (Baco para los romanos). No obstante, a pesar de que el vino era uno de los elementos principales en las celebraciones sociales y religiosas greco-romanas, el abuso y la embriaguez alcohólica eran gravemente censuradas por los dos pueblos. Por su parte, los egipcios documentaron en los papiros las etapas de fabricación, producción y comercialización de cerveza y vino. Ellos también creían que las bebidas fermentadas eliminaban los gérmenes y parásitos y deberían ser usadas como medicamentos, especialmente en la lucha contra los

parásitos provenientes de las aguas del Nilo. Durante la Edad Media, la comercialización del vino y cerveza se populariza aún más, y se comienza su reglamentación. La intoxicación alcohólica (borrachera) pronto es condenada por la iglesia y comienza a considerarse un pecado. Luego, en el renacimiento, se inicia la fiscalización de las tabernas, implementándose horarios definidos de funcionamiento. Las tabernas eran consideradas recintos en donde las personas podían manifestarse libremente y el alcohol era un ingrediente constante en los debates políticos que más tarde van a desencadenar en la Revolución Francesa. El fin del siglo XVIII y el inicio de la Revolución Industrial fue acompañado por cambios demográficos y de comportamientos sociales en Europa y es por estos fenómenos que durante este período, el uso excesivo de bebida comenzó a verse como una enfermedad, hecho que se prolonga hasta nuestros días. Un cambio significativo lo constituyó el hecho de que desde los albores del siglo XIX, inició el estudio científico de esta bebida. Es Pasteur en 1865 quien declara que es el vino, y debido al proceso de destilación, una bebida higiénica por no contener “gérmenes maléficos”. En el siglo XX países como Francia establecen como ley la mayoría de edad (18 años) para el consumo de alcohol y en enero de 1920, el gobierno estadounidense decreta la *Ley Seca* que duró casi 12 años.

La Ley Seca, prohibió la fabricación, venta, cambio, transporte, importación, exportación, distribución, posesión y consumo de bebida alcohólica y fue considerada por muchos un desastre para la salud pública y economía americana. En 1952 la primera edición del DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) incluyó el alcoholismo como “enfermedad a ser tratada”.<sup>2</sup> Y de igual manera en 1967, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó el concepto de “enfermedad del alcoholismo” en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8). En esta ruta, la 8ª Conferencia Mundial de Salud- la CIE-8- los problemas relacionados al uso del alcohol se incluyeron dentro de una categoría más amplia de trastornos de personalidad y de neurosis. Por estos trabajos, estos problemas fueron divididos en tres categorías: dependencia, episodios de beber excesivamente (abuso) y beber de modo excesivo habitualmente. Así, la dependencia del alcohol se

caracterizó por el uso compulsivo de bebidas alcohólicas y por la manifestación de los síntomas de abstinencia después de la interrupción del uso.<sup>1</sup>

Es pues notorio que el uso de alcohol ha acompañado todo el trayecto de la civilización y la historia del género humano y el pueblo Mexicano no ha sido la excepción. Para nuestro pueblo, el producto alcohólico que ha acompañado su historia es el pulque y hasta hace relativamente poco se le consumía en cantidades industriales en el ámbito urbano y no sólo el rural al que se le ha relegado.

Historia y sobre todo mito, se funden en la explicación del descubrimiento del *pulque*. Así cuentan que, por los años de 1045 a 1050 reinaba en Tollan, el rey tolteca Tepancaltzin. Un día se presentó en su palacio un pariente suyo llamado Papantzin: “Señor -le dijo- , mi hija ha descubierto que del centro de las plantas del *metl* brota un licor dulce y aromático y se lo hemos venido a ofrecer”. Xochitl, que así se llamaba la doncella, entró con una vasija llena de aguamiel del maguey. El monarca recibió el presente, gustó el licor y dio las gracias al noble pariente. Más tarde el rey propuso a la doncella que viviera en su palacio para ser educada y servida en la casa real. Durante más de un año el amor de Tepancaltzin y Xochitl dio como fruto un niño, al que le pusieron por nombre Meconetzin (hijo del maguey)<sup>3</sup>.

En el México antiguo esta bebida, definida como “especie de chicha espesa que se obtiene de la fermentación del jugo del cogollo del maguey”, es la bebida típica de la meseta central mexicana y parte de la alimentación de sus habitantes. Debe beberse en cuanto está a punto, porque se aceda con facilidad”. Tenía diferentes usos y significados sociales, religiosos y medicinales<sup>4</sup>. Asimismo, Sahagún presenta una amplia relación respecto a las propiedades medicinales de esta bebida: las cataratas podían combatirse, según los antiguos mexicanos, con el *pulque* serenado después de haberlas raspado con la raíz zacamalinalli. También era eficaz remedio contra las molestias de la garganta<sup>5</sup>.

Durante casi 500 años, esta bebida fue la protagonista de nuestra cultura y fue el embriagante por excelencia hasta que a mediados del siglo pasado, las destilerías sobretudo españolas, implementaron políticas comerciales y maniobras políticas que dieron por resultado la preeminencia actual de productos destilados y que tienen por base los alcoholes de caña.

Con ello el alcoholismo en nuestro país, se manifestó y dura, como una conducta influenciada por las leyes del mercado y efecto de publicidad.

## **HISTORIA DE LA MEDICINA FAMILIAR**

La medicina familiar en México, se origina en 1953. Según el estudio monográfico del sistema médico familiar, que se publicó en 1958, en la subdirección general médica tiene lugar la noticia de que, como ensayo, se había establecido en Nuevo Laredo México una nueva forma de trabajo para los médicos que ahí laboraban. La base de este esquema era que el médico adscrito a la clínica debía distribuir su jornada de trabajo en la consulta externa y en atención domiciliaria<sup>6</sup>. Es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que como respuesta a los problemas que le representaban las visitas domiciliarias de consulta externa, planteaba reestructurar la forma de atención. Esto sucede en la ciudad de Nuevo Laredo Tamaulipas y en ese mismo año se inició el ensayo que cambiaría de forma positiva la forma de atender al paciente durante. En 1954, como consecuencia de este trabajo, el IMSS presenta en, el “Seminario sobre Seguridad Social”, celebrado en Panamá, el trabajo al que nombró “El Médico de Familia” donde se menciona las características que habría de tener el facultativo que realizaría un tipo de actividad esencial pero desatendida, tales como la atención a núcleos familiares, grupos de población marginal y el trabajo en equipos médicos. En 1955 en dos clínicas de la Ciudad de México se continuó con la aplicación del mismo programa. Se planteaba que el médico tenía una población bien determinada, misma que incluía pacientes de todas las edades, con el sistema de cita previa. Se definía igualmente, como responsabilidad del médico familiar la visita domiciliaria. Conforme este nuevo sistema demostró ser más útil, se extendió a todas las unidades del IMSS. En 1959 se introduce el sistema de médico familiar de menores y médico familiar de adultos. 20 años después se volvió al sistema anterior; al de médico de familia que atiende a todos los miembros de la familia sin importar su edad. Durante este tiempo, estas actividades fueron realizadas por médicos generales ya que no contaba el IMSS con personal capacitado o formado para realizarlas<sup>7</sup>.

Ante la falta de personal capacitado ya en marzo de 1971, se crea en el IMSS el programa de posgrado, consistente en una residencia médica, definiendo y empleando una sede y asignándole una duración de dos años. En 1974 la Facultad de Medicina de la UNAM le otorga el reconocimiento universitario y como consecuencia se le eleva a la categoría de especialidad; en 1975 el consejo técnico de la facultad de Medicina da su aprobación para la creación del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>6</sup>.

Posteriormente, en 1978, la UNAM se pone en contacto con otras instituciones para implementar la nueva especialidad. Propone a la Secretaría de Salud y el Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) el proyecto. Estas últimas instituciones, muestran interés y en 1980 inicia en ellas el curso de especialización, inaugurándose primeramente en la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE y en la clínica Portales<sup>7</sup>.

De forma paralela, en los Estados Unidos, Canadá y Gran Bretaña, también comienzan a estructurarse los esquemas de certificación de estos especialistas como una estrategia para garantizar, a largo plazo, la calidad de quienes ejercen la práctica familiar. En Canadá, los Estados Unidos, el Reino Unido y Australia inicia la reformulación de los procesos de formación, incorporando a la medicina de familia como una de las disciplinas fundamentales en sus sistemas de salud. En el resto de América Latina y el Caribe el inicio de la evolución de la medicina de familia inicia en los años setenta y ochenta del siglo XX<sup>8</sup>.

El intercambio de experiencias de todo tipo en este sentido, ha representado un factor importante en el desarrollo y evolución de la medicina familiar. Algunas de las formas de compartir experiencias más relevantes son la creación oficial -en 1972- del *Colegio Mundial de Médicos de Familia* (WONCA). El Colegio cuenta en la actualidad con la afiliación de Sociedades Nacionales de Medicina Familiar de más de 80 países en el mundo. En 1977, el comité de ministros del consejo europeo emite una resolución con la que establece que la medicina familiar debe ser la piedra angular de los sistemas de salud y es a partir de esta resolución, que gran parte de los países de ese continente, occidentales y orientales, comienzan con las transformaciones internas en sus sistemas de salud para establecer, como base, lo

que podemos identificar como medicina de familia aún y cuando en algunos países, se le sigue llamando medicina general<sup>8</sup>.

## **HISTORIA DE LA FAMILIA**

El estudio de la historia de la familia comienza en 1861, con el derecho materno de Bachofen que hace los siguientes planteamientos:

Primitivamente los seres humanos vivieron en promiscuidad sexual a la que le da el nombre de heterismo. Este tipo de relaciones impiden la posibilidad de establecer con certeza la paternidad, por lo que la filiación solo podía contarse por línea materna, esto se dio entre todos los pueblos antiguos. Como consecuencia, las mujeres como madres; como únicas progenitoras conocidas de la joven generación, gozaban de un gran aprecio y respeto, de tal forma que llegaban, según Bachofen, hasta el dominio femenino absoluto (ginecocracia). El paso de la monogamia en la que la mujer pertenece a un solo hombre, encerraba la trasgresión de una antiquísima ley religiosa (es decir del derecho inmemorial que los demás hombres tenían sobre aquella mujer), trasgresión que debía ser castigada o cuya tolerancia se reparaba con la posesión de la mujer por otros durante determinado período.

Mac Lennan, describe que en los pueblos salvajes, bárbaros y algunos civilizados de los tiempos antiguos y modernos, hay una forma de matrimonio en que el novio solo o asistido por sus amigos, está obligado a arrebatarse su futura esposa a sus padres simulando un rapto por violencia. La causa de esta actuación puede ser la costumbre de matar a las niñas al nacer, resultando en un excedente de hombres en cada tribu. Destaca que varios hombres tendrían en común una misma mujer, es decir, prevalece la poliandria; se conoce quién es la madre pero no el padre (derecho materno) esto arroja como consecuencia- algo atenuada por la poliandria- la escasez y el rapto sistemático de mujeres de tribus extrañas. En 1871 Morgan fue el primero que trató de introducir un orden preciso en la prehistoria de la humanidad. De las tres épocas principales: salvajismo, barbarie, civilización, sólo se ocupa de las dos primeras y del paso a la tercera. Subdivide cada una de estas dos épocas en

estadios inferior, medio y superior según los progresos obtenidos en la producción de los medios de existencia. Para Morgan, la primera forma de unión entre hombres y mujeres es el matrimonio por sexo; sólo la necesidad sexual une a hombres y mujeres, sin constituir una pareja verdadera, lo que da lugar a la familia consanguínea, ya que al desconocer quién es el padre y quiénes los hermanos, van a producirse relaciones entre hermanos, padres e hijas. No existe una verdadera relación de pareja con una organización familiar, se trata de un período de transición entre lo animal de la manada y las primeras formas de organización social del hombre (Tribus, Gens, Clan). Al pasar a la época del Salvajismo aparece el matrimonio por grupos que da origen a la familia punalúa. En esta forma de organización familiar, las relaciones sexuales estaban limitadas a los miembros de la tribu y no a otros, además se tenía un compañero íntimo con el que se tenía afinidad por algún motivo. Uno o más grupos de hermanas se convertían en el núcleo de una comunidad y sus hermanos en el núcleo de otra. En la Barbarie aparece el matrimonio sindiásmico que da origen a la familia sindiásmica en la que ya existe. Una pareja aunque débil que permite que tanto el hombre como la mujer tengan relaciones con otros, sin que esto sea un problema, el hombre tenía una mujer principal y otras mujeres y era para ella el esposo principal entre todos los demás. Finalmente, originada por la aparición de la propiedad privada que a su vez, genera la necesidad de conocer exactamente la paternidad con el fin de transmitir los bienes de herencia, en la civilización aparece el matrimonio monogámico que da origen a la familia monogámica<sup>9</sup>.

## **LA FAMILIA EN EL MÉXICO PREHISPÁNICO**

Algunos testimonios de historiadores españoles del periodo inmediato a la conquista, han permitido conocer algunas características de la vida familiar precolombina, por estos sabemos que la autoridad en la familia recaía exclusivamente en el padre, a quien, por tener más edad que los demás miembros de la familia, se le atribuía también mayor sabiduría; cuentan algunos libros, que las madres enseñaban a sus hijos a referirse al padre como “el señor” o “mi señor”, en

señal de respeto y de reconocimiento a su lugar en la familia. La educación de los hijos era responsabilidad de ambos padres, aunque también existían escuelas donde el *temachtiani* o maestro enseñaba la antigua palabra o la palabra de los sabios.

En la casa se criaba a los hijos con disciplina estricta, el padre instruía a sus hijos desde edad muy temprana con consejos como los siguientes: “Ama, agradece, respeta, teme, ve con temor, obedece, haz lo que quiere el corazón de la madre, del padre, porque es su don, porque es su merecimiento... porque a ellos les corresponde el servicio, la obediencia, el respeto”, “no te rías, no te burles, no hagas bromas del anciano o de la anciana o del enfermo, del de boca torcida, del ciego...”, “si te burlas de la gente, no saldrás humano...”

La madre enseñaba a sus hijas la forma correcta de hablar, de caminar, de mirar y de arreglarse. Entre los indígenas había una vigilancia muy estricta de la castidad; las relaciones fuera del matrimonio se sancionaban severamente. Una vez que un joven encontraba a su pareja y se quería casar, lo más común era que tuviera una sola mujer. Sólo a los jefes de alto rango, les estaba permitido relacionarse con varias mujeres.

## **MARCO TEÓRICO**

La familia, considerada por la Organización de las Naciones Unidas como la “unidad básica de la sociedad”, tiene en su estudio una gran complejidad por las distintas propuestas teóricas de estudio e intervención. Desde el propio concepto, la familia, como una organización social, ha tenido transformaciones, dependiendo de cada contexto histórico-sociocultural donde se desarrolla, así:

Desde el punto de vista jurídico, La familia es abordada considerándola un grupo social y cultural, lo que la convierte en objeto jurídico porque de él manan fenómenos y hechos de obligatoriedad; de derechos y obligaciones que arrojan la necesidad de ser normados.

Un portavoz de la psicología social es Erich Fromm, quien la define como un producto de la evolución humana en la que se encuentran mecanismos y leyes tanto biológicas como culturales que le son inherentes y dentro de las cuales está la

necesidad de satisfacer los impulsos vitales, así como la necesidad de evitar el aislamiento y la soledad.

Desde la antropología, Ribeiro, define a la familia , como *“un grupo primario formado por padre(s) e hijo(s), y eventualmente otros parientes, unidos entre sí por lazos múltiples y variados, que se apoyan y ayudan de manera recíproca y que cumplen diversas funciones en beneficio mutuo y de la sociedad”*

Ya en nuestro ámbito, El Dr. Santacruz Varela retoma el concepto de familia desde el punto de vista de la teoría ecológica, y la define como un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que, en general, comparten factores biológicos, psicológicos y sociales; que pueden afectar su salud individual y familiar

Según Minuchin la familia es un grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influidos por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación en grupos extrafamiliares<sup>10</sup>.

A partir del enfoque sistémico, se entiende a la familia como *“un sistema abierto, organizacionalmente separado del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos. Los miembros del sistema familiar organizan y reglan su interacción mediante procesos comunicativos digitales y analógicos, que definen relaciones de simetría y/o complementariedad, esta organización se caracteriza por tener propiedades de totalidad o no sumatividad, por patrones de circularidad y por el principio de equifinalidad. El sistema familiar mantiene su organización mediante procesos homeostáticos, y la altera mediante procesos morfogenéticos”<sup>11</sup>.*

## **EL MÉDICO FAMILIAR**

Es el especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud enfermedad de forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico psicológico y social.

Mc Whinney nos habla de nueve principios que cuando son considerados en conjunto nos representan la mirada diferente del mundo, que hace a la medicina familiar como una especialidad distinta de las demás, los principios de los que habla son:

- 1 Esta comprometido con la persona más que con el cuerpo.
- 2 Se esfuerza para comprender el contexto de la enfermedad.
- 3 Ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud.
- 4 Considera su práctica como una población en riesgo.
- 5 Se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud.
- 6 Idealmente debe compartir la misma comunidad que sus pacientes.
- 7 Ve a sus pacientes en sus casas, así como en el consultorio y el hospital.
- 8 Da importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.
- 9 Es un gerente de los amplios recursos que como médico de primer contacto tiene en beneficio de sus pacientes y toda la comunidad<sup>12</sup>.

## **LA MEDICINA FAMILIAR**

Especialidad médica y disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como enfermedad del individuo y su familia<sup>13</sup>

Es la medicina familiar un especialidad que entiende al proceso salud enfermedad desde el punto de vista de que hay diferentes factores que interactúan en este, tiene como unidad de análisis a la familia, para darle atención primaria, integral, continua y

coparticipativa con un enfoque preventivo de forma compartida con el individuo y su familia<sup>13</sup>

## EL ALCOHOLISMO

El alcohol

El etanol es una droga de consumo legal depresora del sistema nervioso central. Se obtiene de la fermentación de cereales, frutos o vegetales.

**La Dependencia** es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

Las sustancias capaces de provocar dependencia inducen un fenómeno llamado **tolerancia**, que consiste en la disminución de los efectos típicos de una sustancia cuando se usa de manera regular, o bien, un efecto que se mantiene similar aún cuando se aumente la cantidad de la sustancia.

Un fenómeno que está estrechamente ligado a la tolerancia es el de **síndrome de abstinencia**, o simplemente **abstinencia**.

El síndrome de abstinencia es un fenómeno agudo que ocurre al interrumpir el consumo de una sustancia en un sujeto que lleva largo tiempo utilizándola de manera más o menos continua. Cada sustancia tiene un síndrome de abstinencia característico, y entre estos el del alcohol es sin duda el más grave.

Los criterios diagnósticos para el abuso del consumo de alcohol, han sido catalogados en el DSM IV son los siguientes:

1. Un patrón desadaptativo de abuso de alcohol que conlleva al deterioro o malestar clínicamente significativo; se manifiesta por uno (o más) de los siguientes eventos durante un período de 12 meses:

- a) Consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o pobre rendimiento laboral relacionados con el consumo de la sustancia; ausencias relacionadas con la sustancia, suspensiones o expulsiones de la escuela; descuido de los niños o de las obligaciones del hogar)
- b) Consumo recurrente del alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
- c) Problemas legales repetidos relacionados con el alcohol (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido al alcohol)
- d) Consumo continuado del alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

2. Estos síntomas no cumplen nunca los criterios de dependencia del alcohol.

#### Criterios Diagnóstico para la dependencia del Alcohol

Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que lleva al deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por tres (o más) de los siguientes siete criterios, que ocurran en cualquier momento, de un período continuado de 12 meses:

- 1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:
  - a) Necesidad de cantidades más grandes de alcohol para conseguir el efecto deseado.
  - b) Efecto marcadamente disminuido con el consumo continuo de las mismas cantidades de alcohol.
- 2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes:
  - a) El síndrome de abstinencia característico para el alcohol.
  - b) El alcohol es ingerido para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
- 3. El alcohol es frecuentemente ingerido en mayor cantidad o durante un período más prolongado de lo que inicialmente se pretendía.
- 4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo del alcohol o en la recuperación de los efectos del mismo.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol.
7. Se continúa ingiriendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que son causados o exacerbados por el consumo del alcohol<sup>14</sup>.

La OMS denomina en la actualidad al alcoholismo "síndrome de dependencia del alcohol" y lo incluye en el capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El alcoholismo forma a su vez parte de una categoría denominada "Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas".

Además los criterios para identificar el síndrome de dependencia del alcohol o alcoholismo, a partir del CIE-10, son los siguientes:

Tres o más de las siguientes síntomas deben estar presentes durante al menos un mes o si han durado menos de un mes, deben haber aparecido juntas de forma repetida en algún período de doce meses:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol;
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el inicio del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico del alcohol o el consumo de la misma sustancia (o una muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Tolerancia, de tal manera que se requiere el aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.

- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era de esperar que lo fuera, de la naturaleza y extensión del daño

## **TEORIAS DEL ORIGEN DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL**

La transmisión generacional del alcoholismo ha sido tema de interés para muchas personas investigadoras de diversas disciplinas, los cuales han aportado explicaciones de que van desde la psicosocial hasta la psicodinámica y biogenética, entre otras, para comprender mejor este fenómeno. Diferentes revisiones señalan que las investigaciones más recientes aceptan la etiología múltiple de la dependencia al alcohol<sup>15</sup>.

La mayoría de los estudios en el campo de la genética, la biología molecular y la investigación social concuerdan en que los individuos con historia familiar de alcoholismo (HF+) son más vulnerables a padecer cuadros severos de alcoholismo y otras desventajas neuropsicológicas, además, predispone, en general, tanto a hombres como a mujeres a un amplio rango de problemas, uno de los cuales es el propio alcoholismo. Algunos factores que afectan la gravedad de esta adicción son: el sexo del descendiente, la presencia de consumo en ambos progenitores y el inicio temprano del consumo. Se han llevado a cabo estudios de varias generaciones en las que existe un familiar alcohólico, mediante diferentes diseños experimentales que incluyen el estudio de los hábitos de consumo en parejas de hermanos gemelos y en hijos de padres alcohólicos dados en adopción, en un intento por determinar la ocurrencia de problemas alcohólicos en progenies sucesivas; diferentes revisiones dan cuenta de ello.

En un estudio de casos en México se comparó la historia familiar de alcoholismo en una muestra de alcohólicos y no alcohólicos. Los resultados mostraron la presencia

de HF+ en 37.6% de los alcohólicos; mientras que entre el grupo de bebedores sin problemas el porcentaje fue tan sólo de 5.3% con una diferencia significativa ( $\chi^2=10.9$ ,  $p < 0.002$ ). Otro estudio de comparación de casos encontró que 91.5% de las mujeres alcohólicas que asistían a tratamiento contaban con antecedentes de alcoholismo en la familia de origen, 66.6% eran hijas únicamente de padre alcohólico; 16.6%, hijas de madre alcohólica, y en 8.3% de los casos, ambos padres eran alcohólicos<sup>16</sup>.

## DINAMICA FAMILIAR

La dinámica familiar comprende los aspectos suscitados en el interior de la familia, donde todos y cada uno de los miembros está ligado a los demás por lazos de parentesco, relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y las funciones asignadas a sus miembros.

Para hablar de roles en la dinámica familiar, hay que tener presente la cultura, el estrato socio-económico en el que se vive, el periodo histórico y otros aspectos como los elementos estructurales y los aspectos interaccionales de sus miembros. La importancia de conocer el desempeño del rol de una persona dentro de la dinámica familiar radica en conocer como un elemento que delimita el estatus o posición entre los miembros de la familia; a su vez, permite la ejecución de otros elementos de la dinámica que de igual forma se encuentran actuando en el sistema familiar y que son de suma importancia para esta.

El sistema familiar del alcohólico se encuentra afectado, Minuchin describe un tipo de familia en la cual podría encajar esta familia adicta, se trata de **la familia psicósomática**, misma que parece funcionar de forma óptima cuando alguno de sus miembros se encuentra enfermo. Entre las características de esta familia se descubren: sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros, incapacidad para resolver conflictos y una rigidez extrema, “una rigidez frágil”. Así el sistema familiar del adicto establece un estilo de vida que permite que la enfermedad continúe de generación en generación. La negación de la enfermedad: La falta de

aceptación de la enfermedad es determinante para el desarrollo de la familia adicta, que resulta útil para manejar y neutralizar el impacto de sucesos estresantes<sup>17</sup>.

La falta de comunicación, por lo general, hay pobre o nula comunicación, ésta es superficial y se utiliza para crear conflictos; es agresiva, unidireccional; es decir, evita el dialogo. Se hace de forma defensiva ya que se evitan las confrontaciones y la responsabilidad sobre la conducta de sus miembros.

La conducta impredecible, originada por el adicto intoxicado, la mayor parte de la familia sabe que está utilizando sustancias, sabe que no llegará a la hora que se estipuló, que llegará intoxicado esto crea en la familia del adicto sentimientos como ansiedad, miedo, pánico, etc.

Falta de estructura familiar, la enfermedad impide el funcionamiento o la toma de responsabilidades por el miembro afectado, por lo que la familia, se reestructura tratando. Esto hace que algún miembro familiar, por lo general, el cónyuge o el hijo mayor, tome las responsabilidades que el elemento enfermo dejó. La familia tiene ahora un nuevo estilo de vida en el cual se han cambiado los roles de la familia adicta. El control, el poder, la toma de decisiones, los permisos, incluso los negocios familiares están ahora bajo la dirección del codependiente, que se vuelve la cabeza de la familia.

El hecho de tener un enfermo dentro de la familia da una seguridad emocional a todos los demás miembros del grupo, porque el adicto depende emocionalmente de la familia. Sus miembros se sienten bien ayudándolo, se sienten necesitados por el adicto. Cada miembro de la familia lo ha rescatado, justificado, auxiliado, protegido, lo ha salvado de las consecuencias de la enfermedad; por ello la familia inconscientemente se siente bien con un enfermo en casa. La familia ahora depende del adicto para sentirse bien y seguir funcionando, se ha vuelto un estilo de vida. La familia centra su atención en el adicto, es él quien los mantiene ocupados, preocupados, la enfermedad ha hecho que cada miembro de la familia tenga su función específica, su forma de vivir y compartir, todos tienen su papel “funcionando” disfuncionalmente<sup>17</sup>.

Cambio en los valores de la familia, los valores van cambiando poco a poco por los nuevos valores del adicto, los principios, la moral, las reglas de urbanidad, la ética

familiar, todo queda alterado una vez que se ha instalado la enfermedad. Ahora funcionan con una desorganización donde no hay coherencia, es un ambiente impredecible, con falta de respeto entre todos los miembros de la familia. Se puede llegar tarde, no llegar a dormir a la casa, hay gritos, quejas, ofensas, humillaciones, amenazas, insultos y en ocasiones hasta golpes. Al final la familia, en su intento de sobrevivir, usa todos los recursos que tiene para continuar en pie. Para sobrevivir, los miembros de la familia se defienden de la realidad con evasión, minimización, justificación, racionalización y otras defensas. Al no enfrentar la realidad y negar la enfermedad familiar se prolonga el proceso y el sufrimiento se hace crónico. La familia se ha inmunizado, desarrollando una tolerancia al sufrimiento. La familia no ve ninguna salida y empieza a manifestar cierta tolerancia a la situación caótica, dolorosa, exhibe gritos, destrozos, actitud indiferente, manipulación. Después de 2 a 7 años o más de evolución, la solución de esta enfermedad llega, hay un momento de la crisis donde indistintamente se presenta como resultado del mismo proceso, la historia natural de la enfermedad adictiva, y esta termina con la muerte del individuo o la de otro miembro familiar en forma de suicidio consciente o inconsciente, en forma de accidente<sup>19</sup>.

Pichon-Rivière concibe a la familia como un grupo primario que formará ciertos vínculos y problemáticas que luego se reeditarán en los grupos secundarios que harán se desarrolle un drama familiar, en el que cada integrante va a hablar o ser hablado desde ese personaje, desde ese lugar, rol, adjudicado y asumido<sup>18</sup>. Estas configuraciones serán más saludables o no en la medida que el sujeto pueda lograr aprender de forma activa de esa realidad que lo atraviesa, lo aprendido, o reformulado, problematizado y transformado se cristalizaron y naturalizaron en su grupo primario y que formaron determinada modalidad, subjetividad, formas de ser, sentir, pensar y estar en el mundo, que las repetirá de alguna forma a lo largo de su vida en los sucesivos grupos que vaya integrando. Pichón nos habla de la teoría del vínculo, relaciones forzadas, necesarias, donde la comunicación es la vía del aprendizaje, un grupo es más sano cuando hay un máximo de comunicación e interrelación y un mínimo de secretos, todos los grupos familiares marcan un secreto; donde la salud mental del grupo familiar dependerá de un sistema de comunicación

multidireccional, con realimentación. Dentro del grupo familiar se pueden formar subgrupos que se comunican dentro de una estructura vincular a doble vía<sup>18</sup>.

El enfermo es el *portavoz* del grupo familiar, denuncia la enfermedad familiar. Es el *emergente*, que también puede ser enmarcado en una situación social, o institucional pero en el grupo familiar emerge desde las relaciones estereotipadas de los integrantes del grupo familiar, no hay plasticidad entre éstos, hay fijeza, rigidez, no se puede visualizar el factor tiempo. "*La enfermedad es un intento de elaboración del sufrimiento provocado por la intensidad de los miedos básicos. Es un intento fallido por la utilización de mecanismos de defensa estereotipados y rígidos que son incapaces para mantener al sujeto en un estado de adaptación activa al medio. Este es un proceso que acarrea la alineación del grupo del que el sujeto que enferma es portavoz*". (Pichón Riviere)<sup>18</sup>.

## MARCO LEGAL

El derecho a la protección de la salud que tiene toda persona se fundamenta en los en los términos del Artículo 4o. de **La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, que establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

*Artículo 4o.*

*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.*

*Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar<sup>19</sup>.*

**Ley General de Salud, Título decimo primero, programas contra las adicciones.**

### CAPITULO I

Consejo Nacional Contra las Adicciones

*Artículo 184 Bis.- Se crea el Consejo Nacional Contra las Adicciones, que tendrá por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones que regula el presente Título, así como proponer y evaluar los programas a que se refieren los Artículos 185, 188 y 191 de esta Ley. Dicho Consejo estará integrado por el Secretario de Salud, quien lo presidirá, por los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal cuyas atribuciones tengan relación con el objeto del Consejo y por representantes de organizaciones sociales y privadas relacionadas con la salud.*

*El Secretario de Salud podrá invitar, cuando lo estime conveniente, a los titulares de los gobiernos de las entidades federativas a asistir a las sesiones del Consejo.*

*La organización y funcionamiento del Consejo se regirán por las disposiciones que expida el Ejecutivo Federal.*

## **CAPITULO II**

### **Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas**

*Artículo 185.- La Secretaría de Salud, los gobiernos de las entidades federativas y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas que comprenderá, entre otras, las siguientes acciones:*

*I. La prevención y el tratamiento del alcoholismo y, en su caso, la rehabilitación de los alcohólicos;*

*II. La educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, dirigida especialmente a niños, adolescentes, obreros y campesinos, a través de métodos individuales, sociales o de comunicación masiva, y*

*III. El fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo, especialmente en zonas rurales y en los grupos de población considerados de alto riesgo.*

*Artículo 186.- Para obtener la información que oriente las acciones contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, se realizarán actividades de investigación en los siguientes aspectos:*

*I. Causas del alcoholismo y acciones para controlarlas.*

*II. Efectos de la publicidad en la incidencia del alcoholismo y en los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas;*

*III. Hábitos de consumo de alcohol en los diferentes grupos de población y*

*IV. Efectos del abuso de bebidas alcohólicas en los ámbitos familiar social, deportivo, de los espectáculos, laboral y educativo.*

*Artículo 187.- En el marco del Sistema Nacional de Salud, la Secretaría de Salud coordinará las acciones que se desarrollen contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. La coordinación en la adopción de medidas, en los ámbitos federal y local, se llevará a cabo a través de los acuerdos de coordinación que celebre la Secretaría de Salud con los gobiernos de las entidades federativas<sup>20</sup>.*

Es la **NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999**, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, la que tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Esta debe aplicarse de forma obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones<sup>21</sup>.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El alcoholismo es una enfermedad crónica y progresiva caracterizada por tolerancia y dependencia física, además de daño orgánico; todo esto como consecuencia directa o indirecta del alcohol ingerido. Ha sido definido con las siguientes características: Los cambios crónicos y progresivos físicos, emocionales y sociales que se desarrollan son acumulativos y progresan si se continúa bebiendo, tolerancia, es decir, adaptación cerebral a la presencia de altas concentraciones de alcohol, dependencia física, síntomas de abstinencia que ocurren cuando disminuye o cesa el consumo de alcohol, la persona que padece alcoholismo no puede predecir la duración del episodio o la cantidad que irá a consumir, los cambios orgánicos patológicos pueden encontrarse en cualquier órgano, pero de forma más frecuente afecta al hígado, cerebro, sistema nervioso periférico y tracto gastrointestinal, el patrón de consumo es por lo general continuo, pero puede ser intermitente con períodos de abstinencia entre los episodios de bebida, los síntomas ambientales, sociales y emocionales y las consecuencias del alcoholismo resultan del efecto del alcohol sobre la función del cerebro. El grado al cual estos síntomas y signos son considerados patológicos dependerá de las normas culturales de la sociedad o grupo en que la persona se desenvuelva. Existe una relación directa entre el consumo del alcohol, las muertes violentas, el suicidio y los accidentes del tránsito.

El alcoholismo es una enfermedad de la cual se conocen los efectos físicos a largo plazo, pero de los efectos indirectos se habla poco o casi nada, es hasta hace algunos años que se ha volteado a ver este como un verdadero problema de salud pública en México, y es una enfermedad que ha adquirido importancia, no sólo por los efectos directos a la salud sino también por los costos directos que genera al individuo, la familia y sociedad en conjunto.

Las repercusiones familiares encontradas en una muestra de 164 pacientes de la Clínica Monte Fénix fueron: violencia verbal (89.6%), violencia física (57%), separaciones (49%), abandono (16%) y divorcio (21%).

Es importante recalcar que el alcohólico no existe en el vacío. Esta enfermedad no es un padecimiento solitario y su alcance impacta en especial aunque no de forma exclusiva a la familia del alcohólico. Ahora bien, uno de los indicadores más claros de que una familia está funcionando de la mejor forma posible es la coherencia, los términos que mejor describen la vida en una familia alcohólica son lo incoherente y lo impredecible. Por lo general, lo que un cónyuge o un hijo hacen cuando viven en un ambiente alcohólico, lo hacen porque en ese momento tiene lógica para ellos.

En la medida en que los problemas que rodean al alcoholismo producen más incoherencia e impredecibilidad en el hogar, es típico que la conducta de los miembros no alcohólicos de la familia constituya un intento por volver a estabilizar el sistema familiar. Los miembros de este sistema familiar actúan y reaccionan de maneras que hacen que la vida sea más fácil y menos dolorosa para ellos. Para ello, la familia adopta roles disfuncionales que los llevan a sobrevivir la enfermedad de uno de sus miembros<sup>23</sup>.

En la práctica terapéutica con los alcohólicos, con frecuencia observamos que la familia se convierte en barrera que dificulta el mantener y fortalecer la sobriedad del paciente, al impedir la adecuada reinserción del alcohólico en vías de rehabilitación a su seno. En otra faceta del problema, la rehabilitación se facilita y consolida al cooperar de forma adecuada la familia del mismo. Cuando hablo del primer caso, en ningún momento se habla de negativismo consciente en la familia o algunos de sus miembros para ayudar al alcohólico, por el contrario se ha constatado que hay buena disposición de la familia para contribuir a la solución del problema, por razones como: necesidad de que la familia recupere su funcionalidad, la salud de los hijos, la adecuada educación de éstos por solidaridad humana, etcétera<sup>24</sup>.

La CMF Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE atiende a 92432 usuarios al año, si consideramos que todos los usuarios pertenecen a una familia y el alcoholismo es una enfermedad frecuente en nuestra sociedad nos preguntamos

¿Cómo se afectan las interacciones familiares por el consumo de alcohol en los usuarios de la CMF?

## JUSTIFICACION

El impacto de la dependencia al alcohol en la familia del adicto y otras personas significativas o cercanas a este es enorme. Es importante conocer los datos que nos hablan de la magnitud del mismo, en el año 2007 encontramos un total de 45370 casos nuevos de intoxicación aguda por alcohol y se reporto una incidencia global anual de 43.69, el grupo de etario donde la incidencia fue mayor es el de 25-40 años con 19777 casos nuevos con una incidencia de 76.52, le siguen en frecuencia el grupo de 20-24 años con 7369 casos nuevos y el grupo de 15-19 años con 4997 casos nuevos. A nivel nacional se reportó entre las veinte principales causas de enfermedad por otras fuentes de información en el lugar 17 con casos 17197 nuevos y una incidencia de 16.26. Yucatán es el Estado de la República con mayor incidencia en ese año con una incidencia de 528.03, cantidad que resulta 23 veces mayor que la incidencia anual global de displasia cervical severa y cáncer cervicouterino in situ que fue de 23.05, sin embargo se destinan más recursos a la segunda y muy pocos a la prevención y manejo del alcoholismo, en el país la enfermedad alcohólica del hígado tuvo una incidencia de 12.54<sup>24</sup>.

En el ISSSTE se reportaron 1246 casos nuevos ese mismo año y 32 egresos hospitalarios con el diagnostico de transtorno mental por alcohol y por enfermedad alcohólica del hígado un total de 68 egresos hospitalarios. En la Clínica de Medicina familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE se reportaron en el año 2008:

Tabla 1. Consultas por edad y sexo en la CMF Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

Edad	Femenino	Masculino	Total
15-17	6		6
18	1	2	3
19-24	5	9	14
25-29			0
30-34			0
35-39			0
40-44	2		2
45-49	14		14
50-54		10	10
55-59	11	37	37
60-64		15	15
total	51	73	101

Total de consultas por etilismo en el periodo comprendido del 1 de enero del 2008 al 31 enero del 2008, con un total de 36 incapacidades

La CMF Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, cuenta con un total de 92432 usuarios, tiene 2 salas de espera, 22 consultorios, 23 médicos familiares, 14 médicos generales, 1 terapeuta familiar, 2 psicólogas y 2 trabajadoras sociales, 1 instrumento validado para explorar la dinámica familiar lo cual permite realizar el trabajo de investigación

El trabajo del médico familiar implica la atención al paciente desde puntos de vista cada vez más integrales, que abarquen no sólo al individuo y sus síntomas o enfermedad, sino que se extienda a factores de índole psicosocial como la familia y la comunidad.

La atención al alcohólico ahora nos demanda que se observen tanto los factores familiares como los comunitarios y se realicen acciones desde la comunidad. La atención a la familia del alcohólico constituye un paso de vital importancia en la rehabilitación de éste. Lograr que la familia se involucre en el tratamiento, ha demostrado su efectividad en programas de intervención realizados en otros países del mundo.

# **OBJETIVOS**

## **Objetivo General**

Identificar cómo se afectan las relaciones familiares por el consumo de alcohol en los usuarios de la CMF Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE

## **Objetivos Específicos**

Describir las características sociodemográficas de los entrevistados y sus familias

Clasificar a las familias entrevistadas

Identificar el ciclo de vida familiar en que se encuentran las familias

Identificar la dinámica familiar de las familias encuestadas por medio del instrumento de problemas familiares

## **Hipótesis nula**

No existe relación entre la interacción familiar y el consumo de alcohol en alguno de sus miembros

## **Hipótesis alterna**

Si existe relación entre la interacción familiar y el consumo de alcohol en alguno de sus miembros

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Es un estudio observacional, correlacional, transversal, prospectivo.

### **POBLACION, LUGAR Y TIEMPO**

Se realizó en la CMF Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE domicilio calle oriental Colonia Alianza Popular Revolucionaria, Distrito Federal.

De octubre de 2009 a febrero del 2010

Familias usuarias de la CMF Dr. Ignacio Chávez

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Criterios de inclusión: Familias usuarias de la CMF Dr. Ignacio Chávez, que deseen participar voluntariamente, informante mayor de edad.

Criterios de exclusión familias usuarias de otras clínicas, que no deseen participar,

Criterios de eliminación: entrevistas incompletas,

### **TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA**

Tipo: por cuota

Tamaño de la muestra: 120

Confianza 90%, error 10%

## VARIBLES

### SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLE	Nombre	Definición	Tipo variable de	Valores
SOCIODEMOGRAFICAS	Sexo	Se refiere nada más que a la división del género humano en dos grupos: mujer u hombre.	Cualitativa nominal	masculino y femenino
	edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento	Cuantitativa discontinua	1 a n
	Escolaridad	Tiempo durante el cual una persona asiste a un centro de enseñanza, conjunto de enseñanzas y cursos que se imparten a estudiantes en establecimientos docentes.	Cualitativa ordinal	analfabeta, primaria, secundaria, carrera técnica, preparatoria, licenciatura, maestría, doctorado
	Ocupación	Acción y efecto de ocupar u ocuparse, referente al Trabajo, empleo, oficio.	Cualitativa, nominal	abierto
	Estado civil	Definición: Es la calidad de un individuo en orden a sus relaciones de familia en cuanto le confiere o le impone determinados derechos y obligaciones civiles.	Cualitativa, nominal	soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre, seprado
	Colonia de residencia	De una persona física es el lugar donde reside con el propósito de establecerse en el, a falta de éste, el lugar en que tiene el principal asiento de sus negocios; y a falta de uno y otro el lugar en que se halla.	Cualitativa, nominal	abierta

## CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA

VARIABLE	Nombre	Definición	Tipo de variable	Valores
CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA	Estructura	Composición de acuerdo a la relación que guardan entre si y al número de miembros que viven en la misma casa	Cualitativa , nominal	Nuclear, extensa, compuesta, monoparental
	Ocupación	de acuerdo con lo referente al trabajo del principal sostén económico de la familia	Cualitativa , nominal	campesina, obrera, profesional
	Integración	de acuerdo con la presencia o no de los miembros que la conforman	Cualitativa , nominal	integrada, desintegrada
	Demografía	De acuerdo a los servicios con los que cuentan	Cualitativa , nominal	rural y urbana

## CICLO DE VIDA FAMILIAR

Nombre	Definición	Tipo de variable	Valores
CICLO DE VIDA FAMILIAR Gueyman	Este se describe como la serie de etapas que se suceden a través del tiempo, desde su creación hasta su disolución	Cualitativa ordinal	Matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y muerte

## ENCUESTA

Nombre	Definición	Tipo de variable	Valores
Comunicación e integración familiar	Se refiere a la comunicación y su función de integración para la familia, e las que a nivel verbal y no verbal se transmiten afectos pensamiento y creencias	cualitativa ordinal	29-86=menor comunicación e integración, 87-145 mayor comunicación e integración
Interacción familiar negativa	Es el factor que indica la percepción del sujeto sobre la falta de atención que la familia le brinda tanto en el cuidado como en la disposición para ayudarlo en especial de los padres.	cualitativa ordinal	28-83=menor interacción familiar negativa, 84-140=mayor interacción familiar negativa
Conflicto familiar	Este en las relaciones humanas cercanas es un factor sobresaliente puede tener efectos a largo plazo en la forma como se perciben los miembros de la familia, abarca situaciones como discusiones verbales, no verbales, criticas, burlas, descalificaciones, hasta faltas de respeto.	cualitativa ordinal	19-56= menor conflicto familiar, 57-95= mayor conflicto familiar
Agresión familiar	Inciden factores como regaños, enojos, castigos y hasta provocaciones físicas. Se conforma cuando se generan situaciones en la familia como falta de afecto, rivalidad entre hermanos agresión psicológica o física.	cualitativa ordinal	15-44=menor agresión familiar, 45-75=mayor agresión familiar
Desacuerdos de los padres para permisos	Cuando las reglas y límites no son claros ni firmes al establecerlos de común acuerdo por el sistema parental los adolescentes pondrán a prueba la estructura familiar	cualitativa ordinal	11-32=menos desacuerdos, 33-55=más desacuerdos
Influencia del alcohol en la familia	Refleja los efectos que el alcohol tiene en la organización y armonía familiar	cualitativa ordinal	7-20= menor influencia, 21-35mayor influencia
Farmacodependencia en la familia	Este factor repara en el consuno de drogas y sustancias toxicas que representan la generación de problemas emocionales y físicos para la familia	cualitativa ordinal	6-17=menos farmacodependencia, 18-30= más farmacodependencia
Conducta alcohólica en la familia	Se dice que surge cuando la familia gira en torno al consumo de alcohol y sus implicaciones en el sistema en términos de agresión física y emocional, económicos y de salud.	cualitativa ordinal	7-20= menor conducta alcohólica, 21-35mayor mayor conducta alcohólica

## INSTRUMENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN

El instrumento de problemas familiares fue diseñado por Magdalena Espinosa y Gómez, especialmente para evaluar lo que algunas personas de la Ciudad de México consideran son los principales problemas en su familia.

Para conocer qué era lo que las personas consideraban problemas familiares se aplicó una encuesta de dos preguntas abiertas:

¿Qué entiende por problemas familiares?

¿Cuáles considera que son los más frecuentes en su familia?

Estas preguntas se eligieron buscando que, de manera sencilla, los sujetos estudiados pudieran contestar lo que ellos pensaban respecto de los problemas que ocurren en su familia, así como para que identificaran las situaciones que, así como tales, viven cotidianamente. Con estas dos preguntas, se trató de definir lo que entendemos por problemas familiares, e identificar el tipo de problemas reportan con mayor incidencia en su familia<sup>26</sup>.

Haciéndoles saber el propósito del estudio y garantizándoles el anonimato a sus respuestas, se solicitó a los sujetos que de forma voluntaria accedieran a contestar de forma clara y abierta lo que ellos entendían por problemas familiares, así como que describiera aquellos que, conforme a su criterio, consideraban ser los más frecuentes en su familia. Algunas personas fueron abordadas en oficinas públicas y en la calle, mientras que otras en su casa o universidad.

Se obtuvo un muestreo no probabilístico de sujetos fáciles de estudiar de 100 sujetos voluntarios de diversos sitios de la Ciudad de México y el Estado de México; 58 mujeres y 42 hombres sus edades fluctuaban entre los 15 y 70 años (media en 29 mujeres y 48 en hombres). Estado civil 48 solteros, 40 casados y 12 divorciados. Ocupación 36 estudiantes, 18 empleados federales, 10 abogados, 8 secretarías, 6 pasantes de derecho, 2 psicólogos, 2 que estudian y trabajan, 1 médico, 1 ingeniero, 3 comerciantes, 1 desempleado, 8 amas de casa, 4 sin respuesta. Lugar de origen 67 Distrito Federal, 32 del interior de la República y 1 de Ecuador. Religión 70 católicos, 3 creyentes, 8 evangélicos, 6 cristianos, 1 ateo, 12 sin respuesta.

Las respuestas que los sujetos dieron a la primera pregunta ¿Qué entiende por problemas familiares? fueron agrupadas por frecuencias, procurando una lectura atenta y cuidadosa de los 100 cuestionarios aplicados, marcando y diferenciando los conceptos dados en las respuestas por los sujetos. Una vez que los cuestionarios estuvieron acotados, adecuadamente fueron analizados e identificados en su texto. Así, cada uno de los términos se reunió y ordenó como fue expresado por cada sujeto. A partir de esto, se procedió a clasificarlos formando diversos grupos, y se reunieron en cada uno de ellos los conceptos iguales, y en algunos casos los más parecidos en su significado<sup>26</sup>.

Conceptualmente los problemas familiares se subdividen en dos tipos instrumentales y afectivos. Los instrumentales tienen que ver con la vida diaria e implican el sustento económico: alimento, ropa, casa, transporte, etc. y los afectivos se relacionan con aspectos emotivos como el coraje, la depresión, el amor, etc.

La definición que dieron los sujetos que contestaron las preguntas del estudio fue la siguiente:

Los problemas familiares son dificultades y conflictos relacionados con la convivencia diaria entre los miembros de la familia, que pueden generarse por causas internas, como falta de comunicación, diferentes puntos de vista que generan malos entendidos, mala relación entre los padres, falta de respeto y desobediencia que crea desorganización en el núcleo familiar, etc.

Asimismo hay determinantes externos, como problemas económicos, falta de trabajo, alcoholismo o drogadicción que traen consecuencias en el ámbito emocional, como dolor, soledad, hostilidad, desagrado, manifestaciones de orgullo e indiferencia.

Todo esto provoca sufrimiento en uno o varios de los integrantes de la familia y puede acarrear situaciones críticas e insostenibles, capaces de alterar la personalidad humana, hasta llegar a la agresión física o psicológica, el maltrato a los hijos y discusiones en la familia de origen o con la familia extensa. Tales enfrentamientos, en mayor o menor grado, ponen en peligro la armonía y estabilidad de la familia, que corre el riesgo de desintegrarse<sup>26</sup>.

## **PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN**

Se abordó a los usuarios en la sala de espera de la CMF Dr. Ignacio Chávez en la sala de espera antes de pasar a su consulta o al salir de la misma se les solicitó su participación y aquellos que aceptaron eran entrevistados en un área alejada del resto de los pacientes de la sala de espera; la entrevistadora planteaba las preguntas y llenaba el cuestionario. En los casos donde los informantes solicitaban atención a las adicciones se les canalizaba al servicio de trabajo social, la información de los cuestionarios de vació a una base de datos en el programa electrónico SPSS, los resultados se presentan con tablas y gráficas.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

Se realizó un análisis descriptivo, de asociación. Con medidas de tendencia central, de dispersión y prueba de hipótesis con Chi cuadrada.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se sujeta a la declaración de Helsinki en los puntos: 3, 5, 6, 10, 11, 15, 16, 21, 22, 29, 33, 34 y 35<sup>27</sup>.

Se sujeta a la ley general de salud titulo quinto sobre investigación para la salud capitulo único, artículo 100<sup>20</sup>.

## RESULTADOS

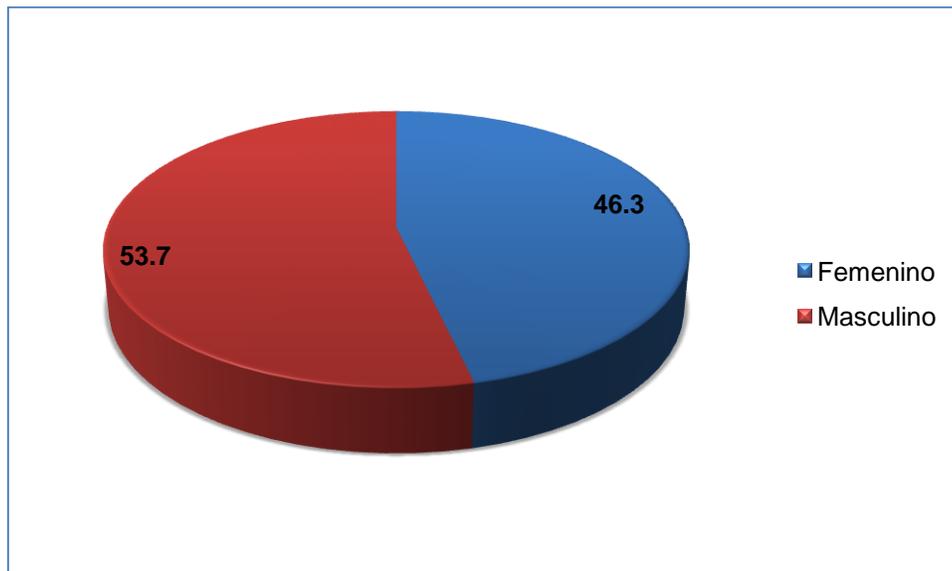
Se realizaron 120 encuestas a los usuarios de la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez ISSSTE

Tabla 1. EDAD DE LOS ENTREVISTADOS

<b>promedio</b>	<b>39.7</b>
<b>mediana</b>	31
<b>moda</b>	29
<b>máximo</b>	66
<b>mínimo</b>	22
<b>rango</b>	44
<b>des.est.</b>	15.8

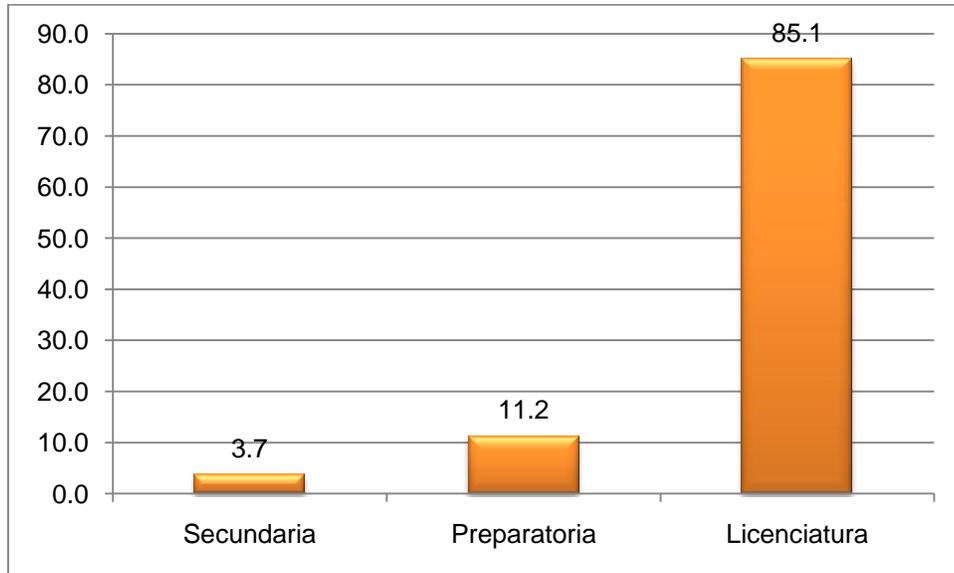
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” de diciembre de 2009 a marzo de 2010.

Figura 1. SEXO DE LOS ENTREVISTADOS



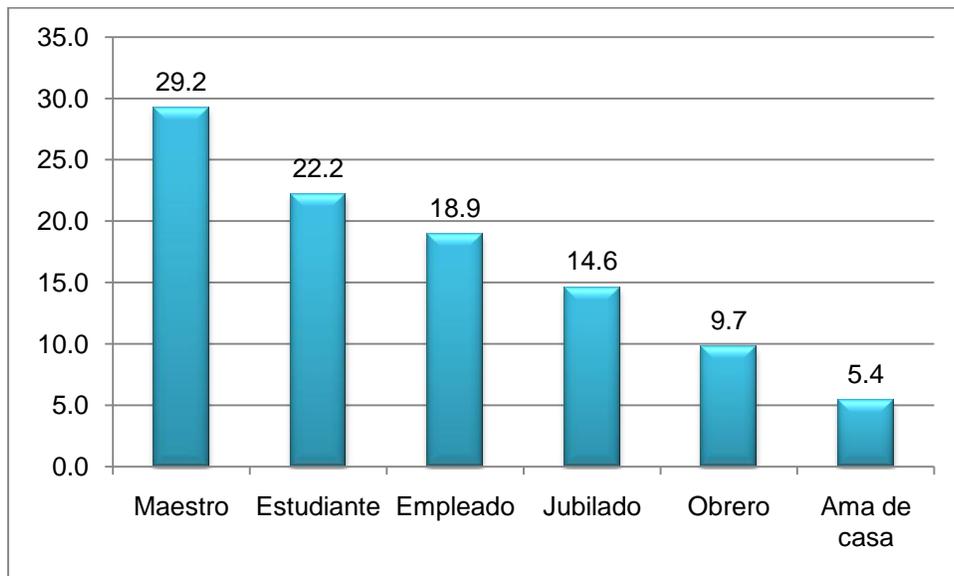
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” de diciembre de 2009 a marzo de 2010.

Figura 2. Escolaridad de los entrevistados



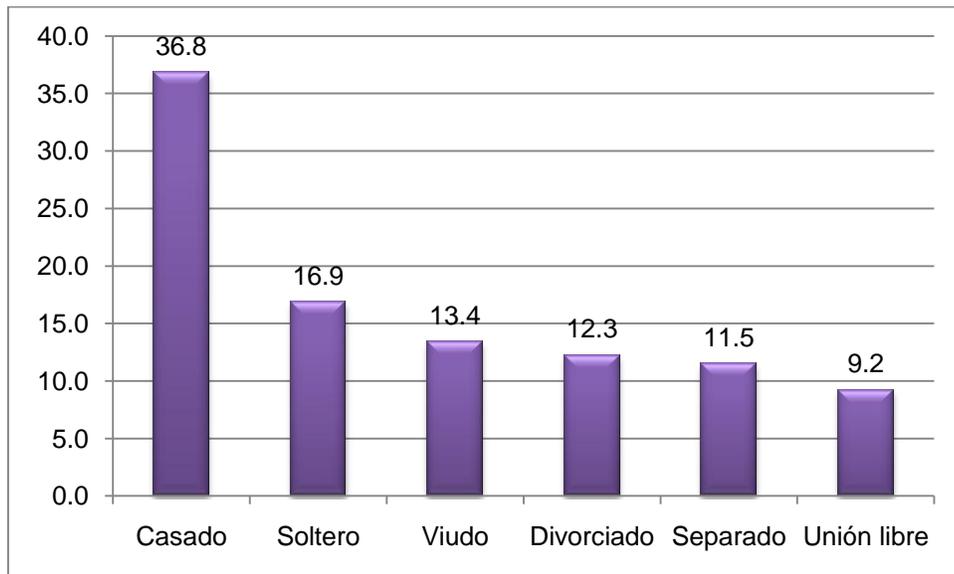
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" de diciembre de 2009 a marzo de 2010.

Figura 3. Porcentaje de ocupación



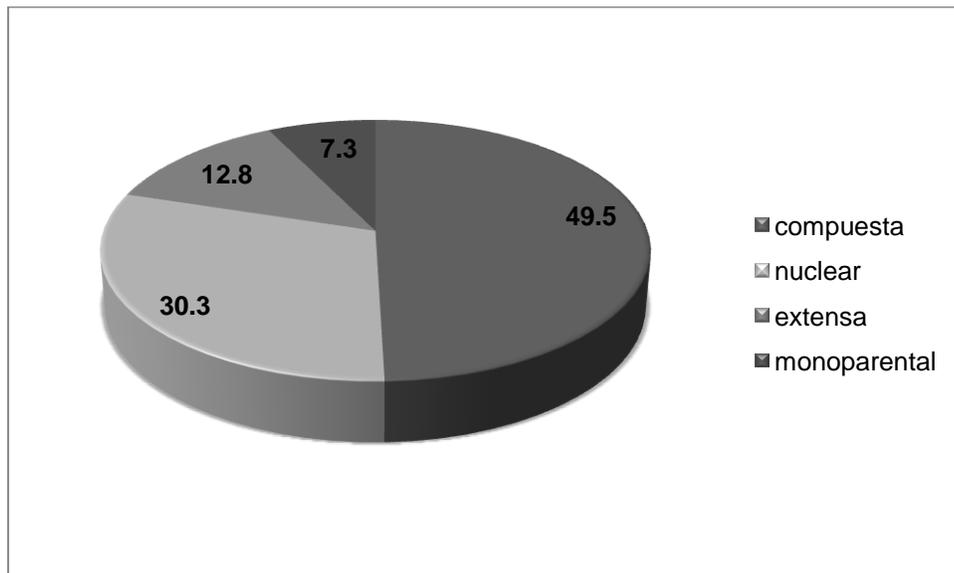
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" de diciembre de 2009 a marzo de 2010.

Figura 4. Porcentaje del estado civil de los entrevistados



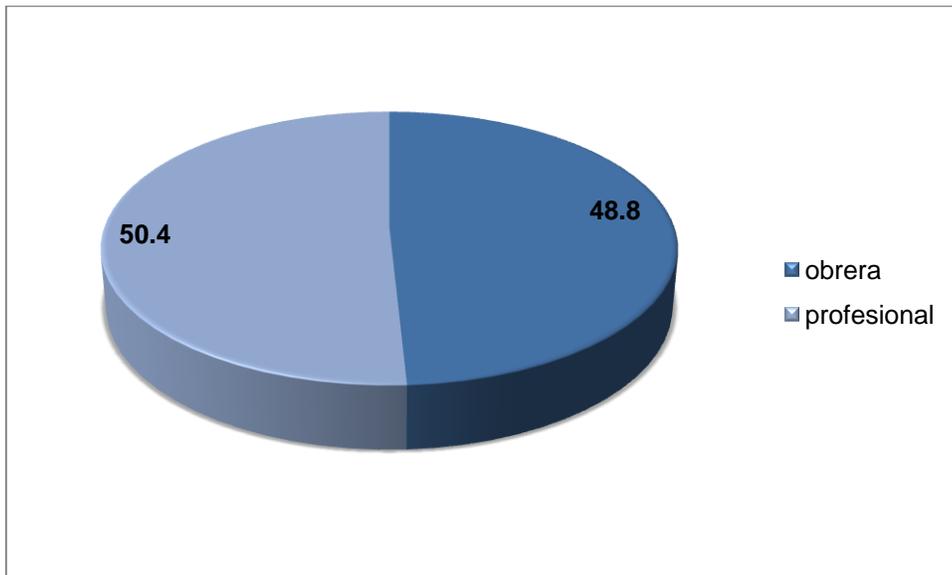
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” de diciembre de 2009 a marzo de 2010.

Figura 5. Porcentaje de composición de la familia



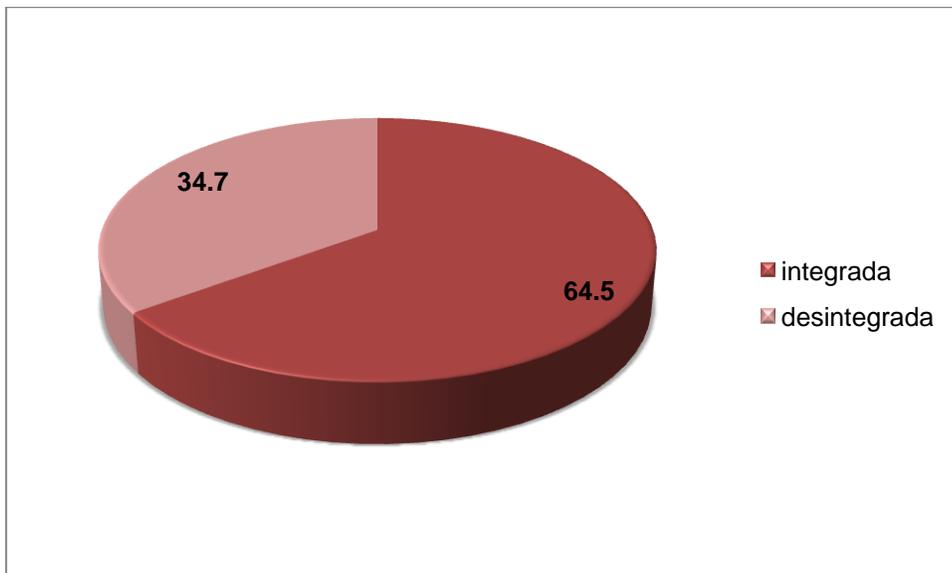
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” de diciembre de 2009 a marzo de 2010.

Figura 6. Porcentaje de ocupación de la familia



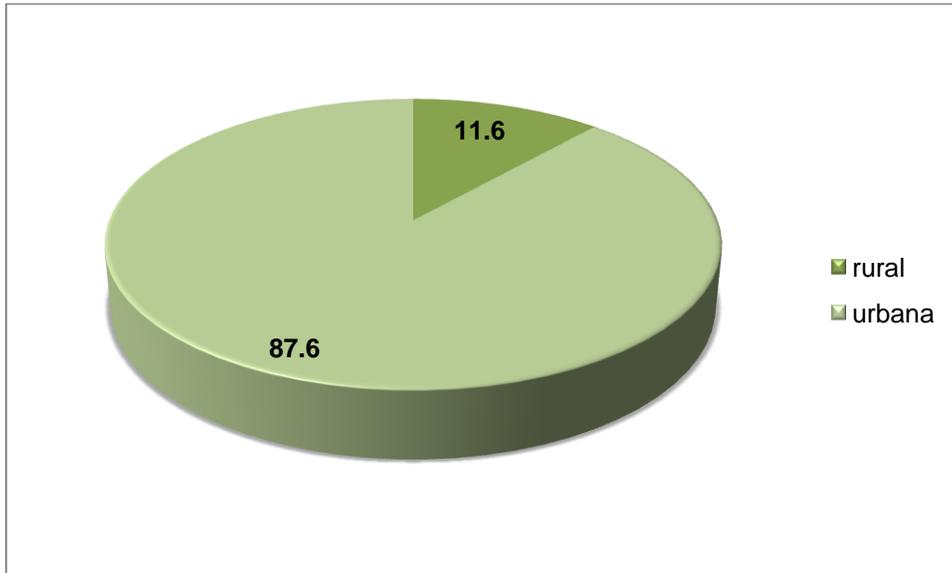
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” de diciembre de 2009 a marzo de 2010

Figura 7. Porcentaje de familias según su integración



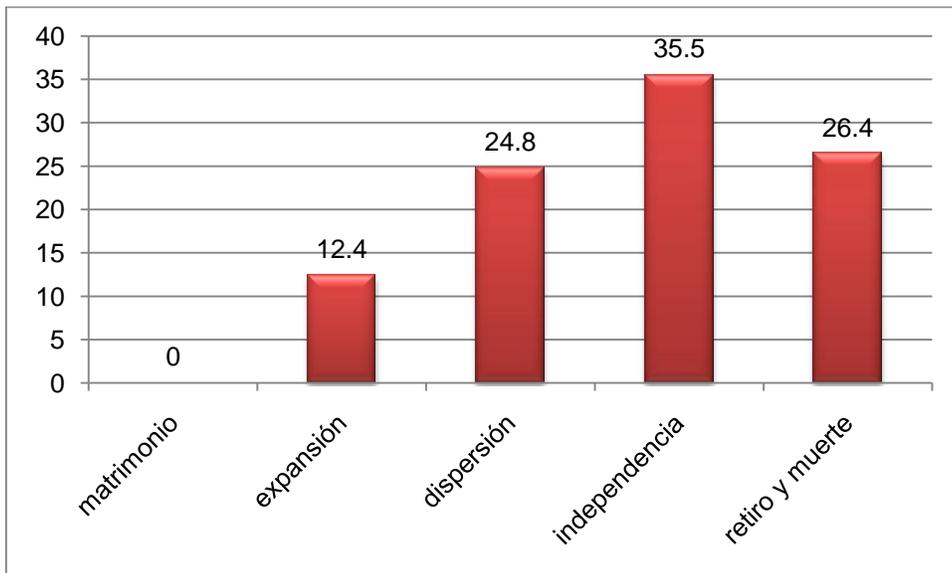
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” de diciembre de 2009 a marzo de 2010

Figura 8. Porcentaje de familias según su demografía



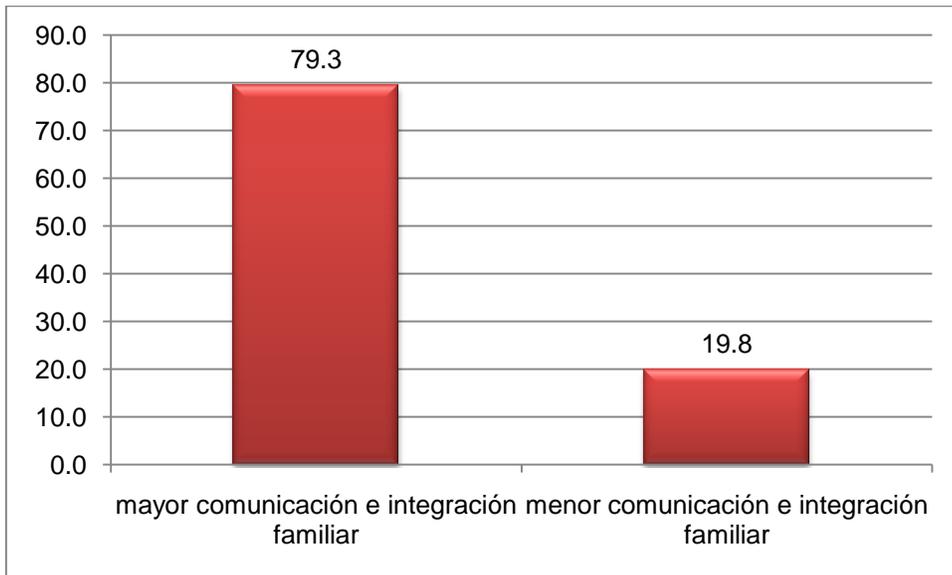
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” de diciembre de 2009 a marzo de 2010

Figura 9. Porcentaje de familias según su etapa de ciclo de vida



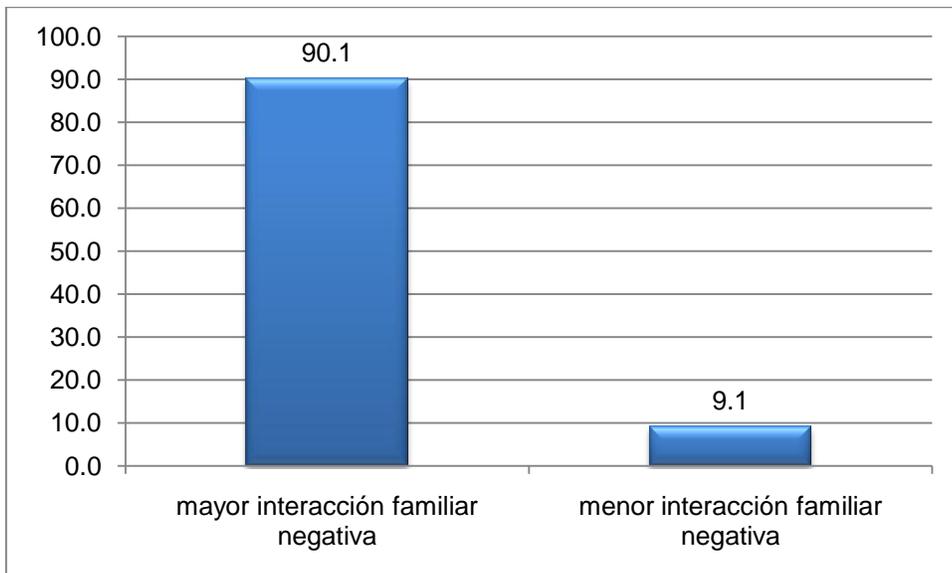
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” de diciembre de 2009 a marzo de 2010

Figura 10. Porcentaje de familias según comunicación e integración



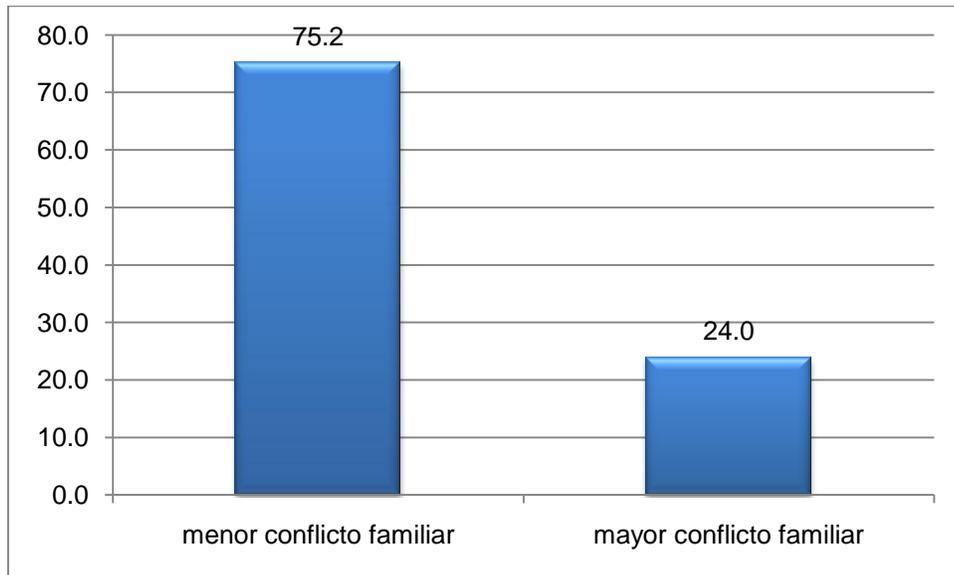
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” de diciembre de 2009 a marzo de 2010

Figura 11. Porcentaje de familias según su interacción familiar negativa



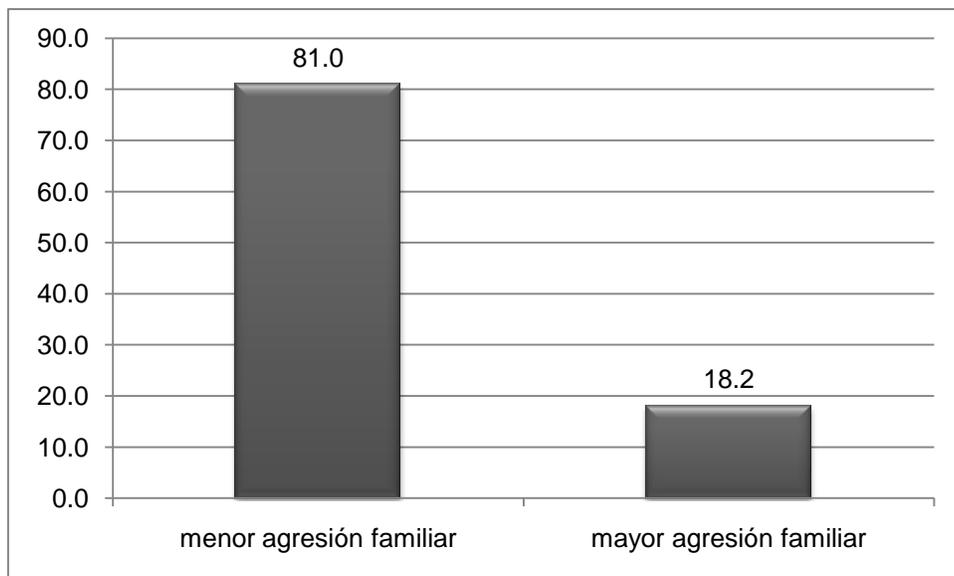
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” de diciembre de 2009 a marzo de 2010

Figura 12. Porcentaje de familias según el conflicto familiar



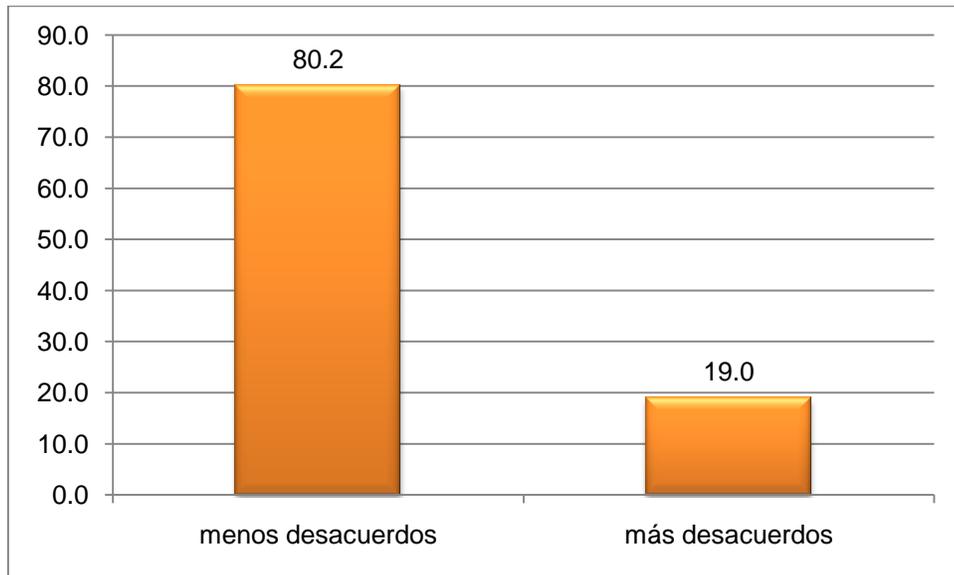
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” de diciembre de 2009 a marzo de 2010

Figura 13. Porcentaje de familias según la agresión familiar



Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” de diciembre de 2009 a marzo de 2010

Figura 14. Porcentaje de familias según los desacuerdos entre los padres



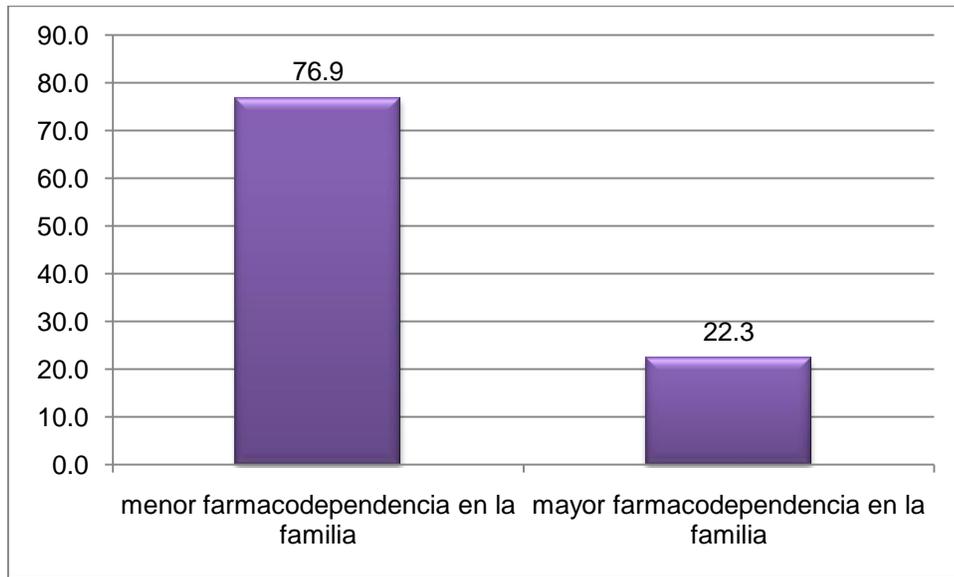
Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” de diciembre de 2009 a marzo de 2010

Figura 15. Porcentaje de familias según la influencia del alcohol



Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” de diciembre de 2009 a marzo de 2010

Figura 16. Porcentaje de familias según la farmacodependencia en la familia



Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” de diciembre de 2009 a marzo de 2010

Figura 17. Porcentaje de familias según la influencia del alcohol en la familia



Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” de diciembre de 2009 a marzo de 2010

Se realizó el análisis de correlación entre los resultados, en los que se consideraron los factores 6, 7 y 8 (influencia del alcohol en la familia, farmacodependencia en la familia y conducta alcohólica en la familia respectivamente) para ser correlacionados con los otros cinco factores, a continuación se presentan los resultados en tablas de contingencia.

Tabla 2. Asociación entre la influencia del alcohol en la familia y la comunicación e interacción familiar.

			Influencia del alcohol en la familia		Total
			menor influencia del alcohol en la familia	mayor influencia del alcohol en la familia	
Comunicación e integración familiar	mayor comunicación e integración familiar	Recuento	75	21	96
		% de Influencia del alcohol en la familia	86.2%	63.6%	80.0%
Total	menor comunicación e integración familiar	Recuento	12	12	24
		% de Influencia del alcohol en la familia	13.8%	36.4%	20.0%
		Recuento	87	33	120
		% de Influencia del alcohol en la familia	100.0%	100.0%	100.0%

p=0.006

Tabla 3. Asociación entre la influencia del alcohol en la familia y la interacción familiar negativa

			Influencia del alcohol en la familia		Total
			menor influencia del alcohol en la familia	mayor influencia del alcohol en la familia	
Interacción familiar negativa	mayor interacción familiar negativa	Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	83 95.4%	26 78.8%	109 90.8%
	menor interacción familiar negativa	Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	4 4.6%	7 21.2%	11 9.2%
Total		Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	87 100.0%	33 100.0%	120 100.0%

P=0.005

Tabla 4. Asociación entre la influencia del alcohol en la familia y el conflicto familiar

			Influencia del alcohol en la familia		Total
			menor influencia del alcohol en la familia	mayor influencia del alcohol en la familia	
Conflicto familiar	mayor conflicto familiar	Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	12 13.8%	17 51.5%	29 24.2%
	menor conflicto familiar	Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	75 86.2%	16 48.5%	91 75.8%
Total		Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	87 100.0%	33 100.0%	120 100.0%

P=0.00

Tabla 5. Asociación entre la influencia del alcohol en la familia y agresión familiar

			Influencia del alcohol en la familia		Total
			menor influencia del alcohol en la familia	mayor influencia del alcohol en la familia	
Agresión familiar	mayor agresión familiar	Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	0 .0%	22 66.7%	22 18.3%
	menor agresión familiar	Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	87 100.0%	11 33.3%	98 81.7%
Total		Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	87 100.0%	33 100.0%	120 100.0%

P=0.00

Tabla 6. Asociación entre la influencia del alcohol en la familia y desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos

			Influencia del alcohol en la familia		Total
			menor influencia del alcohol en la familia	mayor influencia del alcohol en la familia	
Desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos	más desacuerdos de los padres para dar permisos	Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	0 .0%	23 69.7%	23 19.2%
	menos desacuerdos de los padres para dar permisos	Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	87 100.0%	10 30.3%	97 80.8%
Total		Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	87 100.0%	33 100.0%	120 100.0%

P=0.00

Tabla 7. Asociación entre la influencia del alcohol en la familia y farmacodependencia en la familia

			Influencia del alcohol en la familia		Total
			menor influencia del alcohol en la familia	mayor influencia del alcohol en la familia	
Farmacodependencia en la familia	más farmacodependencia	Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	8 9.2%	19 57.6%	27 22.5%
	menos farmacodependencia	Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	79 90.8%	14 42.4%	93 77.5%
Total		Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	87 100.0%	33 100.0%	120 100.0%

P=0.00

Tabla 8. Influencia del alcohol en la familia y conducta alcohólica en la familia

			Influencia del alcohol en la familia		Total
			menor influencia del alcohol en la familia	mayor influencia del alcohol en la familia	
Conducta alcohólica en la familia	mayor conducta alcohólica	Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	3 3.4%	15 45.5%	18 15.0%
	menor conducta alcohólica	Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	84 96.6%	18 54.5%	102 85.0%
Total		Recuento % de Influencia del alcohol en la familia	87 100.0%	33 100.0%	120 100.0%

P=0.00

Tabla 9. Asociación entre farmacodependencia en la familia y comunicación e interacción familiar

			Farmacodependencia en la familia		Total
			menos farmacodependencia	más farmacodependencia	
Comunicación e integración familiar	mayor comunicación e integración familiar	Recuento % de Farmacodependencia en la familia	81 87.1%	15 55.6%	96 80.0%
	menor comunicación e integración familiar	Recuento % de Farmacodependencia en la familia	12 12.9%	12 44.4%	24 20.0%
Total		Recuento % de Farmacodependencia en la familia	93 100.0%	27 100.0%	120 100.0%

P=0.00

Tabla 10. Asociación entre farmacodependencia en la familia e interacción familiar negativa

			Farmacodependencia en la familia		Total
			menos farmacodependencia	más farmacodependencia	
Interacción familiar negativa	mayor interacción familiar negativa	Recuento % de Farmacodependencia en la familia	89 95.7%	20 74.1%	109 90.8%
	menor interacción familiar negativa	Recuento % de Farmacodependencia en la familia	4 4.3%	7 25.9%	11 9.2%
Total		Recuento % de Farmacodependencia en la familia	93 100.0%	27 100.0%	120 100.0%

P=0.001

Tabla 11. Asociación entre farmacodependencia en la familia y conflicto familiar

			Farmacodependencia en la familia		Total
			menos farmacodependencia	más farmacodependencia	
Conflicto familiar	mayor conflicto familiar	Recuento	12	17	29
		% de Farmacodependencia en la familia	12.9%	63.0%	24.2%
	menor conflicto familiar	Recuento	81	10	91
		% de Farmacodependencia en la familia	87.1%	37.0%	75.8%
Total		Recuento	93	27	120
		% de Farmacodependencia en la familia	100.0%	100.0%	100.0%

P=0.00

Tabla 12. Asociación entre farmacodependencia en la familia y agresión familiar

			Farmacodependencia en la familia		Total
			menos farmacodependencia	más farmacodependencia	
Agresión familiar	mayor agresión familiar	Recuento	4	18	22
		% de Farmacodependencia en la familia	4.3%	66.7%	18.3%
	menor agresión familiar	Recuento	89	9	98
		% de Farmacodependencia en la familia	95.7%	33.3%	81.7%
Total		Recuento	93	27	120
		% de Farmacodependencia en la familia	100.0%	100.0%	100.0%

P=0.00

Tabla 13. Asociación entre farmacodependencia en la familia y desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos

			Farmacodependencia en la familia		Total
			menos farmacodependencia	más farmacodependencia	
Desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos	más desacuerdos de los padres para dar permisos	Recuento % de Farmacodependencia en la familia	5 5.4%	18 66.7%	23 19.2%
	menos desacuerdos de los padres para dar permisos	Recuento % de Farmacodependencia en la familia	88 94.6%	9 33.3%	97 80.8%
Total		Recuento % de Farmacodependencia en la familia	93 100.0%	27 100.0%	120 100.0%

P=0.00

Tabla 14. Asociación entre farmacodependencia en la familia y conducta alcohólica en la familia

			Farmacodependencia en la familia		Total
			menos farmacodependencia	más farmacodependencia	
Conducta alcohólica en la familia	mayor conducta alcohólica	Recuento % de Farmacodependencia en la familia	6 6.5%	12 44.4%	18 15.0%
	menor conducta alcohólica	Recuento % de Farmacodependencia en la familia	87 93.5%	15 55.6%	102 85.0%
Total		Recuento % de Farmacodependencia en la familia	93 100.0%	27 100.0%	120 100.0%

P=0.00

Tabla 15. Asociación entre conducta alcohólica en la familia y comunicación e interacción familiar

			Conducta alcohólica en la familia		Total
			menor conducta alcohólica	mayor conducta alcohólica	
Comunicación e integración familiar	mayor comunicación e integración familiar	Recuento	86	10	96
		% de Conducta alcohólica en la familia	84.3%	55.6%	80.0%
	menor comunicación e integración familiar	Recuento	16	8	24
		% de Conducta alcohólica en la familia	15.7%	44.4%	20.0%
Total		Recuento	102	18	120
		% de Conducta alcohólica en la familia	100.0%	100.0%	100.0%

P=0.005

Tabla 16. Asociación entre conducta alcohólica en la familia e interacción familiar negativa

			Conducta alcohólica en la familia		Total
			menor conducta alcohólica	mayor conducta alcohólica	
Interacción familiar negativa	mayor interacción familiar negativa	Recuento	98	11	109
		% de Conducta alcohólica en la familia	96.1%	61.1%	90.8%
	menor interacción familiar negativa	Recuento	4	7	11
		% de Conducta alcohólica en la familia	3.9%	38.9%	9.2%
Total		Recuento	102	18	120
		% de Conducta alcohólica en la familia	100.0%	100.0%	100.0%

P=0.00

Tabla 17. Asociación entre conducta alcohólica en la familia y conflicto familiar

			Conducta alcohólica en la familia		Total
			menor conducta alcohólica	mayor conducta alcohólica	
Conflicto familiar	mayor conflicto familiar	Recuento	19	10	29
		% de Conducta alcohólica en la familia	18.6%	55.6%	24.2%
Total	menor conflicto familiar	Recuento	83	8	91
		% de Conducta alcohólica en la familia	81.4%	44.4%	75.8%
Total			102	18	120
			100.0%	100.0%	100.0%

P=0.001

Tabla 18. Asociación entre conducta alcohólica en la familia y agresión familiar

			Conducta alcohólica en la familia		Total
			menor conducta alcohólica	mayor conducta alcohólica	
Agresión familiar	mayor agresión familiar	Recuento	7	15	22
		% de Conducta alcohólica en la familia	6.9%	83.3%	18.3%
Total	menor agresión familiar	Recuento	95	3	98
		% de Conducta alcohólica en la familia	93.1%	16.7%	81.7%
Total			102	18	120
			100.0%	100.0%	100.0%

P=0.00

Tabla 19. Asociación entre conducta alcohólica en la familia y desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos

			Conducta alcohólica en la familia		Total
			menor conducta alcohólica	mayor conducta alcohólica	
Desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos	más desacuerdos de los padres para dar permisos	Recuento % de Conducta alcohólica en la familia	8 7.8%	15 83.3%	23 19.2%
	menos desacuerdos de los padres para dar permisos	Recuento % de Conducta alcohólica en la familia	94 92.2%	3 16.7%	97 80.8%
Total		Recuento % de Conducta alcohólica en la familia	102 100.0%	18 100.0%	120 100.0%

P=0.00

## DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que cuando hay un máximo de comunicación e interrelación al interior de la familia este grupo más sano será<sup>18</sup>, esto coincide con los resultados encontrados, en el grupo donde hay mayor comunicación e integración familiar se encontró menor influencia del alcohol en la familia (86.2%), también contrasta con el grupo donde hay menor comunicación e integración familiar la influencia del alcohol en la familia es mayor (36.4%) además de mayor comunicación familiar y menos farmacodependencia en la familia (87.1%), menor comunicación e interacción familiar y más farmacodependencia en la familia (44.4%). Esto también contrasta con el grupo que presentó mayor comunicación e integración familiar y mayor conducta alcohólica en la familia (55.6%), que puede explicarse por las formas de relacionarse de los miembros de la familia. No siempre serán de forma positiva y pueden incluso ser favorecedoras de conductas adictivas; hay también un grupo donde se encontró menor comunicación e integración familiar y mayor conducta alcohólica en la familia (44.4%), son las formas de comunicación y de relacionarse las que habrán de determinar la forma de solucionar los problemas al interior de la familia.

La salud mental del grupo familiar dependerá del sistema de comunicación, puede ser multidireccional, y “alimentar” a los que forman parte de ella, en este sentido es también importante decir que la forma en que se vinculan los integrantes la familia<sup>19</sup>, esto no coincide del todo con lo encontrado por nosotros ya que el porcentaje de familias con interacciones familiares negativas y menor influencia del alcohol fue mayor (95.4%), mayor interacción familiar negativa y menos farmacodependencia en la familia (95.7%), mayor interacción familiar negativa y menor conducta alcohólica en la familia (96.1%), que el de menor interacción familiar negativa y menor influencia del alcohol en la familia (4.6%), menor interacción familiar negativa y menor farmacodependencia en la familia (4.3%), menor interacción familiar negativa y menor conducta alcohólica en la familia (3.9%), lo anterior puede explicarse por la habilidad de los integrantes de la familia para soslayar los problemas relacionales presentados al interior de su familia; es decir, encontramos también que entre más rígida es una familia en su forma de relacionarse menos sana será

Al interior de la familia se presenta el conflicto; la forma de solucionarlo dependerá de la gama de herramientas de la que los integrantes utilicen; es decir, entre más recursos tenga una familia, mayor la eficacia. Encontramos que el conflicto familiar y la influencia del alcohol subrayan tal resultado; por un lado, las familias con menor conflicto presentan menor influencia del alcohol (13.8%), y por otro, las familias con mayor conflicto familiar presentan mayor influencia del alcohol (51.5%), mayor conflicto familiar y más farmacodependencia en la familia (63.0%), mayor conflicto familiar y mayor conducta alcohólica en la familia (55.6%). Hay también un porcentaje de familias que presentan menor conflicto y mayor influencia del alcohol (48.5%), menor conflicto familiar y más farmacodependencia en la familia 10 personas (37%), menor conflicto familiar y mayor conducta alcohólica en la familia 8 personas (44.4%), esto se presenta porque el alcohol se presenta como la forma de la familia de resolver los conflictos que se presentan.

La salud mental del grupo familiar dependerá de un sistema de comunicación multidireccional, una configuración en espiral de realimentación; dentro del grupo familiar se pueden formar subgrupos que se comunican dentro de una estructura vincular a doble vía, en ciertos casos con características más estables, rígidas, con tendencia a estereotipar la dirección de la comunicación<sup>18</sup>. Las agresiones en la familia son una forma de comunicación negativa encontramos que esta es también una forma de resolver conflictos, en relación a esto encontramos que las familias con menor agresión familiar y menor influencia del alcohol (100%), menor agresión familiar y menor farmacodependencia en la familia (95.3%), menor agresión familiar y menor conducta alcohólica en la familia (93.1%), esto se puede explicar por la forma de comunicación en los integrantes; es decir, estos tienen más recursos para resolver sus problemas de formas no agresivas y sin utilizar al alcohol. No hubo casos de mayor agresión familiar en correlación con menor influencia del alcohol, aunque sí, un porcentaje notable de personas con mayor agresión familiar y mayor influencia del alcohol en la familia (66.7%), mayor agresión familiar y más farmacodependencia en la familia (66.7%), mayor agresión familiar y mayor conducta alcohólica en la familia (83.3%), en este sentido podemos decir que coincide con lo

que ya habíamos hablado de las formas de resolver los conflictos familiares y los recursos con que la misma familia cuenta.

Una revisión de las investigaciones sobre familias determinó que aquellos con una familia de origen caracterizada por el divorcio, la separación o la evidente hostilidad entre los cónyuges, parejas inestables; es más probable que haya algún miembro adicto<sup>15</sup>, lo cual coincide con lo encontrado por nosotros en lo relacionado con los desacuerdos de los padres para dar permisos y la influencia del alcohol en la familia ya que a mayor desacuerdos mayor influencia del alcohol en la familia (69.7%), más desacuerdos entre los padres para dar permisos y mayor conducta alcohólica en la familia (83.3%), menos desacuerdos entre los padres para dar permisos con menor influencia del alcohol en la familia (100%) y menos desacuerdos y mas farmacodependencia en la familia (94.6%), en cuanto a desacuerdos de los padres para dar permisos y farmacodependencia en la familia los resultados que encontramos resultados similares a mayores desacuerdos mayor farmacodependencia (66.7%),

Minuchin describe un tipo de familia especial en la cual podría encajar esta familia adicta, se trata de la familia psicossomática, en la cual esta parece funcionar de forma óptima, cuando alguno de sus miembros se encuentra enfermo<sup>17</sup>. Siendo así, y ya que no hace diferencia entre ambas adicciones encontramos que este sistema se encuentra relacionado en nuestro estudio de la siguiente forma: más farmacodependencia en la familia y mayor influencia del alcohol en la familia (57.6%), menos farmacodependencia en la familia y menor influencia del alcohol en la familia 79 personas (90.8%), lo cual coincide con lo referido por Minuchin en cuanto al sistema de familia adicta, aunque también hay un grupo en el que se encontró más farmacodependencia en la familia y menor influencia del alcohol (9.2%) El tener un enfermo dentro de la familia da una seguridad emocional a todos los demás miembros del grupo, porque el adicto depende emocionalmente de la familia; Sus miembros se sienten bien ayudándolo, se sienten necesitados por el adicto. Cada miembro de la familia lo ha rescatado, justificado, auxiliado, protegido, lo ha salvado de las consecuencias de la enfermedad. La familia ahora depende del adicto para sentirse bien y seguir funcionando, se ha vuelto un estilo de vida. La familia

centra su atención en el adicto, es él quien los mantiene ocupados, preocupados, la enfermedad ha hecho que cada miembro de la familia tenga su función específica, su forma de vivir y compartir, todos tienen su papel “funcionando” disfuncionalmente. En relación a lo anterior los resultados que obtuvimos son que la hay un grupo con mayor conducta alcohólica en la familia y mayor influencia del alcohol en la familia (45.5%), mayor conducta alcohólica en la familia y más farmacodependencia en la familia 12 personas (44.4%), lo que contrasta con los grupos donde se encontró mayor conducta alcohólica y menor influencia del alcohol en la familia (3.4%), menor conducta alcohólica y menor influencia del alcohol en la familia (96.6%), menor conducta alcohólica y mayor influencia del alcohol en la familia (54.5%), menor conducta alcohólica en la familia y más farmacodependencia en la familia (55.6%). Que no se ajustan a lo referido en cuanto a la familia adicta.

En relación a este trabajo no se abordó la historia de familia de los entrevistados, podría ser este un estudio posterior en las familias donde se encontró relación entre el alcoholismo y las interacciones familiares negativas, ya que la historia vincular primaria del alcohólico ya destacada por Freud, que menciona que la infancia es fundamental para el individuo determinando la forma la que ha de socializar con grupos secundarios<sup>18</sup>.

Por lo anterior en relación a la hipótesis nula que dice: no existe relación entre la interacción familiar y el consumo de alcohol en alguno de sus miembros, es rechazada y aceptamos la hipótesis alterna que nos dice: sí existe relación entre la interacción familiar y el consumo de alcohol en alguno de sus miembros

## CONCLUSIONES

La edad máxima que encontramos en los entrevistados fue de 66 años y mínima 22 años; al contrario que en la población general en nuestro estudio hay más hombres que mujeres, el nivel educativo es de licenciatura en mayor porcentaje; la principal ocupación es la de maestro le sigue la de estudiante. El estado civil de los entrevistados la mayoría son casados o se encuentran en unión libre y hay un grupo de personas que aceptan estar divorciados aunque otros se definen como separados casi en el mismo porcentaje.

Las familias de los entrevistados son compuestas y en menor porcentaje nucleares, por su ocupación son profesionales, por su integración son familias integradas, por su demografía son urbanas.

La fase del ciclo vital familiar en que se encuentran la mayoría de los entrevistados es de independencia, seguido de la de retiro y muerte, después dispersión, expansión y cabe destacar que no encontramos familias en fase de matrimonio.

Encontramos que en las familias donde la comunicación e integración familiar es mejor la influencia del alcohol es menor, aunque también hay datos que nos hablan de que, hay familias donde la comunicación e integración es buena y además hay influencia del alcohol en la familia, mismos datos que contrastan con lo encontrado ya que hubiéramos esperado que a mayor influencia del alcohol en la familia menor comunicación e integración familiar. La mayoría de los entrevistados aceptó tener interacciones familiares negativas, conflictos familiares, pero no encontramos gran porcentaje de las mismas donde haya agresión familiar, es decir, aunque tienen problemas al interior de las mismas hay recursos familiares para resolver conflictos de formas no agresivas.

Parte fundamental de la familia es la pareja y encontramos que en los entrevistados donde los padres logran ponerse de acuerdo no hay influencia del alcohol, un porcentaje de padres que no tienen desacuerdos si tienen farmacodependencia en su familia.

De la relación del alcohol y las drogas hay quien dice que el primero lleva al segundo o que el alcohol es la puerta de entrada para las drogas, nosotros encontramos que

en algunos casos sí está relacionado, que en otro porcentaje no y que son las drogas las que influyen en la familia y no el alcohol.

El trabajo que debemos realizar con las familias en las que encontramos problemas relacionados con el consumo de alcohol o drogas se puede realizar en conjunto con terapia familiar, psicología y trabajo social; donde se les puede dar apoyo con terapia familiar o individual, trabajo social puede ayudar a derivar a los pacientes en los que sea necesario tengan apoyo de otras instituciones (Alcohólicos Anónimos, Al-anon, Alateen) para su tratamiento y seguimiento.

Como propuestas se puede hacer el seguimiento y tratamiento de los pacientes entrevistados, pero también hay un área que no se exploró en estos pacientes que es su historia de familia, misma que ha de regir la historia vincular del individuo, con estos datos podríamos conocer el porcentaje de familias con alteraciones en las formas de relación tienen problemas de alcoholismo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Jerome, H.J.. The concept of dependence: Historical Reflections. Alcohol Health and Research World. 1993.17. 188-190.
2. Escohotado A.Historia General de las Drogas.España:Espasa Calpe. 1998
3. Payno M, "De la elaboración del pulque, Conducción a México. Clases de pulque. Propiedades medicinales", Boletín de la Sociedad Mexicana de Geografía y estadística, t. X, México, Imprenta de Vicente García Torres, (1863).
4. Morínigo M, Diccionario de americanismos, Barcelona, Muchnick Editores, 1985, p. 380. Francisco J. Santamaría lo define como "bebida embriagante espirituosa de aspecto nauseabundo y sabor desagradable que se obtiene haciendo fermentar el aguamiel. Es la bebida peculiar de la gente pobre en la Meseta Central", Diccionario de mejicanismos, México, Porrúa, 1978
5. Sahagún B, Códice Florentino. Historia general de las cosas de Nueva España, México, El gobierno de la república edita en facsímil el Manuscrito 218- 20 de la Colección Palatina de la Biblioteca Medicea Laurenziana, Lib. 10, fol. 100, p. 102 r.
6. Cárdenas PE. Medicina Familiar en México.México:2ª ed. Medicina Familiar Mexicana;2003
7. Narro J. La Medicina General Familiar en México y Latinoamérica, FEPAFEM;1981
8. Domínguez OJ. La medicina familiar en México y en el mundo.ArchMedFam.2003; 5(4): 136-139
9. Gough, K.Los nayar y la definición del matrimonio. El origen de la familia En Lévi-Strauss, C., Spiro, M. E. y K. Gough: Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia. Barcelona: Anagrama. 1974
- 10.Santacruz J. La familia como unidad de análisis. Instituto de Terapia Familiar. Compilación del material para el Diplomado de Terapia Familiar, p. 1. Cencalli,2001,
- 11.García S. Estrategias de Intervención en familias. Manual del Modulo V. Diplomado Intervención Social en Familias. ENTS-UNAM, 2003,

12. Mc Whinney. Orígenes de la familia, Medicina de Familia: La clave de un modelo. Madrid, SemFYC y CIMF, 1997:15-23
13. Elementos esenciales de la medicina familiar, Vol. 7, 2005 Arch med fam. 13-14
14. DSM-IV. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC.
15. Orford J. Alcohol and the family. An international review of the literature with implications for research and practice. En: Kozlowski LT, Annis HM, Cappel HD, ed. Research advances in alcohol and drug problems. Nueva York: Plenum Press, 1990; vol. 10:35-65.
16. Natera G, Herrejón ME, Rojas ME. Comparación de algunas características de la conducta de las esposas de alcohólicos y no alcohólicos. Salud Mental 1988;11:13-18.
17. Minuchin S. Familias Funcionamiento e Tratamiento, Porto Alegre : Artes Médicas, 1982.
18. Pichon-Rivière E. El proceso grupal, ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1999.
19. Constitución política de los estados unidos mexicanos. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917 Última reforma publicada DOF 27-04-2010
20. Ley general de salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 Diario Oficial de la Federación 27-04-2010
21. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
22. Black, C. No Hablar, No Confiar, No Sentir. México, DF: Conceptos S.A. 1991
23. Fernández P, Hernández P. La percepción del tratamiento a la enfermedad alcohólica en familias adictivas atendidas en el Hospital Psiquiátrico "Comandante René Vallejo Ortiz". Presentado en Jornada de Psicología de la Salud. Camagüey, 1993.
24. <http://www.dgepi.salud.gob.mx/>
25. Seminario para directivos de los Países Andinos sobre manejo y prevención de los problemas de sustancias psicoactivas. La Paz, Bolivia, 1988.

26. Vargas j. Solucionando los problemas de pareja y familia: fundamentos teóricos y alternativas de solución a los conflictos desde la perspectiva del vinculo, editorial pax mexico libreria carlos cesarman, 4ª edición, 2006 México
27. [http://www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracion\\_helsinki.asp](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracion_helsinki.asp)

# ANEXOS

## ENCUESTA



FOLIO



Este cuestionario es para evaluar lo que algunas personas de la ciudad de México consideran que son los principales problemas presentados en su familia

*Por tratarse de aspectos personales, se requiere de su participación voluntaria y sincera. Si durante el proceso de aplicación, usted considera que algún dato de la información requerida le causa molestia o simplemente no desea contestar, puede dejarlo en blanco*

### Datos personales

Nombre	Edad
Ocupación	Sexo
Estado civil	Teléfono
Escolaridad	
Con quien vive	
Colonia donde vive	

Tache con una cruz el numero que crea usted que se parezca más a lo que pasa en su familia

- 5 Totalmente de acuerdo
- 4 De acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 1 Totalmente en desacuerdo

No.	Pregunta	Calificación				
1	En casa nos evitamos unos a otros	1	2	3	4	5
2	En la casa son responsables de las labores del hogar	1	2	3	4	5
3	Los padres se deprimen	1	2	3	4	5
4	Los padres regañan a los hijos	1	2	3	4	5
5	Los padres tienen desacuerdos	1	2	3	4	5
6	Algún miembro de mi familia fuma marihuana	1	2	3	4	5
7	La madre no acepta el parecer de los hijos	1	2	3	4	5
8	Se prohíbe salir para hacer trabajos de la escuela	1	2	3	4	5
9	En mi casa la madre impone su criterio	1	2	3	4	5
10	En casa se agrede a los hijos	1	2	3	4	5
11	En casa suele haber faltas de respeto entre los padres y los hijos	1	2	3	4	5
12	En casa si no cumplo hay castigos	1	2	3	4	5
13	Nos burlamos de otros en mi familia	1	2	3	4	5
14	Si alguien bebe, en casa hay problemas	1	2	3	4	5
15	Cuando se enojan los padres se desquitan con los hijos	1	2	3	4	5
16	Los hermanos se salen con la suya	1	2	3	4	5
17	Los padres se agreden verbalmente	1	2	3	4	5
18	Podemos llevar a nuestros amigos a la casa	1	2	3	4	5
19	Antes de oír los padres pegan	1	2	3	4	5
20	En casa la comunicación es agresiva	1	2	3	4	5
21	Algún miembro de mi familia toma barbitúricos	1	2	3	4	5
22	En casa no me dejan ir a fiestas	1	2	3	4	5
23	Los padres muestran sus diferencias frente a los hijos	1	2	3	4	5

1

- 5 Totalmente de acuerdo
- 4 De acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 1 Totalmente en desacuerdo

24	En mi familia hay agresiones verbales	1	2	3	4	5
25	El padre está desempleado	1	2	3	4	5
26	Cuando hay que dar un permiso los padres se echan la bolita	1	2	3	4	5
27	En mi familia comemos juntos	1	2	3	4	5
28	En mi casa los hombres ayudan al quehacer	1	2	3	4	5
29	Los padres aceptan las opiniones de los hijos	1	2	3	4	5
30	Los padres prohíben tener novio (a)	1	2	3	4	5
31	El padre cela a la madre	1	2	3	4	5
32	En casa se dan faltas de respeto entre los padres	1	2	3	4	5
33	Asistimos juntos a la iglesia el domingo	1	2	3	4	5
34	Se hacen gastos innecesarios (alcohol) o en cosas no básicas	1	2	3	4	5
35	Algún miembro de mi familia toma pastillas para dormir	1	2	3	4	5
36	En casa nos turnamos para lavar los trastes	1	2	3	4	5
37	El padre me ignora	1	2	3	4	5
38	Hay preferencia de los padres por alguno (s) de sus hijo (s)	1	2	3	4	5
39	Con los padres es imposible hablar	1	2	3	4	5
40	En mi familia nos ignoramos unos a otros	1	2	3	4	5
41	Los permisos se piden al padre	1	2	3	4	5
42	Celebramos los cumpleaños en mi familia	1	2	3	4	5
43	En casa nos alcanza el dinero para pagarnos la escuela	1	2	3	4	5
44	Las reglas son iguales para los hombres y las mujeres	1	2	3	4	5
45	En mi familia la comunicación es indirecta	1	2	3	4	5
46	En casa hay faltas de respeto entre los hermanos	1	2	3	4	5
47	En casa falta dinero para lo necesario	1	2	3	4	5
48	El padre quita autoridad a la madre	1	2	3	4	5
49	Hay desinterés de los padres para los estudios	1	2	3	4	5
50	En mi familia son irrespetuosos con los secretos	1	2	3	4	5
51	En casa estamos en desacuerdo	1	2	3	4	5
52	En mi casa no convivimos	1	2	3	4	5
53	Mi familia esta integrada	1	2	3	4	5
54	Mi familia escucha lo que siento respecto a mis creencias	1	2	3	4	5
55	Con la mamá se puede hablar	1	2	3	4	5
56	Los padres se quejan de lo que cuesta mantenerme	1	2	3	4	5
57	Los padres se celan entre ellos	1	2	3	4	5
58	Los padres permanecen mucho tiempo distanciados	1	2	3	4	5
59	En casa, los permisos se piden a la madre	1	2	3	4	5
60	Los padres se contradicen	1	2	3	4	5
61	Los padres impiden salir con amigos	1	2	3	4	5
62	En mi familia me siento respetado (cuento con un lugar entre ellos)	1	2	3	4	5
63	En casa se molestan conmigo si bebo	1	2	3	4	5

- 5 Totalmente de acuerdo
- 4 De acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 1 Totalmente en desacuerdo

64	Los padres evitan conflictos entre nosotros	1	2	3	4	5
65	Los padres hacen comparaciones entre los hijos	1	2	3	4	5
66	Respondemos mal a los padres o mayores	1	2	3	4	5
67	Entre los miembros de mi familia hay comunicación	1	2	3	4	5
68	Los padres no se dan apoyo personal mutuo	1	2	3	4	5
69	En mi familia podemos hablar de todo	1	2	3	4	5
70	A todos los hijos, los padres nos ayudan por igual	1	2	3	4	5
71	Entre los padres no hay comunicación	1	2	3	4	5
72	En casa hay cosas de las que no se puede hablar	1	2	3	4	5
73	En mi casa se acostumbra beber alcohol	1	2	3	4	5
74	La madre prefiere a algún hijo en especial	1	2	3	4	5
75	Nos burlamos unos de otros en mi familia	1	2	3	4	5
76	Los hermanos no se respetan	1	2	3	4	5
77	En mi casa es la madre la que castiga	1	2	3	4	5
78	En casa los castigos los impone el padre	1	2	3	4	5
79	En mi casa no se dicen las cosas claramente	1	2	3	4	5
80	El tabaco crea problemas en la familia	1	2	3	4	5
81	En mi familia son superficiales en las conversaciones	1	2	3	4	5
82	No recibo dinero para gastar en lo necesario	1	2	3	4	5
83	En mi familia se acostumbra fumar tabaco	1	2	3	4	5
84	En casa nadie saca la basura	1	2	3	4	5
85	En mi casa es difícil obtener permisos	1	2	3	4	5
86	Siento que en mi casa no me hacen caso, que me relegan	1	2	3	4	5
87	En casa, las tareas las repartimos entre todos	1	2	3	4	5
88	En casa falta lo necesario	1	2	3	4	5
89	Se dan críticas hirientes en la familia	1	2	3	4	5
90	Cuando es necesario el padre escucha	1	2	3	4	5
91	En casa se enojan si no acepto sus creencias	1	2	3	4	5
92	Hay confianza entre los padres	1	2	3	4	5
93	Los padres preferirían que no estudiaran los hijos	1	2	3	4	5
94	En mi familia importa lo que yo pienso	1	2	3	4	5
95	En mi familia desayunamos juntos	1	2	3	4	5
96	Quien bebe en la familia no llega a la casa	1	2	3	4	5
97	En mi casa los hombres ayudan al quehacer	1	2	3	4	5
98	En mi familia no hay variedad de temas para hablar	1	2	3	4	5
99	La organización familiar se altera si alguien bebe	1	2	3	4	5
100	En casa nos gustan las mismas diversiones	1	2	3	4	5
101	Los padres discuten	1	2	3	4	5
102	Cuando alguien bebe en casa, nos agrede a los demás	1	2	3	4	5
103	Al hablar en la familia, nos insultamos	1	2	3	4	5

- 5 Totalmente de acuerdo
- 4 De acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 1 Totalmente en desacuerdo

104	Vemos juntos la televisión	1	2	3	4	5
105	No nos damos los recados telefónicos	1	2	3	4	5
106	Podemos expresarnos fácilmente con el padre	1	2	3	4	5
107	Los padres son injustos al castigar	1	2	3	4	5
108	En casa se hace lo que la madre dice	1	2	3	4	5
109	Quien bebe en casa incita a los demás a hacerlo	1	2	3	4	5
110	Los padres, se pelean, se gritan	1	2	3	4	5
111	El padre se enoja con la madre cuando el bebe	1	2	3	4	5
112	Los hermanos varones beben	1	2	3	4	5
113	Los padres se expresan su afecto	1	2	3	4	5
114	En mi familia cenamos juntos	1	2	3	4	5
115	La madre se molesta con el padre si el bebe	1	2	3	4	5
116	En casa tengo que pedir permiso a mis dos padres	1	2	3	4	5
117	No se destina tiempo para la familia	1	2	3	4	5
118	Algún miembro de la familia toma antidepresivos	1	2	3	4	5
119	En casa, la conducta del que bebe afecta la familia	1	2	3	4	5
120	En mi familia no hay disposición para entender a los otros	1	2	3	4	5
121	Los padres nos culpan por sus problemas	1	2	3	4	5
122	Alguien de mi familia consume drogas	1	2	3	4	5