



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIO DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 49
LOS MOCHIS SINALOA.**

**FRECUENCIA DE DROGADICCION Y DISFUNCION FAMILIAR, EN
FAMILIAS DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 5 DE TOPOLOBAMPO**

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

PRESENTA

DR. PEDRO RAFAEL LOPEZ COTA

LOS MOCHIS SIN.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FRECUENCIA DE DROGADICCION Y DISFUNCION FAMILIAR,
EN FAMILIAS DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 5 DE TOPOLOBAMPO SINALOA**

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

PRESENTA

DR. PEDRO RAFAEL LOPEZ COTA

AUTORIZACIONES

**DR.FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

LOS MOCHIS SIN.

2009

**FRECUENCIA DE DROGADICCION Y DISFUNCION FAMILIAR EN FAMILIAS
DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.5 DE
TOPOLOBAMPO.**

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

PRESENTA

DR. PEDRO RAFAEL LOPEZ COTA

AUTORIZACIONES

**DR. FEDERICO ARTURO FELIX MENDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR, SEMIPRESENCIAL.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.49 IMSS LOS MOCHIS SIN.**

TITULO

**“FRECUENCIA DE DROGADICCION Y DISFUNCION
FAMILIAR, EN FAMILIAS DERECHOHABIENTES DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 5 DE
TOPOLOBAMPO SINALOA”**

INDICE	PÁGINA
I. MARCO TEORICO	10
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
III. JUSTIFICACIÓN	18
IV. OBJETIVOS	19
V. MATERIAL Y METODOS	20
V.1 TIPO DE ESTUDIO	20
V.2 POBLACION DE ESTUDIO	20
V.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	20
V.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION	20
V.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION	20
V.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACION	20
V.4 MÉTODOS	20
V.4.1 DISEÑO ESTADÍSTICO	21
V.4.2 TIPO DE MUESTREO	21
V.4.3 TIPO DE MUESTRA	21
V.4.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA	21
V.5 ANALISIS ESTADISTICO	22
V.6 CONSIDERACIONES ETICAS	22
 VI.RESULTADOS	 23
DESCRIPCION DE RESULTADOS	23
GRAFICAS	25

CUADROS	31
VII. DISCUSION	35
VIII. CONCLUSIONES	37
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39
X .ANEXOS	41

AGRADECIMIENTOS

En especial para mi esposa Norma, mis hijos Norma Aída, Daysi Carolina y Juan Pedro. Por su cariño, comprensión y paciencia.

Para mis padres y hermanos por sus palabras de aliento y de apoyo.

A mis compañeros de la U.M.F No. 5 de Topolobampo por su solidaridad.

A todos los trabajadores del H.G.Z No.49, del HGP No.2 en especial a médicos y enfermeras

A mis compañeros médicos de generación Dr. Valdez, Dra. Zarate y Dra. Mirina.

Al Dr. Federico Arturo Félix Méndez por su orientación y asesoría durante la especialidad.

A la Dra. Alma Lorena López Armenta

Profesor de la especialidad de medicina familiar, durante mi primer año

MIL GRACIAS

RESUMEN

OBJETIVO GENERAL: Describir la frecuencia de drogadicción y disfunción familiar en familias derechohabientes de la unidad de medicina familiar No. 5 de Topolobampo.

MATERIAL Y METODOS:

TIPO DE ESTUDIO: Prospectivo, Transversal, Descriptivo y Observacional.

POBLACION. Familias derechohabientes de la U.M.F No.5 Topolobampo.

CRITERIOS DE INCLUSION: Familias derechohabientes que acudieron a consulta externa, que desearon participar.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Familias no derechohabientes de la U.M.F No.5, familias que no desearon participar.

CRITERIOS DE ELIMINACION: Encuestas mal llenadas

METODOS: Se obtuvo frecuencia de drogadicción y de disfunción familiar, edad, genero, ocupación, escolaridad, estado civil, tipo de drogas,

ANALISIS ESTADISTICO. En variables numéricas el promedio, rango y desviación estándar, en nominales frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS: Encuestamos 251 familias, encontramos 114 con problemas de drogadicción (46 %), 52 familias con disfunción familiar, predominio del sexo masculino con 76 casos (65%), la droga mas usada la marihuana (65), el grupo de edad mas afectado de 25 a 34 años (57), la escolaridad primaria (57), ocupación prestador de servicio(38) ,estado civil casados (54).

CONCLUSIONES: Concluimos que la frecuencia de disfunción familiar, es mayor en familias con problema de drogadicción.

PALABRAS CLAVES: Drogadicción, Disfunción Familiar.

MARCO TEORICO

La historia señala que existen datos de 4000 a 5000 A.c. que atestiguan el consumo de drogas, en todas las épocas el hombre ha consumido diversas drogas extraídas de plantas que crecían en su medio natural, con la finalidad de ayudarse en la lucha contra la fatiga, la angustia y el dolor.

Esto ha ocurrido en todas las culturas y en todas las partes del mundo, por ejemplo, hace miles de años se consumía opio en china y otras partes del lejano oriente.¹

La trascendencia actual y las lamentables perspectivas del uso indebido de drogas sobrepasan los límites convencionales de la salud humana y tienen además nefastas consecuencias sociales, pues no solo traen deterioro familiar y de comunidades completas, si no que se hayan relacionadas con todos los factores asociados a múltiples figuras delictivas de forma que contribuyen a distorsionar la economía y a frenar el desarrollo de las relaciones internacionales, basta señalar que el consumo de drogas afecta a mas de 190 millones de personas en el mundo.²

El problema mundial de la drogadicción no solamente tiene repercusión negativa desde el punto de vista individual y social, si no también en todos los demás sentidos, si la potencialidad de esclavizar al consumidor en un tiempo breve es una de las características de todas las drogas llamadas ilegales.³

Según informe mundial sobre drogas de la ONU de 180 millones, el 4.2% de la población mayor de 15 años son consumidores de drogas ilegales, la cannabis

tanto en forma de resina como en hoja de marihuana, con 144 millones de usuarios es la de mas consumo, la cocaína con 14 millones, los opiáceos con 13.5 millones incluidos los heroinómanos.

Los peores índices siguen ubicándose entre los adultos de 35 a 50 años, donde las cifras de muerte por droga llega al 80% en un año y al 50% en los últimos 5 años. Un adulto de 40 años tiene 15 veces mas posibilidad de morir por abuso de droga que un estudiante universitario, mas del 98% de quienes murieron por abuso de drogas son personas de 20 años en adelante, sin embargo las autoridades de salud en Estados Unidos, han dado la voz de alarma por una crisis urgente de mayor consumo de marihuana y otras drogas entre los adolescentes.⁴

En México el narcotráfico de drogas ilegales o ilícitas toma gran relevancia pues se inicia el nacimiento de importantes carteles de droga como el Cartel del Golfo, de Tijuana, de Juárez y el de Sinaloa.⁵

En Sinaloa se supera la media nacional en drogadicción, el 7.45% de los sinaloenses consume drogas, mientras que en el país el porcentaje es del 5.3% del total de la población, otros datos relevantes es que el 8.2% de la población estudiantil ha consumido alguna vez una droga, en secundaria el porcentaje es del 16.2% en preparatoria el 22.3% en profesional el 24.2%.

Ahora en Sinaloa no solo se produce y exporta droga, también se consume, los índices de drogadicción se incrementaron hasta situarse por encima de la media nacional por el uso de marihuana, cocaína y cristal.

Además de los siguientes problemas de salud por el uso de drogas tanto legales como ilegales, lo anterior produce diversos factores de riesgo tales como ambiente domestico caótico, violencia familiar, maltrato infantil,

promiscuidad, prostitución, paternidad ineficaz, falta de solidaridad familiar, fracaso en el desempeño escolar, carácter de timidez y agresividad.⁶

El problema de consumo de drogas sobrepasa las barreras de los grupos sociales, la edad y aun la nacionalidad. En México la marihuana es la droga de mayor consumo, principalmente entre los jóvenes el sector mas desprotegido de la población. En los últimos años las investigaciones indican que en el país un total de 1 375 000 individuos han consumido al menos una vez, una o más drogas, lo que constituye el 4.8 de la población urbana de 12 a 65 años.

La droga más consumida es la marihuana con un 3 % de la población, la población masculina joven es la más afectada de los 12 a los 34 años de edad, lo que equivale al 8.5 % de la población total.

En el país, alrededor de 120,000 personas han reportado el uso de la cocaína, de estas, 47, 000 la consumieron en el último año (39%) y 50,000 en el último mes (52%), todos los casos eran varones menores de 34 años. Respecto al nivel socioeconómico en el caso de marihuana los usuarios pertenecen a estratos inferiores, pero para cocaína le tendencia es opuesta, la baja escolaridad se asocia al uso de marihuana, pero para cocaína y otras drogas prevalecen niveles de escolaridad más altos.

En relación con la ocupación, el uso de marihuana esta muy difundido principalmente entre los trabajadores eventuales, subempleados o desempleados, a su vez los usuarios de cocaína tienen niveles de ocupación mas elevados. La crisis económica por la que atraviesa el país ha provocado incremento del número de adolescentes que contribuyen a los ingresos familiares trabajando en la calle en diferentes actividades. Estudios mostraron

que la prevalencia del uso de drogas es mayor que la observada en poblaciones escolares.¹⁶

La prevalencia de trastornos psiquiátricos encontrados entre los adictos a cocaína se ha puesto de manifiesto en distintos estudios, tradicionalmente se han señalado como complicaciones psiquiátricas más frecuentes provocadas por el abuso de cocaína, la psicosis, la ansiedad, la depresión y los cambios de personalidad, la mayoría presente en nuestros pacientes con conducta de búsqueda compulsiva de cocaína, influye en haber una mayor pérdida de control del consumo, más los problemas sociales y las conductas de riesgo antisocial.⁹

Los factores que favorecen la drogadicción de origen familiar son muy frecuentes, por lo general hay permisividad en el seno familiar, problemas de comunicación, maltratos, insultos, dominancia, pobres estilos disciplinarios, rechazo parental, abuso físico y sexual. Los sociales a considerar es el vínculo con amistades malsanas con tendencias antisociales, en donde la presión ya sea en lo social, laboral o académico es en muchas ocasiones lo que precipita el desarrollo de consumo y finalmente la dependencia.

Los hereditarios con la participación genética en el desarrollo de la drogadicción, es un hallazgo que no tiene duda, demostrado a través de los estudios en gemelos, los hijos de padres adictos tienen mayor riesgo que los hijos de padres no adictos.

Factores psicológicos y psiquiátricos perturbadores de la conducta, la rebeldía, con tendencia a transgredir las normas sociales, la impulsividad, hiperactividad, déficit de atención, trastornos de personalidad como la depresión, ansiedad y el estrés predisponen al consumo de drogas.¹⁰

La familia se ve sometida a una situación límite, los comportamientos del adulto dominan la rutina del hogar, los familiares cada día se cansan de seguir protegiendo al adicto, ya que este reacciona siempre con violencia, no le interesa la familia, las personas y mucho menos lo que hagan por el, solo le interesa la droga, ni la familia ni el sujeto pueden revertir la situación, para salir de la drogadicción se requiere de un contexto adecuado de ayuda especializada.

Este deterioro biopsicosocial sumerge al individuo en un estilo de vida con las siguientes características, traumas, violencia, delincuencia, deserción escolar, deterioro familiar, rechazo y estigmatización social, inserción en la cultura del consumo y tráfico de drogas. ¹¹

El ciclo vital familiar esta definido, por las diferentes fases existentes en la evolución de la familia, la adolescencia se sitúa en la tercera etapa vital de la familia y puede ser fuente de tensiones por la gran complejidad relacionada entre padres e hijos.

En este transito la familia debe adoptar roles y normas para mantener la homeostasis familiar al tiempo que se adapta a los nuevos cambios, en este contexto, la familia tradicional nuclear parece ser la mejor preparada para enfrentarse a los cambios y realizar adaptaciones correctas.

El buen funcionamiento familiar posibilita la adaptación a estos cambios y se ha relacionado con la estructura de la familia. El tipo de familia nuclear será la mas preparada para afrontar los cambios en cada fase del ciclo vital familiar. ¹²

La familia es un sistema que se compone de subsistemas como el conyugal, el paterno-filial, y el fraternal, toda familia tiene características distintas a otra. Como característica tipológicas como la composición (nuclear, extensa,

compuesta), el desarrollo (tradicional o moderna), la geográfica (urbana, suburbana o rural), la ocupación (campesina, empleado, profesionista), la integración (integrada, semiintegrada, desintegrada).

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad.¹³

La disfunción familiar se genera cuando las relaciones interfamiliares son afectadas por una comunicación incoherente, confusa, indirecta, debido a que el sistema familiar se enferma en forma progresiva, esta disfunción se convierte en el estilo de vida familiar y produce en muchos casos, el aislamiento de la familia de contactos sociales cotidianos.

Las reglas de la familia se tornan confusas e injustas para sus miembros, se distorsionan los roles familiares, en una familia disfuncional los niños van formando carácter codependiente, que facilita el desarrollo de adicciones o relaciones enfermas. Las conductas codependientes en familias con drogadicción, crean un patrón de interacción familiar con reglas y roles disfuncionales, esto impide el crecimiento y desarrollo.¹⁴

Dentro de los abordajes terapéuticos utilizados en drogodependencia, la terapia familiar y la terapia cognitivo-conductual han sido evaluados como los que ofrecen mas evidencia empírica de su eficacia.

Estos hallazgos tienen implicaciones importantes para el problema del consumo de sustancias en los jóvenes y adolescentes, de su fuerte relación con este problema de conducta, hay estilos de intervención que reúnen suficientes evidencias de la eficacia del trabajo familiar con delincuentes juveniles y con drogodependientes.

Igualmente se ha demostrado que la terapia familiar ayuda a retener a los pacientes en programas de tratamiento más que en los tipos de intervenciones comunes. Los resultados terapéuticos de la intervención familiar son superiores cuando se compara con los tratamientos basados en terapia grupal, educación de padres o intervenciones multifamiliares.¹⁵

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La sociedad actual cada día ve, como se incrementa el problema de las adicciones, como el narcotráfico de drogas ilegales gana terreno, que la delincuencia organizada rebasa con mucho a las autoridades.

El uso de sustancias psicoactivas es motivo de preocupación por provocar problemas de salud pública de gran impacto mundial. El incremento en la población vulnerable (Jóvenes), de los factores de riesgo derivados de las transiciones sociales y de la disponibilidad de las drogas, se han propuesto como factores que condicionan el aumento en el número de nuevos usuarios y la disminución en su edad de inicio.

Actualmente en el mundo existen 190 millones de personas consumidoras de drogas, esto trae como consecuencia en la salud de la persona consumidora, en su economía, en lo social y más grave aun en su ambiente familiar, lo que origina que la drogadicción sea actualmente gran problema de salud pública.

Esto condiciona que las relaciones intrafamiliares sean afectadas, con perdidas de reglas y roles, y que los hijos de adictos tengan mayor probabilidad de ser adictos en el futuro.

El puerto de Topolobampo tiene en su población, factores de importancia para que sus habitantes caigan en el uso de drogas ilegales, existe desempleo, cada vez más padres de oficio pescador emigran a los Estados Unidos en busca de trabajo, hay mayor deserción escolar a edad temprana, existe prostitución y un gran número de consumidores de marihuana, cristal y cocaína.

III. JUSTIFICACION

El conocer la frecuencia de drogadicción, su relación con los diversos grados de disfunción familiar, así como la identificación de factores de riesgo sociodemográficos existentes en la población del puerto de Topolobampo, permitirá el estudio en forma sistemática de las familias. Conoceremos la problemática actual en relación al uso de drogas ilegales.

Existe en esta sociedad factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas, como el desempleo, la deserción escolar, alcoholismo y pobreza.

A nivel mundial el 4.2 % de las personas mayores de 15 años, son consumidoras de drogas ilegales, en México la marihuana es la droga más usada entre la población, principalmente entre los jóvenes el sector más desprotegido, el sexo masculino es el más consumidor, en relación al nivel socioeconómico en el caso de marihuana el usuario pertenece a estratos inferiores, pero para cocaína la tendencia es opuesta.

La baja escolaridad se asocia al uso de marihuana, en el uso de otras drogas el nivel de escolaridad más alto.

Los resultados del estudio se usaran para realizar programas de prevención, modificando los factores de riesgo que existen en estas familias, se buscaran alternativas de solución para evitar que las drogas lleguen a los jóvenes, se orientara a las familias identificadas con este problema, se dará seguimiento hasta que recuperen su funcionalidad.

Se formaran equipos de salud, como médicos, enfermeras y trabajadores sociales para dar continuidad a estas actividades, vigilando muy de cerca a las

familias involucradas, para garantizar que la sociedad de mañana sea más sana que la actual, donde existan familias más funcionales.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia de disfunción familiar y el uso de drogas por uno de sus miembros.

OBJETIVO ESPECIFICO

Determinar la frecuencia de drogadicción a la población en estudio.

Registrar las variables sociodemográficas de la población en estudio (Edad, Sexo, Escolaridad, Ocupación y estado civil).

Medir el tipo de droga de mayor uso, en la población en estudio.

V. MATERIAL Y METODOS

V.1 TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo, transversal, Descriptivo y Observacional

V.2 POBLACION DE ESTUDIO

Familias derechohabientes de la U.M.F No.5 de Topolobampo

V.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

V.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION

Familias derechohabientes de la U.M.F No.5 que acudieron a consulta externa, en los meses de octubre a diciembre del 2008, y que desearon participar.

V.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

Familias no derechohabientes de la U.M.F No.5, y familias que no desearon participar.

V.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACION

Se eliminaron 6 encuestas por mala elaboración.

V.4 METODOS

Se realizo una entrevista directa a los padres de familia derechohabientes de la unidad de medicina familiar No. 5 de Topolobampo Sinaloa, en donde a través de un cuestionario se uso como instrumento de medición para funcionalidad familiar el APGAR FAMILIAR Y EL FACES III.

Se obtuvieron los siguientes datos frecuencia de drogadicción, grados de disfunción familiar, genero, edad, tipos de drogas mas usadas, ocupación, escolaridad y estado civil.

Los resultados se concentraron en una hoja de recolección de datos.
(Anexo 1)

Los recursos fueron sufragados por el investigador.

V. 4.1 DISEÑO ESTADISTICO

GRUPO DE ESTUDIO 1

NUMERO DE MEDICIONES. Se realizo una sola medición de cada una de las variables.

V. 4. 2 TIPO DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico a conveniencia

V. 4. 3 TIPO DE MUESTRA

Independiente

V. 4. 4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calculo el tamaño de la muestra con formula para estudio descriptivo.

$$n = \frac{(Z^{\alpha/2})^2 P(1 - p)}{d^2}$$

$$n = 251$$

El protocolo fue autorizado y registrado por el comité de investigación, representado por la Doctora Master en Ciencias PAULA FLORES FLORES. En la Delegación Sinaloa del IMSS.

El número de registro es el R-2008-2501.27

V.5 ANALISIS ESTADISTICO

Se obtuvieron para las variables numéricas el promedio, rango y la desviación estándar, para las nominales frecuencia, porcentaje, se procesaron los resultados por medio de cuadros y graficas.

V. 6 CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio no interfiere en los principios básicos establecidos en el Código Internacional de Ética Médica Mundial y la declaración de Helsinki.

Se solicito consentimiento informado de manera verbal, garantizando la confidencialidad de la información.

VI. RESULTADOS

Durante un periodo de 3 meses se realizaron 251 encuestas a familias derechohabientes de la U.M.F No.5 de Topolobampo, encontramos 117 Familias con problema de drogadicción por uno o varios de sus integrantes con porcentaje del 46 %. Grafica (1).

En relación al APGAR familiar y Faces III aplicados en las familias con problemas de drogadicción encontramos 48 casos de disfunción moderada 38%, 4 familias con disfunción severa, 4%. Grafica (2).

El tipo de familia que predomina es la caótica (37%). (Cuadro 1).

Comparada la disfunción en familias sin problemas de drogadicción encontramos 29 casos de disfunción moderada (22%), 4 casos de disfunción severa (2%) Grafica (3).

En relación al sexo, encontramos predominio del sexo masculino con 76 casos para un 65%, sexo femenino con 41 para un 35%. Grafica (4).

El grupo de edad mas consumidor es el que comprende de los 25 a 34 años con 57 casos (49%), sigue el de 35 a 44 años con 26 casos (22%), continua el de los 15 a los 24 años con 15 casos (12%), de los 45 a 54 años con 12 casos (10%) y por ultimo de los 55 a 64 años con 7 casos (6%) con un rango de los 15 a los 64 años con promedio de 28 años. Grafica (5).

El tipo de droga de mayor consumo es la marihuana con 65 casos (55 %), en segundo término el consumo de cocaína con 27 (23 %) le sigue el cristal con 17 casos (15 %) y otros tipos de droga con 8 (7 %).cuadro (2).

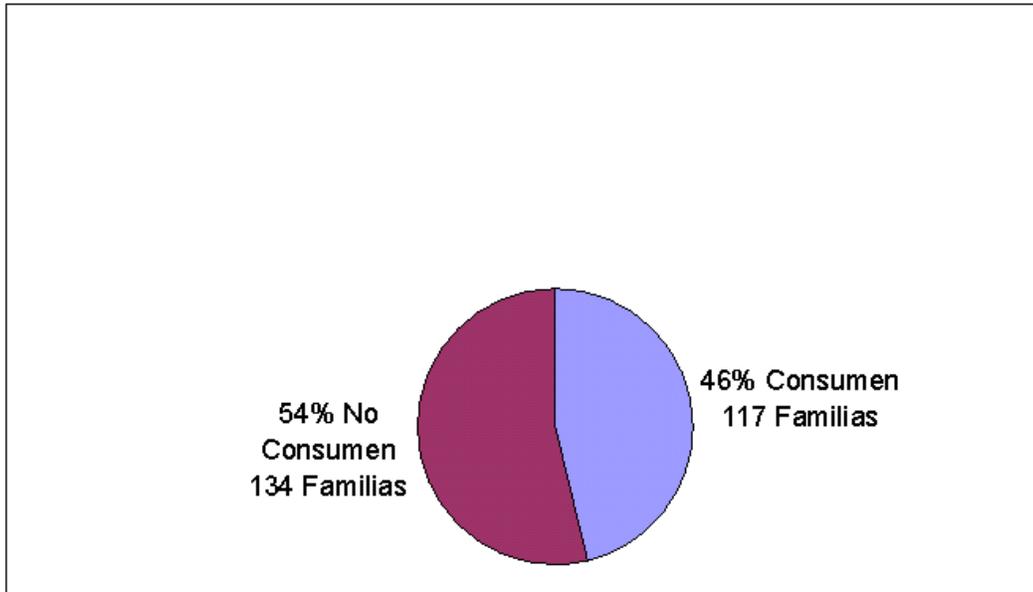
En relación a la ocupación que mas consume drogas, en primer lugar los prestadores de servicio con 38 casos (32%), En segundo lugar de consumo los pescadores con 31 casos (26%), Siguen los desempleados con 24 casos(20%), Los obreros con 18 casos (15%), por ultimo los profesionistas con 6 casos (5%).Grafica (6).

En relación a la escolaridad los mas consumidores son los que solo tienen primaria con 54 casos (46%), los que tienen secundaria con 32 casos (27%), siguen los de preparatoria con 22 casos (19%), profesionistas con 9 casos (8%)Grafica (7).

El estado civil que predomina en consumo de drogas corresponde al casado con 54 casos (47%), le sigue el soltero con 28 casos (24%), continua el divorciado con 14 (12%), los separados con 13 casos(11%), por ultimo los de unión libre con 8 (6%). Cuadro (3).

Grafica 1

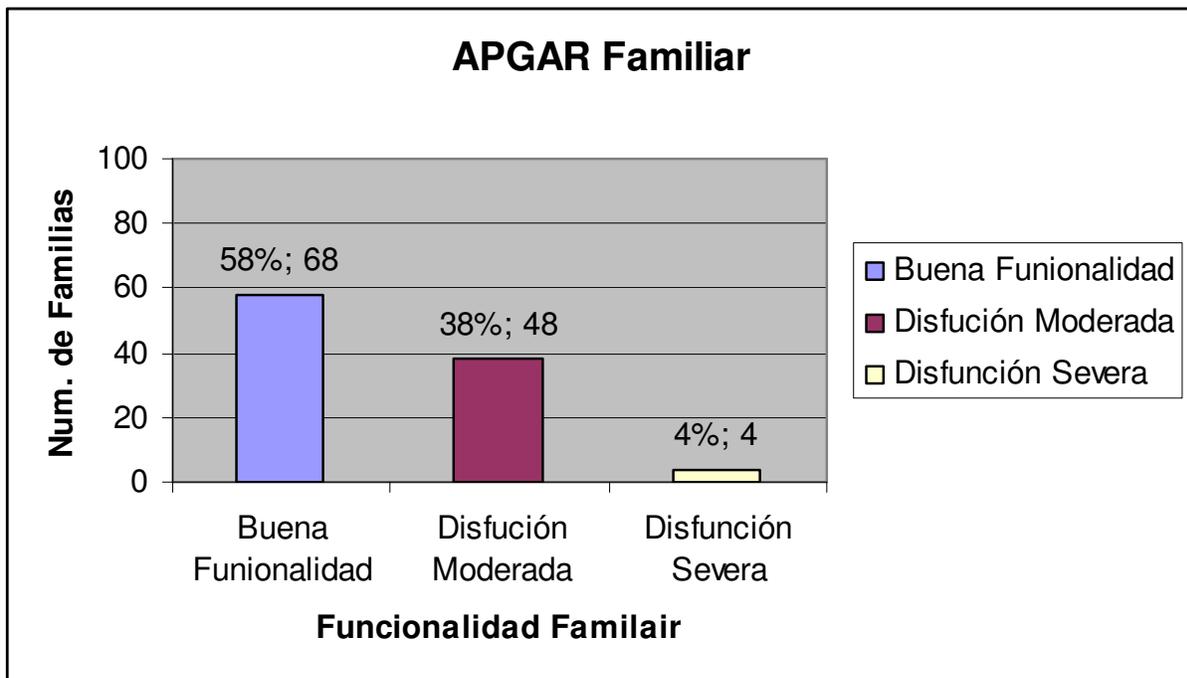
Porcentaje de consumo de drogas en un total de 251 familias encuestadas.



Fuente: encuesta

GRAFICA 2.

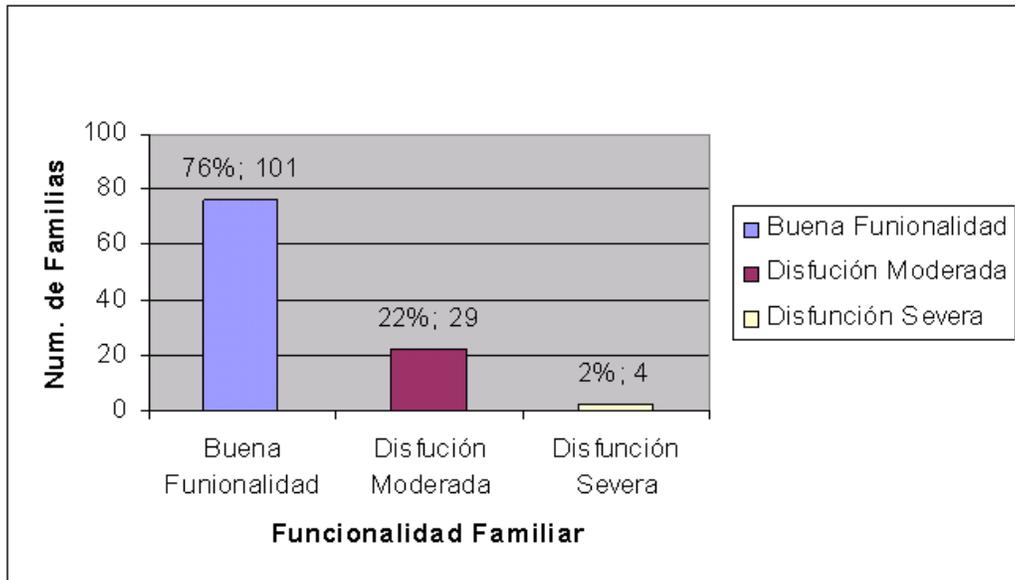
Grado de funcionalidad familiar según APGAR



Fuente: encuesta

GRAFICA 3.

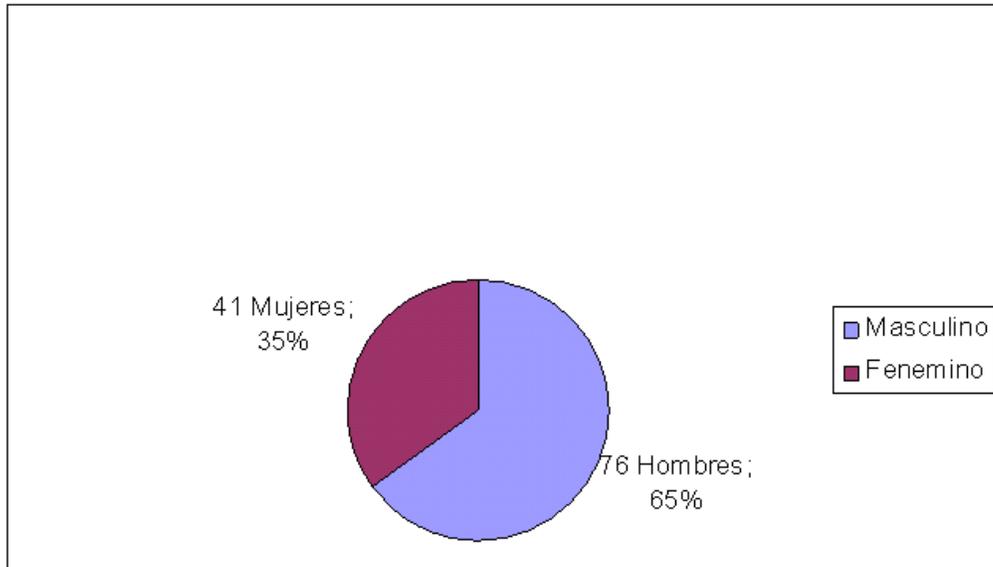
APGAR a familias sin problema de drogadicción



Fuente: encuesta

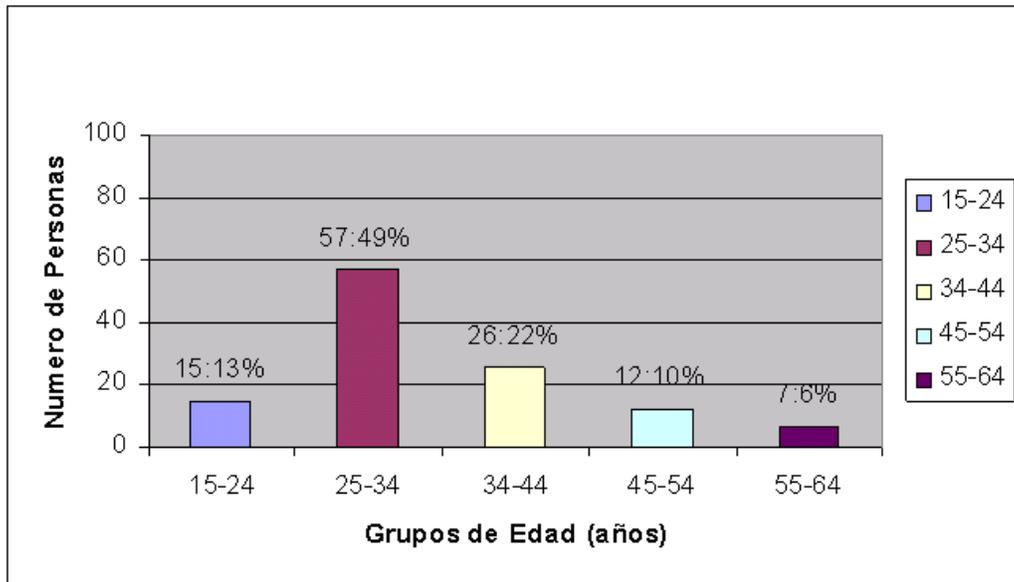
GRAFICA 4.

Porcentaje de consumo de drogas según sexo



Fuente: encuesta

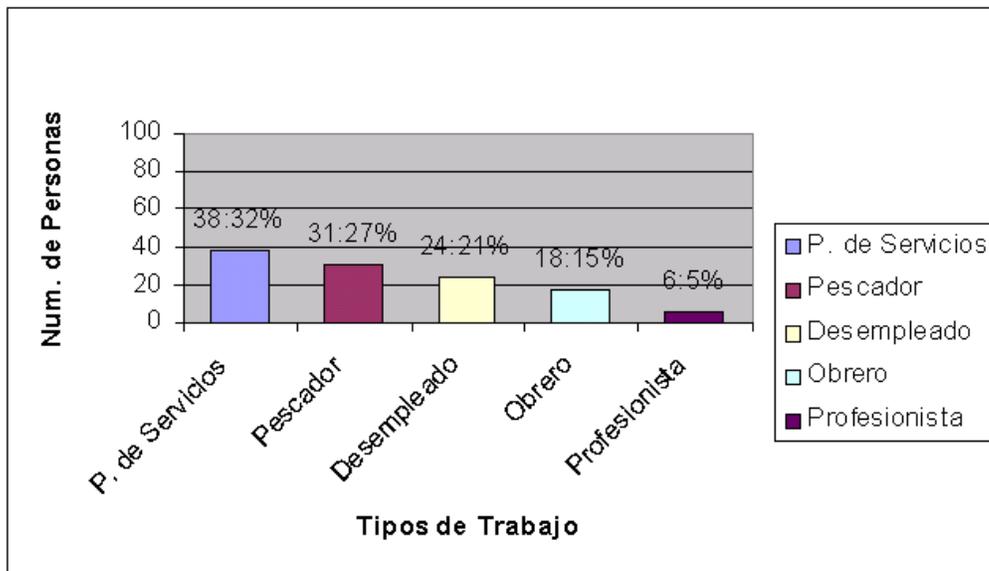
GRAFICA 5. Consumo de drogas por grupo de edad



Fuente: encuesta

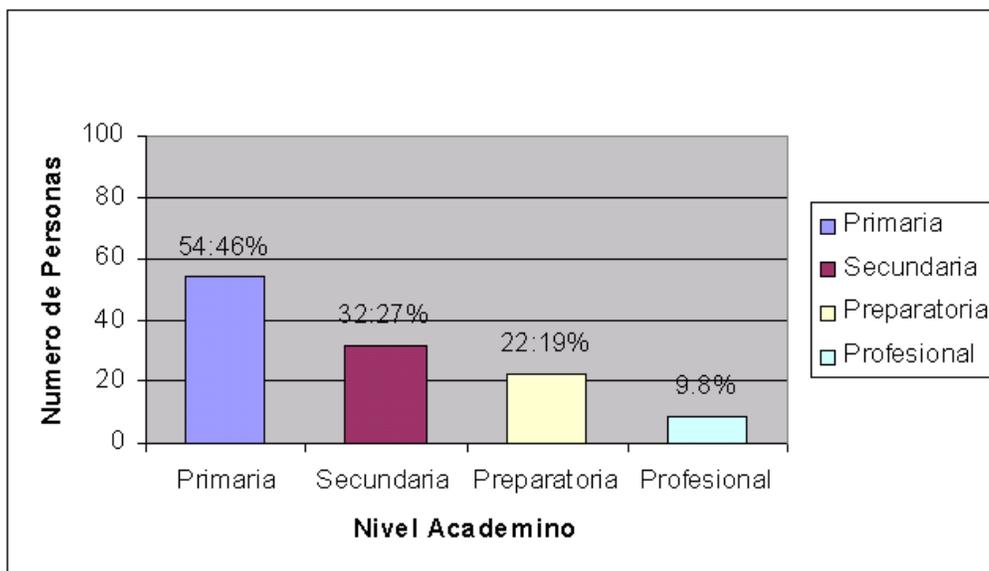
GRAFICA 6.

Consumo de Drogas por ocupación



Fuente: encuesta

GRAFICA 7. Consumo de drogas según escolaridad



Fuente: encuesta

Faces III						
	No Relacionada	Semi- Relacionada	Relacionada	Aglutinada	Total	%
Caótica	05	27	23	38	93	37
Flexible	22	08	28	15	73	29
Estructurada	16	17	15	09	57	23
Rígida	06	06	12	04	28	11
Total	49	58	78	66	251	100
%	19.5	23	31	26.5	100	

CUADRO 1.

Frecuencia de tipo de familia según FACES III

Fuente: encuesta

CUADRO 2.

Frecuencia de tipo de droga en población estudiada

Tipos De Droga	Num. de Consumidores	Porcentaje
Marihuana	65	55 %
Cocaína	27	23 %
Cristal	17	15 %
Otros	8	7 %

Fuente: encuesta

CUADRO 3.**Consumo de drogas según estado civil**

Estado Civil	Num. de Consumidores	Porcentaje
Casado	54	47 %
Soltero	28	24 %
Divorciado	14	12 %
Separado	13	11 %
Unión Libre	8	6 %

Fuente: encuesta

VII. DISCUSION

La incidencia de disfunción familiar evidentemente, según las encuestas realizadas tiene mayor impacto en familias donde al menos existe algún integrante consumidor de drogas ilícitas.

Esto viene a ser determinante en las consecuencias interpersonales, familiares y laborales, creando en las familias problemas de comunicación maltratos, insultos, abusos físicos y sexuales, con la pérdida de normas, de los roles, así como de la homeostasis familiar, generando crisis en cualquier etapa del ciclo vital familiar, como consecuencia según los recursos algún grado de disfunción familiar.

Encontramos que el género masculino es el más consumidor, pero que el femenino se incorpora cada vez más a las adicciones, esto tiene relación con los problemas sociodemográficos que predominan en el puerto, como el desempleo y la prostitución, así como la facilidad para conseguir las drogas. La ocupación mas mal pagada como es la de prestador de servicios, los pescadores y los desempleados son los principales consumidores.

Los de menor grado educativo, que solo terminaron la primaria o secundaria tienen mas tendencia al consumo de drogas ilícitas, la droga de mayor consumo es la marihuana por su menor costo y la gran facilidad de conseguirla. Las encuestas revelaron que el estado civil predominante es el de casado, situación que se da por su empleo que le permite ser derechohabiente del IMSS.

En el estado de Sinaloa el porcentaje en el consumo de drogas es del 7.45% de la población general, mayor que la media nacional que es del 5.3%, y que los peores índices se ubican en la población de los 35 a 50 años de edad, que el 4,2 % de los adolescentes mayores de 15 años consumen algún tipo de droga. Esto condiciona que a nivel familiar, se pierdan las relaciones interpersonales, así como las reglas y normas, propiciando según los recursos de las familias algún grado de disfunción.

En el puerto de Topolobampo, lugar donde se ubica la unidad de medicina familiar No.5 de 251 familias encuestadas, 117 tienen problema de drogadicción, a su vez 48 cursan con disfunción moderada (38%), Y 4 con disfunción severa (4%), cifras muy por arriba de la media nacional y de Sinaloa.

VIII. CONCLUSION

Con esto concluimos que en las familias derechohabientes de la U.M.F No.5 ubicada en el puerto de Topolobampo, la incidencia de disfunción familiar esta directamente relacionada con el consumo de drogas ilícitas por alguno de sus integrantes, encontramos que existe más disfunción familiar donde se consumen drogas, en comparación con familias sin este problema.

Los grupos de edad con mayor consumo son los que comprenden las edades de los 25 a 34 y de los 35 a los 44 años, que en desempleados o con ocupaciones mal pagadas como en los prestadores de servicio la prevalencia de drogadicción es mas alta, que el género masculino es el más afectado, pero el femenino cada vez se integra mas al consumo, que la droga mas usada es la marihuana, seguida por la cocaína y cristal.

Esto constituye un verdadero problema de salud pública, en el puerto existen problemas demográficos de peso para que las personas consuman drogas como el desempleo, prostitución, bajo nivel educativo por deserción escolar y mucha permisividad por parte de los jefes de familia.

Es necesario a la brevedad establecer programas, acciones, concretar planes educativos, preventivos, generar empleos, fortalecer la recreación, combatir el narcomenudeo. Nosotros como médicos de familia detectar factores de riesgo en nuestros pacientes para orientar y contribuir a disminuir la prevalecía de disfunción en las familias, elevando el nivel de vida con medidas que fortalezcan la protección de nuestras familias.

Realizar actividades en forma conjunta con la población derechohabiente, para detectar familias con elevados riesgos para drogadicción, así mismo establecer estrategias para proteger a grupos vulnerables como son los adolescentes.

Rescatar a los adictos con programas de rehabilitación, psicoterapia familiar, orientar a las familias con algún grado de disfunción, para que recuperen sus roles, su homeostasis y con ello su funcionalidad, el tener mas gente sana, traerá como resultado una mejor calidad de vida, con un futuro mas prometedor para nuestros hijos.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Escohotado A. Fenomenologia de las drogas. En: Historia general de las drogas. Madrid: Espasa Calpe; 1998.P, 20-25.**
- 2.-Dr.CM José Ramón Pascual Simon y Cols. Consideraciones generales sobre drogas de abuso. MEDISAN 2002; 6(4):58-71**
- 3.-Marti M. Cabrera JC. Castillo VM, Toledo L, Calvo F. Repercusión en el neonato de la drogadicción materna. BSCP Can Ped 2001; 25(3):6.**
- 4.-Arias J.A: Fernández Lábriola, R; Kalina, E.Pierini, D. La familia del adicto Ed.Nueva versión-Bs.As. España 1990.**
- 5.-Red del tercer mundo. Third World Retwork, Secretaria de América Latina. Jackson 1136, Montevideo 11200, Uruguay.**
- 6.- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA III) DE 2004. México.**
- 7.-Zhou Y, Li X. demographic characteristics and illegal drug use patterns among attendees of drug cessation programs in china. Subst use Misuse 1999; 34(6):907-20.**
- 8.-Quiles Sebastián M.J, Espada Sánchez JP, Menéndez Carrillo F. La investigación sobre drogas a través de la revista especializada de drogodependencia (1990-1999). Revista especializada de drogodependencia 2000; 25(3):344-354.**
- 9.-Pastor R. Llopis JJ, Baquero A. Interacciones y consecuencias sobre el consumo de alcohol y cocaína. Una actualización sobre el cocaetileno. Adicciones 2003; 15(2).**

- 10.- J. González Hachero M.G. Martínez Malagón, Repercusiones en los Hijos de la drogadicción de los padres. *Anales de Pediatría* 1999; Núm.14-8.
- 11.-Alejandro Pérez milena y Cols. Estructura y funcionalidad de la familia Durante la adolescencia, relación con el apoyo social, el consumo de Tóxicos y el malestar psíquico. *Atención primaria* 2007; 39(2):61-7.
- 12, .Mendoza-Solís LA y Cols. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria 2006; 8 (1): 27-32.
- 13.-J. Callabed Cariacedo. Familia y adolescente: Prevención de la drogadicción. *Anales españoles de pediatría, suplemento 108.XIII Simposio español de pediatría de la A.E.P*
- 14.-Giron García, S.S. Y Cols. Drogodependencias juveniles: Revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. *Trastornos Adictivos* 2002; 4(3):161-170
- 15.-Joanning H. Quinn TF, Thomas F, Muller R. Treating Adolescent drug abuse a comparison of family systems therapy, grup therapy and family drug education. *J Marital fam ther* 1992:18; 345-56.
- 16.-Secretaria de salud. Dirección General de Epidemiología. Encuesta nacional de adicciones III. México DF: SSA, 1998.

ANEXO 2

DEFINICION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD	N° AÑOS CUMPLIDOS AÑOS ENTEROS	AÑOS	NUMÉRICA
GÉNERO	SE TOMA EN CUENTA LAS CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS	MASCULINO FEMENINO	NOMINAL
ESCOLARIDAD	NÚMERO DE AÑOS CURSADOS	PRIMARIA INCOMPLETA PRIMARIA COMPLETA SECUNDARIA INCOMPLETA PREPARAT. I NCOMPLETA PREPARATORIA COMPLETA PROFESIONAL	NOMINAL
<u>ESTADO CIVIL</u>	SITUACION JURIDICA DE LA FAMILIA	UNION LIBRE CASADO DIVORCIADO SEPARADO SOLTERO OTROS.	NOMINAL
<u>OCUPACION</u>	SITUACION LABORAL	PROFESIONISTA PRESTADOR DE SERVICIO OBRERO DESEMPLEADO	NOMINAL
TIPO DE DROGA	VARIEDAD DE DROGA QUE REFIERE CONSUMIR	MARIHUANA COCAÍNA CRISTAL OTRAS	NOMINAL
DISFUNCIÓN FAMILIAR	APGAR FAMILIAR	BUENA FUNCIÓN FAMILIAR DISFUNCIÓN FAMILIAR MODERADA DISFUNCIÓN FAMILIAR SEVERA	NOMINAL
	FACES III	NO RELACIONADA SEMIRELACIONADA RELACIONADA AGLUTINADA	NOMINAL

		RÍGIDA ESTRUCTURADA FLEXIBLE CAÓTICA	
--	--	---	--

ANEXO 3

CALIFICACION DEL APGAR FAMILIAR

- 00-03 PUNTOS: DISFUNCIÓN SEVERA
- 04-06 PUNTOS: DISFUNCIÓN MODERADA
- 07-10 PUNTOS: FAMILIA FUNCIONAL

CALIFICACION FACES III

TABLA 1		TABLA 2	
COHESION	AMPLITUD DE CLASE	ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
No relacionada	10-34	Rígida	10-19
Semirelacionada	35-40	Estructurada	20-24
Relacionada	41-45	Flexible	25-28
Aglutinada	46-50	Caótica	29-50