



# UNIVERSIDAD SALESIANA

---

---

INCORPORADA A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

“EL FACTOR FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LOS JÓVENES  
INHALADORES”

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A**

P R E S E N T A:

**ERIKA SELENE GONZÁLEZ ORTEGA**

**ASESOR: LIC. EMILIANO LEZAMA**

MÉXICO, D. F. OCTUBRE 2014



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.

## **DEDICATORIAS**

Ha sido un año lleno de esfuerzos y sacrificios, cerrada esta etapa, me queda agradecer principalmente a Dios por permitirme llegar a esta instancia del camino, en donde me vuelvo toda una profesional.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy, es un privilegio ser su hija, son los mejores padres y los amo con todas mis fuerzas.

A mi hermana Claudia, por ser el ejemplo de una hermana mayor, por apoyarme en cada momento de mi vida y a la cual amo mucho.

A mi sobrino Daniel, que con tus risas me haces crecer y sentirme muy afortunada de tenerte conmigo.

A mi novio Oscar, quien lloró y rio en cada momento junto a mí y fue capaz de contenerme cuando todo iba mal. Gracias por amarme como solo tú lo puedes hacer.

A mis profesores Emiliano Lezama, Martha Laura y Francisco Ochoa, por el apoyo, experiencia y orientación que me brindaron para culminar este último pasó en mi carrera profesional.

## ÍNDICE

Introducción.	5
1. Delimitación del problema.	6
Capítulo I. Conducta adictiva – adicción.	8
1.1. Causas de la conducta adictiva.	13
1.2. Factores de personalidad y la conducta adictiva.	15
Capítulo II. Familia.	17
2.1. Comunicación familiar.	18
2.2. Enfoque psicodinámico familiar.	23
Capítulo III. Instrumento.	33
Capítulo IV. Metodología.	38
4.1. Objetivo general.	38
4.2. Objetivo específico.	38
4.3. Hipótesis de investigación.	39
4.4 hipótesis nula.	40
4.5. Variable dependiente.	41

4.6. Variable independiente.	41
4.7. Definición conceptual variable dependiente: Consumo inhalantes.	41
4.8. Definición operacional variable dependiente: Consumo inhalantes.	44
4.9. Definición conceptual variable independiente: Clima familia.	44
4.10. Definición operacional variable independiente: Clima familiar.	44
4.11. Población.	45
4.12. Método de análisis estadístico.	46
4.13. Procedimiento.	47
Capitulo V. Resultados.	49
Discusión y conclusiones.	54
Bibliografía.	57
Páginas Consultadas en Internet .	61
Anexos.	64

## **INTRODUCCIÓN**

La inhalación es un fenómeno de drogadicción que ha venido cobrando importancia en los últimos años por la frecuencia con que se ha venido utilizando, específicamente por adolescentes.

El presente estudio pretende ampliar la visión sobre la influencia que ejerce la familia para que los miembros de la misma se conviertan o no en inhaladores.

En el problema del presente estudio son de los elementos básicos a tener en cuenta:

I. Contexto familiar- joven consumidor

II. Contexto familiar- joven no consumidor

El contexto familiar implica ese conjunto de personas (padres, hijos, y/ o familiares significativos) que a diferentes niveles influyen y dirigen la conducta de cada individuo.

El consumidor de inhalantes es ante todo, hijo de un ambiente familiar que en cierto modo marca su conducta.

El joven no consumidor será aquel que no consuma ni haya consumido alguna droga. El joven consumidor será aquel que haya consumido o consuma alguna droga, en especial sustancias inhalantes. En este último se valorarán las causas que lo indujeron a la inhalación.

Los dos elementos mencionados anteriormente están interrelacionados de forma compleja, y habrá que determinar el alcance del contexto familiar sobre el joven consumidor en comparación con el alcance del contexto familiar sobre el joven no consumidor.

La adicción a los solventes es un problema que afecta fundamentalmente a la juventud, que si bien no se puede considerar como un problema grave de la salud pública, es evidente que produce graves deterioros cognitivos en el sujeto que tiene este padecimiento.

En México se considera que la adicción de jóvenes ha pasado del tabaco a los inhalantes, la marihuana, seguido de drogas consideradas “duras” tales como la cocaína y heroína. A ellos ha seguido las drogas sintéticas que se introducen en el mercado. De acuerdo a la *Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes 2008* (ETJ, 2008) más de la mitad de los jóvenes encuestados han fumado un cigarrillo de tabaco al menos en una ocasión; entre el 10.5% y el 27.8% de los jóvenes en edades de 13 a 15 años de edad son fumadores activos. A diferencia de otros indicadores donde las mujeres son relegadas, en cuanto al tabaquismo no se observan diferencias significativas.

En cuanto al consumo de drogas, la *Encuesta Nacional de Adicciones 2008* (ENA, 2008) reporta que el 5.2% de la población de 12 a 65 años consume algún tipo de droga ilegal, tales como la marihuana, cocaína y sus derivados, metanfetaminas, alucinógenos, inhalantes y otras. El consumo de marihuana sigue siendo el de mayor prevalencia, seguido del consumo de cocaína, pero se observa mayor velocidad de aumento de consumo de esta última. En cuanto a los adolescentes y jóvenes, el 25.4% de los varones y el 10.7% de las mujeres de 12 a 25 años estuvieron expuestos al consumo de drogas. Ello significa que por algún medio les fue ofrecida como regalo o venta (ENA, 2008:45)

La exposición al consumo de drogas ha cambiado en las distintas generaciones, así también las pautas valorativas relacionadas con el consumo.

Si bien, generalmente se acepta que no estar en la escuela puede actuar como factor de riesgo para el consumo, distintos estudios reportan que otros factores son relevantes para ello. Sólo el 12.7% de quienes nacieron entre 1942 y 1956 respondió que le ofrecieron algún tipo de droga, en tanto que el porcentaje fue de 17.3% para los que nacieron entre 1984 y 1996 (ENA, 2008: 45)

Los factores que influyen en la determinación de este problema se han centrado en los factores de edad y económicos, sin embargo, se puede considerar que la familia es un elemento que no ha sido observado de manera amplia para analizar cómo contribuye en permitir o producir el que uno de sus miembros se convierta en un adicto a estas sustancias.

Debido a ello en la presente investigación se analiza el factor de la comunicación familiar como un elemento central en la formación de una conducta adictiva, analizando las características y las formas como ocurre este problema.

En el capítulo uno, nos enfocaremos en lo que es una conducta adictiva y definiremos que es una adicción.

En el capítulo dos hablaremos de la familia y su importancia como pilar sobre el cual se fundamenta el desarrollo psicológico, social y físico del ser humano.

En el capítulo tres revisaremos básicamente el instrumento en el cual me base para realizar el siguiente estudio, así como un poco de su historia.

Por ultimo en el capítulo cuatro y cinco, explicaré la metodología y los resultados obtenidos dentro de la investigación realizada.



## **CAPÍTULO I**

### **CONDUCTA ADICTIVA - ADICCIÓN**

El término conducta, aplicado a las manifestaciones del individuo, tiene siempre la connotación de estar dejando de lado lo más central o principal del ser humano: los fenómenos propiamente psíquicos o mentales. Estos últimos serían realmente los fenómenos más importantes, dado que originan la conducta; y si estudiamos únicamente esta última, nos estamos ocupando solo de productos y derivados, pero no del fenómeno central. Etimológicamente la palabra conducta es latina y significa conducida o guiada; es decir, que todas las manifestaciones comprendidas en el término de conducta son acciones conducidas o guiadas por algo que está fuera de las mismas: por la mente. De esta manera, el estudio de la conducta, considerada así, asienta sobre un dualismo o una dicotomía cuerpo - mente, sobre la tradición del más puro idealismo, en el que la mente tiene una existencia de por sí y es el punto de origen de todas las manifestaciones corporales; según esta perspectiva, el cuerpo es solamente un instrumento o un vehículo del que se vale la mente para manifestarse.

En la historia del concepto de conducta en psicología, tiene importancia el artículo de Watson publicado en 1913, que inicia la corriente o escuela llamada Conductismo o Behaviorismo, en el que sostiene que la psicología científica debe estudiar solo las manifestaciones externas (motoras, glandulares y verbales); aquellas que pueden ser sometidas a observación y registro riguroso, tanto como a verificación. Ya antes que Watson, Pillsbury había definido en 1910 a la psicología como la ciencia de la conducta y Angell en 1907, integrante de la escuela funcionalista, anticipaba el reemplazo de la mente por la conducta como objeto de la psicología. Posiblemente, entre los más importantes, en lo que respecta a la conducta como objeto de la psicología, haya que contar con los estudios de P. Janet en 1908 y los de H. Piéron. Este último formuló, desde 1908, una psicología del comportamiento, y P. Janet hizo importantes aportes al

tema de la psicología de la conducta, en la que incluía la conciencia, considerada como una conducta particular, como una complicación del acto, que se agrega a las acciones elementales. El mismo autor estudió la evolución de la conducta, describiendo una jerarquía de operaciones, compuesta de cuatro grupos: conducta animal, intelectual elemental, media y superior.

En 1913 Watson incluyó en la conducta todos los fenómenos visibles, objetivamente comprobables o factibles de ser sometidos a registro y verificación y que son siempre, respuestas o reacciones del organismo a los estímulos que sobre él actúan. Intentó asentar la psicología sobre el modelo de las ciencias naturales, con una sólida base experimental y por ello presentó una sistemática oposición a dos postulados fundamentales de la psicología clásica a la introspección, como método científico y a la conciencia como objeto de la psicología.

El término conducta se ha convertido así, en la actualidad, en patrimonio común de psicólogos, sociólogos y antropólogos, sin que por este solo empleo se esté filiado a la escuela del Behaviorismo, inclusive se ha convertido en un término que tiene las ventajas de no pertenecer ya a ninguna escuela en especial y de ser lo suficientemente neutral como para constituir o formar parte del lenguaje común a investigadores de distintas disciplinas, campos o escuelas.

De esta manera, incluimos así, bajo el término de conducta, todas las manifestaciones del ser humano, cualesquiera que sean sus características de presentación, ampliando de esta manera el concepto a sectores muchos más vastos que los que caracterizan al conductismo.

Trabajar en psicología con el concepto de conducta es una especie de retorno a "los hechos mismos", en la medida en que esto es factible en cualquier ciencia; es atenerse a los hechos, tal cual se dan y tal como existen, permite

confrontación de observaciones, verificación de teorías y comprensión unitaria de aportaciones ubicadas en distintos contextos o encuadres teóricos.

Nuestro estudio de la conducta se hace en función de la personalidad y del inseparable contexto social, del cual el ser humano es siempre integrante; estudiamos la conducta en calidad de proceso y no como "cosa", es decir, dinámicamente. En 1948 Mowrer y Kluckhohn enumeran cuatro proposiciones "mínimas esenciales" de una teoría dinámica de la personalidad, a saber:

- 1) La conducta es funcional: Por funcional se entiende que toda conducta tiene una finalidad, la de resolver tensiones.
- 2) La conducta implica: Siempre conflicto o ambivalencia.
- 3) La conducta solo puede ser comprendida en función del campo o contexto en el que ella ocurre.
- 4) Todo organismo vivo tiende a preservar un estado de máxima integración o consistencia interna.

Pero así como he hablado de la conducta, también existe la conducta adictiva, la cual es de suma importancia para esta investigación.

La adicción es una enfermedad crónica que se desarrolla gradualmente, permitiendo al sujeto de la adicción, ir realizando ajustes momentáneos a la enfermedad y volviéndolos capaces de continuar funcionando aún enfermos.

El adicto es una persona que no está consciente de estar compensando y adaptándose a la enfermedad y que por lo tanto, durante un tiempo será incapaz de tomar consciencia de la toxicidad de su comportamiento para su salud y calidad de vida.

Las adicciones en tanto hábitos compulsivos, constituyen conductas altamente riesgosas para la salud en la medida en que una adicción remite a pérdida de control en sí y dependencia.

Estamos en presencia de una adicción cuando la conducta de una persona conduce a una dependencia de un objeto o actividad. Esta dependencia provoca la reducción gradual del abanico de intereses del sujeto y como consecuencia de sus obligaciones, finalmente este tipo de comportamiento toma toda su vida: "Se vuelve su vida".

En 1990 Gossop y Grant definieron a la adicción a partir de los siguientes elementos:

- 1) Un sentimiento de compulsión para realizar una determinada conducta.
- 2) La capacidad deteriorada para controlar la conducta.
- 3) Fuerte malestar y alteración emocional cuando la conducta es impedida o se la abandona.
- 4) La persistencia en la conducta a pesar de la evidencia de su nocividad para el sujeto.

El rasgo principal de la conducta adictiva es su capacidad para generar en la persona adicta la sensación de bienestar y gratificación inmediata. En este sentido, simulan aliviar el malestar psicológico que puede producir el estrés, la angustia, la ansiedad y otras emociones negativas, transformándose en un estilo negativo de afrontamiento de dichas emociones.

Por esta misma característica, es que este tipo de conductas producen una dependencia que lleva a la persona al fin contrario que quería lograr, cada vez se necesitan mayores intensidades para experimentar la sensación de

gratificación. De este modo, lo que en principio parecía una conducta de afrontamiento, de adaptación a las situaciones en las que se está inmerso, termina por estructurarse como un comportamiento desadaptativo y autodestructivo.

Cualquier conducta adictiva al evolucionar, provoca un deterioro progresivo del sujeto, ya sea en su salud física y psíquica en general, como al interferir en su vida cotidiana; en sus relaciones con los demás y en la realización de sus tareas habituales.

Uno de los rasgos principales de la conducta adictiva es la pérdida del control, esta se caracteriza por episodios compulsivos que implican una importante inversión de los recursos del sujeto. Su energía y su tiempo, básicamente se ven controlados por su hábito y paulatinamente este control se extenderá a todas las áreas de su vida deteriorando su calidad.

El otro rasgo a tener muy en cuenta es la continuidad del hábito a pesar del daño que este ocasiona en el sujeto. Esta es una señal característica de la adicción y cuando se presenta es un marcador importante para diagnosticarla.

Puede decirse que, existe una negación que impide al sujeto tomar plena consciencia de las consecuencias de su conducta para su salud y calidad de vida.

A lo largo del desarrollo de la conducta adictiva también existen otras señales que pueden presentarse en diferente intensidad y según la singularidad de la evolución.

Entre ellas encontramos:

- 1) Comportamientos secundarios, adquiridos durante el proceso adictivo, que relacionan al adicto con el objeto de la adicción provocando el deseo.
- 2) Un conjunto de distorsiones cognitivas que facilitan el proceso adictivo y separan al sujeto de la realidad de su comportamiento adictivo.
- 3) Un proceso de memoria selectiva que funciona como auto engaño, enfocada en la sensación de gratificación inmediata de la conducta pero no en sus consecuencias negativas.

### **1.1 Causas de la Conducta Adictiva**

Basándonos un poco en los estudios de la Dra. Mirta Laham realizados en 2002, quien es Directora del portal de Psicología, concluye que las causas de una adicción pueden ser múltiples, a su vez pueden interactuar de modo complejo para producir la conducta adictiva tanto en sus predisposiciones como en su desencadenamiento donde se unen con el objeto de adicción.

Entre los factores que llevan a las adicciones pueden mencionarse:

- Biológicos: Todos los acontecimientos relacionados con la salud física y mental que se manifiestan en los seres humanos como consecuencia de su constitución orgánica.
- Familiares (genéticos y culturales): Forma en que está constituida la familia, el número de sus integrantes, su relación de afecto, comprensión, rechazo, su ambiente, su cultura, costumbres, hábitos, el

estado económico, etc. De la familia depende la integración del niño, del adolescente y del adulto a la sociedad como individuo positivo.

- Personalidad: Patrón de actitudes, pensamientos, sentimientos y repertorio conductual que caracteriza a una persona y que tiene una cierta persistencia y estabilidad a lo largo de su vida de modo tal que las manifestaciones de ese patrón en las diferentes situaciones posee algún grado de predictibilidad.
- Socioculturales: Cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. De tal modo, un elemento sociocultural tendrá que ver exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma.

En cuanto a la clasificación, en algunos casos dos o más conductas adictivas pueden coexistir, es decir, en ocasiones las adicciones no se presentan con una diferenciación clara.

Por otro lado, también puede darse el caso que una persona sustituya una adicción que lo afecta desarrollando otra adicción, no obstante, en términos generales, podemos clasificar las adicciones por el consumo o por la conducta.

De este modo se podría organizar el siguiente cuadro:

<b>Adicciones de Consumo</b>	<b>Adicciones de Conducta</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Adicción al alcohol</li><li>- Adicción a la cocaína</li><li>- Adicción a la nicotina</li><li>- Adicción a la marihuana</li><li>- Adicción a los sedantes</li><li>- Adicción a las anfetaminas</li><li>- Adicción al éxtasis</li><li>- Adicción a la heroína</li><li>- Adicción al opio</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>Adicción a la Comida</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Comedor compulsivo</li><li>- Bulimia</li><li>- Anorexia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Adicción al juego</li><li>- Adicción al sexo</li><li>- Adicción religiosa</li><li>- Adicción al internet</li><li>- Adicción al trabajo</li></ul>

## **1.2 Factores de Personalidad y la Conducta Adictiva**

Siguiendo con los lineamientos de la Dra. Mirta Laham, caracterizar al adicto es fundamental para basar una intervención psicoterapéutica. Es por esta razón que se vuelve necesario conformar un perfil que incluya los principales rasgos de su personalidad asociados a su comportamiento adictivo.

Hasta ahora, no existe una investigación que haya podido ser concluyente sobre la existencia de una personalidad adictiva, sin embargo, la investigación clínica presenta dos evidencias que no son contradictorias.

- 1) Existen adictos con diversos tipos de personalidad.
- 2) Existen factores de personalidad que juegan un rol en el desarrollo de la adicción.



En términos generales, vale la pena señalar los siguientes rasgos de personalidad que solemos encontrar en personas que sufren adicción:

- Tendencia a aislarse socialmente: El objeto de su adicción funciona como un sustituto y compensación.
- Habilidad carente en el manejo del estrés y las emociones negativas: Falsos estilos de afrontamiento que sostienen en la adicción.
- Dificultad para expresar sentimientos.
- Poca tolerancia a la frustración.
- Dificultad para planear y mantener metas a largo plazo.
- Reacción impulsiva en resoluciones de problemas.
- Suelen ser extremistas.
- Presentan comportamientos compulsivos.
- Por lo general sustituyen una adicción con otra.

Es importante tener en cuenta que la construcción de una personalidad adictiva, presenta tantas aristas que atentan contra la precisión del constructo. Como consecuencia, será mucho más práctico definir la personalidad adictiva como un resultado de la alteración de la personalidad causada por un proceso de adicción.

## CAPÍTULO II

### FAMILIA

Se entiende por familia el núcleo donde se constituye la formación de la personalidad de cada uno de sus miembros, es el pilar sobre el cual se fundamenta el desarrollo psicológico, social y físico del ser humano. Es el asiento del legado emocional de cada ser humano, e idealmente debe suplir a sus miembros del sentimiento de seguridad y estabilidad emocional, nutrido en un ambiente de aceptación, seguridad y amor. El sistema familiar, está formado por una estructura (la pareja como esposos y padres, y los hijos, que a su vez son hermanos entre sí; cabe destacar que esta organización puede variar de una familia a otra), y por interacciones entre sus miembros.

La familia no ha existido como la conocemos, sino que ha cambiado en las distintas épocas históricas. El término familia proviene del latín *famulus* referido a las personas que dependían de un *pater familia*, en ese grupo se encontraba la esposa, los hijos y los esclavos.

Actualmente se reconoce como familia a la agrupación de apoyo mutuo basado en lazos de parentesco ya sea biológico o social.

Los patrones de conducta que se realizan en la familia son dinámicos y pueden ser confrontados y adaptados a los cambios requeridos por las diferentes etapas que cursa el ciclo vital de la familia. El crecimiento de los hijos es un factor importante para cambiar las reglas de la familia, las que deberán ser congruentes con la etapa del desarrollo que va viviendo cada hijo. Cada etapa de desarrollo de los hijos, pone a prueba el sistema familiar con diferentes desafíos que obligan a buscar nuevos patrones de relación y una de las etapas críticas en la familia es la adolescencia; numerosas familias que habían tenido una buena integración y comunicación, llegado este momento las pierden y no es fácil recuperarlas, aunque es posible lograr nuevas formas de comunicación

permitiendo la independencia, con límites claros para cada miembro de la familia, siempre y cuando exista la disposición de las partes en conflicto. La falta de comprensión genera conflictos, y consecuencia de no negociar es buscar la solución fuera del núcleo familiar, asimismo pueden evadirse de una situación que sienten intolerable mediante el consumo de sustancias que cause cierta dependencia.

La familia es la primera escuela donde aprendemos cómo comunicarnos, esto significa que cada familia enseña a través de la forma que tiene de comunicarse, su estilo particular; los valores, forma de pensar y mirar el mundo, pero para lograr una adecuada comunicación se necesitan dos interlocutores: el emisor quien emite un mensaje y el receptor, quien interpreta el mensaje a partir de un código común, entendible por los dos.

## **2.1. Comunicación Familiar**

Me parece importante empezar definiendo que es la comunicación en términos generales, para así poder comprender mejor su importancia.

La comunicación es una forma de interacción en la cual las personas intercambian información con otras personas, siempre y cuando haya entre ellas un conjunto de precondiciones, conocimientos y reglas que hacen posible la comunicación.

A través de la comunicación ocurre la socialización y por ende la educación. Si se sitúa a la familia en el lugar que le corresponde por ser el primer y principal agente socializador (principal por incluir al sujeto toda su vida), se reconocerá la responsabilidad que representa para ella la formación de la personalidad y por ende lo definitorio o al menos muy influyente de los procesos comunicativos familiares. A través de ellos no sólo llegan los mensajes educativos sino que se toman los modelos de comunicación y se desarrollan habilidades

comunicativas, de las que depende la solución de muchos de los conflictos familiares y las pautas que se establecen en la relación afectiva.

La comunicación familiar tiene una estructura compleja en donde figuran en todo momento no sólo mensajes interpersonales directos, sino un sistema de señales muy valiosas para que la persona que recibe el mensaje se percate de la categoría correcta a la que debe encuadrarse la secuencia de los mensajes transmitidos. Este sistema de señales constituye algo serio en forma literal o de metáforas. Tal serie de señales suele ser extra verbal y se modula mediante el tono de voz, la mímica y los gestos.

Con relación a las señales extra verbales, existe una especie de comunicación contradictoria, llamada de doble vínculo, esta se observa sobre todo en el proceso educacional y consiste en la asociación de un mensaje de cariño con un metamensaje de hostilidad. A este tipo de comunicación se le conoce como “disfuncional”, ya que se envían mensajes indirectos, enmascarados y desplazados.

La comunicación “negativa” o “disfuncional”, implica la falta de responsabilidad por el autocontrol de las emociones negativas. Cuando no se controlan dichas emociones se cae en conductas agresivas, lo cual se ve reflejado cotidianamente en las familias; por ejemplo, cuando un niño comete algún error, los padres lo castigan de forma impulsiva, sin ser escuchado.

Para que la comunicación sea funcional debe ser clara, directa, congruente, conformada y retroalimentada.

Existen códigos particulares de comunicación en las familias. La influencia entre las personas que las integran adquiere una mayor complejidad cuando se considera que en cada interacción no solo participan los actores principales, sino también, de algún modo los demás miembros de la familia.

En las familias existen cadenas de interacción que se repiten, siendo esto un reflejo de su organización. Si las respuestas que la familia da ante determinadas problemáticas son positivas, seguramente ante un evento similar sepa cómo actuar.

Muchas veces las dificultades comunicacionales tienen como causa relaciones conyugales distorsionadas, y puede ocurrir por ejemplo que los padres abduquen de sus funciones, actúen como hermanos de sus hijos para así obtener atención del otro cónyuge, los hijos den cuidados parentales a sus padres, actúen como cónyuges sustitutos y desafíen con éxito la autoridad parental; ocurren aquí transgresiones e inadecuación en el ejercicio de los roles que impide establecer un orden adecuado donde límites y jerarquías se respeten, y se establezcan por tanto relaciones comunicativas satisfactorias.

Así mismo, muchos estudios confirman la importancia de la comunicación paterno-filial. Como señala Castells (2000), la familia debe buscar momentos de comunicación en los que exista un adecuado intercambio que sirva para orientar y encauzar al adolescente en la búsqueda de su identidad, al mismo tiempo que se le permita sentirse querido y apoyado. Cuando esto no existe y se da incomunicación entre padres e hijos, pueden existir consecuencias serias para el adolescente. En referencia al consumo de drogas, numerosos autores destacan dificultades en la comunicación de las familias de drogodependientes.

Basándome en la enciclopedia electrónica EcurRed obtuve la siguiente información sobre los tipos de comunicación que existen, los cuales son los siguientes:

- 1) Comunicación Verbal: Se centra en “lo que se dice”. Se realiza continuamente y consiste básicamente en hablar. Proporciona al otro un conocimiento exacto de lo que se quiere decir, aunque tal conocimiento es puramente intelectual, y muchas veces le falta “algo” para establecer una verdadera relación interpersonal.

2) Comunicación no Verbal: Es más variada: (tono de voz, gestos, postura, el mismo silencio cuando se decide no comunicarse, la enfermedad, el lenguaje sintomático, la agresividad). En definitiva se centra en lo que se dice con gestos o lenguaje corporal. Su base está en lo aprendido en las etapas pre verbales de la maduración (antes de aprender a hablar), cuando se aprende de los padres inflexiones de voz, tono, ritmo, contacto de las manos, movimientos del rostro, expresión, ruidos, etc. Es una comunicación un poco más confusa que la verbal, por lo que necesita una traducción según el contexto en que se dé. Con este tipo de comunicación hay que tener cuidado ya que puede provocar conflictos.

Dentro de los dos tipos de comunicación, podemos encontrar también niveles en que puede establecerse, tales como:

- a) Comunicación Informativa: Es cuando sólo se dice “lo que ha pasado”. Simplemente se informa de lo que se ha visto, oído, hecho.
  
- b) Comunicación Racional: Es una comunicación formativa o manipulativa, porque junto al hecho que se transmite se pretende actuar sobre el otro. En la familia se usa como vehículo transmisor de pautas, valores o normas.
  
- c) Comunicación Profunda: Se da cuando mientras se transmite la información o los hechos, se transmiten también sentimientos, afectos, emociones, estados de ánimo. La falta de niveles profundos de comunicación familiar tiene efectos como no saber qué quiere el otro, qué necesita, qué busca, de qué es capaz, se produce pobreza emocional en el comportamiento, falta de ternura expresada y sentida,

búsqueda de tales gratificaciones en otro lugar, y todo ello de manera compulsiva (arrebatos, impulsos, etc.).

Y al mismo tiempo, estos niveles, cuentan con estilos comunicativos que son empleados en las familias.

- a) Estilo Inculpador o Agresivo: tienden a actuar de manera exigente con los demás, actúan con aire de superioridad y se les describe como autoritarios, sólo buscan ganar, dominar, forzando a la otra persona a perder.
  
- b) Estilo Aplacador o no Asertivo: tratan siempre de complacer, a costa de sus propios derechos, necesidades y sentimientos, por lo que ni ellos mismos, ni los otros los respetan; evitan a toda costa el conflicto, tratando siempre de apaciguar.
  
- c) Estilo Calculador o Intelectual: Las relaciones interpersonales las manejan con intelectualizaciones, ocultan las emociones y son muy desconfiadas.
  
- d) Estilo Distractivo o Manipulador: Las situaciones no son tratadas directamente y se despliegan numerosas estrategias para salir de situaciones desagradables.

- e) Estilo Nivelador o no Asertivo: Defienden sus derechos, respetando los ajenos y expresan sus sentimientos, pensamientos o necesidades de forma directa y honesta; siendo sus mensajes congruentes.

Es importante destacar y tener en cuenta, que la comunicación en la familia permite que los padres no se conviertan en desconocidos para sus hijos y los provean de una mejor educación. Una familia que se comunica, es una familia unida, y al mismo tiempo, la atmósfera familiar puede ser percibida como segura o peligrosa para tratar “ciertos temas”, en dependencia de cómo esto ocurra habrá o no apertura. Se puede hablar de tópicos superficiales, sin expresar sentimientos y temores para que no se descubran los puntos débiles y se utilicen estrategias evasivas para evitar la intimidad, generalmente por miedo a la incompreensión.

## **2.2. Enfoque Psicodinámico Familiar**

Antes de adentrarnos al enfoque Psicodinámico, creo que es importante mencionar un poco los diferentes enfoques que existen dentro de la psicología, para así poder tener una idea más clara, del por qué me base más en el enfoque Psicodinámico, para las siguientes definiciones me base en el Portal de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y obtuve la siguiente información:

- Enfoque Biológico: Este enfoque se ocupa de los factores genéticos, evolutivos, el nexa comportamiento y el sistema nervioso. Se refiere a que ésta se encuentra determinada en parte por combinaciones genéticas. De esta forma así como toda persona posee rasgos físicos heredados de los padres también se heredan rasgos de personalidad.
- Enfoque Psicodinámico: Estudia el inconsciente de las personas y consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos y producciones imaginarias de un individuo.



- Enfoque Cognoscitivo: La palabra cognoscitivo viene del verbo latino “cogito” que significa pensar, es lo que nos ayuda a entender como asimila el ser humano la información que recibe y cómo reacciona ante ello.
- Enfoque Conductista: Se centra en decirnos el cómo es que el ser humano moldea sus actitudes con base en su entorno, (centrado en estímulo respuesta). Tiene sus orígenes en el empirismo inglés en el siglo XVII. Esta corriente nos dice que: “todas las ideas y conocimientos se obtienen empíricamente” tal como si el hombre fuera una hoja en blanco, el hombre se conduce conforme las exigencias del medio donde vive.
- Enfoque Humanista Existencial: Señala que la psicología científica ha errado el camino al ocuparse exclusivamente de la conducta observable y prescindir de la vida interior del sujeto. Para ellos, las experiencias internas y nuestra búsqueda del sentido de la vida constituye el centro de nuestro estar en el mundo, y han de ser los temas centrales de la psicología.

Después de esta breve explicación continuaré con el tema de mi tesis en donde Pichón-Riviere (1982) nos dice, que el “enfermo” dentro del contexto familiar es considerado como el portavoz de las necesidades del grupo. El “enfermo” es el depositario de las ansiedades grupales, es quien carga con los aspectos patológicos del resto de sus integrantes, es el emergente que expresa una estructura socioeconómica y familiar alienante y su consiguiente configuración patológica.

De hecho, “la familia en el fondo constituye un relato privado de los mitos de Narciso y Edipo” (López, 1994: 193). Esto lleva a plantear la trama familiar entre la resolución narcisística con la incorporación del tercero social y el conflicto edípico con su consecuente exclusión.

La anterior afirmación, de inspiración profundamente psicoanalítica, hace referencia cómo en la vida de cada individuo, su familia se constituye en la instancia donde se inicia su desarrollo psicosocial en la temprana infancia, por medio de un vínculo simbiótico con la madre (diada), el cual es interrumpido por la irrupción en escena del padre, pasando de la relación dual a la triada, la cual, a su vez, rompe con el narcisismo omnipotente del infante. Poco tiempo después, el niño o la niña inician la fase fálico edípica, con la cual buscarán el amor del padre del sexo opuesto y rechazarán al padre del propio sexo, tratando de entablar un vínculo estrecho con uno y excluyendo al otro progenitor.

La dinámica familiar se constituye a partir del sistema vincular que mediatiza la interacción interpersonal. En este sentido, Calvo, Riterman y Calvo (1982) consideran que la pareja es una unidad autosuficiente, generadora de una familia centrada en sí misma para operar matrices vinculares con la comunidad, que es el tercero social por excelencia.

Por “*tercero social*” se debe entender la figura del padre que entra a jugar en el psiquismo del infante en los primeros meses de vida como alternativa que intenta cortar la simbiosis de la diada madre-hijo.

- a) Tercero incluido como prolongación simbiótica de la pareja: los tres son idénticos, refuerza la estructura fusional original y la familia se repliega en sí misma.
- b) Tercero incluido como locus de actuación complementaria: es el receptor del conflicto de la pareja para su pseudo entendimiento, donde los padres se “ponen de acuerdo” en su pelea con el hijo.

- c) Tercero incluido como pareja complementaria: es el “parche” que asume el aspecto deficitario del vínculo de la pareja parental, encubriendo así su fractura.
- d) Tercero excluido eliminado: su crianza se deposita en otros, se le desconoce.

En relación con lo anterior, el farmacodependiente ha sido calificado como “hijo utilitario”; es decir, un hijo “al servicio de la institución matrimonio, del logro de la madre, del narcisismo del padre, ser parche que remienda el vínculo, hijos para retener alguno de los polos, etc.” (Materazzi, 1990: 36); el mismo autor clasifica los grupos familiares de los farmacodependientes de la siguiente manera:

- 1) Grupo insatisfecho estable: se refiere a una pareja “como si”, el padre delega inconscientemente el rol de líder emergente en el hijo adicto y, así, el hijo aglutina a la familia.
- 2) Grupo insatisfecho inestable: en este grupo los miembros se hallan aislados y la pareja no se encuentra como tal; de esta manera el adicto se vuelve el depositario de los núcleos psicóticos de la familia, aglutinando también a dicho grupo, con la exacerbación de las ansiedades confusional, paranoide y depresiva, y la tendencia a la segregación.

A este respecto, se plantean tres situaciones triangulares en tales grupos:

- 1) Situación triangular primaria del abandono: En este grupo los padres no constituyen una pareja; el hijo, contrario a ser producto del amor, resulta consecuencia de la falta de amor. La madre asume un rol de sobreprotección, sobre involucramiento y preocupación excesiva por el hijo desde lo exterior, con la finalidad de demostrarse a sí misma algo que no es cierto; o sea, que es buena madre. Por su parte, el padre se

encuentra afectivamente desligado de la madre y del hijo, este último queda sujeto a la simbiosis con la madre y al abandono.

- 2) Situación triangular primaria del tercero excluido: En este grupo se presenta una pareja “como si”, el hijo se siente como un estorbo para los padres y entonces se ve obligado a la actuación para llamar la atención (adicción).
- 3) Situación triangular primaria de la homosexualidad en la “dependencia”: En este grupo se presenta una pareja “como si”; el padre del sexo opuesto presenta notorias características histéricas y se pasa seduciendo tanto al otro miembro de la pareja como al hijo. El hijo percibe de manera inconsciente (en el caso del varón) que no puede acceder a la madre porque el padre lo impide y entonces, el hijo intenta seducir al padre para alejarlo de la madre.

En este sentido podemos clasificar dos tipos de grupos familiares:

- 1) Familia simbiótica: Es aquella en la que todos los miembros interfieren en la vida de todos, denotando una falta de discriminación en los límites interpersonales. Se caracteriza por el “pegoteamiento”, el cual evidencia una incapacidad para autoprotegerse, de manera independiente. Por su parte, Bleger se refiere al grupo simbiótico como aquel que “se mueve en bloque en forma masiva y rígida, la unidad es la totalidad del grupo entre cuyos integrantes los roles son fijos y rígidos, se reparten (no se comparten), siendo asumidos por sus integrantes en forma complementaria y solidaria” (Bleger, cit. por Rambla, 1989: 26).
- 2) Familia cismática: Es el polo opuesto de la familia simbiótica; es un sistema en el que todos los miembros están separados. Si una familia de este tipo se reúne, se exagera el potencial psicótico compartido que, a

su vez, genera interacciones bizarras. El mensaje en estas familias se podría definir así: “separados sobrevivimos, juntos nos destruimos”.

La familia une a todos sus miembros mediante un equilibrio que se produce al organizarse patológica o narcisísticamente para conservar una estructura dada.

Así pues, en torno del paciente adicto o emisario, se organizan y se unen los miembros de la familia por medio de valencias narcisistas.

De acuerdo con el enfoque integrador de Bernstein (1992), las familias de pacientes farmacodependientes presentan las siguientes características en el modelo psicoanalítico:

- a) Madre depresiva: La madre mantiene un núcleo melancólico y el gran vacío que posee lo llena por medio del hijo; al quedar este también vacío, se suple por medio de la droga. Al respecto, Levy (cit.por Bernstein, 1992) encontró una correlación significativa entre la actitud sobreprotectora de la madre y carencias afectivas durante la infancia de ésta.

Paralelamente, López (1994) refiere que el paciente adicto se puede considerar como un “*objeto transicional*” para la madre y lo define como el “falo fecal de su madre”, pero en donde la droga es utilizada para mantener la regresión infantil del adicto, para mantener la simbiosis con la madre y hacerle así en un objeto controlado y manejado por ella” (López, 1994: 198).

En este sentido, Kalina (1988) considera, en el plano de las relaciones objétales tempranas, que la madre aparece como un inadecuado continente afectivo, lo cual está relacionado con el abandono del infante. Asimismo, la madre atenderá posesivamente a su hijo, no porque esté la necesita, sino principalmente porque ella lo necesita a él, o sino

directamente lo abandona. Se produce en definitiva, una simbiosis que no se va a resolver en forma normal, a través de los procesos de separación-individuación (Kalina, 1988: 16).

- b) Padre ausente: Puede considerarse también como padre autoritario. Hace referencia a familias separadas o hijos de madres solteras; sin embargo, este concepto trasciende el significado de la ausencia física. Alude al padre “presente – ausente”, aquel que no logra cumplir con la función paterna, que posee pene pero no falo, que no llega a instalar en el hijo el significante respectivo, en tanto simbolización de la ley y el orden, pues no ocupa su lugar dentro del contexto cultural y por ende, no logra cortar con la simbiosis madre – hijo.

En otras palabras, la figura paterna no es capaz de sostener las dificultades de su esposa y por otro lado no reacciona frente a la simbiosis madre – hijo para evitar así hacerse cargo de las necesidades y exigencias de su esposa y/o del hijo (Kalina, 1988: 17); es decir, el padre no puede ejercer su función de prohibición, es débil y frágil aunque aparenta ser fuerte.

- c) Hijo abandonado: Es el resultado de una madre depresiva y un padre ausente. En la sobreprotección de la madre hay generalmente abandono y rechazo, ya que está más preocupada en transformar a su hijo en su “droga antidepresiva”, mientras que el padre, ve pero no observa, oye pero no escucha y se encierra aún más en su mundo narcisista.
- d) Falta de límites: La autoridad implica poner y marcar límites; no obstante, si el padre no está, tampoco están los límites que conlleva la prohibición, porque tampoco hay ley. En este sentido, Kalina (1988) señala que el otro no es reconocido como “socio con derecho propio”, sino que se encuentra al servicio de otro y por lo tanto, las relaciones intrafamiliares

son de tipo narcisista, prevaleciendo una negación magnificada de los conflictos.

- e) Modelo adictivo: El farmacodependiente es un emergente de la adicción familiar. Siempre se encontrarán adicciones en las familias; hay quienes consumen drogas de manera oculta o quienes lo hacen abiertamente por la permisividad social (alcohol y tabaco). A este respecto, Kalina (1988) refiere que Davidson acuña el término “familias psicotóxicas”, relacionado con un modelo que transmite, mediante la comunicación verbal y no verbal, una serie de comportamientos adictivos. Por familias psicotóxicas, nos referimos en sentido amplio a aquellas que por sus características favorecen el desarrollo de síntomas de adicción; y en sentido estricto, a aquellas que incluyen uno o más miembros adictos (Kalina, 2000: 53).
  
- f) Pacto criminoso: Hace alusión a un convenio (inconsciente) entre los padres contra el hijo, que busca sacrificar una parte para salvaguardar el todo y que tiene sus raíces en el felicidio como inicio del mito de Edipo, lo que se relaciona además con una madre que “chupa” al hijo hasta dejarlo vacío y con un padre a quien no le importa ese hijo. “La familia lo impulsa a la muerte, en parte mediante mandatos de proporciones desmesuradas que él no puede cumplir. Suele haber en estas familias expectativas respecto al hijo de una grandiosidad sorprendente”. (Bernstein, 1992:45)
  
- g) Duelo no elaborado: En estas familias se encuentran históricamente muertes de miembros cercanos del grupo. Así mismo, se presenta el “duelo parental familiar” (Kesselman), que se entiende como aquel duelo de cada uno de los padres con respecto a su familia de origen, y el “duelo conyugal” (Kesselman), el cual se refiere al que hacen los esposos en el momento en que se convierten en padre y madre.

- h) Secretos familiares: Se trata de situaciones a nivel histórico que todos saben, ya sea conscientemente o no, pero nadie se atreve a mencionar con la consecuente alteración del diálogo y la comunicación.

En resumen, se podría decir que es necesario reflexionar sobre el papel del agente socializador que cumple la estructura familiar y, como actualmente los medios masivos de difusión, en buena medida, han sustituido ciertas funciones familiares. En este sentido, la familia ha perdido preponderancia, lo cual se ha visto reflejado en una especie de indiferencia al asumir sus responsabilidades en el proceso de crianza, es común que éstas le sean depositadas a la escuela y a él o a la docente, o bien, que el padre o la madre, al llegar a casa después de su jornada laboral, utilicen la televisión para sustituir el tiempo del vínculo paterno – filial, sustitución que sería coincidente con el planteamiento del tercero excluido *eliminado* y su respectiva *situación triangular primaria*, constituyéndose en un *grupo insatisfecho inestable*. Estos elementos, que sobresalen a partir de las últimas dos décadas, lamentablemente no han sido objeto de la suficiente investigación psicosocioepidemiológica en relación con el abuso de sustancias.

En segundo término, cabe resaltar los puntos de encuentro entre los modelos sistémicos y psicodinámico, en torno a las características de los grupos familiares de pacientes farmacodependientes, siguiendo para ello la propuesta efectuada por Bernstein (1992), a la cual se le eliminaron algunos elementos, por no considerarse prototípicos de estas familias, ni patognomónicos de las adicciones.

Ante este panorama, quizás sea posible comprender el porqué de las altas tasas de reincidencia entre pacientes dependientes de sustancias psicoactivas o el por qué, cuando un paciente presenta una mejoría, de inmediato su grupo familiar lo *“boicotea”* (haciendo síntoma otro miembro, presionando para que vuelva al hogar, “amenazando” con una separación de la pareja parental, etc.), todo en un sentido implícito (Rambla, 1989; Stanton, Todd y colaboradores,



1988); o bien, comprender en la práctica de las relaciones familiares el concepto de “co-dependencia”, el cual refiere al reforzamiento de la conducta adictiva del paciente por parte de otros miembros del grupo familiar, o a cómo el farmacodependiente induce a estos al consumo de la sustancia específica.

Sintetizando la dinámica de estos grupos, se puede decir que el farmacodependiente es el portador del síntoma de la disfunción familiar que ayuda a mantener el equilibrio del grupo, refuerza la tendencia de los padres para continuar controlándolo y, además, posibilita la negación de los conflictos implícitos y explícitos de la pareja parental.

En tercer término, los elementos apuntados hasta aquí ponen de manifiesto la importancia del trabajo con el grupo familiar, no sólo en el ámbito psicoterapéutico, sino, y quizás con mayor énfasis, en el de la prevención (Burkhart, 2001; Mendes, 1999; Recio, 1999).

Desde la óptica preventiva, la familia debe ser considerada como un miembro más de la comunidad educativa, integrándola dentro de la dinámica de la educación para la salud, pues precisamente son las figuras parentales las llamadas a definir adecuados patrones de comunicación asertiva, valores, reglas o normas, límites, hábitos de vida saludable y habilidades sociales; en fin, el trabajo de la familia debe orientarse a proporcionarle al hijo y a la hija las bases sobre las cuales pueda construir una imagen sana y positiva de sí mismo (a).

### **CAPÍTULO III**

#### **INSTRUMENTO**

En este capítulo básicamente describiré el instrumento en el cual me base para realizar el siguiente estudio, creo importante empezar por definir que es el Test de Funcionamiento Familiar (FF – SIL), así como un poco de su historia.

El FF – SIL, es un instrumento diseñado y valorado en Cuba por Master en Psicología de la Salud con el objetivo de evaluar el funcionamiento familiar. El test consta de 14 proposiciones y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar. (Anexo 1)

- Funcionalidad Familiar: Dinámica relacional sistemática que se da a través de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.
- Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional y positivo.
- Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- Afectividad: Capacidad de los miembros de las familias de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

- Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y las funciones negociadas por el núcleo familiar.
- Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Para que se pueda entender la aplicación del instrumento, es necesario dividir en 2 aspectos la metodología de la propuesta.

- 1) Test de funcionamiento familiar FF-SIL: Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

Número de situaciones variables que mide:

- 1 y 8 Cohesión
- 2 y 13 Armonía
- 5 y 11 Comunicación
- 7 y 12 Permeabilidad
- 4 y 14 Afectividad
- 3 y 9 Roles
- 6 y 10 Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que estas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala Cualitativa	Escala Cuantitativa
Casi nunca	1 pto.
Pocas veces	2 ptos.
A veces	3 ptos.
Muchas veces	4 ptos.
Casi siempre	5 ptos.

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera.

De 70 a 57 pts.	Familias Funcionales
De 56 a 43 pts.	Familia Moderadamente Funcional
De 42 a 28 pts.	Familia Disfuncional
De 27 a 14 pts.	Familia Severamente Disfuncional

- 2) Aplicación del Test: La aplicación del test en familias que según el criterio del médico, tienen algún grado de disfuncionalidad, basados en elementos objetivos y evidente entre las relaciones de sus miembros, consiste en aplicarle el instrumento a un miembro de la familia, preferentemente el jefe del núcleo o al miembro que tenga estrechos lazos de afectividad o consanguinidad con el miembro o los miembros que produzca el desequilibrio en la dinámica relacional del grupo familiar.

El resultado del test se debe reflejar en los datos objetivos como elemento importante en la etapa de valoración.

Este test ha sido utilizado en diferentes investigaciones, solo por mencionar algunas tenemos:

- **Diseño de Intervención en Funcionamiento Familiar, aplicada por Maria Teresita Ortiz Gómez, Mario Antonio Padilla Torres y Ernesto Padilla Ortiz; en la Universidad de la Habana, Cuba en el año 2000.** La finalidad de esta investigación, era desarrollar un proyecto de intervención para mejorar el Funcionamiento Familiar, para lo cual, se utilizaron métodos de investigación de tipo descriptivo y de la llamada investigación acción la cual está concebida como un tipo de investigación que se realiza mediante una metodología participativa de la comunidad. El abordaje de este trabajo se realizó mediante la utilización de métodos cualitativos y cuantitativos de la investigación.
  
- **Propuesta de un Instrumento para la Aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería en Familias Disfuncionales, esta investigación fue realizada por Teresa Ortega, Dolores de la Cuesta y Caridad Días, y se aplicó en el Municipio Playa en la Ciudad de la Habana en el año de 1999.** El trabajo consistió en la propuesta de un instrumento para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en familias disfuncionales. Este instrumento denominado FF-SIL, referente a un *test* de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad, permitió al personal de enfermería identificar el factor relacionado causante del problema familiar y así intervenir más eficaz y efectivamente en este. Esta propuesta fue aplicada en 20 familias disfuncionales de un área de Salud del Municipio Playa en Ciudad de La Habana y los resultados fueron favorables en todas las familias, ya que se alcanzaron las expectativas trazadas en diferentes intervalos de tiempos.
  
- **Escuela Para Padres, el Funcionamiento Familiar, aplicado por Jaime Ernesto Vargas Mendoza y Carmen González Zaizar, en la ciudad de Oaxaca en el año del 2008.** A 40 familias de una Guardería Infantil se les aplicó el cuestionario FF-SIL para evaluar su

Funcionamiento Familiar y desarrollar un Programa de Capacitación. Solo al 5% de ellas se les consideró como Disfuncionales. Los vectores con más bajo puntaje fueron los de Permeabilidad y Adaptabilidad, aspectos que se consideraron como “necesidades de capacitación” para una intervención consistente en la programación de una conferencia sobre cada uno de estos temas. El FF-SIL se consideró como un instrumento útil para estos fines.

- **Funcionamiento Familiar de Integrantes en un Centro de Alcohólicos Anónimos de Coatzacoalcos, Veracruz, esta investigación fue realizada por Vicente Sanchez Hernández en el año del 2011 en Veracruz.** El estudio tuvo como objetivo determinar el funcionamiento familiar de integrantes en un Centro de Alcohólicos Anónimos de Coatzacoalcos Veracruz, fue un estudio descriptivo. La población estudiada fueron 30 esposas y esposos elegidos por muestreo no probabilístico por conveniencia, se aplicaron dos instrumentos: cédula personal creada por Sánchez, Díaz y el Test FF-SIL, se valoró el funcionamiento de las familias. Los resultados mostraron una mayor participación en el sexo femenino de 86.7 por ciento que viven con la problemática del alcoholismo de sus parejas, 43.3 por ciento refirieron tener problemas en algún momento a causa del alcoholismo de violencia, falta de ingresos económicos, stress, desintegración familiar e inseguridad en hijos. En el caso de la funcionalidad de estas familias el 83 por ciento se consideraron como disfuncionales y las categorías más afectadas fueron con un 26 por ciento la permeabilidad y con un 21 por ciento la afectividad.

Después de validar que el test FF-SIL ha sido utilizado en diferentes investigaciones y con resultados positivos, opté por utilizarlo dentro de mi tesis como apoyo para obtener información que avale mis estudios.

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA**

Para el análisis de este capítulo, se llevó a cabo un estudio de carácter descriptivo donde se buscó analizar cómo se manifiesta el fenómeno de la comunicación dentro del núcleo familiar y cómo influye en la conducta de adicción a una sustancia.

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Tepic, Nayarit durante el segundo semestre de 2011.

Los sujetos de estudio fueron contactados en el Centro Estatal contra las Adicciones en Nayarit (CECA) que es la institución que atiende los asuntos de adicción local. Para ello se realizaron contactos con el personal gerencial del CECA y posteriormente se seleccionó a las personas que pasarían a formar parte del estudio. Se solicitaron los permisos correspondientes tanto al personal del CECA como a las propias personas adictas a fin de llevar a cabo el estudio sin que hubiera problemas éticos. Una vez realizado lo anterior, se establecieron los tiempos para llevar a cabo el trabajo planteado.

#### **4.1. Objetivo General**

Encontrar pautas que en un futuro ayuden a la prevención y tratamiento del problema, tomando siempre como punto primordial a la familia.

#### **4.2. Objetivo Especifico**

El estudio está orientado a los siguientes aspectos:

- I. Recopilar información de algunos patrones de funcionamiento familiar de sujetos inhaladores en comparación con no inhaladores, en las áreas:
  - a. Roles parentales y su posible influencia en la conducta del sujeto.
  - b. Papel del sujeto de estudio dentro de la familia y la interacción que tiene con la misma.
  - c. Comunicación familiar.

#### **4.3. Hipótesis de Investigación**

- 1) Existe una relación significativa entre el consumo de inhalantes y presencia de disfunción en las relaciones familiares de los grupos de pertenencia de personas con dicho comportamiento.
- 2) Existe una relación significativa entre la cohesión familiar y la ausencia de un miembro con conducta adictiva a los inhalantes.
- 3) Existe una relación significativa entre la armonía familiar y la ausencia de un miembro con conducta adictiva a los inhalantes.
- 4) Existe una relación significativa entre la calidad de la comunicación familiar y la ausencia de un miembro con conducta adictiva a los inhalantes.



- 5) Existe una relación significativa entre la capacidad de permeabilidad del sistema familiar con la ausencia de un miembro con conducta adictiva a los inhalantes.
- 6) Existe una relación significativa entre un adecuado manejo de la afectividad y la ausencia de un miembro con conducta adictiva a los inhalantes. Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- 7) Existe una relación significativa de la presencia de un sistema claro de roles y reglas dentro de la familia, con la ausencia de un miembro con conducta de consumo de inhalantes.

#### **4.4. Hipótesis Nula**

- 1) No existe una relación significativa entre el consumo de inhalantes y presencia de disfunción en las relaciones familiares de los grupos de pertenencia de personas con dicho comportamiento.
- 2) No existe una relación significativa entre la cohesión familiar y la ausencia de un miembro con conducta adictiva a los inhalantes.
- 3) No existe una relación significativa entre la armonía familiar y la ausencia de un miembro con conducta adictiva a los inhalantes.

- 4) No existe una relación significativa entre la calidad de la comunicación familiar y la ausencia de un miembro con conducta adictiva a los inhalantes.
- 5) No existe una relación significativa entre la capacidad de permeabilidad del sistema familiar con la ausencia de un miembro con conducta adictiva a los inhalantes.
- 6) No existe una relación significativa entre un adecuado manejo de la afectividad y la ausencia de un miembro con conducta adictiva a los inhalantes. Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- 7) No existe una relación significativa de la presencia de un sistema claro de roles y reglas dentro de la familia, con la ausencia de un miembro con conducta de consumo de inhalantes.

#### **4.5. Variable Dependiente**

Consumo de inhalantes.

#### **4.6. Variable Independiente**

Clima familiar.

#### **4.7. Definición Conceptual Variable Dependiente: Consumo de Inhalantes**

Los inhalantes son sustancias volátiles que producen vapores químicos que pueden ser inhalados para provocar un efecto psicoactivo o un estado de alteración mental.

A pesar de que otras sustancias pueden ser inhaladas, el término inhalantes se utiliza para describir una variedad de sustancias cuya característica común es que rara vez o nunca son usadas por otra ruta que no sea por la de inhalación.

Esta definición abarca una amplia gama de químicos encontrados en cientos de productos diferentes que pueden tener diversos efectos farmacológicos. Como resultado, es difícil lograr una clasificación precisa de los inhalantes. Un sistema de clasificación nombra cuatro categorías generales de inhalantes—disolventes volátiles, aerosoles, gases y nitritos— basándose en la forma en que éstos a menudo se encuentran en los productos domésticos, industriales y médicos.

Las personas que consumen este tipo de drogas corren especialmente el riesgo de morir debido a ciertos riesgos que presenta el consumo de estas sustancias.

Hay tres formas "básicas" de consumirlas (inhalándolas, calentándolas o poniendo directamente el producto en un recipiente).

Podemos clasificar a los inhalantes de la siguiente manera:

- a) Disolventes Volátiles: Son líquidos que se vaporizan a temperaturas ambientales. Se encuentran en una variedad de productos económicos y fácilmente obtenibles, de uso común doméstico e industrial. Estos incluyen los diluyentes y removedores de pinturas, líquidos para lavado en seco, quita-grasas, gasolinas, pegamentos, líquidos correctores y los líquidos de los rotuladores con punta de fieltro.
  
- b) Aerosoles: Son rociadores que contienen propulsores y disolventes. Estos incluyen las pinturas pulverizadas, atomizadores para desodorantes y fijadores de cabello, rociadores de aceite vegetal para cocinar y rociadores para proteger tejidos.

- c) Gases: Entre los gases tenemos las anestésicas médicas así como gases que se utilizan en productos domésticos o comerciales. Los gases de las anestésicas médicas incluyen el éter, cloroformo, halotano y óxido nitroso, comúnmente conocido como gas hilarante. Entre éstos, el óxido nitroso es el gas más abusado y puede ser encontrado en los dispensadores de crema batida y productos que incrementan los octanajes en vehículos de carreras. Entre los productos caseros y comerciales que contienen gases están los encendedores de butano, tanques de gas propano, dispensadores de crema batida y refrigerantes.
- d) Nitritos: A menudo se considera a los nitritos como una clase especial de inhalantes. A diferencia de la mayoría de los demás inhalantes que actúan directamente sobre el sistema nervioso central (SNC), los nitritos esencialmente dilatan los vasos sanguíneos. Los nitritos incluyen el nitrito ciclohexílico, nitrito isoamílico (amílico) y nitrito isobutílico (butilo). El nitrito ciclohexílico se encuentra en los perfumes ambientales. El nitrito amílico se utiliza en ciertos procedimientos de diagnóstico y se les prescribe a algunos pacientes para dolores del corazón. Asimismo, mientras que los otros inhalantes se utilizan para alterar el estado de ánimo, los nitritos se usan principalmente para intensificar el placer sexual. En la calle, se le da el nombre de poppers ("reventadores") o snappers ("crujidores") a las ampollas de nitrito amílico cuyo uso se ha desviado ilegalmente en esa dirección. El nitrito de butilo es una sustancia ilegal que frecuentemente se empaqueta y se vende en pequeñas botellas que también se conocen como poppers. La inhalación de los denominados poppers conlleva un gran peligro en combinación con drogas estimulantes (speed, cocaína), y puede afectar muy gravemente la salud, en caso de padecer anemia o en caso de embarazo. (Wikipedia)

#### **4.8. Definición Operacional Variable Dependiente: Consumo de Inhalantes**

Consideraremos que una persona es consumidora de inhalantes por la historia clínica de las personas que han asistido a tratamiento para rehabilitación en el Centro Estatal contra las Adicciones en Nayarit (CECA) que es la institución que atiende los asuntos de adicción local. Para ello se realizaron contactos con el personal gerencial del CECA y posteriormente se seleccionó a las personas que pasarían a formar parte del estudio.

#### **4.9. Definición Conceptual Variable Independiente: Clima Familiar**

El clima familiar está constituido por el ambiente percibido e interpretado por los miembros que integran la familia, y ha mostrado ejercer una influencia significativa tanto en la conducta, como el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes.

#### **4.10. Definición Operacional Variable Independiente: Clima Familiar**

Será medido a través del test FF-SIL y nos apoyaremos para realizar el análisis con la prueba SPSS.

El FF – SIL, es un instrumento diseñado y valorado en Cuba por Master en Psicología de la Salud con el objetivo de evaluar el funcionamiento familiar. El test consta de 14 proposiciones y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar.

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que estas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala Cualitativa	Escala Cuantitativa
Casi nunca	1 punto
Pocas veces	2 puntos
A veces	3 puntos
Muchas veces	4 puntos
Casi siempre	5 puntos

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera.

De 70 a 57 pts.	Familias Funcionales
De 56 a 43 pts.	Familia Moderadamente Funcional
De 42 a 28 pts.	Familia Disfuncional
De 27 a 14 pts.	Familia Severamente Disfuncional

El SPSS es un programa estadístico informático muy usado en las ciencias sociales y las empresas de investigación de mercado. Originalmente SPSS fue creado como el acrónimo de Statistical Package for the Social Sciences aunque también se ha referido como "Statistical Product and Service Solutions" (Pardo, A., & Ruiz, M.A., 2002). Es uno de los programas estadísticos más conocidos teniendo en cuenta su capacidad para trabajar con grandes bases de datos y un sencillo interface para la mayoría de los análisis.

#### **4.11. Población**

Se tomó una muestra de un total de 30 familias, de las cuales 15 familias presentan algún miembro con problemas de adicción y 15 familias que no presentan problemas de adicción.

Para la selección de los integrantes del estudio se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- Edad: De 18 a 39 años.
- Sexo: Masculino y femenino.

De acuerdo a lo anterior, los (as) sujetos de estudio fueron:

Adicción

Masculino	Femenino
10	5

Sin Adicción

Masculino	Femenino
8	7

#### **4.12. Método de Análisis Estadístico**

Por análisis se entiende la separación de las partes de un todo hasta llegar a conocer sus principios o elementos. Si extendemos esta definición al ámbito estadístico, podremos afirmar que el análisis estadístico es el análisis que emplea técnicas estadísticas para interpretar datos, ya sea para ayudar en la toma de decisiones o para explicar los condicionantes que determinan la ocurrencia de algún fenómeno.

Para obtener los resultados finales, se utilizó la prueba SPSS, en la cual el punto de partida para el análisis de datos comienza con una matriz de datos  $n + p$ .

Una matriz es un conjunto de valores representadas en  $n$  filas y  $n$  columnas.

#### **4.13. Procedimiento**

- 1) El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Tepic, Nayarit durante el segundo semestre de 2011, los sujetos de estudio fueron contactados en el Centro Estatal contra las Adicciones en Nayarit (CECA) que es la institución que atiende los asuntos de adicción local. Para ello se realizaron contactos con el personal gerencial del CECA y posteriormente se seleccionó a las personas que pasarían a formar parte del estudio.
- 2) Se solicitaron los permisos correspondientes tanto al personal del CECA como a las propias personas adictas a fin de llevar a cabo el estudio sin que hubiera problemas éticos, así mismo se contactaron personas en las cuales no existieran problemas de adicción en el núcleo familiar y el contacto se tuvo por medio de amigos o conocidos.
- 3) Se realizó una selección de 15 familias con un miembro que haya presentado problemas de adicción y 15 familias sin miembros con problemas de adicción.
- 4) Posteriormente, se realizaron los contactos familiares necesarios para llevar a cabo el trabajo. Se aplicó el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) a una persona adulta del núcleo familiar de cada persona seleccionada, generalmente se prefirió a uno de sus ascendientes y en caso de ausencia, a un hermano/a mayor.
- 5) Se evaluaron los resultados de los test y los resultados se analizaron por medio de una tabla general y una estadística con un valor de T de Tablas de 2.04 a un nivel de significancia de 0.975.



- 6) Se procedió con la interpretación de los resultados, para así poder validar las hipótesis formuladas para comprobar la validez de este estudio.
  
- 7) Finalmente se compararon y formularon conclusiones.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

Los resultados expuestos dentro de este capítulo podrían dar lugar a discusión ya que los puntos básicos aquí tratados son en cierto modo subjetivos. Sin embargo, para realizar un análisis objetivo fue necesario adjudicar un valor numérico a los mismos, con el fin de que dieran una impresión global y su comprensión fuera más fácil.

Se calificó el test FF-SIL aplicado a cada una de las familias y se sacó la sumatoria total por cada variable que este test mide, de esta forma se obtuvieron las siguientes tablas de resultados, en donde podemos observar una diferencia significativa entre las familias con y sin problemas de adicción.

Tabla Familias Adicción

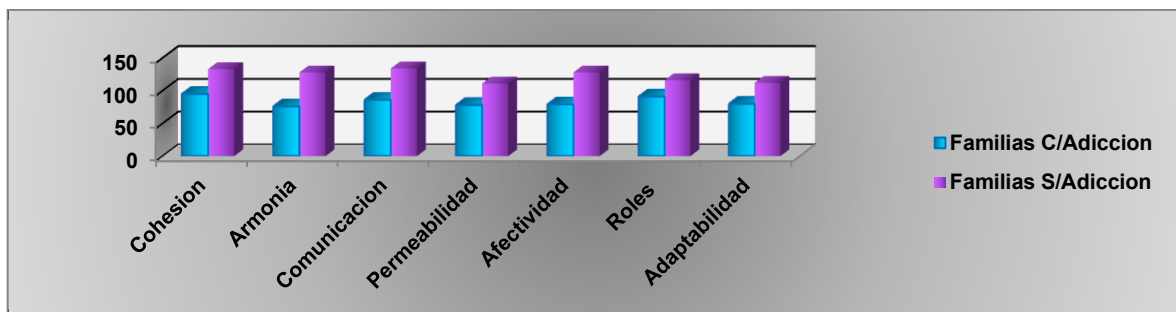
	Cohesión	Armonía	Comunicación	Permeabilidad	Afectividad	Roles	Adaptabilidad	Total
1	5	6	6	8	6	6	5	42
2	7	8	8	9	9	5	5	51
3	6	6	8	5	5	6	9	45
4	2	7	8	7	6	6	6	42
5	6	6	8	6	6	6	8	46
6	7	5	5	8	4	5	6	40
7	7	4	5	3	6	7	4	36
8	7	4	4	2	4	7	4	32
9	8	4	5	3	5	7	4	36
10	7	4	5	3	6	7	4	36
11	7	5	4	3	4	5	5	33
12	7	4	5	8	4	5	6	39
13	7	5	5	8	4	5	6	40
14	5	4	5	3	4	7	4	32
15	7	4	5	2	6	7	4	35
Total	95	76	86	78	79	91	80	

## Tabla Familias Sin Adicción

	Cohesión	Armonía	Comunicación	Permeabilidad	Afectividad	Roles	Adaptabilidad	Total
1	10	8	9	9	4	8	4	52
2	8	8	10	6	9	8	8	57
3	9	10	8	8	9	9	8	61
4	10	7	7	7	5	7	8	51
5	9	9	9	9	10	8	7	61
6	9	8	9	8	9	8	7	58
7	7	9	10	6	10	7	7	56
8	8	9	10	9	10	7	9	62
9	10	10	10	6	10	8	8	62
10	9	7	8	7	6	7	9	53
11	8	8	6	6	8	6	6	48
12	9	10	10	5	10	10	7	61
13	9	8	9	9	8	8	9	60
14	10	10	10	8	10	8	8	64
15	8	7	9	8	10	7	7	56
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>128</b>	<b>134</b>	<b>111</b>	<b>128</b>	<b>116</b>	<b>112</b>	

Para poder plasmar los resultados de una forma más clara, se hizo una sumatoria de las dos tablas arriba señaladas, y se obtuvo un total por cada variable, para después graficar los resultados.

	Cohesión	Armonía	Comunicación	Permeabilidad	Afectividad	Roles	Adaptabilidad	Total
<b>Familias C/Adicción</b>	95	76	86	78	79	91	80	<b>505</b>
<b>Familias S/Adicción</b>	133	128	134	111	128	116	112	<b>750</b>



Gráfica 1: Puntajes Generales de cada Categoría FF-SIL

Observamos en las tablas y en la gráfica que las familias con un miembro que consume inhalantes, obtuvieron puntajes más bajos que las familias que no presentan un miembro con consumo de inhalantes, y como lo señala el test, un puntaje bajo indica que la familia es disfuncional o severamente disfuncional, y los puntajes altos mayores a 43 indican que son moderadamente funcionales o funcionales.

Para llegar a una mayor objetividad en el análisis, se procedió a llevar a cabo una correlación de los datos obtenidos por el Test FF-SIL en las dos categorías de familias, utilizando el programa SPSS, obteniendo así una comparación basada en el análisis de correlación T de Student, la cual se muestra a continuación.

Es importante señalar que el Valor T de Tablas que se tomo fue de 2.04 a un nivel de significancia de 0.975 (Anexo 2).

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias	
		F	Sig.	t	Valor Significancia
FAMILIAS CON Y SIN ADICCIÓN	Se asumen varianzas iguales	.216	.646	-9.709	28
	No se asumen varianzas iguales			-9.709	27.176
COHESION	Se asumen varianzas iguales	1.141	.294	-5.729	28
	No se asumen varianzas iguales			-5.729	23.655
ARMONIA	Se asumen varianzas iguales	.055	.817	-7.878	28
	No se asumen varianzas iguales			-7.878	27.550
COMUNICACION	Se asumen varianzas iguales	1.525	.227	-6.439	28
	No se asumen varianzas iguales			-6.439	26.996
PERMEABILIDAD	Se asumen varianzas iguales	17.264	.000	-2.910	28
	No se asumen varianzas iguales			-2.910	21.073
AFECTIVIDAD	Se asumen varianzas iguales	1.622	.213	-5.207	28
	No se asumen varianzas iguales			-5.207	24.969
ROLES	Se asumen varianzas iguales	.019	.890	-4.944	28
	No se asumen varianzas iguales			-4.944	27.805
ADAPTABILIDAD	Se asumen varianzas iguales	.524	.475	-4.092	28
	No se asumen varianzas iguales			-4.092	27.229

A partir de lo anterior podemos sintetizar esos datos en el siguiente cuadro:

Variables	T calculada	T de tablas	Hipótesis de investigación
Familias Con y Sin Adicción	9.709	2.04	Se acepta
Cohesión	5.729	2.04	Se acepta
Armonía	7.878	2.04	Se acepta
Comunicación	6.439	2.04	Se acepta
Permeabilidad	2.910	2.04	Se acepta
Afectividad	5.207	2.04	Se acepta
Roles	4.944	2.04	Se acepta
Adaptabilidad	4.092	2.04	Se acepta

Dando como resultado de las hipótesis formuladas:

- 1) Se comprueba la existencia de la relación entre el consumo de inhalantes y presencia de disfunción en las relaciones familiares de los grupos de pertenencia de personas con dicho comportamiento.
- 2) Se acepta que existe una relación significativa entre la cohesión familiar y la ausencia de un miembro con conducta adictiva a los inhalantes.
- 3) Se valida que hay una relación importante entre la armonía familiar y la ausencia de un miembro con conducta adictiva a los inhalantes.
- 4) Se acepta que existe una relación significativa entre la calidad de la comunicación familiar y la ausencia de un miembro con conducta adictiva a los inhalantes.
- 5) Se comprueba una relación significativa entre la capacidad de permeabilidad del sistema familiar con la ausencia de un miembro con conducta adictiva a los inhalantes.

- 6) Se acepta la existencia de una relación significativa entre un adecuado manejo de la afectividad y la ausencia de un miembro con conducta adictiva a los inhalantes, de esta forma, cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
  
- 7) Se acepta que existe una relación significativa de la presencia de un sistema claro de roles y reglas dentro de la familia, con la ausencia de un miembro con conducta de consumo de inhalantes.

Con estos resultados podemos confirmar que el factor familiar si tiene una gran influencia en los jóvenes inhaladores.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Se concluye que el objetivo de esta investigación se cumplió ya que el test FF-SIL demostró ser útil para medir el clima familiar, pues permite recabar información acerca de la cohesión, la armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad que se genera dentro del ambiente familiar, ya sea que esté presente un miembro con problemas de adicción a inhalantes o no; así mismo, los resultados fueron validados con la prueba estadística SPSS que permitió corroborar su carácter científico.

Al analizar la relación familiar, se encontró una ausencia en el miembro de conducta adictiva, de tal manera que se presenta un nivel de disfuncionalidad mayor en los usuarios adictos en relación con los usuarios no adictos a los inhalantes.

Con respecto al papel que les toca a los padres, creo que, además de enseñar, deben aconsejar sin agresiones y con confianza para explicarle a sus hijos, los efectos de las drogas, ayudarlos sin juzgar, a no permitir que se puedan influenciar por amigos, concientizarlos de los efectos que las drogas traen y de los problemas de salud que estas ocasionan, sin mencionar las alteraciones psicológicas y emocionales que tendrán.

Se podría decir que la gran interrogante es cómo mostrarles a los hijos los peligros que esconden estos productos, sin fomentar su consumo o motivar la curiosidad. Para el psiquiatra Alejandro Fernández, de la misma manera en que se les previene de la droga o el alcohol: con una buena comunicación. “Los padres deben tener una actitud exploratoria, preguntar mucho en la medida en que los hijos lo permitan, para saber en qué están. Por otra parte, aprovechar las instancias de la vida cotidiana para conversar sobre los riesgos de estos productos”. En otras palabras, no ocultar estos productos ni sacarlos de la casa, sino enseñarles a convivir con ellos, pese a que no son inocuos.

Por otra parte, hay que considerar que el consumo generalmente se da en familias donde hay poco contacto entre padres e hijos, en que los hijos pasan mucho tiempo solos o sin supervisión. Es clave entonces motivarlos a buscar nuevos intereses para desarrollar en su tiempo libre, como un hobby o un deporte, de manera que recurran a ellos, y no a la droga, cuando se sientan solos o aburridos.

Como se puede ver, el rol de la familia tiene mucha importancia en la prevención de la adicción a las sustancias psicoactivas. En primer lugar, a nivel de la prevención primaria, a través del forjamiento de conductas saludables y positivas dentro del entorno familiar, como las que han sido señaladas en el estudio, que básicamente se centran en un mayor contacto y comunicación entre padres e hijos; así como el conocimiento por parte de los padres acerca de las actividades que realizan sus hijos en su tiempo libre. Sin embargo, una vez instalada la adicción, entra a tallar la prevención secundaria, que busca un diagnóstico precoz y un tratamiento temprano de la enfermedad. En esta fase cobra un rol importante la participación de la familia, pues por la ausencia de conciencia de enfermedad, síntoma cardinal de las adicciones, resulta difícil que el paciente busque atención médica por convicción propia.

Si bien la familia cobra un rol importante tanto en la prevención primaria como secundaria de las adicciones, se ha observado que en familias desestructuradas o disfuncionales es más frecuente la implantación de la adicción en algunos de sus miembros.

Parece ser que en cualquiera de las dos situaciones, el binomio adicto-familia se encuentra involucrado dentro del proceso patológico. Por lo que resulta fundamental que los tratamientos de la adicción busquen la participación activa de todo el sistema familiar.

A pesar que cada vez se conocen más aspectos en lo que se refiere a farmacología, epidemiología, etiología, y efectos clínicos del uso de inhalantes, continúan siendo insuficientes las investigaciones y los tratamientos de los



problemas asociados al consumo de inhalantes. Contar con estadísticas epidemiológicas fiables sobre el uso de inhalantes resultará especialmente útil a la hora de comparar la disponibilidad de estas sustancias en áreas geográficas distintas, de concretar los diferentes patrones de uso observados (recreativo, social, etc.), de perfilar posibles tipologías de usuarios, y de estudiar qué factores socioeconómicos, psicosocial o familiar de las personas pueden incrementar o prevenir el consumo.

Hasta la fecha todo apunta que se deberán aumentar los esfuerzos por estudiar, prevenir, detectar, diagnosticar y tratar los problemas adictivos en relación al consumo de inhalantes, y en especial entre aquellas poblaciones que se han demostrado más vulnerables a sufrir sus estragos: los niños y los adolescentes en riesgo.

Por otro lado, los datos obtenidos de la investigación, permiten considerar a los inhalantes y a su uso, como prioritarios entre los problemas de adicción, ya que la inhalación constituye un problema de salud pública por el tipo de población que la práctica, así como sus efectos y consecuencias.

Por todo lo anterior expuesto se tiene como conclusión final:

**“La familia sí influye determinadamente para que los miembros de la misma se conviertan o no en inhaladores”**

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1) Acosta, V.; Alvarado, A. y Flores M. d C. (1992). "Conceptos y praxis de la orientación familiar a farmacodependientes"; en: Centros de Integración Juvenil AC (ed.) Experiencias de trabajo con la familia del farmacodependiente (cuarta reimpresión de la segunda edición). México DF: CIJ, Serie Técnica - Vol. 3. (Pp. 43-78).
- 2) Alvarado S. (1996). "Perfil psicológico de la persona adicta". Madrid: Editorial Pirámide.
- 3) Angell, J. R. (1907). "The Province of Functional Psychology". *Psychology Review*, (Capítulo 14, 61-69).
- 4) Arce, R. (1992). "La psicoterapia familiar en el tratamiento de la farmacodependencia"; en: Centros de Integración Juvenil AC (ed.) Aproximaciones teóricas a la familia del farmacodependiente (cuarta reimpresión de la segunda edición). México DF: CIJ, Serie Técnica-Vol. 2. (Pp. 59-82).
- 5) Beck, A., Wright, C., Newman C. & Liese. (1999). "Terapia cognitiva de las drogodependencias". Barcelona: Paidós.
- 6) Bernal I. (1993). "Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud – enfermedad". Experiencia en la Atención Primaria de Salud Ciudadana de la Habana, Facultad de Salud Pública.

- 7) Bernstein, M. (1992). "Farmacodependencia y familia"; Cuadernos Iberoamericanos sobre dependencias (1): 42-49.
- 8) Bojórquez, E. (1995). "Avances en el tratamiento de la dependencia a drogas" (segunda parte); Revista de CASAMEN 1 (4): 38-48.
- 9) Brailowsky, S. (2008). "*La sustancias de los sueños*". Fondo de Cultura Económica. México.
- 10) Calvo, I.; Riterman, F. y Calvo, T. (1982). "Pareja y familia: vínculo, diálogo, ideología" (segunda edición aumentada y corregida). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- 11) Caparrós, N. (1977). "La crisis de la familia". Madrid: Editorial Fundamentos.
- 12) Cardeña, D. y Vernet, J. J. (1992). "Familia y farmacodependencia: una revisión bibliográfica" en: Centros de Integración Juvenil AC (ed.) Aproximaciones teóricas a la familia del farmacodependiente (cuarta reimpresión de la segunda edición). México DF: CIJ, Serie Técnica Vol. 2. (P. p. 37-58). Centros de Integración Juvenil (1998). Proyecto.
- 13)Centros de Integración Juvenil (1998). Proyecto orientación familiar preventiva. México DF: CIJ - Subdirección de Prevención.
- 14) De la Cuesta F., Pérez Louro I. (1994)." Funcionamiento Familiar. Construcción y validación de instrumento". Trabajo para optar por el título en Maestría de psicología de la salud. Facultad de Salud Pública, Habana.

- 15) Diccionario "El pequeño Larousse ilustrado" (2005). Ediciones Larousse, S.A., México, D.F.
- 16) Diccionario "Nuevo Espasa Ilustrado" (2005). Editorial Espasa Calpe S.A., Madrid, España.
- 17) Evertson, Carolyn y Green, Judith. (1998). "La observación como indagación y método", en Wittrock, Hernández S., Roberto. (1998). "Metodología de la Investigación". McGraw-Hill Editores. México.
- 18) Gossop, Michael, Grant, Marcus. (1990). "Prevención y control del abuso de drogas". Geneva World Health Organization.
- 19) Hurtado L., Iván y Toro G., Josefina (1997). "Paradigmas y métodos de Investigación, en tiempos de cambio". León y Montero (1993). "Diseño de investigaciones". Madrid. Mc Graw-hill.
- 20) Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente (INPRF), Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México.
- 21) Iraurgi Castillo I, Sanz Vazquez M, Martinez Pampliega A. (2004). "Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento". (Pp 3-15).
- 22) Kalina, E. (1988). "Adolescencia y drogadicción". Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión. Colección Villa Guadalupe.

- 23) Kalina, E. y Korin, S. (s.f.). "La familia del drogadicto". (Documento mimeografiado sin referencia).
- 24) Loas et al. (2005). Dependency and suicidality in addictive disorders. *Psychiatry Research*, 137, 1103-111.
- 25) M.F. Fleming y K.L. Barry, (1992). "Addictive Disorders St. Louis, Mosby Yearbook Primary Care Series.
- 26) Mamen C. (1999). "La personalidad adictiva". México: Editorial Diana.
- 27) Materazzi, M. Á. (1990). "Drogadependencia" (tercera edición actualizada). Buenos Aires: Editorial Paidós, Biblioteca de Psicología Profunda.
- 28) Mendes, F. J. (1999, set.). "Drogadicción y prevención familiar: una política para Europa"; *Adicciones* 11 (3): 193-200.
- 29) Mendoza, Carlos (1988). "Metodología, guía para elaborar diseños de Investigación en ciencias económicas, contables y administrativas". Editorial MacGraw-Hill Latinoamericana, S.A. Bogotá, Colombia.
- 30) Merlin C. (compilador) (1989). La investigación de la Enseñanza, II. Métodos cualitativos y de observación. Paidós Educador: España.
- 31) Ministerio de Salud Pública. (1996). "Proceso de atención de enfermería". Carpeta Metodológica. Cuba.

- 32) Minuchin, S. (1982). Familias y terapia familia (tercera edición). Traducción de Víctor Fichman. Buenos Aires: Editorial Gedisa.
- 33) National Institute Drugs Abuse (2011): Artículo tomado inicialmente de la Serie de Reportes, "Abuso de Inhalantes". Publicado bajo dominio público.
- 34) Nizama M. (2003). "Guía para el manejo familiar de las adicciones". Lima: Ed. Universidad Alas Peruanas.
- 35) Prochaska, J. O y DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). "In search of how people change. Applications to addictive behaviour". American Psychologist, 47: 1102-1114.
- 36) Roig, P. M. (2000). "La familia de la mujer adicta"; en: Kalina, E. Adicciones: Aportes para la clínica y la terapéutica (con la colaboración de G. Dorado, R. Fernández Labriola y P. M. Roig). Buenos Aires: Editorial Piados. (P. p. 69-74).
- 37) Serra Padilla Celso (2009). Monografías de Evaluación de la Personalidad y Método Clínico. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- 38) Tamayo y Tamayo, Mario (1996). "El proceso de la investigación científica". Limusa Noriega Editores. México.28.

### **Páginas Consultadas En Internet**

- 1) <http://163.178.170.74/wp-content/revistas/99/02-.pdf> (Marzo, 2014)
- 2) [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol15\\_3\\_99/enf05399.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol15_3_99/enf05399.pdf) (Junio, 2014)

- 3) <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31650/1/sanchezhernandezvice nte.pdf> (Julio,2014)
- 4) <http://es.slideshare.net/hitokiri-neko/clima-familiar> (Septiembre, 2014)
- 5) <http://es.wikipedia.org/wiki/Inhalante> (Septiembre,2014)
- 6) <http://fcsalud.ua.es/es/ventana-investigacion/analisis-cualitativo.html> (Septiembre, 2014)
- 7) <http://psicolatina.org/Tres/intervencion.html> (Julio,2014)
- 8) <http://psicologia1561.blogspot.com/p/enfoques-psicologicos.html> (Marzo,2014)
- 9) [http://www.conductitlan.net/centro\\_regional\\_investigacion\\_psicologia/44\\_funcionamiento\\_familiar.pdf](http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/44_funcionamiento_familiar.pdf) (Julio,2014)
- 10) [http://www.e8dsoluciones.es/analisis\\_estadistico\\_que\\_es.htm](http://www.e8dsoluciones.es/analisis_estadistico_que_es.htm) (Septiembre,2014)
- 11) [http://www.ecured.cu/index.php/Comunicaci%C3%B3n\\_familiar](http://www.ecured.cu/index.php/Comunicaci%C3%B3n_familiar) (Marzo,2014)

12) <http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Materiales%20de%20apoyo/La%20observaci%C3%A9n%20de%20Lidia%20D%C3%A1z%20Sanju%C3%A1n%20Texto%20de%20Apoyo%20Did%C3%A1ctico%20de%20M%C3%A1todo%20Cl%C3%A1sico,%203er%20Sem.pdf>  
(Julio,2014)

13) <http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-profesionales/82-la-conducta-adictiva.html> (Enero, 2014)



## ANEXOS

### Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1).

Pocas veces (2)

A veces (3).

Muchas veces (4).

Casi siempre (5)

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.  
\_\_\_\_\_

2. En mi casa predomina la armonía. \_\_\_\_\_

3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades. \_\_\_\_\_

4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. \_\_\_\_\_

5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. \_\_\_\_\_

6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. \_\_\_\_\_

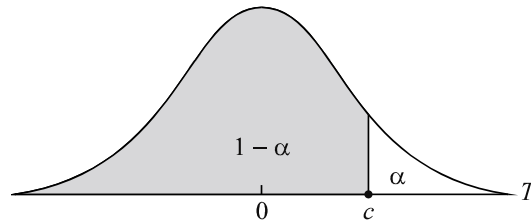
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. \_\_\_\_\_

8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan. \_\_\_\_\_

9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado. \_\_\_\_\_
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. \_\_\_\_\_
11. Podemos conversar diversos temas sin temor. \_\_\_\_\_
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas. \_\_\_\_\_
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. \_\_\_\_\_
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. \_\_\_\_\_

## Tabla de Distribución t Student

La tabla da áreas  $1 - \alpha$  y valores  $c = t_{1-\alpha, r}$ , donde,  $P[T \leq c] = 1 - \alpha$ , y donde  $T$  tiene distribución  $t$ -Student con  $r$  grados de libertad..



1 -  $\alpha$

$r$	0.75	0.80	0.85	0.90	0.95	0.975	0.99	0.995
1	1.000	1.376	1.963	3.078	6.314	12.706	31.821	63.657
2	0.816	1.061	1.386	1.886	2.920	4.303	6.965	9.925
3	0.765	0.978	1.250	1.638	2.353	3.182	4.541	5.841
4	0.741	0.941	1.190	1.533	2.132	2.776	3.747	4.604
5	0.727	0.920	1.156	1.476	2.015	2.571	3.365	4.032
6	0.718	0.906	1.134	1.440	1.943	2.447	3.143	3.707
7	0.711	0.896	1.119	1.415	1.895	2.365	2.998	3.499
8	0.706	0.889	1.108	1.397	1.860	2.306	2.896	3.355
9	0.703	0.883	1.100	1.383	1.833	2.262	2.821	3.250
10	0.700	0.879	1.093	1.372	1.812	2.228	2.764	3.169
11	0.697	0.876	1.088	1.363	1.796	2.201	2.718	3.106
12	0.695	0.873	1.083	1.356	1.782	2.179	2.681	3.055
13	0.694	0.870	1.079	1.350	1.771	2.160	2.650	3.012
14	0.692	0.868	1.076	1.345	1.761	2.145	2.624	2.977
15	0.691	0.866	1.074	1.341	1.753	2.131	2.602	2.947
16	0.690	0.865	1.071	1.337	1.746	2.120	2.583	2.921
17	0.689	0.863	1.069	1.333	1.740	2.110	2.567	2.898
18	0.688	0.862	1.067	1.330	1.734	2.101	2.552	2.878
19	0.688	0.861	1.066	1.328	1.729	2.093	2.539	2.861
20	0.687	0.860	1.064	1.325	1.725	2.086	2.528	2.845
21	0.686	0.859	1.063	1.323	1.721	2.080	2.518	2.831
22	0.686	0.858	1.061	1.321	1.717	2.074	2.508	2.819
23	0.685	0.858	1.060	1.319	1.714	2.069	2.500	2.807
24	0.685	0.857	1.059	1.318	1.711	2.064	2.492	2.797
25	0.684	0.856	1.058	1.316	1.708	2.060	2.485	2.787
26	0.684	0.856	1.058	1.315	1.706	2.056	2.479	2.779
27	0.684	0.855	1.057	1.314	1.703	2.052	2.473	2.771
28	0.683	0.855	1.056	1.313	1.701	2.048	2.467	2.763
29	0.683	0.854	1.055	1.311	1.699	2.045	2.462	2.756
30	0.683	0.854	1.055	1.310	1.697	2.042	2.457	2.750
40	0.681	0.851	1.050	1.303	1.684	2.021	2.423	2.704
60	0.679	0.848	1.046	1.296	1.671	2.000	2.390	2.660
120	0.677	0.845	1.041	1.289	1.658	1.980	2.358	2.617
$\infty$	0.674	0.842	1.036	1.282	1.645	1.960	2.326	2.576