



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

*"COMPETENCIA FAMILIAR EN FAMILIAS ALCOHOLICAS Y
NO ALCOHOLICAS"*

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO FAMILIAR

PRESENTA:

ADELA GUADALUPE HERNANDEZ ESPINOZA

ASESOR:

DRA. CARMEN LUNA DOMÍNGUEZ



**U.M.F. No. 20
BIBLIOTECA**

MEXICO D.F. MAYO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Por darme la oportunidad de estudiar una carrera, por apoyarme y alentarme en cada uno de los momentos difíciles de esta profesión. Les agradezco esa forma tan incondicional de estar a mi lado, de aguantar mis malos momentos, y de disfrutar junto conmigo mis logros y triunfos. Los amo.

A mis hermanas Liz y Anel:

Por ser tan lindas, y aguantar las desveladas que les hice padecer. Gracias por ser mis mejores amigas. Son la luz que ilumina mi vida.

A mi hermano:

Que a pesar de estar lejos de casa, su ánimo y alegría siempre me acompañan.

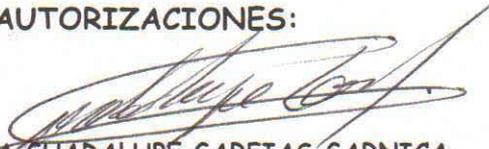
A mi tío Moyo:

Quien ha sido mi fuente de inspiración y admiración, para seguir adelante en los momentos difíciles. Querido tío, gracias por todo el apoyo que me has brindado, a mí y a mi familia.

Al Dr. Benjamín Cuevas García, por su valioso apoyo en el asesoramiento para la elaboración de este proyecto, siendo vital su amplia experiencia y criterio, para la conclusión de esta obra, mi mayor gratitud.

Finalmente, agradecer al grupo de personas que de una forma u otra, intervinieron en la culminación de este proyecto, especialmente a la Dra. Patricia Ocampo Barrio, jefe de educación e investigación de la UMF 94.

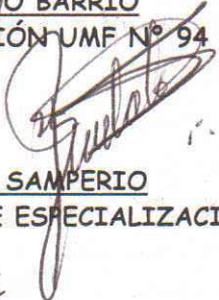
AUTORIZACIONES:

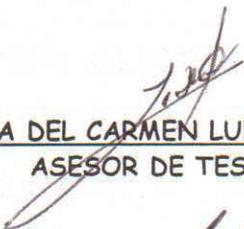

DRA. MARÍA GUADALUPE GARFIAS GARNICA
COORDINADORA DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA


DRA. PATRICIA LEONOR PÉREZ SÁNCHEZ
COORDINADORA DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD


DRA. ANA MARÍA CORTES AGUILERA
DIRECTORA DE LA UMF N° 94


DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
JEFE EDUC. E INVESTIGACIÓN UMF N° 94


DRA. LIDIA BAUTISTA SAMPERIO
PROFA. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN


DRA. MARIA DEL CARMEN LUNA DOMÍNGUEZ
ASESOR DE TESIS


DR. BENJAMÍN CUEVAS GARCÍA
COASESOR DE TESIS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.º. 94



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

JEFATURA DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION

INDICE GENERAL

	Pag.
I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
III. OBJETIVOS	8
1. Objetivo general	8
2. Objetivos específicos	8
IV. HIPÓTESIS	8
V. PROGRAMA DE TRABAJO	8
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	8
Tipo de estudio	8
Universo de trabajo	8
Tamaño de la muestra	8
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	9
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	9
PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE LA MUESTRA	9
Características de los instrumentos	10
Análisis estadístico de la información obtenida	11
Hipótesis nula	11
Hipótesis alterna	11
Decisión estadística	11
CONSIDERACIONES ETICAS DEL ESTUDIO	11
VI. RESULTADOS	11
VII. CUADROS Y FIGURAS	14
VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS	20
IX. CONCLUSIONES	20
X. SUGERENCIAS	20
XI. BIBLIOGRAFÍA	21
XII. ANEXOS	23

I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

Existen evidencias de que el uso de bebidas alcohólicas data de cuatro mil años antes de Cristo, y no existe ninguna razón para suponer que éstas se ingerían sólo para degustarse. Entre los documentos escritos más antiguos se encuentra una colección de planillas de arcilla halladas en Mesopotamia que datan del año 3000 a.C.; incluyen una lista de gastos donde está la anotación: "pan y cerveza para un día".(1)

La historia del consumo de este tóxico llamado alcohol, va siempre acompañada de la necesidad de regular su producción. En 1700 a.C.; el código de Hammurabi, rey de Babilonia, intentó regular las casas de bebida, y los romanos en el siglo I a.C., intentaron reducir la producción de uva.(2)

La Biblia también contiene historia de tipo religioso, ya que al referirse al vino lo considera la sangre de Cristo, brebaje estimulante y animador: "alabado sea Dios, que ha hecho surgir fruto de la tierra y vino que alegra el corazón del hombre".(3)

En Cartago, ciudad de África fundada en 814 a.C., existía un edicto público que prohibía a los recién casados embriagarse en la noche de bodas, para evitar el riesgo de engendrar un hijo defectuoso.(4) También se dice que Aristóteles alertaba a los griegos que su descendencia sería "morosa y lánguida si las casadas engendraban tontamente durante el estado de embriaguez".

En la cultura mexicana, las disposiciones contra la embriaguez entre los jóvenes eran rígidas y llegaban incluso, según relata Fray Bernardino de Sahagún, a la pena de muerte a los reincidentes. El uso del pulque sólo era tolerado en los miembros de la población de edad mayor a los 40 años.(5)

En el Continente Americano, en 1960, John Adams se preocupó mucho por el nivel de alcoholismo, por lo que propuso limitar el número de tabernas, y Benjamín Franklin llamó a las tabernas la peste de la sociedad.(6)

Guadalupe Victoria y Valentín Gómez Farias dictaron leyes para controlar el uso del alcohol y evitar su abuso. Durante la dictadura de Santa Anna, la guerra de tres años, la invasión francesa y el gobierno de Juárez, solo se expedieron decretos, reglamentos y bandos, que en poco contribuyeron a detener el alcoholismo. Durante la dictadura Porfirista florecieron las antiguas haciendas pulqueras, las fábricas de tequila y la producción de mezcal y cerveza. Es durante el gobierno de Madero cuando se implanta la "ley seca", como una medida emergente para detener el abuso

en el consumo de alcohol. En 1932, Pascual Ortiz Rubio emprende una campaña antialcohólica. Por su parte Adolfo López Mateos en 1960, dispuso que por cinco años se negara la apertura de expendios de bebidas alcohólicas. López Portillo en 1981, crea el Consejo Nacional Antialcohólico.(26)

CONCEPTO DE ALCOHOLISMO.

Desde que Magnus Huss introdujera el término de "alcoholismo" en 1849, hasta la actualidad, se han producido diferentes cambios en la concepción del término; así mismo, el concepto ha sido abordado desde diferentes enfoques, sin embargo, aún cuando existen coincidencias, no existe una definición a la que pueda acreditarse una validez general.

Una definición práctica, es la de Mark Keller, quien dice que: "Se considera alcohólico, aquel individuo que ingiere bebidas alcohólicas repetidamente, hasta el punto de exceder lo que está socialmente aceptado e interfiere con su salud, sus relaciones interpersonales y su capacidad para el trabajo".(10)

El alcohol etílico o etanol, tiene una densidad de 0.79 g/ml, es una molécula débilmente cargada que, en virtud de esta característica se desplaza con facilidad a través de las membranas celulares, equilibrándose rápidamente sus concentraciones en la sangre y los tejidos. Desde un punto de vista nutricional, aporta 7.1 Kcal. por gramo. En términos generales y en promedio, el cuerpo humano es capaz de detoxificar 14 ml de etanol cada hora.

Velasco Muñoz Ledo (1983) afirma, que cuando se habla del alcoholismo como un problema de familia, no se trata de una herencia genética como tal, sino de la influencia del medio ambiente familiar deteriorado y de la actitud de los padres del sujeto.(25)

FACTORES ETIOLOGICOS.

No se cuenta con una teoría que con certeza permita conocer cuál o cuales son las causas que lo originan. Dentro de las teorías que se han desarrollado para explicar la etiología del alcoholismo, se encuentran: la teoría de la alergia de los Alcohólicos Anónimos, la psicodinámica, la genetotrófica, de la personalidad prealcohólica, la teoría sistémica de la transmisión multigeneracional de pautas de conducta alcohólica, etc., sin embargo, existen serias contradicciones entre los investigadores.(25)

Las causas son múltiples. Es una enfermedad eminentemente multifactorial, donde diferentes factores contribuyen a formar una complicada etiopatogenia, que para su estudio deben separarse los hombres de las mujeres, los que tienen una historia familiar de alcoholismo de aquellos que no la tienen, recordando que la genética juega un papel importante.(28) Los familiares cercanos de alcohólicos tienen un riesgo cuatro veces mayor de padecer alcoholismo. Es bien conocido el hecho de que los hijos de padres alcohólicos son más resistentes al alcohol en concentraciones bajas, por lo que son menos aptos para darse cuenta que se están intoxicando. Muchos alcohólicos tienen antecedentes difíciles (familias disfuncionales, maltrato infantil, conducta antisocial en la infancia y adolescencia) o bien situaciones presentes que son fuente de tensión (trabajos pesados o frustrantes, mala relación con la pareja, pérdidas recientes de familiares o amigos, etc.). Alonso Fernández refiere que "la presencia de un padre alcohólico estimula a los descendientes a darse a la bebida por un mecanismo montado sobre la base de una identificación parcial".(29)

Después de casi 5000 años de beber alcohol y de contemplar los efectos destructores que éste tiene sobre determinadas personas, no es sino hasta el año de 1952 que la Organización Mundial de la Salud incluye al alcoholismo en su catálogo de enfermedades.(27)

LA FAMILIA.

Es una institución que permite satisfacer las necesidades del individuo, dentro de una sociedad, los integrantes de la familia se encuentran unidos por lazos sanguíneos, que interactúan entre sí, que comparten una historia común, tradiciones, costumbres, valores, creencias y normas de conducta. Para el hombre, la autosuficiencia es algo imposible, sólo puede existir un grado relativo de autonomía.(30)

El estudio de la familia se ha abordado desde diferentes disciplinas como: la sociología, arqueología, filosofía, antropología y psicología, entre otras, lo que implica diferentes enfoques hacia el estudio de la misma. Las familias mexicanas han sido analizadas, novelanizadas, clasificadas, tipificadas y evaluadas por diferentes profesionales y con distintos instrumentos.(31)

Los rituales constituyen una ventana particularmente rica y accesible para asomarse al mundo privado de la familia, se encuentran *universalmente* en las familias de

todos los tipos (puesto que la vida familiar adquiere forma por medio de actividades repetidas, paulatinas y simbólicas, los rituales son algo intrínseco en las familias). Contienen, mejor que cualquier otro aspecto de la vida familiar, los mitos, historia e identidad de la familia; un ritual grupal transmite y enseña la *identidad* de la familia a todos sus miembros. Es en gran medida una *actividad consistente*, de la que la familia puede, y en general quiere, hablar con los extraños. No sólo ayudan a regular y otorgar significado a los acontecimientos cotidianos, sino que también son componentes observables y altamente memorables de la vida familiar.

Las familias enfrentan procesos cíclicos evolutivos en su existencia, aún cuando todas las familias transitan por las mismas etapas en su ciclo vital, las enfrentan y viven de diferente manera, de acuerdo a la influencia de factores socioeconómicos, culturales e históricos. El concepto medular del ciclo vital de la familia, es la noción de que ésta cambia en su forma y función y lo hace en una secuencia ordenada de etapas evolutivas y que los cambios que se dan de una etapa a otra son previsibles. Sin embargo, algunas familias experimentan transiciones fluidas, mientras que otras pasan por momentos difíciles y estresantes. Que todo intento por evitar, demorar, acelerar o alargar un cambio evolutivo (crisis familiar) es inútil ya que sólo provocará una transición más dolorosa. Según Estrada, el ciclo vital de la familia está integrado por seis fases críticas, en cada una de las cuales se describe una forma central y cuatro áreas de reorganización.(32)

El alcoholismo afecta diferentes aspectos de la vida del individuo, de su familia y la sociedad en general. Es posible pensar que las familias que no permiten que el abuso del alcohol en uno de los progenitores perturbe la realización de importantes rituales familiares tienen menos probabilidad de transmitir graves problemas de alcoholismo a sus descendientes; así como trastornos en la competencia familiar que provoquen un mal desempeño del funcionamiento familiar.

Las familias varían ampliamente en su capacidad para mantener sus tradiciones importantes frente al abuso grave de la bebida. Algunas familias persisten con un compromiso incólume (*familias distintivas*), sin embargo hay otras (*las familias subsumptivas*) que permiten que la conducta alcohólica modifique sustancialmente el ritual, de modo tal que éste queda privado de su significado original o, en algunos casos, directamente deja de funcionar. Las *familias distintivas*, en condiciones óptimas, son capaces de continuar con prioridades importantes sin que el

alcoholismo las desvíe de ese camino, aunque sin llegar a rechazar totalmente al alcohólico, los miembros de estas familias pueden recordar y llevar consigo los elementos positivos de la vida de su familia de origen, al mismo tiempo que pueden desprenderse selectivamente de los elementos nocivos relacionados con el alcohol.

Palomar J. (México 1999), realizó un estudio para observar la relación entre el funcionamiento familiar y calidad de vida en familias con un miembro alcohólico llegando a la conclusión de que son menos funcionales y tienen una menor calidad de vida las familias alcohólicas que las que no lo son. (24) En otro estudio se observó que las familias con alcoholismo paterno muestran mayor correlación entre la condición socio-económica de la familia y la competencia familiar (Haugland BS; Haviz OE 1998), tal vez debida a la inestabilidad laboral que estos suelen presentar. Barry KL, Flemming MF encontraron menor cohesión y significación familiar en los alcohólicos que los no-alcohólicos, y mayores conflictos familiares. (18)

Entre los estudios que reportan las diferencias que hay entre las familias de alcohólicos y otras disfuncionales, se encuentra el realizado por Garbarino y Strange, en el cual los hijos de padres alcohólicos puntuaron por debajo de la media en las escalas de cohesión, expresividad, orientación intelectual-cultural y organización familiar; además tuvieron puntuaciones superiores a la media en conflicto y orientación al logro. Así mismo, Garbarino y Strange encontraron que los hijos de alcohólicos presentaban menores puntajes en expresividad y mayores en conflicto, en contraste con el grupo control (33).

Entre los estudios que se han propuesto constatar que el alcoholismo *per-se* no es indicativo de disfuncionalidad familiar, se encuentra el de Wright y Heppner en el cual se pudo observar que los resultados obtenidos por el grupo de hijos de alcohólicos muestran una gran variabilidad en la percepción del funcionamiento familiar (34).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En México, las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA) han permitido conocer que el tabaco y el alcohol constituyen las principales sustancias cuyo consumo es objeto de abuso entre la población.

En la primera ENA (1988) se encontró que 5.9% de la población urbana de 18 a 65 años, en todo el país, cumplió con el criterio diagnóstico de dependencia de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); ese porcentaje correspondió, entre los hombres, a 12.5%, y entre las mujeres, a 0.6%. En la Ciudad de México la prevalencia de dependencia al alcohol fue de 5.6%, afectando a 11.3% de la población masculina y a 0.7% de la femenina. En la segunda ENA (1993) la prevalencia de dependencia nacional fue de 9.4%, lo cual representa un incremento de 3.5% en el lapso de cinco años; el 65% de los mexicanos de 19 a 65 años han bebido alcohol en alguna ocasión en los últimos dos años, 23.4% han llegado a la embriaguez, y alrededor de 19.5% de los varones y el 1.2% de las mujeres desarrollan problemas crónicos y graves, la enfermedad denominada alcoholismo o, en la nomenclatura actual, **síndrome por dependencia al alcohol (SDA)**. Cuando se compara la prevalencia de bebedores a nivel nacional, se observa que en la Región Occidental (Aguascalientes, Colima, Jalisco, Nayarit, Zacatecas) es mayor a la media nacional y obtuvo un 78%; la región que comprende el Distrito Federal y la zona conurbana obtuvo un 73.4%, en la Región Centro que comprende los estados de Hidalgo, Guanajuato, Estado de México, Morelos, Puebla, Querétaro, y Tlaxcala se registró un 69%. Además se observó una tendencia al aumento de proporción de bebedores, a medida que aumenta el nivel escolar. El porcentaje más bajo lo tiene el grupo que nunca fue a la escuela, mientras que el más alto se ubica entre los profesionistas (82.1%) (7).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, no se cuenta con un registro estadístico del número de casos de alcoholismo, ya que no se tabula en ningún reporte médico, a menos de que se presenten las complicaciones secundarias a alcoholismo: Accidentes, violencias, neurosis, psicosis, insuficiencia hepática, cirrosis hepática, hipertensión portal, etc. En 1994, se realizó una encuesta de consumo de alcohol entre los derechohabientes, la muestra quedó formada por 41,121 pacientes, a los que se les aplicó el AUDIT. El 30.1% de los hombres y el 6% de las mujeres mayores de 18 años reportaron consumir más de 5 copas por ocasión de consumo. Así mismo, se reporta que el 17.6% de los hombres menores de 18 años y el 6% de las mujeres se consideraban bebedores fuertes. (8).

Aparte de las complicaciones orgánicas, el alcohol, al estar relacionado con alrededor del 60% de los hechos violentos (homicidios, accidentes, suicidios y demás) constituye un factor importante de morbi-mortalidad, pues a pesar de que los accidentes y violencias son la sexta causa de muerte en nuestro país (9), son la primera causa de pérdida de años de vida saludable. Encontrándose también,

relación con el maltrato infantil. Peña Corona (1994) reporta que el 18.9% de las muertes en la población derechohabiente del IMSS fue cirrosis hepática, lo que representa un costo cercano a 39 millones de pesos, además de que el 5.86% de todas las muertes en el IMSS en el año de 1994 fue por cirrosis hepática; en los hombres ocupó en ese año el 5° lugar y en las mujeres el 8° lugar.

En México, a partir de los 40, algunos autores como Santiago Ramírez, Octavio Paz, Bejar Navarro, Alduncin y Díaz Guerrero, entre otros, han escrito sobre la personalidad y los valores del mexicano, así como el comportamiento interaccional de sus familias. E incluso existen algunos estudios sobre el funcionamiento familiar para evaluar procesos patológicos familiares específicos, como ya se mencionó previamente; Garbarino y Strange, y Palomar J., que evalúan disfunciones familiares relacionadas con el alcoholismo. Recordemos que el funcionamiento familiar se refiere a los patrones de comportamiento de la familia de acuerdo con las siguientes dimensiones: la relación de pareja, la comunicación, la cohesión, la falta de reglas y apoyo, el tiempo libre que comparte la familia, los roles y el trabajo doméstico, la autonomía familiar, la organización, la autoridad y la violencia. Sin embargo no se encontró evidencia en la literatura que evalúe la competencia familiar en familias alcohólicas mexicanas, entendiéndose que el término "competencia familiar" se refiere a las cualidades, los patrones y las habilidades de la familia relacionadas con el éxito o fracaso en sus diferentes funciones familiares.

Se encontró una tesina de la especialidad en terapia familiar y de pareja (OCAMPO P, QUIROZ J; 1995) que evalúa el estado de salud-competencia familiar en familias mexicanas, trabajadores del IMS, de la delegación 2 Noreste, empleando el cuestionario de autoinforme (S.I.F.) de Beavers, observándose que la mayor parte de las familias se encontraron dentro de la normalidad (97.35%) y una mínima parte obtuvo calificación dentro del rango patológico (2.65%); además de un promedio general de 1.75, correspondiente a familias adecuadas (22); con ese estudio se consiguió validar ese instrumento en la población mexicana.

A lo largo del ciclo vital de la familia, las necesidades rituales se modifican, lo que pretende el presente estudio es evaluar la capacidad y aptitud de la familia para adaptarse a los conflictos o la crisis familiar ante la presencia del alcoholismo; esto es, comparar el nivel de competencia de estas familias, con las familias no alcohólicas.

¿Es mayor la competencia familiar en las familias no-alcohólicas que en las alcohólicas, en familias adscritas a la UMF No. 94?

III. OBJETIVOS.

1. Objetivo General:

Comparar el nivel de competencia familiar de las familias no-alcohólicas con las familias alcohólicas, adscritas a la UMF 94.

2. Objetivos específicos:

- a. Identificar familias no-alcohólicas y familias con un miembro alcohólico.
- b. Evaluar el nivel de competencia en las familias no-alcohólicas y en las familias alcohólicas.
- c. Determinar si tienen mayor competencia familiar las familias no alcohólicas que las familias alcohólicas.

IV. HIPÓTESIS.

Las familias no-alcohólicas tienen mayor nivel de competencia familiar, que las familias alcohólicas, adscritas a la UMF 94.

V. PROGRAMA DE TRABAJO.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Tipo de estudio:

Investigación observacional, analítica-comparativa, transversal y prolectiva.

Universo de trabajo:

Esta constituido, por las familias alcohólicas del centro de alcohólicos anónimos 24 horas "San Juan" y por familias no alcohólicas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 94. Delegación No. 2 Noreste, México DF.

Tamaño de la muestra:

Debido a que no se conocía la varianza de la variable en estudio en la población, se realizó una prueba piloto en 30 familias, 20 familias alcohólicas y 10 no alcohólicas. Para ello se empleó el muestreo simple aleatorio, para las familias no alcohólicas; y el muestreo no probabilístico, por conveniencia, para las familias alcohólicas.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta prueba piloto, se obtuvo el poder de la muestra, resultando de 28, en base a esto se calculó el tamaño de la muestra,

siendo este de 216 familias; con una relación de 2:1. Se utilizó el programa estadístico Epi Info 6.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Comunes para ambos tipos de familias: alcohólicas y no-alcohólicas.

1. Familias que acepten ingresar al estudio.
2. Familias en las que los miembros de la familia que va a contestar el autoformato S.F.I. sepan leer y escribir.
3. Familias que se encuentren adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 ó sean miembros activos del grupo de alcohólicos anónimos 24 horas, San Juan, en un periodo comprendido de abril a junio del 2001.
4. Familias mexicanas.
5. No importando el estado civil de la familia.

Para las familias no-alcohólicas.

1. Familias sin antecedentes de alcoholismo en ninguno de sus integrantes.

Para las familias alcohólicas.

2. Familias identificadas como alcohólicas, que al contestar el cuestionario AUDIT, el resultado fuera < 8 .

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

B. Comunes para ambos tipos de familias: alcohólicas y no-alcohólicas.

1. Familias cuyos datos en la encuesta estén incompletos.
2. Familias que cuenten con otro tipo de adicción a sustancias ilegales: cocaína, marihuana, etc.
3. Familias que cuenten con un miembro discapacitado.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE LA MUESTRA:

Se contactó con el presidente del grupo de alcohólicos anónimos 24 horas, San Juan, ubicado en Álvaro Obregón No. 36, Pueblo de San Juan de Aragón, Delegación Gustavo A. Madero, México, Distrito Federal; informándole el propósito del presente estudio, el cual acepto invitar a los asistentes a las sesiones a participar con esta investigación.

Los asistentes se mostraron renuentes a participar, por lo que fue necesario acudir en varias ocasiones a sus sesiones para obtener su consentimiento. Se aplicó el cuestionario AUDIT para identificar existencia de dependencia alcohólica, cuando el

resultado obtenido en éste fue igual o mayor de 8, se procedió a aplicarles a esas personas el cuestionario de autoinforme familiar versión II de Beavers, previa autorización escrita por medio del consentimiento informado.

En la Unidad de Medicina Familiar se eligieron 144 familias de forma aleatoria, por medio una lista de conteo, estas familias fueron localizadas directamente en su domicilio, algunas se localizaron inicialmente por vía telefónica y posteriormente se visitaron en su domicilio; a todas ellas se les aplicó el cuestionario de autoinforme familiar versión II de Beaver, previa autorización escrita por medio del consentimiento informado.

En todos los casos el llenado de los cuestionarios fue en forma individual por ellos mismos, siendo opcional el dar o no su nombre. Se recogieron en ese mismo momento, al terminar de contestarlos.

Características de los instrumentos.

El instrumento AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) es un cuestionario diseñado por la Organización Mundial de la Salud para la detección temprana de consumo de riesgo y perjudicial. Es el primer instrumento basado en un estudio internacional, en el que participaron seis naciones culturalmente diferentes. Consta de 10 ítem y se complementa con gran brevedad.(11) Una puntuación mayor de 20 orientará hacia la existencia de dependencia; entre 8 y 20 puntos, hacia el consumo perjudicial. El consumo de riesgo se obtiene de las preguntas 2 y 3. Con un punto de corte de 8, la sensibilidad para los problemas por uso de alcohol es del 80% y la especificidad del 90%. (anexo 1)

El cuestionario de autoinforme familiar versión II de Beaver (1990), ya demostró su validez en población mexicana, (22), lo que permitió identificarle una confiabilidad en población Mexicana de 0.90.

Este instrumento tiene 36 ítemes contruidos a través de una escala tipo licker con posibilidad de respuesta de 1 a 5 (si, a veces, nunca). Para evaluar las familias se cuenta con gráfico pre-establecido para que de acuerdo al promedio de los resultados obtenidos, las familias se clasifiquen de la siguiente forma: una calificación menor de 1.05 determina familias óptimas, de 1.05 a 2.05 familias adecuadas, entre 2.05 y 3.05 familias medias, entre 3.05 y 4.05 para familias limítrofes, y de 4.05 a 5 familias severamente disfuncionales. (anexo 2)

Análisis estadístico de la información obtenida.

Los resultados de la investigación se analizaron a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 5.0.

Para el análisis de las variables sociodemográficas se utilizó la estadística descriptiva a través de frecuencias y medias.

Para el análisis estadístico inferencial utilizamos pruebas no paramétrica U de Mann Whitney con base a tener una variable ordinal que desea compararse con dos muestras mutuamente excluyentes.

Hipótesis nula:

Las familias no-alcohólicas tienen menor o igual nivel de competencia familiar, que las familias alcohólicas, adscritas a la UMF 94.

Hipótesis alterna:

Las familias no-alcohólicas tienen mayor nivel de competencia familiar, que las familias alcohólicas, adscritas a la UMF 94.

Decisión estadística:

Se rechaza la hipótesis nula si la χ^2 experimental es mayor de 0.060.

CONSIDERACIONES ETICAS DEL ESTUDIO.

En la realización de este estudio se consideraron las normas éticas internacionales de investigación, así como los reglamentos y lineamientos nacionales e institucionales. (anexo 3)

VI. RESULTADOS:

La muestra quedó conformada por 216 familias: 72 familias alcohólicas y 144 familias no alcohólicas. El promedio de edad, fue de 40.89 años para las familias alcohólicas, con una mínima de 19 y una máxima de 75 años; mientras que en las familias no alcohólicas el promedio de edad fue de 37.96 años, con una mínima de 16 y una máxima de 75 años. (Cuadro 1). El promedio de edad para el total de la muestra (216 familias) fue de 37.96 años. El ingreso económico mensual promedio de

las familias fue de \$3 985.42, para las familias alcohólicas, y de \$4 045.83(Cuadro 1 y 2)

En lo relativo al sexo, en ambos grupos se observó mayor participación por parte de las mujeres 61.8% en el grupo de familias no alcohólicas, y 56.9% entre las familias alcohólicas. (Figura 3). En cuanto al estado civil del encuestado, se observó predominio de los casados en ambos grupos familiares, 58.3% entre las familias alcohólicas y 48.6% en las no alcohólicas; con menor frecuencia de los separados: 4.2% en las familias alcohólicas y 8.4% entre las no alcohólicas. (Figura 4)

El nivel de escolaridad fue principalmente el de secundaria terminada en ambos grupos familiares, 41% en las familias alcohólicas y 31.8% para las no alcohólicas; siguiendo el bachillerato con 25% en las familias alcohólicas y 30.6% para las no alcohólicas. Observándose en tercer y cuarto lugar los niveles de primaria incompleta e incompleta, respectivamente, en las familias alcohólicas; mientras que en el grupo de las familias no alcohólicas, se observaron en tercer y cuarto lugar los niveles de carrera técnica (16.7%) y los profesionistas (6.9%), respectivamente. (Figura 5)

En cuanto a la ocupación principal de la familia, se observó una igualdad de frecuencias entre los comerciante y los empleados de carreras técnicas (27.8% para ambos), en el grupo de las familias alcohólicas; mientras que en el grupo de las no alcohólicas, hubo un predominio de los empleados de carreras técnicas (29.9%), siguiéndole los empleados generales (27.8%) y los comerciantes (18.8%). Ocupando los lugares menos frecuentes los obreros en ambos grupos familiares, 5.6% en las familias alcohólicas y 11.1% en las no alcohólicas. (Figura 6)

En lo referente a la tipología familiar, se observó predominio de la familia nuclear en ambos grupos familiares, 29.1% y 35.4%, en familias alcohólicas y no alcohólicas, respectivamente. En segundo lugar quedo la familia semiextensa, 25 y 32.6%, en las familias alcohólicas y no alcohólicas, respectivamente. Quedando en último lugar la familia reestructurada (9.7%), en las familias alcohólicas; y la familia Uniparental (6.9%) en las familias no alcohólicas. (Figura 7)

En lo concerniente a los resultados del SIF para la evaluación del nivel de competencia familiar, se observó una mayor frecuencia en el rango de 2.01 a 2.50, en ambos grupos familiares, 20 familias alcohólicas (27.77%), y 52 familias no alcohólicas (36.11%). El rango menos frecuente de 4.01 a 4.50, para las familias no alcohólicas (0.69%) y ningún caso de las familias alcohólicas en el primer rango (de 0.01 a 1.00). (Cuadro 2)

La media general del total de la muestra (216 familias) fue de 2.43, con una moda de 2.10 y una mediana de 2.35. Para las familias alcohólicas, el promedio general fue de 2.72, y de 2.3 para las no alcohólicas. Con una mediana de 2.55 para las familias alcohólicas y otra de 2.15 para las no alcohólicas; y una moda de 2.10 y 2.00, respectivamente. Dado que la media es mayor que la mediana, en ambos grupos, la distribución se encuentra sesgada a la derecha. (Figura 8)

En cuanto la competencia familiar, la mayoría de las familias estudiadas resultaron dentro del nivel de familias medias, en ambos grupos familiares, 50% para las familias alcohólicas y 48.6% para las no alcohólicas. Encontrándose en segundo lugar las familias limítrofes con 22.2%, en las familias alcohólicas; y las familias adecuadas con 31.9%, en el grupo de las no alcohólicas. Y en último lugar de frecuencia a las familias óptimas con 0% en el grupo de las familias alcohólicas, y las familias severamente disfuncionales con 11.1% y 2.8%, para las familias alcohólicas y no alcohólicas, respectivamente. (Figura 9)

El resultado de la prueba estadística U de Mann Whitney fue de -1.881, resultando un valor menor a 0.060, por lo tanto *no existe una diferencia estadísticamente significativa* al nivel de Alpha 0.05, entre los dos grupos familiares. Con lo cual se acepta la hipótesis nula que indica que la competencia familiar entre familias alcohólicas y no alcohólicas es igual en ambos grupos.

VII. CUADROS Y FIGURAS.

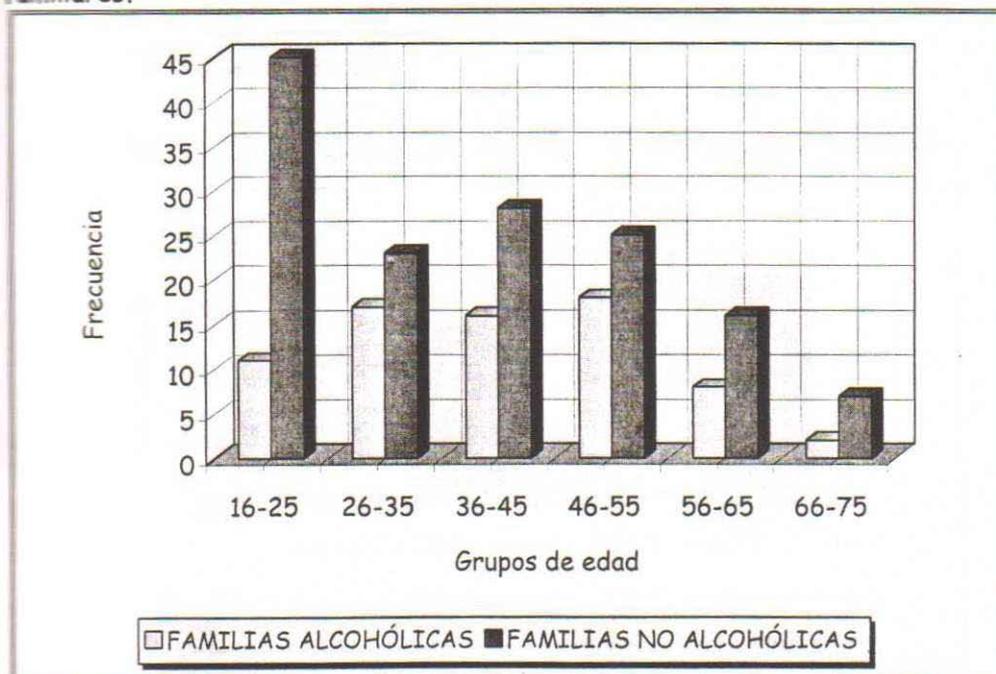
Cuadro 1. Análisis de frecuencias por grupos de los datos sociodemográficos. 2001.

		Edad	Ingreso económico familiar (\$)
Familias alcohólicas	Media	40.89	3 985.42
	Mediana	40.50	3 800.00
	Desviación estándar	13.30	1 553.19
	Valor mínimo	19	1 100.00
	Valor máximo	75	6 700.00
Familias no alcohólicas	Media	37.96	4 045.83
	Mediana	36.00	4 110.00
	Desviación estándar	15.30	1 432.75
	Valor mínimo	16	1 200.00
	Valor máximo	75	6 800.00

Fuente: Instrumentos aplicados.

FIGURA 1

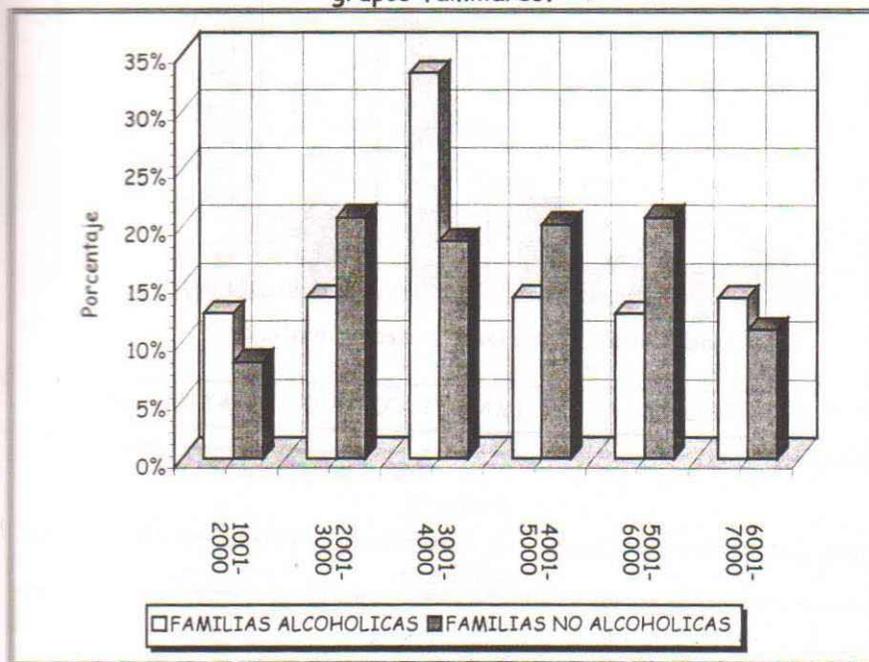
Distribución por grupos de edad, de los participantes de ambos grupos familiares.



Fuente instrumentos aplicados

Figura 2.

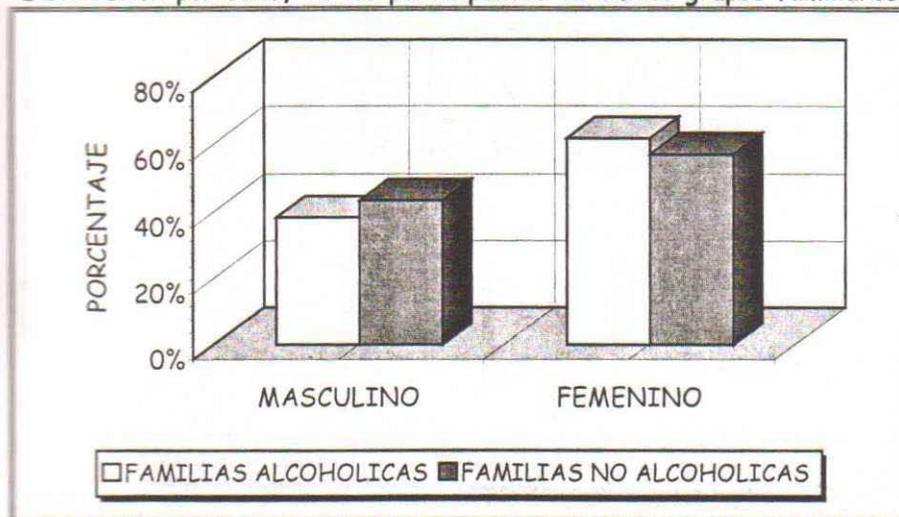
Distribución por rangos, del ingreso económico mensual familiar, en ambos grupos familiares.



Fuente: Instrumentos aplicados.

Figura 3.

Distribución por sexo, de los participantes de ambos grupos familiares



Fuente: Instrumentos aplicados

Figura 4.

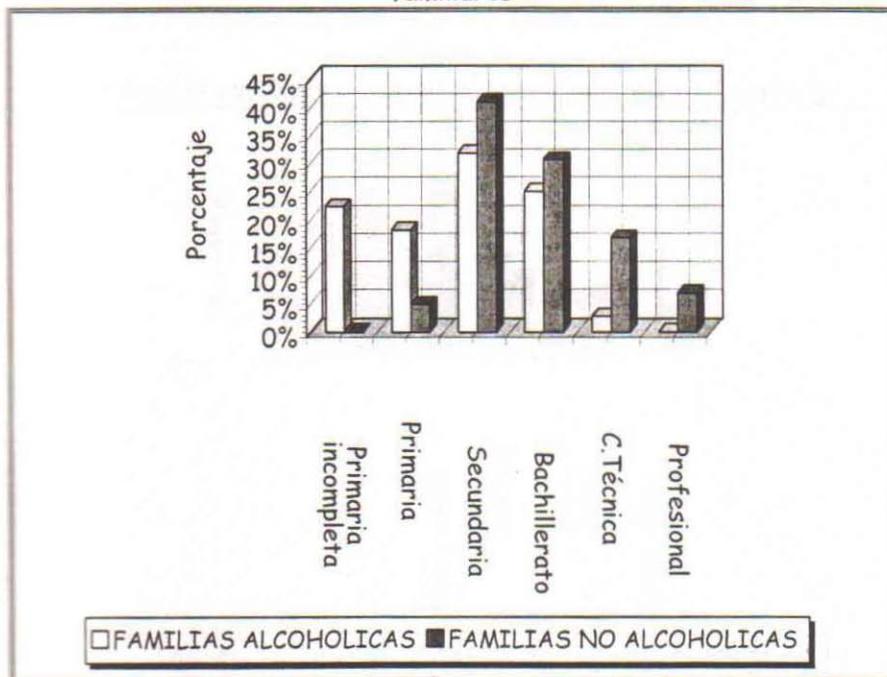
Distribución por estado civil, de los participantes, en ambos grupos familiares



Fuente: Investigación propia. 2001.

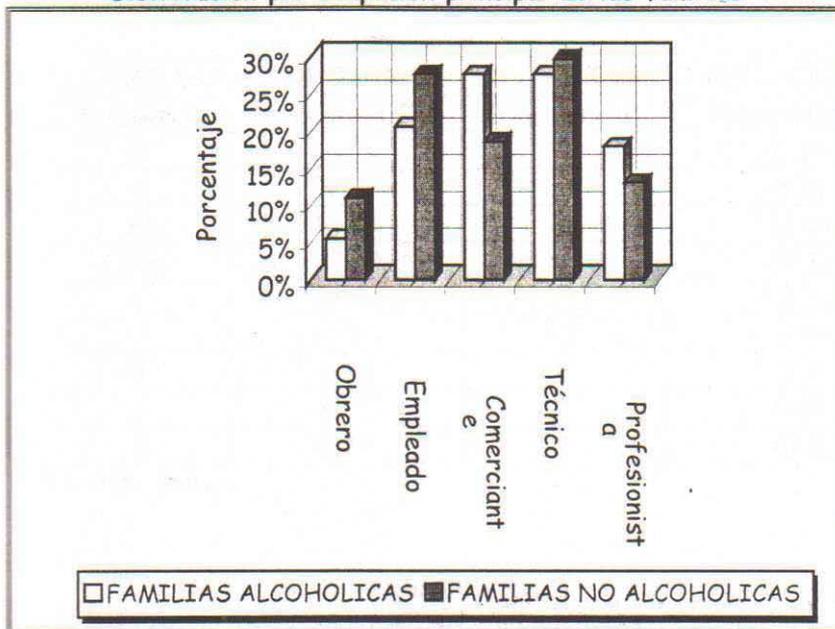
Figura 5

Distribución por nivel de escolaridad, del encuestado, en ambos grupos familiares



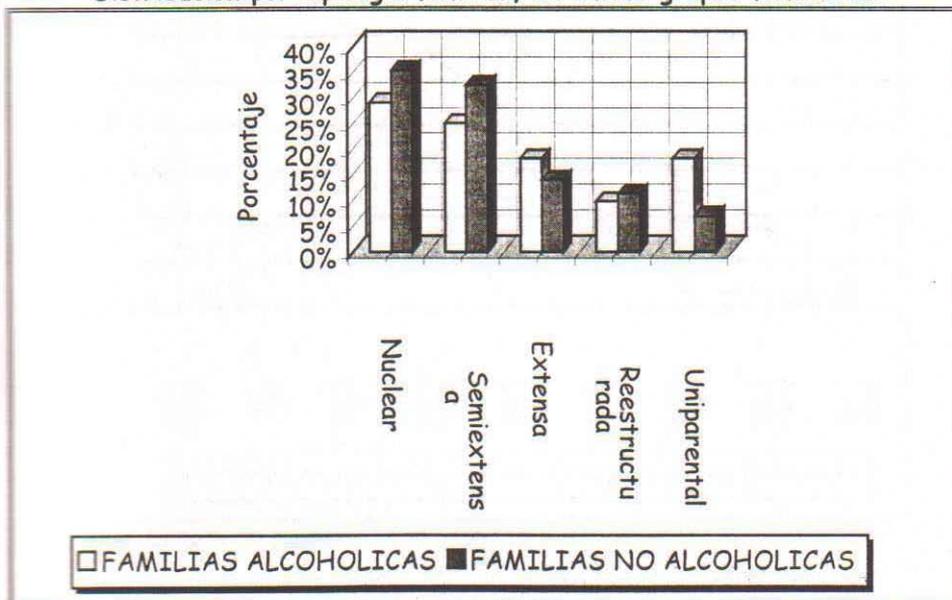
Fuente: Instrumentos aplicados.

Figura 6.
Distribución por ocupación principal de las familias



Fuente: Instrumentos aplicados.

Figura 7
Distribución por tipología familiar, en ambos grupos familiares



Fuente: Instrumentos aplicados.

Cuadro 2

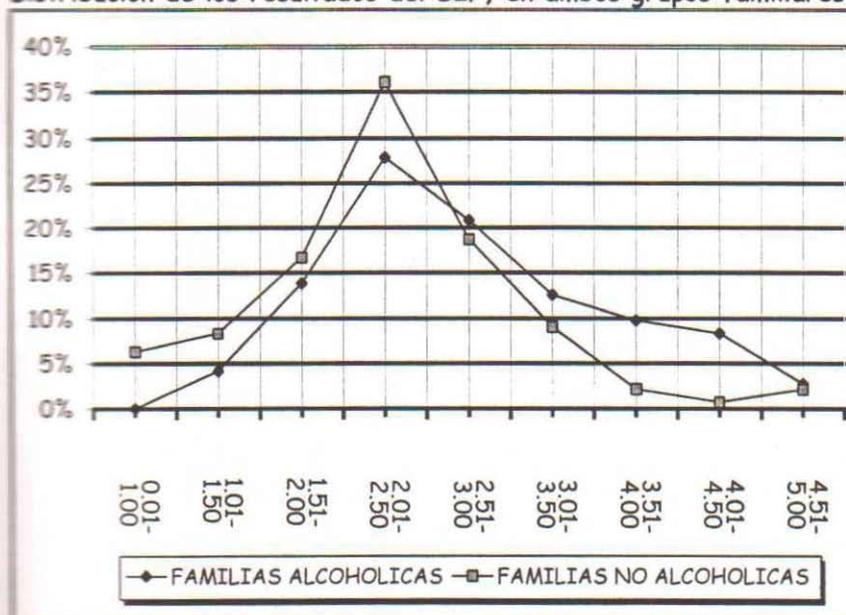
Análisis de frecuencia de los resultados del SIF, por rangos, en ambos grupos familiares.

RANGO	FAMILIAS ALCOHOLICAS		FAMILIAS NO ALCOHOLICAS	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
0:01-1.00	0	0	9	6.25
1.01-1.50	3	4.16	12	8.33
1.51-2.00	10	13.88	24	16.66
2.01-2.50	20	27.77	52	36.11
2.51-3.00	15	20.83	27	18.75
3.01-3.50	9	12.50	13	9.02
3.51-4.00	7	9.72	3	2.08
4.01-4.50	6	8.33	1	0.69
4.51-5.00	2	2.77	3	2.08

Fuente: Instrumento Beavers.

Figura 8

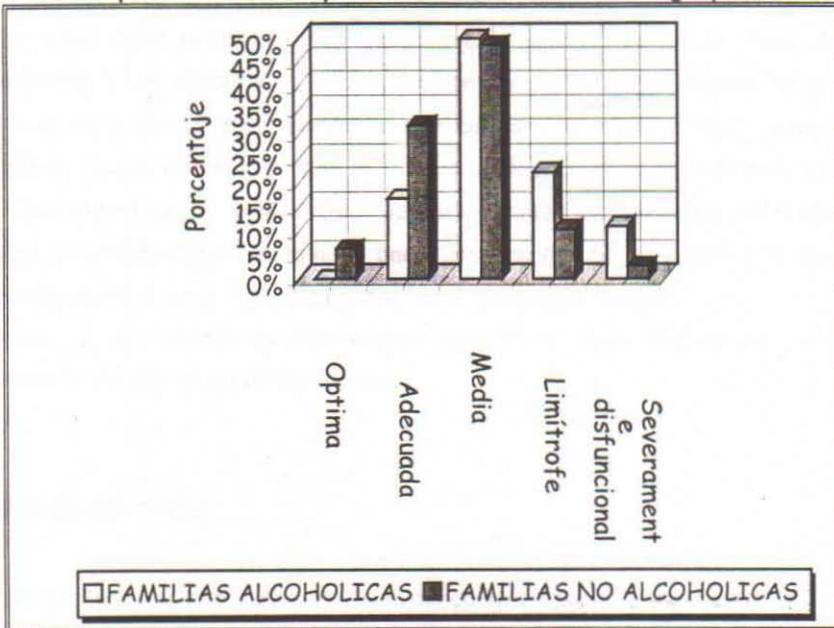
Distribución de los resultados del SIF, en ambos grupos familiares.



Fuente: Instrumento Beavers.

Figura 9

Distribución por nivel de competencia familiar en ambos grupos familiares



Fuente: Instrumento Beavers.

VIII. ANALISIS DE RESULTADOS.

El alcoholismo sigue predominando en la etapa productiva de la vida, afectando principalmente a los casados. A diferencia de los datos estadísticos de la ENA de 1993, predominó entre el sexo femenino y en bajos niveles escolares y económicos.

Así mismo se puede establecer que la familia nuclear parece predominar en nuestro medio. Observándose el predominio de las familias con niveles de competencia dentro de la normalidad y una mínima parte dentro del rango patológico; además de un promedio general de 2.43, correspondiente a familias medias.

Finalmente, no se observaron diferencias significativas en el nivel de competencia familiar entre los dos grupos familiares.

IX. CONCLUSIONES.

Contrario a lo que se esperaba, el nivel de competencia familiar entre las familias alcohólicas y no alcohólicas no mostró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos familiares, lo que traduce que el nivel de competencia pudiera ser igual en ambos grupos familiares, o incluso ser menor entre las familiar no alcohólicas, que entre las alcohólicas.

X. SUGERENCIAS

Se sugiere llevar a cabo la investigación donde se determine que miembro de la familia esta contestando el cuestionario de autoinforme (S.I.F.), y de preferencia aplicarlo a dos miembros de la familia para contar con dos puntos de vista que hagan más precisa la evaluación de la competencia familiar.

Es recomendable una investigación donde la selección de la muestra sea probabilística en su totalidad, ya que en este estudio se utilizó muestreo probabilístico y no probabilístico.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Romero RG. Adicción y Religión. *Addictus*. 1996; 13: 159-61.
2. Elizonda JA. Alcoholismo: La amenaza invisible. *Addictus*. 1998; (42): 45-6.
3. <http://www.addictus.com/report01.html>
4. Espresate S. Hablemos de alcoholismo. *Addictus*. 1994; 1: 16-7.
5. Ramos MB. Tratamiento del alcoholismo en México en el siglo XIX. *Revista Mexicana de Salud Mental*. 1999; 22 (Pt 1): 11-6.
6. Braudel F. Bebidas y excitantes. México: Editorial Patria, 1994: 201.
7. Secretaría de Salubridad. Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Adicciones. México: Secretaría de Salubridad, 1993.
8. Ochoa G, Piña E. Alcoholismo: un reto para el médico. *Rev Fac Med UNAM* 1997; 40 (Pt 4): 142-50.
9. Caraveo J. Diferencias por género en el consumo de alcohol en la Ciudad de México. *Salud Pub Méx* 1999; 41 (Pt 3): 177-88.
10. Rubio G. Actualización del concepto de alcoholismo. Coloquio de drogodependencia 1999; 51 (Pt 6). 120-27.
11. Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo Domingo J. Validación de la prueba para la detección de problemas con el alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Rev Clín Esp*. 1998; 198: 11-4.
12. <http://www.diariomedico.com/genetica/n030397.html>
13. <http://www.ssa.gob.mx/actualissate/10/ene00/adic49.html>
14. Imber-Black E., Roberts J. Rituales terapéuticos y ritos en la familia. España: Gedisa, 1988: 265-94.
15. Steinglass P. La familia alcohólica. España: Gedisa, 1989: 120-34.
16. Beavers W.R. Familias exitosas. España: Paidós Terapia Familiar, 1995: 105.
17. Hernández R. Metodología de la investigación. 2ª ed. México: McGrawHill, 1998: 90-9.
18. Haugland B.S. Correlates of family competence in families whit paternal alcohol abuse. *Psychol Rep* 1998; 83 (3 Pt 1): 867-80.
19. Barry KL, Fleming MF. Family cohesion, expressiveness and conflict in alcoholic families. *British Journal Addiction* 1990; 85 (Pt 1): 81-7.
20. Wolin SJ. Bennett LA, Noonan DL. Family rituals and the recurrence of alcoholism over generations. *American Journal Psychiatry* 1979; 136 (Pt 4B): 589-93.

21. Hernández DM. Clasificación en niveles de los diseños de investigación clínico-epidemiológicos. *Rev Inv Clín* 1998; 50: 79-86.
22. Ocampo P, Quiroz JR. Identificación del estado de salud - competencia familiar de los prestadores de servicios médicos del primer nivel de atención de la delegación No. 2 del I.M.S.S. Tesina. México: Instituto de la familia a.c., 1995: 106-67.
23. Hulley SB. *Diseño de la Investigación Clínica: un enfoque epidemiológico*. España: Doyma, 1993: 155-90.
24. Palomar J. Relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en familias con un miembro alcohólico. *Rev Mex Salud Ment* 1999; 22 (Pt 6): 13-21.
25. Fernández, A. *Fundamentos de psiquiatría actual*. Madrid: Paz Montalvo, 1972: 502-03.
26. Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística y Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. *El alcoholismo en México*. México: Fundación de Investigaciones Sociales A.C, 1984: 60.
27. Barriaguete CA. *Lo que el vino se llevó*. México: Diana, 1996: 33.
28. Souza y Machorro, M. *Alcoholismo, conceptos básicos*. México: Manual Moderno, 1989: 17.
29. Fernández, A. *Fundamentos de psiquiatría actual*. Madrid: Paz Montalvo, 1972: 529.
30. Sánchez AJ. *Familia y sociedad*. México: Cuadernos de Joaquín Mortiz, 1991: 14-7.
31. Espejel AE. *Manual para escala de funcionamiento familias*. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala, 1998: 26-8.
32. Estrada IL. *El ciclo vital de la familia*. México: Posada, 1995: 41-113.
33. Garbarino C, Strange C. College adjustment and family environments of students reporting parental alcohol problems. *J College Student Development* 1993; 34: 261-66.
34. Wright D, Heppner P. Examining the well-being of nonclinical college students: Is knowledge of the presence of parental alcoholism useful?. *J Counseling Psychology* 1993; 40 (Pt 3): 324-34.

XII. ANEXOS

ANEXO I

Cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre el consumo de bebidas alcohólicas. Me refiero a bebidas como la sidra, cerveza, la cerveza llamada sin alcohol, vino, licores, coñac, ginebra y otros. Para entendernos, a partir de ahora cuando nos refiramos a una "bebida alcohólica" será la equivalente a : una caña de cerveza, o una copa de vino, o 1 vermut, o una copa de licor de frutas, o 1/2 cubalibre o 1/2 whisky.

1) ¿Con qué frecuencia toma alguna "bebida alcohólica"?

- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) 2 ó 3 veces al mes (3) 2 ó 3 veces por semana (4) 6 ó más veces por semana

2) ¿Cuántas "bebidas alcohólicas" suele tomar durante un día de consumo normal?

- (0) 1 ó 2 (1) 3 ó 4 (2) 5 ó 6 (3) 7 ó 9 (4) 10 ó más

3) ¿Con qué frecuencia toma seis ó más "bebidas alcohólicas" en una sola ocasión?

- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Una vez al mes (3) Una vez a la semana (4) Diariamente o casi

4) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año se ha sentido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?

- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Una vez al mes (3) Una vez a la semana (4) Diariamente o casi

5) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted debido a la bebida?

- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Una vez al mes (3) Una vez a la semana (4) Diariamente o casi

6) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber por la mañana para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Una vez al mes (3) Una vez a la semana (4) Diariamente o casi

7) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Una vez al mes (3) Una vez a la semana (4) Diariamente o casi

8) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que le sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Una vez al mes (3) Una vez a la semana (4) Diariamente o casi

9) ¿Usted u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que usted hubiera bebido?

- (0) No (2) Sí, pero no en el último año (4) Sí, durante el último año

10) ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado su preocupación por su consumo de "bebidas alcohólicas" o le han sugerido que dejen de beber?

- (0) No (2) Sí, pero no en el último año (4) Sí, durante el último año

ANEXO II. INVENTARIO FAMILIAR DE AUTOINFORME (SFI) VERSIÓN II**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**

1. Número: _____
 2. Nombre: _____
 3. Edad: _____
 4. Sexo: _____
 5. Escolaridad: _____
 6. Ocupación: _____
 7. Ingreso económico familiar mensual: _____
 8. Número de habitantes por vivienda: _____
 9. Estado civil: _____

En cada pregunta, marque la respuesta que encaje mejor con cómo ve usted a su familia ahora. Si piensa que su respuesta está entre dos de los números que van acompañados de una descripción (los números impares), entonces elija el número que hay entre ellos.

	Sí: Encaja muy bien con nuestra familia		Un poco: Encaja un poco con nuestra familia	No: No encaja con nuestra familia	
	1	2	3	4	5
1. Los miembros de la familia prestan atención a los sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5
2. Nuestra familia prefiere hacer las cosas juntos en lugar de con otras personas.	1	2	3	4	5
3. Todos damos nuestra opinión cuando se hacen planes en la familia.	1	2	3	4	5
4. Los adultos de esta familia comprenden las decisiones familiares y están de acuerdo con ellas.	1	2	3	4	5
5. Los adultos de esta familia compiten y se pelean entre sí.	1	2	3	4	5
6. Hay cercanía en nuestra familia, pero se deja a cada persona que sea especial y diferente.	1	2	3	4	5
7. Aceptamos a los amigos de los demás.	1	2	3	4	5
8. Hay confusión en nuestra familia porque no hay un líder.	1	2	3	4	5
9. Los miembros de nuestra familia se tocan y se abrazan unos a otros.	1	2	3	4	5
10. Los miembros de la familia se ridiculizan unos a otros.	1	2	3	4	5
11. Decimos lo que pensamos, sea lo que sea.	1	2	3	4	5
12. En nuestro hogar nos sentimos queridos.	1	2	3	4	5
13. Aun cuando nos sentimos cercanos, a nuestra familia le da vergüenza admitirlo.	1	2	3	4	5
14. Discutimos mucho y nunca solucionamos los problemas.	1	2	3	4	5

15.Nuestros momentos más felices son estando en casa.	1	2	3	4	5
16.Los adultos de esta familia son líderes firmes.	1	2	3	4	5
17.El futuro parece bueno para nuestra familia.	1	2	3	4	5
18.En nuestra familia solemos echar la culpa a una persona cuando las cosas no van bien.	1	2	3	4	5
19.Los miembros de nuestra familia van a lo suyo la mayoría de las veces.	1	2	3	4	5
20.Nuestra familia se enorgullece de que haya cercanía entre nosotros.	1	2	3	4	5
21.A nuestra familia se le da bien solucionar los problemas juntos.	1	2	3	4	5
22.Los miembros de nuestra familia expresan con facilidad calidez e interés por los demás.	1	2	3	4	5
23.En nuestra familia podemos pelearnos y gritar sin problemas.	1	2	3	4	5
24.Uno de los adultos de esta familia tiene un hijo que es su preferido	1	2	3	4	5
25.Cuando las cosas van mal nos echamos la culpa unos a otros.	1	2	3	4	5
26.Decimos lo que pensamos y sentimos.	1	2	3	4	5
27.Los miembros de nuestra familia prefieren hacer las cosas con otras personas a hacerlas juntos.	1	2	3	4	5
28.En nuestra familia nos prestamos atención unos a otros y escuchamos lo que se dice.	1	2	3	4	5
29.Procuramos no herir los sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5
30.El estado de ánimo de la familia suele ser triste y deprimido.	1	2	3	4	5
31.Discutimos mucho.	1	2	3	4	5
32.Una persona controla y lidera nuestra familia.	1	2	3	4	5
33.Mi familia es feliz la mayor parte del tiempo.	1	2	3	4	5
34.Cada persona asume la responsabilidad de su propia conducta.	1	2	3	4	5

35. En una escala del 1 al 5, yo valoraría a mi familia como:

1	2	3	4	5
Mi familia funciona muy bien junta.			Mi familia no funciona nada bien junta. Realmente necesitamos ayuda.	

36. En una escala del 1 al 5, yo valoraría la independencia en mi familia como:

1	2	3	4	5
(Nadie es independiente. No hay discusiones abiertas. Los miembros de la familia se apoyan en los demás en busca de satisfacción más que en personas de fuera)	(Independiente a veces. Hay algunos desacuerdos los miembros de la familia buscan la satisfacción tanto dentro como fuera de la familia)		(Los miembros de la familia suelen ir a lo suyo. Hay desacuerdos abiertos. Los miembros de la familia buscan la satisfacción fuera de ella)	

ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HE SIDO INFORMADO ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN QUE SE ESTA REALIZANDO EN EL SEGURO SOCIAL CON EL FIN DE COLABORAR CON LA FORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR, CON REFERENCIA A LA COMPETENCIA FAMILIAR ENTRE LAS FAMILIAS MEXICANAS.

SE ME HA ASEGURADO QUE LA INFORMACIÓN QUE YO PROPORCIONE SERÁ CONFIDENCIAL Y BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SERÁ DADO A CONOCER MI NOMBRE, NI DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL, COMPROMETIENDOME A ASISTIR A LOS SERVICIO QUE SE ME ENVIE.

CUALQUIER DUDA ME SERÁ ACLARADA Y DE NINGUNA MANERA INFLUIRA EN LA ATENCIÓN QUE SE PROPORCIONE EN LA UNIDAD MÉDICA.

EN EL MOMENTO QUE CONSIDERE CONVENIENTE PUEDO DEJAR DE DAR INFORMACIÓN

NOMBRE

FIRMA

FECHA