



# UNIVERSIDAD HUMANISTA HIDALGO

---

---

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

**Licenciatura en Psicología**

**Factores de riesgo familiares y consumo de sustancias tóxicas en usuarios de un Centro de Rehabilitación en Tulancingo, Hidalgo.**

**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EN TÍTULO DE

**Licenciada en Psicología**

**PRESENTA**

**Hortencia Guadalupe Pérez Franco**

**Asesor: Lic. Samuel Nava Alcántara**



**Pachuca, Hidalgo. 2020**



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.

## RECONOCIMIENTOS

La vida se encuentra plagada de retos y uno de ellos es la Universidad. Tras verme dentro de ella, me he dado cuenta de que más allá de ser un reto, es una base no sólo para mi entendimiento del campo en el que me he visto inmersa, para lo que concierne a la vida y a mi futuro.

En primera instancia agradezco a la Universidad Humanista Hidalgo por darme la oportunidad de ser parte de ella, de igual forma a todos los profesores que me apoyaron en cada una de las etapas de mi vida; gracias por las ganas de transmitirme sus conocimientos, dedicación y paciencia. A mi Asesor: Samuel Nava Alcántara, por apoyarme a culminar el desarrollo de mi tesis con éxito y obtener una afable titulación profesional.

Agradezco al Centro de Rehabilitación Tulancingo por permitirme realizar dicha investigación en sus instalaciones.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco infinitamente a la vida, a Dios por darme la oportunidad de estar aquí, por ser el sueño realizado de mis ancestros y tener la fortuna de representarlos.

También a mis papás por estar en cada paso que doy, por su esfuerzo de toda una vida, por haber confiado en mí y apoyarme constantemente, gracias mamá, por tanto, de la única manera que puedo agradecerte es hacerte sentir que todo ha valido la pena. Te amo.

A mis hermanos por ser mis compañeros de vida, los amo con todo mi corazón, gracias por enseñarme el amor incondicional e impulsarme a ser mejor cada día, aportando momentos constructivos a mi vida, por los grandes lotes de felicidad.

A mis abuelitos por estar cuando más frágil fui ante la vida, a mi abuelita en especial por su amor y su apoyo incondicional.

A todos mis familiares tíos, tías, primos, primas, gracias por ser parte del camino y por todo lo que también me han enseñado.

A todas mis amigas que han formado parte de mi vida, por enseñarme el valor de la lealtad, por todas las horas de estudio, de diversión y risas que compartimos. También a la familia Hernández Camargo por todo su apoyo, en especial a ti Rafis, por cada uno de tus consejos de superación que me hicieron cambiar la perspectiva de mi vida. Te quiero.

Agradecida con todos los que me brindaron su apoyo para que esto que en algún momento sólo fue un sueño el día de hoy sea una realidad.

Con ustedes lo obtuve y con ustedes lo comparto. Los Amo.

## ÍNDICE

	Pág.
Resumen .....	8
Capítulo I Introducción .....	10
1.1. Planteamiento del problema .....	11
1.2. Hipótesis .....	15
1.3. Objetivos .....	15
1.4. Importancia del estudio .....	16
1.5. Limitaciones del estudio.....	17
1.6. Definición de términos .....	18
Capitulo II Factores de riesgo familiares y consumo de sustancias tóxicas ....	20
2.1 Familia .....	20
2.1.1 La familia como sistema .....	21
2.1.2. Tipos de familia .....	22
2.3 Drogas .....	24
2.3.1 Tipos de consumo: experimental, social, funcional y disfuncional .	25
2.4 Clasificación jurídica .....	27
2.4.1 Drogas legales.....	27
2.4.1.2 Alcohol .....	28
2.4.1.3 Tabaco.....	30
2.4.2 Drogas ilegales .....	31
2.4.2.1 Depresores .....	31
2.4.2.2 Estimulantes .....	34
2.4.2.3 Alucinógenos .....	36

2.4.2.4 Mixtos.....	38
2.5 Clasificación según su capacidad adictiva .....	39
2.5.1 Drogas duras .....	39
2.5.2 Drogas blandas .....	39
2.6 Adicción .....	40
2.6.1 Etapas de adicción .....	40
2.7 Consumidor.....	43
2.8 Tolerancia .....	44
2.8.1 Tipos de tolerancia .....	44
2.9 Síndrome de abstinencia .....	45
2.10. Superación y recuperación .....	49
2.10.1. Motivación para el cambio .....	49
2.10.2 Abstinencia completa.....	51
2.10.3 Cambios en el estilo de vida .....	52
2.11 Ansia y recaída .....	55
2.11.1 Proceso de recaída.....	56
2.11.2 Síntoma de recaída.....	56
2.12 Factores de riesgo para el consumo.....	58
2.13. Factores de riesgo familiares.....	61
2.14 Las alteraciones por carencia relacional .....	65
2.15 Adicto y familia.....	67
Capítulo III. Metodología .....	70
3.1. Sujetos .....	70
3.2. Instrumentos .....	71
3.3. Procedimiento .....	74
Capítulo IV. Resultados .....	75
4.1. De las pruebas aplicadas.....	75
4.1.1. Datos sociodemográficos.....	75
4.1.2. Sustancias tóxicas .....	79
4.1.3. Factores de riesgo familiares.....	88

4.1.4. Cruce de variables .....	90
Capítulo V. Discusión .....	91
5.1. Conclusiones .....	91
5.2. Sugerencias .....	93
Referencias bibliográficas .....	95
Anexos .....	98

## RESUMEN

El consumo de sustancias tóxicas no es homogéneo a la población mexicana, ya que dependiendo de aspectos como la edad o el sexo del individuo varía la frecuencia y la dependencia al consumir drogas. En los adolescentes ha incrementado el índice de uso, abuso y dependencia de consumo. Se han explorado los factores de riesgo hacia el consumo de sustancias encontrando aspectos relacionados con el individuo y la familia. El propósito fundamental de esta investigación se centra en saber si existen factores de riesgo familiares que influyan para un consumo de sustancias tóxicas en un Centro de Rehabilitación en Tulancingo de Bravo, estado de Hidalgo. Se realizó una investigación no experimental de tipo exploratorio en población cautiva (Hernández, 2010). El objetivo de la investigación es identificar cuáles son los factores de riesgo familiares en relación con el consumo de sustancias tóxicas. El método de la población para realizar esta investigación fueron usuarios del mismo Centro de Rehabilitación, los cuales fueron 43 hombres y 7 mujeres. Los instrumentos que se utilizaron fueron dos pruebas estandarizadas y validadas. Los resultados obtenidos de la aplicación se encontraron factores de riesgo familiares que inducen a una posible drogadicción encontrando principalmente familias caóticas y rígidas. También que existe un fuerte consumo de tabaco determinando que es una sustancia con la cual se puede iniciar un consumo de otras sustancias tóxicas, y contrario a lo esperado el consumo de alcohol no siguió este patrón. En el caso del

tabaco a pesar de ser una sustancia que sirve de entrada a otras más fuertes su consumo no disminuye.

De igual manera las gráficas indican que la droga de mayor consumo usada por población evaluada es de metanfetamina. Conclusión: la información obtenida de esta investigación, sugiere instrumentar acciones preventivas, a reforzar y mejorar la percepción de riesgo que se tiene respecto a consumir sustancias tóxicas.

## **CAPÍTULO 1**

### **INTRODUCCIÓN**

El contexto familiar y social ha cambiado de diferentes formas, algunas de manera benéfica y otras destructivas como lo es el tema de las adicciones, ya que con frecuencia van incrementando de una manera preocupante y que actualmente cualquier persona puede tener acceso a una sustancia tóxica, al igual que quienes ya son consumidores se han ingeniado para pasar por desapercibida la forma del consumo e inclusive inventar nuevas formas para hacer uso de estas mismas sustancias. Cada día es más la gente que consume sin tener conciencia de las consecuencias o secuelas que éstas mismas podrían dejar en un futuro no muy lejano.

Pero también cabe señalar que existen factores de riesgo familiares, los cuales han orillado a un posible consumo. En el sustento teórico para esta investigación se revisó cómo pueden repercutir en quienes están expuestos a un consumo, para eso en esta investigación se hablará sobre los factores de riesgo familiares y cómo es que influyen para un posible consumo.

Durante la elaboración de este estudio se determinaron no sólo los factores familiares, sino también los tipos de drogas que existen con sus categorías, sus efectos, síntomas de ansiedad, etcétera. Se hacen sugerencias para la

superación y motivación que posibiliten dejar el consumo de adicciones, así creando un pensamiento amplio para una mejor calidad de vida.

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

México es un país afectado por la problemática del consumo de drogas. Los cambios económicos, políticos y sociales ocurridos en los últimos años, en el país, la realidad frente a las drogas es que se ha pasado de ser un país productor y traficante a ser un país consumidor, con tendencia al aumento en el consumo.

Uno de cada diez jóvenes mexicanos (9.7%) de entre 12 y 29 años admitió haber probado drogas ilegales por lo menos una vez, más de la mitad (59.5 %) dijo haber consumido alcohol por lo menos una vez y tres de cada 10 (31.2 %) dijo que fuma tabaco, de acuerdo con la Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de Violencia y la Delincuencia. (LA POLICIACA , 2014)

Las drogas ilícitas de mayor consumo entre los pacientes de primer ingreso a tratamiento en el estado de Hidalgo son: marihuana (91.5%), cocaína (41.8%) y crack (29.1%) Las drogas que se encuentra por arriba de la media nacional son: marihuana 91.5% nacional (86.2%), cocaína 41.8% (nacional: 40.4%), crack 29.1% (nacional: 21.5%) y alucinógenos 24.1% nacional (12.4%). El alcohol y tabaco registraron usos de 95.7% (nacional: 87.7%) y 91.5% (nacional 85.4%) respectivamente. El uso de la marihuana es similar al consumo del tabaco. La razón de consumo 2017, incluyendo alcohol y tabaco fue de 4.9 hombres por una mujer. Los Grupos de edad de inicio del consumo de drogas ilícitas en Hidalgo fueron: 10 a 14 años (11.3%), 15 a 19 años (44.7%), 20 a 24 años (15.6%) y 25 a 29 (14.9%). (Cento de Integracion Juvenil A.C., 2018).

Posteriormente el crecimiento, desarrollo y constitución de una persona dentro de un núcleo familiar resulta uno de los fenómenos más complejos de la vida. Cada factor del ambiente familiar (como la relación entre los padres, la pareja y con los hijos, creencias, estilos y formas de educación, conflictos, ambiente) puede interactuar de múltiples maneras, lo cual resulta en un estilo particular de interpretar la realidad, definir quiénes somos y cómo nos relacionamos con los demás. Se enfatiza en este estudio la relación entre la familia (vínculo entre los miembros, estilo de crianza, formación, política educativa, valores transmitidos) y el consumo de sustancias como foco de principal interés.

Pons y Buelga , citado en Garcia, (2011) Asegura que la influencia de la familia se describe como uno de los principales factores de riesgo que con más insistencia se plantea en investigaciones sobre adicciones, la existencia de problemas de relación con la familia y sus consecuencias del clima familiar y en diversas variables individuales de los hijos, se ha señalado ya desde las primeras aproximaciones, como unos de los principales desencadenantes del aumento de la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas.

Algunos estudios Coombs y Landsverk, (1988); Jurich, Polson y Bates, (1985); Melby, Conger y Lorenz, (1993); Volk, Edwards, Lewis y Sprinkle, (1989), citado en Garcia, (2011) han logrado establecer la relación entre factores familiares y el abuso de drogas. Destacan factores vinculados a la unión familiar (aislamiento del adolescente de la familia, falta de relaciones estrechas con sus padres, necesidad no satisfecha de reconocimiento, confianza y amor, rechazo de los padres, vínculos de dependencia, padre no implicado en la familia); conflicto (matrimonial, irresponsabilidad, hogar infeliz, esposa infeliz, discordia familiar, hijos implicados en conflicto matrimonial, alto grado de estrés, trauma); divorcio y ruptura familiar (hogar roto, padres ausentes, hogar de un solo progenitor); disciplina (autocrática, falta de reglas

claras o límites, excesivo uso del castigo); moralidad hipócrita (doble ética, negación de los problemas personales de los padres); vacío de comunicación (falta de habilidades de comunicación del adolescente, poca comunicación de los padres con el adolescente).

Funes (citado en Garcia, 2011) describe un equilibrio positivo de afecto por parte de los padres en las diferentes etapas del proceso de madurez, una percepción afectiva globalmente positiva de los progenitores, un equilibrio entre imposiciones y gratificaciones y, por tanto, un aprendizaje de la tolerancia a la frustración son factores fundamentales en la salud psíquica del niño y el desarrollo del adolescente.

La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior, (Minuchín, (1986), Andolfi, (1993); Musitu et al., (1994), Rodrigo y Palacios, (1998). Citado en Espinal, Gimeno, & Gonzales , (2003). A partir del enfoque sistémico los estudios de familia se basan, no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, como características estables temporal y situacionalmente, sino más bien en el conocimiento de la familia, como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones.

Esta definición de familia supone un gran avance para el estudio de la organización familiar, y de ella extraemos las características del sistema, conjunto, estructura, personas, interacción y otras atribuibles a los sistemas sociales abierto, propositivo, complejo, además de las características específicas del sistema familiar intergeneracional, larga duración, facilitador del desarrollo personal y social de sus miembros.

A partir del enfoque sistémico los estudios de familia se basan, no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, como características estables temporal y situacionalmente, sino más bien en el conocimiento de la familia, como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones. Esta definición de familia supone un gran avance para el estudio de la organización familiar, y de ella extraemos las características del sistema conjunto, estructura, personas, interacción, además de las características específicas del sistema familiar intergeneracional, larga duración, facilitador del de sus miembros. Espinal, Gimeno, & Gonzales , ( 2003).

Después de revisar los datos anteriores se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son los factores de riesgo identificables en la familia del adicto en relación con el consumo de sustancias tóxicas en usuarios de un Centro de Rehabilitación en Tulancingo?

## **1.2 HIPÓTESIS**

Cuáles son los factores de cohesión y adaptabilidad identificables en la familia del adicto en relación con el consumo de sustancias tóxicas en usuarios del Centro de Rehabilitación Tulancingo

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar cuáles son los factores de riesgo familiares en relación con el consumo de sustancias tóxicas.

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Clasificar el tipo de drogas que existen y su función de cada una de ellas.
2. Categorizar cuáles son los factores de riesgo familiares que inducen a una posible drogadicción.
3. Relacionar los factores de riesgo familiares en el consumo de sustancias tóxicas.

#### **1.4 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO**

En esta investigación se analizará sobre el tipo de drogas existen y la función que ejercen, también se categoriza cuáles podrían ser los factores de riesgo familiares que inducen a un consumo en los usuarios del Centro de Rehabilitación en Tulancingo Hgo.

La importancia de este estudio es que se podrá identificar si el contexto familiar es un detonante para el inicio de un consumo de sustancias toxicológicas y si la hipótesis de esta investigación se comprueba a favor, el siguiente paso es orientar a los usuarios y familiares para generar un cambio favorable en el ambiente familiar funcional y por consiguiente el consumo tenga un menor impacto al que se está teniendo.

Se utiliza el enfoque sistémico para esta investigación, el cual es una rama de la Psicología que está especializada en el tema de investigación, es una gran herramienta ya que tiene investigaciones acerca de la familia y su contexto, con ayuda de algunos autores se podrá estudiar este tema.

Esta investigación podrá favorecer al contexto familiar, será de suma utilidad que esta investigación resulte una herramienta para que los padres puedan identificar si manifiestan conductas que puedan estar haciendo para que la relación con sus hijos no sea funcional y así posteriormente sean identificadas y se modifiquen haciendo que la relación sea estructurada y obtener un resultado positivo.

### **1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Una limitación que se presentó durante la aplicación de las pruebas para la familia (FACES III), fue porque el tiempo en que ellos ingresan a las instalaciones es muy poco, por lo cual realizaron en 2 sesiones las aplicaciones.

## 1.6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Adicto en recuperación: Es la persona que ha dejado de utilizar sustancias psicoactivas y está en un proceso de reinserción social (NOM- 028-SSA2-1999).

Droga: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (INFODROGAS, 2019)

Establecimientos especializados en adicciones: Son los establecimientos de carácter público, privado o social, fijos o móviles, cualquiera que sea su denominación, que proporcionan servicios para la atención específica de personas con consumo perjudicial o adicción a sustancias psicoactivas, y que, en cualquier caso, operan bajo un modelo de atención profesional, de ayuda mutua o mixto (NOM- 028-SSA2-1999).

Grupo de ayuda mutua: Es la agrupación que ofrece servicios, integrada por adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia de sustancias psicoactivas (NOM- 028-SSA2-1999).

Labilidad afectiva: inestabilidad de ánimo. Tendencia al cambio frecuente (brusco, breve e intenso) del humor, a menudo ocasionado por estímulos externos o internos de escasa intensidad o importancia (CIE-10,1992).

Prevención: Es el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales (NOM- 028-SSA2-1999).

Recuperación: es el estado de abstinencia que conlleva un mejoramiento en todas las áreas de la vida del sujeto (NOM- 028-SSA2-1999).

Sobredosis: Consumo de cualquier droga o medicamento en una cantidad que provoca efectos adversos agudos físicos o mentales. La sobredosis intencionada es una forma habitual de suicidio o tentativa de suicidio. En cifras absolutas, son más frecuentes las sobredosis de drogas legales que las de drogas ilegales. La sobredosis puede producir efectos pasajeros o prolongados e incluso la muerte; la dosis mortal de una sustancia concreta varía en cada persona y según las circunstancias (Glosario de términos de alcohol y drogas, 1994).

## CAPÍTULO 2

### FACTORES DE RIESGO FAMILIARES Y CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS

A continuación, se aborda el sustento teórico de esta investigación. La perspectiva teórica que se utiliza para este estudio es el enfoque sistémico ya que el enfoque del trabajo involucra las relaciones del evaluado con el sistema de interacción familiar.

#### **2.1. FAMILIA**

La Organización de las Naciones Unidas (ONU,1987) citada en Hernandez, (2017) señaló en el Art.131: La familia debe ser definida como nuclear. Comprende las personas que forman un hogar privado tales como los esposos o un padre o una madre con un hijo no casado o en adopción. Puede estar formado por una pareja casada o no casada con uno o más hijos no casados o también estar formada por uno de los padres con un hijo no casado.

Hernández, (1998) citado en Ludizaca, ( 2013, p.11). Menciona que la familia es un sistema natural y evolutivo que se caracteriza por ser un conjunto de personas que interactúan en la vida cotidiana para preservar su supervivencia.

Desde el punto de vista cultural, la familia está conformada por valores sociales, tradicionales, religiosos, la forma de relacionarse e interactuar en la sociedad, a la vez esta transmite costumbres a sus hijos tales como: forma de vestir, lenguaje, rituales, matrimonio, nacimientos, entierros y rutinas.

Sin embargo, cada núcleo familiar interpreta esta opinión proveniente del gran sistema social, lo modifica y lo concreta según su propia experiencia, en patrones de relación, rituales y celebraciones que determinan su identidad como familia. La unión familiar estructural proporciona a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona. (Hernández,1989) citado en (Ludizaca, 2013, p.11).

### **2.1.1 LA FAMILIA COMO SISTEMA**

En el año de 1937, Ludwig Von Bertalanffy propone explicar el funcionamiento de los sistemas vivos adoptando los principios de la Teoría de los Sistemas (1920) derivada de ciencias como la física y la mecánica, asumiendo que la familia es un grupo social que comunica e intercambia información entre sus integrantes y con el entorno y que, además, desarrolla algunos mecanismos para conseguir que sus integrantes se mantengan unidos. Un sistema intercambia información en forma jerarquizada, es decir, se trata de una interacción ordenada y organizada conforme a ciertas pautas que hacen que se trate de un intercambio jerarquizado, de allí que sea posible identificar subsistemas dentro de un mismo grupo familiar, al igual que un supra sistema, en este caso, la pareja. Los subsistemas identificados pueden corresponder a subsistemas internos en la familia o bien, a subsistemas que se cifran en la relación que uno de sus integrantes mantiene con alguien en su entorno.

Los principios básicos de la Teoría de Sistemas, a partir de los que se analiza la dinámica relacional familiar, son: Totalidad, Equilibrio,

Equifinalidad y Retroalimentación. Considerar el sistema como una totalidad supone analizar los procesos de interacción entre los integrantes de la familia o del sistema viviente del que se trate, teniendo en cuenta que se trata de procesos dinámicos, esto equivale a señalar que la problemática familiar se revela en la interacción y no en el aislamiento de las características o propiedades de uno de sus integrantes. Quintero (1997) citado en Pontificia Universidad Javeriana, (2020).

### **2.1.2. TIPOS DE FAMILIA**

El libro de Técnicas de Terapia Familiar de Salvador Minuchin y H. Charles Fishman, citado en Ludizaca, ( 2013, p.23). Presenta diez tipos de familia con base a su composición y relación que se presentarán a continuación:

1. Familias de Pas de deux: Está compuesta por madre e hijo en la que existe mutua dependencia, resentimiento recíproco, nido vacío, no existe un tercer miembro lo que implica que no hay rompimiento de complejo de Edipo y en consecuencia no hay identificación con el otro sexo, se pueden mostrar tendencias homosexuales, no pueden estar el uno sin el otro.
2. Familias de tres generaciones: Familia extensa con varias generaciones que viven en íntima relación, es la configuración familiar más típica en el mundo conformado por abuelos, padres e hijos.
3. Familias con soporte: Este tipo de familia se caracteriza por la existencia de muchos hijos y uno de ellos (el mayor) recibe responsabilidades parentales tomando funciones de crianza de los demás niños como representantes de los padres.

4. Familias acordeón: Uno de los progenitores permanece alejado por tiempo prolongado, por ejemplo: familias de militares o de migrantes. Las funciones parentales se concentran en una sola persona al igual que las jerarquías.
5. Familias cambiantes: Se trata de aquellas familias que cambian de domicilio y de trabajo constantemente, por ejemplo: el progenitor soltero que cambia de pareja una y otra vez o también de gerentes que son transferidos a otros lugares de trabajo.
6. Familias huéspedes: Son familias temporarias, es decir que acogen por un determinado tiempo a otra persona como por ejemplo a un niño y luego es regresado a su familia de origen o mudarse a un nuevo hogar huésped.
7. Familias con padrastro o madrastra: Cuando una persona con hijos se casa de nuevo, es decir que un padre o madre adoptivo(a) se agrega a la unidad familiar teniendo que pasar por un proceso de integración que puede ser más o menos logrado, suele suceder que los hijos guarden lealtad a la madre o padre natural según sea el caso.
8. Familias con un fantasma: Familias que han sufrido muerte o separación de algún miembro presentando problemas para reasignar las tareas del miembro que falta. En el caso de que se apropiara de las funciones del integrante ausente se consideraría como un acto de deslealtad a su memoria.

9. Familias descontroladas: Estas familias se caracterizan por la presencia de un miembro que muestra síntomas, no acepta funciones, jerarquías ni normas y varía de acuerdo con el estadio de desarrollo que se encuentran los miembros de la familia.
  
10. Familias psicósomáticas: La estructura de este tipo de familia incluye una excesiva insistencia en los cuidados tiernos debido a que presentan un problema psicósomático de alguno de los integrantes de la familia. Se destaca por las relaciones de lealtad y de protección.

### **2.3. DROGAS**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

También menciona la OMS, que las sustancias psicoactivas, conocidas más comúnmente como drogas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo. (OMS citada en INFODROGAS, 2019)

Cualquier droga legal o ilegal, proporciona una recompensa; a su vez, representa un riesgo y su abuso puede causar adicción, por supuesto, la decisión de usar drogas depende de cada persona, quien debe valorar la relación recompensa / riesgo donde las recompensas cubren una gama de efectos como: cura de una enfermedad, disminución de dolor físico o emocional, intoxicación,

relajación. Algunas drogas conocidas como psicodélicas permiten, además, el incremento y la expansión en las sensaciones emocionales y de introspección del individuo. De esta forma provocando riesgos variados como son: daño físico, disrupción psicodélica (alteración de la percepción), dependencia a las drogas (adicción) y violación de la ley.

En 1982, la OMS intentó delimitar cuáles eran las sustancias que producían dependencia y declaró como droga “aquella con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia, y el comportamiento) susceptible de ser auto-administrada”. También menciona que la drogodependencia es el producto de la interacción de tres elementos: la persona, la droga y el medio ambiente o momento sociocultural. Citado en (Tavera, 2012)

La satisfacción que podría dar esta clase de actividades la tiene al alcance de la mano con un pinchazo de heroína o con un cigarro de marihuana. En esta etapa, el adicto tiene modificaciones de aspecto psicológico y físico. Se observa en los adictos el deseo intenso de drogarse cuando entran en contacto con alguno de los elementos asociados al consumo (ambientes, objetos o personas) que de algún modo están asociados al consumo (Pimenta ,2009; Rossi, 2008 citados en Tapia, 2016)

### **2.3.1. TIPOS DE CONSUMO EXPERIMENTAL, SOCIAL, FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL**

Actualmente, se habla de tres tipos de usos de drogas:

1. Ocasional, experimental, uso social controlado.
2. Abuso de drogas, perjudicial.
3. Adicción o dependencia a las drogas.

De acuerdo con la frecuencia del consumo y al grado de dependencia psicológica o física, el consumo se clasifica como: experimental, social, funcional y disfuncional. Consumo experimental: Las personas con este tipo de consumo no se consideran propiamente adictos, pues el consumo es motivado por la curiosidad. En este grupo se encuentran aquellas personas que por primera vez utilizan la droga, por ser una experiencia novedosa; esta conducta es vista comúnmente en la adolescencia. Citado en Tapia, (2016).

- Consumo social: Se da cuando las personas utilizan sustancias tóxicas, específicamente en situaciones pasajeras, o sólo en situaciones sociales; o bien, las drogas se ingieren ocasionalmente para conciliar el sueño o para aliviar estados depresivos; sin embargo, a partir de estas situaciones pasajeras de consumo puede establecerse una dependencia. (Tapia, 2016).
- Consumo funcional: Este tipo de consumo se manifiesta cuando las personas hacen uso de drogas para realizar sus actividades cotidianas, pero que aún siguen funcionando social y productivamente; sin embargo, se ha establecido una dependencia tal que no pueden realizar sus actividades sin dejar de consumir la droga. (Tapia, 2016).
- Consumo disfuncional: Se observa cuando las personas constantemente necesitan consumir la droga y han dejado de funcionar social y productivamente; su vida gira en torno a las drogas y todas sus actividades están dedicadas a su obtención y consumo, ya que no pueden prescindir de ellas en ningún momento. (Tapia, 2016).

Existen diferentes criterios para clasificarlas. Se les puede agrupar según los efectos que producen en el Sistema Nervioso, procedencia, la intensidad de la adicción que provocan, el tipo de dependencia, según la potencialidad farmacológica, su pertinencia en la sociedad legalmente, y muchas otras variantes.

El uso y abuso de las drogas representa un problema de salud pública muy grave, capaz de producir importantes alteraciones de la salud y problemas sociales, a continuación, ampliaremos la explicación para cada criterio de clasificación. (Tapia, 2016)

#### **2.4. CLASIFICACIÓN JURÍDICA**

De acuerdo con esta característica, las drogas se clasifican en legales o ilegales. Cabe resaltar que a veces es difícil entender la claridad de esta clasificación, ya que el tabaco se clasifica como droga legal y los disolventes no, a pesar de que en ambos casos su venta y posesión está permitida, siempre y cuando se trate de personas mayores de 18 años. Esta clasificación corresponde a cada nación, y sólo el tabaco y el alcohol son las sustancias adictivas que se han legalizado en todo el mundo; mientras que para el resto de las sustancias existen diferencias.

En general, el declarar ilegal el consumo de una sustancia tiene como propósito evitar el acceso del público a compuestos que se consideran peligrosos (Tapia, 2016).

### 2.4.1. DROGAS LEGALES

Son aquellas cuya venta ha sido aprobada mediante recetas o directamente en el mostrador. El alcohol, que puede consumirse legalmente en las bebidas excepto por los menores de cierta edad, es una droga. La fabricación y el expendio de estas drogas están reglamentados por leyes y normas de los gobiernos federales (Malpica, 2011; Montoya et al., 2009). Citado en (Tapia, 2016).

Dentro de las drogas legales se encuentran: alcohol, tabaco, psicofármacos, estimulantes menores y otras sustancias (heroína, metadona), psicotrópicos bajo prescripción médica, ciertos disolventes de uso doméstico o industrial. Citado en (Tapia, 2016).

A continuación, se presentan unas tablas donde se podrán apreciar las drogas legales.<sup>1</sup>

#### 2.4.1.2. ALCOHOL

CLASIFICACIÓN	Legal Sedante hipnótico
EFFECTOS SNC	Es un depresor del Sistema Nervioso Central (SNC). Inicialmente y en poca cantidad es estimulante; sin embargo, su efecto es mayormente depresor al aumentar la cantidad de alcohol en sangre.
TIPO DE DEPENDENCIA	Física y Psicológica

<sup>1</sup> Las siguientes tablas se elaboraron con ayuda del manual de Adicciones en el adolescente.

TIEMPO DE INICIO DE SINTOMATOLOGÍA	Es inmediata, de acuerdo con la cantidad de alcohol que es absorbida y se encuentra en la sangre.
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	<p>Hay una progresión de cambios psicológicos y fisiológicos correspondientes al incremento de los niveles de alcohol en sangre. Cambios en la personalidad, alivio de la ansiedad, lubricante social (más parlanchín, enérgico), desinhibición, alteración del juicio, alteración de la cognición, la alteración de la función motora.</p> <p>Ataxia (trastornos del habla), mayor deficiencia motora, Dosis letal para el 50% de las personas.</p>
COMPLICACIONES	Se pueden presentar:, trastornos gastrointestinales, síndromes alcohólicos fetales, cáncer, demencia de Korsakoff , entre otros.
TOLERANCIA	<p>En fases de alto consumo aparece la intolerancia (pequeñas cantidades de alcohol p reducen grandes intoxicaciones).</p> <p>El uso continuo de bebidas alcohólicas produce un aumento progresivo de la tolerancia en el organismo. Tiene una tolerancia cruzada con la mayor parte de depresores del SNC.</p>

INTOXICACIÓN	Si es aguda, puede llegar a producir coma y muerte. Si es atípica, puede presentar de forma combinada, la agitación psicomotriz y un cuadro de delirio o alucinaciones.
SÍNDROME DE ABSTINENCIA	<p>En casos graves, se presenta el <i>delirio tremens</i>, aparición posterior a las 72 horas de la última ingesta.</p> <p>Puede presentar agitación, trastornos de memoria, sudoración, temblores, insomnio, ansiedad, alucinaciones visuales.</p> <p>Si es grave debe tratarse con rapidez por el manifiesto peligro de deshidratación y trastorno del equilibrio electrolítico, incluso pueden producir la muerte.</p>

#### 2.4.1.3. TABACO

Con mayor frecuencia es una droga de impacto ya que quienes consumen drogas ilegales, iniciaron consumiendo tabaco.

CLASIFICACIÓN	Legal
EFFECTOS SNC	Estimulante
TIPO DE DEPENDENCIA	Física y psicológica
TIEMPO DE INICIO DE SINTOMATOLOGÍA	La nicotina cuando es fumada e inhalada es absorbida rápidamente a los pulmones en partículas suspendidas de alquitrán. La nicotina llega hasta el cerebro por medio de la sangre.
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	La nicotina tiene un número de efectos fisiológicos, atribuido principalmente en el Sistema Nervioso Autónomo. En los seres humanos: fumar tabaco aumenta la frecuencia cardíaca y la presión arterial.
COMPLICACIONES	Proporciona cantidades significativas de agentes carcinógenos que se han vinculado con los efectos tóxicos del hábito de fumar. Por ello, se asocia a tres grandes tipos de enfermedades: los cánceres (boca, lengua, laringe, esófago, estómago, pulmones, vejiga), cardiovasculares (hipertensión), respiratorias, por el daño del humo a los diferentes órganos .
TOLERANCIA	Cuando el fumador regula el consumo de manera que siempre mantiene el mismo nivel habitual de droga, estos niveles, si varían, lo hacen de forma lenta.
INTOXICACIÓN	Malestar corporal, vómito.
SÍNDROME DE ABSTINENCIA	Producido por la dependencia de la nicotina. Síntomas: ansiedad, irritabilidad, cefaleas, apatía, insomnio, dificultad de concentración, trastornos gastrointestinales.

#### 2.4.2. DROGAS ILEGALES

Las drogas ilegales son aquellas cuya fabricación, venta, compra con fines de venta o posesión están prohibidas por las leyes. Dichas drogas se fabrican en

laboratorios ilegales clandestinos y se accede a través del mercado negro a ellas CIJ, (2009, 2007). Citado en Tapia, (2016).

Clasificación según sus efectos: El Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA). Citado en Tapia, (2016). Es el principal organismo internacional encargado de promover el estudio de las drogas de abuso, recomienda una clasificación farmacológica de las drogas; ésta tiene como base cuatro grandes grupos de acuerdo con sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC): depresores, estimulantes, alucinógenos y mixtos.

#### **2.4.2.1. DEPRESORES**

Estas sustancias inhiben el funcionamiento del SNC, enlenteciendo la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales. Entre los efectos que producen hay estimulación inicial seguida de una depresión de mayor duración, desinhibición social, relajación, falta de coordinación motora, lenguaje desarticulado, deterioro del equilibrio, sedación, somnolencia, sueño, adicción, analgesia e incluso coma.

Ejemplos de estas sustancias son: el alcohol, los diversos tipos de opiáceos (heroína, morfina, metadona), ciertos psicofármacos como los tranquilizantes o sedantes, los hipnóticos, algunos anestésicos, el éxtasis líquido o GHB y los inhalantes. (Tapia, 2016).

A continuación, se presentan unas tablas donde se podrán apreciar las drogas ilegales

<b>BARBITÚRICOS</b>
---------------------

Vía de administración	Oral, inyectable o rectal.
Tolerancia	Existe tolerancia cruzada entre estos y el alcohol. Aparece con rapidez.
Efectos a largo plazo	Cambios de comportamiento, labilidad afectiva, ansiedad.
Intoxicación	Aguda: Se presenta muchas veces como un intento de suicidio. Los síntomas son parecidos a los de una depresión del SNC. Puede llegar incluso a producir la muerte, disminución del nivel de conciencia.
Nombre de uso popular	Caramelo.

**INHALANTES**

Vía de administración	Inhalada, aspirada.
Efectos a largo plazo	Son más o menos graves en función de la sustancia inhalada. Afecta gravemente al SNC y ello provoca reacciones convulsivas y trastornos psicológicos de tipo psicótico.
Intoxicación	Se distinguen por su similitud con los cuadros alcohólicos.
Síndrome de abstinencia	Los consumidores habituales pueden presentar efectos inespecíficos, vómito, contracciones musculares, comportamientos extravagantes.

<b>OPIÁCEOS</b>
-----------------

Vía de administración	oral, inhalada, rectal e inyectada, esnifada.
Tolerancia	Presencia rápida. Depende de la pureza y la cantidad en las dosis.
Efectos a largo plazo	Adelgazamiento, impotencia sexual, esterilidad, anorexia, estado de confusión.
Intoxicación	Se presenta un estado de coma, confusión, convulsiones.
Síndrome de abstinencia	Variable según la dosis, la forma de administración y la utilización conjunta con otras drogas
Nombres de uso popular	Caballo, jaco.

#### 2.4.2.2. ESTIMULANTES

También llamados psicoanalépticos, producen activación general del Sistema Nervioso Central (SNC) e incrementan las funciones corporales, aumenta el estado de alerta, mejoría del estado de ánimo, falta de sueño, aumento de energía, disminución del apetito y adicción.

Se establece una distinción entre estimulantes mayores, tales como la cocaína en su presentación de sal (clorhidrato de cocaína o simplemente cocaína en polvo), como en su presentación de base libre

(crack), también se consideran las anfetaminas y las metanfetaminas, mejor conocida como éxtasis (clasificado como mixto) y menores como la nicotina. Citado en (Tapia, 2016).

<b>METANFETAMINAS (CRISTAL)</b>
---------------------------------

Vía de administración	Vía oral, también puede ser inyectada por lo que los efectos son mucho mayores.
Tolerancia	Aparece si se mantiene una ingesta continuada de seis semanas a tres meses.
Efectos a largo plazo	Adelgazamiento, irritabilidad, cambios de carácter, estallidos violentos, conductas agresivas, trastornos delirantes.
Intoxicación	Presentan irritabilidad, hipertensión, sudoración. En casos graves puede producirse la pérdida de la conciencia y muerte
Síndrome de abstinencia	Depresión, somnolencia y trastornos del sueño, apatía, dolores musculares e intranquilidad. Se puede presentar crisis emocionales con riesgo de suicidio.
Nombres de uso popular	Anfetas, éxtasis, cri- cri, hielo.

<b>COCAÍNA</b>	
Vía de administración	Inhalada–esnifada. Inhalada–fumada. Inyectada–intravenosa.
Efectos a largo plazo	Si se administra inhalada–esnifada, es frecuente en grandes consumidores, Atrofia o perforación del tabique nasal.
Efectos a largo plazo	Trastornos mentales.
Intoxicación	En ocasiones se presentan cuadros delirantes, sudoración, taquicardia, arritmias, convulsiones, palpitaciones.
Síndrome de abstinencia	Este síndrome se manifiesta tanto a nivel psíquico (depresión, irritabilidad, trastornos del sueño, inquietud), como a nivel físico (taquicardia, trastornos de la coordinación, vértigos).
Nombres de uso popular	Coca, nieve, pasta, perica y crac.

#### **2.4.2.3. ALUCINÓGENOS**

Los Alucinógenos o perturbadores, es el grupo más extenso ya que existen numerosos compuestos naturales que son capaces de producir falsas percepciones sensoriales.

Producen un estado de conciencia alterado, distorsión de la percepción del tiempo y del espacio, cambios bruscos en el estado de ánimo, efectos variables en función del entorno en el que se consume la droga, mezcla de percepciones sensoriales (oír colores, y evocar imágenes sensoriales sin entrada sensorial); presentación esporádica de episodios en los que se reviven los efectos que se tuvieron por la droga, sin que ésta se encuentre presente en el organismo. Citado en (Tapia, 2016).

### ALUCINÓGENOS

Vía de administración	Oral.
Tolerancia	Se presenta rápidamente.
Efectos a largo plazo	Pueden producir trastornos mentales graves. En algunas situaciones pueden ser crónicas o radicalizar otras manifestaciones de carácter mental, incluso psicosis.
Intoxicación	Aunque por sí mismas no se las puede considerar mortales, producen efectos alucinógenos y alteraciones mentales que pueden acarrear accidentes o conllevar a suicidios. Presenta: midriasis, agresividad, alteraciones visuales y psicomotrices, pánico, ansiedad, depresión.
Síndrome de abstinencia	No presenta trastornos específicos.

Nombres de uso popular	Ácidos, bichos, estrellas.
------------------------	----------------------------

#### 2.4.2.4. MIXTOS

Son sustancias que provocan una combinación en su acción en el Sistema Nervioso Central (SNC), en mayor o menor intensidad, como éxtasis y cannabis clasificados como mixtos. Citado en (Tapia, 2016).

#### CANNABIS

Vía de administración	Preferentemente fumada.
Efectos SNC	Es un depresor del SNC. Estimulante al inicio y depresora al aumentar la cantidad y el tiempo de exposición.
Tiempo de inicio de sintomatología	En minutos, cuando la sustancia llega al cerebro.
Manifestaciones clínicas	Euforia caracterizada por sentimientos iniciales de "felicidad" facilidad de palabra repentina, estado de sueño, o activación general e hiperactividad. Aumento de la sensibilidad al sonido y una mayor apreciación del ritmo y el tiempo. La percepción del tiempo a menudo es más lenta. La percepción del espacio puede ampliarse y los objetos cercanos pueden aparecer distantes. Hay algunos efectos de alucinaciones visuales.
Complicaciones	Los efectos de intoxicación por uso de dosis altas y de forma crónica, incluyen los peligros de usar un automóvil o volar un avión mientras se está intoxicado, riesgos de salud para problemas cardíacos en aquellos con predisposición, reacciones de ansiedad y pánico, síntomas de la

	esquizofrenia en los individuos que son vulnerables a desarrollarla. Hay una hipótesis que dice que el humo de la marihuana tiene la misma toxicidad potencial que el humo de los cigarrillos con respecto a la función del pulmón.
Intoxicación	En altas dosis puede presentar deshidratación, taquicardia, ansiedad, depresión pasiva.
Síndrome de abstinencia	Síntomas de ansiedad, irritabilidad, sueño, que pueden durar desde pocas horas a cuatro o cinco días después de la supresión.
Nombres de uso popular	Chocolate, porro, canuto, mierda, petardo, hachís, grifa, marihuana, costo, goma.

## 2.5. CLASIFICACIÓN SEGÚN SU CAPACIDAD ADICTIVA

Las distintas drogas generan diferente nivel de dependencia física, algunas de muy poca relevancia y otras de tal impacto biológico que no se les puede dejar sin una cuidadosa compensación orgánica. En su origen, esta clasificación sirve para distinguir las drogas altamente adictivas que representan serios daños a la salud. (Tapia, 2016).

### 2.5.1. DROGAS DURAS

Son aquellas que originan dependencia física, ocasionan dependencia más rápidamente y tienen mayor toxicidad. Todas las drogas duras se caracterizan por un síndrome de abstinencia extremadamente violento y un alto grado de tolerancia. Ejemplos de drogas duras: Cocaína, opioides, alcohol, anfetaminas. (Tapia, 2016).

### 2.5.2. DROGAS BLANDAS

Son aquellas que ocasionan sólo dependencia psíquica, su dependencia es menos rápida y proporcionan menos toxicidad y, por lo tanto, el consumidor puede dejar de tomarlas sin tener que sufrir graves

trastornos corporales. Ejemplos de drogas blandas: Derivados de cannabis (marihuana). Citado en (Tapia, 2016).

## **2.6. ADICCIÓN**

De acuerdo con la OMS en 1964 citado en (Hernandez, 2017) definió la adicción como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son:

1. Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio. Tendencia a incrementar la dosis.
2. Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga.
3. Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

La adicción es la actividad compulsiva y la implicación excesiva en una actividad específica. La actividad puede ser el juego o puede referirse al uso de casi cualquier sustancia como una droga. Las adicciones pueden causar dependencia psicológica, o dependencia psicológica y física. (Iraola, citado en Hernandez, 2017)

La mente aprende a realizar una acción, la que sea, que estimule una sensación de felicidad y agrado en actividad, y a querer más, de igual manera se completa cuando tenemos carencias afectivas y vacías emocionales que se satisfacen con la sensación de felicidad que esa acción está dejando en el cuerpo. La adicción ahí ya está sembrada. Citado en (Hernandez, 2017).

Rossi, (2008) Menciona que la adicción como tal inicia cuando no podemos lidiar con la sensación que hay en el cuerpo y en la mente al estar privados del estímulo que dispara la sensación de satisfacción. En este punto

el cuerpo entra en un ritmo en el que se acostumbra a la causa efecto; la necesidad de realizar la acción estimulante para recibir su efecto.

Llega un punto donde el cuerpo ya no funciona sin el estímulo que le genera la satisfacción que encuentra en aquello a lo que es adicto. Se pierde el control, se deja de funcionar correctamente. La vida ahora gira en torno a satisfacer la necesidad generada por la adicción en el cuerpo y en la mente. Esta impacta de tal manera la vida del adicto que sus sistemas de valores cambian para convertirse en toda una cultura diferente y con sus propias creencias y rituales. Para los adictos, la actividad relacionada con las drogas llega a ser una parte tan grande de la vida diaria que la adicción interfiere generalmente en la capacidad de trabajar, estudiar o de relacionarse normalmente con la familia y amigos. En la dependencia grave, los pensamientos y las actividades del adicto están dirigidos predominantemente obtener y tomar la droga, llegando a un punto tal que el adicto puede manipular, mentir y robar para satisfacer su adicción.

### **2.6.1 ETAPAS DE ADICCIÓN**

1. Uso: Se trata de un uso ocasional, cultural, un uso definido para una situación definida, un uso esporádico. El uso, por lo tanto, es la simple utilización, en momentos puntuales, con la intención de probar tan sólo o el capricho de atesorar una experiencia esporádica. Este tipo de uso suele ser en dosis moderadas (Pérez y Martín, citado en Rio, 2011 p.29).

2. Abuso: Se habla de abuso cuando hay exceso, cuando hay un uso continuado, regularizado, que aumenta, se incrementa, empleando en ello bastante tiempo, de forma tal que la persona comienza a evitar determinadas situaciones sociales y siente angustia. En el caso del abuso, ya encontramos consecuencias a nivel social, biológico y psicológico; de alguna manera es un paso intermedio de consecuencias más leves que las que se puede

padecer en el siguiente escalón (Pérez y Martín, 2007). Citado en (Rio, 2011 p.30)

3.Dependencia: La definición internacional de drogadicción, postulada por el comité de expertos convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la dependencia a las drogas como un “estado psíquico y a veces también físico” que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una sustancia, caracterizada por la modificación de la conducta y otras reacciones, que siempre comprende un impulso que lleva a toma la sustancia de modo continuo o periódico, para provocar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar de su privación. (Tapia, 2016).

Cuando alguien se encuentra en etapa de dependencia a sustancias de igual manera se crea dependencia física y psicológica.

- Dependencia física: Se define como la situación en la que hay un sentimiento de satisfacción cuando se toma la droga, o un impulso que demanda su administración periódica o continua, para reproducir la sensación de placer y evitar las sensaciones de malestar que se presentan en caso de ausencia de la droga, causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una sustancia, se caracteriza porque el organismo modifica su comportamiento, siempre está presente un impulso irreprimible por tomar la droga en forma continua o periódica (Nelson, 2009; Nicolson, 2002; Nató, 2001). Citado en (Tapia, 2016).
- Dependencia psicológica: Se considera como dependencia psicológica a una situación en la que hay un sentimiento de satisfacción cuando se toma la droga, o un impulso psíquico que requiere su administración periódica o continua, para reproducir la sensación de placer y evitar las sensaciones de malestar que se presentan en caso de ausencia de la misma. Para el adicto, el

trabajo, el estudio y la lucha por la vida no valen la pena. La satisfacción que podría dar esta clase de actividades la tiene al alcance de la mano con un pinchazo de heroína o con un cigarro de marihuana. En esta etapa, el adicto tiene modificaciones de aspecto psicológico y físico. (Tapia, 2016).

## **2.7. CONSUMIDOR**

El adicto atraviesa o cursa una enfermedad de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud. (Citada en Hernandez, 2017) Es una enfermedad física y emocional en el que desarrolla una dependencia hacia una sustancia, actividad o relación, en la que dice que una persona no solo puede hacerse adicta por carencia afectiva si no que de igual manera puede desarrollarse por la interacción de tres elementos.

- 1.- La persona
- 2.-La droga
- 3.- Medio ambiente o monumento sociocultural.

Las características de la personalidad que favorecen la drogodependencia son las siguientes:

- 1.- Personalidad mal integrada
2. -Desajustes emocionales, intelectuales y sociales
- 3.- Inmadurez
- 4.- Angustia
- 5.-Personalidad neurótica, psicótica o psicopática
- 6.- Penoso despliegue existencial
- 7.- Carencia de autoestima
- 8.- Situaciones de abandono afectivo
- 9.- Búsqueda
- 10.- Curiosidad
- 11.- Deseos de sentirse mayor

## 12.- Deseos de sentirse bien.

Todo adicto es portavoz de un conflicto familiar que puede existir en forma manifiesta o latente. Sin saberlo, el adicto se hace cargo de esa crisis y la pone en evidencia. Aparecen elementos en común que indican la necesidad de una dosis que les permita andar por la vida. El adicto adopta un apostura infantil e irresponsable, se reúsa a enfrentar lo que le provoca la frustración y se replica en su caparazón autodestructivo. No se trata como suele pensarse de un rebelde, más bien se trata de un ser lleno de miedos que se siente inadaptado y se avergüenza por ello. (Ciocoletto). Citado en (Hernandez, 2017)

### **2.8. Tolerancia**

Es la facultad que tiene todo organismo, a través del tiempo, de poder soportar dosis elevadas de una gran droga. Cada droga tiene sus consecuencias específicas y reacciones diversas. La tolerancia es un estado de adaptación por el cual el organismo puede absorber una cantidad de droga que para una persona no adicta sería altamente tóxica o incluso mortal. La tolerancia en un individuo se pone en manifiesto cuando para poder producir el mismo efecto, demanda una dosis mayor de droga (Rossi, 2008).

#### **2.8.1. TIPOS DE TOLERANCIA**

En el caso concreto de los alcohólicos, se habla de la tolerancia innata. Sería el caso de los hijos de alcohólicos que padecen una vulnerabilidad especial, es decir, que poseen menos sensibilidad al alcohol, de modo que con menores cantidades de alcohol generarían una dependencia más rápidamente.

- **Farmacodinamia:** es la que se presenta cuando después de la exposición a la droga, se requieren mayores niveles de la misma para conseguir una respuesta determinada

- Metabólica: es el incremento de la capacidad para metabolizar la droga. Puede ser inducida por la propia droga o por cualquier otro agente farmacológico.
- Tolerancia inversa: se da cuando con una dosis menor conseguimos el mismo o mayor efecto.
- Cruzada. Fenómeno que tiene lugar cuando un órgano o sistema que presenta tolerancia a una determinada sustancia desarrolla tolerancia a otra. Citado en (INFODROGAS, 2019).

Una persona consumidora que ha desarrollado una alta tolerancia puede consumir dosis de una misma sustancia que para otra persona que no consume podrían ser mortales. Las personas no comienzan fumando dos paquetes de cigarrillos al día. “Los sujetos que consumen grandes dosis de opiáceos y estimulantes pueden presentar niveles de tolerancia considerables (por ejemplo, pueden multiplicar la dosis por diez), hasta llegar a niveles que serían letales para una persona que no consumiera la sustancia”. En ocasiones, las mezclas que se aplican a las drogas hacen que la pureza sea pequeña.

Esto es un peligro añadido, ya que si la persona desconocedora del hecho, consume la misma cantidad en estado puro, puede provocarle una sobredosis. En los centros de drogodependientes, cuando un paciente abandona el tratamiento, se le suele avisar del peligro que puede tener consumir la misma cantidad que venía consumiendo.

Algunas sobredosis suelen sobrevenir por este hecho: después de pasarse meses sin consumir, el paciente abandona el tratamiento y vuelve a ingerir la misma cantidad que venía consumiendo, pero su cuerpo ya ha cambiado y es posible que no aguante la misma cantidad, aunque también

dependa de las personas o los contextos, depende fundamentalmente del tipo de sustancia.

## **2.9. SÍNDROME DE ABSTINENCIA**

Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado y/o en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico. Es uno de los indicadores del síndrome de dependencia. Es también la característica que determina el significado psicofarmacológico más estricto de dependencia.

El comienzo y la evolución del síndrome de abstinencia son de duración limitada y están relacionados con el tipo y la dosis de la sustancia que se tomó inmediatamente antes de la suspensión o la disminución de su consumo. Por lo general, las características de un síndrome de abstinencia son opuestas a las de la intoxicación aguda.

El síndrome de abstinencia del alcohol se caracteriza por temblor, sudoración, ansiedad, agitación, depresión, náuseas y malestar general. Aparece de 6 a 48 horas después de suspender el consumo de alcohol y, si no hay complicaciones, remite al cabo de dos a cinco días. Puede complicarse con crisis de gran mal y progresar a delirio (denominado *delírium tremens*). Los síndromes de abstinencia de los sedantes tienen varios rasgos en común con la abstinencia del alcohol, pero incluyen también dolores y calambres musculares, distorsiones perceptivas y de la imagen corporal. La abstinencia de los opiáceos se acompaña de rinorrea (moqueo nasal), lagrimeo (formación excesiva de lágrimas), dolores musculares, escalofríos, “carne de gallina” y, después de 24-48 horas, calambres musculares y abdominales.

El comportamiento para conseguir la sustancia es prioritario y se mantiene cuando han remitido los síntomas físicos. La abstinencia de los estimulantes (“bajón” o “crash”) está peor definida que los síndromes de abstinencia de sustancias depresoras del sistema nervioso central; destaca la depresión, que se acompaña de malestar general, apatía e inestabilidad. (Glosario de términos de alcohol y drogas, 1994).

En la siguiente tabla se muestra el síndrome de abstinencia según cada sustancia.

ANFETAMINAS	<p>Fatiga, sueños vívidos desagradables.</p> <p>Trastornos del sueño (en general, sueño excesivo).</p> <p>Aumento del apetito, falta de concentración.</p> <p>Falta de motivación.</p> <p>Deseo intenso de volver a consumir la sustancia.</p>
COCAÍNA	<p>Fatiga, agitación, depresión, Anorexia.</p> <p>Deseo intenso por consumir la droga, somnolencia excesiva, abstinencia establecida (1-10 semanas) Se normaliza el sueño.</p> <p>Ansiedad, falta de energía y de interés en todo.</p> <p>Deseo por consumir la droga que se intensifica frente a condicionantes.</p> <p>Deseos episódicos de consumir droga.</p> <p>Deseo muy intenso frente a condicionantes ambientales.</p>
NICOTINA	Irritabilidad, agresividad, estreñimiento, boca seca.

	<p>Ansiedad.</p> <p>Dificultad para dormir.</p> <p>Aumento del apetito que puede llevar a aumento de peso.</p> <p>Dificultad para concentrarse.</p> <p>Falta de motivación.</p> <p>Deseo intenso de volver a consumir la sustancia.</p>
ALCOHOL	<p>Varían mucho en severidad: agitación, transpiración, palpitaciones.</p> <p><i>Delirium tremens</i>: Alucinaciones auditivas, visuales y pánico.</p> <p>Insomnio.</p> <p>Anorexia.</p> <p>Desorientación.</p> <p>Falta generalizada de interés.</p> <p>Deseo intenso de volver a consumir alcohol.</p>
BENZODIACEPINAS	<p>Traspiración, escalofríos, cefalea, mareo.</p> <p>Visión borrosa, hipersensibilidad a la luz y al sonido, alucinaciones. Distorsiones perceptuales.</p> <p>Insomnio, irritabilidad, pesadillas.</p> <p>Boca seca, rigidez muscular, fatiga, debilidad, temblor.</p> <p>Fobia social, ataques de pánico, agorafobia.</p> <p>Obsesiones.</p>
OPIOIDES	<p>Fase 1: Abstinencia inmediata (8-36 h).</p> <p>Respiración acelerada, bostezos, lagrimeo, escalofríos.</p>

	<p>Vómito, diarrea.</p> <p>Deseo intenso de la droga.</p> <p>Fase 2: Abstinencia mediata (hasta una semana).</p> <p>Calambres estomacales.</p> <p>Dolor generalizado.</p> <p>Fase 3: Abstinencia Tardía (duración variable). Deseo muy intenso frente a condicionantes ambientales.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El Glosario de términos alcohol y drogas (World Health Organization,). Tapia, (2016) menciona que es un conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico, es uno de los indicadores del síndrome de dependencia. Es también la característica que determina el significado psicofarmacológico más estricto de dependencia.

## **2.10. SUPERACIÓN Y RECUPERACIÓN**

Prochaska y Diclemente (1980) citado en Alvarado (2018) mencionan acerca de la superación o recuperación; es un proceso por el cual la persona adicta interrumpe el deterioro progresivo de la adicción y comienza un restablecimiento en las áreas de vida afectadas. La recuperación es para toda la vida y su objetivo es el de mejorar la calidad de vida del adicto en recuperación.

La abstinencia completa es el primer paso para la recuperación, debe ir acompañado de cambios en el estilo de vida, orientados a promover y mantener la abstinencia y tener una mejor calidad de vida. El resultado de una recuperación satisfactoria es una persona con una calidad debida mejor a la

que tenía cuando estaba afectado por la adicción, con un estilo de vida más sano, así como una mejoría en la forma de relacionarse. De esa manera el proceso por el cual una persona enferma de adicción, pasa de la etapa de consumo a la recuperación, es un proceso dinámico.

### **2.10.1 MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO**

Proceso mediante el cual una persona pasa de una adicción a una recuperación sostenida.

Retomando a los autores (Prochaska y Diclemente, 1980). Citado en (Alvarado) han esbozado un modelo para describir este proceso de motivación creciente para el cambio, en este modelo transicional del cambio se proponen diversas etapas o fases de la motivación:

1. Pre contemplación: En esta etapa la persona no se da cuenta de que existe un problema. El adicto no estará motivado a buscar ya que no piensa que haya problemas y tampoco lo acepta, por lo tanto, la adicción seguirá evolucionando y se acumularán las consecuencias negativas.
2. Contemplación: Las evidencias del daño ya son expresadas para el adicto, desarrollando así una conciencia del problema que va de menor a mayor. La persona comienza a pensar acerca del cambio, pero no llega a realizar ninguna acción.
3. Preparación: Las personas deciden buscar ayuda porque saben que deben hacer algo para resolver el problema. La persona acude a consulta, pide consejo y planifica. Pero aún no pone empeño en los cambios por lo que el problema continúa.

4. Acción: El adicto está listo para hacer los cambios necesarios. Una vez llegado a este punto la persona sabe que no quiere seguir viviendo en su actual situación y estará dispuesto a realizar esos cambios.
5. Mantenimiento: Una vez realizados los cambios hay que mantenerlos lo suficiente para que se hagan permanentes.
6. Recaídas: La adicción tiene una tendencia natural a la recaída debido a la gran cantidad de elementos aprendidos y estructurales, que están activos a pesar de que se hayan hechos nuevos hábitos de comportamiento. Las recaídas son partes de un ciclo de aprendizaje hacia el mejoramiento de la recuperación.
7. Terminación: Una vez que los cambios son mantenidos a lo largo del tiempo, las conductas de búsqueda, así como los deseos de uso, dejan de poseer la fuerza que hubieran tenido sobre el adicto. Citado en Alvarado (2018).

### **2.10.2 ABSTINENCIA COMPLETA**

Según el autor Alvarado(2018) la abstinencia completa es un importante paso para lograr la recuperación a largo plazo. Abstinencia completa se refiere al completo cese del uso de manera sostenida. El concepto o la definición de abstinencia puede variar de acuerdo al tipo de adicción. Por ejemplo, en la adicción química la abstinencia completa se refiere al no uso de sustancias psicotrópicas. En el caso de la adicción a la comida la abstinencia se define como el cese del consumo de cierto tipo de alimentos tales como azúcares refinados. Cada adicción lleva su propia definición de abstinencia.

Durante la adicción activa, la obsesión por el uso hace difícil para el adicto, concebir la abstinencia completa como una opción. De esa manera se produce el fenómeno de sustitución, durante el cual, el adicto cambia de sustancias, pero continúa usando. Otras veces en sus intentos obsesivos por controlar su adicción, el adicto disminuye la cantidad y/o la frecuencia del uso, pero vuelve al patrón compulsivo, con lo que el uso se hace continuo. La abstinencia es lo opuesto al uso y a la sustitución.

En todas las adicciones se presenta un síndrome de abstinencia cuando se detiene el uso. La naturaleza y la severidad de este síndrome depende del tipo de droga, la gravedad de la adicción, y la personalidad del adicto. Este síndrome tiene que ver con el desbalance bioquímico producido por la adicción en el cerebro y es pasajero, pues al cabo de un período variable, pero que en general es corto, se alivia, dando paso a un estado de desgano motivacional.

A veces es necesario la desintoxicación asistida clínicamente para poder lograr la abstinencia inicialmente. Luego de pasado este período, el mantener la abstinencia depende del grado de conciencia y motivación de la persona en recuperación, y de lo efectivo de su plan de cambios.

La abstinencia brinda al adicto la libertad del uso y de la compulsión. De esta manera es más fácil manejar los deseos de consumo y el pensamiento obsesivo. Al tener un deseo y abstenerse, se produce una mayor habilidad progresiva para manejar las situaciones de riesgo. Es justo decir que, a pesar de la importancia de la abstinencia para la recuperación, una recuperación no puede basarse solo en la abstinencia, sino que además debe ser acompañada de cambios en el estilo de vida, que aseguren una mejoría de la calidad de vida. Alvarado(2018).

### **2.10.3 CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA**

El cambio de hábitos, dinámicas, amistades etcétera. Son indispensables para una evolución favorable en un drogadicto, a continuación, se presentan algunos cambios que se podrían realizar:

1. Cambios internos: producidos en la forma de pensar, sentir y actuar del adicto en recuperación.
2. Aceptar la adicción como un problema: La negación es parte de la adicción, y nadie dedica tiempo ni energía a resolver un problema que no piensa que existe.
3. La aceptación del problema es un proceso a lo largo del tiempo.
4. Reconocer las distorsiones del juicio: El pensamiento adictivo y todas las distorsiones del juicio en la adicción, son parte del problema. Reconocer y manejar estas distorsiones es una tarea fundamental de la recuperación.
5. Perder la preocupación por el uso: Los pensamientos obsesivos y la preocupación por el uso, disminuye rápidamente con la aceptación del problema y la práctica de actividades de recuperación.
6. Desarrollar y nutrir una actitud de recuperación: Útil para enfrentar el vivir día a día con humildad y prudencia, manejando las situaciones de riesgo y buscando la ayuda necesaria de manera activa, asumiendo responsabilidad de propios pensamientos, emociones, conductas y decisiones.

7. Aprender a manejar los sentimientos: Las emociones pueden ser incómodas en la recuperación temprana, debido al fenómeno de amplificación emocional, causado por la química cerebral desordenada. Al retirarse la “anestesia emocional” que produce el uso o comportamiento adictivo, de pronto existen muchas emociones libres.
8. Desarrollo de la asertividad y comunicación: Así habrá una mayor conexión con las relaciones importantes. Se debe aprender a poner límites adecuados, así como expresar las necesidades de manera simple y directa.
9. Mejoramiento espiritual: El área espiritual es una de las más afectadas en el desorden adictivo. El crecimiento espiritual es un factor clave en el mejoramiento de la calidad de vida.
10. Cambios externos: Cambiar el entorno, produciendo un ambiente acorde con el proceso de recuperación.
11. Evitar personas, lugares y cosas relacionados con el uso: Todos los disparadores de los deseos y pensamientos de uso, son instancias de riesgo que deben ser evitadas de manera enérgica.
12. Desarrollar una nueva red de contactos, asistiendo a reuniones de autoayuda o nutriendo relaciones antiguas que sean sanas.
13. Elaborar un plan de actividades de recuperación puede servir de guía para el vivir el día a día y acomodar el tiempo necesario para las actividades de recuperación.

14. Mejorar la alimentación y hábitos de higiene, es oportuno en el proceso de recuperación, no solo porque es positivo para la salud en general, sino que además produce una mayor lucidez mental y una mayor resistencia a los deseos de uso, así como una mayor autoestima.
15. Descansar y dormir adecuadamente, son cambios que ayudan a que nuestro cuerpo y mente tenga el restablecimiento necesario, luego de cada día en recuperación.
16. Leer y estudiar sobre la adicción y la recuperación, es una necesidad que nunca acaba, debido a la amplitud de los cambios que se realizan.
17. Ordenar las finanzas, que pueden haber quedado en déficit producto de la adicción. Estar dispuestos a pagar las cuentas pendientes, de hecho, saldar las que sean posibles, evitar tener mucho dinero en el bolsillo, son necesidades comunes en la recuperación.
18. Los grupos de ayuda mutua basadas en los Doce Pasos y las Doce Tradiciones tales como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos. Uno de los recursos más valiosos y disponibles para promover y sostener la recuperación de las adicciones son los grupos de autoayuda. Estos grupos son formados por adictos en proceso de recuperación que sostienen reuniones regulares, donde se comparten experiencias, fortalezas y esperanzas relativas al proceso de recuperación de los integrantes (Prochaska y Diclemente, 1980 Citado en Alvarado).

## **2.11. ANSIA Y RECAÍDA**

Alvarado (2018) También menciona que la recaída se define como el proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, ya que se habían superado, y que finalmente llevan de vuelta el uso, retrocediendo hasta llegar de nuevo al estado de enfermedad adictiva que existía antes de comenzar la recuperación. Para poder hablar de recaída una persona debe haber estado previamente en recuperación, o sea abstinentes y con cambios de conducta, por un período significativo de tiempo. Por el simple hecho de no haber usado por un tiempo, el volver a usar, no necesariamente es una recaída.

A pesar de que una recaída puede ser peligrosa y se traduce finalmente en sufrimiento y pérdida de tiempo y energía, a veces las recaídas también son períodos de aprendizaje, para una persona que desea recuperarse. También estar conscientes de su problema y de tener buena disposición para la recuperación, un adicto puede recaer, cuando no maneja bien las situaciones de riesgo o descuida su proceso de cambios. Luego de una recaída es más probable que el adicto este más claro en qué cosas ha estado haciendo mal. Aun así, no es necesario recaer para poder aprender o avanzar en la recuperación.

### **2.11.1. PROCESO DE RECAÍDA**

Se le llama recaída a todo proceso:

1. Que lleva de un estado de abstinencia sostenida.
2. Hasta el consumo o adicción activa.
3. Este proceso ocurre a lo largo del tiempo.
4. Y se manifiesta como una serie de síntomas que son en realidad la vuelta a antiguos patrones de conductas y pensamientos que ya se habían superado. Este proceso está formado por pequeñas decisiones riesgosas.

5. Que la persona toma, y que enlazadas unas con otras nos construyen el camino de la recaída. Estas decisiones no tienen aparentemente importancia, pero su efecto es acumulativo y llevan al adicto a una situación imposible de resistir.
6. De la cual no es posible volver atrás e ir a la búsqueda y el uso es inminente.
7. Donde será inevitable el uso.
8. Existe una línea imaginaria o línea de no-retorno.

Aun así, en la zona de transición entre la línea de no retorno y el uso, la recaída es primariamente conductual y de actitud, sin necesidad del uso. Alvarado(2018).

### **2.11.2. SÍNTOMAS DE UNA RECAÍDA**

Una persona en recuperación puede comenzar a mostrar síntomas de una recaída mucho antes del consumo.

1. Poder identificar estos síntomas y tratarlos a tiempo puede ayudar a prevenir una recaída:
2. Retorno del pensamiento obsesivo con respecto al uso: Podrían ser pensamientos relativos al uso, sueños o deseos de usar que vuelven luego de que habían desaparecido.
3. Actitud de desafío con respecto al plan de recuperación: Volver a los lugares donde hubo riesgo de adicción o volver a ver a las personas relacionadas con el uso.
4. Descuidar el plan de recuperación: Dejar de ir a reuniones, o faltar a las citas con el terapeuta.

5. Aislamiento o pérdida de contacto: con las nuevas relaciones de recuperación.
6. Irritabilidad: especialmente en las relaciones significativas del adicto.
7. Obsesión con la imagen o los defectos físicos: dietas o preocupación excesiva acerca del peso.
8. Sentimientos de depresión y ansiedad flotantes: sobrevienen estados emocionales incómodos que no necesariamente se relacionan con ningún evento externo.
9. Renacen o se exaltan los resentimientos hacia otras personas.
10. Discusiones frecuentes en el hogar y la familia.
11. Enfados al hablar del tema de su recuperación o al ser retroalimentados.
12. Insomnio, intranquilidad y dificultad para descansar.
13. Preocupación obsesiva por el dinero y la seguridad financiera

Estos son solo algunos de los síntomas relacionados al *síndrome de la recaída*. Cada persona es diferente y por lo consiguiente mostrará síntomas propios, pero en general es marcadamente notable la presencia y evolución de este síndrome.

Una de las paradojas de la recaída es que mientras más marcados son los síntomas, menos capacidad tiene el adicto para poder aceptar las críticas constructivas de las personas que lo rodean, y que podrían preocuparse por la posibilidad de una recaída. El proceso de recaída puede ser detenido ya sea por la propia iniciativa o por la intervención de personas que rodean al adicto y que le sirven de apoyo tales como familiares, terapeutas o compañeros de grupo. Alvarado(2018).

## **2.12. FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO**

La niñez y la adolescencia son etapas críticas en el desarrollo, crecimiento y maduración de una persona, sabemos que son momentos cruciales en los que se adquiere gran parte de los valores, hábitos y habilidades, que en el presente y en el futuro fungirán como herramientas que permitirán enfrentar diversas situaciones en la que se deberán tomar las mejores decisiones. De manera particular la adolescencia es considerada la etapa más vulnerable ya que surge una crisis de identidad en los adolescentes que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares y de la sociedad, produciendo gran ansiedad, rabia y confusión; sentimientos que en ocasiones no puede afrontar debido a diferentes factores lo cual facilita el involucramiento en diversas situaciones de riesgo.

Según Tabares (Citado en Saenz, 2010) existen factores de riesgo y factores de protección que incrementan o reducen respectivamente la posibilidad de involucrarse en un proceso adictivo a nivel individual como colectivo y los describe:

1. La edad: la adolescencia es quizá el periodo más crítico d una persona ya que el adolescente se ha de enfrentar al abandono de la niñez y tiene que empezar a comportarse como un adulto, de forma ajustada y madura. Esto

provoca que el adolescente tenga conflictos y se sienta perdido y confuso, y esto puede llevarlo a un posible consumo de drogas

2. La falta de información: es muy importantes que los hijos estén informados de las consecuencias que tiene consumir drogas. Los padres pueden desarrollar una gran labor como asesores u orientadores.
3. La búsqueda de sensaciones diferentes: los adolescentes se caracterizan por sus ansias de experimentar y conocer cosas que para ellos son totalmente nuevas. Deseas descubrir nuevas sensaciones, aunque muchas rayen el peligro.
4. Una autoestima baja: la autoestima es una de las mejores defensas psicológicas. Si un adolescente tiene un nivel de autoestima bajo, existen más posibilidades de que no sepa enfrentarse adecuadamente a un conflicto, como puede ser el consumo de drogas.
5. Las actitudes y los valores: mal fundamentados pueden hacer que un adolescente se sienta atraído por drogas, los padres tienen un papel importante en los valores y actitudes de los hijos. Para ello conviene enseñarles a enfrentarse a posturas o comportamientos que perjudiquen la salud y eliminar ciertos mitos presentes en la sociedad como “el tomar una copita ayuda a acercarse a una persona y ganártela.
6. La necesidad de aprobación social: es importante enseñar a los hijos a ser asertivos que sepan expresar sus sentimientos de una manera firme, pero sin dañar a los demás. Esto les ayudara a saber decir no a las drogas y la presión de los amigos.

7. El consumo de drogas en la familia: es frecuente celebrar cualquier acontecimiento con alcohol. Si los hijos observan que en su casa se bebe o se fuma, hay más probabilidades de que en un futuro lo hagan. La familia es el primer modelo que tiene el sujeto y con el cual se va a identificar primordialmente. Lo que aprenda de ella, será lo que posteriormente tome como estilo de vida.
  
8. La falta de contención familiar: los adolescentes al vivir una etapa de crisis y al tratar de evadir los problemas, buscan salidas fáciles o forma de olvidarlos, por ejemplo, por medio del alcohol y las drogas, muchas veces las adicciones surgen dentro de la familia (incomprensión, falta de comunicación, golpes, violencia intrafamiliar, rechazo, padrastros desentendidos o desobligados, abandono, falta de recursos económicos, dificultades escolares, pobreza absoluta y desamor).

Caen en un error al tratar de solucionar los conflictos por medio de las drogas creyendo que solo al ingerir una vez la sustancia, pero en realidad genera con el paso del tiempo una adicción, esto ocasiona que los problemas familiares aumenten, ya que la droga consumida es más fuerte, y al no querer y poder dejarla, a veces los adolescentes optan por abandonar el hogar, convirtiéndose en niños de la calle, en la que se exponen a riesgos de gran magnitud como contraer enfermedades, ser golpeados, soportar todo tipo de abusos, explotación hambre y abandono.

### **2.13. FACTORES DE RIESGO FAMILIARES**

Alvarado (2018) menciona que los factores de riesgo son aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas.

El vínculo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca cambios en los otros, los problemas que puedan originarse son debido a deficiencias en la interacción familiar es decir a la disfuncionalidad de la familia como sistema afectando no solamente a uno de sus miembros sino a todos. Minuchín (1984 citado en Guaman, 2010) afirma que "la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no depende de la ausencia de problemas dentro de ésta sino, por el contrario, de la respuesta que muestra frente a los problemas; de la manera como se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro". Entonces cuando aparece un síntoma como por ejemplo el bajo rendimiento escolar, este puede ser tomado como un indicador de una posible disfunción familiar por lo que hay que mirar al niño o estudiante no como el problema sino como el portador de dificultades que presenta su familia debido a que "el adecuado funcionamiento familiar es un factor del desarrollo, en tanto que la disfunción familiar es un factor predisponente de la aparición de dificultades psicosociales es un factor de riesgo"

En el Modelo de David Olson, 1992 Faces III. Citado en (Vanina Schmidt, 2010) permite clasificar a las familias en funcionales y disfuncionales por medio de los indicadores de cohesión y adaptabilidad, se debe considerar que la disfuncionalidad familiar se debe a que los integrantes de la familia no cumplen con las funciones y roles que son asignados.

Nivel de Cohesión: es el vínculo emocional que tienen entre sí todos los miembros del sistema familiar, como es el grado de apego emocional, los límites establecidos entre los subsistemas, compromiso familiar, individualidad, tiempo compartido y principalmente la participación para la toma de decisiones. También varía de acuerdo con la etapa del ciclo familiar, la severidad de los estresores presentes en un momento dado, la cosmovisión y los valores

propios de cada familia. Existen varios niveles de cohesión, entre estos tenemos:

1. La cohesión no relacionada es aquella en la que dentro de la familia los límites son rígidos, tanto actividades como intereses son realizados de forma separada ya que los miembros presentan una excesiva independencia y no hay un involucramiento familiar.
2. En tanto que la cohesión aglutinada se caracteriza por no favorecer al desarrollo individual de sus miembros tienen dependencia entre sí, falta de límites y todas las actividades las comparten. Estas dos cohesiones son consideradas como factores de disfuncionalidad familiar.

Nivel de Adaptabilidad: Es la habilidad del sistema familiar para modificar su estructura de poder, las relaciones entre los miembros, así como las relaciones de roles, normas y reglas en función de las demandas situacionales al propio del avance de su ciclo vital. Entre los niveles de adaptabilidad tenemos: rígida y estructurada, flexible y caótica.

La disfuncionalidad se relaciona con la adaptabilidad rígida y caótica.

1. La adaptabilidad rígida hace referencia a que los roles son estrictamente definidos por lo tanto las reglas son inflexibles y autoritarias, existencia de coaliciones con la finalidad de provocar daño a algún miembro.
2. Mientras que el nivel de adaptabilidad caótica es aquel en el que dentro de la familia no hay ningún tipo de acuerdo entre los miembros, ausencia de claridad de roles, cambios de reglas muy frecuentes y una disciplina indulgente.

Guaman, (2010) menciona que las personas viven por naturaleza, en grupos; en nuestra sociedad la base está dada por la familia, la cual es proveedora de los valores y esquemas morales a seguir en la convivencia social, por lo que tiene una gran influencia en los niños y adolescentes en general, el riesgo de iniciar el consumo de drogas.

1. Estructura familiar disfuncional: ausencia de uno o ambos padres por divorcio, enfermedad, muerte u otro factor.
2. Falta de cohesión familiar: actividades dispersas de los integrantes, ausencia de espacios para la convivencia familiar, vínculos débiles entre sus miembros.
3. Clima afectivo inadecuado: conflictos, inexpressión emocional, represión.
4. Estilo educativo familiar rígido o caótico: reglas y funciones poco claras, falta de límites, ausencia o distorsión de la comunicación.
5. Consumo de drogas por parte de familiares o presión de la familia para usar drogas.
6. La cohesión familiar según lo que nos indica Rojas y Richler (1989) es la unidad familiar intelectual y/o física que los miembros de una familia sienten entre sí.

Ahora pasaremos a definir la adaptabilidad familiar a través Olson (1992 Citado en Vanina Schmidt, 2010) quien nos señala lo siguiente: Se define

como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo. Esto nos quiere decir que cuando hay un cambio en el grupo familiar la familia tiene que adaptarse a ese cambio, generando nuevas habilidades.

El instrumento que se está usando para el sustento del marco teórico menciona los tipos de familia en que se podrían encontrar los usuarios como son:

1. Rígida: Excesiva responsabilidad. Las normas son inflexibles.
2. Estructurada: Son organizadas, centradas y el liderazgo es de los padres. Cuentan con responsabilidades y normas definidas.
3. Flexible: Son familias democráticas, con liderazgo distribuido. Se apoya el pensamiento autónomo de los miembros.
4. Caótica: Hay una falta de responsabilidad y de límites familiares. Donde no hay normas y las reglas cambian constantemente.

#### **2.14. LAS ALTERACIONES POR CARENCIA RELACIONAL**

Durante los primeros años de vida es el principal factor que desencadena este síndrome, señala la situación en que se encuentra un niño que ha sufrido o sufre la privación de la relación, principalmente con su madre, y que padece el déficit de atención afectiva necesaria en la edad temprana.

Las alteraciones por carencia relacional se refieren a situaciones en que la maduración de la personalidad del niño se interfiere por la falta grave de estimulación afectiva. En el ser humano no existe la posibilidad de una maduración correcta sin el calor afectivo del amor. Aunque, en cualquier circunstancia, cualquier persona puede sentir no haber amado lo suficiente o no haber sido amado de forma adecuada, la ausencia grave de estimulación afectiva durante la infancia por parte de los adultos, que juegan un rol relacional afectivo importante, provoca la aparición de trastornos, no tan solo de la maduración, sino también síntomas clínicos que se expresan en trastornos somáticos, afectivos y conductuales.

La falta de afecto maternal se caracteriza por producir en el niño un estado psicológico de avidez afectiva y miedo de pérdida o de ser abandonado, tanto si ha padecido en la realidad una privación afectiva de la madre o como si lo ha sentido como tal. Es tal la necesidad de recibir una señal de afecto que permanece en un cierto estado de búsqueda afectiva, de necesidad de saturación, que se manifiesta por una actitud de reasegurarse de la existencia permanente del afecto del otro y así sentirse seguro.

Las alteraciones por carencia relacional es un mal que afecta a todas las edades, culturas y clases sociales. La evolución de las personas que manifiestan este síndrome depende en gran medida de la situación social en la que se desarrollen, pudiendo establecer unos patrones que definan el comportamiento de estas personas desde su infancia a la edad adulta. (Citado en Hernandez, 2017).

En la primera infancia: son niños que lloran para llamar la atención, sonríen poco y son más propensos a contraer enfermedades infecciosas. En esta etapa suelen aparecer problemas digestivos (estreñimientos y hernias son los más frecuentes), aunque pueden llegar a remitir con el crecimiento.

1. En la edad preescolar y escolar: el niño presenta trastornos del lenguaje, y otros retardos importantes: problemas de elocución, pobreza de vocabulario, dificultades gramaticales y sintácticas (verbalización). En el plano lógico-matemático suelen presentar buen comportamiento.
2. En la edad escolar: muchos niños presentan trastornos de aprendizaje; se sitúa, a menudo, en un nivel de inteligencia con debilidad ligera, pero no porque el niño no sea inteligente, sino porque no consigue concentrarse al hacer las pruebas (mentalización). Estos niños tienen frecuentes fracasos.
3. Entre la edad escolar y la pre adolescencia: el sujeto presenta trastornos del comportamiento, actitudes de inhibición, actitudes de oposición y de rebeldía, aunque relativamente sociables y en ocasiones extrovertidos, sienten miedo a ser rechazados en un grupo, por lo que tienden a integrarse a costa de lo que sea. De aquí la importancia de las relaciones sociales en esta etapa ya que determina su conducta futura.
4. Adolescencias: son personas fácilmente ilusionables por adolescentes o adultos mayores. Huyen de responsabilidades y son rebeldes con normas. En esta fase suelen aparecer las primeras adicciones (drogadicción, alcoholismo, hipersexualidad).
5. Juventud: la pérdida de la capacidad de amar y una importante disminución del amor propio se les lleva a estas personas a llenar su vida con acciones hiperactivas o que causan dependencia. El único momento en que la persona afectada

puede sentirse segura y querida se encuentra en su vida sexual. En general carecen de sensibilidad y huyen de las expresiones afectivas hacia los demás. Utilizan a las personas como instrumentos para sentirse seguros

6. Edad adulta: el duelo por la pérdida de la juventud y el prepararse para la madurez, el estrés, la fatiga, la dificultad adaptativa, la inestabilidad en las relaciones personales, los conflictos conyugales y la pobreza de la competencia parental (sentirse malos padres) son los aspectos más significativos. (Citado en Hernandez, 2017).

## **2.15. EL ADICTO Y LA FAMILIA**

García ( 2007) Menciona que la familia es una parte elemental en la historia del uso y abuso de sustancias, en su detección, aceptación, orientación, canalización, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de abstinencia, así mismo disminuye o provoca recaídas; es pues, un elemento clave en la generación y recuperación de la drogadicción; recordemos el modelo integral de las adicciones, en donde la familia se enmarca en los antecedentes sociales inmediatos.

La misma forma de negación usada por la persona adicta se puede utilizar por sus seres queridos que no se dan cuenta de que existe un problema serio. Familiares de la persona adicta a menudo sufren de una condición conocida como codependencia. En muchos casos los pensamientos y las sensaciones de esposas, hijos y hermanos son controlados por el comportamiento y las emociones del adicto y esto causa la destrucción de la unidad familiar. Los miembros de la familia pueden sentirse responsables por el problema, ya que puede darles esperanza equivocada de que ellos pueden “curar” a su ser querido.

La adicción puede hacer que la familia oculte el problema, quizás no

permitiendo a visitantes en el hogar o prohibiendo discusiones sobre la enfermedad entre miembros de la familia. Cuando la persona adicta está intoxicada, los familiares pueden intentar proteger a su ser querido diciéndole al jefe de la persona adicta que el adicto no puede ir a trabajar ese día porque está enfermo cuando en realidad está intoxicado. Otro problema relacionado a la codependencia se presenta cuando un miembro de la familia intenta controlar el comportamiento del adicto, ocupando su tiempo libre, de tal modo atentando impedir que él o ella beban alcohol o usen drogas.

La recuperación de la familia del adicto es necesaria para poder sanar de manera integral todo el daño producido por la adicción en el sistema familiar. Uno de los aspectos más importantes en el proceso de rehabilitación del adicto es la intervención que debe realizarse con el grupo familiar. Es preciso señalar que la familia del adicto se ve afectada seriamente durante todo el período en que se fue desarrollando la adicción y emociones con entorno al familiar. Un factor importante en la reeducación de los familiares es preocuparse por las emociones y afectos que les genera el familiar. Diferentes emociones entre las que destacan: Pena, lástima, dolor, tristeza, rabia, culpa, desconfianza y temor.

En esta etapa se manifiestan emociones y sentimientos que son comunes en la mayoría de las familias: confusión y ansiedad, temor al juicio social y familiar, sensación de fracaso como padres o como pareja y temor a enfrentar los problemas dejándolos al equipo clínico o a los profesionales a cargo.

Los familiares deben aprender y generar conductas orientadas a que la responsabilidad de mantener la abstinencia es del familiar recuperado, que la institución y los terapeutas sabrán enfrentar el problema y que los familiares deberán mantener una firme actitud de que en caso de una recaída el residente debe volver al proceso.

La recuperación de la familia del adicto es necesaria para poder sanar de manera integral todo el daño producido por la adicción en el sistema familiar. Citado en (García, 2007).

## CAPÍTULO 3

### METODOLOGÍA

En este capítulo se explica la metodología que se utilizó durante la investigación.

#### 3.1. SUJETOS

Las personas se conformaron por un grupo mixto de 100 personas el cual se dividió en dos.

El primero está formado por familiares y el segundo por usuarios.

El grupo mixto de la familia se conformó por 34 mujeres y 16 hombres con un rango de edad de 34 a 58 años de edad. Siendo el criterio de inclusión ser padre, esposo / a o tutor legal.

El grupo de usuarios se conformó por 50 personas. 44 hombres y 6 mujeres en el rango de edad de 16 y 47 años.

### 3.2. INSTRUMENTOS

El material que se usó para la aplicación de esta investigación fueron 2 tipos de pruebas, una para la población de usuarios y la otra para la familia.

La primera prueba utilizada fue la de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS,2011). La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar. La versión 3.1 de la prueba ASSIST consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos.

El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo amfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos u otras drogas. El cuestionario indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Después de determinada la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto', y en cada caso se determina la intervención más adecuada ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente). Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de

la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de 'alto riesgo' y conductas asociadas con inyectarse.

La segunda prueba es la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III; de Olson, 1992). Es la 3ª versión de la serie de escalas faces y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del modelo circunflejo: la cohesión familiar la unidad familiar, intelectual, y/o física que los miembros de una familia sienten entre sí (Rojas y Richler, 1989). Adaptabilidad familiar se define como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo. esto nos quiere decir que cuando hay un cambio en el grupo familiar la familia tiene que adaptarse a ese cambio, generando nuevas habilidades (Olson, 1992)

La Escala evalúa ocho conceptos:

1. Vinculación Familiar
2. Límites de la familia
3. Coaliciones
4. Tiempo
5. Espacio
6. Amigos
7. Toma de decisiones
8. Interés y recreación

Este instrumento fue diseñado para ser aplicado a los miembros de la familia, pero de manera separada. Sugiere que incluso puedes incorporar a jóvenes de 12 años o más, se aplica de forma individual, tiempo estimado 10 minutos.

Las instrucciones para evaluar los resultados de esta encuesta son los siguientes:

Luego de haber realizado la encuesta deberás sumar la puntuación que obtuvo la persona encuestada. Basado en la siguiente tabla:

Respuesta	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Valor	1	2	3	4	5

Entonces deberás hacer lo siguiente si la persona respondió, por ejemplo “nunca” sumas “1” y si en la siguiente eligió la opción siempre deberás sumar “5” y dará como resultado 6. Y así sucesivamente hasta completar todas las respuestas.

Luego de haber sumado el total de las respuestas, deberás buscar la calificación en la siguiente tabla:

#### COHESIÓN

10-34	35-40	41-45	46-50
Aglutinada	Semi -relacionada	Relacionada	Aglutinada

#### ADAPATABILIDAD

10-19	20-24	25-28	29-50
Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica

Luego de haber aplicado la encuesta y haber sacado los resultados, sabrás que tipo de familia es la que encuestaste.

- Rígida: Excesiva responsabilidad. Las normas son inflexibles.
- Estructurada: Son organizadas, centradas y el liderazgo es de los padres. Cuentan con responsabilidades y normas definidas.

- Flexible: Son familias democráticas, con liderazgo distribuido. Se apoya el pensamiento autónomo de los miembros.
- Caótica: Hay una falta de responsabilidad y de límites familiares. Donde no hay normas y las reglas cambian constantemente.

### **3.3. PROCEDIMIENTO**

El lugar donde se realizó la investigación fue el Centro de Rehabilitación Tulancingo (CRET) que se encuentra en la localidad de Tulancingo de Bravo, estado de Hidalgo, en la que los participantes para este estudio fueron un grupo mixto de 100 personas dividido en dos, es decir 50 usuarios del centro y 50 familiares, el grupo de los usuarios que igual fue mixto con un rango de entre 16 y 47 años de edad.

La muestra se conformó de internos y familiares dentro de un centro de rehabilitación, donde se aplica un tratamiento residencial y de seguimiento para el control de las adicciones, que tiene el propósito de mejorar la calidad de vida individual, familiar, y social de la población.

Se realizó la cita para hablar con los directores del CRET, se explicó en qué consiste la investigación y cuál es el objetivo.

Posterior al consentimiento institucional se realizó la aplicación de ambas pruebas (ASSIST Y FACESIII)

La aplicación fue individual para los usuarios y para la familia.

### **3.4. DISEÑO EXPERIMENTAL**

Se realizó una investigación cuantitativa, no experimental transversal de tipo exploratorio en población cautiva (Hernández, 2010).

## **CAPÍTULO 4**

### **RESULTADOS**

#### **4.1 DE LAS PRUEBAS APLICADAS**

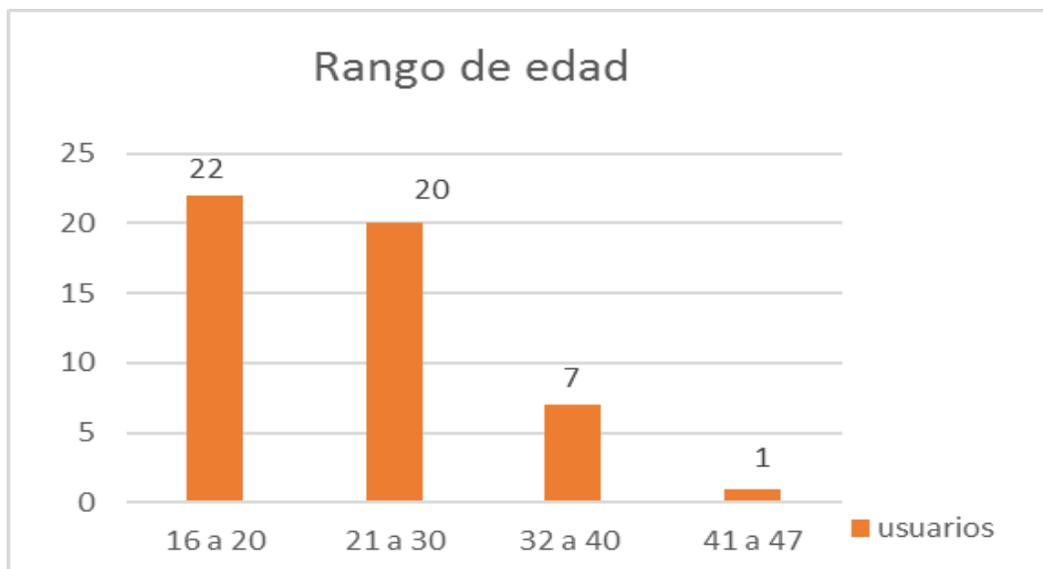
##### **4.1.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

A continuación, se despliegan datos sobre las pruebas aplicadas de la investigación.

##### **EDAD**

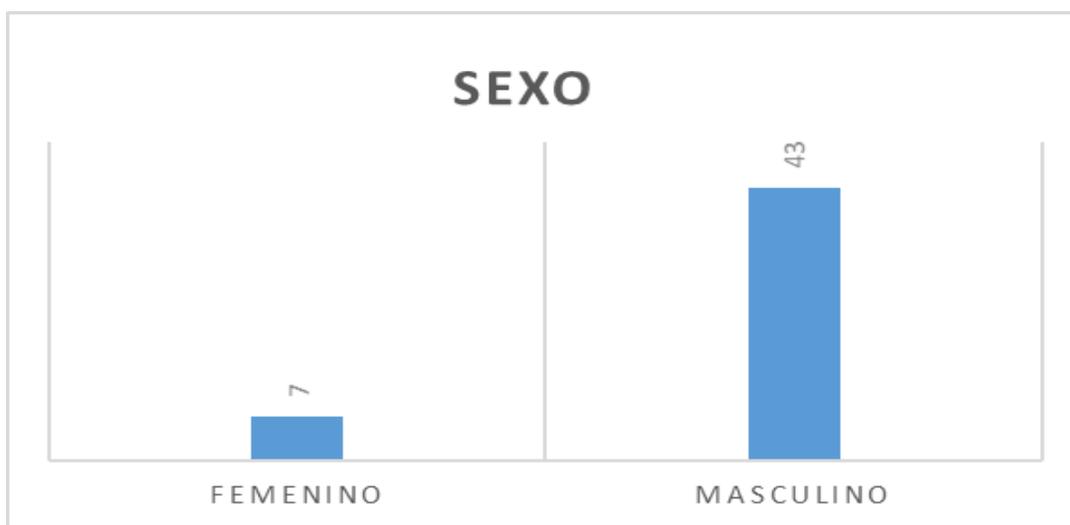
El promedio de edad del grupo fue de 23.2 años. El rango mínimo de edad fue de 16 y el máximo de 47 años.

La media del grupo evaluado fue de 23.6 años, distribuida de la siguiente manera.



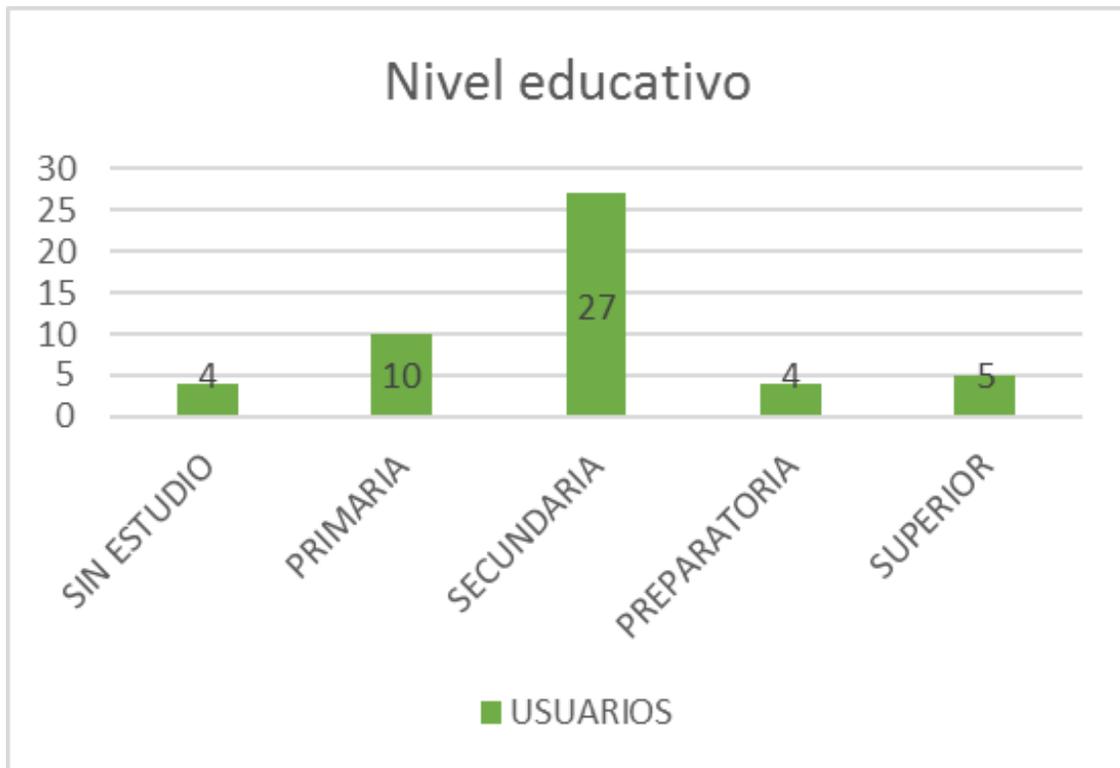
## SEXO

El grupo evaluado estuvo conformado por 7 mujeres y 43 hombres.



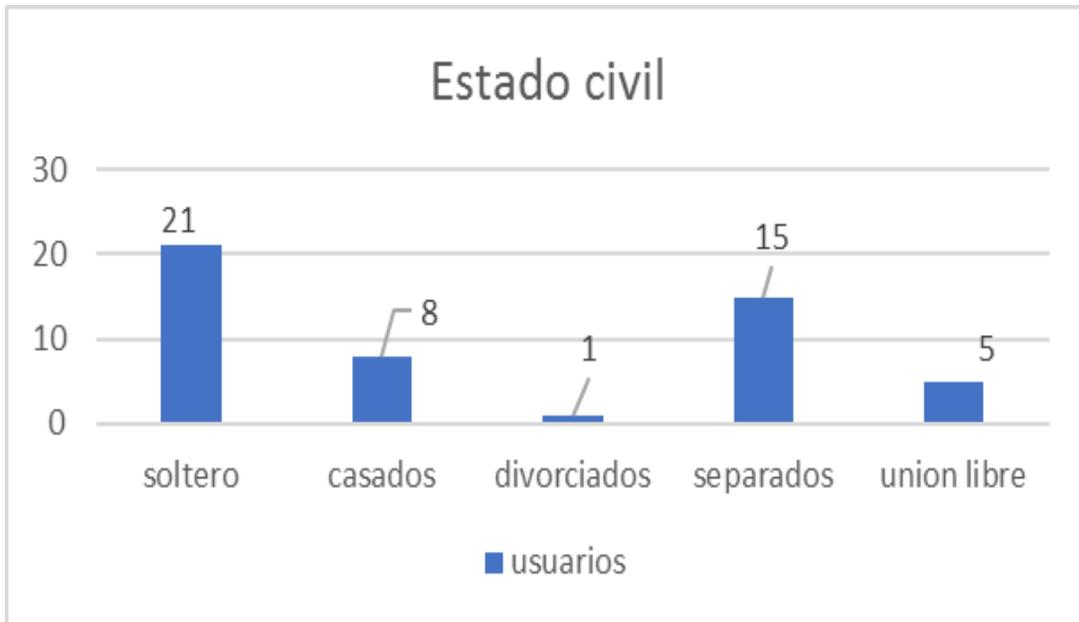
## NIVEL EDUCATIVO

La mayor parte del grupo tiene escolaridad correspondiente a secundaria con 27 usuarios.



## ESTADO CIVIL

La mayoría del grupo se encuentra en estado civil soltero con 21 usuarios.

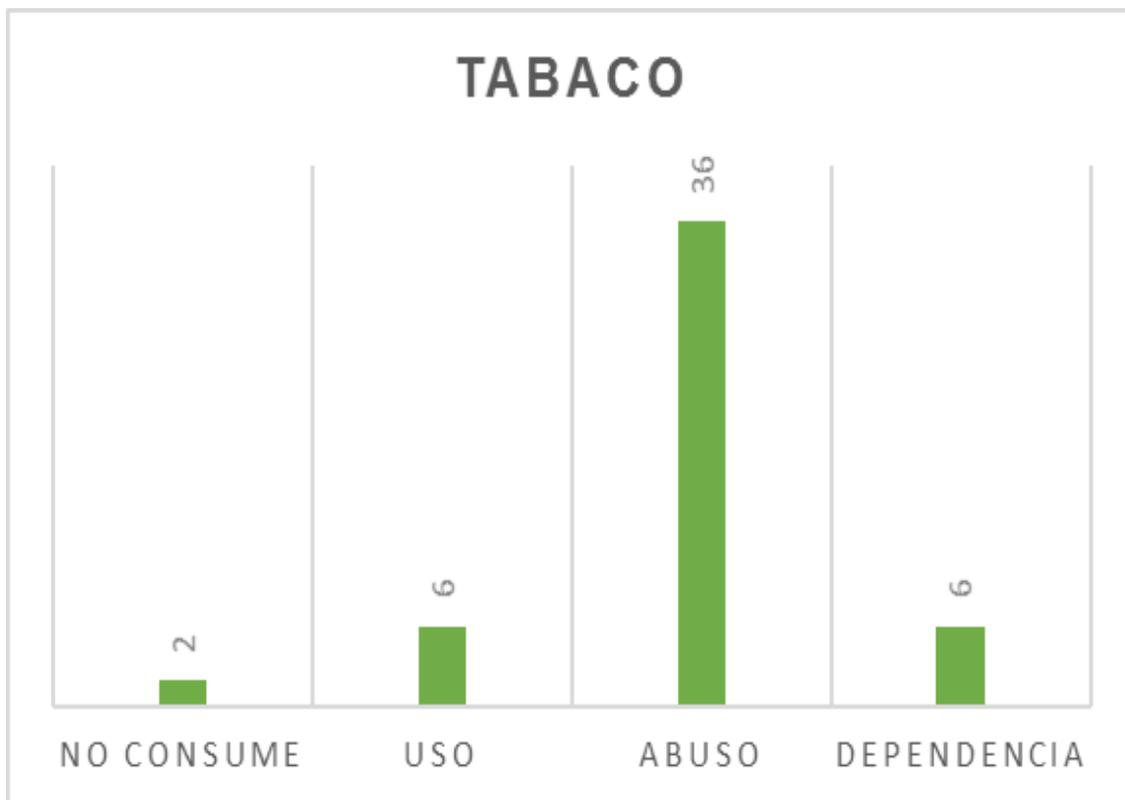


Es importante hacer notar que 3 de cada 4 personas (76%) su estado civil no refiere una pareja.

#### 4.1.2. SUSTANCIAS TÓXICAS

##### TABACO

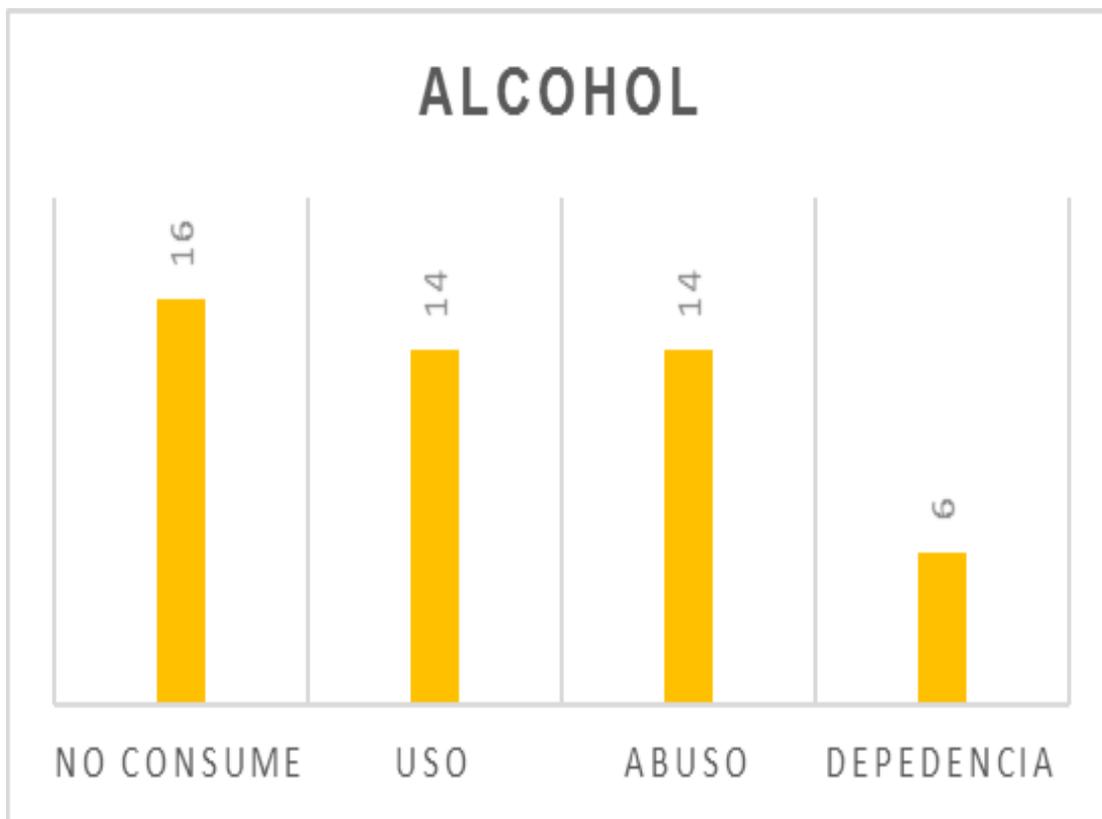
Se muestra en la tabla que de 50 usuarios 36 de ellos se encuentran en abuso del consumo de tabaco, 6 usuarios en dependencia, 6 en uso y sólo 2 no consumen.



El tabaco es una sustancia de primer contacto para posteriormente continuar con alguna otra sustancia. En la muestra evaluada 41 personas (82%) usan o abusan del tabaco.

## ALCOHOL

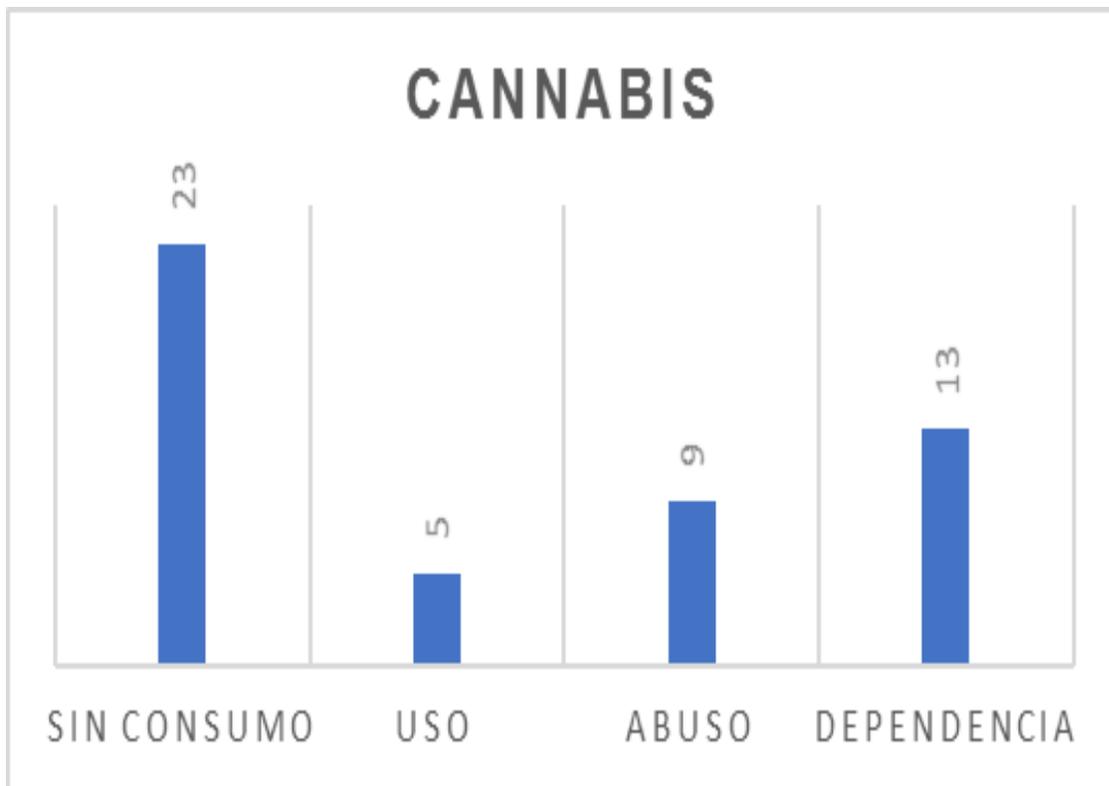
En la gráfica se muestra que una parte del grupo no reporta ingesta (16 personas), para los que consumen, 14 se encuentran en uso otros 14 en abuso y 6 en dependencia.



Contrario al tabaco en el caso del consumo de alcohol en el grupo evaluado menos de la mitad (20 personas) se encuentran en abuso y dependencia.

## CANNABIS

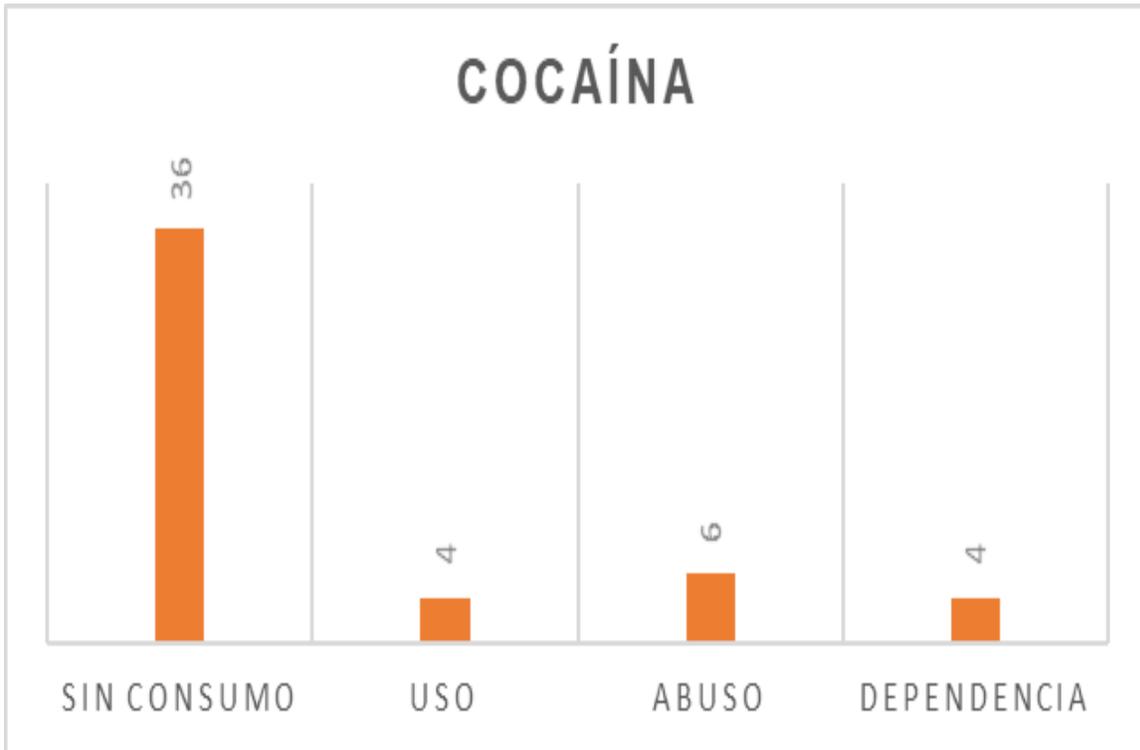
23 usuarios no consumen cannabis, (casi la mitad) 5 se encuentran en uso, 9 en abuso y 13 en dependencia.



El cannabis no fue la droga de consumo preferente para los evaluados.

## COCAÍNA

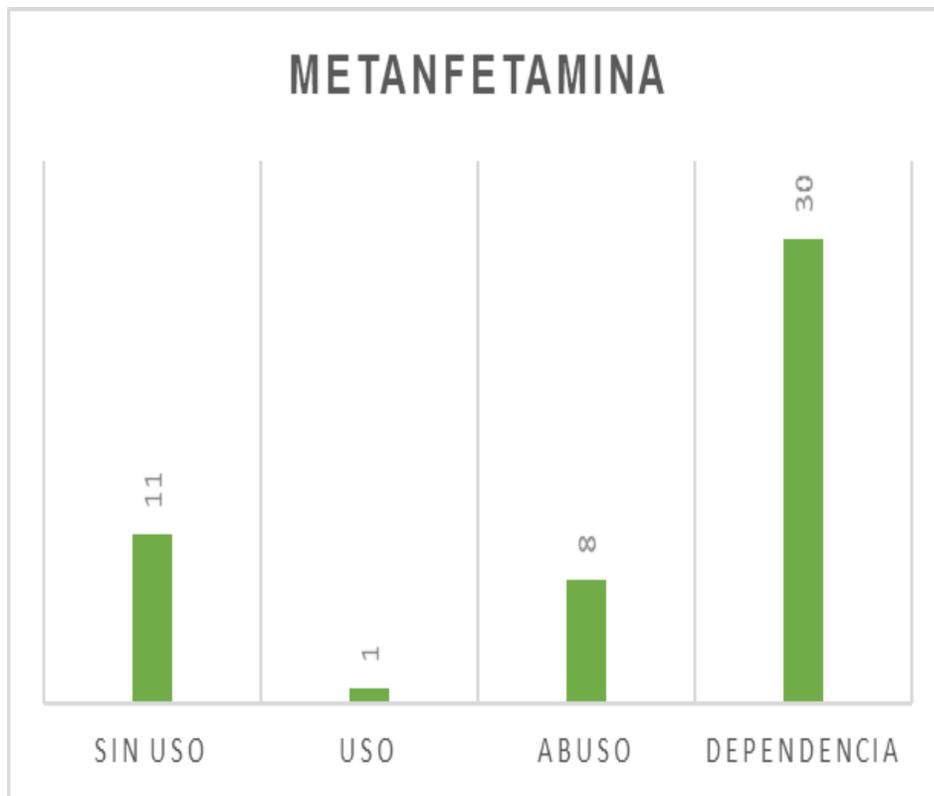
Se muestra que 36 usuarios no consumen cocaína, 4 están en uso, 6 en abuso y 4 en dependencia.



Los patrones de consumo de sustancias pueden variar regionalmente. En este caso el consumo de cocaína no sobresale en la muestra evaluada.

## METANFETAMINAS

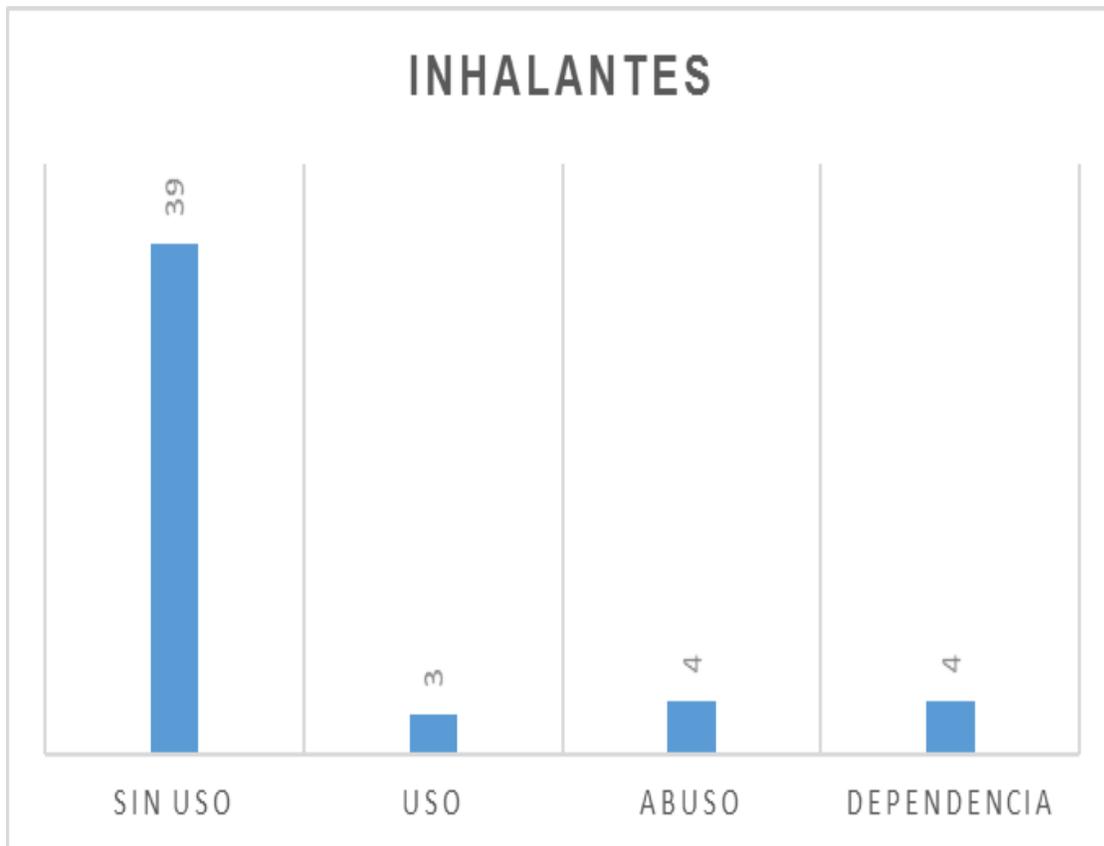
11 usuarios no consumen anfetaminas, 1 se encuentra en uso, 8 en abuso y 30 en dependencia, por lo cual se determina que es la droga de mayor impacto en la población evaluada.



En esta categoría se evaluó el uso de variantes del cristal.

## INHALANTES

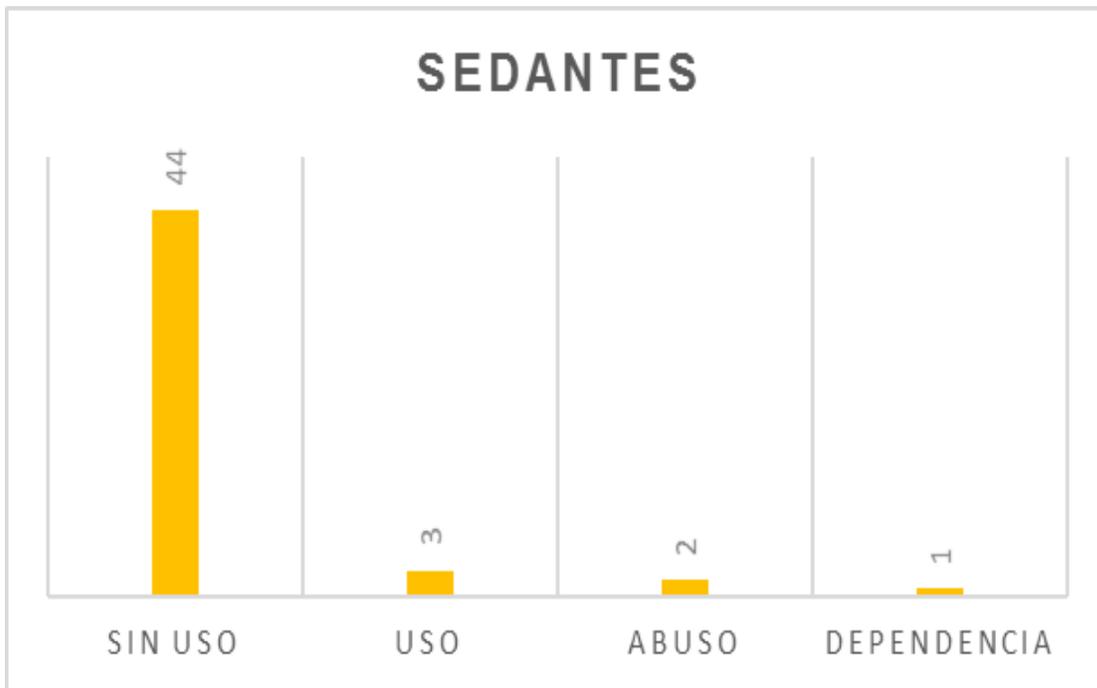
39 usuarios no consumen inhalantes, 3 se encuentran en uso, 4 en abuso y 4 en dependencia.



Esto significa que es una droga de bajo impacto en la población evaluada.

## SEDANTES

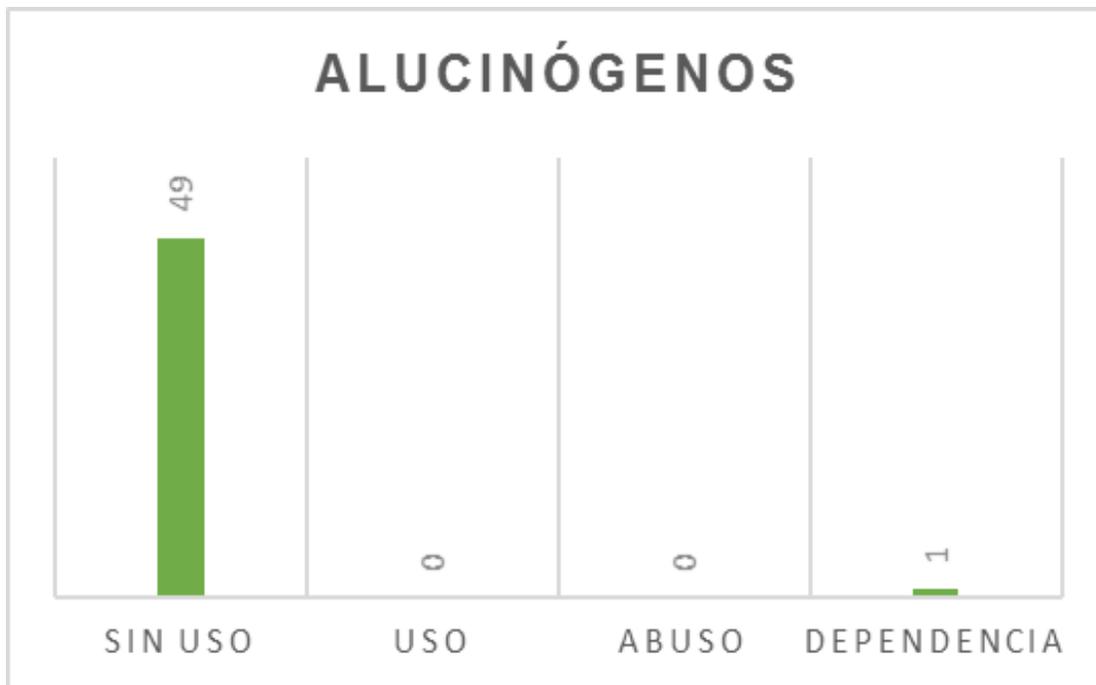
La mayor parte del grupo con 44 personas no ingiere sedantes, 3 están en uso, 2 en abuso y solo 1 en dependencia.



Este patrón es parecido al de inhalantes, no constituye la sustancia de consumo habitual en los evaluados.

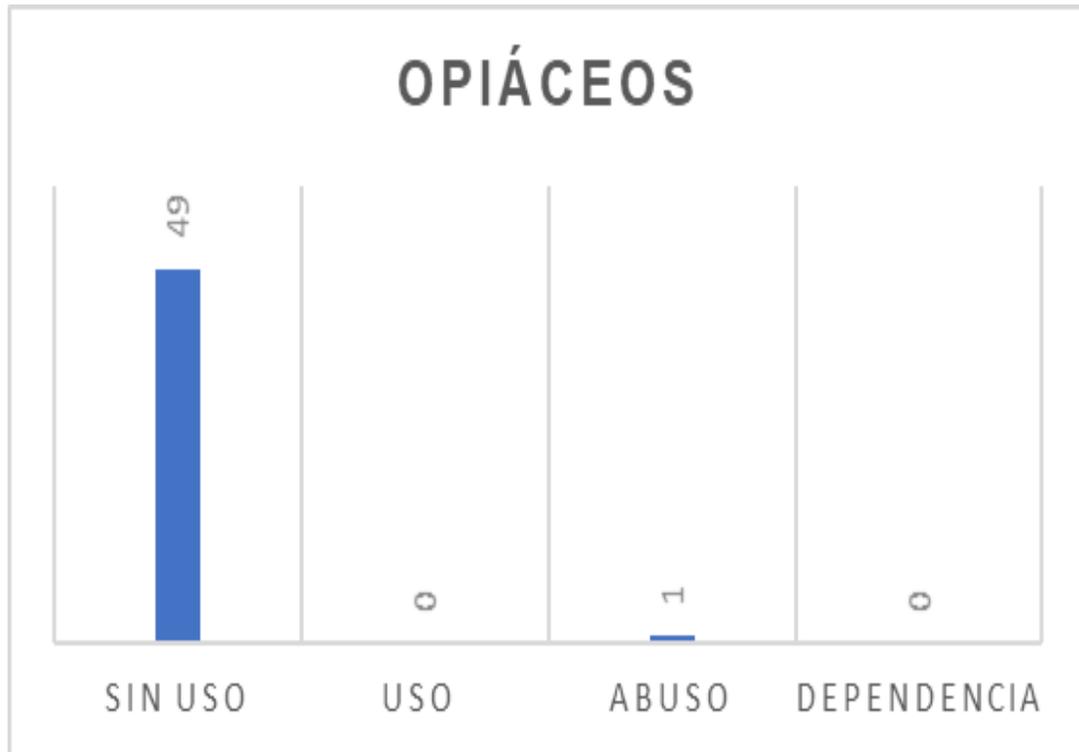
## ALUCINÓGENOS

Se obtiene que 49 usuarios no consumen alucinógenos y sólo 1 en dependencia, siendo una de las drogas de menor impacto.



## OPIÁCEOS

49 usuarios no consumen opiáceos y solo 1 usuario se encuentra en abuso, por lo cual se determina que es la segunda droga de menor impacto.



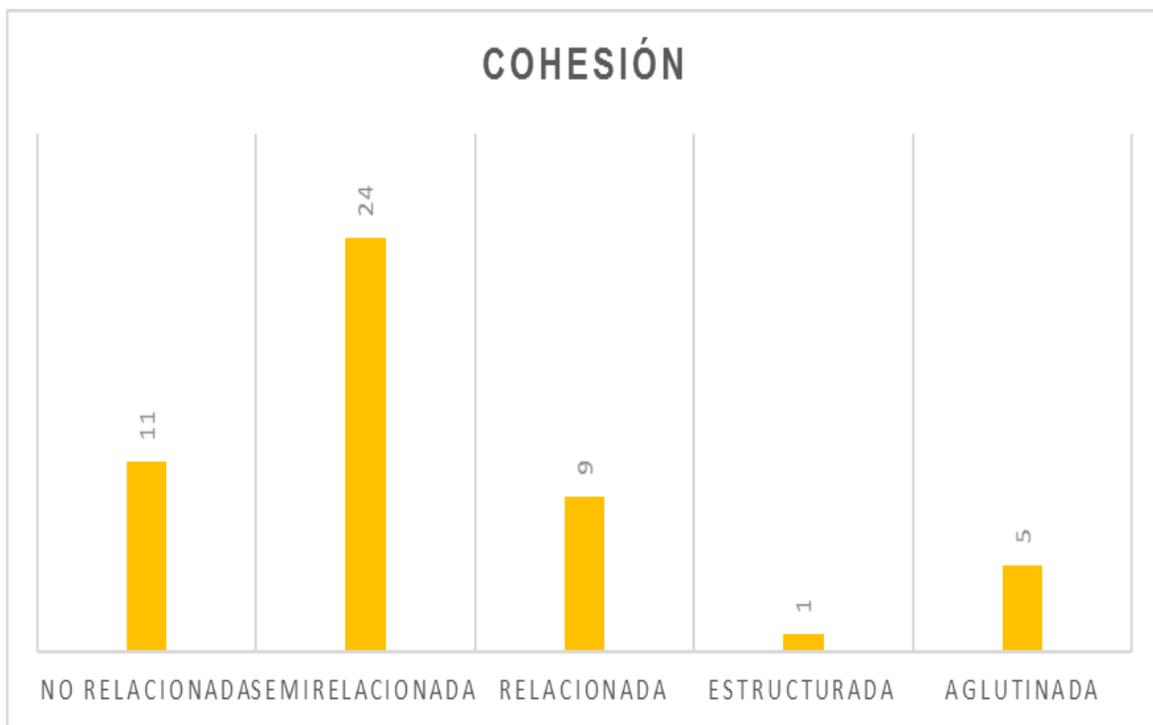
Como podemos observar la droga que más se ha consumido en esta población es el cristal un (derivado de las metanfetaminas).

### 4.1.3. FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas a padres de familia.

#### COHESIÓN

Se obtiene como resultado que 11 familias no están relacionadas, 24 son semi-relacionadas, solo una es estructurada y 5 familias aglutinadas.

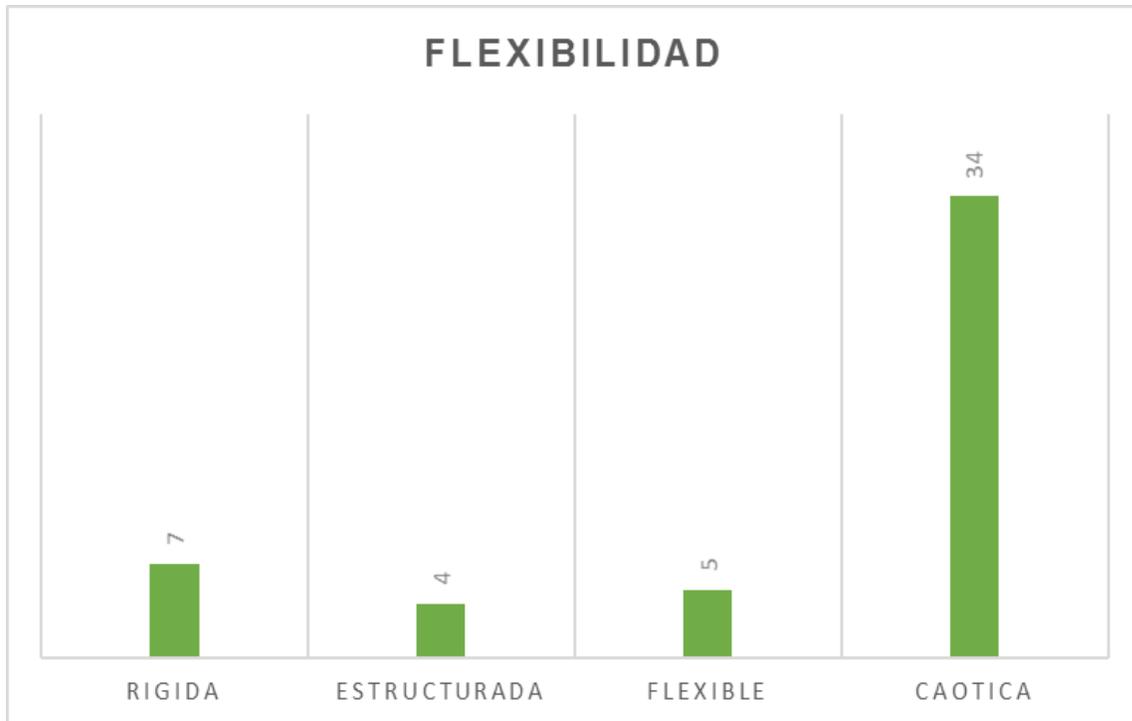


Esto significa que sólo 10 familias de 50 cumplen con una cohesión que constituiría protección hacia el consumo de drogas.

Las otras 40 familias manifiestan estrategias de cohesión de riesgo.

## FLEXIBILIDAD

Se grafica que 7 familias son rígidas, 4 estructuradas, 5 son flexibles y 34 son caóticas.



El ser una familia estructurada y/o flexible constituiría un elemento protector. En la gráfica se aprecia que solo 9 familias están en este rango la mayoría (34) tienen estructuras caóticas o rígidas (41).

Con base en la gráfica anterior se muestran familias con una inadecuada cohesión y estructuras caóticas.

#### 4.1.4. CRUCE DE VARIABLES

Del muestre general se seleccionaron solo variables para identificar tendencias.

No se encontró relación entre el nivel educativo, los patrones de consumo y los estilos de relación familiar. Sin embargo, se mostró que a mayor escolaridad (preparatoria y universidad) es menor el consumo de cannabis.

No se encontró relación entre el estado civil y los patrones de consumo

El consumo de tabaco correspondió a 48 usuarios. Esto apoya los datos generales que mencionan.

La droga de impacto es la anfetamina con 39 consumidores en el rango de dependencia.

## **CAPÍTULO 5**

### **DISCUSIÓN**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

A continuación, se presentan las conclusiones a las cuales se llago después de realizar esta investigación.

##### **PRIMERA**

A través de la presente investigación se acepta la hipótesis que menciona que hay una relación de factores familiares (cohesión, adaptabilidad) que pueden inducir al consumo de sustancias tóxicas, ya que hay ausencia de familias estructuradas y existe más presencia de familias caóticas.

##### **SEGUNDA**

Se alcanzó el objetivo general que menciona identificar cuáles son los factores de riesgo familiares en relación con el consumo de sustancias tóxicas, a continuación, se mostrarán algunos factores.

En concordancia con Paladines (2010) el cual menciona que estas son algunas pautas que existen para iniciar un consumo:

1. Estructura familiar disfuncional: ausencia de uno o ambos padres, por divorcio, enfermedad, muerte u otro factor.

2. Falta de cohesión familiar: actividades dispersas de los integrantes, ausencia de espacios para la convivencia familiar, vínculos débiles entre sus miembros.
3. Clima afectivo inadecuado: conflictos, inexpressión emocional, represión.
4. Estilo educativo familiar rígido o caótico: reglas y funciones poco claras, falta de límites, ausencia o distorsión de la comunicación.
5. Consumo
6. Consumo de drogas por parte de familiares o presión de la familia para usar drogas.

### **TERCERA**

Se realizaron tablas para revisar los objetivos específicos, encontrándose que se clasificó el tipo de drogas, su función e incidencia en la población evaluada.

Se categorizaron los factores de riesgo familiares que inducen a una posible drogadicción encontrando principalmente familias caóticas y rígidas.

Se logró relacionar los factores de riesgo familiares en el consumo de sustancias tóxicas.

### **CUARTA.**

Graficando los resultados se puede notar que a mayor grado de escolaridad se reduce únicamente el consumo del cannabis.

No se encontró relación entre el estado civil y el consumo de sustancias.

Existe un fuerte consumo de tabaco determinando que es una sustancia con la cual se puede iniciar un consumo de otras sustancias tóxicas, y contrario a lo esperado el consumo de alcohol no siguió este patrón. En el caso del tabaco, a pesar de ser una sustancia que sirve de entrada a otras más fuertes, su consumo no disminuye.

De igual manera las gráficas indican que la droga de mayor consumo es el estimulante cristal una sustancia usada por la mayor parte de la población evaluada, por lo cual es la sustancia de mayor impacto en los evaluados.

## **5.2 SUGERENCIAS**

Se sugiere que para este centro de rehabilitación se estructuren pláticas para la concientización a los padres e hijos acerca de la mejora en los estilos de relación familiar, fortaleciendo los estilos de cohesión estructurados previniendo el uso de sustancias toxicológicas y/o recaídas desde el fortalecimiento familiar con límites.

Crear modelos tipo escuela para padres donde se informe, se sensibilice acerca del consumo de sustancias como el tabaco que es una droga legal con consecuencias importantes de salud.

Fortalecer las intervenciones médicas y psicológicas breves en el consultorio pueden ser la diferencia que promueva la recuperación y el cambio personal.

También a nivel escolar brindar pláticas con el fin de que la población se mantenga informada y desde esta información los profesores también puedan

detectar los factores para poder prevenir o poder intervenir ante una situación de adicción.

En el área social que se realicen campañas para el público en general, las cuales sirvan como redes de apoyo y de esa forma mantener a la población informada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Publicado por la Organización Mundial De la Salud en 1992 con el título The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research, CIE- 10 trastornos mentales y del comportamiento imprime técnicas graficas forma S.A Rufino Gonzales. 14 28037 Madrid

### REFERENCIAS VIRTUALES

Alvarado, D. S. (s.f.). *Adicciones*. Obtenido de <http://adicciones.org/index.html>

Cameron, K. y. (1975). *Manual on drug dependence* . Ginebra.

CIJ A.C. (2018). *Consumo de drogas “Alguna Vez en la Vida”*. Obtenido de <http://www.cij.gob.mx/patronatosCIJ/pdf/Hidalgo.pdf>

CONADIC. (2008). *ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES*. (CONADIC, Ed.) MEXICO.

Espinal, I., Gimeno, A., & Gonzales , F. (2003). *El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La*. Obtenido de <https://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>

- García, D. L. (2007). *EL ADICTO Y LA FAMILIA EN RECUPERACION* . Obtenido de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43\\_adicto.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43_adicto.pdf)
- García, F. y. (agosto de 2011). *Factores familiares, su influencia en el consumo de*. Obtenido de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v9n2/v9n2a1.pdf>
- García, M. B. (agosto de 2011). *Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas*. Obtenido de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v9n2/v9n2a1.pdf>
- Glosario de términos de alcohol y drogas. (1994). Obtenido de [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
- Guaman, M. I. (2010). *“DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑAS Y SU INCIDENCIA EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR*. Obtenido de [http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf?fbclid=IwAR1LxXGfz6QXRB4p5GQ4jLb9OuDBHo\\_8bN0141SUbZ1eRAenRplbnhcrv0U](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf?fbclid=IwAR1LxXGfz6QXRB4p5GQ4jLb9OuDBHo_8bN0141SUbZ1eRAenRplbnhcrv0U)
- Hernandez, J. V. (2017). *La familia y sus estilos de crianza como factor de riesgo para el consumo de sustancias toxicas* . Pachuca Hgo.
- INFODROGAS. (2019). *Informacion y prevencion contra las drogas* . Obtenido de <https://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?start=3>
- LA POLICIACA . (11 de AGOSTO de 2011). *1 de cada 10 jovenes en Mexico ha consumido drogas ilegales: INEGI*.
- Ludizaca, B. E. (2013). *TIPOS DE FAMILIA ESTRUCTURAL Y LA RELACIÓN CON SUS LÍMITES”*. Obtenido de [http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4302/1/Tesis.pdf?fbclid=IwAR0Mm-hQ6DbxrBuu39fktysckgQQy0\\_xK78BvzotPFKaR\\_0xylx0K2NGSgo](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4302/1/Tesis.pdf?fbclid=IwAR0Mm-hQ6DbxrBuu39fktysckgQQy0_xK78BvzotPFKaR_0xylx0K2NGSgo)
- Luwing, B. v. (1928). *teoria de los sistemas* . Obtenido de <https://psicologiaymente.com/psicologia/teoria-general-de-sistemas-ludwig-von-bertalanffy>
- Minuchin, S. ( (1986).). *Familias y Terapia Familiar*. . México: Gedisa.

- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Compendio de Términos de Alcohol y Sustancia Psicoactivas*.
- Pons, J. y. ((1994). *Familia y conductas desviadas: el consumo de alcohol*. Madrid.
- Rio, F. P. (2011). *Estudios sobre adicciones* . Obtenido de [https://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2012/02/2011-Estudios-sobre-adicciones.pdf?fbclid=IwAR0qQ1Vb-FAIlg3P9qYpisxxBBuRiNeHTpBJgUR1Rv6k\\_Eil322qPQ1EI2TE](https://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2012/02/2011-Estudios-sobre-adicciones.pdf?fbclid=IwAR0qQ1Vb-FAIlg3P9qYpisxxBBuRiNeHTpBJgUR1Rv6k_Eil322qPQ1EI2TE)
- Rossi, P. (2008). *Las drogas y los adolescentes*. Madrid : TEBA,S.L.
- Saenz, I. (2010). *la relacion afectiva y vincular de los adictos con la familia en la infancia y en la adolescencia*. Obtenido de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC102419.pdf>
- Simón Tavera, M. J. (2012). *Prevención de las adicciones y promocion de conductas para una nueva vida*. Obtenido de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva\\_vida/nv1e\\_prevenccion.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_prevenccion.pdf)
- Tapia, D. C. (2016). *Adicciones en el adolescente desde un enfoque holistico*. Obtenido de [http://www.librosoa.unam.mx/bitstream/handle/123456789/263/Adicciones\\_2016.pdf?sequence=4&isAllowed=y&fbclid=IwAR1OG969ftV7x9QbZ\\_QGRPCLcPqGH27pS2IDSNqbNZCz1ouGL4JqW3sIKag](http://www.librosoa.unam.mx/bitstream/handle/123456789/263/Adicciones_2016.pdf?sequence=4&isAllowed=y&fbclid=IwAR1OG969ftV7x9QbZ_QGRPCLcPqGH27pS2IDSNqbNZCz1ouGL4JqW3sIKag)
- Vanina Schmidt, J. P. (2010). *Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III*:. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v3n2/art04.pdf>

**ANEXOS**

Tulancingo, Hgo, a \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 2018.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por H. Guadalupe Pérez Franco de la Universidad Humanista Hidalgo. La meta de este estudio es realizar una investigación donde se indaguen los Factores de riesgo familiares y el consumo de sustancias toxicológicas en un Centro de Rehabilitación en Tulancingo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder algunas preguntas a los usuarios en la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Posteriormente a la familia se le pedirá contestar unas preguntas de la Prueba llamada Faces III.

Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los fines de esta investigación. Sus respuestas de las Pruebas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán totalmente anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en alguna forma.

---

Nombre y Firma del Participante.

Cuestionario 1 para usuarios.

PRUEBA DE DETECCIÓN DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS  
(ASSIST V3.1).

Nombre del usuario \_\_\_\_\_

No. de Expediente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

PREGUNTA 1   A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido <i>alguna vez?</i> (solo las que consumió sin receta médica)		
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Sí
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Sí
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No	Sí
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Sí
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Sí
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Sí
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Sí
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Sí
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Sí
j Otras, especifique:	No	Sí
Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"	Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.	

<b>PREGUNTA 2   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Una o dos veces</b>	<b>mensual</b>	<b>semanal</b>	<b>Diario o casi-diario</b>
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j Otras, especifique:	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

PREGUNTA 3   En los <i>últimos tres meses</i> , ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensual	Semanal	Diario O Casi-diario
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique:	0	3	4	5	6

PREGUNTA 4   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensual	Semanal	Diario o casi-diario
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j Otras, especifique:	0	4	5	6	7

<b>PREGUNTA 5   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).					

<b>PREGUNTA 6   ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	<b>No, nunca</b>	<b>Si, en los últimos 3 meses</b>	<b>Sí, pero no en los últimos 3 meses</b>
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique:	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

<b>PREGUNTA 7   ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?</b>	<b>No, nunca</b>	<b>Si, en los últimos 3 meses.</b>	<b>Sí, pero no en los últimos 3 meses</b>
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique:	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

<b>PREGUNTA 8</b>   ¿ <i>Alguna vez</i> ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses.	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			
<b>NOTA IMPORTANTE</b>			
A los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos tres meses se les debe preguntar acerca de sus hábitos de inyección durante este período para determinar sus niveles de riesgo y el mejor curso de intervención.			

Como calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica.

Por cada sustancia (de la "a" a la "j") sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8. Por ejemplo, una pregunta para cannabis, se calcula como: **P2c+P3c+P4c+P5c+P6c+P7c**. Observe que la pregunta 5 para tabaco no este codificada y se calcule como: **P2a+P3a+P4a+P5a+P6a+P7a**.

El tipo de Intervención se determina por la puntuación				
	Registrar la puntuación para cada sustancia	No requiere intervención (Consejo Breve)	Requiere intervención Breve	Tratamiento más Intenso (PSC/PPR)
a. Tabaco		0-3	4-26	27+
b. Bebidas alcohólicas		0-10	11-26	27+
c. Cannabis		0-3	4-26	27+
d. Cocaína		0-3	4-26	27+
e. Estimulantes tipo anfetamina		0-3	4-26	27+
f. Inhalantes		0-3	4-26	27+
G. Sedantes o pastillas para dormir		0-3	4-26	27+
h. Alucinógenos		0-3	4-26	27+
i. Opiáceos		0-3	4-26	27+
j. Otros		0-3	4-26	27+

Cuestionario 2 para la familia.

ESCALA DE COHESION FAMILIAR (FACES III).

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

En la columna situada a la izquierda anote los números del 1 a 5 según corresponda a la respuesta que desea dar.

	RESPUESTAS: NUNCA 1, CASI NUNCA2, ALGUNAS VECES 3, CASI SIEMPRE 4, SIEMPRE 5.
	1.Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si
	2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
	3.Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
	4. los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
	5.Nos gusta convivir solo con los familiares más cercanos.
	6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
	7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
	8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
	9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
	10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
	11. Nos sentimos muy unidos.
	12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
	13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está

	presente.
	14. En nuestra familia las reglas cambian.
	15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
	16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
	17. Consultamos los unos con otros para tomar decisiones.
	18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
	19. La unión familiar es muy importante
	20. Es difícil decir quien hace los labores del hogar.

