



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE  
MÉXICO**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA**

**“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADOLESCENTES  
CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**GUADALUPE VIDAL MENDOZA**

**NO. CUENTA: 1022328**

**ASESOR**

**DRA EN C. S. BRENDA RODRÍGUEZ AGUILAR**

**TOLUCA, MEXICO, OCTUBRE DE 2015**

## INDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I: FAMILIA EN UN CONTEXTO DE DESARROLLO</b>	<b>12</b>
1.1.- Concepto	12
1.2.- Tipología	14
1.2.1.- Tipos de familia	15
1.2.2.- Tipologías tradicionales	15
1.2.3.- Familias de nuevo tipo	15
1.3.- Estructura Familiar	17
1.4.- Funcionamiento Familiar	21
1.5.- Familia Mexicana	23
<b>CAPÍTULO II.- EL ADOLESCENTE EN SU FAMILIA Y ENTORNO</b>	<b>25</b>
2. I.- Perspectivas teóricas de la adolescente	26
2.1.1 Ciencia comportamental del desarrollo	26
2.1.2 Modelo de ajuste persona-contexto	27
2.1.2 Modelo ecológico del desarrollo humano de Urie Bronfenbrenner	28
2.2.- Factores de riesgo y factores de protección en la familia	29
2.3.- Función de factores de riesgo y protección en el adolescente	30
<b>CAPÍTULO III. DROGAS</b>	<b>31</b>
3.1.- Definición	34
3.2.- Tipos de drogas	36
3.2.1.- Depresora del Sistema Nervioso Central	36
3.2.1.1.- Alcohol	36
3.2.1.2.- Inhalables	38
3.2.1.3.- Barbitúricos e Hipnóticos	39
3.2.1.4.- Tranquilizantes menores	39
3.2.1.5.- Opiáceos	39
3.2.2- Estimulantes del Sistema Nervioso Central	40
3.2.2.1.- Tabaco	40

3.2.2.2.- Cocaína	40
3.2.2.3.- Drogas de diseño	40
3.3.- Modelos Interpretativos del consumo de drogas	41
3.3.1.- El modelo Jurídico	41
3.3.2.- El modelo de la distribución del consumo	42
3.3.3.- El modelo medico tradicional	43
3.3.4.- El modelo de reducción del daño	44
3.3.5.- El modelo de la privación social	45
3.3.6.- El modelo de los factores socio-estructurales	46
3.3.7.- El modelo de la educación para la salud	47
3.3.8.- El modelo psicológico individualista	48
3.3.9.- El modelo socio-ecológico	50
3.4.- Funciones que cumplen las drogas en nuestra sociedad contemporánea	51
3.5.- Las drogas en México	52
3.5.- Las consecuencias de la drogodependencia en el interior de la familia	54
<b>CAPITULO IV. MÉTODO</b>	<b>55</b>
4.1.- Objetivo	56
4.2.- Planteamiento del Problema	56
4.3.- Tipo de Investigación Planteamiento del Problema	57
4.4.- Definición de Variables	58
4.5.- Definición del universo de estudio	60
4.6.- Definición de la muestra	60
4.7.- Instrumentos	60
4.8.- Diseño de Investigación	61
4.9.- Captura de información	62
4.10.- Procesamiento de información	63
<b>RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS</b>	<b>64</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>89</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>93</b>
<b>SUGERENCIAS</b>	<b>94</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>95</b>

## RESUMEN

La adolescencia es una etapa central en el proceso de construcción de la identidad, la cual se ve influenciada por los factores de riesgo y protección que lo rodean. Muchos de estos factores se presentan dentro del ámbito familiar, que es determinante en la vida del adolescente (Rojas, 2001). La familia es un sistema que se encuentra constituido por una red de relaciones y conformada por subsistemas en donde cada miembro evoluciona y se desarrolla a través de diferentes etapas, sufriendo cambios de adaptación en donde son imprescindibles las normas, reglas, límites y jerarquías que funcionan en el ambiente familiar, existiendo así diferentes tipos y estructuras, evidenciándose la funcionalidad o disfuncionalidad (Quintero, 2007).

La familia como estructura cumple un papel significativo en la vida del adolescente, la manera en que como se desenvuelva y la capacidad para resolver problemas son comportamientos que el joven va adquiriendo, un grave problema de hoy en día es el consumo de drogas visto como un fenómeno familiar, este suele iniciarse en la adolescencia y está vinculado con el proceso propio de crecimiento: la exploración de experiencias nuevas, la autoafirmación el contacto con personas fuera del ámbito familiar. El hablar acerca del problema de las adicciones es muy complejo y genera sensaciones y emociones diversas, como preocupación, rechazo y temor entre otras: además tiene severas consecuencias sociales, las relaciones afectivas entre padres e hijos juegan un papel muy importante en el desarrollo de conductas problemáticas como el consumo de drogas en los adolescentes. Siendo un tema de interés que se ha convertido en un problema de salud pública, por tanto de interés de varios sectores encargados de la salud y para el presente trabajo, ya que como se menciona la población más afectada es la de los adolescentes siendo la población consumidora más común.

El objetivo principal de esta investigación fue: Identificar el funcionamiento familiar en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. El estudio se realizó con 60 adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas del centro de atención primaria a las adicciones con un rango de edad de 12 a 18 años que estudian en los niveles secundaria y preparatoria. Dentro de los resultados obtenidos se observa

que los adolescentes de menor edad tienen un mejor funcionamiento familiar en comparación con los jóvenes que tienen la mayoría de edad, respecto al género las mujeres tienen un funcionamiento familiar óptimo en cuanto a los factores que tienen que ver con más apego a la familia, como comunicación, tiempo compartido, organización y roles, en comparación con los hombres.

## INTRODUCCION

El problema de las adicciones es muy complejo y genera sensaciones y emociones diversas, como preocupación, rechazo y temor entre otras: además tiene severas consecuencias sociales, las relaciones afectivas entre padres e hijos juegan un papel muy importante en el desarrollo de conductas problemáticas como el consumo de drogas en los adolescentes. A este respecto, se destaca el vínculo existente entre el consumo de drogas del adolescente y la pertenencia a familias en las que predomina un ambiente tenso y conflictivo o una pobre comunicación (Geringer, 1998).

La influencia de la familia resulta ser la variable que con más insistencia se plantea en los trabajos referidos a factores de riesgo y protección, es así que padre y hermanos sirven de modelos de comportamiento apropiado o inapropiado y refuerzan o castigan a la vez la conducta de los adolescentes (Craig, 1996). Así, la familia puede incrementar el riesgo para el abuso de drogas en los hijos, tanto a través de factores específicos como a través de factores no específicos que caracterizan el funcionamiento familiar. Dentro de los Factores Específicos están: exposición a las drogas, exposición directa (modelados negativos de uso de drogas de los padres) y actitudes de los padres ante las drogas. Dentro de los factores inespecíficos están: el conflicto familiar, el estilo educativo, la exposición a estrés, la psicopatología y la negligencia (Flores, 1998).

Existen argumentos teóricos en los que afirman que el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los padres puede propiciar el consumo de esta misma sustancia por los hijos. Por otra parte, la existencia de problemas de relación en la familia y sus consecuencias en el clima familiar y en diversas variables individuales de los hijos se han señalado como uno de los principales desencadenantes del aumento de la frecuencia del consumo de drogas (Geringer, 1998).

La mayoría de las investigaciones corroboran que los adolescentes con mayor riesgo de involucrarse en el consumo de drogas son los que perciben a sus familias como distantes y poco unidas, a sus padres como menos involucrados en sus actividades, y a la comunicación que mantienen con ellos como deficiente.

Por todo lo anterior en la presente investigación se abordara el funcionamiento familiar en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas, dado que no hay muchas investigaciones que aborden esta temática, se pretende comprender como es la percepción de adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas en cuanto a su cohesión familiar, patrones de comportamiento que rigen en su familia en la distribución de tareas, reglas, ya que como se viene mencionando la familia es una de las principales influencias socializadoras de los individuos, quienes adquieren valores, expectativas y pautas de conducta.

## **CAPITULO I. LA FAMILIA EN UN CONTEXTO DE DESARROLLO**

La familia es un sistema que se encuentra constituida por una red de relaciones y conformada por subsistemas en donde cada miembro evoluciona y se desarrolla a través de diferentes etapas, sufriendo cambios de adaptación en donde son imprescindibles las normas, reglas, límites y jerarquías que funcionan en el ambiente familiar, existiendo así diferentes tipos y estructuras, evidenciándose la funcionalidad o disfuncionalidad. La comunicación es el vínculo principal para que se desarrolle un ambiente familiar adecuado debido a que todos tenemos la necesidad de compartir lo que sabemos, pensamos y sentimos tratando así de llegar a la resolución de conflictos que puedan darse.

La familia como estructura cumple un papel significativo en la vida del adolescente, la manera en que como se desenvuelva y la capacidad para resolver problemas son comportamientos que el joven va adquiriendo, un grave problema de hoy en día es el consumo de drogas visto como un fenómeno familiar, este suele iniciarse en la adolescencia y está vinculado con el proceso propio de crecimiento: la exploración de experiencias nuevas, la autoafirmación el contacto con personas fuera del ámbito familiar. Si a ello le añadimos el afán de muchos padres por no escatimar en recursos para que nada les falte a sus hijos, entenderemos por que muchos jóvenes carecen en la actualidad de la capacidad para demorar la obtención de gratificaciones y realizar esfuerzos dirigidos hacia metas aun lejanas. En este capítulo de abordaran los temas de familia, estructura familiar, funcionamiento familiar, llegando hasta la familia mexicana aunque no haya mucho estudio en el aspecto del país se han visto algunas modificaciones en este estructura familiar, desde la reglas hasta los roles.

### **1.1 Concepto**

#### **Etimología**

El termino familia procede del latin familia “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe gens”, a su vez derivado de famulus, “siervo, esclavo”. El término abrió su



campo semántico para incluir también a la esposa e hijos del pater familias, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabo reemplazando a gens.

La familia es un sistema activo en transformación constante; dicho de otro modo: un organismo complejo que modifica en el tiempo a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que lo componen.

La familia es el sistema más básico y central de la cultura humana en el que, salvo excepciones todos los seres de nuestra especie nos integramos nada más nacer.

Para Fishman (1995), la familia como institución, es la fuente de las relaciones más duraderas y el sustento social del individuo, con pautas de relación que se mantienen a lo largo de la vida, lo que la convierte en la instancia con mayores recursos para producir cambios.

Al respecto, Minuchin y Fishman (1993), señalan que es un contexto natural para crecer y para recibir auxilio; un sistema vivo que intercambia información interna y externamente donde las fluctuaciones de origen interno o externo suelen ser seguidas por una respuesta que devuelve el sistema a su estado de constancia, pero si la fluctuación se hace más amplia, la familia puede entrar en una crisis en la que la transformación tenga por resultado un nivel diferente de funcionamiento capaz de superar las alteraciones y exigencias del medio.

Mientras que Satir (1983) y Minuchin (1974) la definen como un grupo compuesto de dos adultos de ambos sexos, que mantienen una relación sexual socialmente aceptada y viven bajo el mismo techo, y los hijos procreados o adoptados por dicha pareja; pero en primer término la definen como sistema considerado como un todo que contiene varias partes individuales, cada una de ellas es fundamental y tiene relación con las demás para alcanzar un resultado. En el enfoque sistémico, las personas y los eventos se estudian en términos de sus interacciones, es decir, como se relacionan dentro del sistema que forman, en el presente. De manera que cuando se estudia a la familia a partir de este enfoque, se considera como la unidad de tratamiento, ya que se trabaja con el sistema y no en término de personas enfermas. Así para Minuchin (1986), la familia se desarrolla en el transcurso de cuatro etapas a lo largo de las cuales el sistema familiar sufre variaciones; los periodos de desarrollo

pueden provocar transformaciones al sistema y un salto a una etapa nueva y compleja:

Las etapas reconocidas como el ciclo de vidas, son:

Formación de la pareja.

La pareja con hijos pequeños.

La familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes.

La familia con hijos adultos.

Minuchin también señalo que cada etapa requiere de nuevas reglas de interacción familiar, tanto al interior del sistema. Sin embargo, hay familias que permanecen atoradas en una etapa, a pesar de que el sistema familiar requiere de una transformación ante nuevas situaciones como, por ejemplo, el nacimiento de un hijo (a) y su crecimiento, el ingreso al ámbito educativo formal, cambio de nivel escolar, cambio de escuela o el alejamiento del hogar por cuestiones del trabajo, por estudio, matrimonio entre otros.

No obstante, resulta difícil establecer etapas estándar para todas las familias, pero indudablemente hacerlo es una herramienta que le da sentido a otro trabajo con las familias, sea el objetivo de este la prevención, la intervención o la investigación.

Por lo tanto se puede decir que la familia es un sistema que tiende a estructurarse en torno a ciertas creencias o ideales, a sustentar determinados valores, a elaborar reglas y a orbitar relacionalmente alrededor de temas como la lealtad, la fidelidad, el apoyo, la solidaridad, la cercanía o la autonomía entre otros muchos.

## 1.2 Tipología

Los lazos principales que definen a una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vinculo reconocido socialmente, como el matrimonio que en algunas sociedad, solo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que

descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

### **1.2.1 Tipos de familia según Ángela Quintero (2007)**

Esta autora en su obra “Trabajo social y procesos familiares” (2007), manifiesta algunos dos tipos de familia como:

#### **1.2.2 Tipologías tradicionales**

Familia nuclear.- también conocida como familia compuesta por dos generaciones padres e hijos; los mismos que pueden ser biológicamente de la pareja o adoptados, conviven bajo el mismo techo presentando lazos de afecto más intensos y una relación íntima. Esta familia puede estar compuesta por dos miembros esposo y esposa.

Familia extensa o conjunta.- Está compuesta por varias generaciones padres, hijos, abuelos, tíos, tías sobrinos, primos y demás que comparten habitación y funciones, los miembros se basan en vínculos de consanguinidad. Llamada también familia trigeneracional debido a que tiene como mínimo tres generaciones, es posible que este tipo de familia se da con frecuencia en la clase media baja o grupos socioeconómicos inferiores.

Familia ampliada.- Se deriva de la familia extensa con la diferencia de que esta permite la presencia de miembros no consanguíneos, que interactúan y desempeñan funciones de forma temporal o definitiva, como por ejemplo vecinos, colegas, compadres y conocidos; este sistema familiar se caracteriza por la solidaridad y el apoyo.

#### **1.2.3 Familias de nuevo tipo**

Familia simultánea, antes denominada superpuesta o Reconstituida.- Son aquellas familias compuestas por adultos divorciados o separados quienes vuelven a conformar una pareja con otra persona también separada, que ha terminado con su

vínculo marital anterior. En su inicio la pareja posiblemente tenga que enfrentar situaciones difíciles y aún más cuando existen hijos por parte de uno de ellos, aquí las relaciones son mucho más complejas con personas con vidas pasadas.

Familias con un solo progenitor, monoparentales o uniparentales.- Se encuentran constituidas por uno de los padres quien se responsabiliza y convive con los hijos, se puede dar en casos de separación, abandono, divorcio o muerte. Uno de los padres tiene el deber de criar a los niños, ocasionando que los roles no sean definidos, en la mayoría de los casos son mujeres que cumplen esta función cuando los hijos son aún pequeños.

Familias homosexuales.- Es necesario reconocer dentro de la sociedad esta estructura familiar que está conformada por una relación estable y de afecto entre dos personas del mismo sexo. El hijo puede ser de uno de los miembros separado que se une a otro soltero o también puede ser adoptado; muy aparte de la aceptación ética y moral de esta familia cumple con las funciones básicas al igual que la asignación de responsabilidades. En muchos países es aceptada la relación entre mujeres que en hombres, es por esta razón que es difícil y hasta imposible la adopción de niños para la pareja.

Hogar o unidad doméstica.- Los miembros de la familia tienen un mismo fin, el de aumentar el número de perceptores económicos y alcanzar economías de gran escala de tal manera se encuentran voluntariamente unidos. En este tipo de familia pueden o no estar incluidos los vínculos afectivos siendo difícil saber cómo son las relaciones entre cada miembro, sus roles y funciones lo que interesa principalmente es la relación económica dentro del hogar.

Familia de origen.- Formada por la familia nuclear siempre será la misma es decir los padres biológicos o sustitutos y hermanos es importante diferenciarlos de las demás familias porque la mayoría funcionan en dos sistemas familiares paralelos el nuclear actual (pareja e hijos) y la familia de origen (donde inicio su existencia). Se utiliza en la relación de ayuda al referirse al grupo nuclear del paciente. (Quintero, 2007).

En general, hablando de cualquier tipo de familia se llega a la conclusión de que es un sistema integrado por dos o más integrantes, estos pueden ser papá, mamá e hijo que comparten, creencias, reglas, valores en su sistema.

### **1.3 Estructura familiar**

La estructura describe a la totalidad de las relaciones existentes entre las personas que forman el sistema, entonces la estructura familiar hace referencia a las demandas funcionales, organización de normas y pautas transaccionales que constituyen las formas de interactuar de cada individuo dentro de la familia. Las pautas transaccionales son las que normalizan la conducta de cada miembro y son conservadas por dos sistemas de coacción; el primero establecidas por las normas universales a su vez existiendo funciones jerárquicas, el segundo es la característica de cada miembro involucrando sus intereses y expectativas. (Quintero, 2007)

Cada individuo es un subsistema en donde desempeña funciones y a su vez forma diadas como esposo- esposa o padre- hijo. Dentro de la estructura familiar existe lo siguiente:

Limites.- Son las reglas que marcan quien y como participa cada uno de los miembros logrando así la diferenciación entre ellos para un mejor funcionamiento del sistema familiar.

Los límites pueden ser:

Rigidos.- Es un sistema cerrado, autoritario, produciendo problemas familiares dando como resultado desapego y sensación de aislamiento, por ejemplo en la familia se hace solo lo que el padre sin tener derecho a replicas.

Confusos.- Cuando existen este tipo de límites es un sistema suelto, no se sabe quién manda a quien, nadie lleva el control dentro de la familia.

Inexistentes.- En el sistema familiar no existen reglas, jerarquías ni límites que puedan organizar a los integrantes de la familia.

Flexibles.- la familia que presente límites flexibles la comunicación y las jerarquías son claras, transparente por lo tanto es funcional permitiendo que el sistema pueda ser sociable fuera y dentro del mismo, sin dejar de lado su individualidad y autonomía. Cada individuo es aceptado y respetado sin dejar de lado las normas y reglas existentes, por ejemplo cada miembro cumple sus funciones, los hijos el papel de hijos y los padres de padre existiendo flexibilidad y buena comunicación.

Jerarquías.- es la función del poder y de las estructuras en la familia diferenciando los roles que desempeñan tanto los padres como los hijos, deberán estar claramente definidos para evitar problemas entre los subsistemas. Puede existir jerarquía horizontal o vertical, en la primera tienen el mismo poder por ejemplo el padre y la madre, en la segunda hay distintos niveles de poder por ejemplo padres e hijos, para que el sistema sea funcional tienen que estar los límites claros y flexibles.

Alianza.- es la unión entre dos miembros de la familia tienen apoyo mutuo y comparten los mismos intereses sin estar dirigida contra nadie.

Coalición .- a diferencia de la alianza esta es la unión de dos miembros contra un tercero por tanto es un acuerdo de alianzas establecido para mutuo beneficio de ambas dividiendo a la triada en dos compañeros y un adversario. (Minuchin, 1997).

Normas y Reglas.- son una guía de regulación de roles y conductas para que cada sistema se desenvuelva tanto interna como externamente es una sociedad, son fijadas para que los individuos puedan vivir juntos y exista un mejor funcionamiento en la estructura familiar.

Minuchin (1977) menciona que la familia es un sistema que opera dentro de los contextos sociales específicos y tiene tres aspectos importantes:

A).- La familia está en constante transformación por la necesidad de adaptarse a las diversas exigencias de los estadios de desarrollo por los que atraviesa de manera que asegure continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen. Este doble proceso de continuidad y crecimiento se da a través de dos

funciones tendencia homeostática y capacidad de transformación.

B).- La estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto que se autogobierna mediante reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo a través del ensayo y error, delimitando que está permitido en la relación y que no, hasta llegar a una definición estable de la misma, es decir, a la formación de una unidad sistemática regida por modalidades transaccionales.

Minuchin (1977), afirma que estas modalidades transaccionales que regulan el comportamiento de los miembros de la familia se mantienen por obra de dos sistemas coactivos.

La familia es en esencia un sistema vivo de tipo "abierto", tal como lo describió Bertalanffy en 1968. Al conceptualizarlo así, dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, el psicológico, el social además la familia, pasa por un ciclo donde despliega funciones como: nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología.

El ser humano es un animal social, busca a los de su misma especie, desde el nacimiento, el impulso primario va hacia el mantenimiento del contacto y comunicación interpersonal, y por tanto se encuentra en constante interacción consigo mismo y con los otros. Por lo tanto no puede considerarse al individuo, a la familia, a la estructura social como sistemas cerrados o como entidades separadas e independientes, sino que son interrelacionadas de un todo que cambian y se transforman a lo largo del tiempo. Pues el individuo y el grupo actúan recíproca e interdependientemente, ambos influyen selectivamente en el proceso de cambio, el hombre es un sistema abierto a un continuo intercambio de energía entre su organismo y el ambiente exterior.

Estos conceptos de estructura constituyen el fundamento de la terapia de familiar. Sin embargo, la terapia estructural de familia debe partir de un modelo de normalidad que le permita medir las anomalías.

Las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos, uno interno y el otro externo:

- a) La protección psico-social de sus miembros (interno).
- b) La acomodación y transmisión de una cultura (externo).

Con todo esto se puede observar que la estructura familiar estará compuesta por diversos sistemas y funciones que proporcionaran a la familia encontrar los recursos para una buena funcionalidad, a continuación se hará mención de aquellos;

Otro factor importante en la estructura familiar es la cohesión de acuerdo a González (2003), la cohesión familiar es el vínculo y autonomía existente entre los miembros de la familia; independencia, límites internos y externos, límites generales, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés y ocio. Además Olson, 1989 (citado en Martínez y Panpliega; 2006) clasifica a las familias según su cohesión en:

- 1.-No relacionada
- 2.-Semi relacionada
- 3.-Relacionadas
- 4.- Aglutinadas

Así mismo Atri y Zetune (1987) definen a la cohesión como el involucramiento afectivo, el cual se refiere al grado en que la familia, como un todo, muestra interés y valora las actividades e intereses de cada uno de sus miembros.

Por otra parte Rodrigo y Palacios (2001), argumentan que la familia es un núcleo que puede dar problemas y conflictos pero que también constituye un elemento de apoyo ante dificultades surgidas fuera del ámbito familiar y un punto de encuentro para tratar de resolver las tensiones surgidas en su interior.

De acuerdo a Jaes (1992), la cohesión es la coalición emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Hay cuatro niveles de cohesión; desvinculada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y enmarañada



(muy alta). Los niveles centrales de cohesión separada y conectada, son más viables para el funcionamiento de la familia, los niveles extremos como cohesión desvinculada, se consideran problemáticos y en el extremo opuesto se encuentran sistemas desvinculados donde se estimula un alto grado de autonomía.

#### **1.4 Funcionamiento familiar**

Para Olson, 1989 (citado en Martínez y Panpliega; 2006) el funcionamiento familiar se compone principalmente por la cohesión y la adaptabilidad de las familias, las cuales tienen a la comunicación como una dimensión facilitadora cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal. González (2003) define a la cohesión familiar como el vínculo emocional y autonomía existente entre los miembros de la familia, además menciona que la adaptabilidad es la habilidad del sistema familiar para modificar las estructuras de poder, roles y las reglas de relación, en respuesta al desarrollo evolutivo vital de la familia. Para entender mejor el funcionamiento familiar, el individuo como ser social se relaciona dentro de su sistema familiar y este acapara lo positivo o negativo de su contexto a su desarrollo personal. Además las familias pueden entenderse en términos de su funcionamiento ya sea asintomático, promedio, según los procesos transaccionales y óptimo, como a continuación se describe cada uno de ellos (Bravo, 2004).

- Funcionamiento Familiar asintomático: La familia es considerada normal, al no existir síntomas de disfunción o psicopatología en los miembros de la familia.
- Funcionamiento familiar promedio: Implica que las familias en el rango medio de funcionamiento están tan desviadas de la norma como las familias severamente disfuncionales ya que la mayoría de las familias tienen problemas.
- Funcionamiento familiar según los procesos transaccionales: Las familias normales se conceptualizan en términos de procesos universales, características desde los sistemas, implican integración, mantenimiento y crecimiento de la unidad familiar en relación con el sistema individual y social.

Minuchin (1989), propone dos categorías para investigar el funcionamiento de una familia:

- a).-Distribución de roles y
- b).-Jerarquías de poder

Satir (1991), considera las siguientes:

- a).-Grado de colaboración y apoyo entre sus miembros
- b).-Distribución de tiempos y
- c).- Grado de organización o “ingeniería” familiar

Estrada (1991), propone las siguientes categorías:

- a).-La capacidad para reconocer y resolver problemas emocionales
- b).- La intensidad y calidad de la comunicación
- c).-La clase y graduación de la expresión afectiva
- d).-El nivel de autonomía que se permite a sus miembros, y
- e).-La presencia o ausencia de problemas psicopatológicos en tres o más miembros de una familia.

Otro aspecto importante para poder conocer el funcionamiento familiar es el modelo de Sistemas de Beavers, que de acuerdo a Beavers y Hampson (1995), se elaboró durante un estudio sobre salud familiar con el objetivo de identificar aquellas cualidades de la familia asociadas con el éxito en importantes funciones familiares como la crianza de los hijos. Este esquema de evaluación familiar puede ser un valioso mecanismo para aprender a “pensar en sistemas”, es decir, a pensar en los pacientes y en la enfermedad como fenómenos contextuales como:

- a).-Familias que también tienen diversos estilos de funcionamiento, que pueden tener relación con la adaptación o la competencia y
- b).-El modelo debería ser compatible con conceptos clínicos esenciales del funcionamiento familiar, que han sido producidos por la terapia familiar.

En conclusión, un punto indispensable para que una familia se desarrolle plenamente es su funcionamiento, el cual se entiende como los patrones de comportamiento e interacción de la familia, estos de acuerdo con algunas dimensiones como cohesión, comunicación, roles, estructura de poder, resolución de conflictos, expresión de afectos, control de la conducta entre otros.

### **1.5 Familia mexicana**

El contexto social determina no solo la estructura familiar sino también las relaciones familiares y hasta las relaciones de parentela (Espinosa, 2009). De acuerdo al INEGI (2012), los cambios demográficos, económicos, sociales y culturales ocurridos en México durante las últimas décadas, han influido en la evolución y composición de las familias, lo que invita a la reflexionar sobre su situación actual, es decir, sobre la nueva familia mexicana a la que cualquier campo de estudio se enfrenta.

Tuirán (2001), en su trabajo titulado Estructura familiar y trayectoria de vida en México, señala cómo a principios del siglo XX culturalmente predominaba el modelo de tradicional de familia nuclear o conyugal (pareja heterosexual de esposos residentes en un hogar independiente con hijos a su cargo), basada en una división sexual del trabajo que mantenía la hegemonía formal del sexo masculino sobre el femenino, puesto que se asignan los roles asociados con la crianza, el cuidado de los hijos y la realización de las tareas específicamente domésticas a la mujer y el papel de proveedor de los medios económicos al hombre.

Datos más actuales indican que en el México del siglo XXI (Espinosa, 2009; INEGI, 2012b), la mayor parte de los hogares continúan siendo familiares (90.5%) y 97.3% de la población residente del país forma parte de ellos. La proporción de los hogares no familiares es de 9.3% y la conforman los hogares unipersonales o grupos de personas que no tienen parentesco con el jefe del hogar (hogares correspondientes). Por su parte, los hogares familiares encuentran su fundamento en las relaciones de parentesco que existen entre sus miembros; hay casos donde el jefe convive sólo con sus hijos (hogar monoparental) o bien convive con sus hijos y su cónyuge (biparental); en conjunto, a estos hogares se les denomina nucleares y representan el 70.9% del total. Aun ante la creciente dificultad económica de iniciar o mantener

constituida una familia, se observa un aumento paulatino en el número de hogares con estructura extensa (hogares ampliados y compuestos); de acuerdo con datos de la muestra censal de INEGI (2012b), en 62.7% de los hogares extensos convive la nuera, el yerno o los nietos del jefe del hogar, sin importar la convivencia con otros parientes.

A través del tiempo, las relaciones familiares mexicanas se han visto notoriamente afectadas por una serie de cambios debido, entre otros elementos, al incremento en el índice de divorcios y la proliferación de familias reconstruidas, el incremento de las relaciones extramaritales y la cohabitación, así como por el aumento del nivel educativo de las personas y las uniones en los distintos tipos de familia.

En estos cambios de la estructura familiar intervienen los patrones de relación, entre los que sobresalen la coalición de intereses entre amor, familia y libertad personal, resaltando la lucha de hombres y mujeres por la compatibilidad entre trabajo y familia, amor y matrimonio, lo que conlleva a la pérdida de identidades sociales tradicionales donde surgen las contradicciones de los roles de género: quien cuida a los hijos, quien lava los trastes o asea la casa: lo que antes se hacía sin preguntar, ahora hay que hablarlo, razonarlo, negociarlo y acordar.

Sin embargo, a pesar de tener evidencia de la influencia de la estructura sobre el funcionamiento familiar mexicano, se tiene poca evidencia de investigación que aborde este tema. Siendo de gran interés los cambios de roles que se han generado con el tiempo, por ejemplo que sea el hombre quien se quede en casa a hacer los quehaceres, mientras que la mujer sea el sustento económico y salga a trabajar esto entre muchas otras se han ido modificando con el paso del tiempo.

## CAPITULO II. EL ADOLESCENTE EN SU FAMILIA Y ENTORNO

La adolescencia constituye un importante periodo de transición en el curso del desarrollo humano, puesto que implica el paso progresivo de la infancia a la edad adulta. El cambio es la esencia de la adolescencia. En efecto, el segundo decenio de la existencia humana se caracteriza por la variedad e intensidad de las transformaciones en todos los aspectos del desarrollo: el biológico, el psicológico y el de la vida social. En este capítulo analizaremos los numerosos cambios y transformaciones que vive el adolescente. En primer lugar, haremos un breve análisis del “ser adolescente” y llegaremos hasta sus formulaciones más actuales. Seguidamente, revisaremos algunas de las perspectivas teóricas más importantes que han guiado la investigación en el ámbito del desarrollo durante la adolescencia. Finalmente, describiremos cuáles son los factores de riesgo y factores de protección en la familia que un adolescente tiene.

En la actualidad, la investigación relacionada con el ajuste en la adolescencia pone cada vez más el énfasis en el estudio del consumo de drogas en una población de chicos y chicas que, en principio, no muestran problemas de conducta clínicos que pudieran justificar o explicar la implicación en dichas conductas. Tradicionalmente la adolescencia, como una etapa de cambio, ha representado un periodo crítico en el inicio y experimentación en este tipo de conductas (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003; Steinberg y Sheffield Morris, 2001), conductas que constituyen, según Moffit (1993), un indicador importante de desajuste psicosocial en la etapa adolescente.

Se considera que la familia como contexto más importante e inmediato del desarrollo (Bronfenbrenner, 1979), mantiene su influencia en el bienestar de su hijo también en el periodo adolescente. En este sentido, está ampliamente contrastado que la calidad de las relaciones familiares es crucial para determinar la competencia y confianza con la que el adolescente afronta el periodo de transición de la infancia a la edad adulta (Butters, 2002; Steinberg y Sheffield Morris, 2001).

Estas relaciones influyen en cómo los jóvenes negocian las principales tareas de la adolescencia (adquisición de la identidad y autonomía), la medida en que se

encuentran implicados en problemas comportamentales generalmente asociados a este periodo (conductas de riesgo como el consumo de sustancias) y la habilidad de establecer relaciones íntimas significativas y duraderas fuera del contexto familiar (Honesty y Robinson, 1993).

Así, en la literatura más reciente sobre el consumo de drogas en la adolescencia, se constata que entre los factores del funcionamiento familiar que más se relacionan con el consumo de sustancias en los adolescentes se encuentran: una disciplina inconsistente o carencia de disciplina, unas expectativas poco claras del comportamiento de los hijos, un control o supervisión pobres, una aplicación excesiva del castigo, escasas aspiraciones.

## **2.1 Perspectivas teóricas**

En una revisión de Compas y colaboradores (1995), se presentan tres marcos interpretativos fundamentales del desarrollo adolescente.

Desde los modelos biopsicosociales, se considera que el desarrollo adolescente se da simultáneamente en múltiples niveles: la maduración física y biológica, que incluye el desarrollo del cerebro y del sistema nervioso central; el desarrollo de procesos de pensamiento, tales como los procesos socio-cognitivos, la habilidad de solución de problemas, la capacidad lingüística y las habilidades espacio-visuales; y, finalmente, el cambio en los contextos sociales en los que el adolescente se desenvuelve, así como en los roles socialmente definidos que debe desempeñar en estos contextos. El reconocimiento de la interrelación entre estos aspectos del desarrollo caracteriza los modelos biopsicosociales, en los que, por ejemplo, se analiza la relación entre pubertad y conducta, cognición, emoción y relaciones sociales.

### **2.1.1 Ciencia Comportamental del desarrollo**

Este modelo señala la necesidad de un acercamiento interdisciplinar al estudio del desarrollo adolescente. Este acercamiento, está integrado por las distintas disciplinas científicas tradicionales (sociología, antropología, psiquiatría infantil,

pediatría, criminología, demografía y educación), también integra la investigación básica y la aplicada. El concepto central en este modelo es la interrelación entre contextos, factores y conductas. Así, el impacto de distintos contextos sociales (familia, escuela, iguales, sociedad) en el adolescente es interdependiente y también existe una interrelación entre las conductas en que éste de implica, tanto saludables como desajustadas (por ejemplo, el consumo de sustancias).

### **2.1.2 Modelos de ajuste persona-contexto**

Estos modelos surgen de la conceptualización del desarrollo adolescente como una función del ajuste entre las características del sujeto y del entorno ambiental (Eccles, Midgley, Wigfield, Buchanan y Reuman, 1993). Estos modelos consideran el desarrollo del adolescente como una interacción dinámica de las características del sujeto y de su entorno.

Los adolescentes provocan diferentes reacciones en su entorno como resultado del cambio en sus características físicas y comportamentales, y los contextos sociales contribuyen al desarrollo individual a través del feedback que proporcionan al adolescente. La calidad de este feedback depende del grado de ajuste entre las características de la persona y las expectativas, valores y preferencias. El desarrollo problemático deriva de un desajuste entre las necesidades del desarrollo de los adolescentes y las oportunidades que les proporcionan sus contextos sociales.

Por otro lado la adolescencia también se ha estudiado desde otras dos perspectivas complementarias: la del desarrollo y la del ciclo vital.

La perspectiva del desarrollo, en la que la adolescencia se analiza a partir del contexto familiar, está íntimamente vinculada a la teoría psicoanalítica y a la teoría del aprendizaje social. Tradicionalmente, esta perspectiva se centra en la madurez del sujeto, los conflictos y la identidad, y se caracteriza por la investigación en función de la edad (Frydenberg, 1997).

En contraste, desde la perspectiva del ciclo vital el desarrollo se presenta como un proceso a lo largo de la vida en el que, como principio general, no se asume ningún estado de madurez especial. Por lo tanto, la edad no funciona como una variable

que marca el desarrollo, sino como una mera variable indicadora ya que, tal y como se señaló anteriormente, se considera que el proceso de crecimiento psicológico continúa a lo largo de todo el desarrollo vital. Entonces, la adolescencia se percibe como un producto del desarrollo del niño y como un precursor del desarrollo del adulto. No es un período aislado de la vida sino una parte importante en el continuo del ciclo vital.

### **2.1.3 Modelo ecológico del desarrollo humano de Urie Bronfenbrenner**

Un modelo representativo del estudio del desarrollo humano desde la óptica del ciclo vital es el modelo ecológico del desarrollo humano de Urie Bronfenbrenner (1979). Este modelo ofrece un interesante marco para comprender las relaciones entre los jóvenes y el contexto social. Bronfenbrenner parte de la formulación clásica de Kurt Lewin  $C = f(PA)$  según la cual la conducta (C) es una función del intercambio de la persona (P) con el ambiente (A), para definir el desarrollo humano como “un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él” (Bronfenbrenner, 1979).

Desde la orientación ecológica, podríamos situar la adolescencia en un momento de transición ecológica durante la cual se produce una modificación de la posición de una persona en el ambiente ecológico como consecuencia de un cambio de rol, de entorno o de ambos a la vez. Se considera que toda transición es consecuencia de los procesos de desarrollo y depende conjuntamente de los cambios biológicos y de la modificación de las circunstancias ambientales, en un proceso de acomodación mutua entre el organismo y su entorno.

Desde esta perspectiva, se señala que el adolescente crece y se adapta a través de intercambios con sus ambientes más inmediatos o microsistemas (familia, escuela e iguales) y ambientes más distantes tales como el trabajo de los padres o la sociedad en general, organizados en estructuras concéntricas anidadas.

En resumen se puede decir que la adolescencia es un momento por el cual tiene que pasar el ser humano inevitablemente, cada uno lo vive de diferente manera, sin embargo es importante señalar que no solo se habla de un cambio biológico, sino



también emocional y social, estos dos últimos son un punto clave para que el adolescente tenga una “buena etapa” de crecimiento, es el momento de formar una personalidad y pertenecer a un grupo de iguales, sin embargo en ocasiones la adaptabilidad no es tan certera, la ambivalencia existe entre que está bien o mal, para esto la familia juega un rol importante como primer acercamiento de interacción, donde se va formando la personalidad de la persona.

## **2.2 Factores de riesgo y factores de protección en la familia**

La adolescencia es una etapa central en el proceso de construcción de la identidad, la cual se ve influenciada por los factores de riesgo y protección que lo rodean. Muchos de estos factores se presentan dentro del ámbito familiar, que es determinante en la vida del adolescente. A continuación se mencionara la diferencia entre los factores de riesgo y protección y cómo influyen en el adolescente para tomar conductas de riesgo como lo es el consumo de drogas.

Se entiende como factores de protección, a las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan al individuo lograr la salud integral. Estos pueden provenir de la familia, como características del grupo o comunidad al que pertenece.

Los factores de riesgo, son los atributos o cualidades de un sujeto o comunidad unidos a una mayor probabilidad de daño a la salud (Rojas, 2001). Estos últimos incrementan la probabilidad de conductas como el uso o abuso de drogas, alcohol o tabaco, debido a que los factores protectores y de riesgo están significativamente vinculados con la cultura, influyendo y viéndose influenciada por cada individuo de manera distinta (Silvia y pillòn, 2004).

Los adolescentes son un grupo propenso a realizar conductas de riesgo que involucran peligro para su bienestar y que acarrearán consecuencias negativas para la salud o comprometen otros aspectos de su desarrollo, estas conductas están relacionadas con los estilos de vida moderna, sumados a la curiosidad, la experimentación de situaciones nuevas, siendo esto parte natural del crecimiento que les da la sensación de ser adultos (Silva y pillòn, 2004).

### 2.2.1 Factores de riesgo y protección en la familia

La integración de los niños al sistema social depende de tres dimensiones: la individual, la familia y la comunitaria. Es en la dimensión familiar donde se adquieren las normas, valores, derechos, obligaciones y roles; además de preparar a la persona para el papel que desempeñara en el futuro (Leñero, 1992).

El hablar de riesgo es referirse a la proximidad o contingencia de estar expuesto a un daño y al familia es la dimensión que se encuentra en mayor cercanía a la persona, es entonces esta la que involucra un nivel más alto de peligro, puesto este se clasifica por el apoyo, trato violento, deserción escolar y poca estancia en el hogar.

En cuanto a los factores de protección, se habla de los recursos ambientales que están disponibles para las personas, así como las fuerzas que están tienen para adaptarse a un determinado contexto Tales recursos provienen igualmente de las tres dimensiones antes mencionados.

Los adolescentes que pertenecen a familias con una mejor comunicación familiar, fuerte vinculación emocional entre sus miembros y mayor satisfacción familiar, son aquellos que también perciben más apoyo de sus relaciones personales significativas (Jimenez, Misitu y Murgui, 2005).

Se puede concluir que ambos tipos de factores pueden afectar a las personas durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa se enfrentan riesgos que es posible cambiar, los factores de riesgo de manera más directa pueden influenciar el abuso de drogas de varias maneras. Mientras más son los riesgos a los que el adolescente está expuesto, mayor será la probabilidad de que abuse de las drogas, más que nada un factor de riesgo peligroso será la presión social de sus amigos para el adolescente, de igual manera cierto factor de protección como el vinculo afectivo con los padres, puede tener mayor impacto en la reducción de riesgos en el consumo del adolescente. Con esto cabe aclarar que el consumo de drogas no dependerá exclusivamente de que existan factores de riesgo si no también del individuo y si entorno.

## CAPITULO III. DROGAS

El problema de las adicciones es muy complejo y genera sensaciones y emociones diversas, como preocupación, rechazo y temor entre otras: además tiene severas consecuencias sociales, las relaciones afectivas entre padres e hijos juegan un papel muy importante en el desarrollo de conductas problemáticas como el consumo de drogas en los adolescentes. Siendo un tema de interés que se ha convertido en un problema de salud pública, por tanto de interés de varios sectores encargados de la salud y para el presente trabajo, ya que como se menciona la población más afectada es la de los adolescentes siendo la población consumidora más común.

Para poder entender que son las drogas será necesario conocer y distinguir algunos conceptos básicos al respecto, de esta manera se aclarara con mayor precisión a lo que nos referimos cuando mencionamos algún término, pues en la actualidad debido al incremento del consumo de drogas se utilizan muchos términos, y se utilizan indiscriminadamente.

### 3.1 Definición

Semánticamente, el vocablo “droga” se refiere a sustancias que producen algún efecto sobre la fisiología humana, en especial sobre la esfera psíquica.

De acuerdo con la organización Mundial de la Salud (OMS): **droga** se le considera a cualquier sustancia que introducida en el organismo es capaz de modificar una o varias de sus funciones. (Goobi, 1993).

Junto al termino droga hay otros conceptos relacionados con su uso, que también conviene definir. Conceptos como uso y abuso, adicción, uso indebido, dependencia, toxicomanía, tolerancia, efectos, consecuencias, etc. deberían ser manejados con precisión.

Definimos “uso indebido” de drogas a la ingesta de estas sin fines médicos. A partir de allí podemos destacar tres etapas en este uso que poseen características diferentes según García, (2011):

Uso: se consume en el “tiempo libre” con la intención de aumentar sensaciones, percepciones, desinhibirse, es el consumo esporádico y circunstancial.

Abuso: es el consumo más regular, afecta la vida afectiva o familiar, afecta el rendimiento escolar o laboral. Se niega el problema o se lo minimiza. Se establece cuando el consumo se reitera para una misma droga en similares o diferentes situaciones o cuando se recurre a diferentes drogas.

Adicción: Es la etapa de dependencia física o psíquica. Se caracteriza por una adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica lo cual es una consecuencia de la exposición reiterada a una droga que comienza a ser necesaria. La dependencia física se da cuando el cuerpo necesita de la droga, aquí surge el síndrome de abstinencia.

Dependencia: Cuando alguien siente o cree que no puede vivir sin una sustancia, y la utiliza en forma permanente y de manera compulsiva. Se pueden distinguir dos tipos de dependencia: la psicología es cuando el sujeto piensa que no puede seguir sin consumir la droga los pensamientos son recurrentes al pensar en el efecto que tenía cuando se ingería la droga (Goobi, 1993).

Síndrome de abstinencia: Cuando una persona ha llegado a ser dependiente de una sustancia, tiene una relación con la misma. El consumo es continuo y las dosis, según los casos, son administradas en períodos de tiempos más o menos cortos. Cuando por alguna razón la administración de dicha sustancia es suspendida, durante determinado tiempo, se produce un cuadro psicofísico denominado "síndrome de abstinencia" (Goobi, 1993).

Toxicomanía: es un estado intoxicación crónico o periódico producido por el consumo repetido de una droga natural o sintética (CIJ, 1997).

Tolerancia: Es un estado de adaptación al consumo de una sustancia con cierta dosis, la cual tiende a ser aumentada paulatinamente para obtenerse los efectos que producía en un comienzo del consumo.

Efectos: La alteración que produce la sustancia en el momento de ser introducida al organismo, y en el momento posterior es lo que se denomina efecto producido por la sustancia (García, 2003).

Estos efectos pueden ser los de excitar o estimular (como por ejemplo el café, la cocaína, las anfetaminas o las "pastillas" – MDMA y similares); tranquilizar o eliminar el dolor (como el alcohol, las benzodiazepinas –tranquilizantes-, la heroína y otros derivados del opio, etc.); ocasionar trastornos perceptivos de diversa intensidad, alucinaciones (como los "porros", o las "pastillas", LSD, cucumelo); provocar cambios conductuales como aumento o disminución de la agresividad (tabaco, anfetaminas o neurolépticos respectivamente), incrementar la sociabilidad, la locuacidad o la desinhibición (alcohol, tabaco, "pastillas", cocaína, anfetaminas) (CIJ, 1997).

Estos efectos, sin embargo, no son constantes, dependen de la dosis, de la vía de administración, de la persona: su personalidad, su estado físico, su historia personal; del contexto de uso: las circunstancias, las compañías, etc.

Estas consecuencias serán problemas a nivel físico derivándose en graves afecciones, pero antes que ello existen consecuencias a otros niveles igualmente importantes como por ejemplo, dificultades en las relaciones afectivas, aislamiento, imposibilidad de establecer una pareja duradera, imposibilidad de trabajar o estudiar con continuidad, pérdida de protagonismo en roles sociales, etc. (García, 2003)

En forma de resumen para poder decir explicar que es una droga, se puede decir que:

Droga es toda aquella sustancia natural o sintética que ingerida causa efectos en el organismo a nivel físico, orgánico y psicológico. Estamos hablando de las sustancias que generan adicción que consiste precisamente en la necesidad de seguir las consumiendo, también conocido como dependencia psicológica, cuando se ha consumido una vez y ya no se hace surge la necesidad del organismo por ingerirla a esto ya se le llama dependencia física. Cuando el organismo va desarrollando la adaptación algún tipo de droga cada vez se va a requerir de un

poco más de la sustancia para sentir el mismo efecto a esto se le llama tolerancia (Goobi, 1993).

Finalmente es importante hacer la distinción entre la persona consumidora y la que no o también llamada consumidor experimental. La primera se le puede llamar adicto ya que el consumo es por la adicción a la sustancia sin ella ya no puede seguir con su vida “normal”, la segunda solo lo ha probado una vez (curiosidad, pertenencia a grupos, presión de amigos) y ya no ha vuelto a seguir con el consumo.

Existen otro tipo de drogas que debido a sus reacciones, provocan la necesidad de volver a consumirlas; estas son las del interés para el presente trabajo, ya que son empleadas sin supervisión de nadie, con el objetivo de obtener placer, de ser aceptado antes los demás (compañeros, amigos, familia), siendo un problema de salud pública a nivel mundial, que interesa para esta investigación.

### **3.2 Tipos de drogas**

Las drogas psicoactivas que son las que pueden causar dependencia, por tanto son las de interés para esta investigación, son las clasificadas en grupos según los efectos que producen, tanto en el organismo y sus funciones, como en el psiquismo del consumidor. A continuación se dará información general de las drogas y su clasificación.

Según Velazco (1997), las drogas se clasifican en:

- 1.- Depresoras del Sistema Nervioso Central.
  - a) Estimulantes del Sistema Nervioso Central.
  - b) Alucinógenos.
  - c) Drogas de Diseño.
  - d)

Subclasificación de las drogas.

- 1.- Depresores del Sistema Nervioso Central:
  - a) Alcohol etílico

- b) Inhalables
- c) Barbitúricos e hipnóticos
- d) Tranquilizantes menores.
- e) Opiáceos (analgésicos narcóticos).

2.-Estimulantes del Sistema Nervioso Central:

- a) Cocaína
- b) Anfetaminas.
- c) Cafeína.
- d) Metilfenidato.
- e) Anoréxicos
- f) Nicotina.

3.- Alucinógenos:

- a) LSD (dietilamina del ácido lisérgico).
- b) Sustancias naturales: Mezcalina, psilocibina, Psilocina.
- c) Otras sustancias sintéticas (DOM, DMT, fenciclidina o PCP, etc.)

4.- Canabioles:

- a) Marihuana
- b) Hachis

5.- Drogas “de diseño”.

- a) Éxtasis (Tacha)
- b) Ice.

A continuación se señalarán algunas generalidades sobre cada grupo antes mencionado:

Los depresores: son sustancias que tienen como característica el disminuir el estado de alerta, deprimen la función cerebral, quien la consume está menos alerta a los estímulos exteriores y su reacción por ende es lenta y deprime el estado de ánimo. También disminuyen todas las funciones mentales superiores como: la atención, el juicio, el razonamiento, la memoria y la inteligencia (García, 1990).

Los estimulantes: son drogas que incrementan el estado de alerta. Aumentan el estado de conciencia, por tanto, mientras actúan el sujeto percibe más intensamente

el medio exterior y responde de manera más rápido a los estímulos que vienen de afuera.

Alucinógenos: pueden producir de manera variante tanto depresión como estimulación: siempre provocan una percepción distorsionada de la realidad. Se altera de manera importante el estado de conciencia, pudiendo por tanto producir alucinaciones (se ve, se siente, se oye algo que no existe).

Canabioles: se denominan así por que contienen canabinol, que proviene de la planta de marihuana; si esta droga se consume en grandes cantidades puede producir alucinaciones.

Drogas de diseño: son sustancias sintéticas, posees características especiales (más adelante se explicaran con más detalle).

### **3.2.1 Depresores del Sistema Nervioso Central.**

#### **3.2.1.1 Alcohol etílico (etanol)**

El alcohol es un ingrediente químico que contienen las bebidas como: vino, cerveza, pulque, etc. Es una sustancia natural que se forma por la fermentación del azúcar, producida por diversas levaduras.

Sus características son: sustancia incolora e inflamable, que tiene un efecto toxico y ciertas cualidades como antiséptico debido a su acción germicida. Podría llegar a considerársele como alimento debido a que contiene calorías, pero no tienen ningún valor nutricional.

Es un hecho que un trago o dos de una bebida alcohólica produce cambios en la conducta, por lo que pareciera que el sujeto que los ha ingerido esta estimulado; sin embargo esto no es así ya que la función del alcohol es depresora, actuando primero sobre los centros nervioso que controlan la conducta. Por lo tanto al disminuir la influencia de estos centros que inhiben los impulsos y adaptan las respuestas a los estímulos del medio, la conducta se libera, escapando de los controles del juicio crítico y de la racionalidad. Asi que una vez desinhibido el sujeto



parece excitado, cuando en realidad el alcohol ha ejercido una reacción depresora sobre su sistema nervioso.

La metabolización del alcohol por el organismo, cuando se ha ingerido una bebida embriagante es de la siguiente manera: el 20% de alcohol es absorbido inmediatamente a través de las paredes del estomago y pasa a la sangre, llega prácticamente a todas las células del organismo y es posible identificarlo mediante pruebas químicas especiales. El 80% restante se procesa y se absorbe desde el intestino delgado para circular en la sangre. Si la ingestión de alcohol continua de manera moderada (una copa estándar cada hora), los niveles de alcohol en la sangre nunca son altos, porque se da al organismo el tiempo necesario para metabolizarlo y evitar su acumulación excesiva.

Aunque cuando la ingestión y la cantidad ingerida de alcohol rebasan lo normal, dan lugar a la ebriedad, es cuando la coordinación motora como el equilibrio se dificultan, las funciones mentales superiores como: la razón, el juicio, la memoria se entorpecen, y se puede llegar a estados de intoxicación que ponen en peligro la vida.

Los efectos inmediatos de la ingestión excesiva de bebidas embriagantes pueden describirse de acuerdo con la gravedad y el proceso de la intoxicación:

Primera etapa: es cuando el sujeto se ve relajado comunicativo, sociable. Pareciera que se encuentra excitado, pero lo que ocurre es que esta desinhibido.

Segunda etapa: es cuando el sujeto presenta una conducta con predominio emocional, errática, con pobreza de juicio y de pensamiento. También manifiesta problemas sensorio- motrices.

Tercera etapa: predomina una confusión mental, tambaleo al caminar, visión doble y reacciones variables del comportamiento. Se tienen serias complicaciones para articular palabras

Cuarta etapa: en esta etapa el sujeto es incapaz para sostenerse de pie, existe vomito, incontinencia de orina, estupor, se está aproximando gravemente a la inconsciencia.

Quinta etapa: inconsciencia, ausencia de reflejos. Se puede sufrir una verdadero estado de coma, el cual puede producir la muerte.

Es importante reiterar que la ingesta de alcohol a largo plazo provoca lo que conocemos como alcoholismo, que es precisamente la dependencia del alcohol. En muchas investigaciones se ha encontrado que algunos de los factores que influyen para que un sujeto llegue hasta el estado de la enfermedad conocida como alcoholismo , es que el alcohol es una droga tranquilizante, disminuye o suprime los sentimientos desagradables como la angustia y la depresión, por lo tanto las personas que llegan a utilizarlo como una salida fácil de los problemas, o huida de los mismos, pero al final el alcohol no resuelve los problemas y se convierte así mismo en un gran problema.

### **3.2.1.2 inhalables:**

Los inhalables ocupan el segundo lugar de uso cuando menos una vez en la vida, por parte de la población adolescente que cursa la secundaria.

Los inhalables también son conocidos con el nombre genérico de solventes, cementos o aerosoles. Es difícil llamarlas drogas ilegales debido a su acceso, ya que pueden ser adquiridos incluso por menores de edad.

Esas sustancias suelen ser consumidas entre pequeños grupos de niños y adolescentes, utilizando diferentes métodos para su inhalación: uno de ellos es el aspirar la sustancia directamente en bolsas de plástico.

Los inhalables dañan seriamente la salud física y psíquica. La mayoría de los productos industriales tienen como sustancia activa el tolueno y muchos de estas sustancias son productos que se utilizan en el hogar, por lo cual se debe tener mucha precaución por parte de los padres. Al ser sustancias que se obtienen

fácilmente, existe el riesgo latente de que los niños y los adolescentes experimenten su inhalación, además del hecho de que quienes las consumen hacen ostentación por lo mismo. Al inhalarlas crean casi de manera inmediata una sensación de bienestar o euforia acompañada de mareo, desinhibición, lentitud en los reflejos, poca coordinación motriz e impedimento del juicio y razonamiento y genera daños en el sistema nervioso central, que generalmente son irreversibles (Liñan, 1990).

### **3.2.1.3 Barbitúricos e hipnóticos**

Son los típicos depresores del sistema nervioso central: son sedantes o hipnóticos que tienen como características inducir y mantener el sueño. Generalmente se encuentran como: drogas psicotrópicas de patente, contenidas en pastillas, capsulas, supositorios, preparados líquidos o ampulas para inyectarse.

### **3.2.1.3 Tranquilizantes menores**

Son productos medicinales, utilizados clínicamente para eliminar la ansiedad o angustia del paciente. Difícilmente pueden llegar a ocasionar una intoxicación grave. Su empleo es prescrito por los psiquiatras para el tratamiento de diversos trastornos; peor fuera de prescripción médica, su uso indiscriminado puede conducir a una seria dependencia psicológica y en cierta medida también a una dependencia física.

Los efectos del uso de estas sustancias de manera moderada son: alivian la ansiedad, dan relajación y la sensación de bienestar. Por otro lado el consumo de dosis altas durante un tiempo prolongado conduce a estados de poca coordinación motriz y un mal funcionamiento intelectual.

### **3.2.1.4 Opiáceos:**

Su nombre se debe a que provienen del opio, que es la planta que produce los bulbos de los que se extrae. Este grupo de sustancias también es llamado de los narcóticos o analgésicos narcóticos, e incluye otras sustancias, e incluye otras sustancias no naturales que producen efectos semejantes, en particular analgésica.

## **3.2.2 Estimulantes del sistema nervioso central**

### **3.2.2.1 Tabaco**

Es una planta originaria de América, cuyo uso ha perdido la finalidad curativa y ceremonial para lo que antiguamente era utilizada. Su principio activo es la nicotina , por lo que se ha descubierto que tiene una gran variedad de efectos complejos y, a veces impredecibles, tanto en la mente como en el cuerpo, así como que es la responsable de la adicción al tabaco.

### **3.2.2.2 Cocaína:**

Es una droga que se obtiene de un arbusto llamado Eritroxilon coca. Es un polvo blanco, se consume generalmente impura. Los efectos del uso de la cocaína a corto plazo son: euforia, se incrementa el estado de alerta y la sensación de una mayor capacidad para el trabajo físico e intelectual, disminuye notablemente la fatiga.

### **3.2.2.3 Drogas de diseño:**

Durante la primera mitad del siglo xx se difundió el uso de drogas sintéticas clásicas, como el LSD, la metadona, Ice, las anfetaminas y los depresores; siendo esta últimas de uso médico.

A partir de esto han surgido nuevos tipos de drogas sintéticas, que son similares a las de uso médico en cuanto a su composición química y sus efectos en la mente, pero sus diferencias impiden el control; estos nuevos fármacos son los conocidos como “drogas de diseño”.

Como se puede observar cada una de las drogas a sido detalla de una manera breve, con el fin de tener conocimiento sobre lo que puede ocasiona cada una de las drogas que tiene mayor demanda en el consumo, cabe mencionar que cada organismo es diferente y por lo tanto la respuesta ante la ingesta puede variar, no está demás poner énfasis en el análisis de la serie de mitos tales como “la mariguana es menos dañina por ser natural”, “el alcohol o cigarro”. Esto suele dar el estatus a los jóvenes, sin embargo no dimensionan las consecuencias posibles que tendrá un consumo inadecuado, como tener relaciones sexuales sin precaución, el contagio de enfermedades por el uso de jeringas de persona a persona etc.

### **3.3 Modelos interpretativos del consumo de drogas**

Los modelos interpretativos son una manera de comprender cuál o cuáles son las causas del consumo de drogas que va desde niños hasta adultos que son la población consumidora, Para ello, se analizaran los modelos teóricos que se aproximan a la explicación de este consumo: modelo jurídico, modelo de la distribución del consumo, modelo médico tradicional, modelo de reducción del daño, modelo de la privación social, modelo de los factores socioestructurales, modelo de educación para la salud, modelo psicológico individualista y modelo socioecológico, en cada caso se expondrá lo sobresaliente de cada modelo.

#### **3.3.1 El modelo jurídico**

Esta perspectiva contempla el consumo de drogas desde el punto de vista de sus implicaciones legales y delictivas. El foco de interés es el propio producto y su situación legal. El modelo jurídico asume que las drogas que no están catalogadas como legales son fuente de graves daños físicos, psíquicos y sociales, y por tanto deben quedar fuera del alcance de los ciudadanos, al otro lado de la barrera levantada por la ley.

Es decir, pretende proteger al individuo y a la sociedad de los males derivados de las drogas no institucionalizadas. Se presta especial atención al conjunto de acciones asociadas de manera directa o indirecta con aquel tipo de consumo de sustancias que pueda ser considerado como delito o como causa de delito, así como a las sanciones legales que pretenden reducirlas. La consecuencia es que el individuo consumidor de drogas no legalizadas, dependiente o no, será percibido como un desviado o, incluso, como candidato a convertirse en delincuente, y de él interesarán únicamente aquellas conductas que están relacionadas con las implicaciones legales del consumo de sustancias (Pinazo, 1993).

Como explican Pastor y López-Latorre (1993), la atención del modelo jurídico no se orienta hacia el análisis detallado de las toxicomanías y, mucho menos, de los factores causales de éstas. Su interés, por el contrario, es subrayar la responsabilidad personal en el acto delictivo, y la responsabilidad de intervención

coercitiva que tiene el sistema judicial, que deberá responder mediante sanción legal para garantizar, en la medida de lo posible, la salud pública y la seguridad colectiva.

La droga, desde este modelo, es percibida como un elemento peligroso y capaz –en determinadas circunstancias y en manos de determinadas personas– de crear situaciones de riesgo que hagan peligrar la integridad física de los individuos y la salubridad colectiva. Según este modelo, toda actividad relacionada con drogas no institucionalizadas se convierte en un comportamiento cuanto menos antisocial, si no explícitamente ilegal. El individuo implicado responderá ante el sistema judicial, que se halla preparado para tal fin, y lo hará en función de la gravedad de su falta y de las consecuencias que de ella se deriven.

### **3.3.2 El modelo de la distribución del consumo**

Este modelo incide, prioritariamente, en el análisis de la oferta y disponibilidad de una sustancia dada en el seno de una población determinada o de la sociedad en su conjunto. Se refiere sobre todo a las drogas institucionalizadas y enfatiza la importancia de la disponibilidad del producto en el medio social como factor explicativo de su consumo. La problemática del consumo del alcohol y otras drogas puede ser comprendida a partir de considerar la mayor o menor facilidad de acceso a ellas que tengan los ciudadanos. Este hecho es analizado sin entrar en el estudio de los determinantes personales o de otros determinantes sociales que pudieran contribuir al consumo de tóxicos. En todo caso, su principal aportación es analizar las relaciones existentes entre la oferta y el consumo en un medio social dado (Parker y Harmanm, 1980).

Las drogas institucionalizadas son causantes de gran número de enfermedades y de accidentes que incrementan de modo sustancial las cifras de morbilidad y mortalidad en las sociedades industrializadas.

El patrón general de consumo de sustancias institucionalizadas en una sociedad dada predice la cantidad de consumidores que abusan o dependen de ellas: cuanto mayor es la media general de consumo, más grande será la proporción de individuos abusadores o adictos. Algunas de las medidas que han sido propuest2as desde esta

perspectiva para limitar el consumo son: el aumento de los precios, el control de la publicidad, el incremento de las edades de consumo legal, las restricciones en los horarios de apertura de establecimientos vinculados al consumo, las multas y sanciones a establecimientos que dan servicio a menores de edad, la sanción al consumo en lugares no habilitados o las sanciones penales para conductores ebrios (Elzo, Elorza y Laespada, 1994). Pese a que el factor de disponibilidad es fundamental para comprender el masivo consumo de alcohol y tabaco en nuestra sociedad, la simple mención a la extensa distribución comercial de estos productos, sin mencionar otros factores psicológicos y sociales, es una explicación incompleta para comprender el consumo abusivo o adictivo en determinados individuos o grupos (Giró, 2007).

### **3.3.3 El modelo médico tradicional**

Este modelo considera la dependencia de las drogas como una enfermedad caracterizada por una pérdida del control del individuo sobre su consumo. Esto significa que la dependencia de las drogas es considerada un fenómeno vinculado exclusivamente a procesos internos del propio sujeto y para entenderla bastará apelar a la interacción entre la biología humana y las características farmacológicas de las drogas. Se contempla la drogadicción como un problema médico más, como una enfermedad más, que afecta a un individuo y es causada por la acción de una sustancia psicoactiva sobre los procesos internos biológicos de un individuo.

Esta perspectiva interpretativa ha aportado numerosos avances en el conocimiento de las características psicoactivas de las drogas y del proceso bioquímico de la adicción física, así como diferentes procedimientos de base médico-farmacológica que han resultado eficaces para el tratamiento de las adicciones. Además, su principal novedad epistemológica se halla en la consideración del adicto como un enfermo y no como un desviado social. Obviamente, el etiquetado del adicto como “desviado”, “vicioso” o “delincuente” es injusto y degradante, además de inapropiado como definición social y científica; por ello, esta consideración debe incluirse entre las aportaciones relevantes de este modelo.

La consideración del adicto como enfermo puede tener un efecto contrario al deseado, pues mantiene el etiquetado alienante del propio adicto además de contribuir poco a su papel activo en el tratamiento. Las personas tienden a crearse una autoimagen muy condicionada por la manera como perciben que son etiquetadas por los demás, siendo la etiqueta social del enfermo fácilmente asociable en nuestra sociedad al rol de pasividad. Por otro lado, la consideración de enfermedad no está libre de valoraciones sociales. La palabra “enfermo” es susceptible de ser usada con un tono claramente despectivo en el lenguaje cotidiano y, en otras ocasiones, podrá ser una manera de estigmatizar a una persona que padece una dolencia física. Aprendemos por socialización que la relación con un enfermo puede ser desagradable, pues al fin y al cabo un enfermo es alguien “distinto”. El modelo médico tradicional no constituye una interpretación suficiente para explicar la compleja problemática del consumo de drogas, no sólo por la anterior reflexión crítica sobre la estigmatización del adicto como enfermo, sino por otras carencias (Faupel, 1988).

#### **3.3.4 El modelo de reducción del daño**

Este modelo abarca campos tan distintos como la terapéutica de las drogadicciones, el significado y papel social de las drogas o la consideración moral de su consumo. Heather et al. (1993), se refieren a él como un intento de aminorar las consecuencias adversas que sobre la salud, lo social o lo económico tiene el consumo de drogas, sin requerir, necesariamente, la reducción de su consumo. El concepto de “consumo responsable” surge como propuesta fundamental de esta perspectiva interpretativa. La reducción de daños puede ser vista como un objetivo de un programa de tratamiento por ejemplo, los programas de mantenimiento con metadona, pero también como un acercamiento ético y pragmático a la problemática social de las drogas, que hace hincapié en reducir las consecuencias negativas del uso de sustancias más que en promover la abstinencia. En ambos casos, el objetivo será que dicho consumo tenga los mínimos efectos negativos posibles para las personas y para la sociedad.

Por otra parte, aunque esta interpretación reductora de daños coincida con las reivindicaciones de algunos sectores progresistas, es preciso señalar que, en su



filosofía de fondo, este modelo coincide con los principios neoliberales de no intervencionismo, individualismo, reducción de gastos públicos y liberalización mercantil. Del mismo modo, la consideración fatalista del consumo de drogas como un hecho inevitable recuerda también a la ética neoliberal en el sentido de aceptar las desigualdades como un hecho inevitable e inherente a la dinámica social y a la libertad de cada individuo para elegir su propio destino.

### **3.3.5 El modelo de la privación social**

Atiende fundamentalmente a las condiciones socioeconómicas en que tiene lugar el consumo de una determinada sustancia. Sin embargo, lo económico se contempla de manera limitada y se prioriza la relación del consumo de drogas con las clases sociales más deprimidas. De esta manera se sugiere que factores tales como la pobreza, la discriminación o la carencia de oportunidades, que pueden aparecer como producto de la sociedad urbana industrializada, se convierten en terreno abonado para la aparición del fenómeno del consumo de drogas.

Se habla de una cultura de las drogas definida en términos de separación y aislamiento con respecto a las normas y comportamientos sociales convencionales, cuando el consumo de drogas se convierte, en el seno de determinados grupos, en un símbolo visible de identidad e identificación, así como en la manifestación del rechazo a la norma convencional, lo cual constituye un modo de transgresión voluntaria de la normativa convencional (Faupel, 1988).

Por su parte, otros autores como Ventosa (1990), han señalado que el alcohol y otras drogas actúan como objetos sustitutivos de la satisfacción de necesidades sociales y económicas, como liberadores de la tensión provocada por no encontrar en la sociedad la manera y el lugar para desarrollar la propia "libido social". Las drogas permiten, a través de sus efectos psicoactivos, una evasión de la realidad frustrante o bien un medio de obtener gratificaciones que suplen, al menos de manera momentánea, la insatisfacción vital y el sentimiento de frustración.

La relación drogas-privación se puede explicar, pues, tanto por el significado social transgresor como por la experiencia psicoactiva ansiolítica y liberadora de

gratificaciones corporales y psicológicas. Las condiciones de vida de los individuos involucran aspectos económicos, laborales, materiales, así como las prioridades de valor, las normas grupales y las propiedades relacionales del entorno. Pero también involucran las oportunidades de obtener gratificaciones en la vida social y la posibilidad de satisfacer derechos básicos. Por todo ello, las oportunidades están socialmente condicionadas por la estructura social objetiva (Cockerham, Abel y Lüschen, 1993).

### **3.3.6 El modelo los factores socioestructurales**

Esta perspectiva asume que el consumo de drogas forma parte de los estilos de vida de una persona, y éstos, a su vez, están íntimamente vinculados a los estilos de vida de sus grupos de referencia. Los estilos de vida saludable suponen unas elecciones personales, aunque condicionadas por determinados factores socioestructurales ligados al estilo de vida del grupo social, es decir, vinculadas a un tipo de estilo de vida colectivo (Abel, 1991; Erben, Franzkowiak y Wenzel, 1992). Así, el consumo de diferentes drogas variará en grupos sociales distintos en función del sexo, la edad, la profesión, el grado de educación, el lugar de residencia o de procedencia y el momento histórico, entre otros factores. A partir de estas premisas se realizarán descripciones pormenorizadas del consumo de diversas drogas en distintos grupos sociales en función de los mencionados factores socioestructurales. Las dinámicas de funcionamiento grupal determinan el papel que debe desempeñar cada individuo y los patrones o pautas de comportamiento a que debe ajustarse. Considerarlo desde esta perspectiva, es decir, en función de la posición relativa que ocupa en los diferentes grupos de referencia, implica que el sujeto queda vinculado a su entorno y a la realidad social en que vive y desarrolla su actividad (Pastor y López-Latorre, 1993).

Las presiones hacia la conformidad grupal actúan como elemento que sustenta formas de conducta y de pensamiento –actitudes–. El compromiso con el grupo de referencia supone la adopción de aquellos modos de comportamiento susceptibles de satisfacer unas determinadas expectativas de los demás (Van Avermaet, 1992). La interpretación socioestructural aporta una visión de profundidad a la problemática

de las drogas, ya que toma en consideración la vinculación de la conducta de consumo a factores supraindividuales y no sólo de índole económica.

### **3.3.7 El modelo de educación para la salud**

En este modelo se contempla el consumo de drogas como un problema que afecta a la salud física, psíquica y relacional de las personas y que puede ser reducido mediante procedimientos educativos. Green (1984), explica que la educación para la salud es la disciplina que se encarga de transmitir conocimiento acerca de los comportamientos específicos que suponen un riesgo para la salud y sobre aquellos otros que, por el contrario, favorecen y protegen la salud. Este enfoque coincide con el modelo médico tradicional en la confianza depositada sobre la transmisión de información a la sociedad como una estrategia reductora de la incidencia del consumo de sustancias. No obstante, enfatiza más los aspectos educativos y comunicativos implicados en este proceso de transmisión de información, y no plantea una simple divulgación de información. Es, además, un planteamiento más interventivo que descriptivo o conceptualizador, así como más orientado a la salud integral que a la patología. Las intervenciones educativas e informativas se dirigen a cuatro ámbitos:

- El ámbito educativo propiamente dicho. En los centros educativos para niños y adolescentes son los profesores quienes asumen la responsabilidad de educar a los alumnos en la protección de la salud.
- El ámbito mediático. Se refiere a campañas en los medios de comunicación de masas dirigidas a destacar los riesgos asociados al consumo de sustancias.
- El ámbito comunitario. Incluye actuaciones en servicios sociales y comunitarios, puntos de información, programas con educadores de calle o centros juveniles, entre otros.
- El ámbito sanitario. En los centros de salud la responsabilidad de transmitir conocimiento sobre este tema corresponde al médico. Como se apuntó antes, se pone especial interés en la capacidad persuasiva del mensaje educativo o comunicativo, en la metodología comunicativa y pedagógica utilizada y, en general, en la calidad del proceso de transmisión de información dirigida a modificar las intenciones conductuales de las personas.

Siguiendo a Pastor, Balaguer y García-Merita (1999), se pueden distinguir tres tipos de estrategias interventivas en el modelo de educación para la salud:

- Mensajes inductores de miedo. Se trata de comunicaciones que pretenden motivar a sus receptores a cambiar la conducta perjudicial a través de la inducción de miedo. Las apelaciones emocionales a los riesgos que comporta el consumo de drogas son utilizadas como técnica disuasiva.
- Mensajes informativos objetivos. En este caso se utiliza información sobre las drogas con la finalidad de que los individuos receptores conozcan con rigor las consecuencias que se pueden derivar de su consumo.
- Procedimientos de modificación de conducta. Se usan en la relación directa entre el profesional de la salud y la persona consumidora o potencialmente consumidora.

El objetivo es reforzar los comportamientos saludables y modificar las creencias irracionales del individuo acerca de los motivos que le orientan a consumir sustancias.

### **3.3.8 modelo psicológico individualista**

Este modelo pone el énfasis en el individuo contemplando la complejidad y variabilidad de cualquier conducta humana. El consumo de drogas es entendido como una forma más de comportamiento y, por tanto, puede ser explicado desde los mismos principios que rigen cualquier otra conducta humana, pudiéndose aplicar a tal fin los conocimientos acumulados por las ciencias del comportamiento (Nowlis, 1982).

La conducta de consumo de drogas no puede interpretarse, desde este modelo, sin estudiar los rasgos de personalidad, las necesidades particulares, las actitudes, los valores, los hábitos de conducta o los estilos de relación social del individuo consumidor. Desde esta interpretación se toma en consideración la idea de predisposición psicológica hacia el cuidado de la salud. La disposición de una persona para llevar a cabo determinadas conductas relacionadas con su salud estará condicionada por factores psicológicos tales como la evaluación de costos y beneficios de la acción a desarrollar, la susceptibilidad percibida a una enfermedad o

dolencia particular o la percepción particular sobre la gravedad de las consecuencias de tales conductas (Becker et al., 1977).

A continuación se enumeraran una serie de principios que ayuden a comprender mejor el problema del consumo de drogas desde la interpretación psicoindividualista (Pons y Berjano, 1999):

- El consumo de sustancias satisface en el individuo alguna necesidad física, psicológica o social, y la dificultad de una persona para satisfacer estas necesidades por otros medios explica la adicción psicológica.
- Determinadas variables psicológicas actúan como factores predisponentes de la conducta de consumo y de adicción, tales como rasgos de personalidad, estructura motivacional jerarquía de valores mantenida por el individuo o actitudes hacia las drogas lo que piensa o espera de ellas.
- La información por sí sola no influye necesariamente sobre el comportamiento: por lo tanto, la difusión de información no será una estrategia preventiva suficiente. La prevención debe basarse en el individuo en su conjunto, en promover su desarrollo personal, la satisfacción de sus necesidades, su equilibrio y su madurez.

Desde esta perspectiva se estudia la conducta de consumo de drogas y no exclusivamente la adicción. Las variables psicológicas que actúan como factores predisponentes son consideradas como factores de riesgo. Un factor de riesgo del consumo de drogas es una variable cuya presencia en un individuo incrementa en él la probabilidad de consumo.

De este modo, podrá saberse que características de personalidad hacen más probable el consumo, así como que disposiciones motivacionales o que expectativas sobre las drogas lo hacen. La comprensión de los factores de riesgo permite contemplar el problema asociado a sus antecedentes más probables, y articular de este modo explicaciones causales de la vulnerabilidad individual al consumo abusivo o adictivo.

### 3.3.9 El modelo socioecológico

En este modelo el punto de partida se halla en la idea de que las actuaciones humanas dependen, en gran medida, de contextos más amplios. La conducta humana es el resultado de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive, ya que este proceso de acomodación se ve afectado por las relaciones que se establecen entre esos entornos y por los contextos más amplios en los que están incluidos los entornos (Bronfenbrenner, 1979).

Desde esta perspectiva, la salud no puede definirse en el individuo per se, sino por referencia a su entorno total: físico, social, económico, cultural, en este sentido, la salud no es un atributo del individuo mismo, sino de su interacción con el campo de fuerzas y relaciones en que se desarrolla su conducta (Sánchez y Vidal, 1998). Así, los estilos de vida saludable de una persona estarán definidos por una serie de factores interrelacionados, tales como: características individuales y del entorno microsocial inmediato: familia, amigos, trabajo, comunidad, entre otros, factores macrosociales: sistema social, cultura de valores imperante, medios de comunicación—y medio físico geográfico en que se desarrolla la conducta de los individuos.

El modelo socioecológico redimensiona el problema del consumo de drogas como fenómeno global y problema social que incluye al individuo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad, al sistema histórico-cultural, al sistema político, al sistema económico, al sistema jurídico y al propio producto y sus efectos sobre un individuo que desarrolla su comportamiento en un marco ambiental definido por los anteriores contextos. La explicación socioecológica tiene sentido por sí misma, por cuanto contempla a los consumidores y a los factores no de forma aislada, sino integrados dentro de una estructura ambiental más amplia que les otorga sentido, y de la que, a su vez, son creadores.

El consumo de drogas se interpreta desde la interacción de tres constelaciones de factores explicativos:

- a) la droga: los efectos psicoactivos y el significado social de la droga;
- b) la persona: las características psicológicas y orgánicas del sujeto consumidor;
- c) el ambiente: las características de los contextos en que se encuentra integrado ese sujeto a lo largo de su ciclo vital (Berjano y Musitu, 1987).

Desde la perspectiva de cada modelo cuando una persona ingiere una sustancia ajena al cuerpo con la característica de modificar conductas, tanto psicológicas como biológicas se le es considerado problema, sin embargo cada una busca alternativas de intervención para lograr una reducción o control del consumo, en este sentido hablando del último modelo socio ecológico parte siempre de la noción de las personas como sujetos activos en la definición de sus conductas aun cuando reciban las influencias del medio sociocultural. Al fin y al cabo, la sociedad, los grupos sociales y la cultura no son otra cosa que individuos en acción, lo cual lleva a pensar que, así como lo social repercute notablemente sobre lo individual, las personas y su actividad son las que crean y definen a la sociedad.

### **3.4 Funciones que cumplen las drogas en nuestra sociedad contemporánea**

Las drogas en nuestra sociedad contemporánea cumplen una serie de funciones se clasifica en tres niveles: económicas, sociales e ideologico-política, a continuación se explicara cada una de ellas:

**Económicamente:** no hay duda que las distintas industrias relacionadas con la droga (pequeñas empresas y transnacionales farmacéuticas, vitivinícolas, tabacaleras y del tráfico ilegal de drogas) generan grandes beneficios económicos directos e indirectos de una importancia crucial en la economía mundial, entre los que hay que señalar, por lo que las industrias legales se refiere, la importancia de los impuestos que generan para sus respectivos estados. El poder, y por lo tanto los intereses que ello comparta son enormes, y probablemente solo conozcamos una pequeña parte de la cuestión. Otro aspecto económico es el de amortiguador de los efectos de la crisis económica que en el marco de la económica informal, ejercen, en muchas ocasiones, la producción y del tráfico ilegal de drogas (Romaní, 1999).

**Socialmente:** Se puede ver como las diferentes drogas están presentes en distintos tipos de relaciones sociales, tanto de manera instrumental como simbólica: es decir, tanto para dar marcha al cuerpo (en el trabajo o en la fiesta) como para aliviar el dolor. En este sentido, el que una droga pueda ser un elemento de identificación simbólica entre grupos de jóvenes significa entrar a un mundo de aceptación sin distinción alguna. Otro aspecto es el ajuste subjetivo que se pretende establecer con las condiciones sociales de existencia a través de algunos consumos de drogas; y esto tanto a nivel individual como social, y tanto si esta institucionalizado como si se introduce a través de la mitificación y el morbo (Romaní, 1999).

**Ideológico- político,** las funciones de las drogas pueden ser múltiples y variadas, incluyendo:

La articulación de determinadas visiones del mundo en torno a la cuestión de las drogas. Los espejismos ideológicos y la manipulación política que pueden distorsionar y enmascarar otros problemas fundamentales en ciertos momentos críticos, ya sea en su visión más habitual de “la droga culpable”. Ya sea en la más específica para grupos juveniles de “a la revolución por las drogas”.

El pretexto represivo que ofrece la droga que responde a ciertas disidencias sociopolíticas, o la gran rentabilidad política, electoralista del tema. Se puede afirmar que la actual configuración del problema de la droga, más que un modelo, puede jugar el papel de caricatura de las principales contradicciones del rol que se asigna a las conductas adictivas generales dentro de la sociedad de consumo (Romaní, 1999).

### 3.5 Las drogas en México

En nuestro país, el consumo de drogas constituye uno de los principales problemas de salud pública. Los estudios recientes refieren tendencias que apuntan hacia dos vertientes: por un lado se observa que la edad de inicio de consumo en cada vez es menor; por otro lado, se registra un aumento en la posibilidad de drogas licitas como la venta de cigarrillos por pieza y la obtención de bebidas alcohólicas, incluso adulteradas; así como en la facilidad de conseguir drogas ilícitas entre la población



estudiantil, derivado de las nuevas estrategias de comercialización como el tráfico o venta prohibida.

Para dimensionar la magnitud de problema, se han realizado numerosas e importantes encuestas: cuatro de carácter nacional y diversas locales, dirigidas de manera especial a estudiantes de secundaria y bachillerato, que son la población más vulnerable y propensa al consumo.

El consumo de tabaco de acuerdo con la encuesta nacional de adicciones (ENA, 2002) un total de 16, 371,601 personas consumen tabaco de forma regular en México (fumadores activos), afectando a 17, 860, 537 individuos que involuntariamente inhalan el humo del tabaco (fumadores pasivos), con altos riesgos para su salud.

Entre los adolescentes fumadores, tanto hombres como mujeres, ha disminuido la edad a la que inician el consumo.

Alrededor de 150 personas fallecen en México diariamente a causa de alguna de las 40 enfermedades relacionadas con el tabaquismo, lo que representa una muerte cada diez minutos. Debido a que es considerable el incremento del consumo de tabaco en el adolescente y mujeres, resulta fundamental emprender acciones preventivas dirigidas a estos grupos (ENA, 2002).

El Consumo de alcohol, en el contexto internacional, México se ha caracterizado por ocupar uno de los primeros lugares de mortalidad por cirrosis hepática alcohólica. Además, en los patrones de ingestión de alcohol se observan comportamientos problemáticos, como el alto consumo por ocasión y frecuentes eventos fuera del hogar (ENA, 2002).

El Consumo de otras drogas, de acuerdo a la encuesta nacional de adicciones (2002), en México existen 3, 508, 641 personas entre 12 y 65 años de edad que han consumido drogas ilegales “alguna vez en su vida”. Esto quiere decir que en relación con el total de la población urbana y rural incluida en el estudio, el 8.6% de los

hombres y el 2.1 % de las mujeres han usando drogas ilegales en alguna ocasión, con un total para ambos sexos de 5.03%.

En las zonas urbanas, la población con consumo adictivo es más común, sobre todo del sexo masculino, sin embargo, en las mujeres el índice se acerca cada vez más al de ellos. En las zonas rurales, este problema es menor, no obstante, resulta más preocupante debido a que cuentan con menos servicios para enfrentar este problema (Villatoro, 2007).

Se puede decir que el comportamiento de la población mexicana en cuanto al consumo de drogas se caracteriza porque:

- Se inicia cada vez a menor edad.
- La población femenina se acerca con rapidez a los patrones masculinos.
- El fenómeno afecta indistintamente a hombres y mujeres de cualquier clase social.

Lo mencionado hace evidente que México se encuentra ante un problema de salud pública que requiere de programas y de acciones para promover estilos de vida saludables dirigidos a los distintos grupos de población, especialmente a adolescentes de uno y otro sexo, en quienes se ha demostrado la tendencia a incrementar el consumo de cualquier tipo de droga, aunque se haga intervención primaria de manera oportuna esto no basta.

### **3.6.- Consecuencias de la drogodependencia en el interior de la familia**

En el ámbito de los problemas por abuso y dependencia de sustancias se ha venido desarrollando una conciencia creciente acerca del impacto que el consumo de drogas por parte del individuo tiene en otros miembros de la familia incluyendo la familia extensa (Scottish, 1997).

Entre las áreas más directamente afectadas por el abuso de drogas por parte de un familiar encontramos las siguientes (washton, 1995).

- Efectos en la salud psicológica tales como cambios de humor, irritabilidad, ansiedad, culpa, preocupación, miedo y confusión.
- Efectos en la salud física, como enfermedades relacionadas con el estrés, hipertensión, úlceras, cefaleas, pérdida del apetito o compulsión por la comida.
- Efectos en las relaciones familiares, tales como reorganización de roles (especialmente significativos cuando los abuelos asumen el cuidado del hijo de padre/ madre drogodependiente), incremento en las tensiones familiares, alteraciones en la comunicación y discusiones frecuentes, con rupturas del núcleo familiar en casos extremos.
- Efectos en el ámbito financiero, incluyendo incremento del gasto económico asociado a costes derivados de determinados tratamientos, robos efectuados por el adicto y pago de deudas contraídas por este.
- Efectos en la esfera social, entre los que pueden considerarse tendencia al aislamiento de la familia y amigos, reducción de las actividades de ocio (por miedo de dejar al adicto “solo en casa” o bien por “no tener fuerzas ni ilusión”), miedo al rechazo por parte del entorno habitual.

Del mismo modo que la familia se ve afectada por la presencia de un trastorno adictivo, a su vez la familia influye en este, se ha visto, en este sentido que para muchos individuos las interacciones con la familia de origen así como con la familia actual provocó una dinámica para el uso de sustancia, de modo que las interacciones con miembros de la familia pueden agravar o perpetuar el problema o ayudar a resolverlo.

## **CAPITULO IV.- MÉTODO**

### **4.1 Objetivo general**

Identificar el funcionamiento familiar en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas.

### **4.2 Planteamiento del problema**

Uno de los problemas que se enfrenta a nivel mundial en materia de salud y bienestar social es el consumo de drogas legales e ilegales ya que según datos de la (Unodc, 2014) la prevalencia en el consumo de drogas a permaneció estable alrededor del mundo, de acuerdo con el informe mundial sobre las drogas 2014, informo que cerca de 243 millones de personas, un 5 por ciento de la población mundial de entre 15 y 64 años de edad, han consumido una sustancia ilícita durante el 2012. Alrededor de 27 millones de consumidores de drogas problemáticas, equivalente a grandes rasgos al 0.6 de la población adulta en el mundo, o lo que es lo mismo, una de cada 200 personas en la encuesta nacional de adicciones (Ena, 2008) se indica que el consumo de drogas ilegales y médicas aumentaron de 4.6 a 5.2%. La encuesta en hogares sobre adicciones (Imca, 2008) menciona que en la población mexiquense tres cuartas partes de hombres y mujeres han incrementado su consumo en los últimos cinco años. Algunas características de quienes usan drogas (población de 12 a 25 años) son: no estudian, trabajan o reciben algún salario que les permite comprarla, no viven con sus papás, en su entorno social hay personas que consumen drogas y disfunción familiar. Por esta razón la familia ha sido uno de los contextos en el que los investigadores han localizado un mayor número de factores de riesgo y protección en relación con el consumo de psicoactivos en los adolescentes. Secades y Fernández (2001), definen como factores de riesgo “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. Por ejemplo, se ha observado que las pautas de interacción familiar, como la comunicación deficiente, los frecuentes conflictos, la baja cohesión, el excesivo castigo o el consumo de los propios padres, repercuten directamente en el consumo de los

hijos/hijas (Natera, Borges y Medina, 2001). La asociación entre el funcionamiento familiar y el consumo de sustancia por parte de alguno de sus miembros, resaltan la necesidad de implicar a la familia en la prevención y tratamiento del consumo de drogas. Ha existido cierta tendencia a no valorar la relación que existe entre el funcionamiento familiar y el riesgo de consumo en los hijos. Un tercio de los padres no cree que las malas relaciones familiares sean un factor de riesgo y la mayoría está a favor de que se reduzca el consumo mediante normas legales o a través de la formación escolar (Pinazo Hernan- Dis y Pons Diez, 2001).

Teniendo en cuenta la relevancia de este fenómeno, no solo a nivel familiar, sino social, será importante observar la relación entre el funcionamiento familiar y el consumo de psicoactivos en adolescente, ya que el nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo: la adicción de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienden a modificar su estilo de vida para ayudar al adicto (Ares, 1990).

Con base a lo anterior se buscará identificar características predominantes en el funcionamiento familiar de adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas, esto permitan realizar con mayor acierto, las intervenciones tanto terapéuticas como de prevención.

De acuerdo a lo anterior, se propone la siguiente pregunta de investigación:

¿Cual es el tipo de funcionamiento familiar en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas?

#### **4.3 Tipo de investigación**

Se utilizó un enfoque cuantitativo no experimental y descriptivo, de tipo transversal, por lo que solo se estudiaron las variables de forma simultánea en una sola medición, en el momento en que se llevo a cabo el estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

La investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Lo que se hace es observar fenómenos tal y como se da en su contexto natural, para después analizarlos. (Hernández, Fernández y baptista, 2010). El principal objetivo de los estudios transversales es estudiar el fenómeno en un momento determinado (Pick y López, 2007).

#### 4.4 Definición de variables

Definición Conceptual: El funcionamiento familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa una familia (Huerta, 1999).

Definición Operacional: Esta variable se medirá por la escala de Funcionamiento Familiar de (Palomar,1998) se encuentra compuesto por los siguientes factores:

**Cohesión:** se refiere al grado en el cual los miembros de la familia tienen un sentido de unión y pertenencia. Este grado de unión familiar se refleja en el apoyo y cooperación entre los miembros de la familia tanto para realizar actividades cotidianas como para resolver problemas, así como, con el hecho de que los miembros de la familia realicen actividades juntos.

**Relaciones de pareja:** se refiere a la fuerza y calidad de la diada paterna. Esta dimensión está relacionada con el grado en el que la pareja comparte intereses, se apoya mutuamente, se siente querido y valorado con el otro, puede hablar abiertamente de sus sentimientos y expresar sus afectos a través del contacto físico. También está relacionado con el grado en el que la pareja comparte tiempo sin los hijos y puede resolver sus problemas sin que sea necesaria la intervención de algunos de ellos.

**Autonomía:** grado en el cual se fomenta en la familia que cada uno de los miembros sea independiente, pueda resolver por si mismo sus problemas y tome sus propias decisiones sin que ello ocasione distanciamiento y/o desunión familiar.

**Estructura de poder:** se refiere en la distribución de poder en el sistema familiar y a la claridad por parte de los miembros de la familia acerca de quién o quienes ejercen dicho rol.

**Comunicación:** esta dimensión mide la capacidad de la familia para expresar abiertamente las ideas, discutir los problemas, negociar los acuerdos y expresar verbal y no verbalmente el afecto.

**Reglas:** esta dimensión se refiere al grado de flexibilidad-rigidez y a la claridad de la familia respecto a las reglas que le dan estructura. la autora elabora una serie de distinciones: familias con control de conducta rígido, familias con control de conducta flexible, familias con control de conducta caótico.

**Roles:** esta dimensión se refiere a los patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares, a la claridad de las tareas que deben cumplir los individuos.

**Organización:** estructura y orden en la familia.

**Tiempo compartido:** momentos de interacción entre los miembros de la familia.

**Violencia física y verbal:** nivel de agresión que puede existir entre los miembros de la familia.

No todas las investigaciones cuantitativas plantean hipótesis de acuerdo a (Hernández, Fernández y Baptista 2010) el hecho de que se formule una hipótesis o no depende de un factor esencial: el alcance inicial del estudio y como el objetivo principal de esta investigación es identificar, más no correlacionar una dato con otro, no será necesario elaborar una hipótesis

#### **4.5 Definición del universo**

Se trabajo con un muestreo no probabilístico de tipo intencional, ya que la muestra no probabilístico, de acuerdo a (Hernández, Fernández y Baptista 2010) la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador.

La población utilizada en esta investigación fueron adolescentes de ambos sexos de edad que oscila de 12 a 18 años que consumen sustancias psicoactivas, detectadas por CAPA (centro de atención primaria de las adicciones) en los niveles secundaria y preparatoria.

#### **4.6 Definición de la muestra**

Se tomaron 40 adolescentes que consumen sustancias psicoactivas, por el CAPA centro de atención primaria de las adicciones, con un rango de edad de 12 a 18 años que estudian en los niveles secundaria y preparatoria.

Las edades oscilaron entres los 12 y 18 años con un promedio de edad entre los 14 años.

De la población (60 Jóvenes con consumo de sustancias psicoactivas) analizada el 23% fueron mujeres y 37% hombres

#### **4.7 Instrumento**

Palomar (1999) elaboró el instrumento de funcionamiento Familiar con la finalidad de crear una forma de medición que fuera válida y confiable para la cultura mexicana. Un análisis factorial de los reactivos revelo diez dimensiones que explica, en total, el 53.3% de varianza e índices de confiabilidad que van desde .52 a .94. los factores que emergieron son los siguientes de tipo Liker con cinco opciones de respuesta: nunca; casi nunca; a veces; casi siempre y siempre: 1) relación de pareja, 2) comunicación, 3)cohesión familiar, 4)falta de reglas y apoyo, 5) tiempo que



comparte la familia, 6)autonomía familiar, 7)autonomía familiar, 8)organización, 9)autoridad y 10)violencia física. Brevemente se explicara en qué consiste cada uno:

- **Relación de pareja:** establece las características particulares de la relación de pareja, e intereses en común
- **Comunicación:** expresión de sentimientos, pensamientos y opiniones
- **Cohesión:** grado de pertenencia o apoyo entre los miembros de la familia
- **Falta de reglas y apoyo:** ausencia de límites y soporte entre los miembros de la familia
- **Tiempo compartido:** momentos de interacción entre los miembros de la familia
- **Roles y trabajo domestico:** papel que cada miembro de la familia juega en relación con las actividades o quehaceres de la casa
- **Autonomía:** nivel de independencia de cada uno de los miembros como individuo
- **Organización:** estructura y orden en la familia
- **Autoridad y poder:** cumplimiento de las reglas establecidas y figuras que lo rigen y violencia
- **Violencia física y verbal:** nivel de agresión entre los miembros de la familia.

Como Palomar (1999) indica, debido a los problemas semánticos y diferencias culturales, se ha visto la conveniencia de contar con instrumentos elaborados en México cuyos reactivos estén formulados en un lenguaje accesible a la población mexicana y de acuerdo con nuestras características culturales. La varianza explicada es de 53%, y un alfa de Cronbach de .84.

#### 4.8 Diseño de investigación

El tipo de diseño que se empleó para alcanzar los objetivos de esta investigación corresponde a la no experimental, bajo este enfoque, el diseño que se utilizó es transversal, ya que los datos son recolectados en un solo momento o tiempo único, buscando describir las variables del estudio y analizar su incidencia.

## Diseño de la investigación

1. Elección del tema
2. Se solicito el permiso al CAPA para la aplicación del instrumento de Funcionamiento Familiar a los adolescentes.
3. Se espero que se diera el consentimiento por parte del CAPA.
4. Se aplico los instrumentos de manera individual a cada participante canalizado por el CAPA que tienen una adicción en sustancias psicoactivas.
5. Se llevo a cabo la aplicación en un consultorio con una duración de 30 min en Promedio.
6. Por último se realizo el vaciado de la información y el análisis estadístico.
7. Presentación del borrador de tesis.

### **4.9 Captura de información**

- La recolección de datos fue de manera grupal, en pequeños grupos de 7- 10 individuos.
- Se le explico al adolescente el objetivo de la investigación para invitarlo a participar y con ello realizar el trámite de aceptación.
- Se cito a los adolescentes consumidores de psicoactivos, en el lapso de media hora se aplicará un instrumento.
- Sé les dio las instrucciones para contestar el instrumento.
- Se recogió el instrumento al finalizar, revisando que se haya respondido en su totalidad.
- Se elaboro una base de datos con la información recabada.

#### **4.10 Procesamiento de información**

Para conocer las características de la muestra y de los resultados se utilizó la estadística descriptiva, posteriormente para conocer las diferencias de grupo entre genero y los factores de Funcionamiento Familiar se utilizo la prueba estadística t de student para grupos independientes. Finalmente se utilizo la prueba estadística ANOVA con la finalidad de observar si existen diferencias de acuerdo a la edad y los factores de Funcionamiento Familiar. Se utilizo el programa (software) versión 18 para la captura y procesamiento de la información SPSS (Hernández, Fernández y Baptista 2010).

## RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

### pregunta uno

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	21	35.0%
casi nunca	9	15.0%
a veces	16	26.7%
casi siempre	10	16.7%
Siempre	4	6.7%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo comparte actividades e intereses con su pareja se observa que la respuesta nunca tuvo índice alto con una frecuencia de 21 y un porcentaje del 35%, en contraste siempre tuvo un índice bajo con una frecuencia 4 y un porcentaje del 6.7

### Pregunta 2

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	13	21.7%
2	11	18.3%
3	23	38.3%
4	7	11.7%
5	6	10.0%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, es difícil llegar a un acuerdo con mi familia se observa que la respuesta a veces tuvo índice alto con una frecuencia de 23 y un porcentaje del 38.3 %, en contraste siempre tuvo un índice bajo con una frecuencia de 6 y un porcentaje del 10.0%

### Pregunta 3

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	34	56.7%
2	8	13.3%
3	12	20.0%
4	4	6.7%
5	2	3.3%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, cuando alguno de los miembros de mi familia se enoja puedo decirle, se observa que la respuesta nunca tuvo índice alto con una frecuencia de 34 y un porcentaje del 56.7%, en contraste nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 2 y un porcentaje del 3.3%.

### Pregunta 4

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	4	6.7%
2	7	11.7%
3	16	26.7%
4	8	13.3%
5	25	41.7%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo disfruto mucho de las actividades que hago con mi familia, se observa, que la respuesta siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 25 y un porcentaje del 41.7%, en contraste casi siempre tuvo un índice bajo con una frecuencia de 4 y un porcentaje del 6.7 %.

### Pregunta 5

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	12	20.0%
2	8	13.3%
3	19	31.7%
4	7	11.7%
5	14	23.3%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo los quehaceres de la casa están distribuidos equitativamente, se observa, que la respuesta a veces tuvo índice alto con una frecuencia de 19 y un porcentaje del 31.7%, en contraste casi siempre tuvo un índice bajo con una frecuencia de 7 y un porcentaje del 11.7 %.

### Pregunta 6

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	22	36.7%
2	9	15.0%
3	15	25.0%
4	9	15.0%
5	5	8.3%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, cuando tengo algún problema los miembros de la familia son capaces de entender como me siento, se observa, que la respuesta nunca tuvo

índice alto con una frecuencia de 22 y un porcentaje del 36.7% , en contraste siempre tuvo un índice bajo con una frecuencia de 5 y un porcentaje del 8.3%.

### Pregunta 7

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	17	28.3%
2	3	5.0%
3	14	23.3%
4	16	26.7%
5	10	16.7%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, me siento valorado por mi pareja, se observa, que la respuesta nunca tuvo índice alto con una frecuencia de 17 y un porcentaje del 28.3%, en contraste a veces tuvo un índice bajo con una frecuencia de 3 y un porcentaje del 5.0%.

### Pregunta 8

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	5	8.3%
2	10	16.7%
3	26	43.3%
4	10	16.7%
5	9	15.0%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, en mi familia se anima el hecho de decir lo que cada quien piensa, sea lo que sea, se observa que la respuesta a veces tuvo índice alto con una frecuencia de 26 y un porcentaje del 43.3%, en contraste nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 5 y un porcentaje del 8.03%.

#### Respuesta 9

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
valid 1	3	5.0%
2	16	26.7%
3	14	23.3%
4	13	21.7%
5	14	23.3%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, cuando tengo algún problema los miembros de la familia son capaces de entender como me siento, se observa, que la respuesta nunca tuvo índice alto con una frecuencia de 22 y un porcentaje del 36.7%, en contraste siempre tuvo un índice bajo con una frecuencia de 5 y un porcentaje del 8.3%.

#### Respuesta 10

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	11	18.3%
2	15	25.0%
3	19	31.7%
4	10	16.7%
5	5	8.3%
Total	60	100.0%



Respecto al reactivo, existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros dentro de la familia, se observa, que la respuesta a veces tuvo índice alto con una frecuencia de 19 y un porcentaje del 31.7%, en contraste siempre tuvo un índice bajo con una frecuencia de 5 y un porcentaje del 8.3%.

#### Pregunta 11

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	51	85.0%
2	1	1.7%
3	4	6.7%
4	1	1.7%
5	3	5.0%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, las relaciones sexuales con mi pareja son buenas, se observa, que la respuesta nunca tuvo índice alto con una frecuencia de 51 y un porcentaje del 85.0%, en contraste casi siempre y casi nunca tuvieron un índice bajo con una frecuencia de 1 y un porcentaje del 1.7%.

#### Pregunta 12

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	2	3.3%
2	2	3.3%
3	12	20.0%
4	14	23.3%
5	30	50.0%

### Pregunta 12

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	2	3.3%
2	2	3.3%
3	12	20.0%
4	14	23.3%
5	30	50.0%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, los miembros de mi familia se aseguran de que todo este recogido y ordenado en sus cuartos, se observa, que la respuesta siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 30 y un porcentaje del 50.0% , en contraste nunca como casi nunca tuvieron un índice bajo con una frecuencia de 2 y un porcentaje del 3.3%.

### Pregunta 13

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	34	56.7%
2	8	13.3%
3	12	20.0%
4	4	6.7%
5	2	3.3%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, los miembros de mi familia nos criticamos uno a los otros, se observa que la respuesta nunca tuvo índice alto con una frecuencia de 34 y un porcentaje del 56.7%, en contraste nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 2 y un porcentaje del 3.3%.

Pregunta 14

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	14	23.3%
2	12	20.0%
3	9	15.0%
4	9	15.0%
5	16	26.7%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo en mi familia se fomenta que cada quien haga lo que crea que es mejor, se observa, que la respuesta nunca tuvo índice alto con una frecuencia de 16 y un porcentaje del 26.7%, en contraste a veces como casi nunca tuvieron un índice bajo con una frecuencia de 9 y un porcentaje del 15.0%.

Pregunta 15

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	7	11.7%
2	7	11.7%
3	10	16.7%
4	6	10.0%
5	30	50.0%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, cuando no se cumple una regla en casa, sabemos cuáles son las consecuencias, se observa que la respuesta siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 30 y un porcentaje del 50.0%, en contraste casi siempre tuvo un índice bajo con una frecuencia de 6 y un porcentaje del 10.0%.

### Pregunta 16

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	8	13.3%
2	1	1.7%
3	13	21.7%
4	8	13.3%
5	30	50.0%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, en mi familia está claro quién manda, se observa, que la respuesta siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 30 y un porcentaje del 50.0%, en contraste casi nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 1 y un porcentaje del 1.7%.

### Pregunta 17

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	6	10.0%
2	2	3.3%
3	15	25.0%
4	13	21.7%
5	24	40.0%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, los miembros de nuestra familia demuestran con facilidad el cariño e interés por los demás, se observa, que la respuesta siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 24 y un porcentaje del 40.0%, en contraste casi siempre tuvo un índice bajo con una frecuencia de 2 y un porcentaje del 3.3%.

### Pregunta 18

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	20	33.3%
2	5	8.3%
3	20	33.3%
4	6	10.0%
5	9	15.0%

Respecto al reactivo, cuando tenemos problemas mi pareja y yo generalmente los resolvemos de una manera rápida, se observa, que las respuestas nunca y a veces tuvieron índice alto con una frecuencia de 20 y un porcentaje del 33.3%, en contraste casi nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 2 y un porcentaje del 8.3%.

#### Pregunta 19

Opción de respuesta	frecuencia	Porcentaje
1	2	3.3%
2	8	13.3%
3	20	33.3%
4	17	28.3%
5	13	21.7%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo en mi familia hacemos actividades juntos, se observa, que la respuesta a veces tuvo índice alto con una frecuencia de 20 y un porcentaje del 33.3%, en contraste nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 2 y un porcentaje del 3.3%.

Pregunta 20

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	6	10.0%
2	5	8.3%
3	18	30.0%
4	15	25.0%
5	16	26.7%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, en mi familia hacemos actividades juntos, se observa, que la respuesta a veces tuvo índice alto con una frecuencia de 18 y un porcentaje del 30.0%, en contraste casi nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 6 y un porcentaje del 10.0%.

Pregunta 21

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	16	26.7%
2	6	10.0%
3	9	15.0%
4	7	11.7%
5	22	36.7%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, como pareja, somos cariñosos, se observa, que la respuesta nunca tuvo índice alto con una frecuencia de 22 y un porcentaje del 36.7%, en contraste casi nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 6 y un porcentaje del 10.0%.

### Pregunta 22

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	20	33.3%
2	8	13.3%
3	17	28.3%
4	7	11.7%
5	8	13.3%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo en mi familia es difícil decir lo que uno siente sin que alguien se moleste, se observa, que la respuesta siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 20 y un porcentaje del 33.3%, en contraste casi siempre tuvo un índice bajo con una frecuencia de 7 y un porcentaje del 11.7%.

### Pregunta 23

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	6	10.0%
2	10	16.7%
3	21	35.0%
4	13	21.7%
5	10	16.7%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, en mi familia compartimos muchos interés, se observa, que la respuesta a veces tuvo índice alto con una frecuencia de 21 y un porcentaje del 35.0%, nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 6 y un porcentaje del 10.0%.

#### Pregunta 24

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
2	5	8.3%
3	5	8.3%
4	40	66.7%
5	10	16.7%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, en nuestra familia todos tenemos responsabilidades, se observa, que la respuesta casi siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 40 y un porcentaje del 66.7%, en contraste nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 6 y un porcentaje del 10.0%.

#### Pregunta 25

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	2	3.3%
2	5	8.3%
3	11	18.3%
4	33	55.0%
5	9	15.0%
total	60	100.0%

Respecto al reactivo, las normas familiares están bien claras, se observa, que la respuesta casi siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 33 y un porcentaje del 55.0%, en contraste nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 2 y un porcentaje del 3.3%.



### Pregunta 26

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	21	35.0%
2	2	3.3%
4	1	1.7%
5	36	60.0%
total	60	100.0%

Respecto al reactivo, las peleas con mi pareja llevan a la violencia física (empujones, jalones, golpes, etc.), se observa, que la respuesta siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 36 y un porcentaje del 60.0%, en contraste casi siempre tuvo un índice bajo con una frecuencia de 1 y un porcentaje del 1.7%.

### Pregunta 27

Opción de respuesta	Frecuencia	porcentaje
1	16	26.7%
2	14	23.3%
3	4	6.7%
4	8	13.3%
5	18	30.0%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, si algo sale mal en casa, nos desquitamos con la misma persona, se observa, que la respuesta siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 18 y un porcentaje del 30.0%, en contraste casi veces tuvo un índice bajo con una frecuencia de 4 y un porcentaje del 6.7%.

### Pregunta 28

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	6	10.0%
2	16	26.7%
3	17	28.3%
4	15	25.0%
5	6	10.0%
total	60	100.0%

Respecto al reactivo, cada miembro de la familia puede tomar parte en las decisiones familiares importantes, se observa, que la respuesta a veces tuvo índice alto con una frecuencia de 17 y un porcentaje del 28.3%, en contraste nunca y siempre tuvieron índices bajos con una frecuencia de 6 y un porcentaje del 10.0%.

### Pregunta 29

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	1	1.7%
2	12	20.0%
3	9	15.0%
4	34	56.7%
5	4	6.7%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, en mi familia somos ordenados, se observa, que la respuesta casi siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 34 y un porcentaje del 56.7%, en contraste nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 1 y un porcentaje del 1.7%.

Pregunta 30

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	3	5.0%
2	26	43.3%
3	10	16.7%
4	15	25.0%
5	6	10.0%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo los miembros de mi familia acostumbramos hacer actividades juntos, se observa, que la respuesta casi nunca tuvo índice alto con una frecuencia de 26 y un porcentaje del 43.3%, en contraste nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 3 y un porcentaje del 5.0%.

Pregunta 31

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	5	8.3%
2	23	38.3%
3	16	26.7%
4	11	18.3%
5	5	8.3%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, en mi familia se puede hablar abiertamente acerca de las preocupaciones de cada uno, se observa, que la respuesta casi nunca tuvo índice alto con una frecuencia de 23 y un porcentaje del 38.3%, en contraste nunca y siempre tuvieron índices bajos con una frecuencia de 5 y un porcentaje del 8.3%.

### Pregunta 32

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	1	1.7%
2	16	26.7%
3	15	25.0%
4	23	38.3%
5	5	8.3%
total	60	100.0%

Respecto al reactivo, en mi familia nos ponemos de acuerdo para repartirnos los quehaceres de la casa, se observa, que la respuesta casi siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 23 y un porcentaje del 38.3%, en contraste nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 1 y un porcentaje del 1.7%.

### Pregunta 33

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	2	3.3%
2	8	13.3%
3	12	20.0%
4	31	51.7%
5	7	11.7%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, cuando un miembro de la familia tiene éxito, los demás nos sentimos contentos, se observa, que la respuesta casi siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 31 y un porcentaje del 51.7%, en contraste nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 2 y un porcentaje del 3.3%.

### Pregunta 34

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	2	3.3%
2	7	11.7%
3	14	23.3%
4	29	48.3%
5	8	13.3%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, en mi familia se inculca que cada uno debe valerse por sí mismo, se observa, que la respuesta casi siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 29 y un porcentaje del 48.3%, en contraste nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 2 y un porcentaje del 3.3%.

### Pregunta 35

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	2	3.3%
2	6	10.0%
3	17	28.3%
4	30	50.0%
5	5	8.3%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, cada uno de nosotros debe de cumplir con lo que tiene que hacer en casa, se observa, que la respuesta casi siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 30 y un porcentaje del 50.0%, en contraste nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 2 y un porcentaje del 3.3%.

Pregunta 36

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	9	15.0%
2	22	36.7%
3	9	15.0%
4	6	10.0%
5	14	23.3%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, en mi familia es difícil solucionar nuestros problemas, se observa que la respuesta casi nunca tuvo índice alto con una frecuencia de 22 y un porcentaje del 36.7%, en contraste casi siempre tuvo un índice bajo con una frecuencia de 6 y un porcentaje del 10.0%.

Pregunta 37

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	4	6.7%
2	9	15.0%
3	19	31.7%
4	21	35.0%
5	7	11.7%
total	60	100.0%

Respecto al reactivo las reglas familiares no se discuten, se cumplen, se observa, que la respuesta casi siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 21 y un porcentaje del 35.0%, en contraste nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 4 y un porcentaje del 6.7%.

Pregunta 38

	Frecuencia	Porcentaje
1	3	5.0%
2	17	28.3%
3	15	25.0%
4	21	35.0%
5	4	6.7%
total	60	100.0%

Respecto al reactivo, en nuestra familia las actividades se planean con bastante cuidado, se observa, que la respuesta casi siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 21 y un porcentaje del 35.0%, en contraste nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 3 y un porcentaje del 5.0%.

Pregunta 39

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	17	28.3%
2	14	23.3%
3	6	10.0%
4	4	6.7%
5	19	31.7%
total	60	100.0%

Respecto al reactivo, en mi familia acostumbramos hablar de nuestras cosas personales, se observa, que la respuesta nunca tuvo índice alto con una frecuencia de 19 y un porcentaje del 31.7%, en contraste casi siempre tuvo un índice bajo con una frecuencia de 4 y un porcentaje del 6.7%.

Pregunta 40

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	3	5.0%
2	23	38.3%
3	19	31.7%
4	12	20.0%
5	3	5.0%
total	60	100.0%

Respecto al reactivo, en mi familia cada uno puede decirle la forma en la que ayuda en las tareas de la casa, se observa, que la respuesta casi nunca tuvo índice alto con una frecuencia de 23 y un porcentaje del 38.3%, en contraste siempre y nunca tuvieron índices bajos con una frecuencia de 3 y un porcentaje del 5.0 %.

Pregunta 41

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	5	8.3%
2	7	11.7%
3	8	13.3%
4	31	51.7%
5	9	15.0%
total	60	100.0%

Respecto al reactivo, ser puntual es importante para nosotros, se observa, que la respuesta casi siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 32 y un porcentaje del 51.7%, en contraste nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 5 y un porcentaje del 8.3%.



### Preguntado 42

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	8	13.3%
2	13	21.7%
3	16	26.7%
4	16	26.7%
5	7	11.7%
total	60	100.0%

Respecto al reactivo en casa podemos decir nuestras opiniones libremente, se observa, que la respuesta casi nunca y a veces tuvo índices altos con una frecuencia de 16 y un porcentaje del 26.7%, en contraste nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 7 y un porcentaje del 11.7%.

### Pregunta 43

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	6	10.0%
2	15	25.0%
3	9	15.0%
4	14	23.3%
5	15	25.0%
6	1	1.7%
total	60	100.0%

Respecto al reactivo, en nuestra casa es difícil encontrar las cosas cuando uno las necesita, se observa, que la respuesta casi nunca y casi siempre tuvieron índices altos con una frecuencia de 15 y un porcentaje del 25.0%, en contraste siempre tuvo un índice bajo con una frecuencia de 1 con un porcentaje del 1.7%.

Pregunta 44

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	10	16.7%
2	19	31.7%
3	11	18.3%
4	13	21.7%
5	7	11.7%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, los miembros de mi familia pasamos juntos nuestro tiempo libre, se observa, que la respuesta casi nunca tuvo índice alto con una frecuencia de 19 y un porcentaje del 31.7%, y nunca tuvo un índice bajo con una frecuencia de 7 y un porcentaje del 11.7%.

Pregunta 44

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	10	16.7%
2	18	30.0%
3	6	10.0%
4	17	28.3%
5	9	15.0%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, cuando tengo un problema los primeros en saberlo son mis papas, se observa que la respuesta casi nunca tuvo índice alto con una frecuencia de 18 y un porcentaje del 30%, en contraste siempre tuvo un índice bajo con una frecuencia de 9 y un porcentaje del 15.0%.

Pregunta 46

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	15	25.0%
2	13	21.7%
3	4	6.7%
4	3	5.0%
5	25	41.7%
Total	60	100.0%

Respecto al reactivo, algunos parientes (suegros, cuñados, hermanos, etc.) intervienen en las decisiones que se toman en familia, se observa que la respuesta siempre tuvo índice alto con una frecuencia de 25 y un porcentaje del 41.7%, en contraste casi siempre tuvo un índice bajo con una frecuencia de 3 y un porcentaje del 5.0%.

Tabla.- ANOVA y Post Hoc Test

Factor	X +	Edad	X -	Edad	F	df	P
<b>Comunicación</b>	3.1	14	2.3	16	5.4	6	.000
<b>Reglas y Apoyo</b>	4.4	12	2.9	16	2.8	6	.014
<b>Tiempo compartido</b>	4.5	12	2.8	18	4.2	6	.001
<b>Roles y Trabajo</b>	4.4	12	3.2	13	3.6	6	.003
<b>Autonomía</b>	4.5	12	2.9	17	2.9	6	.001
<b>Organización</b>	4.3	12	2.8	16	3.5	6	.003

<b>Violencia física y verbal</b>	3.3	14	1.8	17	4.4	6	.000
<b>Pareja</b>	3.2	18	1.8	15	5.7	6	.000

Para conocer la diferencia en factores de funcionamiento familiar y la edad, se trabajo una prueba de ANOVA y un Post Hoc Test, se pueden observar que si existen diferencias estadísticamente significativas entre los factores: comunicación, Reglas y Apoyo, Tiempo compartido, Roles y Trabajo, Autonomía, Organización, siendo los adolescentes con un rango de edad entre los 12 y a14 quienes presentan mejor funcionamiento familiar en comparación con los adolescentes de 18 años en quienes la familia ya no es un elemento de protección y eso se ve reflejado en los resultados obtenidos.

### Prueba T Student

Factor	MUJERES		HOMBRES		T	P
	X	Desviación estándar	X	Desviación estándar		
<b>Comunicación</b>	3.5	.69	3.1	.59	3.99	.025
<b>Tiempo compartido</b>	3.4	.69	3.0	.49	1.92	.040
<b>Pareja</b>	2.7	1.1	2.4	.97	2.62	0.45

Aplicando la prueba T Se puede observar una diferencia estadísticamente significativa entre el género y los factores, comunicación, tiempo compartido y pareja, lo que nos indica que las mujeres muestran medias (M) más altas que los hombres en los factores anteriores (comunicación, tiempo compartido y pareja). Esto es debido a que la mujer es acogida y protegida por el seno familiar y se le da pie a que confié en la madre se abre un campo amplio para ellas, en cambio en los hombres la comunicación suele ser más cerrada, de entrada ellos pasan más tiempo fuera de casa y rara vez expresan lo que quieren o sienten en casa por el estereotipo que el hombre tiene en la sociedad.

## DISCUSIÓN

La investigación tuvo como objetivo general identificar el funcionamiento familiar en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. La muestra estuvo constituida por 60 adolescentes (hombres y mujeres) las edades oscilaron entre los 12 y 18 años, previamente diagnosticados con un tipo de consumo a una sustancia psicoactiva, por el centro de Atención Primaria a las Adicciones.

Con base en los resultados obtenidos se puede observar que los factores más altos respecto a la frecuencia son: comunicación, Reglas y apoyo, Tiempo compartido, Roles y trabajo, Autonomía y organización. Lo anterior coincide con lo que muchos estudios confirman de forma genérica la importancia del factor comunicación paterno filial pero, con referencia al problema concreto de las drogas, sostienen que a pesar de que la relación con los padres tiene un protagonismo especial en la vida del joven, la que se establece con los amigos puede llegar a ser mucho más relevante (Comas, 1990; Graña y Muñoz-Rivas, 2000). Ante ello Davidson (1998) refiere que se utiliza a la comunicación para instruir, aprender y relacionarse entre la familia; pero, sobre todo para expresar los sentimientos, por lo cual la comunicación ayuda a mejorar las relaciones dentro de la familia.

De esta manera Estrada (1991), establece que uno de los factores primordiales para mantener una familia unida es la comunicación, esta encierra cualquier otro factor que pudiera existir, si existe una buena comunicación no hay conflicto, duda o frustración que no se pueda resolver , además Minuchin (1986), señala que cuando la comunicación es buena, dará las pautas con las que se regirá la familia y le ayudará a funcionar normalmente, estas regulan la conducta de los miembros de la familia los límites y la libertad dentro de la misma, esto tiene relación con el siguiente factor, Reglas y apoyo Kandel y Andrews (1987) encontraron en el ambiente que genera reglas y apoyo a los miembros de la familia se reconoce como un factor protector cuando en ella se da un tipo de convivencia funcional, con un equilibrio de reglas y amor, una comunicación libre y espontánea respecto de muy diversos temas y se permita la expresión de los afectos.

Diversos autores (Velasco, 1997: 110-11; Velasco, 2000: 73; Arbinaga, 2002: 175-176; Pickardt, 2001: 114-116; Pinazo y Ferrer, 2001: 114-115; González y Yedra, 2004: 49-57; Muñoz-Valenzuela, 2005: 10) coinciden en algunas características de la vida en familia que pueden proteger a los adolescentes del acceso a las drogas, entre ellos podemos mencionar: que sea una familia integrada; con una relación de apego en la que se sepan queridos y apoyados; les fomenten la confianza en sí mismo y actitudes positivas; que existan reglas claras en el seno familiar; información y consejo proporcionados por los padres, ante nuevas posibilidades de consumo de drogas. en el factor tiempo compartido la teoría muestra que en el consumo adolescente de drogas se ha comprobado que uno de los predictores más poderosos de consumo es el mantener vínculos más estrechos con los amigos que con la familia, amigos que consumen drogas, que hablan mucho sobre ellas y que muestran actitudes favorables o permisiva. Por esta razón el factor roles y trabajo es fundamental que Burgués (1928) sugirió que la familia podía ser estudiada como una unidad de personas en interacción, ocupando cada una de ellas dentro de la familia, una posición definida, por un determinado número de papeles a esto se le llama rol. Los papeles vitales de marido, esposa, madre, padre, hijos, adquieren un significado propio solo dentro de una estructura familiar, a lo cual los padres tienen que tomar su rol como tal y prevenir al hijo así evitando que este caiga en algún problema, uno de los más comunes es el de las drogas. De este modo, la familia moldea la personalidad de sus integrantes en relación con sus funciones que tienen que cumplirse en su seno, y ellos a su vez tratan de conciliar su condicionamiento inicial con las exigencias del papel que se les imparte. La manera en que la familia asigna dentro de ella los diferentes papeles está estrechamente relacionada con su estilo de vida. Un rol familiar puede definirse como la forma de actuación del individuo al reaccionar ante una situación específica en la que esta involucradas otras personas u objeto.

El papel de la familia, sin embargo, no parece que sea un factor determinante del consumo de drogas por el adolescente. Se ha encontrado correlación, pero no en todos los estudios, entre el consumo adolescente de drogas y ciertas características familiares como el tiempo compartido, la conflictividad familiar (padres separados, familia monoparental), la permisividad familiar, la falta de apoyo familiar y el abuso físico (Calafat, 1999). En cuanto al factor de autonomía, (Coleman y Hendry, 2003;

Kimmel y Weiner, 1998) mencionan que es posible alcanzar la autonomía sin que se produzca una ruptura familiar o que haya una conducta del riesgo por parte del adolescente como lo puede ser la ingesta de drogas, es por eso que destacan la importancia de la interdependencia y la conexión entre padres y adolescentes. Ser un individuo autónomo y mantener una relación interdependiente con los padres es posible y no excluyente; más bien, la autonomía y la interdependencia son dos rasgos complementarios del crecimiento normal en la familia durante la adolescencia, aunque tenga diversas contradicciones, tiene que haber una escucha y apoyo hacia el adolescente. Por último el factor organización en la familia juega un papel importante (Pueyo y Perales, 2008) mencionan que la familia no lo es todo, pero sí desempeña un papel muy importante a la hora de conseguir que el posible consumo de drogas, si se produce, no sea problemático. Es fundamental que exista un ambiente abierto que haya una estructura y orden familiar que acoja a los adolescentes en sus incertidumbres; que fomente su autoestima; que les ayude a valorar el esfuerzo y a soportar la frustración; que les transmita responsabilidad y premie la confianza y la sinceridad.

Asimismo se observa que existió una diferencia estadísticamente significativa entre el género y los factores, comunicación, tiempo compartido y pareja, lo que indica que las mujeres muestran medias más altas que los hombres. Esto indica que la mujeres en la mayoría de los casos hablando de familia se muestran más apegada a los padres por ende la comunicación es mejor, en cambio los hombres son un poco más cerrados al momento de expresarse porque el rol de ellos es el de ser fuertes y no mostrar emociones, en el tiempo compartido y pareja hablando de género las mujeres tienden a pasar más tiempo en familia a convivir. Por tal motivo un punto clave es el desarrollo de la familia bajo un marco de completa comunicación y entendimiento entre sus miembros, ya que esto ayudara a crear en el adolescente una personalidad fuerte precisamente en la etapa de la adolescencia para que tengan más armas para defenderse del fuerte ataque de drogas que día a día se convierte en un problema grave. Los adolescentes que pertenecen a familias con una mejor comunicación familiar, fuerte vinculación emocional entre sus miembros y mayor satisfacción familiar, son aquellos que también perciben más apoyo de sus relaciones personales significativas y esto se refleja en la relación de pareja que se pueda tener en la adolescencia (Jimenez, Misitu Y Murgui, 2005).

Por otro lado para comparar edad y los factores de funcionamiento familiar se utilizo el estadístico ANOVA, encontrando diferencia estadísticamente significativa en las edades donde los adolescentes con menor edad tienen un mejor funcionamiento familiar, se puede observar que a medida que va aumentando la edad los factores van disminuyendo en los adolescentes llegando a la mayoría de edad. Lo que indica que entre menor sea el adolescente tiene mejor funcionamiento familiar, Con todo lo anterior se puede comprobar que la familia es un factor muy importante para prevenir los posibles problemas de consumo de drogas ya que como se menciona en la teoría, la familia es el contexto más importante e inmediato del desarrollo (Bronfenbrenner, 1979), mantiene su influencia en el bienestar de su hijo también en el periodo adolescente. En este sentido, está ampliamente contrastado que la calidad de las relaciones familiares es crucial para determinar la competencia y confianza con la que el adolescente afronta el periodo de transición de la infancia a la edad adulta (Butters, 2002; Steinberg y Sheffield Morris, 2001).

Con base en lo anterior este presente estudio tiene como intención servir de base para otros estudios que tengan que ver con familia y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas, en ocasiones se ve a la familia como un factor de riesgo más que de protección cuando un integrante (papá o mamá) sean posibles consumidores pero en este estudio se mostro que la familia funge un papel importante siendo que los adolescentes que apenas van entrando a esta etapa tienen un mejor funcionamiento en contraste los adolescentes que van saliendo de esta etapa tienen un bajo funcionamiento familiar dado que la familia ya no es como tal un factor de protección.



## CONCLUSIONES

Después de analizar la base teórica de diversos autores y expertos en el tema, así como el análisis estadístico correspondiente a la investigación sobre el funcionamiento familiar en jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas de la muestra estudiada, se llegó a la siguiente conclusión.

Se observó que el factor con mayor asociación a los indicadores de funcionamiento familiar es la comunicación siendo esta un pilar fundamental para la prevención en el consumo de sustancias psicoactivas entre los adolescentes de menor edad, ya que el estudio se enfocó a esta población.

Respecto a las comparaciones entre el género, se puede ver que si hay una diferencia estadísticamente significativa en donde las mujeres muestran unas medias mayores al sexo masculino en cuanto a comunicación, tiempo compartido y relación de pareja esto se debe a que las mujeres resultan tener un mayor apego a la familia desde pequeñas y la protección es importante tanto de los padres como hermanos hacia ellas esto tiene que ver porque el género masculino sale por debajo al no haber un apego tan cercano a la familia y se les inculca en la mayoría de los casos a sobresalir solos en una actitud de no se puede quejar y por ser hombre te toca el rol de maduración más temprano pasando a ser el hombre de la casa cuando el padre se encuentra ausente.

Por otra parte en cuanto a edad, los adolescentes de menor edad presentan mayor puntaje que los adolescentes de mayor edad en los factores: comunicación, Reglas y Apoyo, Tiempo compartido, Roles y Trabajo, Autonomía, Organización, Violencia física y verbal y pareja. Lo que quiere decir que los adolescentes de menor edad tienen un buen funcionamiento familiar, esto se debe a que los padres en un inicio de esta etapa actúan como factor de protección de sus hijos relativamente pequeños “que van saliendo del cascarón”, en cambio los adolescentes de mayor entre los 16 y 18 años su personalidad ya está casi consolidada y buscan salir por si mismos sin necesidad de orientación familiar por lo que los padres ya no son un factor de protección y cuidado como suele ser en un principio. Con estos resultados arrojados se pretende contribuir a la búsqueda de mejores soluciones para que el adolescente

y la familia tengan los elementos y la información adecuada para beneficio de ellos mismos así como para personas en general.

## **SUGERENCIAS**

Con base a los resultados obtenidos la investigación apporto mayor nivel de conocimiento de las variables familiares implicadas en el inicio del consumo de sustancias con respecto a la prevención dentro del marco familiar se sugiere la elaboración de programas más ajustados a la realidad de los jóvenes. Así, los programas podrían apoyarse, ya desde los primeros años de vida del futuro joven, en la responsabilidad de los padres en la prevención del uso de drogas no sólo cuando éste ya existe y es problemático sino cuando aún ni siquiera es posible pero es necesario prevenir. En este sentido, podría ser útil el implicar a las familias tanto a través de los centros de enseñanza como a través de los servicios de asistencia de salud en este caso en el centro de atención primaria a las adicciones (CAPA) que fue donde se tomo la muestra estudiada, a que conozcan detalladamente este tipo de factores junto con la forma en la que se pueden solucionar los primeros en el caso de que se den o comiencen a darse y promover los segundos para proteger a sus hijos de forma más adecuada.

Por otra parte realizar más estudios relacionados con familia mexicana y drogas, en la actualidad hay variedad de estudios relacionados con estos temas pero en especial analizando el contexto en el que vivimos no lo hay, es por eso que se sugiere seguir con la continuidad de este tipo de estudios ya que no solo se atacara a la persona misma que consume si no a todo su contexto en general, siendo la familia foco principal de ayuda para la persona adicta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ares p. *Mi familia es así*. La habana: Ed. Ciencias Sociales, 1990.

Berjano, E. y Musitu, G. (1987). *Las drogas: Análisis teórico y métodos de intervención*. Valencia: Nau Llibres.

Bertalanffy, L. (1968). *Teoría general de sistemas*. Viena: Grupo de enxeñaria da Auga e do.

Bronfenbrenner, Urie. (1979). *The ecology of human development*, Cambridge, Harvard University Press.

Cockerham, W., Abel, T. y Lüschen, G. (1993). *Max Weber, formal rationality and health lifestyles*. The Sociological Quarterly, 34, 413-425.

Craig, G. (1996). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.  
(Ena,2008). encuesta nacional de adicciones 2008. en:  
[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ena08\\_nacional.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ena08_nacional.pdf) . pag.41.

Elzo, J., Elorza, M.A. y Laespada, M.T. (1994). *Alcoholismo juvenil*. Bilbao: Deustuko Unibertsitatea.

Erben, R., Franzkowiak, P. y Wenzel, E. (1992). Assessment of the outcomes of health intervention. *Social Science and Medicine*, 35, 359-365.

Estrada. L. (1991). *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires: Gedisa.

Faupel, C. (1988). Heroin use, crime and employment status. *Journal of Drug Issues*, 18, 467-479.

Fishman, H. Ch. (1988). *El cambio familiar: desarrollo de modelos*, Buenos Aires: Gedisa.

Flores, G., (1998). *Las políticas de control social de las drogas en México y España*. Tesis Master. México: UNAM.

García D, Castillo Rodríguez, José A. (2003). *Familia y drogas: aspectos psicosociales*. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM, XIInenero-junio, 143-163

García Fernández, Gloria; García Rodríguez, Olaya; Secades Villa , Roberto. (2011). *Neuropsicología y adicción a drogas*. Papeles del Psicólogo, Mayo-Agosto, 159-165.

Geringer, J. (1998). *Hijos adultos de padres alcohólicos*. México: Diana.

Giró, J. (2007). *Adolescentes: Ocio y consumo de alcohol*. Madrid: Entinema.

Gómez Cobos, Erick. (2008). *Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección*. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Julio-Diciembre, 105-122

Goobi Sonia. (1993). *Adolescencia y Adicción*. México: Homo Sapiens.

Green, L. (1984). *Health education models*. En J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd y N.E. Miller (Eds.),

Hernández, Fernández y Baptista (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hidalgo C. y Carrasco, E. (1999). *Salud familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria*. México: Ediciones Universidad Católica.

Hervás E. y Gradolí, V. (2001). *Intervención psicológica en conductas adictivas*. *Trastornos Adictivos*, 3(1): 21

Huerta, J. (1999). *Estudio de salud familiar en Programa de actualización continúa en medicina familia*. México: Intersistemas.

(Imca, 2008). Observatorio mexiquense en tabaco, alcohol y drogas, 2008. en: [http://salud.edomex.gob.mx/imca/doc/observatorio\\_mexiquense.pdf](http://salud.edomex.gob.mx/imca/doc/observatorio_mexiquense.pdf). pág. 76.

Jiménez, T., Musitu, G. y Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de psicología*, 36 (2), 559-579.

J.Villatoro, (2007). *Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz

Leñero, O. L. (1992) *Sociedad civil, Familia y Juventud. Ensayos de diagnóstico y de intervención social*. México: cejuv-imes.

Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, Trad. Castellana: *Técnicas de terapia familiar*, Barcelona, Piados Ibérica, 1988.

Natera-rey g, Borges g, Medina-mora Icaza me, Solís-rojas I, Tiburcio-Sainz m. la influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud pública Mex* 2001.

OMS (2005) informe sobre la salud en el mundo 2005. Ginebra, organización mundial de la salud. p. 20.

Palomar, J. (1998). *Funcionamiento familiar y calidad de vida*. Tesis de doctorado. UNAM.

Palomar, J. (1999). *Relación entre la escolaridad y la percepción del funcionamiento familiar* en *Revista Mexicana de Investigación Educativa*.

Parker, D. y Harman, M.S. (1980). *A critique of the distribution of consumption model of prevention*. En T.

Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M. (1999). *Estilo de vida y salud*. Valencia: Albatros.

Pastor, J.C. y López-Latorre, M.J. (1993). Modelos teóricos de prevención en toxicomanías: Una propuesta de clasificación. *Anales de Psicología*, 9, 19.30. 25

Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M. (1999). *Estilo de vida y salud*. Valencia: Albatros.

Pick, s. y López, (2007) *como investigar en ciencias sociales*. México: trillas.

Pinazo, S. (1993). *Propuesta para un programa de prevención del consumo de drogas en niños en edad escolar*. México:

Pons, J. y Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Pons, Xavier , (2007). *Materiales para la intervención social y educativa ante el consumo de drogas*. Alicante: EditorialClub Universitario.

Satir, V. (1991). *Relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax-México

Secretaria de salud, Encuesta Nacional de Adicciones. *El consumo del Alcohol en México, Tabaco, alcohol y otras drogas*, México, 2002.

Silva, I. y Pillón, S. (2004). *Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico*, [electrónico] <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea10.pdf>.

Scottish Executive. Substance Misuse Division. Effective Interventions Unit. *Supporting families and carers of drug users: A review*. Extraído el 1 de Enero, 2007 de <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/47007/0025628.pdf> .

Secades villa, r., y Fernández hermidia, j. r. (2001). Factores de riesgo familiares para el uso de drogas un estudio empírico español. España: eds.

Van Avermaet, E. (1992). Influencia social en los grupos. En M. Hewstone y W. Stroebe (Eds.), Introducción a la psicología social. Barcelona: Ariel.

Ventosa, L. (1990). Delinqüència i dissocialitat. Barcelona: Fundació Jaume Bofill.

Washton, A. (1995). La adicción a la cocaína. Tratamiento, recuperación y prevención. Barcelona: Paidós.