



FUNCIONAMIENTO FAMILIAR PERCIBIDO EN LA FAMILIA Y EL  
DROGODEPENDIENTE EN PROCESO DE RECUPERACIÓN

Nombre y Apellido del Autor: Mariana Soledad Costa- [costamariana@live.com](mailto:costamariana@live.com)

Nombre y Apellido del Director: Raúl Gómez Alonso.

Título: Licenciatura en Psicología.

Facultad: Psicología y Relaciones Humanas.

Año: 2014.

## **Resumen.**

El consumo de drogas es una problemática establecida a nivel mundial. En la Argentina el uso de sustancias ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, las estadísticas declaran que la edad de inicio se sitúa en promedio a los 13 años según declaro la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR, 2009).

La adicción emerge en el seno de una sociedad y una cultura en la cual está inmerso el sujeto desde su nacimiento, siendo la familia el primer escenario social con el que se relaciona, donde crece y se desarrolla, dada la importancia de lo mencionado la presente investigación tiene como objetivo identificar el funcionamiento familiar percibido en la familia y el drogodependiente en proceso de recuperación.

Se aplicaron inventarios de escala de funcionamiento familiar validados previamente por otras investigaciones. El total de la muestra fue de treinta pacientes y treinta familiares que asisten a tratamiento a una institución situada en la ciudad de Rosario.

Los resultados obtenidos sugieren que hay mayoritariamente coincidencias cuantitativas en la consistencia entre la percepción de los familiares y pacientes en estudio en relación a su funcionamiento familiar, considerándose que la familia como sistema se desempeña de modo adecuado favoreciendo el desarrollo de sus integrantes.

## **Palabras claves.**

Adicción- Funcionamiento familiar- Familia del adicto.

## **Agradecimientos**

A Alejandro Yousoufian por la gran ayuda y compañía.

A mi tutor Raúl Gómez Alonso.

Agradecer a la institución que me abrió sus puertas, hubiese sido imposible llevar a cabo esta labor sin contar con la predisposición y apertura de la misma, de la calidez de sus directivos y del personal.

A todos los pacientes y familiares que han colaborado.

A mi familia y amigos.

A mi analista.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
ÍNDICE.....	4
1. INTRODUCCION.....	8
2. PROBLEMA.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
4. ESTADO DEL ARTE.....	13
5. MARCO TEÓRICO.....	21
5.1. CAPITULO 1: Diversos usos de las sustancias psicoactivas en la historia.....	21
5.1.1. Uso religioso de las sustancias psicoactivas.....	22
5.1.2. Uso medicinal de las sustancias psicoactivas.....	22
5.1.3. Uso social y recreacional de las sustancias psicoactivas.....	23
5.2. CAPITULO 2: Contexto histórico de la problemática adictiva.....	25
5.2.1. La problemática adictiva a nivel mundial.....	25
5.2.2. Etapas históricas del consumo de sustancias psicoactivas en Argentina.....	26
5.3. CAPITULO 3: Clasificación de las diversas sustancias.....	29
5.3.1. Concepto de droga.....	29
5.3.2. Clasificación social de las drogas.....	29

5.3.3. Clasificación científica de las drogas.....	31
5.3.5. Estimulantes del sistema nervioso central.....	31
5.3.6. Depresoras del sistema nervioso central.....	34
5.3.7. Alucinógenas.....	35
5.4. CAPITULO 4: Adicción, conceptos generales.....	37
5.4.1. Adicción, recorrido conceptual.....	37
5.4.2. Descripción conceptos uso/abuso/adicción.....	39
5.4.3. Criterios diagnósticos actuales.....	41
5.5. CAPITULO 5: Modelos interpretativos del consumo de sustancias psicoactivas.....	43
5.5.1. Modelo jurídico.....	43
5.5.2. Modelo medico tradicional.....	45
5.5.3. Modelo de la reducción del daño.....	46
5.5.4. Modelo de la privación social.....	48
5.5.5. Modelo de la distribución del consumo.....	49
5.5.6. Modelo de los factores socioestructurales.....	50
5.5.7. Modelo de la educación para la salud.....	51
5.5.8. Modelo psicológico individualista.....	52
5.5.9. Modelo socioecologico.....	54
5.6. CAPITULO 6: FAMILIA.....	57

5.6.1. La familia en la historia.....	57
5.6.2. Concepto de familia.....	58
5.6.3. La familia sistema relacional.....	60
5.7. CAPITULO 7: Familias funcionales y disfuncionales.....	64
5.7.1. Familia nutricia vs familia conflictiva.....	64
5.8. CAPITULO 8: La familia del adicto.....	68
5.8.1. Familias psicotoxicas.....	68
5.8.2. Características de la familia del adicto.....	71
5.8.3. Factores de riesgo y factores de protección.....	73
5.9. CAPITULO 9: La familia codependiente.....	76
5.9.1. Codependencia y funcionamiento familiar.....	76
5.9.2. Características de la codependencia.....	80
5.9.3 Codependencia-dependencia relacional.....	82
6. MARCO METODOLÓGICO.....	84
6.1. Tipo de estudio.....	84
6.2. Variables.....	84
6.3. Definición conceptual.....	84
6.4. Definición operacional.....	84
7. UNIDAD DE ANÁLISIS.....	85
7.1. Población.....	85
7.2. Muestra.....	85

8. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS.....	87
8.1. Técnicas.....	87
8.2. Instrumentos.....	87
8.2.1 APGAR FAMILIAS.....	87
8.2.2 FF-SIL.....	89
9. PROCEDIMIENTOS.....	93
10. ÁREA DE ESTUDIO.....	95
11. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	97
12. ANÁLISIS DE LOS DATOS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	98
13. CONCLUSIONES.....	154
14. BIBLIOGRAFÍA.....	157
15. ANEXO.....	164

## **1. INTRODUCCIÓN**

La adicción es una problemática que se encuentra instalada a nivel mundial, en la misma intervienen múltiples factores en la gestación y sostenimiento de la enfermedad.

El ser humano desde su nacimiento depende de su familia para subsistir, de los cuidados físicos, de los cuidados afectivos, siendo la relación vincular familiar de gran importancia, convirtiéndose los padres en los primeros años en la fuerza de vida de los sujetos.

En la problemática adictiva la influencia de la familia es considerada la variable más planteada por diversas investigaciones, se estima que las creencias, costumbres y conductas influyen como factores de protección o de riesgo al propiciar la aparición, o incrementar la posibilidad, mantenimiento o facilitación de la enfermedad.

La familia funciona como un sistema relacional, donde cada pieza de este cumple un rol y se desenvuelve de un determinado modo, encastrando con el resto de las piezas. Cuando un individuo falta o sufre alguna desadaptación, el sistema debe virar su modo de funcionamiento. El miembro adicto tal plantean diversos autores, desempeña un fragmento indispensable para que esa familia se sostenga.

Diversos estudios han propuesto que la familia del adicto es disfuncional, se han observado patrones desadaptativos en la comunicación, roles, afectividad, cohesión, satisfacción, recursos, entre otras variables.

La adicción sucede en un miembro de la familia, pero no es una problemática que atañe únicamente al drogodependiente también a los demás miembros de esta, no solo por el deterioro que causa a nivel individual, económico, social, vincular y la manera en que es afectado el sistema, la importancia reside en el modo que la familia participa además

de en su génesis, también en su mantenimiento. Una vez instalada la patología, la presencia y acompañamiento de la familia en el tratamiento es considerada fundamental tanto para la recuperación como para el sostenimiento de la enfermedad.

Entre las variadas aristas que conlleva esta problemática, la familia es considerada por la investigación como el vector más significativo a la hora de diseñar estrategias y políticas tanto preventivas como de tratamiento.

En mi breve experiencia con los familiares de adictos, he observado evoluciones muy significativas en aquellos pacientes que su familiar participa, se involucra en el tratamiento y logra modificar los roles y patrones rígidos que venían sosteniendo. Pero la inquietud del presente trabajo se gestó en la detección de aquellas familias que no lograban acomodarse, tampoco sostener las pautas y normas del tratamiento, y manifestaban conductas contradictorias que imposibilitaban la recuperación del paciente adicto, perpetuando la enfermedad.

El interés de la investigación se centró en la percepción de los familiares de su funcionamiento familiar, para poder observar si lograban identificar patrones disfuncionales y cuáles eran los más recurrentes para diseñar estrategias de intervención que facilitaran y aportaran soluciones a la problemática familiar.

El capítulo uno esboza un desarrollo histórico de los diversos usos que se le ha dado a las sustancias psicoactivas en el transcurrir del tiempo. Se describe los significados que le han sido atribuidos dependiendo de la cultura y costumbre de cada época.

El capítulo dos desarrolla el contexto histórico en la actualidad y estadísticas a nivel mundial y en América Latina en relación al consumo de drogas ilegales. Describiendo luego como se desarrolló y acrecentó la problemática en Argentina.

El capítulo tres despliega el concepto de droga y sus clasificaciones según la sociedad y las ciencias médicas.

El capítulo cuatro describe conceptos en relación a la adicción propiamente dicha, los criterios diagnósticos y la actualización de los mismos en la actualidad.

Luego se describen los diversos modelos que han puesto énfasis en diferentes vectores, como por ejemplo en la sustancia, la familia, el sujeto, la sociedad, la disponibilidad, o desde la perspectiva que ha sido abordado sea esta desde la medicina, desde la legalidad entre otras así como las políticas preventivas surgidas de las mismas.

Los siguientes tres capítulos abordan el concepto de familia, la mutación del mismo, las características y funciones. Luego se describe la familia desde una perspectiva global y sistémica.

Se desarrollan los patrones funcionales y disfuncionales, finalmente se despliega la concepción de la familia del adicto propiamente dicha.

El último capítulo expresa el concepto de codependencia considerado fundamental en relación a las familias de pacientes drogodependientes, aportando características referentes al modo de funcionar de estas.

## **2. PROBLEMA**

¿Qué consistencia puede establecerse entre el tipo de funcionamiento familiar percibido por personas en proceso de recuperación por consumo de sustancias psicoactivas e integrantes del grupo familiar de los mismos?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivos generales**

Comparar el tipo de funcionamiento familiar percibido por personas en proceso de recuperación por consumo de sustancias psicoactivas y el funcionamiento familiar percibido por integrantes de su grupo familiar buscando similitudes y diferencias.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

-Identificar el tipo de funcionamiento familiar percibido por pacientes adictos en recuperación.

-Identificar el tipo de funcionamiento familiar percibido por familiares de pacientes adictos.

-Analizar comparativamente, similitudes y diferencias en la percepción que poseen las familias y los pacientes adictos de su funcionamiento familiar.

#### **4. ESTADO DEL ARTE**

Diversas investigaciones en América latina y Europa han abordado la problemática relacionada al funcionamiento familiar y la adicción. Acerca de cómo funciona una familia con un miembro afectado por el diagnóstico mencionado, una investigación publicada en España (2004) tomo como muestra 140 personas con diagnóstico de adicción que iniciaron tratamiento en 15 centro diferentes, fueron utilizadas cuatro escalas que miden funcionamiento familiar para la evaluación del mismo.

Esta investigación menciona la familia como una variable importante en el desarrollo de la enfermedad como en el sostenimiento de la misma, dando importancia a la familia a la hora de diseñar estrategias preventivas como a la hora de diseñar estrategias terapéuticas deben incluir a al sistema como parte importante del tratamiento.

El supuesto del que parte la investigación hace referencia a la relación preexistente entre el uso de drogas y un ambiente familiar disfuncional en el sentido de presenciarse en el mismo situaciones de conflictividad y hostilidad siendo un factor de riesgo para la predisposición a la adicción.

Según esta investigación hay factores que impactan en patrones de la estructura familiar afectando diversas áreas como la comunicación, el nivel de satisfacción, los recursos relacionales, el nivel de estrés entre otras. Cuando se presentan familias que no se comunican entre sí, o se encuentra un ambiente de insatisfacción, la familia no se puede adaptar ni superar factores estresantes, estas cuestiones a veces funcionan como facilitadoras del inicio y contracción de la adicción.

Los resultados a los que arribaron aportan información acerca de la relación entre severidad de la adicción y el funcionamiento familiar. Cuando se observa mayor

percepción de estrés se ven afectadas negativamente las funciones de comunicación, satisfacción y recursos con los que cuentan. También se observó que cuando los pacientes ingresan al tratamiento las familias refieren sentirse más tranquilas y presentan bajo nivel de estrés familiar, incrementándose en un proceso de recaída donde se observan también alteradas las dimensiones de su funcionamiento.

De carácter similar a la investigación ya descrita, el Instituto de la Familia de Guatemala (2001), publicó un estudio donde describe el fenómeno de la adicción como una problemática familiar, no solo de la persona que consume, considerando que la familia participa tanto en la génesis como el mantenimiento de la enfermedad.

En esta investigación trabajaron con el mismo modelo en dos clínicas para tratamiento de adicciones con un funcionamiento similar. En ambos, se realizó un seguimiento de casos, el criterio de evaluación de la intervención familiar fue la recaída.

Los casos fueron atendidos durante nueve meses en cada clínica por el mismo profesional quien tiene formación como terapeuta familiar. El objetivo era evaluar el modelo de trabajo familiar. La muestra se dividió en dos grupos; en un grupo se colocaron las familias que se involucraron en el tratamiento y en el otro las familias que no lo hicieron; por involucrarse en el tratamiento describen al hecho de contestar los cuestionarios, ver que otros miembros de la familia que no acuden contesten y los envíen, vayan a las sesiones, asistan a las sesiones multifamiliares, den información extra a las preguntas y acudan a grupos de auto ayuda mientras su familiar se encuentra internado.

Los resultados describen que un mayor porcentaje de los familiares que se comprometen con el tratamiento el paciente logra permanecer sin consumo, siendo que un porcentaje menor sufre alguna recaída. A la inversa aquellos familiares que no

asisten a terapia en un mínimo porcentaje los pacientes permanecen en abstinencia, siendo que la mayoría sufre recaídas.

Las conclusiones a las que llegaron señalan que es más probable que si la familia enfrenta la enfermedad, asiste a tratamiento y acompañe, las recaídas son menores.

La investigación describe que muchas familias por abonar el tratamiento consideran que participan del mismo sin acompañar en ninguna otra actividad.

Los autores Hernández Castillo, Cargill Foster, Gutiérrez y Hernández (2012) describen la funcionalidad familiar y las conductas de riesgo en estudiantes de nivel superior. Considerando la funcionalidad familiar como la capacidad para enfrentar y superar crisis vitales en las diferentes etapas de la vida por las cuales atraviesa el sujeto que cumple con las tareas encomendadas según la evolución de sus miembros. Se considera que el funcionamiento familiar es un determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad. Reconociendo como conductas riesgosas los problemas de adicciones o la vida sexual precoz entre en adolescentes.

El Hernández Castillo et al. (2012) describen el incremento que se ha dado en relación a las enfermedades de transmisión sexual y el incremento en el consumo de sustancias psicoactivas de modo paralelo a los cambios sucedidos en la estructura familiar tales como el aumento de familias monoparentales, el incremento en los divorcios, el aumento de actividad laboral en las mujeres, volviendo más vulnerable el cuidado y protección hacia los jóvenes.

El objetivo de la investigación tenía como finalidad identificar la funcionalidad familiar y conductas de riesgo de un grupo de estudiantes de nivel medio superior.

Habiendo utilizado el cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL, los resultados a los que arribaron refieren que siendo la población casi en partes iguales femenina y

masculina entre 17 y 18 años de edad, encontraron que el 48 % de las familias son moderadamente funcionales, el 29% es disfuncional, 21 % funcional, siendo que solo el 2% severamente disfuncionales. De los encuestados el 32% ha consumido alcohol y un 24% reportó el inicio del hábito de fumar. La prevalencia del consumo de drogas es del 8%, predominando la marihuana como droga de consumo. El 45% de la población estudiada ya tiene vida sexual activa, con edad de inicio de 15 años.

La investigación concluye en que la mayoría de las familias en este estudio son moderadamente funcionales, existiendo conductas de riesgo en esta población, ya que casi la mitad de los estudiantes han iniciado el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas principalmente la marihuana, e incluso ya han iniciado su vida sexual siendo la edad promedio de 15 años.

En su tesis doctoral Ramírez Serrano (2007) describe que diversos autores han explicado la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y un clima familiar hostil con elevado deterioro en la dinámica familiar.

Esta investigación abarca en su estudio la autopercepción de las personas adictas acerca del funcionamiento familiar, motivo por el cual han encontrado de interés identificar características predominantes en el funcionamiento de familias con un hijo drogodependientes con la finalidad de diseñar estrategias terapéuticas y preventivas.

A los resultados que arribaron describen que las familias encuestadas se manifestaron descontentas con su funcionamiento familiar, ya que consideran que poseen escasa cohesión, dificultades en la comunicación, y rigidez en la flexibilidad, tales características generan en el hijo hostilidad, sentimiento de abandono, soledad y escasa creencia que los padres puedan ayudarlos a resolver problemas, lo cual según el autor indica desvalimiento familiar en las funciones de afecto y apoyo.

Los conflictos relacionados con la comunicación dan lugar a la imposibilidad de pactar acuerdos entre los miembros de la familia, los padres demostraron inmadurez emocional, lo cual los imposibilita para demostrar sus sentimientos o hacerlo de modo inapropiado lo cual genera escasez en las respuestas empáticas de padres a hijos. Las características mencionadas se han detectado desde el inicio de la pareja parental principalmente las cuestiones relacionadas a la problemática comunicacional.

Por lo expuesto anteriormente la investigación concluye que debido a las características disfuncionales de la familia mencionadas anteriormente, repercuten de modo negativo en los adolescentes propiciando conductas riesgosas y por los escasos en la resolución de problemas recurren a la droga como modo de evadir la realidad, evadiendo las problemáticas por la que atraviesan.

Respecto a los hijos drogodependientes arribaron a la teoría que desde la primera infancia presentaron problemas de conductas, desobediencia, agresión física, ansiedad, entre otros. Estas características se intensifican en el inicio de la adolescencia y más aún con el consumo de sustancias.

El resultado acerca del inicio del consumo describe la adolescencia como la etapa de inicio y en la mayoría de las ocasiones con el grupo de pares. Aunque se considera que los factores de riesgo o de protección en la familia , y la influencia de la familia para el consumo de drogas estuvo presente de manera directa o indirecta en los hijos drogodependientes, resultado que coincide con el obtenido por otra investigación llevada a cabo por Pons diez y Berjano Perait (1999).

En cuanto a los padres agrega que existen dificultades para aceptar la drogodependencia de su hijo, cuando deben de asumirla se observa escasa tolerancia a la frustración, y escasos en la elaboración del duelo por los proyectos imaginados para sus hijos. Aparecen sentimientos negativos, de culpa, estados depresivos, rencor, como

consecuencia de los actos violentos que han tenido con sus hijos. Afirman haber pasado horas de gran ansiedad por las situaciones que han tenido que atravesar, cuando su hijo no llegaba a casa a un horario adecuado, o cuando desaparecían días, o terminaban presos por actos delictivos, o en sanatorios o volvían golpeados.

La mayoría de los padres encuestados en dicha investigación tienen la esperanza de que el tratamiento de rehabilitación signifique la cura total, anulando en su totalidad el riesgo de la recaída.

La conclusión finalmente confirma la hipótesis del estudio en cuestión que el funcionamiento familiar con hijos drogodependientes se caracteriza por ser una familia obstructora, al tener problemas de comunicación, de cohesión y de adaptabilidad desde el inicio de la conformación de pareja parental.

La Revista chilena de Neuropsiquiatría (2003) publicó un estudio de abuso y adicción al alcohol y marihuana enfocado principalmente en el sistema social del cual el individuo forma parte, constituido este principalmente por la familia y el entorno sociocultural.

Desde la perspectiva abordada describe que los síntomas que presentan las personas consumidoras de sustancias psicoactivas se consideran imposibles comprender disociadas de la relación entre el individuo y el contexto en el cual están inmersos, principalmente para el entorno familiar, ya que el adicto hace regir también la homeostasis de ese sistema familiar particular que funciona de ese modo, y es rígido a los cambios.

El estudio refiere que el consumo de alcohol y drogas se inicia generalmente durante la adolescencia, período importante para el desarrollo individual y familiar, ya que el sujeto que atraviesa por este período se encuentra en proceso de separación e individualización de la familia. El adolescente que deriva en un consumo problemático

habría desarrollado un proceso de incompleta separación, es decir, una insuficiente diferenciación individual lo que constituiría un factor riesgo.

En estudios de familias con un miembro adicto se han podido identificar patrones conductuales disfuncionales recurrentes tanto en los padres (sobrepotección materna; padre distante o ausente, o bien excesivamente castigador, autoritario o violento) como en el adolescente (dependiente e inadaptado, con problemas conductuales, comportamiento antisocial, abandono escolar e iniciación precoz de la vida sexual).

En la dinámica familiar se desarrolla una incongruencia en los roles, en la jerarquía de los mismos. Otros factores que se consideran facilitadores del consumo de sustancias son los patrones disfuncionales en la cohesión, adaptabilidad, fortalezas y unión familiares, maltrato infantil, así como antecedentes de adicción en el sistema familiar, son factores familiares de riesgo.

Las conclusiones a la que arriban ponen de manifiesto que al momento de programar estrategias terapéuticas debe tenerse en cuenta tanto el perfil psicológico como la estructura familiar del paciente, los hallazgos plantean la necesidad de estudiar las relaciones entre las dimensiones individual y familiar. De esta manera es posible considerar el síntoma adictivo como un intento de hacer funcionar un sistema familiar disfuncional.

Las investigaciones descriptas toman como variables importantes en la adicción la relación establecida entre el drogodependiente y su familia, siendo la familia y los correlatos de su funcionalidad factores de riesgo o de protección para la iniciación del consumo de sustancias psicoactivas y para el sostenimiento de la patología. En las investigaciones mencionadas se determina como época de prevalencia del surgimiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas la adolescencia.

Para las políticas preventivas y de tratamiento se considera de suma importancia la inclusión de la familia en las mismas.

## **5. MARCO TEORICO**

### **5.1. CAPITULO 1**

#### **DIVERSOS USOS DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA HISTORIA**

El consumo de sustancias psicoactivas se remonta a miles de años en la historia. Siendo que muchas de ellas son derivados de animales y plantas que los indígenas ya utilizaban en los distintos continentes del mundo.

Se le ha dado diversos usos asociados a mitos religiosos, rituales, así como para otros fines destinados a mitigar necesidades básicas como la sed, el hambre, o para encontrar valor para enfrentar combates o provocarse estados distintos a los de vigilia o mitológicamente se consideraba un acceso a la felicidad, tal lo describe Pintos Núñez (1998).

El uso de drogas es antiguo, lo que ha ido variando y desplazándose fue la utilización que se le ha dado a las sustancias psicoactivas, según los fines para los cuales ha sido manipulada.

Tradicionalmente, el consumo de drogas estaba adecuado y equilibrado por pautas culturalmente establecidas, por lo que sus efectos eran funcionales para el individuo y para la organización social.

Han sido significadas y resignificadas de diferentes modos, según las tradiciones de cada época y sujetas a la cultura se le han atribuido diferentes propiedades en el transcurrir de la historia.

Rossi (2014) distingue tres periodos que conviven entre sí para los cuales la ingesta de drogas adquiere una significación peculiar: un momento de uso religioso, otro de índole medicinal y otro de utilización social y recreacional.

### **5.1.1 Uso religioso de las sustancias psicoactivas**

Según National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2013) si nos remontamos en la historia, siglos atrás se utilizaban ya alucinógenos existentes en algunas plantas y hongos, se manipulaban principalmente para los ritos religiosos. Los efectos que producen se pueden explicar debido a que muchos alucinógenos tienen una estructura química similar a la de los neurotransmisores naturales y producen efectos similares a los que estos generarían en exceso.

Rossi (2014) relata que las antiguas culturas de Europa y América solían consumir hongos particulares para provocarse estados alucinatorios, estados diferentes a los acontecidos con naturalidad.

En la cultura griega los sacerdotes buscaban con la aspiración de sulfuros provocarse alucinaciones con la creencia de que de ese modo podían interpretar material onírico, descifrar o decodificar cuestiones del futuro, presentes por ejemplo en el oráculo de Delfos. Se trataba de un saber de los dioses sobre el futuro, los sueños eran considerados mensajes que dejaban los dioses a los humanos, anticipándoles el futuro.

### **5.1.2. Uso medicinal de las sustancias psicoactivas**

Conjuntamente a la línea religiosa, aparece el uso medicinal.

De las civilizaciones antiguas de China e India se encuentra ya tempranas referencias al uso anestésico del opio para el dolor físico y psíquico, inclusive para soportar intervenciones quirúrgicas, se utilizaba para sedar a las personas antes de ser intervenidas quirúrgicamente.

La producción de sustancias-drogas generó una industria farmacéutica basada en las hierbas y plantas medicinales que sistematizan las especies vegetales según sus usos y efectos.

Pintos Nuñez (1998) recapitula acerca de la mitología griega, en la Odisea se relata ya acerca del uso del cannabis utilizado por Helena para mitigar las penas en la guerra de Troya.

El vino es la bebida por excelencia en la antigüedad y las leyendas griegas le dedican un amplio espacio, es considerado un componente esencial para los héroes en el festejo de sus batallas o para reunir coraje en los enfrentamientos.

Al respecto Rossi (2014), describe que en la antigua Grecia Hipócrates inicia la tradición de la medicina naturalista y definitivamente separada de lo sobrenatural, también se caracterizó por la prescripción de opio para fines medicinales, para el tratamiento de las enfermedades más tormentosas

“Hasta principios del siglo XX, la marihuana era considerada en varios países como un medicamento útil para diversas dolencias” (Observatorio Argentino de drogas [OAD], 2011, p. 7).

Los jardines antiguos y medievales tenían rincones ocupados con hierbas que se usaban para cocinar, para preparar infusiones o para curar, funcionaban como proveedurías medicinales.

### **5.1.3. Uso social y recreacional de las sustancias psicoactivas**

En relación a la utilización de las sustancias para usos recreacionales y sociales, Rossi (2014) relata acerca de las recomendaciones médicas griegas para eludir la melancolía.

Además de vinos y cervezas, los griegos usaron con fines ceremoniales y lúdicos el cáñamo en ocasiones mediante sahumerios o inciensos. Consumían también un extracto de hachís con vino para estimular reuniones privadas.

En la Edad Media, pueblos enteros quedaban alterados por un hongo alucinógeno que provocaba fenómenos masivos.

Las tradiciones populares se comenzaron a diferenciar de las médicas y las sustancias psicoactivas comenzaron a tener otro concepto apto a fines alejados de la medicina.

En Roma, por su parte, aunque las plantas principales fueron la adormidera (como el opio) y la vid, en tiempos de los césares no era poco frecuente fumar flores de marihuana en reuniones asociado a que generaba disfrute. En la cultura griega se consideraba que la alegría se lograba festejando con amigos, la receta era la vida social y el vino.

El vino era el centro de las fiestas dionisiacas, donde festejar significaba tomar en exceso. En las reuniones de hombres, los grupos de guerreros se organizaban alrededor del vino considerando que este ayudaba a vencer el miedo

Comenzaron luego a surgir nuevos espacios sociales, las Tabernas, dieron lugar a reuniones para comer y beber alrededor de una mesa costumbre que se prolongó en la Edad Media.

El Renacimiento muestra una serie de usos sociales cotidianos que se van abriendo paso en la cultura. La popularización de las drogas generó nuevos usos culturales: para el amor, para resolver problemas, para exploraciones subjetivas, como búsqueda de nuevos espacios sensoriales, alucinaciones, la avidez de provocar estados especiales, para evadir conflictos entre otros.

## **5. 2. CAPITULO 2**

### **CONTEXTO HISTORICO DE LA PROBLEMÁTICA ADICTIVA**

#### **5.2.1. La problemática adictiva a nivel mundial**

La oficina de las naciones unidas contra las drogas y el delito (UNDOC, 2012) publicaron un informe mundial sobre drogas en el cual describen estadísticas del consumo y de la problemática a nivel mundial haciendo hincapié en la incrementación de consumidores que se ha dado en el último tiempo, siendo que 230 millones de personas o sea el 5 % de la población adulta han probado alguna sustancia ilegal al menos una vez en el año 2010.

Los consumidores problemáticos de drogas las estadísticas indican que son unos 27 millones de personas a nivel mundial. Dos millones de personas mueren a causa de la cocaína y la heroína por año, este es el destino fatal del consumo, sin dejar de dar importancia a los deterioros que causan en el plano económico, social, incrementando actos delictivos, inseguridad y la propagación de enfermedades endovenosas.

Las drogas de mayor consumo declarado son el cannabis y los estimulantes anfetaminicos. Los opioides son las sustancias que desencadenan más demandas de tratamiento en Asia y Europa, siendo que en América la causante es la cocaína y el cannabis lo es en África.

No se dispone de cifras mundiales relativas al consumo de psicofármacos con fines no médicos, sin embargo se ha informado que dicho consumo constituye un problema sanitario cada vez más grave.

En los últimos decenios el problema del consumo de sustancias ilegales comenzó a concentrarse entre los jóvenes, los datos estadísticos refieren que entre 153 millones y

300 millones, o sea 3,4% y 6,6 % de la población mundial entre 15 y 64 años de edad han consumido alguna sustancia ilícita al menos una vez; de las cuales se considera que entre 15,5 y 38,6 millones padecen drogodependencia, entre 99000 personas y 253000 fallecieron como consecuencia del abuso de sustancias en el año 2010 a nivel mundial.

En América del sur la mortalidad estimada oscila entre 12,2 y 31,1 por cada millón de habitantes, la cocaína es considerada la droga más letal.

Hoy en día el consumo prevalece entre los jóvenes principalmente en las edades comprendidas entre 18 y 25 mayores de esta edad va descendiendo hasta alcanzar niveles de consumo mucho menores en personas de 65 años, aunque se observan también porcentajes altos en jóvenes de 13 a 17 años de edad.

### **5.2.2. Etapas históricas del consumo de sustancias psicoactivas en Argentina**

Kalina (1988) describe que debe considerarse principalmente el contexto en el que surge la patología adictiva, ya que la sociedad es inductora de los fenómenos que suceden.

Las sustancias ilegales hacen su entrada en escena en la década del sesenta, las nuevas sustancias en ese entonces eran un enigma por descubrir, un campo para elaborar según Kalina (2006).

En una investigación llevada a cabo por OAD (2004) señala que se pueden identificar cuatro etapas relacionadas con el incremento del consumo de sustancias y su utilización.

Desde fines de los años '60 el uso de drogas ilegales se expandió asociada a la idea de rebeldía y oposición, siendo la marihuana la sustancia preponderante hasta mediados de los 'años 70.

Kalina (1988), relata acerca de la difusión masiva de las drogas a escala mundial también situando este suceso en la década del sesenta. Describe que la comercialización, la venta y consumo de drogas como suceso se desplazó a todos los estratos sociales, comenzó a ocurrir en grupos marginales dejando de ser un privilegio de las clases altas. El consumo abusivo se extendió a nivel mundial, sin distinción de clases, edad, sexo, ideología política.

A principios del '80 las sustancias comienzan a ampliarse, el abuso de sustancias incluye los psicofármacos como la morfina y las anfetaminas, la cocaína comienza a ramificar su accesibilidad cuando el éxtasis no había comenzado a imponerse en el país.

La sociedad incorpora el consumo de sustancias psicoactivas de modo atropellado, siendo que en los 80 y los 90 su disponibilidad, variedad y consumo crecen aceleradamente. La sustancia preferente comenzó a ser la cocaína inhalada, tomando mayor protagonismo que las sustancias incorporadas por vía endovenosa.

La cultura comenzó a considerar esta tendencia al abuso como una conducta desviada, autodestructiva, con tendencia a la promiscuidad y desencadenante de suicidios.

Desde principios de los '90 hasta la actualidad se incrementó el uso de marihuana de modo periódico y extendido en la población.

Lo que declina para el año 2001 en la conjetura que los programas de reducción de daño diseñados en la década del noventa no fueron funcionales para la minimización del abuso de sustancias psicoactivas, determinando de este modo que las políticas y estrategias preventivas tomadas hasta el momento no tuvieron los resultados esperados en la población.

La problemática del consumo de drogas se construye como problema social en Argentina a finales del siglo XX específicamente. Tal como afirman los Estados modernos se consolida junto con el sistema capitalista con el surgimiento de las sociedades de consumo.

El consumo de determinados bienes simbólicos y materiales tiene un profundo impacto en la construcción de la identidad en la sociedad de hoy y en este marco es donde el consumo se construye como la vía preponderante para el desarrollo humano como factor de inclusión social, consumir es visto también como un medio para alcanzar el éxito.

Además de esta dimensión, al consumo de drogas se agrega la versión de adormecimiento, la sustancia se utiliza para evadir la realidad.

El Ministerio de Educación de la Nación (2014) actualmente define a la problemática del consumo de sustancias como un síntoma social, que está estrechamente relacionado con el malestar en el vivir. Pensar este malestar en términos sociales y educativos incluye no solo los lazos, sino pensar en cada individuo en relación con su entorno, su familia, sus espacios.

La problematización del consumo de sustancias data de aproximadamente 60 años atrás. Es cuando el sujeto comienza a relacionarse con la sustancia de manera más compulsiva. Las personas encuentran una forma de paliar el malestar, resolver conflictos, miedos y ansiedades a través de las sustancias según Benítez (2010).

### **5.3. CAPITULO 3**

#### **CLASIFICACION DE LAS DIVERSAS SUSTANCIAS**

##### **5.3.1. Concepto de Droga**

El concepto de droga tal lo define la Organización Mundial de la Salud es el más utilizado en el campo de las adicciones, “droga es toda sustancia que introducida en el organismo, produce modificaciones en una o varias funciones de este” (OMS, 1975).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1995) citando la definición de “droga” que propone la OMS, agrega algunas consideraciones:

Es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier mecanismo (ingestión, inhalación de gases, intramuscular, endovenosa, etc.) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del consumidor, provocando un cambio en su comportamiento, ya sea una alteración física o intelectual o una modificación de su estado psíquico. (DSM-IV, 1995, p.180)

En mencionadas definiciones se encuentran agrupadas tanto las drogas lícitas como ilícitas.

El concepto hace referencia a las sustancias que producen modificaciones en el organismo, específicamente afectan el funcionamiento del sistema nervioso central, siendo que los efectos dependen del tipo de sustancias, la dosis, la vía de administración, la persona y el contexto (Plan Provincial de Adicciones, 2010).

##### **5.3.2. Clasificación social de las drogas**

El Ministerio de Educación de la Nación (2010), agrupa las drogas en las siguientes categorías:

Clasificación social de las drogas

Establecida esta división por la sociedad y avalada la división por la Ley penal de estupefacientes vigente, Ley número 23737 (Código penal de la Nación Argentina, 1989).

**Legales:** son las drogas socialmente aceptadas de producción y venta libre. Ejemplos de las mismas son el tabaco, alcohol, mate, café en otras.

Dentro de este grupo también se encuentran los medicamentos, pero dado que algunos de estos tienen requisitos para ser adquiridos son sustancias legales reguladas por la entidad médica y farmacológica ya que se adquieren bajo receta.

**Illegales:** son aquellas sustancias prohibidas tanto su consumo, producción como distribución, definidas estas por las naciones unidas.

Las Naciones Unidas (ONU, 1971) declararon en el convenio sobre sustancias sicotrópicas realizado en la ciudad de Viena, en la cual fueron advertidos los problemas sanitarios y sociales que origina el uso indebido de ciertas sustancias psicoactivas.

Se reunieron con fines preventivos para combatir el empleo indebido de estas sustancias y el tráfico ilícito, considerando que es necesario tomar medidas rigurosas para restringir el uso y abuso de las mismas.

Reconociendo la competencia de las Naciones Unidas en materia de fiscalización en el artículo 2 se define el alcance de la fiscalización de las sustancias incluyendo en la lista a aquellas sustancias que la OMS comprueba:

Que la sustancia puede producir dependencia y alguna modificación en el funcionamiento del sistema nervioso central, además de su uso indebido. También incluye aquellas drogas que son o pueden ser objeto de un uso indebido tal que constituya un problema sanitario y social que justifique la fiscalización internacional de la sustancia.

### **5.3.3 Clasificación científica de las drogas**

Se basa en los efectos que las sustancias producen al consumirlas.

Según NIDA (2012) las drogas contienen sustancias químicas que infiltran el sistema de comunicación del cerebro perturbando el envío, la recepción y el procesamiento normal de información entre las células nerviosas.

Hay por lo menos dos maneras que las drogas pueden modificar las conexiones neuronales, ya sea imitando los mensajeros químicos naturales del cerebro o sobre estimulando el circuito de gratificación del cerebro.

La clasificación farmacológica divide a las drogas según sus efectos en el sistema nervioso central, depresoras, estimulantes, alucinógenos o cannabinoides.

### **5.3.4. Estimulantes del sistema nervioso central**

Estimulantes: son sustancias que aceleran la actividad del cerebro y la medula espinal, aligeran el sistema nervioso central provocando excitación, euforia, el usuario se manifiesta verborragico, ansioso o con gran sensación de alegría. Ejemplo de droga legal el café, legal regulada las anfetaminas, e ilegales paco o pasta base de cocaína.

**La cocaína:** Sus principales vías de administración son oral, nasal, intravenosa y pulmonar. Crack, es el polvo de clorhidrato de cocaína que ha sido procesado, generalmente se fuma. El efecto genera euforia y exceso de energía, también aumenta la temperatura corporal, la presión arterial y la frecuencia cardiaca, pudiendo producir ataques al corazón o al cerebro, insuficiencia respiratoria, convulsiones, dolor abdominal y nauseas.

**Las metanfetaminas:** similares en la estructura a la anfetamina solo pueden obtenerse por prescripción médica generalmente en dosis bajas. Es un polvo blanco que se puede fumar, inhalar, inyectar o tomar de forma oral. Aumenta la liberación del

neurotransmisor dopamina, produciendo concentraciones muy altas de esta sustancia química en el cerebro. Esto constituye un mecanismo de acción común de la mayoría de las drogas de abuso, ya que la dopamina juega un papel importante en el sistema de gratificación del cerebro, afectando la motivación, la sensación de placer y la función motora, produciendo euforia intensa.

El consumo de metanfetamina incluso en pequeñas cantidades puede producir, prolongación del estado de vigilia, mayor actividad física, disminución del apetito, aumento de la frecuencia respiratoria, aceleración de la frecuencia cardíaca, irregularidad del latido del corazón, aumento en la presión arterial entre otros síntomas.

El abuso a largo plazo tiene muchas consecuencias negativas, entre ellas, una pérdida extrema de peso, problemas dentales graves, ansiedad, confusión, insomnio, perturbaciones en el estado de ánimo y comportamiento violento.

Las personas que han consumido por demasiado tiempo metanfetamina también demuestran varias características psicóticas, como paranoia, alucinaciones visuales y auditivas y delirios.

**Éxtasis:** La MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina) comúnmente denominada éxtasis y en Estados Unidos suelen denominarla Molly.

NIDA (2013) la describe como una droga sintética psicoactiva y similar al estimulante metanfetamina y a otros estimulantes de tipo alucinógenos. Causa un efecto vigorizante, euforia, calidez emocional, empatía hacia los demás, y distorsiones en la percepción sensorial y del tiempo.

La MDMA se toma por vía oral, generalmente en forma de cápsula o pastilla.

Actúa aumentando la actividad de tres neurotransmisores: la serotonina, la dopamina y la norepinefrina. Se habla de los efectos emocionales y sociales de esta sustancia, que pueden ser causados probablemente por la liberación de grandes cantidades de

serotonina, la cual influye en el estado de ánimo (así como en otras funciones tales como el apetito y el sueño). La serotonina también desencadena la liberación de las hormonas oxitocina y vasopresina, que juegan un papel importante en el amor, la confianza, la excitación sexual y otras experiencias sociales. Esto puede explicar los sentimientos característicos de empatía y cercanía emocional producidos por la droga. Los estudios realizados demostraron que eleva los niveles de estas hormonas.

**Cannabinoides:** son drogas ilegales como la marihuana, hachís.

Marihuana: Es un derivado de la planta de cáñamo, *Cannabis sativa*. En su forma más concentrada se llama hachís; la principal sustancia psicoactiva que altera el sistema nervioso central en la marihuana es la delta-9-tetrahidrocannabinol o THC.

Es considerada la droga ilícita de abuso más frecuente a escala mundial según NIDA (2013).

Generalmente se fuma o se puede ingerir mezclada con alimentos o como infusión o te.

El THC pasa rápidamente al torrente sanguíneo, que lo transporta al cerebro y a otros órganos del cuerpo, se absorbe rápidamente cuando es ingerido en bebidas o comidas.

Activa el sistema endocannabinoide de manera exagerada causando euforia y efectos que incluyen distorsiones en la percepción, deterioro de la coordinación dificultad para pensar y resolver problemas, perturbación en el aprendizaje y la memoria, también puede producir relajación. Además, puede experimentarse una agudización de los sentidos de la vista, el olfato, el gusto y el oído.

A corto plazo los síntomas que puede generar son aumento del apetito y aceleración del pulso, problemas para realizar tareas físicas e intelectuales como manejar un vehículo o pensar en forma lógica.

El consumo en altas dosis produce confusión y lentifica el pensamiento, pudiendo generar angustia, pánico hasta manifestaciones similares a las sustancias alucinógenas o brotes psicóticos.

El consumo sistemático de dicha sustancia genera dependencia psicológica según OAD (2011).

Tal como lo declara NIDA (2013) contrario a las creencias populares la marihuana es adictiva, los consumidores crónicos de marihuana que intentan dejar el hábito, reportan sufrir síntomas del síndrome de abstinencia, como irritabilidad, insomnio, ansiedad, etc.

### **5.3.5. Depresoras del sistema nervioso central**

Depresoras: son aquellas sustancias que deprimen el sistema nervioso central, porque producen un efecto sedante, lentifican las funciones del mismo y provocan sueño. Un ejemplo de droga legal es el alcohol, legal regulada los fármacos tranquilizantes e ilegales el opio.

**Alcohol:** El alcohol etílico o el etanol, es una sustancia intoxicante depresor del sistema nervioso central, se absorbe rápidamente en el estómago y el intestino delgado al torrente sanguíneo. Afecta todos los órganos del cuerpo llegado al grado de intoxicación puede dañar la función cerebral y habilidades motoras.

Opiáceos: NIDA (2014) describe los opioides incluyen drogas como OxyContin y Vicodin que son en su mayoría prescritos para el tratamiento del dolor moderado a severo.

Algunas de las sustancias incluidas en esta categoría son la heroína, morfina y codeína. La heroína es una sustancia procesada de la morfina, generalmente se presenta como polvo blanco o marrón. Se la puede inyectar, inhalar o fumar. Su efecto a corto plazo genera euforia y confusión mental, luego de esta euforia inicial el usuario pasa a un

estado que alterna entre estar completamente despierto o adormecido. Esta sustancia reprime la respiración, genera sequedad en la boca, enrojecimiento caliente de la piel y pesadez en las extremidades. Los analgésicos de prescripción tipos opioides pueden tener efectos similares a la heroína.

### **5.3.6. Alucinógenas**

Son sustancias que alteran las percepciones provocando alucinaciones, pesadillas y desvaríos. Ejemplos de estas drogas: LSD, cucumelo, peyote (plantas y hongos de crecimiento natural).

La mayoría de los alucinógenos contienen nitrógeno y se clasifican como alcaloides. Estas sustancias tienen una estructura química similar a los neurotransmisores naturales, se asemeja a la acetilcolina, serotonina o catecolamina.

Las investigaciones indican que estas drogas trabajan interfiriendo temporalmente con la acción del neurotransmisor ligándose a los sitios de sus receptores.

NIDA (2003) describe cuatro tipos de alucinógenos:

**LSD (dietilamida del ácido lisérgico-d):** Es una de las sustancias químicas más potentes que alteran el estado de ánimo. Se fabrica a partir del ácido lisérgico.

**Peyote:** Es un cactus pequeño sin espinas cuyo ingrediente principal activo es la mezcalina. La mezcalina también se puede producir a través de una síntesis química.

**Psilocibina (4-fosforiloxi-N, N-dimetiltriptamina):** Se obtiene de ciertos tipos de hongos originarios de las regiones tropicales y subtropicales de América del Sur, México y los Estados Unidos.

**PCP (fenciclidina):** Se desarrolló en los años cincuenta como una anestesia intravenosa, pero su uso se discontinuó debido a sus efectos secundarios sumamente adversos.

La LSD, el peyote, la psilocibina y la PCP son drogas que producen alucinaciones, es decir, ocasionan una distorsión profunda de la percepción de la realidad. Las personas que están bajo la influencia de los alucinógenos ven imágenes, escuchan sonidos y sienten sensaciones que parecen ser reales pero que no lo son. Algunos alucinógenos también producen cambios emocionales rápidos y agudos.

Según el diario La Nación (2011) el LSD es una de las drogas preferidas por los jóvenes argentinos en las salidas nocturnas.

Esta sustancia tal lo describe el NIDA (2014) genera cambios más drásticos en las sensaciones y sentimientos que en la parte física. Es posible que el usuario sienta varias emociones diferentes al mismo tiempo o que pase rápidamente de una emoción a otra. Si se toma una dosis suficientemente alta, la droga produce delirio y alucinaciones visuales. El sentido del tiempo y de la identidad propia se altera. Da la impresión de oír los colores y ver los sonidos. Estos cambios pueden ser aterradores, y causar ataques de pánico. Algunas personas tienen pensamientos que le causan mucho miedo.

## **5.4. CAPÍTULO 4**

### **ADICCIÓN, CONCEPTOS GENERALES**

#### **5.4.1. Adicción, recorrido conceptual**

El Ministerio de Educación de la Nación (2010), describe las adicciones como un fenómeno complejo con diversas aristas que debe ser abordado multidisciplinariamente, no pueden ser explicadas por una sola causa, siendo que se considera como el resultado de múltiples factores: familiares, individuales, políticos, sociales y culturales.

Según Kalina (2006), acerca del paciente adicto, la terminología y denominación fue desplazándose y se lo ha llamado de diferentes formas; drogadictos, farmacodependientes, toxicómanos, etc.

Para definir el término se remite a la antigua roma, en ese entonces cuando un sujeto no podía pagar una deuda, se esclavizaba entregando su vida como forma de pago. Salía de su condición de deudor a cambio de dar su libertad. Kalina (2006) realizó este paralelismo con quien recurre a la droga, ya que corre igual destino de esclavitud.

“Etimológicamente el termino droga significa mentira, embuste, cosa de mala calidad. Mediante el consumo de sustancias psicotóxicas en la ilusión de superar debilidades, en lugar de independizarse el sujeto se vuelve drogodependiente” (Kalina, 2006, p. 16).

Benítez (2010) las adicciones aparecen en el marco de la posmodernidad como la modalidad patológica del consumo propio de las sociedades modernas. La relación que el hombre tiene con diferentes objetos va cambiando con el transcurrir del tiempo.

El termino adicción no es simple de definir, ya que diversas teorías lo han abordado desde diferentes ámbitos, es difícil circunscribir el concepto a un campo determinado.

Diversas teorías han puesto el énfasis en la sustancia, o en el adicto, o en la familia, o en la sociedad buscando adoptar un concepto y políticas de estrategia en prevención.

Los términos toxicomanía, drogodependencia o drogadicción suelen ser utilizados habitualmente como sinónimos para referirse a un estado causado por el consumo de una sustancia que genera un estado psicofísico caracterizado por generar cambios a nivel comportamental y otras reacciones. La adicción se manifiesta por un impulso irreprimible, una compulsión a consumir drogas de forma habitual con el objetivo de experimentar sus efectos psíquicos. (Barrionuevo, 2013).

Barrionuevo (2013) plantea que el término se utiliza habitualmente vinculado al consumo de sustancias psicoactivas, pero se ha extendido a otros escenarios que no requieren del consumo de ninguna sustancia, como el juego, la compulsión a la búsqueda de sexo, el uso de internet, entre otras adicciones llamadas comportamentales o no químicas. Han surgido múltiples discusiones a lo largo del último siglo siendo objeto de variadas definiciones.

NIDA (2008) describe la adicción, comienza desarrollando el concepto de abuso como el uso inapropiado de sustancias ilícitas, siendo que la enfermedad misma de la drogadicción produce un modo de funcionamiento crónico en el sistema nervioso central que se caracteriza por la búsqueda y compulsión a consumir, este modo de funcionar genera cronicidad y a menudo propulsa a las recaídas.

Se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas para la persona adicta y para los que le rodean. Comienza por un uso voluntario y esporádico pero los cambios generados en el cerebro afectan el autocontrol y la imposibilidad de refrenar los impulsos. Esta definición, abarca los

cambios sucedidos a nivel biológico en el cerebro y da relevancia a estos, pero no explica la dependencia física y psicológica que las sustancias generan.

En la adicción factores psicosociales, ambientales, biológicos y genéticos desempeñan un importante papel. En la dependencia de sustancias influyen múltiples causas, entre las cuales deben considerarse los factores biológicos, genéticos, hereditarios, también los psicosociales, culturales y ambientales OMS (2004).

“La dependencia de sustancias es un trastorno crónico, y a menudo recurrente, que con frecuencia concurre con otros trastornos físicos y mentales” (Dra. Catherine Le Galès-Camus, OMS, 2004).

#### **5.4.2 Descripción de los conceptos uso/abuso/adicción.**

El Ministerio de Educación de la Nación Argentina (2010) describe que el consumo de sustancias psicoactivas se puede asociar a diferentes usos que hacen referencia a la periodicidad o frecuencia del consumo.

**Uso:** El uso está definido como la relación que establece un sujeto con una sustancia psicoactiva, pero sin generar un vínculo de necesidad, no se presenta ninguna manifestación de angustia frente a la falta de la sustancia. De no estar disponible la persona no presenta ningún tipo de conducta inapropiada para conseguirla. Hace referencia al consumo ocasional de una sustancia.

**Abuso:** reiterado consumo de drogas, recurriendo el sujeto a cantidades de sustancias y recurrencia en el hábito cada vez mayor que superan a las iniciales. Sea continuo o discontinuo el abuso suele ser calificado un riesgo en cuanto a la posibilidad de facilitar el traspaso a la adicción propiamente dicha, así como a riesgos por sobredosis.

**Adicción:** “dependencia, compulsiva y constante, de una sustancia de la cual el sujeto no puede prescindir, ocasionando trastornos en lo físico y en lo psíquico, constituyéndose el sujeto en peligro para sí y para los demás” (Barrionuevo, 2013, p. 2)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV, 1995) describe los criterios para los trastornos con sustancias, lo define como un patrón desadaptativo que conlleva a un malestar físico significativo, dañando la salud física, mental y el bienestar social de la persona. Para ser diagnosticado como tal debe haber permanecido durante 12 meses, presentando tres o más características que se definen a continuación:

**Dependencia:** Cuando se genera una compulsión irrefrenable a consumir, La sustancias se consume de forma repetida de tal forma que a menudo lleva a la tolerancia, abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

Los síntomas que pueden presentarse en la dependencia a una sustancia son principalmente tolerancia y síndrome de abstinencia.

**Tolerancia:** es un fenómeno de adaptación del organismo a la droga, de manera que este ya no responde a la cantidad recibida y exige volúmenes cada vez mayor para obtener el efecto deseado. El efecto de la misma cantidad de sustancia disminuye con el consumo continuo, se genera como un acostumbramiento del cuerpo, lo cual para generar el efecto debe aumentar la dosis.

### **Síndrome de Abstinencia**

Es un cambio del comportamiento desadaptativo con concomitantes cognoscitivo y fisiológico, que tienen lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de sustancias. (DSM IV, 2002, p. 220)

### **Otras pautas que definen la problemática:**

- Consumo recurrente de sustancia, provocando el incumplimiento de obligaciones cotidianas (ausencias, expulsiones, descuidos de tareas, etc.).
- El consumo se hace en situaciones en las que resultan físicamente peligrosas (por ejemplo conducir un automóvil).
- Problemas legales, relacionados con el consumo de la sustancias
- Continuar consumiendo a pesar de tener problemas de índole social o interpersonal, consecuencias de la intoxicación.
- Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancias.

### **5.4.3. Criterios diagnósticos actuales**

Echeburúa<sup>1</sup>, Karmele, Salaberría, Marisol y Cruz Sáez (2014), describen los cambios sucedidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5<sup>a</sup> edición, 2013) por la Asociación Americana de Psiquiatría, plantean que el capítulo del DSM-IV-TR referido a los trastornos relacionados con sustancias se amplía en el DSM-5 y se denomina trastornos adictivos y relacionados con sustancias. El interés está desplazado a la de adicción misma más que hablar de dependencia, porque la tolerancia y el síndrome de abstinencia que caracterizan a la dependencia están presentes también en el consumo de algunos psicofármacos sin que necesariamente se esté en presencia que busca de modo ansioso y desesperado la sustancia, y los efectos de la misma.

Una incorporación importante es el que a las adicciones químicas se añade el trastorno del juego (antes denominado juego patológico e incluido en el DSM-IV-TR en el capítulo de trastornos del control de los impulsos. Abriéndose el campo a futuros

nuevos diagnósticos presentes en la actualidad (adicción a Internet o adicción al sexo, por ejemplo).

Se incluye como criterio diagnóstico la conducta misma, y la búsqueda de placer por medio de esta, independientemente de que sea generada por drogas o por comportamientos, la sintomatología y la activación del sistema de recompensa cerebral es similar.

Desaparece de este modo la distinción entre dependencia y abuso y se toma en consideración el trastorno por uso de sustancias, con diversos grados de gravedad. Se desplazó el concepto poniendo el acento en el uso de sustancias propiamente dicho, sea este leve, moderado o severo.

Otra de las modificaciones sucedidas en los criterios es la quita de las consecuencias legales y la circunscripción del concepto de craving o ansias.

## **5.5. CAPITULO 5**

### **MODELOS INTERPRETATIVOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Según el autor español Pons Diez (2008), describe los modelos interpretativos que pretenden dar explicación a la problemática de consumo de drogas.

El Ministerio de Educación de la Nación Argentina (2010), explica que diversos modelos han abordado la problemáticas de las adicciones, poniendo el eje en factores varios como causantes de la enfermedad, de los distintos modelos han derivado propuestas preventivas con el énfasis según la óptica de la que ha sido elaborada. Las estrategias de prevención se desprenden del abordaje adoptado según cada teoría.

Se habla de un fenómeno que tiene implicaciones múltiples, psicológicas, médicas, bioquímicas, sociológicas, jurídicas, económicas, políticas, etc.

El Ministerio de Educación de la Nación (2010) en favor de dar información describe seis modelos interpretativos. Se abordara desde el autor Pons Diez (2008) dado que la problemática de consumo de drogas es susceptible de diversas interpretaciones epistemológicas, se describen a continuación las distintas perspectivas, nueve aportaciones interpretativas que incluyen las propuestas por el Ministerio de Educación.:

#### **5.5.1. Modelo jurídico**

Desde esta perspectiva el consumo de drogas es contemplado desde el punto de vista de sus implicaciones legales y delictivas, poniendo énfasis en el producto y su situación

legal. Según el autor se pretende proteger al individuo y a la sociedad de los males derivados de las drogas no institucionalizadas.

Pons Diez (2008) plantea el reduccionismo al que se ve limitado este modelo, ya que el individuo consumidor de drogas ilegales sea o no dependiente será percibido como un desviado, como candidato a convertirse en un delincuente; poniéndose el énfasis en las conductas que están relacionadas con las implicaciones penales del consumo de sustancias.

Esta teoría no se orienta hacia el análisis de las toxicomanías, ni los factores causales de esta. El interés es subrayar la responsabilidad de la persona en el acto delictivo y la sanción legal que el sistema jurídico aplica para garantizar en la medida de lo posible la salud pública y la salud colectiva.

La droga es percibida como un elemento peligroso capaz de crear situaciones de riesgo. Toda actividad relacionada con drogas no institucionalizadas se convierte en un comportamiento antisocial, las drogas son las causantes de la problemática adictiva.

Desde el ámbito de la prevención de la drogadicción el modelo jurídico pone el acento en la prevención de los riesgos colectivos y la promoción de la salud. Sin embargo estas medidas tendrían un carácter restrictivo y coercitivo, representa una perspectiva orientada hacia la represión y el castigo. (Pons Diez, 2008).

El Ministerio de Educación de la Nación (2010) describe también este modelo poniendo énfasis en las sustancias ilegales como generadoras del conflicto, pero critica esta postura en el punto donde la misma desplaza al sujeto que consume como si estuviera poseído por una sustancia, ubicando a la persona adicta en un objeto pasivo, pero activo en cuanto infringe una ley y debe ser castigado, con lo cual conlleva intrínsecamente un concepto ambivalente.

El modelo preventivo orientado a la prohibición del consumo según agrega el Ministerio de Educación de la Nación Argentina (2010) pretende la abstinencia completa que se intenta lograr con sanciones y medidas supresoras de la libertad. Se refuerza entonces el concepto de autoridad, límites, control, siendo el prototipo preventivo el de los agentes de seguridad.

### **5.5.2. Modelo medico tradicional**

Considera la dependencia de las drogas como una enfermedad caracterizada por la pérdida de control del individuo sobre su consumo, un fenómeno vinculado a procesos interno del propio sujeto. La drogadicción desde esta teoría es catalogada una enfermedad más, que afecta a un individuo y es causada por la acción de sustancias psicoactivas sobre los procesos biológicos de un individuo.

El Ministerio de la Nación Argentina (2010) describe también la concepción de este modelo concibiendo a la adicción como una enfermedad y a las sustancias psicoactivas como la causante de la misma.

Desde el modelo medico han sido de gran valor los aportes relacionados con las características psicoactivas de las drogas y del proceso químico de la adicción a nivel físico, así como han diseñado diferentes tratamiento farmacológicos para las adicciones y para apaciguar los síntomas generados por la abstinencia. El autor considera como principal novedad epistemológica la consideración del adicto como un enfermo y no como un desviado social a diferencia del modelo jurídico.

Pons Diez (2008) realiza una crítica a la consideración del adicto como enfermo ya que puede tener un efecto contrario al deseado debido a que mantiene a la persona con una

etiqueta alienante, la del propio adicto además de construir poco a su papel activo en el tratamiento.

Considerando que el modelo no es suficiente para explicar la compleja problemática del consumo de droga no solo por la estigmatización del adicto como enfermo sino también porque según el autor este modelo es monádico y biologicista según el cual la adicción se entiende y se aborda desde dentro del sujeto afectado, sin reconocer otros factores que influyen en el origen.

Agrega otro punto de discordancia, refiriendo que se centra en el consumo de droga como categoría patológica y no como conducto. Es un modelo más orientado a la enfermedad que a la salud. No es la salud su objeto final de estudio, sino la enfermedad misma.

El ministerio de educación de la nación Argentina añade que las estrategias preventivas desde esta óptica es abordada como una epidemiología, considerando a la droga como agente causal activo, describe un sujeto pasivo afectado por una sustancia como si esta tomara vida propia y poseería al sujeto.

### **5.5.3. Modelo de la reducción del daño**

Ponz Diez (2008) describe el modelo como un intento de aminorar las consecuencias adversas que tiene el consumo de droga sobre la salud, lo social o lo económico; sin requerir necesariamente la abstinencia completa del sujeto. Surge el concepto de “consumo responsable” como principal propuesta de esta perspectiva.

Hace hincapié en reducir las consecuencias negativas del uso de sustancias más que en promover la abstinencia. El consumo de droga es aceptado como un hecho que surge de

la decisión particular de cada persona; siendo el objetivo que dicho consumo tenga los mínimos efectos negativos posibles para las personas y para la sociedad.

- Las premisas básicas de estas perspectivas:
- La persona tiene derecho a consumir drogas. Los profesionales y autoridades deben disponer las condiciones que reduzcan los daños físicos, psicológicos y sociales, que a la persona le pueda generar su consumo.
- Pese a las medidas que se han tomado, el consumo de droga en la sociedad es inevitable. La droga resulta gratificante para la persona y la sociedad no puede reprimirlo.
- El énfasis está puesto en el daño y no en el consumo mismo.
- Las actividades terapéuticas intervienen para reducir el daño y no para dar tratamiento que modifique el comportamiento o la decisión de consumo. No se rechaza la abstinencia como meta para quien lo desee pero la intensidad de la intervención está dirigida a proteger la comunidad a corto plazo.
- El autor menciona diversas propuestas que se han puesto en marcha para la reducción del daño:
- Programas basados en suministro de metadona y otros opiáceos sintéticos a las personas adictas a la heroína. La finalidad de esta intervención es evitar el consumo adulterado de la heroína cuando esta se obtiene en el mercado negro; de este modo se reduce la incidencia del riesgo de contagio viral.
- Programas basados en la provisión de jeringas y agujas estériles a quienes consumen drogas por vía intravenosa.
- Habilitaciones de lugares de disposición de áreas donde los consumidores puedan obtener instrumentos de inyección limpios, así como preservativos, información y atención médica.

- Otra propuesta son los programas educativos donde son entregados materiales y estrategias que informan acerca de cómo reducir los riesgos asociados al uso recreativo de drogas. En estos programas se dan conocimientos de las características y los efectos de las drogas de uso más común.
- Trabajos de campo dirigido a contactar consumidores para informarles acerca de las características de las sustancias.

Pons Diez (2008) señala algunas reflexiones críticas al respecto: el suministro de sustancias sustitutivas es una manera de intercambiar la adición de una droga ilegal por otra adición medicamente controlada.

La droga no pierde su capacidad toxica ni adictiva por el hecho de que su consumo reciba la calificación social de responsable. La información objetiva tiene escaso poder para reducir la probabilidad de consumo abusivo.

Las drogas legales también son causas de morbilidad y mortalidad, su disponibilidad social incrementa la probabilidad de consumo.

#### **5.5.4. Modelo de la privación social**

Se sustenta en las condiciones socioeconomicas en que tiene lugar el consumo de una determinada sustancia. Sugiere que factores como la pobreza, discriminación o carencia de oportunidades, se convierten en un terreno propicio para la aparición del consumo de drogas.

El consumo de droga se convierte en el seno de determinados grupos en un una cuestión que genera identidad e identificación, así como la manifestación del rechazo a la norma convencional lo cual constituye una trasgresión a la misma.

Pons Diez (2008) ha señalado que las 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, el deseo propio. Dado los efectos psicoactivos de las drogas se produce por medio del consumo una evasión de la realidad frustrante o un medio gratificante que suple de manera momentánea la insatisfacción vital y el sentimiento de frustración.

Dados que los individuos están inmerso en una cultura las oportunidades estas socialmente condicionadas por la estructura social objetiva. Las medidas propuestas por este modelo tienden a reducir o eliminar los factores ambientales que puedan favorecer el consumo abusivo de sustancias psicoactivas. Esto implicaría reducir tensiones sociales y económicas causante de frustración, así como promover condiciones que faciliten la igualdad y bienestar social para todos los sectores sociales.

Según Pons Diez (2008) este modelo reduce la problemática a una causalidad esencialmente económica.

#### **5.5.5. Modelo de la distribución del consumo**

Esta perspectiva incide en el análisis de la oferta y disponibilidad de una sustancia en la sociedad. Hace referencia principalmente a las drogas legales y explica el consumo como producto de la disponibilidad en el medio social.

- El modelo de distribución del consumo se basa en las siguientes premisas:
- Las drogas legales son causantes de enfermedades y accidentes con altas tasas de morbilidad y mortalidad.
- Las normas que regulan la distribución de sustancias pueden influir en el consumo.

Este modelo se encuentra vinculado a los procedimientos de control legislativo, en

el sentido de que es regulado por los recursos legales que se implementan como medida preventiva.

Se diferencia del modelo jurídico ya que este último pone el acento en las sustancias ilegales; siendo que el modelo en cuestión pretende reducir los efectos negativos de las drogas legales a través de la regulación de su suministro.

Pastor, López y Latorre (1993) describen algunas propuestas desde esta perspectiva para limitar el consumo son: el aumento de precio, el control de la publicidad, el incremento de las edades del consumo legas, multas, sanciones a establecimientos que dan servicio a menores de edad, sanciones a conductores alcoholizados, etc.

#### **5.5.6. Modelo de los factores socioestructurales**

Esta perspectiva adjudica que el consumo de drogas forma parte del estilo de vida de una persona y de su grupo de referencia.

Los estilos de vida saludables suponen elecciones personales vinculadas a un estilo de vida colectivo. Desde esta perspectiva el consumo de drogas variara en grupos sociales distintos en función del sexo, edad, profesión, grado de educación, lugar de residencia, momento histórico, entre otros factores.

La interpretación socioestructural toma en consideración factores que van más allá de los rasgos individuales como explicativos del consumo de droga, siendo preponderante el ser humano como un ser social sometido a determinadas influencias de su ambiente sociocultural. De este modo la visión de la problemática de drogas no es solo un problema individual sino que es considerado un fenómeno social y grupal.

Para Ponz Diez (2008) esta perspectiva aporta un punto de vista descriptivo sin hacer mención a la explicación de las causas de consumo de drogas y a los factores psicológicos del adicto.

Este modelo se asemeja al denominado modelo-socio cultural que describe el ministerio de educación, el contexto es considerado el problema, leído el consumo de drogas como un síntoma social, dado que las personas también consumen para evadir la compleja realidad que se vive, y los conflictos económicos, sociales y culturales.

El modelo preventivo desde esta óptica, está centrado en mejorar la calidad de vida de la sociedad, con lo cual requiere de la intervención de las políticas de estado.

#### **5.5.7. Modelo de la educación para la salud**

Desde esta concepción el consumo de sustancias psicoactivas es una problemática que afecta la salud física, psíquica y relacional de las personas. Él puede ser reducido mediante procedimientos educativos.

Esta perspectiva coincide con el modelo medico tradicional ya que ambos depositan confianza en la transmisión de información a la sociedad como metodología para minimizar el consumo de drogas. Se acentúan los aspectos educativos y comunicativos orientados a la salud integral más que a la patología.

- Cuatros ámbitos a los cuales se dirigen las intervenciones:
- El ámbito educativo propiamente dicho.
- El ámbito mediático, refiere campañas en los medios de comunicación de masas.
- El ámbito comunitario, actúan en servicios sociales, centros comunitarios, centros juveniles, etc.

- El ámbito sanitario. Como por ejemplo un proyecto plantea tomando en cuenta un análisis del mundo actual, imponiendo como una de las premisas fundamentales dirigir la enseñanza preventiva a educadores y padres.

#### **5.5.8. Modelo psicológico individualista**

Pone el énfasis en el individuo, contemplado la complejidad y variabilidad de cualquier conducta humana.

La conducta de consumo de drogas de este modelo abarca los rasgos de personalidad, las necesidades particulares, las actitudes, los valores, los hábitos de conducta, la predisposición psicológica, los estilos de relación social del individuo consumidor, etc. El modelo descrito por el autor Pons Diez (2008) es abordado desde una óptica de la psicología conductista, abarcando las áreas de la misma.

El Ministerio de Educación de la Nación Argentina (2010) describe el modelo desde la óptica denominada psicosocial, el cual pone el acento en el sujeto que consume siendo este el protagonista, sin dar crédito a la distinción entre sustancias legales e ilegales, el acento está puesto en el vínculo que una persona establece con una sustancia.

Describe los modos de relación de la persona con las sustancias, siendo estos de uso, abuso o adicción considerando conflictivas las últimas dos mencionadas.

Describe la adicción como síntoma de una enfermedad preexistente, la existencia de conflictos previos en el sujeto dieron lugar al consumo problemático.

La adicción desde esta óptica es considerada un síntoma, una manifestación de un trastorno psíquico anterior. Cuando refiere conflictos incluye dentro de estos todos los problemas del sujeto con el medio social, con sus grupos de pertenencia, considerando

de suma importancia la familia. El lema que aboga esta perspectiva según el ministerio de educación es:

“Consume porque tiene problemas”. (Ministerio de Educación de la Nación Argentina, 2010, p. 22).

Las estrategias preventivas están orientadas al desarrollo de actitudes de autocuidado, a mejorar las relaciones interpersonales. Deja de apuntar a una propuesta abstencionista, deja a un lado la sustancia inscribiéndose en el campo de la salud mental.

La importancia no está centrada en la información y en la transmisión de la misma, sino lo que interesa es la puesta en práctica de técnicas que mejoren la comunicación, el autoestima, y favorezcan la asunción de roles nuevos dentro del contexto social al que pertenecen. La creencia en esta política preventiva se centra en creencia de que la disminución de conflictos disminuirá la demanda de drogas.

- Desde la interpretación psico individualista Pons Diez (2008) enumera los siguientes principios:
- El consumo de sustancias satisface en el individuo algunas necesidades física, psicológica, o social y la dificultad de una persona para satisfacer estas necesidades por otros medios.
- Hay factores predisponente a la adicción, determinadas variables psicológicas, tales como rasgos de personalidad, estructura motivacional, actitudes hacia las drogas, entre otras.
- Desde las ciencias comportamentales el consumo de drogas podrá ser comprendido por los mismos principios que rigen la conducta humana; para tan fin se utilizaran los conocimientos acumulados por la investigación de la mencionada ciencia.

- La prevención debe basarse en el individuo en su conjunto, en promover su desarrollo personal, las satisfacciones de sus necesidades, su equilibrio y su madurez. Para tal fin no basta con la difusión de información como estrategia preventiva.

Las variables psicológicas que son considerados factores predisponentes para el consumo se los llaman factores de riesgo, es una variable que incrementa en el individuo la probabilidad del consumo. La comprensión de los factores de riesgos, permite contemplar el problema asociado a sus antecedentes más probables.

Pons Diez (2008) que es un que contempla al individuo en su integridad psicológica, pero olvida el estudio de las influencias sociales y culturales que condicionan la conducta.

Pastor et al. (1993) describen el modelo desde una óptica cognitiva teniendo en cuenta los procesos motivacionales, cognitivos y afectivos. Considera que la adicción está compuesta por tres polos, la droga, otro el sujeto y el ambiente.

#### **5.5.9. Modelo socioecológico**

La idea principal está basada en que las actuaciones humanas dependen de contextos más amplios, siendo la conducta humana el resultado de la progresiva acomodación mutua entre una persona activa en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos en los que vive, tomando en cuenta los contextos más amplios en los que están incluidos estos entornos.

Esta perspectiva define a la salud haciendo referencia al entorno total del individuo; incluido el entorno social, económico, cultural. La salud no es entonces un atributo del

individuo mismo sino una interacción con el campo de fuerza y relaciones en que se desarrolla su conducta.

Los estilos de vida saludables, están definidos desde este modelo por una serie de factores relacionados entre sí que incluye las características individuales y del entorno denominados por Pons Diez (2008) micro social (familia, amigos, trabajo, comunidad, etc.), y factores macro sociales (sistema social, cultura de valores imperante, medios de comunicación) en que se desarrolla la conducta del individuo.

Considera una serie de relaciones y dependencias entre el sistema orgánico, el sistema comportamental y el sistema ambiental, este último hace referencia a los factores físicos, sociales y también a las percepciones y cogniciones que las personas tienen sobre este.

Desde esta perspectiva el mecanismo del consumo de drogas implica tanto las características personales del consumidor como las múltiples características socioambientales que lo rodean. Lo que pretende es superar y abarcar las limitaciones de los otros modelos integrando las aportaciones relevantes de ellos.

La adicción es considerada un fenómeno global y problema social que incluye al individuo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad, al sistema jurídico, al propio producto y sus efectos en un ambiente marco social determinado.

El Ministerio de Educación de la Nación Argentina (2010) también desarrolla un modelo que intenta dar un mayor alcance a la problemática adictiva.

Propone el modelo multidimensional, el cual considera el consumo problemático como un proceso en el cual influyen variadas dimensiones, abarca la sustancia como el elemento material y el objeto de la compulsión, los procesos individuales del sujeto y la postura que toma frente a las drogas, la sociedad en la cual se da este lazo y las

dimensiones política y cultural, teniendo en consideración factores de riesgo y de protección que pueden o no influir en esta relación.

El modelo preventivo está orientado y abarca tanto la dinámica individual, las del entorno (amigos y familia, etc.) y las del entorno macro social. El mismo debe promocionar el fortalecimiento de redes sociales, teniendo como premisas el compromiso ético, la participación, la recuperación del sentido articulando este proyecto a nivel grupal y social. El objetivo al que apunta es que los participantes y la comunidad sean los actores principales de la escena, y autogestionantes de las actividades del proyecto preventivo.

## **5.6. CAPITULO 6**

### **FAMILIA**

#### **5.6.1 La familia en la historia**

Unicef (2003) menciona que en la historia de la humanidad el concepto y visión de familia se ha ido desplazando producto de los cambios sucedidos a nivel social y cultural, la familia está inserta en un escenario más amplio que la abarca y la transforma.

De este modo han ido surgiendo nuevas formas de familia, en el mundo occidental uno de los cambios más importantes en el área social es el manifestado en el modelo tradicional de la familia, y las mutaciones que esta ha experimentado en las últimas décadas.

“La sociedad industrial urbana ha entrado por la fuerza en la familia, haciéndose cargo de múltiples funciones que en algún momento fueron consideradas como deberes familiares” (Minuchin, 1978, p. 79).

Ha pasado por diversas transiciones, la familia nuclear constituida por madres, padres e hijos ha ido variando de modo significativo cediendo espacio a la diversidad de formas y estilos vida tal lo describe Unicef (2003).

Una de las mutaciones sucedidas en Argentina que facilitó también nuevas formas de constitución del hogar fue el divorcio que fue asentado en el año 1987, aparejando una serie de transformaciones legales que afectaron directamente la convivencia familiar.

La separación del vínculo matrimonial se estableció en 1987, con la Ley N° 23.515. Esta disolución oficial, con mutuo consentimiento comenzó a regir a nivel legal, se

estableció oficialmente. También por primera vez se afirmó que ambos miembros de la pareja se deban mutuamente fidelidad, asistencia y alimentos, en pie de igualdad durante el matrimonio.

En América Latina durante las épocas de 1980 conjuntamente con los cambios ideológicos contemporáneos de la era de la postmodernidad que trajeron apareados cambios en la formación y disolución de las denominadas familias nucleares, la inserción de la mujer en el campo laboral a nivel masivo tuvo sus influencias. Comenzando a surgir las llamadas familias pluralística o post-moderna que se caracterizan por nuevas formas de convivencia o formas de arreglos que no eran tradicionales hasta el momento. Emergen así las formas llamadas monoparental, familias reconstituidas o ensambladas entre otras describe Serrano (2007).

### **5.6.2 Concepto de Familia**

“Entre los seres humanos, unirse para coexistir suele significar alguna suerte de grupo familiar” (Fishman-Minuchin, 2004, p. 25).

Satir (1972) desde su trabajo con familias hace mención a reconocer en las familias los sentimientos, necesidades y normas que rigen los sucesos familiares cotidianos.

El concepto tradicional de la familia es el de un lugar donde pueden encontrarse el amor, la comprensión, y el apoyo, aun cuando todo lo demás haya fracasado; el lugar donde se puede recuperar el aliento y sacar nuevas energías para enfrentarnos mejor al mundo exterior. (Satir, 1972, p. 12)

La familia hace referencia tanto a el hombre y la mujer que lo concibieron y engendraron al niño y continúan criándolo hasta llegar a adulto; si falta alguno de los dos; ya sea por muerte, divorcio, o abandono, y la crianza fue llevada adelante por uno

de los dos progenitores, si es mixta, donde los hijos son criados por padrastros, madrastras, padres adoptivos, o en colocación familiar.

Kalina (2006) describe que si bien existen en América Latina muchas personas que no poseen familia tradicional, o pertenecen a familias desestructuradas, encuentran siempre sustitutos parentales en otras personas de su entorno.

El lugar de la familia es el contexto donde sus miembros crecen, es el lugar donde pueden auxiliarse. La familia como un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, se regula por unas reglas y por funciones que definen su funcionamiento interno y con el exterior (Fishman y Minuchin, 2004).

A su vez Kalina (2000) amplía el campo, considerando que las familias son como microsistemas insertos en una familia más amplia, los macro sistemas ósea la sociedad misma otorgando de este modo importancia al individuo, la familia y la sociedad. La familia es considerada la mediatizadora de la cultura.

Existe la necesidad de los seres humanos de nutrirse principalmente de lo afectivo.

“Para la biopsicología humana lo único imposible de sustituir es el amor” (Kalina, 1988, p. 46).

Otro concepto desarrollado es el de familia como facilitadora de enfermedad o de salud.

“La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia de realización y de fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud” (Romero Guzmán, 2011, p. 60).

Sáenz Rojas (2003) menciona la importancia del grupo primario como primer escenario e instancia de sociabilización, donde el niño se nutre de afecto, metaboliza sus emociones, establece modos de relacionarse, vincularse y configura su psiquismo.

Los aportes de los diferentes autores citados dan cuenta de la importancia de la familia en la vida del individuo que para crecer y desarrollarse necesita del afecto y contención del grupo primario, así como este establece modalidades vinculares que se sostienen en el sistema y se extienden al modo de relacionarse con la sociedad misma.

### **5.6.3. La familia como sistema relacional**

Andolfi (1984) considera desde una visión global, la familia es como un todo que articula los diversos componentes individuales en un sistema relacional, atribuyéndole a este las diversas características de los principios válidos para los sistemas.

El sistema relacional se define por su modo de funcionar, todo cambio en una unidad se sigue de un cambio en las otras unidades, modificando este último nuevamente la unidad primitiva y así sucede repetidamente.

La familia funciona con sus reglas de comportamiento y sus funciones dinámicas como todo y sistema abierto genera intercambios con el exterior, ósea con su ambiente.

De la misma manera se puede postular que todo grupo social es a su vez un sistema constituido por múltiples microsistemas en interacción dinámica.

Andolfi (1984) menciona tres aspectos de las teorías sistémicas:

**a) la familia como sistema en constante transformación** o bien como sistema que se adapta a las diferentes exigencias, estas a veces provienen del medio social, los cambios sucedidos tienen la finalidad de asegurar la continuidad psicosocial de los miembros que la componen.

El proceso de continuidad y crecimiento tiende a favorecer un equilibrio dinámico entre dos funciones contradictorias, la homeostasis por un lado y la transformación, estos mecanismos actúan retroalimentándose orientados hacia el mantenimiento de la

homeostasis (retroalimentación negativa), o bien hacia el cambio (retroalimentación positiva).

Se observó que el mecanismo de retroalimentación negativa en familias con un miembro con alguna patología tienden a mantener la homeostasis, lo que hace que el sistema continúe funcionando del mismo modo, procuran repetir casi automáticamente los mismos comportamientos, lo cual mantiene rígidas las reglas del sistema en favor de la homeostasis.

Al observar que las familias de los pacientes psiquiátricos en el momento en que el paciente mejoraba, sostenían mecanismos de tipo homeostático, destinados a salvaguardar el delicado equilibrio de un sistema perturbado (Andolfi, 1984).

Stanton y Todd (1988) encontraron que las familias de los adictos parecen similares a otras familias con disfunciones severas.

“La tendencia homeostática por un lado y la capacidad de transformación por el otro, en cuanto caracteres funcionales del sistema, ambas cosas parecen indispensables para mantener el equilibrio dinámico del sistema mismo, en un continuum circular” (Andolfi, 1984, p. 20).

**b) La familia es un sistema dinámico activo**, como tal se autogobierna con reglas propias que han desarrollado a través del tiempo, estas reglas son indicios para los miembros del sistema para saber que está permitido y que no está permitido, que deben y que no debe hacerse, lo cual configura que todos acaten implícitamente normas y reglas de funcionamiento y conformen un tipo de relación, una unidad sistémica con sus modos de funcionar, pero susceptibles de nuevas transformaciones y adaptaciones.

Entonces una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas, que ocurren de modo recurrente establecen modelos acerca de qué manera, cuándo y cómo relacionarse, y estas pautas ayudan a mantener el sistema.

Minuchin (1975) afirma que los modelos transaccionales tal como los denomina, regulan el comportamiento de los miembros de la familia, que logra mantenerse por la acción de dos sistemas, uno es la organización familiar, la cual ordena a partir de roles, y poder de jerarquía, siendo que padres e hijos se diferencian en el nivel de autoridad de cada uno y se complementan en las funciones. El segundo abarca las mutuas expectativas de cada integrante de la familia respecto de los demás. Expectativas subyacentes y originarias en periodos más primitivos de la vida, que involucran acuerdos implícitos y explícitos.

La familia, es un sistema activo que atraviesa por los diversos ciclos vitales, que involucran cambios dentro o fuera del sistema, estos pueden generar tensión (divorcios, nacimientos, cambios externos como mudanza cambio de trabajo, etc.).

Una función del sistema será adaptarse a los cambios que se sucedan, para lo cual habrá necesidad de transformar el modo de interaccionar, de relacionarse, este movimiento es indispensable para que la familia logra continuar funcionando y pueda acompañar el crecimiento y adaptación de sus miembros. Los conflictos y patologías psiquiátricas emergen en situaciones de cambio, de presión en el sistema.

Se considera que la adicción tiene aspectos homeostáticos dentro del sistema familiar, siendo entonces considerada la familia como un factor crucial en la aparición o sostenimiento de la enfermedad (Stanton y Todd, 1988).

**c) La familia un sistema abierto**, interactúa con otros sistemas, se encuentra inmerso en una sociedad y en una cultura, que abarca instituciones, familias, otras familias, etc. Con lo cual se encuentra condicionado por las normas y valores culturales de la sociedad. Es un sistema entre otros, las relaciones y las normas de los grupos de pertenencia del individuo serán elementos a tener en cuenta para la realización de intervenciones.

Derivado de los supuestos sistémicos descriptos la atención se focaliza según esta teoría en los sistemas relacionales de los que participe el individuo, hay un desplazamiento de lo individual a lo colectivo; la relevante es observar las interacciones entre los miembros de la familia y el contacto y modo relacional de esta con otros sistemas con los cuales se encuentra en contacto.

La familia en tanto instancia de sociabilización, se ubica bastante antes de la escuela, de los movimientos juveniles, de las pandillas de adolescentes o simplemente del grupo de coetáneos, como intermediaria entre lo que es propio de lo individual, de lo natural, de lo privado, y lo que pertenece a lo social, a lo cultural, a lo Público. (Andolfi, 1998, p. 22)

La familia debe ser considerada como un todo, como un sistema relacional, que no se compone por la suma de actitudes comportamentales individuales, sino que las articula en un conjunto que funciona como una totalidad. Desde esta concepción gestáltica la totalidad se define como lo opuesto de la suma y es una característica fundamental de los sistemas abiertos: el conjunto de las partes constituye algo más y distinto de la suma de las partes, algo que emerge del sistema (Andolfi, 1988).

Salvador Minuchin, (1975) también refiere que el campo que enfoca la terapia familiar es necesariamente más amplio, la terapia familiar debe ampliar sus intervenciones, abarcando en el campo a la escuela, el barrio, o en algunos casos la familia extensa.

## **5.7. CAPITULO 7**

### **FAMILIAS FUNCIONALES Y DISFUNCIONALES**

#### **5.7.1 Familias nutricias versus familias conflictivas**

Existen diversidad de tipos de familia, cada una tiene su propia problemática vital y típica, en la cual también operan las mismas fuerzas básicas: la autoestima; comunicación; normas y enlace con la sociedad tal describe Satir (1972).

Satir (1972), denomina las familias con características funcionales, familias nutricias; siendo que aquellas con características disfuncionales las designa con el concepto de familia conflictiva.

En las familias que buscan ayuda profesional se repiten cuatro aspectos:

- Autoestima: los sentimientos e ideas que uno tiene sobre sí mismo.
- Comunicación: las formas que desarrollan para expresar lo que quieren decirse el uno al otro.
- Sistema familiar: las normas que utilizan para actuar y sentir.
- Enlace con la sociedad; las relaciones que establecen con los demás y con las instituciones fuera de la familia.

En las familias conflictivas se encuentra las siguientes características:

- Baja autoestima
- Comunicación indirecta, vaga e insincera
- Normas rígidas, inhumanas, fijas e inmutables
- Enlace temeroso, aplanante, y acusador con la sociedad.

A diferencia de las familias funcionales, que dan apoyo y nutren a sus miembros, habitualmente se halla:

- Autoestima alta
- Comunicación directa, clara, específica
- Normas flexibles, apropiadas y sujetas a cambios
- Enlaces con la sociedad abiertos y confiados.

Para implementar intervenciones es importante observar cómo se valora cada persona a sí misma, cómo se comunica; si sigue reglas; qué características tienen estas y revisar si funcionan para la persona, como son los enlaces que establece con la sociedad.

En una familia donde prevalece el conflicto el terapeuta siente un ambiente incómodo, tenso, aburrido, en ocasiones se observa que hay secretos que implícitamente se pueden leer.

Otras características observables, es la sensación de actitudes poco amistosas y cordiales, falta de alegría, familias que parecen estar unidas solo por el deber, con escaso sentido del humor o con un tinte sarcástico, o de crueldad.

Refieren desesperanza, la desolación, soledad, les cuesta disfrutar de ellos entre sí como personas, para algunos les parece una gran sorpresa que puedan estar a gusto juntos. En algunos casos las personas se evitan unas a otras, se dedican a actividades fuera del trabajo.

“Nadie elegiría intencionalmente un modo de vivir tan complicado. Las familias lo aceptan simplemente porque no conocen otro camino” (Satir, 1972, p. 13).

Satir (1972) relata el trabajo con las familias nutridoras en seguida puede intuirse la vitalidad, sinceridad, honestidad y amor, los miembros de la familia como personas con derechos propios, valoradas, queridas, y que retribuyen del mismo modo.

Los cuerpos se observan ágiles, las expresiones tranquilas, las personas se ven a la cara. Hay armonía y fluidez sus relaciones. Las personas tienen entre sí contacto físico, y demuestran su afecto. La comunicación es franca, la escucha interesada, el trato es abierto y sincero, siendo que las temáticas de comunicación pueden ser variadas, sin tapujos. Planean las cosas, pero si sucede algún imprevisto, fácilmente se acomodan al cambio.

Aceptan el cambio como una parte inevitable de su vida y tratan de aprovecharlo en forma creativa para que sus familias sean cada vez más nutridoras.

“Las familias conflictivas forman personas conflictivas y contribuyen así al crimen; a la enfermedad mental, al alcoholismo, abuso de drogas, pobreza, juventud enajenada, extremismo político y muchos otros problemas sociales” (Satir, 1972, p. 18).

Las familias conflictivas pueden generar otras conductas y volverse nutridoras. La mayoría de los factores que originan los conflictos en esas familias fueron aprendidos después de nacer. Puesto que se aprenden pueden desaprenderse y nuevos factores pueden ser aprendidos en su lugar.

Para alentar el cambio es necesario que la familia comience por reconocer que tiene un problema; es una familia conflictiva teniendo las expectativas que las cosas pueden cambiar. Y finalmente tomar alguna medida para que inicie el proceso de cambio,

“Es probable que las causas de las dificultades familiares hayan sido invisibles para todos” (Satir, 1972, p. 19).

Satnton y Todd (1988) al respecto plantean que los conflictos surgidos en cualquier etapa del ciclo vital son importantes para el diagnóstico de algún problema, tomando en

consideración que la familia puede haber quedado atascada en algún estadio evolutivo. A su vez los síntomas adquiridos son mantenidos por el sistema y mantienen al mismo. Los cambios en las conductas pueden producirse si se dan también en el contexto, los cambios en un solo individuo no pueden ser sostenido por el sistema.

Valverde Farías, Moya y Benítez Guerraos (2007) consideran el hecho de que una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas. Así como también que una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros.

Para reafirmar este criterio se apoyan en el concepto de salud brindado por la OMS donde se concibe ésta no sólo como ausencia de síntomas sino también abarca el disfrute y el bienestar psicológico y social.

Herrera Santi (1997) puntualiza que no existe un criterio que unifique en un concepto los indicadores de funcionamiento familiar, hay diversidad de indicadores que pueden medir o aportar información a esta variable. Hay teorías que plantean que la familia se hace disfuncional cuando hay rigidez en el sistema, con lo cual no se tiene la capacidad de generar cambios, ni adaptarse en situaciones vitales de crisis, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al crecimiento de sus integrantes, obstaculizando el desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales el incumplimiento de sus funciones básicas, abarcando dentro de las mismas la función económica, biológica, educativa, cultural y espiritual, entre otras.

## **5.8. CAPITULO 8**

### **LA FAMILIA DEL ADICTO**

#### **5.8.1. Familias psicotoxicas**

Kalina (2000) denomina a las familias con un miembro adicto familias psicotóxicas definiéndolas como aquellas que favorecen el desarrollo de la adicción, y en sentido estricto a aquellas que incluyen miembros adictos. Describe que si bien existen en América Latina muchas personas que no poseen familia, o pertenecen a familias desestructuradas, encuentran siempre sustitutos parentales en otras personas de su entorno que funcionan como familias psicotóxicas.

“La estructura familiar se constituyó en base a un malentendido, basado en una mentira o engaño entre dos: un pacto ilusorio” (Kalina, 2000, p. 57).

Incluye en este pacto ilusorio los vocablos mentira, embuste como derivados de la acepción etimológica de la palabra droga.

Stanton y Todd (1988) plantean que en los ciclos vitales de la familia la adolescencia es una etapa crítica, donde suele originarse el consumo de sustancias, comenzando por drogas legales, en principio generalmente comienzan por el consumo de alcohol que aparece como fenómeno social. El uso de marihuana y drogas ilegales puede ser influido por el grupo de pares, pero el abuso a estas sustancias depende principalmente de la calidad de las relaciones padres-adolescentes que de otros factores, por tanto consideran que el abuso de drogas es un fenómeno familiar.

Sanz Rojas (2003) al respecto apunta desde un modelo sistémico, la adolescencia como periodo crucial dentro del ciclo vital familiar, la misma amenaza el equilibrio del

grupo, el hijo comienza el proceso de individualización, separación de la familia, lo cual hace peligrar a la pareja parental.

Kalina (2000) en relaciona la los vínculos que mantiene el adicto con la familia son estrechos, y se puede observar en algunos casos excesivo apego, a pesar de sus intentos por independizarse.

El contacto del enfermo con sus padres es mayor que el existente en familias sin un miembro adicto. Un gran porcentaje de menores a 35 años viven con sus padres, y muchos que intentan emanciparse se han mudado a cercanías de su hogar parental. Notándose un apego excesivo que se deduce como medida de disfunción familiar según diversas investigaciones (Stanon y Todd 1988).

Los adictos son personas demasiado dependientes, no pueden asumir responsabilidades, y necesitan siempre protección, temen a estar aislados. Este carácter cuando el paciente adicto en tratamiento logra desprenderse un poco del sistema familiar, triunfando en el trabajo, sosteniendo sus actividades de modo responsable, desarrollando mayor autonomía y disociándose un poco del círculo familiar, se observó que en la familia se desataba una crisis, los padres manifestaban una crisis de pareja o se separaban, o uno de ellos desarrollaba alguna enfermedad o algún síntoma en un algún otro miembro ya sea un progenitor, o un hermano que presentaba algún problema. Ante este hecho el adicto tomaba una postura de fracaso, con lo cual el otro conflicto familiar que se había presentado desaparecía.

La drogadicción además de favorecer la interdependencia y conservar el apego excesivo por miedo a la separación, tiene otro cometido adaptativo y funcional al sistema familiar.

“Nuestra conclusión principal consiste en que ofrece al adicto y su familia una resolución paradójica de su dilema de mantener o disolver la familia, es decir, de su permanencia o su partida” (Stanton y Todd 1985, p. 32).

Según Kalina (2000) denomina encolamiento a la solución que se ofrece a la mentira, o malentendido en el vínculo familiar, es un recurso que no favorece el desarrollo el crecimiento de los miembros de la familia, sino que empobrece las posibilidades de desarrollo, surgen las posibilidades de ruptura, o divorcio, con lo cual un nuevo pacto debe llevarse a cabo para que el sistema continúe funcionando.

El pacto perverso tal lo denomina Kalina (2000) aparece con el sacrificio de un hijo para mantener el vínculo encolado, para neutralizar las demandas que suscita todo cambio, sosteniendo de este modo el sistema y su funcionamiento. Surge el adicto que logra salvaguardar los vínculos, la familia unida en base a una mentira, el adicto como problema familiar que obtura los demás conflictos existentes. El nuevo pacto está destinado a supervivir a las desadaptaciones familiares.

Stanton y Todd (1988) describen al adicto también como un recurso de la familia ante el miedo al derrumbe, considerando que la familia del adicto puede solucionar el dilema mediante la droga, a través de la droga el adicto puede ser apegado e infantil aunque este distante. Al usar droga el adicto puede separarse del sistema familiar, individualizarse, esta le permite no estar del todo ni dentro ni fuera de la familia, se lo nutre cuando está adentro y cuando está afuera o surgen conductas inapropiadas se culpa a la sustancia. La familia es capaz de soportar cualquier conducta, o de responsabilizarse por cosas del adicto con tal de que este siga apegado al sistema y no los abandone.

Sanz Rojas (2003) plantea al adicto como el paciente identificado, es el síntoma y su representante, como mecanismo adaptativo al sistema, condición para que la familia funcione.

Los autores mencionados describen a los padres de los adictos como ausentes, poco firmes como portadores de la ley, faltos de límites siendo que muchas veces las madres deben funcionar también como esposas sustitutivas.

### **5.8.2 Características de las familias de los adictos**

Saenz Rojas (2003) esboza las siguientes características de las familias de los adictos:

- Mala alianza marital: hace referencia a la pareja disfuncional. Siendo consecuente que muchas se encuentra un padre ausente o familias rotas, desintegradas.
- Interacción simbiótica en la relación madre e hijo; donde el sujeto no se ha individualizado, y se encuentra una relación de fuerte apego.
- Coalición intergeneracional: las relaciones vinculares simbióticas generan alianzas contradictorias de dos contra uno en la familia, como por ejemplo madre-hijo versus padre.
- Padre sobre involucrado o periférico: como consecuencia de la mala alianza marital surgen los roles de los padres invertidos, por ejemplo la madre como padre sobre involucrado y el padre deslizado en su rol o viceversa.
- Falta de fronteras claramente delimitadas: escasas en las delimitaciones de los subsistemas que componen la familia, por ejemplo del subsistema de la pareja de progenitores.
- Incongruencia jerárquica: la falta de fronteras deriva en que no esté delimitado el orden familiar.

- Dobles mensajes: refiere también cuando se da ambigüedad entre el decir y el hacer o presentan un discurso ambivalente
- Secretos familiares: se refiere a secretos del tiempo presente, a históricos. Por ejemplo el adicto consume y algún miembro de la familia lo encubre.

En cuanto a las características de la familia del adicto, Castillo (2004) mencionan otros factores característicos en los cuales se ven afectados los siguientes patrones:

- Comunicación familiar: confirman la importancia de un modo comunicacional asertivo y fluido en la familia.
- Satisfacción familiar: siendo considerado por muchos autores como factor motivacional para el consumo de sustancias psicoactivas.
- Recursos familiares: remiten a aspectos sociales, emocionales, físicos que facilitan la adaptación del sistema familiar.
- Estrés familiar: a los cuales se asocian muchas veces las causas del consumo, pueden ser divorcios, disputas, enfermedad de alguno de los miembros.

Existen dos tipos de grupos familiares:

Familias simbióticas: aquel grupo que se mueve en bloque y se caracteriza por la rigidez en los roles. Todos los miembros interfieren en la vida de los demás miembros, habiendo una falta de discriminación en los límites de las personas. Con dificultades para individualizarse y auto protegerse.

Familia Casmatica: se contraponen al modelo de familia anterior, los miembros del sistema se encuentran separados. Si se encuentran demasiados cerca se exagera el potencial patológico generando interacciones bizarras.

### 5.8.3 Factores de riesgo y factores de protección

Diversos autores puntualizan factores específicos en la familia que actúan como facilitadores del consumo en la familia, considerándolo como un modelo adictivo familiar (Gustavo Pierri, 2003).

NIDA (2013) al respecto menciona que en las investigaciones que han intentado determinar los inicios y desarrollo del abuso de sustancias hay factores que funcionan como posibilitadores y aumentan el riesgo de que una persona se inicie en el consumo, como se han investigado factores de riesgo, también de protección que disminuyen este riesgo.

Los factores de riesgo y de protección pueden afectar durante diferentes etapas de la vida y es importante tenerlos en cuenta a la hora de diseñar políticas preventivas que favorezcan la presencia de factores de protección. Están presentes en cinco ambientes, donde se pueden realizar las intervenciones: en la familia, en las características individuales de las personas, en los grupos de pares, en la escuela y en la comunidad.

El Plan Integral de Drogodependencia y otras Conductas Adictivas (PIDCA, 2011) definió los conceptos:

**Factor de riesgo** como un atributo o característica individual, de una situación o contexto que incrementa la probabilidad de uso o abuso de drogas o colabora en el mantenimiento de la adicción.

**Factor de protección** un atributo o característica individual, condición o contexto ambiental que inhibe o atenúa la probabilidad del uso de drogas.

## **Factores familiares**

Siendo el grupo familiar el primer ámbito de socialización y el ámbito de crecimiento y desarrollo de las personas, donde son inculcados valores, representaciones culturales y experiencias vividas, es importante la relación de apego que se gestó con los progenitores, base de futuros vínculos y de los recursos de afrontamiento ante las dificultades que se presentan. La crianza que hayan tenido, el clima familiar autoritario, rígido, o un ambiente familiar con normas y pautas pero cálido, democrático, indiferente, o permisivo. La disciplina familiar y la organización de la estructura.

La ausencia de uno de los progenitores, se relaciona con un mayor de riesgo en los adolescentes que conviven con un único progenitor tienen una mayor probabilidad de consumir sustancias, tanto legales como ilegales tal lo describe Becoña Iglesias, Cortés Tomás y cols. (2010)

Factor de riesgo o de protección en el ámbito familiar tiene que ver con los patrones de conducta, los pensamientos, criterios y representaciones que la familia posea de las sustancias y del uso y abuso de las mismas. El consumo de sustancias por parte de los padres o una actitud más favorable y una conducta de mayor consumo por parte de los padres facilitarían el uso por parte de los hijos. Dándose por sentada normas explícitas respecto al consumo de sustancias ilegales.

Becoña Iglesias et al. (2010) describe los factores de riesgo y de protección en el ámbito familiar:

### **Factores familiares de riesgo**

- Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres.
- Baja supervisión familiar.
- Baja disciplina familiar.

- Conflicto familiar.
- Historia familiar de conducta antisocial.
- Actitudes parentales favorables hacia la conducta antisocial.
- Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias.
- Bajas expectativas para los niños o para el éxito.
- Abuso físico.

### **Factores de protección**

- Apego familiar.
- Comunicación asertiva
- Roles delimitados, no rígidos
- Oportunidades para la implicación en la familia.
- Creencias saludables y claros estándares de conducta.
- Altas expectativas parentales.
- Un sentido de confianza positivo.
- Dinámica familiar positiva

## **5.9. CAPITULO 9**

### **LA FAMILIA CODEPENDIENTE**

#### **5.9.1 Codependencia y funcionamiento familiar**

Un concepto estrechamente relacionado con el modo de funcionamiento de las familias es el término de codependencia, el cual emerge en los centros de tratamiento de Minnesota en los años setenta de la mano de los familiares de Alcohólicos Anónimos, cuando comenzaron a reunirse e implementaron en los grupos el método de 12 pasos, pusieron de manifiesto que ellos también tenían un problema, Melody Beattie (1991).

Se observó que muchas personas cercanas a la persona alcohólica padecían síntomas similares a la persona adicta a nivel emocional, espiritual, pero en estos casos estas personas no eran químicamente dependientes. En primer momento se los denominó co-alcohólicos, para-alcohólicos, no-alcohólicos.

El desarrollo del concepto sirvió para comenzar a comprender los efectos de las personas químicamente dependientes sobre la familia y los de la familia sobre el adicto, de este modo comenzó a darse importancia a la familia como parte fundamental de la conflictiva adictiva.

El concepto se ha circunscripto a diversos campos, como desorden del comportamiento, como una forma de dependencia relacional, un tipo particular de vinculación interpersonal, una adicción comportamental entre otras.

Melody Beattie (1991) relata que las personas que asistían al grupo, se hacían responsables de todos los problemas de su alrededor, pero que se rehusaban a asumir la responsabilidad para conducir y vivir sus propias vidas.

Se ha definido como un patrón de comportamiento que se caracteriza por el sostenimiento de una relación de dependencia afectiva con una persona que a su vez tiene conflicto con una sustancia psicotóxica. Diversos autores destacan que es el comportamiento característico de las esposas o madres de personas adictas, pero no es una definición que comparta el autor (Delgado y Pérez 2003).

La codependencia es un concepto multidisciplinario, y desde su aparición hace cuatro décadas diversas investigaciones lo han abordado. En los últimos años se ha planteado también como disfuncionalidad familiar donde cobra importancia los antecedentes de abuso físico, maltrato infantil, violencia familiar, como criterios a tener en cuenta en la aparición de la codependencia. Lo cual indicaría que hay síntomas preexistentes a la relación vincular propiamente dicha, desde esta óptica haría referencia a una característica de la personalidad condicionante en la elección de objeto de amor, tal lo describe la Universidad de Barcelona (2011).

El Consejo Nacional de Codependencia (1990) realizó un consenso para validar una definición de codependencia, y desarrolló la siguiente definición:

Codependencia es un comportamiento aprendido expresado por dependencias en las personas y cosas fuera de sí mismo; estas dependencias incluyen negligencia y disminución de la propia identidad. El falso yo que emerge es frecuentemente expresado a través de hábitos compulsivos, adicciones y otros desórdenes que además incrementan la alienación de la identidad verdadera, adoptando una sensación de vergüenza. (Cita de Universidad de Barcelona, Whitfield, 1991, p. 10)

Faur (2003) reseña que se han utilizado diversos términos para referirse al codependiente, tales como facilitadores, rescatadores, “otro significativo”, siempre haciendo alusión a la conflictiva de los familiares que acompañaban en el tratamiento

al miembro adicto, lo cual cobra relevancia en el trabajo con los mismos, ya que si no se incluye a la familia se corre el riesgo de que contribuyan a perpetuar la enfermedad.

En relación al origen o causa de la patología, Sirvent (2001) considera que se manifiesta en la edad adulta, desarrollándose como un trastorno adaptativo. En cuanto al diagnóstico diferencial, la codependencia no debe confundirse con los trastornos de personalidad ya que contrasta con las características propias mencionada patología, como el egoísmo, falta de sintonización afectiva, explotación del otro, etc., Por el contrario la codependencia tiene elementos de altruismo, renuncia a cuestiones personales, entrega al otro, desatención de la propia necesidad, etc.

En cuanto a la etiopatogenia, si bien surge en la vida adulta, se debe tener en cuenta una predisposición individual o diversos factores que hacen a la persona más vulnerable de desarrollar relaciones dependientes.

Los criterios que definen la codependencia son: 1º) intentos fallidos por controlarse a uno mismo y a los demás, 2º) toma excesiva de responsabilidades sobre las necesidades de los otros hasta el punto de la autonegligencia, 3º) distorsión de las fronteras entre la separación y la intimidad y 4º) relaciones interpersonales inescapables. (Sirvent, 2001, p. 13)

La Subsecretaria de Atención en Adicciones, Ministerio de la Salud, Gobierno del Provincia de Buenos Aires (2013), describe algunas conductas observadas en las personas codependientes:

Conducta obsesiva, cuando empiezan a aparecer signos del consumo, la persona codependiente comienza a obsesionarse con el adicto; cree q puede solucionar el problema justificándose en el amor incondicional y sin límites. Aparecen de este modo, las actitudes de complicidad con el adicto, donde se lo encubre, protege y se observa una gran imposibilidad para poner límites.

La negación o minimización de la problemática, proyectando en el exterior la problemática de consumo.

Actitudes de protección, actitudes protectoras que encubren las responsabilidades y asumiendo responsabilidades que le corresponden al adicto volviendo más permisiva, protectora, siempre justificada por el amor hacia el adicto.

Facilitación de la enfermedad, en este sentido el codependiente se va haciendo responsable por la conducta del familiar adicto dejando de lado su propia vida. Al colaborar con el adicto en evitar enfrentarse con dicha problemática favorecen la progresión en la enfermedad.

La facilitación de condiciones para el consumo, favorecen condiciones de consumo, con la justificación de que prefieren facilitar antes de que el adicto se exponga ante situaciones mayor riesgo, o delictivas.

De este modo el familiar codependiente:

- Elude sentimientos dolorosos al centrarse en el adicto.
- Sus estados de ánimo dependen de la conducta del adicto.
- Emplea de forma creciente la negación para mantener la creencia ilusoria de que "todo está bien".
- Desarrolla tolerancia a la conducta del adicto, lo que antes le resultaba chocante ahora le parece normal y tolerable.
- Solo se preocupan por la conducta y los asuntos del adicto, sintiendo cuando sienten que la ayudan que le brindan no es suficiente.
- Pierde el control sobre sí mismo y su sobre su conducta
- Se aísla de las personas de su círculo social debido a la obsesiva preocupación por el adicto.

### 5.9.2 Características de la codependencia

Sirvent (2001) describe algunas pautas comportamentales de las personas codependientes.

- Tiene Excesiva dependencia o negativismo
- Se repliegue emocional
- Puede haber una depresión
- Hipervigila al familiar dependiente de sustancias toxicas
- Compulsividad
- Ansiedad
- Estrés
- Existen antecedentes en algunos casos de abuso sexual o físico recurrente
- Suele agravarse luego de sostener una relación con un abusador activo de sustancias sin buscar ayuda durante al menos dos años.

También se observan diferentes posiciones que suelen adoptar las personas codependientes:

**Salvadores**, se presentan frente al adicto como figuras omnipotentes e invulnerables; atribuyéndose la difícil y angustiante misión de tener que rescatarlos.

**Victimas** del adicto refiriendo que el adicto le hace algo particularmente al codependiente, culpabilizando al adicto de todas sus desgracias.

**Perseguidores**, asumiendo una actitud controladora que los lleva, por ejemplo, a revisar las pertenencias del adicto, lo espían, o lo van a buscar a lugares de posible consumo, etc.

Si bien hay características de la personalidad que influyen en el vínculo, en la codependencia se establecen características que atañen a la relación vincular e incluyen siempre a más de una persona, por tal motivo se debe hacer mención al vínculo (Sirvent, 2001).

Melody Beatle (1991) coincide con los autores mencionados en las características mencionadas y agrega los siguientes rasgos:

- Baja autoestima, desean ser amados
- Temen al rechazo, sienten culpa, miedo
- Proviene de familias represoras, disfuncionales
- Reprimen sus sentimientos, proyectándolos fuera
- Negación, ignorar los problemas o pretender que no los tienen,
- Control obsesivo, vigilan, pierden el sueño por la excesiva preocupación, se mantienen ocupados para no tener que pensar en sus cosas, se mienten a sí mismos, haciendo de cuenta que nada sucede, mientras los problemas empeoran.
- Dependencia de los demás, de que los quieran, del cuidado ajeno, de los problemas de otros. Dejan malas relaciones y forman otras nuevas que tampoco funcionan.
- Comunicación débil: culpan, amenazan, suplican, ejercen coerción, no dicen lo que piensan, aconsejan,
- Límites débiles, poco a poco incrementan su tolerancia hasta que pueden tolerar y hacer cosas que habían dicho que nunca harían. Se quejan, culpan y tratan de controlar al tiempo que siguen actuando igual.
- Falta de confianza en sí mismos, en sus decisiones,
- Se sienten enojados, angustiados, con impulsos de ira.

- Extremadamente responsables o extremadamente irresponsables. Encubren, mienten.
- Se sienten desesperanzados, aletargados.
- Pueden padecer una enfermedad emocional o física.
- Apego excesivo.

### **5.9.3. La codependencia como dependencia relacional.**

Sirvent (2001), clasifica las principales dependencias relacionales dentro de las cuales incluye a la codependencia.

“El concepto dependencia relacional (D.R.) define “el conjunto de comportamientos adictivos cuya matriz nuclear es la relación Interpersonal” (Sirvent, 2001, p. 4).

En esta relación se puede observar la asimetría de rol, debido que siempre hay un miembro que se somete voluntariamente y se vuelve dependiente y otro miembro que es el dominante. En este interjuego la persona sometida diluye su personalidad en el sujeto dominante, en este último queda disuelta la personalidad del dependiente.

Sirvent (2001) menciona que este tipo de dependencia sucede principalmente en mujeres. Otra característica que menciona es que así el sujeto rompa con el vínculo, en la búsqueda de una nueva relación lo hará configurando los mismos patrones, y terminara siendo una relación dependiente.

Cuando se habla de dependencias relacionales, no se remite al término codependencia solamente, ya que la codependencia tiene su origen en la descripción del vínculo patológico que caracteriza la relación de ciertos allegados a alcohólicos y abusadores de drogas, por lo común familiares de primer orden y, sobre todo, madres y parejas.

El termino dependencia relacional, incluye en su descripción a la codependencia pero

no es excluyente solamente a esta, sino que describe y desarrolla también otros tipos de relaciones que se caracterizan por ser dependientes.

Existen numerosos tipos de codependencias, pero siempre remiten en principio al vínculo patológico dependiente o interdependiente que mantiene un sujeto no adicto (sujeto codependiente) con un sujeto adicto (alcohólico, drogodependiente o ludópata).

Depende la parte del proceso en que se encuentra el adicto es distinta la morfología del codependiente, tiene que ver con si el sujeto adicto esté consumiendo, recuperado, remitido o recaído.

Sirvent (2001), encuentra muy interesante la situación cuando el paciente ya se encuentra recuperado de su adicción. Generalmente el familiar codependiente se encuentra aliviado por el cese del consumo, recupera a su familiar perdido, pero paradójicamente su estado empeora, intenta remitirse a su antiguo rol, de cuidadora, abarcando roles que correspondían a la persona adicta y que esta recupero. Emerge entonces un malestar que se manifiesta en el vínculo familiar, empeoran las relaciones, surgen nuevos conflictos, aparecen nuevas discusiones por cuestiones domésticas o de escasa importancia. La persona codependiente se manifiesta enojada, se remite a épocas de consumo realizando críticas, proyectando culpas, manifestando desconfianza en relación a la situación actual de consumo.

## **6. MARCO METODOLÓGICO**

### **6.1. Tipo de estudio**

Se realizó un estudio no experimental descriptivo/comparativo y transversal con recursos de estrategias cuali y cuantitativas para la producción y análisis de datos.

### **6.2. Variable**

Tipo de funcionamiento familiar percibido

**6.3. Definición conceptual:** se define como funcionamiento familiar a la dinámica relacional sistemática que se da en el seno de una familia a través de diferentes patrones vinculares como lo son la comunicación, roles, cohesión, armonía, afectividad, permeabilidad, adaptabilidad, cooperación-participación, desarrollo, capacidad resolutive..

**6.4. Definición operacional:** a través de las respuestas de los sujetos a los instrumentos aplicados.

## 7. UNIDADES DE ANÁLISIS

**7.1. Población:** personas que consumen sustancias psicoactivas en tratamiento y sus familias que residen en la ciudad de rosario y de influencia.

**7.2. Muestra,** se trabajó con una muestra no aleatoria de sujetos voluntarios integrada por dos grupos:

1) 30 familiares de pacientes en tratamiento que asisten a los grupos terapéuticos de modo voluntario, este es un servicio que brinda la institución para las personas que acompañan al paciente en el tratamiento. Dos grupos, divididos en; aquellos familiares de pacientes que asisten a tratamiento ambulatorio, y el grupo de familiares para los que se encuentran internados en la comunidad terapéutica de la institución.

Los familiares que asisten a la instancia grupal tienen vínculos en su mayoría materno, paterno, fraterno, o de pareja, también pueden asistir amigos íntimos, cuñados, primos, entre otros. Las edades varían entre 21 y 72 años de edad.

2) 30 pacientes que concurren a la institución a sus tres modalidades de tratamiento:

- Tratamiento ambulatorio: centro de día a jornadas de 4 a 8 horas diarias de lunes a viernes.
- Tratamiento Ambulatorio: Prevención de recaídas, modalidad grupal de 1 a 3 veces por semana, grupos terapéuticos de una hora y media de duración.
- Internación en la comunidad terapéutica de la institución. Donde se encuentran los pacientes que allí se alojan en tiempo completo, con la posibilidad de salidas terapéuticas.

Las edades de los pacientes varían de 16 a 52 de años de sexo femenino y masculino, con predominio del último.

## **8. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS**

**8.1. Técnicas:** tomando en cuenta las características de la población y los objetivos del estudio se decidió la aplicación de inventarios.

**8.2. Instrumentos:** a ambos grupos de estudio, pacientes y familiares se aplicaron los siguientes instrumentos.

### **8.2.1 Inventario APGAR**

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) fue diseñado en 1978 por Smilkstein (1978) para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve). El nombre también se debe a la Dr. Virginia Apgar quien invento el test de uso casi universal para recién nacidos.

El APGAR familiar sirve para evidenciar una posible disfunción familiar, se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar:

- Adaptabilidad, mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).

- Cooperación y participación, mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos,
- Desarrollo, mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.
- Afectividad, mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.
- Capacidad resolutoria, mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

El paciente o familiar anota una de las tres posibilidades, puntuándose de la siguiente manera:

Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos).

Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente.

Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.

\* Se define familia como la (s) persona (s) que normalmente vive con usted o por aquellas personas con quienes tenga actualmente relaciones emocionales muy estrechas.

## **Propiedades psicométricas**

### **Fiabilidad:**

En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84)<sup>2</sup>.

### **Validez:**

En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar).

### **Validación:**

Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-96.

### **8.2.2 Inventario FF.SIL**

Este instrumento denominado FF-SIL, referente a un test de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad basados en 7 variables.

Es un instrumento construido para un Master en Psicología de Salud en Cuba para evaluar la funcionalidad familiar, mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

La prueba fue construida y validada por De la Cuesta (1994).

Luego López Sutil (2000) la sometió a varios procedimientos que evidenciaron nuevamente su confiabilidad y validez.

- Funcionamiento familiar: dinámica relacional sistemática que se da a través de las variables: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.
- Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera

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

Variables que mide

1 y 8..... Cohesión

2 y 13..... Armonía

5 y 11..... Comunicación

7 y 12..... Permeabilidad

4 y 14..... Afectividad

3 y 9..... Roles

6 y 10..... Adaptabilidad

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

Casi nunca 1 punto.

Pocas veces 2 puntos.

A veces 3 puntos.

Muchas veces 4 puntos.

Casi siempre 5 puntos.

Cada situación es respondida por el usuario según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

De 70 a 57 puntos. Familias funcionales

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

Ver anexo

## 9. PROCEDIMIENTOS

El procedimiento para la recolección de información se obtuvo de dos instrumentos APGAR familiar y FF-SIL.

Para la aplicación de los instrumentos a las familias, se procedió de la siguiente manera: en el grupo de familiares una vez ingresados los participantes a la sala donde se lleva a cabo regularmente la reunión de los familiares de los pacientes que asisten a tratamientos ambulatorios los días miércoles a las 19 horas, se les entregó en papel los dos cuestionarios mencionados a cada uno.

Luego se les dio oralmente la consigna, que respondieran de modo individual, completando en el encabezado solo la edad, el sexo y el tiempo que hace que han detectado el consumo. El inventario APGAR familiar que contiene cinco preguntas, se les pidió anoten una de las tres posibilidades en cada pregunta (2 puntos siempre, 1 punto casi siempre, 0 puntos casi nunca).

Posteriormente se explicó el cuestionario FF- SIL oralmente, se expresó que consiste en una serie de 14 situaciones que pueden ocurrir en su familia. Para cada situación existe una escala de 5 respuestas (casi nunca 1 punto, pocas veces 2 puntos, a veces 3 puntos, muchas veces 4 puntos, casi siempre 5 puntos). Una vez especificada oralmente la consigna se les dio un tiempo de veinte minutos para responder de modo individual el inventario.

Vale aclarar que aquellos que por motivos varios no quisieron completar el inventario, se respetó la decisión, la participación fue voluntaria.

La misma modalidad se utilizó en los grupos de familiares de los días jueves a las 19 horas para que aquellos familiares que tienen su paciente internado en la comunidad terapéutica de la institución.

Para completar la muestra faltaban tres familiares, a estos se le entregaron los cuestionarios en las entrevistas de admisión, los realizaron en tiempo de siete a doce minutos aproximadamente.

Para la aplicación de los instrumentos a los pacientes, se acordó previamente el horario con la institución, antes del comienzo de los grupos terapéuticos de los que participan los pacientes en centro de día y prevención de recaídas. Se procedió a entregar los inventarios en papel impreso, luego se les explico oralmente la consigna, se procuró un tiempo de veinte minutos para responder de modo individual.

En la comunidad terapéutica, en el tiempo libre que tienen los pacientes, se les entrego a aquellos que se encontraban en los espacios comunes de la casa, y se procedió de igual modo a explicar la consigna para que contesten luego los inventarios en un tiempo de veinte minutos.

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizaron procedimientos estadísticos, estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central (media, mediana, máxima y desvió estándar) para las variables cuantitativas y para las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes se presentan en tablas simples y de contingencia.

## **10. ÁREA DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en una asociación creada en el año 1982 en la zona centro de la ciudad de Rosario. Es una institución civil sin fines de lucro que trabaja en la prevención y asistencia integral de las adicciones.

Se lleva a cabo en dos espacios físicos diferentes, ubicado en zonas varias de la ciudad de Rosario, un predio está destinado a tratamientos ambulatorios, admisión de los pacientes y sede administrativa, otra institución se encuentra en la zona centro de la ciudad de Rosario destinada a los pacientes que se encuentran en internación a puertas abiertas en la comunidad terapéutica.

La institución trabaja con una cantidad de 90 pacientes aproximadamente que se encuentran en las diferentes modalidades de tratamiento. La gran mayoría realiza tratamientos ambulatorios, siendo que la comunidad terapéutica tiene lugar para alojar 13 residentes aproximadamente.

La localidad donde se encuentra es la ciudad de Rosario, una de las ciudades consideradas de las más importantes del país, ubicada en el centro-este argentino, en la provincia de Santa Fe.

Es la tercera ciudad más poblada de Argentina y constituye un importante centro cultural, económico, educativo, financiero y de entretenimiento. Con un polo industrial y portuario importante.

Foco educativo y cultural, cuenta además con importantes museos y bibliotecas, y su infraestructura turística incluye circuitos arquitectónicos, paseos, bulevares y parques.

También es considerado un polo de producción de conocimiento, En la ciudad existen unos 624 establecimientos destinados a los niveles de enseñanza primaria y secundaria.

Con una sólida tradición en materia de formación universitaria, es sede de varias instituciones académicas con numerosas universidades tanto públicas como privadas siendo que. En el área académica hay aproximadamente unos 70 000 alumnos cursando en las distintas disciplinas, lo que representa cerca del 8.5 % de los habitantes. Un 15 % de la población rosarina tiene estudios superiores o ha asistido a la universidad, siendo esta tasa una de las mayores del país.

Por lo expuesto se deduce la gran disponibilidad de sustancias y asociado a esto gran cantidad de consumidores de sustancias psicoactivas.

## **11. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Tanto los pacientes como los familiares participaron de modo voluntario, conociendo los objetivos que se pretendían lograr.

En todos los casos se garantizó el anonimato y se tomaron recaudos de confidencialidad.

## **12. ANÁLISIS DE DATOS E INTERPRETACIONES DE LOS RESULTADOS**

A continuación se plantea el análisis de los datos recolectados.

### **Resultados arrojados por los familiares**

Se trabajó con 30 familiares de pacientes en tratamiento que asisten a los grupos terapéuticos de autoayuda de modo voluntario. Este es un servicio que brinda la institución para las personas que acompañan al paciente en el tratamiento.

Los familiares que asisten a la instancia grupal tienen vínculos en su mayoría materno, paterno, fraterno, o de pareja, también pueden asistir amigos íntimos, cuñados, primos, entre otros.

En el caso de la población estudiada el 76 % son mujeres, siendo madres el 53 %, los padres que asisten corresponde al 20% de los participantes, el 17% son parejas de los pacientes, un 7 % tienen vínculo fraterno y solo el 3 % tienen otros vínculos.

Las edades de las personas entrevistadas varía de 21 a 72 años de edad, siendo la edad promedio 48 años, con un desvío estándar de 12 años; es decir que casi el 70 % de la población se concentra en un rango de edad promedio entre 36 y 60 años.

### **Resultados del cuestionario de Funcionamiento familiar FF-SIL**

Este instrumento denominado FF-SIL, es un test de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad basados en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad.

## Familiares

Tal como arrojan los resultados finales el 50% declaran según la puntuación total tener un modo de funcionamiento funcional, y un 43 % moderadamente funcional. Un 3,5% de la población estudiada denota tener un modo de funcionamiento severamente disfuncional, siendo que otro 3,5% de la población refiere según el puntaje total obtenido ser disfuncional.

**Tabla 1**

*Variables de funcionamiento familiar test FF-SIL*

<b>Variables</b>	<b>Total</b>	<b>Media mínima</b>	<b>Media máxima</b>	<b>Promedio</b>	<b>Desvió</b>
<b>Cohesión</b>	252	2	10	8,4	2,283373185
<b>Armonía</b>	233	3	10	7,766666667	1,813423764
<b>Comunicación</b>	234	3	10	7,8	1,882771252
<b>Permeabilidad</b>	228	4	10	7,6	1,631584802
<b>Afectividad</b>	251	2	10	8,366666667	1,991072027
<b>Roles</b>	210	2	10	7	2,334154207
<b>Adaptabilidad</b>	225	3	10	7,5	1,570196561

Fuente: Elaboración propia.

Cohesión: en cuanto a este factor el promedio resultante es de 8,4, siendo cercano al valor máximo de 10 con un valor mínimo de 2, el desvió estándar de 2,2. Se deduce que la mayoría de los encuestados puntuaron entre 6 y 10.

Se observan escasos puntajes con valor mínimo.

Armonía: se observan en los resultados escasos valores mínimos declarados por los encuestados, siendo que la mínima es de 3 y la máxima de 10. El promedio de respuesta

es de 7,8 con un desvío estándar de 1,8 siendo que los participantes puntuaron entre 6 y 9,5.

Comunicación: este factor se observa un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 10, siendo el promedio de respuesta de 7,8 puntuaciones que oscilaron entre 6 y 9,5 con un desvío estándar de 1,88.

Permeabilidad: los resultados arrojan puntajes mínimos de 4 y máximos de 10, siendo que la mayoría tiene un promedio de 7,6, con un desvío de 1,6 expresando que las respuestas oscilaron entre 5,6 y 9,2.

Afectividad: si bien el promedio resultante es de 8,3, siendo cercano al valor máximo, con un desvío estándar de 1,9 sucediendo que la mayoría de los encuestados puntuaron entre 6,4 y 10. Se observan escasos puntajes con valor mínimo (2), siendo los puntajes máximos (10) los más observados.

Roles: en promedio es la respuesta de menor puntuación en relación al resto de los factores analizados, con una mínima de 2 y una máxima de 10, el promedio de respuesta es de 7, con un desvío estándar de 2,3 declarando el mismo que los resultados oscilaron entre 4,7 y 9,3.

Adaptabilidad: se observan escasos puntajes máximos en las respuestas, con una mínima de 3 y una de máxima de 10. El promedio resultante es de 7,5. El desvío de 1,5 declara que las respuestas oscilaron entre 6 y 9.

Las familias participantes declaran mayor puntaje en la dinámica familiar en la función referente a la unión familiar y emocional, la cohesión es el patrón más funcional según refieren los familiares. Siendo la distribución y cumplimiento de roles la función que denota menor rendimiento, tal como enuncian los resultados.

Los resultados obtenidos reflejan que los patrones de mayor a menor funcionalidad quedan distribuidos de este modo: Cohesión, afectividad, armonía y comunicación, permeabilidad, adaptabilidad y roles.

**Tabla 2**

*Variables de funcionamiento familiar test APGAR*

<b>Variables</b>	<b>Total</b>	<b>Media mínima</b>	<b>Media máxima</b>	<b>Promedio</b>	<b>Desvió</b>
<b>Adaptabilidad</b>	48	0	2	1,6	0,621455466
<b>Desarrollo</b>	37	0	2	1,233333333	0,727932042
<b>Cooperación y participación</b>	48	0	2	1,6	0,674664668
<b>Capacidad resolutive</b>	47	0	2	1,566666667	0,568320777
<b>Afectividad</b>	53	0	2	1,766666667	0,504006933
<b>Puntaje total:</b>	233	1	10	7,766666667	2,144493081

Fuente: Elaboración propia.

Según arrojan los resultados, las familias declaran que el 76 % de la población encuestada percibe funcionar muy bien, mientras que el 20 % de los resultados arriban a familias moderadamente disfuncionales, siendo que solo 4% arrojo disfuncionalidad familiar grave.

Las familiares participantes de este cuestionario refieren mayor funcionalidad en la variable afectividad con una puntuación total de 53, en escala descendente continúan las funciones de adaptabilidad, cooperación y participación, capacidad resolutive denotando menor funcionalidad en la función correspondiente al desarrollo con una puntuación total de 37.

La suma de todas las variables denota un puntaje total de 233, siendo que se respondió con un valor mínimo de un punto y un valor máximo de 10 puntos, el promedio de

respuesta fue de casi 8 puntos, con un desvío estándar de 2, lo cual expresa que la mayoría respondieron con puntajes de 6 a 10 puntos.

Adaptabilidad: si bien el promedio de 1,6 es cercano al valor máximo, se observaron algunas respuestas con puntuación mínima cero, siendo que la mayoría respondió con el puntuación máxima (2). El desvío estándar es de 0,62 declarando puntuaciones oscilantes entre 1 y 2.

Desarrollo: este factor es el menor puntuado en relación a los demás factores siendo que el puntaje total es de 38, con un valor mínimo de 0 y una máxima de 2. El promedio es de 1,2 denota un desvío estándar de 0,72, siendo que los puntajes variaron entre 0,50 y 1,92.

Cooperación y participación: el puntaje total es de 48, si bien el valor medio de 1,6 es cercano al puntaje máximo, se observaron algunos con puntuación mínima cero. El desvío estándar es de 0,67 declarando puntuaciones oscilantes entre 1 y 2.

Capacidad resolutive: el puntaje total es de 47, con una mínima de 0 y una máxima de 2. El promedio de 1,56 con un desvío estándar de 0,56, siendo que los puntajes variaron entre 1 y 2.

Afectividad: es el factor mayor puntuado, lo cual indica que la mayoría de los participantes respondieron con un puntaje máximo de 10, siendo el valor mínimo 0, se observó un solo puntaje con valor mínimo. El promedio es de 1,7 con un desvío de 0,50 lo cual denota que las repuestas oscilaron entre 1,2 y 2.

## **Pacientes**

Se aplicaron los mismos inventarios a 30 pacientes que concurren a la institución a sus tres modalidades de tratamiento:

- Tratamiento ambulatorio: centro de día a jornadas de 4 a 8 horas diarias de lunes a viernes (11 pacientes)
- Tratamiento Ambulatorio: Prevención de recaídas, modalidad grupal de 1 a 3 veces por semana, grupos terapéuticos de una hora y media de duración (13 pacientes).
- Internación en la comunidad terapéutica de la institución. Donde se encuentran los pacientes que allí se alojan en tiempo completo, con la posibilidad de salidas terapéuticas (6 pacientes).

Los pacientes que han realizado la encuesta tienen entre 16 y 57 años. Siendo la edad promedio 33 años de edad, con un desvío estándar de 11 años; es decir que casi el 70 % de la población se concentra en un rango de edad de entre 22 y 44 años aproximadamente.

La mayoría son hombres en un 73%, un 27 % de la población son mujeres.

### Tabla 3

*Variable de funcionamiento familiar FF-SIL*

<b>Puntaje total:</b>	<b>Total</b>	<b>Media mínima</b>	<b>Media máxima</b>	<b>Promedio</b>	<b>Desvió</b>
<b>Cohesión</b>	237	3	10	7,9	2,073644135
<b>Armonía</b>	213	4	10	7,1	1,729061934
<b>Comunicación</b>	238	5	10	7,933333333	1,680175141
<b>Permeabilidad</b>	156	1	9	5,2	1,627352409
<b>Afectividad</b>	230	2	10	7,666666667	2,368374
<b>Roles</b>	217	2	10	7,233333333	1,406471087
<b>Adaptabilidad</b>	198	2	10	6,6	1,693802089

Fuente: Elaboración propia

Tal como arrojan los resultados finales no se encontraron valores que denoten familias severamente disfuncionales, siendo que el 13% declara un funcionamiento

disfuncional. El 60% declaran según la puntuación total funcionar moderadamente mientras que el 27% expresan puntajes correspondientes a familias funcionales.

Cohesión: es uno de los factores con máximo puntuación, siendo el total de 237 puntos. En cuanto a este factor el promedio resultante es de 8, siendo cercano al valor máximo de 10 con un valor mínimo de 3 el desvío estándar de 2 se deduce que la mayoría de los encuestados puntuaron entre 6 y 10.

Armonía: se observan en los resultados valores mínimos y máximos proporcionalmente declarados por los encuestados, siendo que la mínima es de 4 y la máxima de 10. El promedio de respuesta es de 7 con un desvío estándar de 1,7 siendo que los participantes puntuaron entre 5 y 9.

Comunicación: este factor se observa un valor mínimo relativamente alto de 5 y un valor máximo de 10, siendo el promedio de respuesta de 7,9. Las puntuaciones oscilaron entre 6 y 10 con un desvío estándar de 1,7. Es el factor mejor puntuado con un puntaje total de 238.

Permeabilidad: según las respuestas de los participantes, este es el puntaje menor con un total de 156 puntos. El valor mínimo es de 1 y el máximo de 9, con un promedio es de 5. El desvío es de 1,6 lo cual indica que los participantes en su mayoría puntuaron entre 3 y 7. Se observan en su mayoría puntajes bajos.

Afectividad: las respuestas de los participantes indican un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 10, siendo la respuesta promedio de 7, con un desvío de 2,3, lo cual indica que la mayoría de los participantes indicaron puntajes de 5 a 9.

Roles: el puntaje total indica que es uno de deficitario según las respuestas referidas por los participantes, el total de la puntajes es 217, con un valor mínimo de 2 y un valor

máximo de 10, el promedio de respuesta de 7 con un desvío de 1,4, lo cual indica que los participantes respondieron en su mayoría entre 5,6 y 8,4.

Adaptabilidad: junto con el factor permeabilidad este ha sido el menor puntuado, con un total de 198 en la sumatoria de las respuestas referidas por los participantes, el valor mínimo es de con un máximo de 10, siendo el promedio de respuesta de 6,6 con un desvío de 1,6, lo cual indican que las respuestas oscilaron entre 4,4 y 8,2. Se observan respuestas de puntaje medio en su gran mayoría.

Los resultados obtenidos reflejan que los patrones de mayor a menor funcionalidad quedan distribuidos de este modo: comunicación, cohesión, afectividad, roles, armonía y adaptabilidad ha resultado el menor puntuado.

#### **Tabla 4**

##### *Variables de funcionamiento familiar test APGAR*

<b>Variables</b>	<b>Total</b>	<b>Media mínima</b>	<b>Media máxima</b>	<b>Promedio</b>	<b>Desvió</b>
<b>Adaptabilidad</b>	54	1	2	1,8	0,406838102
<b>Desarrollo</b>	39	1	2	1,3	0,4660916
<b>Cooperación y participación</b>	47	0	2	1,566666667	0,678910554
<b>Capacidad resolutiva</b>	45	0	2	1,5	0,572351471
<b>Afectividad</b>	55	1	2	1,833333333	0,379049022
<b>Puntaje total:</b>	240	3	10	8	1,5974117

Fuente: Elaboración propia.

Según arrojan los resultados los pacientes declaran que el 90 % de la población encuestada las familias funcionan muy bien, mientras que el 6 % de los resultados

arriban a familias moderadamente disfuncionales, siendo que solo 2% arrojó disfuncionalidad familiar grave.

Las pacientes refieren mayor funcionalidad en la variable afectividad con una puntuación total de 55, en escala descendente continúan las funciones de adaptabilidad, cooperación y participación, capacidad resolutiva denotando menor funcionalidad en la función correspondiente al desarrollo con una puntuación total de 39.

Adaptabilidad: el promedio es de 1,8 es cercana al valor máximo, la mayoría respondió con la puntuación máxima (2). El desvío estándar es de 0,40 declarando puntuaciones oscilantes entre 1 y 2.

Desarrollo: este factor es el menor puntuado en relación a los demás factores siendo que el puntaje total es de 39, con un valor mínimo de 0 y una máximo de 2. El promedio es de 1,3 denota un desvío estándar de 0,46, siendo que los puntajes variaron entre 0,46 y 1,76.

Cooperación y participación: el puntaje total es de 47, si bien el valor medio de 1,56 es cercano al puntaje máximo, se observaron algunos con puntuación mínima cero y uno. El desvío estándar es de 0,67 declarando puntuaciones oscilantes entre 1 y 2.

Capacidad resolutiva: el puntaje total es de 45, con una mínima de 0 y una máxima de 2 con un promedio de 1,5 denota un desvío estándar de 0,57 siendo que los puntajes variaron entre 1 y 2.

Afectividad: el puntaje totales de 55, la mayoría de los participantes respondieron con puntaje 2, siendo el valor mínimo 0, se observó un solo puntaje con valor mínimo. El promedio es de 1,8 con un desvío de 0,37 lo cual denota que las repuestas oscilaron entre 1,43 y 2.

El análisis comparativo de ambos cuestionarios en relación a las dos poblaciones encuestadas.

### **Cuestionario APGAR familiar.**

**Tabla 5**

*Cuadro comparativo de resultados totales*

	<b>Pacientes</b>	<b>Familiares</b>
<b>Adaptabilidad</b>	54	48
<b>Desarrollo</b>	39	37
<b>Cooperación y participación</b>	47	48
<b>Capacidad resolutive</b>	45	47
<b>Afectividad</b>	55	53
<b>Puntaje total:</b>	240	233

Fuente: Elaboración propia.

Las pacientes y familiares refieren mayor funcionalidad en la variable afectividad y adaptabilidad, en escala descendente continúan las variables cooperación y participación, capacidad resolutive denotando menor funcionalidad en la función correspondiente al desarrollo.

En relación a los resultados arrojados por los familiares, denota consistencia entre familiares y pacientes, ya que ambos han arribado a igual orden de mayor a menor puntaje en las respuestas dadas.

Se halló consistencia en las categorías percibidas, ya que tanto familiares como pacientes en porcentajes altos han arribado a puntajes que sugieren familias muy funcionales según los resultados propuestos por el APGAR familiar. Siendo porcentajes de 76 arrojados por los familiares y 90 por ciento por los pacientes. En porcentajes

muchos más bajos indican ser familias moderadamente disfuncionales y en porcentajes escasos han declarado disfuncionalidad familiar grave.

Se encuentra escasa diferencia en los resultados totales.

En cuanto al cuestionario familiar FF-SIL, los familiares en un 50% perciben según la puntuación total, tener un modo de funcionamiento funcional, un 43 % moderadamente funcional. Un 3,5% de la población estudiada denota percibir un modo de funcionamiento severamente disfuncional, siendo que otro 3,5% de la población refiere según el puntaje total obtenido disfuncionalidad.

En ambos casos tanto en pacientes como familiares se encontraron porcentajes escasos o nulos que denoten percibir disfuncionalidad severa, siendo que el 13 % de los pacientes denunció según los resultados obtenidos un modo de funcionamiento disfuncional.

### **Cuestionario FF-SIL**

#### **Tabla 6**

*Cuadro comparativo de resultados totales*

<b>Puntajes totales</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Familiares</b>
<b>Armonía</b>	213	233
<b>Comunicación</b>	238	234
<b>Permeabilidad</b>	156	228
<b>Afectividad</b>	230	251
<b>Roles</b>	217	210
<b>Adaptabilidad</b>	198	225

Fuente: Elaboración propia.

El orden declarado para los factores indagados sugiere que los resultados obtenidos reflejan diferencias entre familiares y pacientes en los patrones de mayor a menor funcionalidad.

Los resultados obtenidos por los familiares reflejan que los patrones de mayor a menor funcionalidad quedan distribuidos de este modo: comunicación, cohesión, afectividad, roles, armonía y adaptabilidad ha resultado el menor puntuado.

Los pacientes refieren que los patrones de mayor a menor funcionalidad quedan distribuidos encabezados por la variable cohesión con mayor puntaje, luego afectividad, armonía y comunicación, permeabilidad, adaptabilidad y roles

Los resultados totales mostraron diferencias, siendo que los familiares han contestado con puntajes más altos.

### **Análisis comparativo de cada paciente con sus familiares**

Se describe a continuación los resultados comparativos arrojados por el cuestionario FF-SIL entre los pacientes y sus familiares correspondientes.

Se analiza comparativamente las respuestas dadas por los pacientes y por sus familiares en los inventarios, como también las coincidencias y las diferencias encontradas.

A excepción de aquellos pacientes que su familiar no participo del cuestionario.

Vale aclarar que aquellos pacientes que ha contestado más de un familiar el inventario se realizó un promedio entre los miembros que han participado de la entrevista.

**Tabla 7.1***Paciente XI**Sexo F- 19 años- Familiar: Madre*

	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Cohesión</b>	3	10	-7
<b>Armonía</b>	4	6	-2
<b>Comunicación</b>	5	6	-1
<b>Permeabilidad</b>	3	7	-4
<b>Afectividad</b>	6	9	-3
<b>Roles</b>	2	5	-3
<b>Adaptabilidad</b>	5	8	-3
<b>Puntaje total:</b>	28	51	-23

Fuente: Elaboración propia

Se encuentra discordancia entre la percepción del funcionamiento familiar declarado por la paciente y el declarado por la madre. Siendo que la paciente percibe negativamente en relación a la percepción declarada por la madre, tal indican los puntajes totales de 28 y 51 correspondiente a los resultados de familia disfuncional y moderadamente funcional respectivamente siendo que hay una diferencia de 23 puntos entre ambas.

Cohesión y permeabilidad han sido los roles donde más diferencia se ha encontrado, siendo que comunicación y armonía han sido los resultados que menos disparidad han tenido. En todas las variables se encontró que la paciente percibe más negativamente que su familiar.

**Tabla 7.2***Paciente X 2.**Sexo M. Edad 34. Familiar: esposa*

	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Cohesión</b>	8	9	-1
<b>Armonía</b>	8	7	1
<b>Comunicación</b>	9	7	2
<b>Permeabilidad</b>	6	8	-2
<b>Afectividad</b>	10	5	5
<b>Roles</b>	8	3	5
<b>Adaptabilidad</b>	8	6	2
<b>Puntaje total:</b>	57	45	12

Fuente: Elaboración propia

Se encuentra discordancia en los resultados arrojados por el paciente y su pareja. Los puntajes obtenidos indican que el paciente percibe más positivamente que su familiar, expresando su puntaje final de 57 percibir una familia funcional. Su esposa percibe el funcionamiento moderadamente funcional (con un puntaje de 45). La diferencia en los puntajes es de 12.

El paciente percibe más negativamente en las variables de cohesión y permeabilidad, siendo que en el resto su puntuación es más positiva en relación a la de su esposa. Afectividad y roles han sido las variables que más diferencia se ha encontrado.

**Tabla 7.3***Paciente X 3**Sexo: masculino. Edad 22. Familiar madre 44*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Cohesión</b>	8	10	-2
<b>Armonía</b>	6	9	-3
<b>Comunicación</b>	10	8	2
<b>Permeabilidad</b>	5	5	0
<b>Afectividad</b>	8	10	-2
<b>Roles</b>	7	8	-1
<b>Adaptabilidad</b>	6	7	-1
<b>Puntaje total:</b>	50	57	-7

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados muestran que la madre percibe de modo más positivo que el paciente siendo que su puntaje (57) atañe a un modo de funcionamiento funcional, y el puntaje del paciente (50) moderadamente funcional, siendo la diferencia de 7 puntos.

En las variables se ha encontrado la diferencia más notable en la percepción de la variable armonía, luego cohesión y afectividad, roles y adaptabilidad con una diferencia de 1 punto, en el factor permeabilidad hay equidad en la respuesta.

**Tabla 7.4**

*Paciente X 4.*

*Sexo: Femenino. Edad 33 años.*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Cohesión 1 y 8</b>	6	9,5	-3,5
<b>Armonía 2 y 13</b>	5	7,5	-2,5
<b>Comunicación 5 y 11</b>	7	5,5	1,5
<b>Permeabilidad 7 y 12</b>	5	6,5	-1,5
<b>Afectividad 4 y 14</b>	8	8,5	-0,5
<b>Roles 3 y 9</b>	8	8	0
<b>Adaptabilidad 6 y 10</b>	7	6	1
<b>Puntaje total:</b>	46	51,5	-5,5

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados declaran que hay consistencia en el modo de percibir el funcionamiento siendo este moderado según el inventario aplicado. De todos modos se hayo una diferencia de 5,5, siendo que la paciente percibe más negativamente que sus familiares.

La variable cohesión y armonía expresaron mayor diferencia, en escala descendente comunicación, permeabilidad y adaptabilidad, con una diferencia mínima en afectividad.

Hubo equidad en la variable roles, siendo que en el factor adaptabilidad la paciente percibe de modo más positivo.

**Tabla 7.5***Familiar X5**Sexo: Edad: 19. Familiares madre y padre*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Cohesión</b>	6	9	-3
<b>Armonía</b>	7	7,5	-0,5
<b>Comunicación</b>	5	6,5	-1,5
<b>Permeabilidad</b>	8	6	2
<b>Afectividad</b>	2	7,5	-5,5
<b>Roles</b>	6	5,5	0,5
<b>Adaptabilidad</b>	10	6,5	3,5
<b>Puntaje total:</b>	44	48,5	-4,5

Fuente: Elaboración propia.

Los puntajes totales denotan que ambos perciben su modo de funcionar como moderadamente funcional. Siendo que el paciente percibe de modo más negativo que su familiar, con un puntaje total 44 y 48, 5 respectivamente, la diferencia es de 4,5.

La diferencia más significativa se encontró en la variable afectividad, hallándose una diferencia de 5,5 puntos, el paciente percibe este factor de modo más negativo que sus familiares, habiendo puntuado 2 y 7,5 respectivamente.

Luego la variable cohesión presenta diferencia, siendo que el paciente puntuó 6 y sus familiares 9. El factor armonía y roles presentan una disparidad escasa.

El paciente arroja resultados más positivo en las variables de adaptabilidad y permeabilidad.

**Tabla 7.6**

*Paciente X 6*

*Sexo: masculino. Edad: 22. Familiares: madre y padre*

	<b>PACIENTE</b>	<b>Familiar</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Cohesión</b>	7	9	-2
<b>Armonía</b>	9	7,5	1,5
<b>Comunicación</b>	9	10	-1
<b>Permeabilidad</b>	5	8,5	-3,5
<b>Afectividad</b>	8	8,5	-0,5
<b>Roles</b>	7	7	0
<b>Adaptabilidad</b>	6	7	-1
<b>Puntaje total:</b>	51	57,5	-6,5

Fuente: Elaboración propia.

Los puntajes totales denotan que ambos perciben funcionar moderadamente, siendo que el paciente denota percibir más negativamente, dada la diferencia de 6,5 puntos.

Se encuentra consistencia en la variable adaptabilidad.

El paciente declara puntajes más positivos en relación a los familiares en la variable armonía. Siendo que arrojo resultados más negativos que sus familiares principalmente en la variable permeabilidad, luego cohesión y adaptabilidad hay diferencia de 1 punto, siendo que en afectividad declararon diferencias mínimas.

**Tabla 7.7**

*Paciente X 7*

*Sexo: femenino. Edad: 39. Familiar: madre y padre*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Puntaje total:</b>	55	60	-5
<b>Cohesión</b>	8	10	-2
<b>Armonía</b>	8	8	0
<b>Comunicación</b>	8	9,5	-1,5
<b>Permeabilidad</b>	6	7	-1
<b>Afectividad</b>	9	9	0
<b>Roles</b>	8	9	-1
<b>Adaptabilidad</b>	8	7,5	0,5

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados del inventario indican que el funcionamiento percibido entre ambos es desigual, siendo que la paciente declara funcionamiento moderado, mientras que los padres funcionales, los resultados totales obtenidos fueron de 55 y 60 hallándose una diferencia de 5 puntos entre ambas.

Se halló consistencia en las variables armonía y afectividad.

Las diferencias encontradas principalmente fueron en las variables cohesión y comunicación donde el paciente percibe más negativamente que su familiar, en menor puntaje permeabilidad y roles en los cuales el paciente percibe más negativamente que sus familiares. En el factor adaptabilidad la paciente percibe de modo más positivo que sus familiares siendo la diferencia de puntaje mínima.

**Tabla 7.8**

*Pacientes X 8.*

*Sexo: masculino. Edad 23. Familiar: madre y padre*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Puntaje total:</b>	58	53	5
<b>Cohesión</b>	10	8	2
<b>Armonía</b>	9	8	1
<b>Comunicación</b>	7	6	1
<b>Permeabilidad</b>	6	8	-2
<b>Afectividad</b>	8	8	0
<b>Roles</b>	10	8	2
<b>Adaptabilidad</b>	8	7	1

Fuente: Elaboración propia.

El puntaje total declara que hay diferencias siendo que el paciente percibe la familia funcional y los padres moderadamente funcional. La diferencia hallada es de 5 puntos.

Se halló consistencia en la variable afectividad.

Las diferencias encontradas denotan que el paciente percibe más positivamente los factores cohesión, roles y armonía con menor diferencia en las variables, comunicación y adaptabilidad.

El paciente percibe de modo más negativo la variable permeabilidad.

Se encontró consistencia en el inventario, siendo que tanto la paciente como los familiares coincidieron en el resultado final (9 puntos), el mismo denota que perciben de modo muy funcional la dinámica familiar.

**Tabla 7.9**

*Paciente X 9*

*Sexo: masculino. Edad 25. Familiar: madre y padre*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Puntaje total:</b>	57	64,5	-7,5
<b>Cohesión</b>	8	10	-2
<b>Armonía</b>	8	10	-2
<b>Comunicación</b>	9	9	0
<b>Permeabilidad</b>	6	7,5	-1,5
<b>Afectividad</b>	10	10	0
<b>Roles</b>	8	9	-1
<b>Adaptabilidad</b>	8	9	-1

Fuente: Elaboración propia.

El puntaje total denota que el paciente percibe negativamente en relación a sus familiares. La diferencia es de 7,5 lo cual indica que el paciente percibe la familia moderadamente funcional, mientras que los padres perciben funcional.

Las principales diferencias halladas se encuentran en las variables cohesión y armonía, donde el paciente respondió con menor puntaje que sus familiares, siendo la diferencia negativa. Luego se observa diferencia de 1,5 en permeabilidad y 1 punto en los factores roles y adaptabilidad las cuales denotan que el paciente percibe más negativamente.

**Tabla 7.10**

*Paciente X 10*

*Sexo: Masculino. Edad 34. Familiar: pareja*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Puntaje total:</b>	40	41	-1
<b>Cohesión</b>	9	6	3
<b>Armonía</b>	4	4	0
<b>Comunicación</b>	7	8	-1
<b>Permeabilidad</b>	4	7	-3
<b>Afectividad</b>	4	6	-2
<b>Roles</b>	6	4	2
<b>Adaptabilidad</b>	6	6	0

Fuente: Elaboración propia.

Se encontró consistencia en el resultado arrojado por el paciente y su pareja, denotando este una percepción de familia disfuncional. La diferencia entre ambos fu mínima, solo de un punto.

Las variables en la puntuación que han coincidido en la puntuación, son adaptabilidad y armonía.

Se han hallado diferencias en la variable cohesión y roles donde el paciente percibe más positivamente que su familiar. En el resto de las variables se encontró que el paciente percibe más negativamente siendo permeabilidad arrojó una diferencia de 3 puntos, afectividad 2 y comunicación 1 punto.

**Tabla 7.11***Paciente X 11**Sexo: masculino. Edad 22 años. Familiares: madre, padre y hermana.*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Puntaje total:</b>	52	53	-1
<b>Cohesión</b>	9	6,5	2,5
<b>Armonía</b>	7	8	-1
<b>Comunicación</b>	10	6,5	3,5
<b>Permeabilidad</b>	5	6,5	-1,5
<b>Afectividad</b>	8	9	-1
<b>Roles</b>	7	8	-1
<b>Adaptabilidad</b>	6	8	-2

Fuente: Elaboración propia.

El puntaje total arrojó un resultado con diferencias de solo un punto, siendo que se ha hallado consistencia entre la percepción de ambos familiares en tanto su puntaje total declara familia moderadamente funcional.

Se halló una diferencia significativa de 3,5 puntos, en el factor comunicación, siendo que el paciente percibe de modo más positivo que su familiar, de igual modo la variable cohesión con una puntuación de 2,5, y adaptabilidad con 2 puntos.

En el resto de las variables se observan resultados negativos en relación a la percepción del paciente, siendo de 1 punto la diferencia hallada en las variables armonía, roles y afectividad.

**Tabla 7.12**

*Paciente x 12*

*Sexo masculino. Edad 57. Familiar esposa*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Puntaje total:</b>	51	65	-14
<b>Cohesión</b>	10	10	0
<b>Armonía</b>	7	9	-2
<b>Comunicación</b>	9	9	0
<b>Permeabilidad</b>	5	9	-4
<b>Afectividad</b>	7	10	-3
<b>Roles</b>	7	8	-1
<b>Adaptabilidad</b>	6	10	-4

Fuente: Elaboración propia.

Se halló una diferencia de 14 puntos entre el paciente y su familiar, tal describe la puntuación total percibe funcionamiento moderado, y funcionamiento funcional respectivamente.

Se encontró consistencia en las variables cohesión y comunicación encontrándose valores altos, en tanto se hallaron diferencias considerables de 4 puntos en adaptabilidad y permeabilidad, afectividad 3 puntos, armonía y roles con 2 y 1 punto siendo que el paciente percibe de modo más negativo en los factores mencionados.

**Tabla 7.13**

*Paciente X 13*

*Sexo: masculino. Edad 29. Familiar: pareja*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Puntaje total:</b>	48	48	0
<b>Cohesión</b>	8	2	6
<b>Armonía</b>	6	8	-2
<b>Comunicación</b>	7	8	-1
<b>Permeabilidad</b>	6	8	-2
<b>Afectividad</b>	6	10	-4
<b>Roles</b>	8	4	4
<b>Adaptabilidad</b>	7	8	-1

Fuente: Elaboración propia.

Se encontró consistencia en los puntajes totales declarados, siendo que ambos pacientes arrojaron 48 puntos, lo cual a la percepción moderadamente funcional.

Se halló una diferencia significativa de 6 puntos en la variable cohesión y roles (4 puntos), donde el paciente percibe más de 2 puntos en las categorías armonía y permeabilidad, y de 1 punto en adaptabilidad y comunicación, lo cual indica que el paciente percibe más negativamente en las variables mencionadas.

**Tabla 7.14**

*Paciente X 14*

*Sexo: masculino. Edad 31. Familiar: padre*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Puntaje total:</b>	47	70	-23
<b>Cohesión</b>	3	10	-7
<b>Armonía</b>	8	10	-2
<b>Comunicación</b>	10	10	0
<b>Permeabilidad</b>	3	10	-7
<b>Afectividad</b>	10	10	0
<b>Roles</b>	8	10	-2
<b>Adaptabilidad</b>	5	10	-5

Fuente: Elaboración propia.

Se halló una diferencia de 23 puntos entre el paciente y su familiar. Denotando que el primero percibe más negativamente. Los puntajes totales arrojados indican que percibe funcionar el paciente denota modernamente y en el familiar percibe una familia funcional.

Se encontró consistencia en la variable comunicación que ambos puntuaron con diez puntos.

Se halló una diferencia significativa de 7 puntos en las variables cohesión y permeabilidad, y adaptabilidad 5 puntos, roles y armonía 2 puntos, denotando que el paciente percibe más negativamente que su familiar.

**Tabla 7.15**

*Paciente X 15*

*Sexo: masculino. Edad: 27. Familiar; madre*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Puntaje total:</b>	45	54	-9
<b>Cohesión 1 y 8</b>	3	8	-5
<b>Armonía 2 y 13</b>	8	9	-1
<b>Comunicación 5 y 11</b>	10	10	0
<b>Permeabilidad 7 y 12</b>	4	6	-2
<b>Afectividad 4 y 14</b>	10	10	0
<b>Roles 3 y 9</b>	6	2	4
<b>Adaptabilidad 6 y 10</b>	4	9	-5

Fuente: Elaboración propia.

La puntuación total denota una diferencia de nueve puntos, siendo que el paciente declaro percibir familia moderadamente funcional y el familiar familia funcional.

Se halló consistencia en la variable afectividad habiendo obtenido en ambos casos el mayor puntaje 10.

Se encontró diferencia (4 puntos) en las variables cohesión y adaptabilidad, permeabilidad (2 puntos) y armonía (un punto), la misma declara que el paciente las percibe más negativamente que su familiar.

En la función roles la diferencia es de 4 puntos, en esta variable el paciente percibe más positivamente que su familiar.

**Tabla 7.16**

*Paciente X 16*

*Sexo: masculino. Edad: 40. Familiar: padre*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Puntaje total:</b>	45	43	2
<b>Cohesión</b>	8	6	2
<b>Armonía</b>	6	7	-1
<b>Comunicación</b>	6	8	-2
<b>Permeabilidad</b>	5	8	-3
<b>Afectividad</b>	6	5	1
<b>Roles</b>	7	4	3
<b>Adaptabilidad</b>	7	5	2

Fuente: Elaboración propia.

El puntaje total declara que hay consistencia siendo que ambos perciben la familia moderadamente funcional. La diferencia en el puntaje es de 2 puntos.

El paciente percibe de modo más negativo las variables permeabilidad con 3 puntos de diferencia, comunicación con 2 puntos de diferencia y armonía con 1 punto.

Las variables que percibe más positivamente son roles con 3 puntos, adaptabilidad y roles con 2 puntos y afectividad con un punto.

**Tabla 7.17**

*Paciente X 17*

*Sexo masculino. Edad 30 años. Familiar: madre*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Puntaje total:</b>	62	62	0
<b>Cohesión</b>	10	10	0
<b>Armonía</b>	9	8	1
<b>Comunicación</b>	10	8	2
<b>Permeabilidad</b>	6	10	-4
<b>Afectividad</b>	10	9	1
<b>Roles</b>	9	9	0
<b>Adaptabilidad</b>	8	8	0

Fuente: Elaboración propia.

El puntaje final al que arribaron familiar y paciente coincide, con lo cual se halló consistencia en cuanto ambos perciben a la familia funcional.

No se hallaron diferencias en las variables cohesión, roles y adaptabilidad. Encontrándose que el paciente percibe de modo más negativo el factor permeabilidad, habiendo una diferencia de 4 puntos. En el resto de las variables (comunicación, afectividad y armonía) el paciente percibe más positivamente que su familiar.

**Tabla 7.18***Paciente X 18**Sexo masculino. Edad 57 años. Padre*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Puntaje total:</b>	50	24	26
<b>Cohesión</b>	8	2	6
<b>Armonía</b>	8	3	5
<b>Comunicación</b>	9	4	5
<b>Permeabilidad</b>	5	7	-2
<b>Afectividad</b>	7	2	5
<b>Roles</b>	7	3	4
<b>Adaptabilidad</b>	6	3	3

Fuente: Elaboración propia.

El puntaje final arroja una diferencia de 26 puntos. El paciente percibe de modo más positivo que su familiar. Siendo que el primero percibe su familia moderadamente funcional, mientras que el segundo severamente disfuncional.

Cohesión fue la variable que más diferencia arrojó, siendo esta de 6 puntos, luego con 5 puntos de diferencia los factores armonía, comunicación y afectividad. Las que menos disparidad denotaron fueron roles y adaptabilidad, indicando que el paciente percibe más positivamente que su familiar, siendo que percibe de modo más negativo la variable permeabilidad.

**Tabla 7.19**

*Paciente X 19*

*Sexo: masculino. Edad: 30 años. Familiar: padre*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Puntaje total:</b>	60	53	7
<b>Cohesión</b>	10	9	1
<b>Armonía</b>	9	6	3
<b>Comunicación</b>	10	8	2
<b>Permeabilidad</b>	6	7	-1
<b>Afectividad</b>	10	8	2
<b>Roles</b>	9	6	3
<b>Adaptabilidad</b>	6	9	-3

Fuente: Elaboración propia.

El puntaje total arroja una diferencia de 7 puntos la cual indica que el paciente percibe su familia funcional, mientras que el familiar percibe su familia moderadamente funcional.

Se halló diferencia en toda las variables, siendo que el paciente percibe más positivamente en las variables de armonía, y roles con diferencia de 3 puntos, afectividad, 2 puntos y cohesión 1 punto y más negativamente la variable permeabilidad con una diferencia de 1 punto.

**Tabla 7.20**

*Paciente X 20*

*Sexo: masculino edad: 29. Familiar pareja*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Puntaje total:</b>	48	55	-7
<b>Cohesión</b>	8	10	-2
<b>Armonía</b>	6	6	0
<b>Comunicación</b>	7	7	0
<b>Permeabilidad</b>	6	8	-2
<b>Afectividad</b>	6	7	-1
<b>Roles</b>	8	9	-1
<b>Adaptabilidad</b>	7	8	-1

Fuente: Elaboración propia.

El puntaje final indica que el paciente percibe más negativamente que su familiar dada la diferencia de 7 puntos, aunque ambos arribaron a la percepción de funcionalidad moderada.

Se halló coincidencia en las respuestas de las variables armonía y comunicación, encontrándose diferencias en el resto de las variables donde el puntaje denota que el paciente percibe más negativamente que su familiar, principalmente en las variables cohesión y permeabilidad con 2 puntos de diferencia, luego adaptabilidad, roles y afectividad con una diferencia de un punto.

**Tabla 7.21**

*Pacientes X 21*

*Sexo: masculino. Edad 34. Familiar: cuñado*

	<b>PACIENTE</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>Puntaje total:</b>	42	64	-22
<b>Cohesión</b>	9	10	-1
<b>Armonía</b>	5	10	-5
<b>Comunicación</b>	7	9	-2
<b>Permeabilidad</b>	5	10	-5
<b>Afectividad</b>	4	9	-5
<b>Roles</b>	6	8	-2
<b>Adaptabilidad</b>	6	8	-2

Fuente: Elaboración propia.

Se halló diferencia en la percepción de los participantes, siendo que el paciente arroja un puntaje total de 42 puntos, lo cual indica que percibe la familia disfuncional, mientras que el cuñado arribó a un puntaje final de 64 puntos lo cual denota percibe la familia funcional, la diferencia entre ambos es de 22 puntos.

Se encontraron diferencias de 5 puntos en las variables, permeabilidad, armonía y comunicación, de 2 puntos en las variables comunicación, roles y adaptabilidad y de 1 punto en cohesión,

Se describe a continuación los resultados arrojados por el cuestionario APGAR familiar

Se analizará comparativamente las respuestas dadas por los pacientes y por sus familiares en los inventarios, describiendo las coincidencias y diferencias encontradas.

A excepción de aquellos pacientes que su familiar no participó del cuestionario.

Vale aclarar que aquellos pacientes que ha contestado más de un familiar el inventario se hace un prorrateo entre los que han participado de la entrevista.

Se describe a continuación los resultados comparativos arrojados por el cuestionario FF-SIL entre los pacientes y sus familiares correspondientes.

**Tabla 8.1**

*Paciente XI*

*Sexo F- 19 años- Familiar: Madre*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>-1</b>
<b>Desarrollo</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Cooperación y participación</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>-1</b>
<b>Capacidad resolutive</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>-1</b>
<b>Afectividad</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>-1</b>
<b>Puntaje total:</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>-4</b>

**Fuente: Elaboración propia.**

La paciente denota menor puntaje en relación a la madre, lo cual indica que percibe más negativamente que la misma. Los puntajes totales de 3 y 7 indican modo de funcionamiento con disfunción grave y familia muy funcional. Se encuentra diferencias de percepción en todos los roles, encontrando concordancia en la función de desarrollo.

**Tabla 8.2**

*Paciente X 2.*

*Sexo M. Edad 34. Familiar: esposa*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	2	2	0
<b>Desarrollo</b>	1	2	-1
<b>Cooperación y participación</b>	2	2	0
<b>Capacidad resolutive</b>	2	2	0
<b>Afectividad</b>	2	2	0
<b>Puntaje total:</b>	9	10	-1

**Fuente: Elaboración propia.**

Los puntajes arrojados fueron altos siendo de 9 y 10 puntos, siendo que el paciente percibe de modo más negativo. El puntaje declara que hay consistencia entre ambos ya que perciben su funcionamiento familiar muy funcional según el inventario aplicado.

Se encontró diferencia en la variable desarrollo, en tanto el paciente percibe de modo más positivo.

**Tabla 8.3**

*Paciente X 3*

*Sexo: masculino. Edad 22. Familiar madre 44*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	2	2	0
<b>Desarrollo</b>	1	1	0
<b>Cooperación y participación</b>	2	2	0
<b>Capacidad resolutive</b>	2	1	1
<b>Afectividad</b>	2	2	0
<b>Puntaje total:</b>	9	8	1

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados delatan que hay concordancia en la percepción del funcionamiento, ya ambos declaran según los puntajes obtenidos resulta una familia muy funcional. Aunque la diferencia de un punto en el total de la puntuación denota que el paciente percibe de modo más negativo.

Se encontró diferencia en la variable de capacidad resolutive donde el paciente percibe de modo más positivo, en el resto de las variables hay consistencia entre ambos.

### **Tabla 8.4**

Paciente X 4.

Sexo: Femenino. Edad 33 años.

Familiares que han participado la madre y la hermana, con lo cual el puntaje del familiar es un promedio del puntaje de ambas.

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	<b>1</b>	<b>1,5</b>	<b>-0,5</b>
<b>Desarrollo</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>-1</b>
<b>Cooperacion y participacion</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>-1</b>
<b>Capacidad resolutiva</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>Afectividad</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>Puntaje total:</b>	<b>7</b>	<b>9,5</b>	<b>-2,5</b>

Fuente: Elaboración propia.

La puntuación total denota una familia muy funcional, siendo que la diferencia encontrada es de 2,5 puntos la cual indica que la paciente percibe de modo más negativo que sus familiares.

Desarrollo, cooperación y cooperación y participación fueron las variables que arrojaron diferencias. No encontrando disparidad en los factores capacidad resolutiva y afectividad.

**Tabla 8.5***Familiar X5**Sexo: Edad: 19. Familiares madre y padre*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	2	2	0
<b>Desarrollo</b>	1	1,5	-0,5
<b>Cooperación y participación</b>	0	2	-2
<b>Capacidad resolutive</b>	2	1,5	0,5
<b>Afectividad</b>	2	1,5	0,5
<b>Puntaje total:</b>	7	8,5	-1,5

**Fuente: Elaboración propia.**

El resultado según este inventario puntúa que ambos perciben el funcionamiento familiar de modo muy funcional, habiendo arrojados resultados de 7 y 8,5, siendo que el paciente de modo más negativo.

Coinciden en la puntuación de la variable adaptabilidad, presentando diferencias en el resto de los factores. Cooperación y participación es donde más diferencia de puntaje se ha encontrado, siendo que el paciente puntuó el valor cero en esta variable. Se encuentran diferencias menores en las variables desarrollo, capacidad resolutive y afectividad.

**Tabla 8.6***Paciente X 6**Sexo: masculino. Edad: 22. Familiares: madre y padre*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	1	1	0
<b>Desarrollo</b>	1	1	0
<b>Cooperación y participación</b>	1	1,5	-0,5
<b>Capacidad resolutive</b>	1	1,5	-0,5
<b>Afectividad</b>	1	1,5	-0,5
<b>Puntaje total:</b>	5	6,5	1,5

Fuente: Elaboración propia.

Se encuentra diferencia en el puntaje total, siendo esta de 1,5 puntos, ambos declaran percibir un modo de funcionamiento disfuncional, mientras la familia percibe de modo más positivo que el paciente.

Se encontró consistencia en las variables de adaptabilidad y desarrollo, siendo que hay diferencias mínimas en las variables cooperación y participación, afectividad y capacidad resolutive.

**Tabla 8.7**

*Paciente X 7*

*Sexo: femenino. Edad: 39. Familiar: madre y padre*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	2	0	2
<b>Desarrollo</b>	1	1,5	-0,5
<b>Cooperación y participación</b>	2	2	0
<b>Capacidad resolutive</b>	2	1,5	0,5
<b>Afectividad</b>	2	2	0
<b>Puntaje total:</b>	9	9	0

Fuente: Elaboración propia.

Se encontró consistencia en el inventario, siendo que tanto la paciente como los familiares coincidieron en el resultado final (9 puntos), el mismo denota que perciben de modo muy funcional. Respondiendo con el puntaje más alto (2 puntos) en las variables adaptabilidad, afectividad, cooperación y participación.

Hallándose diferencias mínimas en las funciones de desarrollo donde la paciente percibe de modo más negativo y capacidad resolutive donde la diferencia es positiva.

**Tabla 8.8**

*Pacientes X 8.*

*Sexo: masculino. Edad 23. Familiar: madre y padre*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	2	2	0
<b>Desarrollo</b>	2	1,5	0,5
<b>Cooperación y participación</b>	1	2	-1
<b>Capacidad resolutive</b>	2	1,5	0,5
<b>Afectividad</b>	2	2	0
<b>Puntaje total:</b>	9	9	0

Fuente: Elaboración propia.

Se encontró consistencia en el inventario, siendo que tanto la paciente como los familiares coincidieron en el resultado final (9 puntos), el mismo denota que perciben de modo muy funcional la dinámica familiar.

Se hallaron iguales puntajes en las variables adaptabilidad y afectividad.

Se encontró una diferencia de un punto en las variables cooperación y participación, lo cual indica que el paciente percibe más negativamente.

Siendo que hay diferencias mínimas (0,5 puntos) en los variables desarrollo y capacidad resolutive donde el paciente percibe de modo más positivo que sus familiares.

**Tabla 8.9**

*Paciente X 9*

*Sexo: masculino. Edad 25. Familiar: madre y padre*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	2	2	0
<b>Desarrollo</b>	1	1	0
<b>Cooperación y participación</b>	2	2	0
<b>Capacidad resolutive</b>	2	2	0
<b>Afectividad</b>	2	1	1
<b>Puntaje total:</b>	9	8	1

Fuente: Elaboración propia.

Se halló diferencia de 1 punto en el puntaje total, ambos arribaron a percibir la familia muy funcional.

Hubo consistencia en todas las variables, siendo que se halló diferencia en el factor afectividad, donde el paciente percibe de modo más positivo que su familiar.

**Tabla 8.10**

*Paciente X 10*

*Sexo: Masculino. Edad 34. Familiar: pareja*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	2	1	1
<b>Desarrollo</b>	1	0	1
<b>Cooperación y participación</b>	2	1	1
<b>Capacidad resolutive</b>	1	1	0
<b>Afectividad</b>	1	1	0
<b>Puntaje total:</b>	7	4	3

Fuente: Elaboración propia.

El puntaje total declara que hay diferencia en ambos encuestados, siendo que el paciente percibe su familia funcional, y la pareja percibe una familia moderadamente disfuncional. Las variables donde el paciente declaro puntajes más elevados fueron adaptabilidad, desarrollo, cooperación y participación.

Se hallaron coincidencia en las variables afectividad y capacidad resolutive, siendo la respuesta dada de 1 punto.

**Tabla 8.11***Paciente X 11**Sexo: masculino. Edad 22 años. Familiares: madre, padre y hermana.*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	2	1	1
<b>Desarrollo</b>	1	1	0
<b>Cooperación y participación</b>	2	1	1
<b>Capacidad resolutive</b>	1	1	0
<b>Afectividad</b>	1	2	-1
<b>Puntaje total:</b>	7	6	1

Fuente: Elaboración propia.

La diferencia encontrada en el puntaje total es de un punto. Los resultados arrojan que el paciente denota una percepción muy funcional, y su familiar moderadamente disfuncional.

Se halló consistencia en las variables desarrollo y capacidad resolutive. El paciente denota percibir más positivamente en las variables adaptabilidad y cooperación y desarrollo, y negativamente en la variable afectividad.

**Tabla 8.12**

*Paciente x 12*

*Sexo masculino. Edad 57. Familiar esposa*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	2	1	1
<b>Desarrollo</b>	2	2	0
<b>Cooperación y participación</b>	2	2	0
<b>Capacidad resolutive</b>	2	2	0
<b>Afectividad</b>	2	2	0
<b>Puntaje total:</b>	10	9	1

Fuente: Elaboración propia.

Se encontró una diferencia de 1 punto en el puntaje total que han dado los encuestados. De todos modos ambos denotan percibir de modo muy disfuncional el funcionamiento familiar.

Se halló consistencia en todas las variables, habiendo una diferencia en el factor adaptabilidad donde el familiar percibe más negativamente que su familiar.

**Tabla 8.13**

*Paciente X 13*

*Sexo: masculino. Edad 29. Familiar: pareja*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	2	0	2
<b>Desarrollo</b>	1	0	1
<b>Cooperación y participación</b>	1	0	1
<b>Capacidad resolutive</b>	1	0	1
<b>Afectividad</b>	2	1	1
<b>Puntaje total:</b>	7	1	6

Fuente: Elaboración propia.

Se halló una diferencia de 6 puntos entre el puntaje final del paciente y el del familiar de 11 puntos. El paciente percibe más positivamente que su familiar. El resultado de 7 puntos sugiere que percibe una familia funcional mientras el familiar con un puntaje de 2 puntos percibe una familia con grave disfunción.

Se hallaron diferencias de 1 punto en todas las variables, menos en la variable adaptabilidad, que la diferencia es de 2 puntos (casi nunca).

**Tabla 8.14**

*Paciente X 14.*

*Sexo: masculino. Edad: 31 familiar: madre*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	1	2	-1
<b>Desarrollo</b>	1	2	-1
<b>Cooperación y participación</b>	2	2	0
<b>Capacidad resolutive</b>	2	2	0
<b>Afectividad</b>	2	2	0
<b>Puntaje total:</b>	8	10	-2

Fuente: Elaboración propia.

La puntuación total describe una diferencia de 2 puntos, ambos arrojaron el mismo resultado percibiendo muy funcional el funcionamiento familiar.

Se encontró consistencia en las variables cooperación y participación, capacidad resolutive, afectividad, siendo que se hallaron diferencias de 1 punto en los factores adaptabilidad y desarrollo, indicando que el paciente percibe negativamente en estos últimos.

Entre el tiempo que refirió el paciente de consumo de 10 años, y el declarado por su familiar de 4 años, la diferencia encontrada es de 6 años.

**Tabla 8.15**

*Paciente X 15.*

*Sexo: masculino. Edad: 31 años. Familiar: madre*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	2	2	0
<b>Desarrollo</b>	1	0	1
<b>Cooperación y participación</b>	0	1	-1
<b>Capacidad resolutive</b>	1	2	-1
<b>Afectividad</b>	2	2	0
<b>Puntaje total:</b>	6	7	-1

Fuente: Elaboración propia.

El puntaje total denota que el paciente percibe su familia moderadamente disfuncional, mientras que el familiar percibe una familia muy funcional, a diferencia encontrada fue de un punto.

Se halló consistencia en la variable afectividad y adaptabilidad.

Se encontró diferencia de un punto en desarrollo, hace alusión que el familiar percibe más positivamente en dicha variable.

El paciente percibe más negativamente tal indican los resultados en las variables cooperación y participación y capacidad resolutive.

**Tabla 8.16**

*Paciente X 16*

*Sexo: masculino. Edad: 40. Familiar: padre*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	1	0	1
<b>Desarrollo</b>	1	1	0
<b>Cooperación y participación</b>	2	2	0
<b>Capacidad resolutive</b>	1	2	-1
<b>Afectividad</b>	2	2	0
<b>Puntaje total:</b>	7	7	0

Fuente: Elaboración propia.

Se halló consistencia entre ambos participantes que han arribado a un puntaje total de 7, lo cual sugiere una familia muy funcional. También han coincidido en las variables desarrollo, afectividad, cooperación y participación.

El paciente percibe más positivamente en el factor adaptabilidad, y más negativamente el factor capacidad resolutive.

**Tabla 8.17**

*Paciente X 17*

*Sexo masculino. Edad 30 años. Familiar: madre*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	2	2	0
<b>Desarrollo</b>	2	2	0
<b>Cooperación y participación</b>	2	2	0
<b>Capacidad resolutive</b>	2	2	0
<b>Afectividad</b>	2	2	0
<b>Puntaje total:</b>	10	10	0

Fuente: Elaboración propia.

Se encontró consistencia en todas las respuestas obtenidas, siendo que han sido respondidas con el puntaje más alto dos en ambos casos, obteniendo un puntaje total de 10 puntos tanto el paciente como su familiar.

El tiempo declarado de inicio del consumo es hace 7 años y el tiempo de detección según refiere el familiar es de 5 años, hallándose una diferencia de 2 años entre ambos.

**Tabla 8.18**

*Paciente X 18*

*Sexo masculino. Edad 57 años. Padre*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	2	2	0
<b>Desarrollo</b>	1	0	1
<b>Cooperación y participación</b>	2	0	2
<b>Capacidad resolutive</b>	1	1	0
<b>Afectividad</b>	2	2	0
<b>Puntaje total:</b>	8	5	3

Fuente: Elaboración propia.

Se halló una diferencia de 3 puntos en el resultado final declarando que el paciente percibe de modo más positivo que su familiar, sugiere una familia muy funcional, mientras que su familiar sugiere una familia moderadamente disfuncional.

Se halló consistencia en las variables adaptabilidad, capacidad resolutive y afectividad.

El paciente percibe de modo más positivo en los factores cooperación y participación y desarrollo.

**Tabla 8.19**

*Paciente X 19*

*Sexo: masculino. Edad: 30 años. Familiar: padre*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	2	2	0
<b>Desarrollo</b>	1	2	-1
<b>Cooperación y participación</b>	1	2	-1
<b>Capacidad resolutive</b>	2	1	1
<b>Afectividad</b>	2	2	0
<b>Puntaje total:</b>	8	9	-1

Fuente: Elaboración propia.

Se halló consistencia en el puntaje total obtenido el paciente y su familiar percibe su familia muy funcional.

Se halló consistencia en las variables adaptabilidad y afectividad. Hallándose diferencias en las variables desarrollo, cooperación y participación donde el paciente percibe más negativamente y capacidad resolutive donde percibe más positivamente.

**Tabla 8.20**

*Paciente X 20*

*Sexo: masculino edad: 29. Familiar pareja*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	2	2	0
<b>Desarrollo</b>	1	1	0
<b>Cooperación y participación</b>	2	2	0
<b>Capacidad resolutive</b>	2	2	0
<b>Afectividad</b>	2	2	0
<b>Puntaje total:</b>	9	9	0

Fuente: Elaboración propia.

Se halló consistencia entre el paciente y su familiar ya que ambos arribaron al resultado 10, siendo este el más alto, lo cual indica que todas las respuestas han sido puntuadas con el valor máximo de 2 puntos.

**Tabla 8.21**

*Pacientes X 21*

*Sexo: masculino. Edad 34. Familiar: cuñado*

<b>Variables</b>	<b>Paciente</b>	<b>Familiar</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Adaptabilidad</b>	1	2	-1
<b>Desarrollo</b>	2	2	0
<b>Cooperación y participación</b>	2	2	0
<b>Capacidad resolutive</b>	1	2	-1
<b>Afectividad</b>	2	2	0
Puntaje total:	8	10	-2

Fuente: Elaboración propia.

El puntaje total indica que el paciente percibe más negativamente que su familiar, con una diferencia de dos puntos, aunque ambos arribaron a la categoría de familia muy funcional tal sugiere los resultados.

Se halló consistencia en las variables afectividad, desarrollo, cooperación y participación.

Se hallaron diferencias en las variables adaptabilidad y capacidad resolutive lo cual indica que el paciente percibe de modo más negativo que su familiar.

**Tabla 9**

*Diferencias entre el tiempo de consumo declarado por paciente y el tiempo de detección declarado por el familiar*

<b>Tiempo de consumo</b>			
<b>Pacientes</b>	<b>Declarado</b>	<b>Detectado</b>	<b>Diferencia</b>
X 1	7	3	4
X 2	4	1	3
X 3	6	2	4
X 4	19	15	4
X 5	2	1	1
X 6	6	5	1
X 7	15	4	11
X 8	6	4,5	1,5
X 9	10	5	5
X 10	11	1	10
X 11	6	3	3
X 12	15	1	14
X 13	13	2	11
X 14	10	4	6
X 15	10	8	2
X 16	20	15	5
X 17	7	5	2
X 18	15	10	5
X 19	7	1	6
X 20	13	9	4
X 21	11	8	3

Fuente: Elaboración propia.

Las familias declaran que han detectado los inicios del consumo de sustancias psicoactivas entre 1 año y 18 años siendo el promedio de 5 años atrás tomando como referencia el tiempo presente. El desvío estándar es de 4,59 lo cual expresa que el 70% de la población refirió haberlo detectado entre 1 a 9 años.

El tiempo de consumo que los pacientes declaran es de 2 a 31 años, siendo que el promedio de tiempo de consumo es de 13 años, con un desvío de 8 años, lo cual indica que el 70 % refirió haber comenzado a consumir entre 5 a 21 años.

Se hallaron diferencias entre el tiempo que el paciente refiere haber comenzado a consumir sustancias psicoactivas y el tiempo que el familiar declara haber detectado el consumo.

### **13. CONCLUSIONES|**

Las teorías propuestas anteriormente indican contradicciones con los resultados arribados en esta investigación, ya que denunciarían situaciones conflictivas o disfuncionalidad en las familias del paciente adicto. Las investigaciones relacionadas a la problemática describen tomando como variables importantes en la adicción la relación establecida entre el drogodependiente y su familia, siendo la familia y los correlatos de su funcionalidad factores de riesgo o de protección para la iniciación del consumo de sustancias psicoactivas y para el sostenimiento de la patología.

Desarrollan que en las familias con un miembro adicto hay factores afectados en diversas variables de la funcionalidad familiar, como la comunicación, el nivel de satisfacción, los recursos relacionales, el nivel de estrés, se encuentra un ambiente de insatisfacción, la familia no se adapta ni puede superar factores estresantes y se presentan roles rígidos.

Los resultados de los instrumentos aplicados indican que tanto las familias como los pacientes perciben de modo positivo la funcionalidad familiar, ya que escasas respuestas finales indicaron disfuncionalidad. De todos modos es importante puntualizar que la investigación apunta a la percepción de los miembros participantes.

Podría derivarse de la apreciación atribuida por las familias, que subyace la negación de la problemática como mecanismo defensivo. De este modo los familiares depositan los conflictos de cada miembro y los conflictos del sistema en el miembro adicto a la vez que defienden y sostienen el modo de funcionar por miedo al derrumbe, separación o disociación familiar.

Lo extraño es que el paciente no denuncie características contraproducentes de su familia, otra lectura posible es justamente porque este defiende el sistema y sostiene su modo de funcionar. El adicto silencia lo que sucede en la familia, tal como lo describen Stanton y Todd (1985).

Podría pensarse en un desplazamiento y hablar de la familia del adicto, de las familias psicotoxicas tal lo denomina Kalina (2000), ya que en esta problemática todos están involucrados y se considera una conflictiva familiar, en la cual todos son agentes de cambio.

Otra interpretación posible gira en torno a las peculiaridades de las personas codependientes, en las cuales se encuentran incluida el apego excesivo que no permite la individualización, separación del hijo adicto, la negación, la represión, entre otras características lo cual favorece la distorsión perceptiva.

Tal manifiestan las teorías la codependencia suele presentarse en mujeres, en el caso de los instrumentos aplicados, encontramos que asisten a los grupos en 76% personas del sexo femenino y en un 53 % tienen con el paciente vínculo materno.

Esta investigación estudia la percepción de los familias que asisten y se involucran con el tratamiento, los cuales perciben funcionar de modo adecuado, presentando escasos patrones desadaptativos. Lo cual puede traducirse en que tal vez nos encontramos con familias con consciencia de la problemática adictiva, siendo que visualizan la conflictiva, y es posible hayan generado cambios en el transcurso del tratamiento. Se desprende entonces una limitación del estudio debido a que queda por indagar la percepción del funcionamiento de aquellos familiares que no participan, ni acompañan en el tratamiento o tal vez una limitación de los instrumentos que dejan sin abordar en profundidad otras cuestiones que se podrían haberse desprendido y dilucidado de la aplicación de entrevistas en profundidad y análisis de discurso.

Se concluye que en la familia “psicotóxica” tal la denomina el autor Kalina (2000) podría subyacer un mecanismo defensivo que es la “negación” así lo describe Freud (1925) como el rechazo de una afirmación ya enunciada. Este “decir no” se produce una reacción de rechazo o repudio, se deniega algo que en psicoanálisis traduce su significación inconsciente específica.

Este mecanismo defensivo puede verse implícito en los modos de funcionamiento codependiente que desarrollan las familias con un miembro adicto. Considerándose que la familia “funciona de ese modo” sostener el síntoma adictivo y la dependencia relacional tiene una ganancia secundaria a la enfermedad, la familia se niega a cambiar a modificar su modo de funcionamiento, lo cual se traduce en una renegación y defensa que favorece su percepción en el sentido mencionado.

## 14. BIBLIOGRAFÍA

Andolfi, M (1984). *Terapia familiar*. Argentina. Paidos

Beatle, M. (1991) *Ya no seas codependiente*. México, Grupo Patria.

Kalina, E (1988). *Adolescencia y drogadicción*. Argentina. Ediciones Nueva Visión SAIC

Kalina, E (2006). *Adicciones*. Argentina. Paidos

Minuchin, S (1995) *Familias y terapia familiar*, Argentina, Gedisa.

Minuchin, S, Charles Fishman H (2004) *Terapia Familiar*. Argentina. Paidos

Satir, V (1972). *Ya no seas codependiente*. Mexico. Pax

Stanton, Todd y cols. (1988). *Terapia familiar y del abuso a las drogas*. Barcelona. Gedisa.

DSM IV “*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*”. 4ª edición. Barcelona. 1995

<http://www.sedronar.gob.ar/a/263/15065/que-es-la-sedronar.html> (Recuperado el 10 de febrero de 2014).

<http://www.adicciones.es/files/04.%20Iraurgi.pdf> (Recuperado el 22 de febrero de 2014).

<http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/9> (Recuperado el 10 de marzo de 2014).

<http://www.redalyc.org/pdf/487/48724427004.pdf> (Recuperado el 10 de marzo de 2014)

[http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis\\_lucia.pdf](http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_lucia.pdf) (Recuperado el 10 de marzo de 2014).

<http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/consumoAbusivo.pdf> (Recuperado el 2 de abril de 2014).

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S079804692009000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S079804692009000200006&script=sci_arttext) (Recuperado el 2 de abril de 2014).

<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/los-alucinogenos-ld-psyote-psiilocibina-y-pcp> (Recuperado el 2 de abril de 2014).

[http://portal.educacion.gov.ar-files/2013/10/adicci3n\\_herramientas-pdf](http://portal.educacion.gov.ar-files/2013/10/adicci3n_herramientas-pdf) (Recuperado el 25 de abril de 2014).

[http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=57](http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=57) (Recuperado el 25 de abril de 2014).

<http://storia-de-las-drogas-y-sus-usos&catid=10:vigencia&Itemid=1> (Recuperado el 10 de mayo de 2014).

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4217/5873> (Recuperado el 15 de junio de 2014).

[http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_Spanish\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf) (Recuperado el 15 de junio de 2014).

<http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Consumos%20culturales%20en%20jovenes%202009.pdf> (Recuperado el 15 de junio de 2014).

[http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos\\_digitaes/224/tesis-1014-factores.pdf](http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitaes/224/tesis-1014-factores.pdf) (Recuperado el 15 de junio de 2014).

<http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/224> (Recuperado el 15 de junio de 2014).

<http://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/40467> (Recuperado el 15 de junio de 2014).

<http://portal.educacion.gov.ar/primaria/files/2010/04/cuadernillo-para-primera-web.pdf> (Recuperado el 22 de julio de 2014).

<http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health> (Recuperado el 15 de junio de 2014)

<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana> (Recuperado el 15 de junio de 2014).

<http://www.mseg.gba.gov.ar/Investigaciones/DrogasIllicitas/ley%2023737.htm> (Recuperado el 16 de agosto de 2014).

[https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1971\\_es.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf) (Recuperado el 16 de agosto de 2014).

[http://www.observatorio.gov.ar/especificos/especificosadicionales/Una\\_mirada\\_especifica\\_sobre\\_la\\_problematika\\_del\\_consumo\\_de\\_marihuana-2011.pdf](http://www.observatorio.gov.ar/especificos/especificosadicionales/Una_mirada_especifica_sobre_la_problematika_del_consumo_de_marihuana-2011.pdf) (Recuperado el 16 de agosto de 2014).

<http://www.fne.gov.co/Index.aspx?Id=12925> (Recuperado el 16 de agosto de 2014)

<http://www.drugabuse.gov/about-nida/legislative> (Recuperado el 16 de agosto de 2014)

<Http://activities/testimony-to-congress/2014/prescription-opioid-heroin-abuse> (Recuperado el 16 de agosto de 2014).

[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf). (Recuperado el 16 de agosto de 2014).

<http://www.lanacion.com.ar/1338136-la-marihuana-droga-de-moda-entre-los-jovenes>. (Recuperado el 22 de agosto de 2014).

[.http://portal.educacion.gov.ar/primaria/files/2010/04/cuadernillo-para-primera-web.pdf](http://portal.educacion.gov.ar/primaria/files/2010/04/cuadernillo-para-primera-web.pdf). (Recuperado el 16 de agosto de 2014)

<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento/el-abuso-de-drogas-y-la-adiccion> (Recuperado el 16 de agosto de 2014).

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/> (Recuperado el 25 de agosto de 2014).

<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-mdma-extasis> (Recuperado el 25 de agosto de 2014).

<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001866/186624s.pdf> (Recuperado el 16 de agosto de 2014).

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72611519006> (Recuperado el 27 de septiembre de 2014).

[http://www.um.es/analesps/v09/v09\\_1/03-09\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v09/v09_1/03-09_1.pdf). (Recuperado el 27 de septiembre de 2014).

[https://www.uv.es/lisis/xavier/xp\\_art1.pdf](https://www.uv.es/lisis/xavier/xp_art1.pdf) (Recuperado el 29 de septiembre de 2014)

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003496902007000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003496902007000200009) (Recuperado el 27 de septiembre de 2014).

[http://www.unicef.org/uruguay/spanish/libro\\_familia.pdf](http://www.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf) Unicef 2003 (Recuperado el 29 de septiembre de 2014).

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-96902007000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902007000200009) (Recuperado el 29 de septiembre de 2014).

[http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos\\_digitales/224/tesis-1014-factores.pdf](http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/224/tesis-1014-factores.pdf) (Recuperado el 29 de septiembre de 2014).

[http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_Spanish\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf) (Recuperado el 29 de septiembre de 2014).

<http://www.drugabuse.gov/es/temas-relacionados/el-abuso-de-drogas-y-la-d>  
(Recuperado el 27 de septiembre de 2014).

[http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos\\_digitaes/224/tesis-1014-factores.pdf](http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitaes/224/tesis-1014-factores.pdf)  
(Recuperado el 2 de octubre de 2014).

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/rogadiccion> (Recuperado el 8 de octubre de 2014).

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20protectores%20y%20de%20riesgo%20social%20en%20relaci%C3%B3n%20al%20consumo%20de%20sustancias%20en%20adolescentes%20rurales%20y%20urbanos.pdf> (Recuperado el 10 de agosto de 2014).

<http://www.iin.oea.org/boletinForoPRODER/FORO41.pdf> (Recuperado el 2 de julio de 2014).

<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-los-fa> (Recuperado el 2 de octubre de 2014).

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf>  
(Recuperado el 5 de junio de 2014).

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167704712011000200005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167704712011000200005&script=sci_arttext)  
(Recuperado el 2 de octubre de 2014).

<http://www.patriciafaur.com.ar/publicaciones.html>. (Recuperado el 2 de octubre de 2014).

[http://file:///C:/Users/costa\\_000/Downloads/Adicciones%20codependencia%20en%20buenos%20aires%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/costa_000/Downloads/Adicciones%20codependencia%20en%20buenos%20aires%20(1).pdf) (Recuperado el 05 de junio de 2014).

<http://www.fispiral.com.es/wp/wp-content/uploads/2011/11/20.2-Dependencias-relacionales-Carlos-Sirvent.pdf> (Recuperado el 06 de octubre de 2014).

[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:X6q4Wr-nlikJ:www.researchgate.net/profile/Fredy\\_Romero\\_Guzman/publication/253953208\\_Familia\\_cohesin\\_consumo\\_de\\_Sustancias\\_Psicoactivas\\_%28SPA%29\\_y\\_de\\_alcohol\\_en\\_jvenes/links/0deec51fae02cb0d9d000000+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:X6q4Wr-nlikJ:www.researchgate.net/profile/Fredy_Romero_Guzman/publication/253953208_Familia_cohesin_consumo_de_Sustancias_Psicoactivas_%28SPA%29_y_de_alcohol_en_jvenes/links/0deec51fae02cb0d9d000000+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar) (Recuperado el 10 de octubre de 2014).

<http://www.revistacienciasociales.ucr.ac.cr/wp-content/revistas/99/02-.pdf>  
(Recuperado el 15 de octubre de 2014).

[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/055\\_adolescencia1/material/archivo/adicciones\\_alcoholismo\\_adolescencia.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/adicciones_alcoholismo_adolescencia.pdf)  
(Recuperado el 1 de octubre de 2014).

<http://www.uv.es/=cholz/DSMIVadicciones.pdf>. Recuperado el 2 de octubre de 2014

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082014000100007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000100007)  
(Recuperado el 2 de octubre de 2014).

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251997000600013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013)  
(Recuperado el 2 de octubre de 2014).

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ProtocoloAtencionaFamiliares.pdf>.  
(Recuperado el 3 de octubre de 2014).

[http://file:///C:/Users/costa\\_000/Downloads/Manual%20de%20adicciones%20para%20psicologos%20especialistas%20en%20psicologia%20clinica%20en%20formacion,%20Elisardo%20Becona,%20Maite%20Cortes,%202011%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/costa_000/Downloads/Manual%20de%20adicciones%20para%20psicologos%20especialistas%20en%20psicologia%20clinica%20en%20formacion,%20Elisardo%20Becona,%20Maite%20Cortes,%202011%20(1).pdf) (Recuperado el 8 de octubre de 2014).

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:VUGenfTRswIJ:www.spadla.gba.gov.ar/programas/gabadependenciaycodependencia.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar> (Recuperado el 1 de setiembre de 2014).

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167704712011000200005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167704712011000200005&script=sci_arttext) (Recuperado el 2 de octubre de 2014).

<http://www.fispiral.com.es/wp/wp-content/uploads/2011/11/20.2-Dependencias-relacionales-Carlos-Sirvent.pdf> (Recuperado el 2 de octubre de 2014).

<http://www.patriciafaur.com.ar/publicaciones.html> (Recuperado el 03 de octubre de 2014).

[file:///C:/Users/costa\\_000/Downloads/Adicciones%20codependencia%20en%20buenos%20aires%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/costa_000/Downloads/Adicciones%20codependencia%20en%20buenos%20aires%20(1).pdf) (Recuperado el 08 de octubre de 2014).

<http://utcas.org/uto/castellano/infotrastornos/infoapgarfamiliar.asp> (Recuperado el 08 de octubre de 2014).

## 15. ANEXOS

## CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

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

Casi nunca (1) Pocas veces (2) A veces (3) Muchas veces (4) Casi siempre (5)

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia. \_\_\_\_\_
2. En mi casa predomina la armonía. \_\_\_\_\_
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades. \_\_\_\_\_
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. \_\_\_\_\_
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. \_\_\_\_\_
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. \_\_\_\_\_
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes. \_\_\_\_\_
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan. \_\_\_\_\_
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado. \_\_\_\_\_
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. \_\_\_\_\_
11. Podemos conversar diversos temas sin temor. \_\_\_\_\_
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas. \_\_\_\_\_
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. \_\_\_\_\_
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. \_\_\_\_\_

## APGAR FAMILIAR

N	PREGUNTAS	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre
1	¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?	0	1	2
2	¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?	0	1	2
4	¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?	0	1	2
5	¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2

