



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRABAJO ESTRUCTURADO DE MANERA INDEPENDIENTE

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“CONSUMO DE ALCOHOL Y SU INCIDENCIA EN LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL BARRIO YANAYACU
PERTENECIENTE AL CANTÓN SALCEDO EN EL PERIODO MARZO
2012 NOVIEMBRE 2012”.**

Requisito previo para obtener el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Salazar Jiménez, Edith Alejandra

Tutor: Dr. Villa Pilatuña, Jorge Enrique

Ambato- Ecuador

Octubre 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“CONSUMO DE ALCOHOL Y SU INCIDENCIA EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL BARRIO YANAYACU PERTENECIENTE AL CANTÓN SALCEDO EN EL PERIODO MARZO 2012 NOVIEMBRE 2012”** de Edith Alejandra Salazar Jiménez estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril del 2013

EL TUTOR

.....
Dr. Jorge Enrique Villa Pilatuña

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**CONSUMO DE ALCOHOL Y SU INCIDENCIA EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL BARRIO YANAYACU PERTENECIENTE AL CANTÓN SALCEDO EN EL PERIODO MARZO 2012 NOVIEMBRE 2012**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este Trabajo de Grado.

Ambato, Abril del 2013

LA AUTORA

.....
Edith Alejandra Salazar Jiménez

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimonial de mi tesis, con fines de difusión pública, además aprueba la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga ganancias económicas y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Abril del 2013

LA AUTORA

.....

Edith Alejandra Salazar Jiménez

APROBACION DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación, sobre el tema **“CONSUMO DE ALCOHOL Y SU INCIDENCIA EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL BARRIO YANAYACU PERTENECIENTE AL CANTÓN SALCEDO EN EL PERIODO MARZO 2012 NOVIEMBRE 2012”** de Edith Alejandra Salazar Jiménez estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Octubre del 2013

Por Constancia Firman

.....
Presidente/a

.....
Primer Vocal

.....
Segundo Vocal

DEDICATORIA

Me gustaría dedicar la presente tesis a una fuerza que no se puede ver sin embargo la he sentido durante toda mi vida a Dios quien me da la oportunidad de vivir, me regala la luz del día y un nuevo sueño para continuar y a la persona a cual amo a mi madre por darme su ejemplo de fuerza, lucha constante y amor incondicional, a mi hermano ejemplo de tenacidad bondad los dos han sido mi guía para continuar son mi apoyo los pilares fundamentales para crecimiento tanto personal como profesional. Y como olvidar a mi ángel aquel ser que me enseñó que una sonrisa es mejor que una lágrima mi Abuelita que desde el cielo me da su Bendición.

Aquellos amigos que con una sonrisa fueron los cómplices de la travesía en busca de mis sueños.

A ustedes es a quien dedico este proyecto de tesis ya que si uno de ustedes me hubiese faltado hoy no estaría aquí en la culminación de mi primer paso en la lucha por cumplir mis anhelos, mi triunfo no es solo mío es de ustedes también gracias a todos.

Edith Alejandra Salazar Jiménez

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios a la Universidad Técnica de Ambato que me abrió las puertas para poder formarme como profesional, a la Carrera de Psicología Clínica por las enseñanzas brindadas.

A mi tutor Dr. Jorge Villa por su generosidad, paciencia me brindó la oportunidad de adquirir conocimientos de manera práctica y científica, generando un marco de amistad, confianza que ha sido fundamental en la creación del presente proyecto de tesis.

Finalmente y no por ser menos importantes a mi familia a mis primas, primos, tíos mi madre, hermano, y mis amigos que han llegado a formar parte de mi gran familia con su apoyo, ánimos confianza me ayudaron a crear el proyecto han sido fuente de inspiración y respaldo en este proceso.

Edith Alejandra Salazar Jiménez

ÍNDICE GENRAL DE CONTENIDOS

1) PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA	I
APROBACIÓN DEL TUTOR	II
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	III
DERECHOS DE AUTOR	IV
APROBACION DEL JURADO EXAMINADOR	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
ÍNDICE GENERAL	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XI
ÍNDICE DE TABLAS	XIII
RESUMEN EJECUTIVO	XV
CONCEPTOS CLAVES	XVI
INTRODUCCIÓN	1

2) TEXTO: INTRODUCCCIÓN

3) CAPÍTULO I.- EL PROBLEMA

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA	2
1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN	2
1.2.2. ANALISIS CRITICO	6
1.2.3. PROGNOSIS	7
1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES	8
1.2.6. DELIMITACIÓN	8
1.2.7. JUSTIFICACIÓN	8
1.2.8. OBJETIVOS	9

CAPITULO II.- MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	10
2.1.1. VARIABLE INGETSA DE ALCOHOL	10
2.1.2. VARIABLE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	10
2.1.3. FUNDAMENTACIÓN FILOSOFICA	11
2.1.4. FUNDAMENTACIÓN PSICOLOGICA	12
2.1.5. FUNDAMENTACIÓN LEGAL	13
2.2. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	14
2.3 .VARIABLE:CONSUMO DE ALCOHOL	21
2.3.1. PSICOLOGIA CLINICA	22
2.3.2.PSICOPATOLOGIA	24
2.3.3.TRASTORNO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS	29
2.3.4.CONSUMO DE ALCOHOL	45
2.4. VARIABLE: FUNCIONALIDAD FAMILIAR	49
2.4.1.SOCIEDAD	49
2.4.2.FAMILIA	51
2.4.3.SISTEMA FAMILIAR	53
2.4.4.FUNCIONALIDAD FAMILIAR	55
2.5.HIPOTESIS	59
2.5.1.HIPOTESIS NULA	59
2.5.2.HIPOTESIS ALTERNA	59
2.6.SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPOTESIS	59
2.6.1.VARIABLE INDEPENDIENTE	59
2.6.2.VARIABLE DEPENDIENTE	59
2.6.3.UNIDAD DE OBSERVACION	59
2.6.4.TERMINO DE RELACION	59

CAPITULO III.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ENFOQUE	60
3.2. MODALIDAD BÁSICA DE INVESTIGACIÓN	60
3.2.1. INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL- BIBLIOGRÁFICA	60
3.2.2. INVESTIGACIÓN DE CAMPO	60
3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN	61
3.3.1. INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA	61
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	61
3.4.1 POBLACIÓN	61
3.4.2. MUESTRA	61
3.4.3. TIPO DE MUESTRA	62
3.4.4. DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA	63
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	64
3.6.- RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	71
3.6.1- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS	71

CAPITULO IV.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	72
4.1.2. VARIABLE DEPENDIENTE	73
4.1.3. INTERPRETACIÓN DE RELACIÓN DE VARIABLES	88
4.2 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	92

CAPITULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.1. CONCLUSIONES	93
5.1.2. RECOMENDACIONES	94

CAPITULO V.- IPROPUESTA

6.1 TEMA	95
6.2 DATOS INFORMATIVOS	95
6.3 ANTECEDENTES	95
6.4 OBJETIVOS	98
6. 5 JUSTIFICACIÓN	98
6.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	99
6.6.1.PSICOEDUCACION	100
6.6.2.TERAPIA EXPLICATIVA	101
6.6.3.TECNICAS DE TERAPIA COGNITIVA	102
6.7 PLAN OPERATIVO	116
6.8. MARCO ADMINISTRATIVO	122
6.8 RECURSOS	122
6.8.1. INSTITUCIONALES	122
6.8.2. HUMANOS	122
6.8.3. MATERIALES	122
6.8.4. TECNOLÓGICOS	122
6.8.5. FINANCIEROS	122
6.8.6. CRONOGRAMA	124
6.8.7. BIBLIOGRAFÍA	125
6.8.8. ANEXOS	129

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPITULO I

ÁRBOL DE PROBLEMAS	5
--------------------	---

CAPITULO II

CATEGORIAS FUNDAMENTALES	21
--------------------------	----

CAPITULO III

OPERACIONALIZACION DE VARIABLE INDEPENDIENTE	64
OPERACIONALIZACION DE VARIABLE DEPENDIENTE	68

CAPITULO IV

TEST DE AUDIT	72
TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	73
G1.SE TOMA DECISIONES ENTRE TODOS PARA COSAS IMPORTANTES DE LA FAMILIA	74
G2.PREDOMINA LA ARMONÍA	75
G3.CADA UNA CUMPLE SUS RESPONSABILIDADES.	76
G4.LAS MANIFESTACIONES DE CARIÑO FORMAN PARTE DE LA VIDA COTIDIANA	77
G5.EXPRESAMOS SIN INSINUACIONES DE FORMA CLARA Y DIRECTA	78
G6.PUEDEN ACEPTAR LOS DEFECTOS DE LOS DEMÁS Y SOBRE LLEVARLOS.	79
G7.TOMA EN CONSIDERACIÓN LAS EXPERIENCIAS DE OTRAS FAMILIAS ANTE SITUACIONES DIFERENTES	80
G8.CUANDO ALGUIEN DE LA FAMILIA TIENE UN PROBLEMA LOS DEMÁS AYUDAN.	81
G9.DISTRIBUYE LAS TAREAS DE FORMA QUE NADIE ESTE SOBRECARGADO	82
G10.LAS COSTUMBRES FAMILIARES PUEDEN MODIFICARSE ANTE DETERMINADAS SITUACIONES.	83
G11.CONVERSAR DIVERSOS TEMAS SIN TEMOR.	84
G12.ANTE UNA SITUACIÓN FAMILIAR DIFÍCIL SOMOS CAPACES DE BUSCAR AYUDA EN OTRAS PERSONAS	85

G13.LOS INTERESES Y NECESIDADES DE CADA CUAL SON REPRESENTADOS POR EL NÚCLEO FAMILIAR.	86
G14.DEMOSTRAR EL CARIÑO QUE SE TIENEN	87

ÍNDICE DE TABLAS

TEST DE AUDIT	72
TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	73
T1.SE TOMA DECISIONES ENTRE TODOS PARA COSAS IMPORTANTES DE LA FAMILIA	74
T2.PREDOMINA LA ARMONÍA	75
T3.CADA UNA CUMPLE SUS RESPONSABILIDADES.	76
T4.LAS MANIFESTACIONES DE CARIÑO FORMAN PARTE DE LA VIDA COTIDIANA	77
T5.EXPRESAMOS SIN INSINUACIONES DE FORMA CLARA Y DIRECTA	78
T6.PUEDEN ACEPTAR LOS DEFECTOS DE LOS DEMÁS Y SOBRE LLEVARLOS.	79
T7.TOMA EN CONSIDERACIÓN LAS EXPERIENCIAS DE OTRAS FAMILIAS ANTE SITUACIONES DIFERENTES	80
T8.CUANDO ALGUIEN DE LA FAMILIA TIENE UN PROBLEMA LOS DEMÁS AYUDAN.	81
T9.DISTRIBUYE LAS TAREAS DE FORMA QUE NADIE ESTE SOBRECARGADO	82
T10.LAS COSTUMBRES FAMILIARES PUEDEN MODIFICARSE ANTE DETERMINADAS SITUACIONES.	83
T11.CONVERSAR DIVERSOS TEMAS SIN TEMOR.	84
T12.ANTE UNA SITUACIÓN FAMILIAR DIFÍCIL SOMOS CAPACES DE BUSCAR AYUDA EN OTRAS PERSONAS	85
T13.LOS INTERESES Y NECESIDADES DE CADA CUAL SON REPRESENTADOS POR EL NÚCLEO FAMILIAR.	86

T14.DEMOSTRAR EL CARIÑO QUE SE TIENEN	87
4.1.3.2. C15. FRECUENCIAS OBSERVADAS	88
4.1.3.3C16. FRECUENCIAS ESPERADAS	89
4.1.3.4. C17. CÁLCULO MATEMÁTICO	90
4.1.3.6C18. DISTRIBUCIÓN DEL CHI CUADRADO X^2 DE LOS VALORES CALCULADOS	91

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“CONSUMO DE ALCOHOL Y SU INCIDENCIA EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL BARRIO YANAYACU PERTENECIENTE AL CANTÓN SALCEDO EN EL PERIODO MARZO 2012 NOVIEMBRE 2012”

Autora: Salazar Jiménez, Edith Alejandra

Tutor: Dr. Villa Pilatuña, Jorge Enrique

Fecha: Abril del 2013

RESUMEN

El presente Trabajo de Investigación tuvo como objetivo determinar la incidencia del consumo de alcohol en la funcionalidad familiar del barrio Yanayacu perteneciente al Cantón Salcedo tomando como precepto la dinámica familiar y su afectación en los miembros del sistema familiar, fue contextualizado macro Ecuador, meso Cotopaxi, micro Barrio Yanayacu. La metodología de la investigación se realiza mediante un enfoque cuali-cuantitativo, investigación de campo mediante la aplicación del Audit Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, y el FF-SIL para funcionalidad familiar, teniendo como muestra a 73 individuos posterior a ello los resultados obtenidos como se demuestra con el cálculo de “Chi-cuadrado” X^2 para verificación de la hipótesis, en donde se llega a la conclusión que $X^2_c = 17.946 > X^2_t = 12.592$ por ende se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) y se acepta la Hipótesis Alternativa (H_1), es decir se comprueba la relación entre las variables del consumo de alcohol sobre la funcionalidad familiar, concluyendo que el 66% de la población evaluada son bebedores en riesgo y el 51% son familias disfuncionales, para lo cual se genera la propuesta en base a la terapia cognitiva en drogodependencias de Aaron T. Beck.

CONCEPTOS CLAVES: DROGODEPENDENCIA, ALCOHOL, FAMILIA, FUNCIONALIDAD.

**AMBATO TECHNICAL UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES FACULTY
CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER**

“ALCOHOL CONSUMPTION AND ITS IMPACT ON FAMILY
FUNCTIONALITY IN YANAYACU NEIGHBORHOOD IN SALCEDO CITY
DURING MARCH-NOVEMBER 2012”

Author: Salazar Jiménez, Edith Alejandra

Tutor: Dr. Villa Pilatuña, Jorge Enrique

Date: April 2013

SUMMARY

This paper has as principal query to determinate the impact of in yanacu neighborhood which belongs to salcedo city. It is developed concerning to family dynamics theory.

It uses field research as reseach method by using questionnaire to identify alcohol consumption disorders (audit) and family functionality test (ff-sil). It takes 73 people as sample.

The hypothesis is proved by Chi Squared Distribution (X^2) which produce as result $\chi^2_c = 17.946 > \chi^2_t = 12.592$ accepting the hypothesis that it exists relation between alcohol consumption and family functionality.

This research concludes that 66% of the population is risky drinkers and 51% comes from disfunctional families.

The paper concludes proposing Aaron Beck Cognitive Therapy as therapeutic approach.

KEY WORDS: CONSUMPTION, ALCOHOL, FAMILY, FUNCTIONALITY

INTRODUCCIÓN

Al hablar de funcionalidad familiar nos referimos a los miembros del sistema familiar la cual está estipulada por los roles, límites, jerarquías los mismos que serán definidos por el grupo familiar o los subsistemas, un funcionamiento familiar adecuado, requiere de límites suficientemente bien definidos como para que sus miembros puedan desarrollar sus funciones y a la vez deben permitir el contacto con otros subsistemas.

La disfunción familiar o patología familiar inicia cuando estos roles, límites, jerarquías no han sido definidos por el sistema y la armonía, comunicación, cohesión la flexibilidad a los cambios deja de ser parte del sistema familiar, y genera situación de agresión, ansiedad por parte de los integrantes.

Los factores de la desestructuración familiar se presenta en el consumo de alcohol en ocasiones llega a la dependencia, crisis por los cambios que se generan dentro del sistema, por otra parte la familia atraviesa etapas en las cuales se presentan la familia disfunción, familia severamente disfuncional familia disfuncional familia moderadamente funcional familia funcional, lo cual es generado por causas externas como internas dentro del sistema y los subsistemas familiares.

La estructura familiar es el núcleo que determinará el establecimiento de las relaciones sociales las cuales puede ser sanas o inadecuadas dentro del contexto del individuo, en vista de lo dicho la comunicación, la implementación de roles y reglas, la flexibilidad cognitiva y la armonía establecerá la interpretación de la realidad del individuo y la construcción de hábitos sanos o riesgosos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Tema de investigación:

Consumo de alcohol y su incidencia en la funcionalidad familiar en el barrio Yanayacu perteneciente al Cantón Salcedo en el periodo Marzo 2012 Noviembre 2012.

1.2.1. Contextualización

Macro:

En Quito, el Secretario Ejecutivo del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas Ing. Rodrigo Vélez, presentó la investigación del Observatorio Nacional de Drogas (OND 2012), "El consumo de alcohol y otras drogas en los estudiantes ahora ha disminuido, se inicia desde los 14,2 años, a diferencia de los 12,8 años en el 2008". (CONSEP 2012),

Los jóvenes encuestados en 23 de las 24 capitales provinciales del país manifestaron que acceden a información sobre el uso de estupefacientes en la televisión y que les gustaría conocer sobre las precauciones a través de charlas y conferencias en sus colegios.

El consumo, abuso y dependencia alcohólica detrás de ello podemos encontrar la curiosidad por los efectos de la sustancia, la falta de información de los efectos que tendrá sobre él.

Se debe tomar en cuenta que un sistema familiar disfuncional y las principales crisis paranormativas presentes en las familias.

Siendo estas causas de disfunción familiar generando rechazo al miembro consumidor de alcohol por ende se puede generar violencia doméstica, la desatención y el abandono familiar.

Meso:

Según Lucía Bolaños, Comisaria Nacional Del Cantón Latacunga (2013), señaló que la provincia de Cotopaxi aparece como una de las de mayor consumo de alcohol a nivel del país, entre jóvenes y adultos.

Bolaños, expresó que la violencia intrafamiliar se da en un 95 por ciento, por causa del consumo de alcohol.

La Comisaria, indicó que el mayor consumo de alcohol se da en los diferentes eventos festivos que se desarrollan en la ciudad y la provincia, ya que las autoridades de control durante los operativos que realizaron en un acto festivo, decomisan unos 200 o 300 litros de licor artesanal.

El CONSEP conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública (08 de Septiembre de 2011.) menciona que en la provincia poseía una de las más grandes producciones de alcohol artesanal con 35 sitios de producción, 30 mil unidades de licor que contenía metanol fueron destruidas de ellas 10 mil 260 se encontraban en Cotopaxi.

A más de ellos las fiestas populares dentro del cantón que se evidencian altos niveles de consumo de alcohol en adolescentes, eventos sé que considera como socialmente aceptados y se ven enmarcados como un acto cultural.

La familia es una institución que cumple como función social, dentro del sistema las actitudes que adoptan los integrantes de la familia ante la conducta alcohólica de algunos de sus componentes generalmente influyen de modo decisivo en la evolución del propio enfermo pues la familia constituye un sistema de relaciones entre los miembros y cualquier alteración.

Micro:

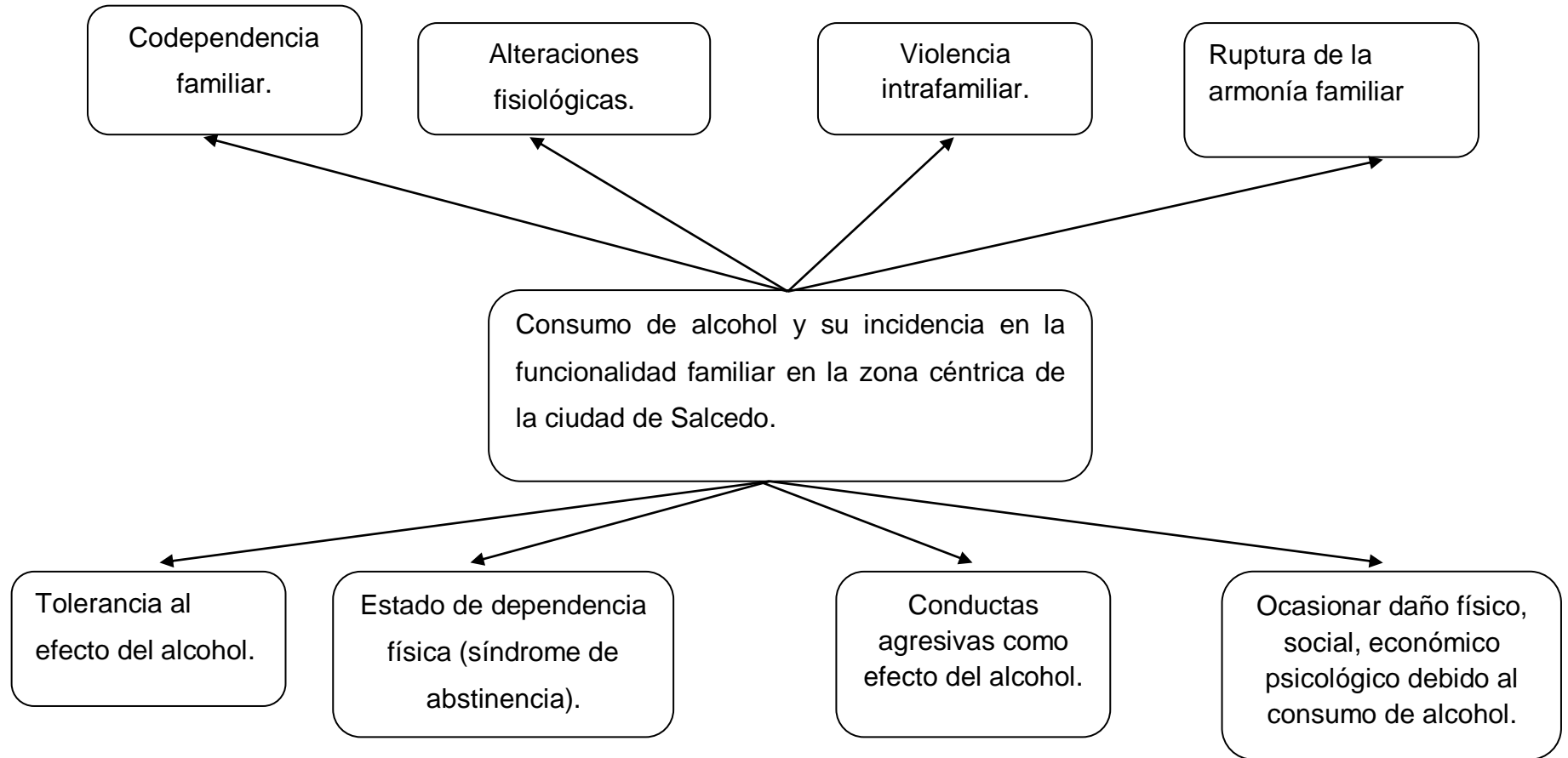
Las estadísticas se manejan es a nivel de Cotopaxi, dentro de la ciudad de Salcedo no se manejan estadísticas sin embargo en

publicaciones del Diario Telégrafo (15 de junio 2013) se reveló planes de contingencia que llevara a cabo la Policía Nacional conjuntamente con las autoridades del cantón para disminuir el consumo de licor en el cantón ya que en ciertos barrios se evidencian jóvenes que los jueves y viernes se dedican a consumir alcohol y, por esta causa muchos de ellos han sido víctimas de los delincuentes, quienes usan escopolamina para robarles.

Alba Benavides, Comisaria Nacional Del Cantón Salcedo, junto con la Policía Nacional (26 Julio 2013) ante varias denuncias y excesos en el consumo de alcohol, comisaria realiza operativo de clausura de tiendas que expenden licor a menores de edad, Benavides menciona que las calles se han convertido en un “rin de boxeo” debido al exceso del consumo de licor que se presentan en las diversas festividades del cantón.

Y esto afectada a la funcionalidad familiar, puesto que el consumo de alcohol es causa de violencia intrafamiliar, maltrato físico, psicológico, convirtiéndose en una problemática social de vital atención, ya que la estabilidad del sistema familiar se ve afectado produciendo una disfuncionalidad de los sistemas familiares de la población, los informes que se dieron en los diarios son dentro del cantón mas no de las zonas cercanas a Salcedo por ende es de vital importancia la investigación dentro del barrio Yanayacu .

Árbol de problemas:



1.2.2 Análisis crítico:

El consumo del alcohol se ha catalogado como socialmente aceptable, y como una droga legal al alcance de los individuos sin importar el rango de edad y sexo.

Es importante recalcar que el alcohólico no existe en el vacío. La enfermedad no es un padecimiento solitario y su alcance tiene impacto de manera principal de la familia sin embargo no de manera exclusiva en la familia ya que la sociedad está afectada.

El consumo prolongado genera tolerancia la necesidad de beber cantidades mayores de alcohol con fin de sentirse el mismo efecto, dentro de este proceso se genera codependencia familiar con esto nos referimos básicamente a un vínculo de subordinación. En la cual la familia depende del miembro alcohólico, y por ende genera vínculos de dependencia afectiva con la búsqueda insaciable de brindarle “ayuda” para dar fin al consumo de alcohol.

En este proceso que la persona consumidora de alcohol entra en un estado de dependencia él como efecto del mismo, presenta alteraciones fisiológicas. En las cuales se dan conductas agresivas que afecta directamente al sistema familiar en las cuales la violencia intrafamiliar es predominante en los sistemas, ocasionando daño físico, psicológico, sexual, rompiendo la armonía que existiese en los sistemas familiares ocasionando desestabilización en la funcionalidad familiar.

Ahora bien a que nos referimos con funcionalidad familiar, a la manera de relación entre los miembros del sistema estipulada por los roles, límites, jerarquías los mismos que serán definidos por el grupo familiar o los subsistemas, un funcionamiento familiar adecuado, requiere de límites suficientemente bien definidos como para que sus miembros puedan desarrollar sus funciones sin intromisiones y a la vez deben permitir el contacto con otros subsistemas.

1.2.3._Prognosis:

En caso de no ser atendido esta problemática psico-social producto del consumo de alcohol, puede ocasionar dificultades en la funcionalidad en la cual las limites, reglas en los subsistemas, la flexibilidad de los miembros y la capacidad de resolución de las crisis se ven afectadas.

Estas alteraciones generan codependencia familiar, alianzas entre los miembros, y coaliciones lo cual crea un malestar en el individuo, a la vez un rechazo por el miembro dependiente del alcohol. A más de la desestabilización familiar, la implicación fisiológica que la tolerancia al alcohol genera, afectando su funcionalidad coordinar movimientos, pérdida del control de las facultades superiores.

De no realizarse la investigación se podrían generar efectos tales como la disgregación familiar, la búsqueda familiar por recuperar al enfermo alcohólico y no ser capaces debido al rechazo a la ayuda ofertada por los mismos, lo cual produce un estado ansiógeno por la tensión y estrés entre los miembros, temor, discusiones importantes, agresividad, lo que podría llegar a un estado patológico.

Desconcierto y confusión nadie sabe cómo actuar y en ocasiones justifica y disculpa la conducta de la persona enferma a ante los demás, lo que genera alteración de las normas costumbres y valores familiares.

Siendo los conyugues los principales afectados ya que en ellos recae la responsabilidad de ayuda incondicional, los familiares al igual que los hijos sentirán rechazo, los limites, roles, jerarquías, se habrán perdido, como efecto de la disgregación que se ha generado dentro del sistema familiar.

A más de ello se producen innumerables problemas, afectivos, económicos, sociales, laborales.

1.2.4._ Problema

¿De qué manera incide el consumo del alcohol en la funcionalidad familiar de las personas que son atendidas en el sub-centro de salud del barrio Yanayacu?

1.2.5._Preguntas Directrices:

¿Cuáles son los niveles de consumo alcohol en la población sometida a investigación?

¿Cómo se ve afectada la funcionalidad familiar producto del consumo del alcohol?

¿Es posible diseñar una propuesta de intervención terapéutica frente a esta problemática social?

1.2.6Delimitación Del Problema (temporo-espacial):

Tiempo: Marzo 2012 a Noviembre 2012.

Espacio: Provincia Cotopaxi, cantón San Miguel de Salcedo, zona centro

Campo: Psicológico.

Área: Consumo de sustancias (alcohol).

Aspecto: Influencia del consumo de alcohol en la funcionalidad familiar.

Unidad de observación: Familias

1.2.7. Justificación:

El tema que se investigo es de suma importancia debido a que trata de la posible desestabilización de la funcionalidad familiar, tomando en cuenta las repercusiones generando modelos mentales sobre familia disfuncional, y consumo desmedido de alcohol.

Esta investigación se realizó con el firme propósito de contribuir de alguna manera a la creación de planes de acción respecto a las dificultades que se encuentra en la familia codependiente.

El aspecto novedoso del presente proyecto es el hecho que se tomara un sector rural como sujetos de estudio ya que las investigaciones que se han realizado es a nivel global sobre el consumo de alcohol, sin tomar

en cuanta zonas rurales, y en la población evaluada no existe investigaciones acerca de la incidencia de consumidores de alcohol, en este sector el rol de la figura masculina se basa en el consumo de alcohol, y sus familias se manifiestan como victimas pasivas del miembro consumidor.

La importancia científica es netamente conseguir un plan de acción y tratamiento para las familias, y desde luego generar alternativas de solución para los individuos consumidores de alcohol. Y estilo de vida saludables.

Todo esto será factible ya que se cuenta con el apoyo de la casa comunal de la zona para permitirme trabajar con la población señalada en este proceso de investigación.

1.2.8. Objetivos:

Objetivo general:

Determinar la incidencia del consumo del alcohol en la funcionalidad familiar de las personas que son atendidas en el sub-centro de salud del barrio Yanayacu durante Marzo 2012 Noviembre 2012.

Objetivos específicos:

Analizar el nivel de consumo de alcohol en Yanayacu.

Evaluar la funcionalidad familiar en el Barrio Yanayacu.

Diseñar una propuesta de intervención terapéutica frente a esta problemática social.

Capítulo II

MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes Investigativos

2.1.1.- Variable: Ingesta de alcohol

Proyecto de investigación, “La drogodependencia en la población infantil: un factor de desequilibrio socio-familiar”, Autor: Lcda. Soc. Ana Segura Villalva 2003, “Los estudios indican que los niños comienzan a usar drogas alrededor de los 12 o 13 años. Se ha determinado que muchos niños y jóvenes han pasado del uso de sustancias legales como el tabaco, alcohol e inhalantes al uso de drogas ilegales, comenzando generalmente con la marihuana. El paso del uso del alcohol y tabaco al uso de la marihuana y consecutivamente, a medida que los niños van creciendo, al uso de otras drogas, ha sido probado por casi todos los estudios a largo plazo sobre el uso de drogas. El orden de consumo de drogas en esta progresión es consistente en su mayor parte con actitudes y normas sociales y la disponibilidad de estas sustancias. Sin embargo, no podemos afirmar que el consumo de tabaco y alcohol a edades tempranas sea la causa del consumo de drogas más adelante.

Tampoco podemos afirmar que este orden de sucesos implique que la progresión sea inevitable”. La autora de esta tesis una vez mas corrobora la incidencia del consumo de alcohol a una edad temprana, mencionando que dicho consumo puede ser progresivo, tomando en cuenta que el inicio de esto es el alcohol ya que desde mi perspectiva la población adolescente está dentro de un grupo de riesgo debido a los diferentes cambios físicos, cognitivos, a los que se enfrenta.

Proyecto de investigación, “Hábitos de consumo del alcohol y su relación con la condición física saludable en el adolescente de la región de Murcia”, Dr. Carlos Javier Lázaro Martínez , 2011, “Los adolescentes

que realizan prácticas físico-deportivas consumen de forma significativa menos alcohol que aquellos que no la realizan” en base a esto el autor nos plantea que mediante elementos en los cuales los adolescentes puedan generar alternativas en las cuales genera satisfacción y descargue la energía que posee, lo cual ayudaría a que el individuo puede desplazar el consumo de sustancias psicoactivas en actividades físicas.

Proyecto de investigación, “Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos”, Constanza Londoño Pérez, Wilson García Hernández, Sandra Carolina Valencia Lara y Stefano Vinaccia Alpi, 2005,” Se evidencia una marcada tendencia entre los jóvenes universitarios a consumir alcohol en un nivel moderado, diferencias de género en cuanto a la cantidad de alcohol ingerido y la ingesta de la sustancia en situaciones sociales principalmente”. Los autores plantean el marcado consumo en situaciones sociales, debido a que esta sustancia funciona como desinhibición o forma de facilitador social dentro de los jóvenes, tomemos en cuenta que el alcohol es una droga socialmente aceptada.

2.1.2.- Variable: funcionalidad familiar

Proyecto de investigación, “la familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador)” Martha Ramírez Ruiz, Denise de Andrade 2005, “La familia, escuela y medio social son tres elementos del sistema social que están en constante comunicación, cualquier incidencia en alguno de ellos tendrá repercusión en el conjunto del sistema, el primero y mejor agente de socialización lo constituye la familia a partir de ella se desarrollan normas de conducta en su relación con los demás, costumbres, valores dominantes de la sociedad , modelos en general y la interpretación de los modelos en función a la clase social culturay subcultura a los que pertenece, haciendo que el adolescente aprenda y asuma roles, hábitos, normas, costumbres, actitudes.” Los autores toman

a la familia con una base fundamental en el desarrollo de los adolescentes y su proyección hacia la sociedad, en la cual se ve como la población en riesgo por la vulnerabilidad de su edad.

“Factores familiares que inciden en las drogodependencias” Francisca López, Raquel León, Juan Godoy, José Muela, Francisco Araque, 2003, “ El drogodependiente como individuo necesita satisfacer una serie de necesidades, como afecto, la autonomía, la existencia de unos límites a su conducta, que solo podrá satisfacer con su familia de origen, si vive con sus padres o con su propia familia se está casado, estas necesidades, quedaran o no satisfechas en función de la calidad de la relación entre los miembros de la familia.” Los autores mencionan la importancia de la satisfacción de necesidades del individuo, al no ser estas cubiertas tiende a desplazar a una adicción que genere de manera genérica lo que busca como la aprobación y el sentimiento de protección.

2.1.3- Fundamentación Filosófica

La presente investigación encuentra ubicada en el paradigma crítico propositivo; crítico porque realiza una realidad social familiar; y propositivo por cuanto busca plantear unas alternativas dentro de la codependencia familiar de los miembros dependientes de sustancias psicoactivas.

Ya que es una realidad social única, con ello se busca la comprensión de cómo este fenómeno psico-social, afecto a los sistemas familiares, realizando una investigación naturalista, que no influya de manera directa dentro de los resultados de la investigación.

Orientada a la formación de hipótesis que en el proceso están sujetas a comprobación, realizando énfasis en los procesos investigativo respecto al consumo de alcohol, analizadas en conjunto sobre la realidad de la familia con ellos a más de generar alternativas de a esta problemática se da un progreso en la ciencia investigativa.

2.1.4- Fundamentación Psicológica

El presente trabajo investigativo se encuentra fundamentado bajo la corriente cognitiva la cual postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. “La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación.” (Beck, J., 1995).

Para obtener resultados óptimos la mejor forma de tratar los círculos de consumo de alcohol, son las técnicas cognitivas ya que tratan tanto las creencias irracionales y los pensamientos automáticos de su situación familiar.

“El consumo de sustancias es una conducta aprendida: nadie nace consumidor ni comienza a consumir espontáneamente. Uno de los factores que inciden en su desarrollo es la exposición en la infancia y/o adolescencia al consumo por parte de personas cercanas”. “Las personas consumen para regular sus emociones: librarse de las negativas y extender las positivas. En la perspectiva cognitivo-conductual se considera que las personas con dificultades para regular las emociones son las más vulnerables al consumo de sustancias. Se suele hablar de patología dual, cuando el abuso de sustancias se da en forma paralela, comórbida, con otra patología mental”. (Eduardo Keegan; 2012).

Mediante los fundamentos teóricos de la corriente sistémica familiar, se explicara las características del sistema familiar y cuan vital es para el individuo las interacciones con su medio.

“El Modelo Estructural de Terapia Familiar Sistémica es una opción de análisis e intervención terapéutica con base en el cual se considera a la familia como sistema abierto, con patrones de interacción (estructura familiar) que determinan las relaciones funcionales entre sus miembros.

Desde esta perspectiva el origen de los problemas psicológicos se encuentra en el ámbito familiar". (Rocío Soria Trujano; 2010).

Desde la teoría de los sistemas, el consumo de alcohol, drogas u otro tipo de problemas se explican como una expresión de conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar, y a su vez el propio sistema afecta al consumo de sustancias (Stanton 1981,Waldrom 1997).

2.1.5._ Fundamentación Legal

Ley Contra La Violencia A La Mujer Y A La Familia.

Ley No. 103 publicada en el Registro Oficial No. 839 del 11 de diciembre de 1995

Título preliminar

Art. 1.- Fines de Ley.- La presente Ley tiene por objeto proteger la integridad física, psíquica y la libertad sexual de la mujer y los miembros de su familia, mediante la prevención y la sanción de la violencia intrafamiliar y los demás atentados contra sus derechos y los de su familia.

Sus normas deben orientar las políticas del Estado y la comunidad sobre la materia.

Art. 2.- Violencia intrafamiliar.- Se considera violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consista en el maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

Art. 3.- Ámbito de aplicación.- Para los efectos de esta Ley se consideran miembros del núcleo familiar a los cónyuges, ascendientes,

descendientes, hermanos y sus parientes hasta el segundo grado de afinidad.

La protección de esta Ley se hará extensiva a los ex-cónyuges, convivientes, ex- convivientes, a las personas con quienes se mantenga o se haya mantenido una relación consensual de pareja, así como a quienes comparten el hogar del agresor o del agredido.

Art. 4.- Formas de violencia intrafamiliar.- Para los efectos de esta Ley, se considera:

a) Violencia Física.- Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiera para su recuperación;

b) Violencia Psicológica.- Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de familia infundiendo miedo o temor a sufrir un malgrave e inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes o afines hasta el segundo grado.

c) Violencia Sexual.- Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona, y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación, amenazas o cualquier otro medio coercitivo.

Art. 5.- Supremacía de las normas de protección contra la violencia.- Las disposiciones de esta Ley prevalecerán sobre otras

generales o especiales que se les opongan. Los derechos que se consagran en esta Ley son irrenunciables.

Art. 6.- Instrumentos Internacionales.- Las normas relativas a la prevención y sanción de la violencia en contra de la mujer y la familia contenidas en instrumentos internacionales, ratificados por el Ecuador, tienen fuerza de Ley.

Art. 7.- Principios básicos procesales.- En los trámites para la aplicación de esta Ley regirán los principios de gratuidad, intermediación obligatoria, celeridad y reserva.

Salvo en los procesos a cargo de los jueces y tribunales de lo Penal, no se requerirá patrocinio de abogado, excepto los casos en que la autoridad lo considere necesario. En este caso llamará a intervenir a un defensor público.

Capítulo I

Competencia Y Jurisdicción

Art. 8.- De la Jurisdicción y Competencia.- El juzgamiento por las infracciones previstas en esta Ley corresponderá a:

1. Los jueces de familia;
2. Los comisarios de la Mujer y la Familia;
3. Los intendentes, comisarios nacionales y tenientes políticos; y,
4. Los jueces y tribunales de lo Penal.

La Competencia estará determinada por el lugar de comisión de la infracción o el domicilio de la víctima, sin perjuicio de las normas generales sobre la materia.

Art. 9.- De las personas que pueden ejercer la acción.- Sin perjuicio de la legitimación de la persona agraviada, cualquier persona natural o jurídica, que conozca de los hechos, podrá proponer las acciones contempladas en esta Ley.

Las infracciones previstas en esta Ley son pesquisables de oficio, sin perjuicio de admitirse acusación particular.

Art. 10.- Los que deben denunciar.- Estarán obligados a denunciar los hechos punibles de violencia intrafamiliar, en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas de haber llegado a su conocimiento, bajo pena de encubrimiento:

1. Los agentes de la Policía Nacional;
2. El Ministerio Público; y,
3. Los profesionales de la salud, pertenecientes a instituciones hospitalarias o casas de salud públicas o privadas, que tuvieren conocimiento de los casos de agresión.

Art. 11.- De los jueces competentes.- Los jueces de familia, los comisarios de la Mujer o la Familia, conocerán los casos de violencia física, psicológica, o sexual, que no constituyan delitos.

En las localidades en que no se hayan establecido estas autoridades actuarán en su reemplazo los intendentes, los comisarios nacionales o los tenientes políticos.

Art. 12.- Envío de la causa a otra Jurisdicción.- Si los jueces mencionados en el artículo anterior establecieren que un acto de violencia intrafamiliar sujeto a su conocimiento constituye un delito, sin perjuicio de dictar medidas de amparo, se inhibirán de continuar en el conocimiento de la causa, remitiendo de inmediato lo actuado al Juez Penal competente.

De igual forma se procederá en caso de otros atentados delictivos contra la propiedad u otros derechos de las personas amparados por esta Ley.

Capítulo II

Medidas de amparo

Art. 13.- Las autoridades señaladas en el artículo 8, cuando de cualquier manera llegare a su conocimiento un caso de violencia intrafamiliar, procederán de inmediato a imponer una o varias de las siguientes medidas de amparo en favor de la persona agredida;

1. Conceder las boletas de auxilio que fueren necesarias a la mujer o demás miembros del núcleo familiar;
2. Ordenar la salida del agresor de la vivienda, si la convivencia implica un riesgo para la seguridad física, psíquica o la libertad sexual de la familia;
3. Imponer al agresor la prohibición de acercarse a la agredida en su lugar de trabajo o de estudio;
4. Prohibir o restringir al agresor el acceso a la persona violentada;
5. Evitar que el agresor, por sí mismo o a través de terceras personas, realice actos de persecución o de intimidación a la víctima o algún miembro de su familia;
6. Reintegrar al domicilio a la persona agredida disponiendo la salida simultánea del agresor, cuando se tratara de una vivienda común, impidiéndole que retire los enseres de uso de la familia;
7. Otorgar la custodia de la víctima menor de edad o incapaz a persona idónea siguiendo lo dispuesto en el Artículo No. 107, regla 6a. del Código Civil y las disposiciones del Código de Menores; y,

8. Ordenar el tratamiento al que deben someterse las partes y los hijos menores de edad si fuere del caso.

Art. 14.- Allanamiento.- Si para la aplicación de medidas de amparo solicitadas por la víctima de conformidad a lo previsto en el Código de Procedimiento Penal, la autoridad que conociera del caso lo podrá ordenar mediante oficio, sin que sea necesario dictar providencia en los siguientes casos:

1. Cuando deba recuperarse a la agredida o a familiares y el agresor los mantenga intimidados; y,

2. Para sacar al agresor de la vivienda. Igualmente cuando este se encuentre armado o bajo los efectos del alcohol, de sustancias estupefacientes o drogas psicotrópicas, cuando esté agrediendo a la mujer o poniendo en riesgo la integridad física, psicológica o sexual de la familia de la víctima.

Art. 15.- Colaboración de la Policía Nacional.- Todo agente del orden está obligado a dispensar auxilio, proteger y transportar a la mujer y más víctimas de la violencia intrafamiliar; y, a elaborar obligatoriamente un parte informativo del caso en el que intervino, que se presentará en cuarenta y ocho horas al juez o autoridad competente.

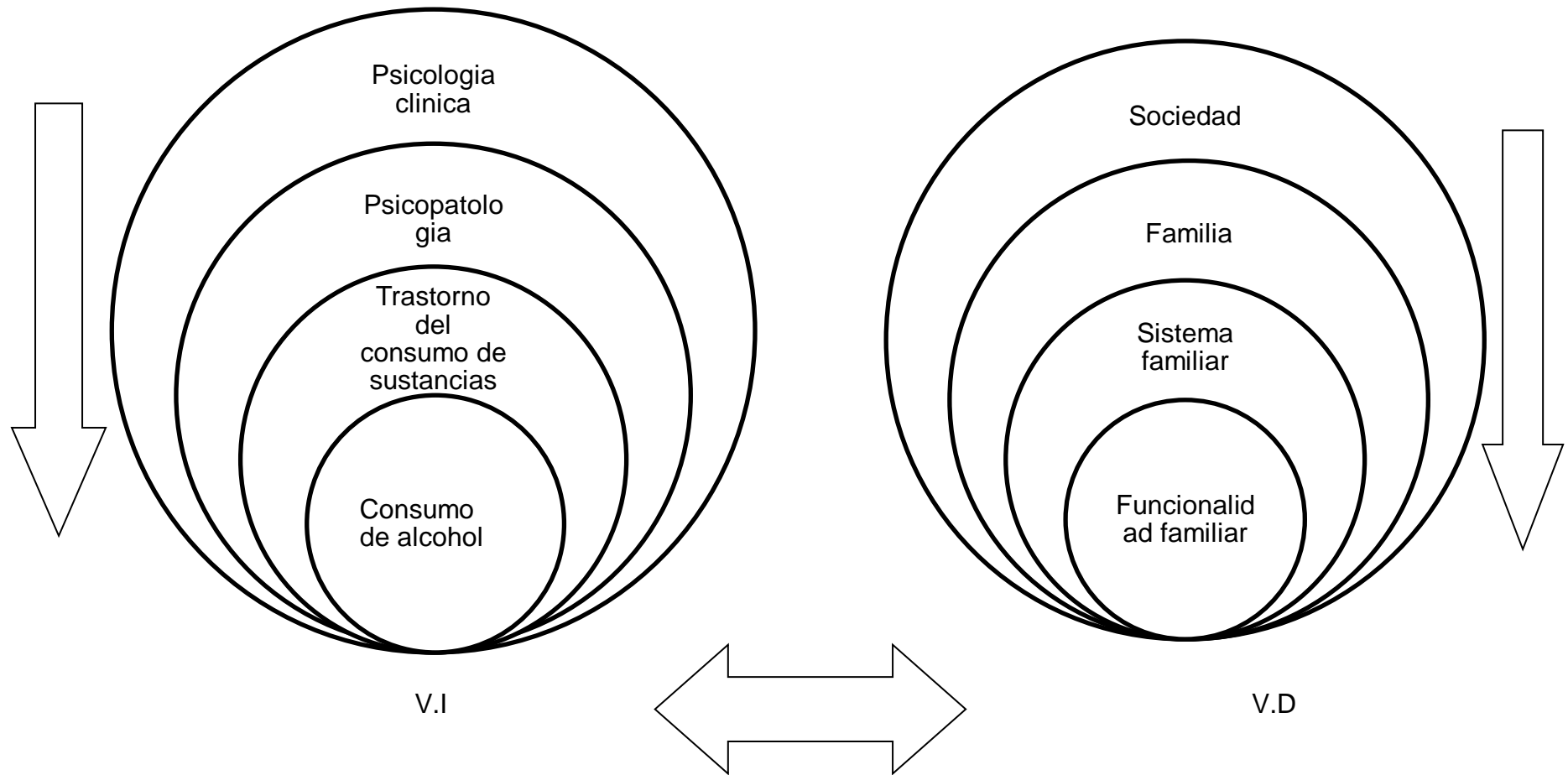
Art. 16.- Infracción flagrante.- Si una persona es sorprendida ejerciendo cualquiera de los tipos de violencia previstos en esta Ley será aprehendida por los agentes del orden y conducida de inmediato ante la autoridad competente para su juzgamiento.

Art. 17.- Control de Órdenes Judiciales.- Los jueces de instrucción vigilarán y exigirán el cumplimiento de sus disposiciones de amparo, aún con la intervención de la fuerza pública. La violación de las órdenes de los jueces de instrucción sobre esta materia se considerará infracción punible y pesquizable de oficio, será suprimida con prisión correccional de uno a

seis meses, según la gravedad de la infracción y su juzgamiento corresponderá a los jueces y tribunales de lo Penal.

2.2.- Categorías Fundamentales

Red De Inclusiones Conceptuales



2.3.- Variable: Consumo de Alcohol

2.3.1._ Psicología Clínica.

La psicología, según Ebbinghaus (psicólogo alemán el primero en estudiar científicamente la memoria), menciona que la psicología posee un largo pasado, pero una historia muy corta. Ya que, como ciencia experimental comenzó su andadura con la creación del primer laboratorio psicológico fundado por Wilhelm Wundt (1832-1920) en Leipzig (1879), momento que señala la independización de la psicología de otras ciencias a las que estaba íntimamente ligada: metafísica, filosofía, fisiología,

En el Laboratorio de Psicología en Leipzig, Alemania, la mayor parte de las investigaciones se centraron en los procesos de sensación y percepción de sujetos individuales, para así encontrar evidencia consistente acerca de los problemas de la conducta humana.

El primer psicólogo que estableció una práctica denominada propiamente Psicología Clínica fue Lightner Witmer (1907), mediante el estudio de individuos por observación y experimentación, con niños y niñas que experimentaban problemas de aprendizaje que eran perturbadores en su salón de clases, el estudio buscó un diagnóstico médico psicológico con respecto a los malestares emocionales, la psicología se estaba desarrollando en hospitales mentales ligados íntimamente a la psiquiatría.

J.H. Resnick (1991) menciona: “El campo de la psicología clínica comprende investigación, enseñanza y servicio importante para las aplicaciones de los principios, métodos y procedimientos para el entendimiento, la predicción, y el alivio de la desadaptación, la discapacidad, y la aflicción intelectual, emocional, biológica, psicológica, social y conductual, aplicados a una gran variedad de poblaciones de clientes” .

Dicho profesional ligado a la psicología , tiene determinadas funciones asignadas a su profesión, entre ellas destacan, Según Rersnick (1991), las áreas de habilidad central para el campo de la psicología clínica, que incluyen la evaluación y el diagnóstico, la intervención o tratamiento, la consulta, la investigación y la aplicación de principios éticos y profesionales. Se les distingue por su experiencia en las áreas de la personalidad, psicopatología y por la integración que hacen en la ciencia, tanto a nivel teórico como práctico.

La psicología siendo relativamente nueva como ciencia desde la creación del primer laboratorio en Alemania iniciando el estudio de las sensaciones , percepciones del individuo, dichos estudios abren las puertas para nuevos estudios experimentales separando a la psicología de la psiquiatría, situando al individuo como un todo funcional es decir un ser con un equilibrio psíquico, sin embargo las transiciones que hace el ser humano genera crisis lo cual hace imprescindible la intervención de los profesionales de la rama de la psicología se enfocan en encontrar el equilibrio psíquico empleando técnicas y métodos creados exclusivamente para la psicología clínica, desde luego cada individuo serán tratados de acuerdo a su padecimiento.

El conocimiento que se genera dentro de esta disciplina es amplio tanto es rasgos de personalidad, patologías, evaluaciones psicométricas, técnicas método terapéuticos, investigaciones, enseñanzas, principios éticos morales del estar en contacto con individuos considerados vulnerables por los estados psíquicos adversos a él, ya que el clínico busca la bienestar del individuo.

La herramienta primordial para la psicología, es la psicoterapia como técnica y método esencial, mediante la palabra busca influenciar en la corteza cerebral utilizando recursos persuasivos, sugestivos, con la finalidad de modificar conductas del ser humano.

Desde luego se deberá diagnosticar la patología que padece el paciente, esto causara malestar en todos sus ámbitos laboral, social, educativo, familiar, los que busca la clínica es disminuir los signos y síntomas que presente el paciente en busca de un equilibrio psíquico.

2.3.2._Psicopatología

La psicopatología es un término polisémico, y su utilización en el lenguaje médico o psicológico varía en función de la orientación científica o de la especialidad de quien hace uso de él.

El término psicopatología se utiliza como sinónimo de semiología dicho de otra manera es el conjunto de signos y síntomas que se utiliza para llegar a un diagnóstico de las enfermedades psíquicas. Así mientras la psicopatología es la ciencia básica de la psiquiatría y su función consiste en la descripción y explicación de la conducta patológica. La semiología en psicopatología se ocupa del estudio de los signos y de los síntomas de las enfermedades mentales, por tanto es fundamental para la realización de un buen diagnóstico y para la práctica clínica de un enfermo en un momento determinado y consecuentemente la evolución de su trastorno.

Para Honorio Delgado (Científico y Humanista) menciona a la psicopatología como "el conjunto ordenado de conocimientos relativos a las anormalidades de la vida mental en todos sus aspectos, inclusive sus causas y consecuencias, así como los métodos empleados con el correspondiente propósito, su fin último no es el cuidado del individuo anormal o enfermo, sino el conocimiento de su experiencia y de su conducta, como hechos y relaciones susceptibles de ser formulados en conceptos y principios generales".

Mientras que Karl Jaspers (Psicopatología 1911) "El objeto de la Psicopatología es el hecho psíquico realmente consciente, los procesos psíquicos reales, sus condiciones, causas y consecuencias; qué y cómo

experimentan las personas, cómo se expresan objetivamente y la dimensión de sus realidades patológicas anímicas”.

Finalmente citare a B.V. Zeigamik menciona a “La psicopatología, como disciplina psicológica, parte de las leyes del desarrollo y la estructura de la psique en estado normal. Estudia las leyes de disgregación de la actividad psíquica y las propiedades de la personalidad, comparándolas con las leyes de formación y desarrollo de los procesos psíquicos como norma”.

Después de tomar estos conceptos sobre la psicopatología la entenderé como una ciencia generadora de alternativas y parte esencial dentro de un diagnóstico clínico, puesto que de ello dependerá la evolución del trastorno o el manejo adecuado, mediante lo cual se puede comprender las consecuencias del mismo. Los signos y síntomas como objeto de diagnóstico de enfermedades a nivel psíquico, es de vital importancia el tratamiento que reciba el paciente de acuerdo a la patología presentada, de acuerdo a la severidad a la sintomatología se determinara la ayuda farmacológica para el tratamiento.

La basa para los criterios del diagnóstico dentro de los compendios DSM-IV y CIE-10 los cuales ayudaran a determinar la patología los mismos que estipulan las siguientes patologías.

CIE10

F: 00-9	F:10-19	F20-29	F30-39	F40-49	F50-59	F60-69	F 70-79
Trastornos mentales Trastornos orgánicos incluidos somáticos	Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas	Trastorno esquizofrenia Esquizotipia Ideas delirantes	Trastornos del humor y afectivos	Trastornos neuróticos asociados a situaciones estresantes	Trastornos del comportamiento asociado a situaciones fisiológicas	Trastorno de personalidad	Retraso mental

DSM-IV

F 70-98	F05-06	F06-09	F1-19	F 20-29	F30-39	F 41.0-41.9	F 45.0- 45.9	F 68
Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos	Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados	Trastornos relacionados con sustancias	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Trastornos del estado de ánimo	Trastornos de ansiedad	Trastornos somatomorfos	Trastornos facticios

F 44.O-44.9	F 52-64	F 50-50.9	F 51	F 63-63.9	F 61-62	F 60-60.9
Trastornos disociativos	Trastornos sexuales y de la identidad sexual	Trastornos de la conducta alimentaria	Trastornos del sueño	Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados	Trastornos adaptativos	Trastornos de la personalidad

Se evidencia las clasificaciones que hacen en el CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades, décima versión) y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, dicho manual lo realiza la organización mundial de la salud.

Se ha tomado de igual manera la clasificación del DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) de Asociación Americana de Psiquiatría contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

En base a ello se toma una parte de este compendio siendo el enfoque principal en los apartados de Trastornos relacionados con consumo de sustancias, y Trastornos comportamentales asociados a sustancias psicotrópicas.

2.3.3._ Trastorno Del Consumo De Sustancias

DSM-IV Trastorno por consumo de alcohol:

Criterios Diagnóstico para la Dependencia del Alcohol (DSM-IV)

F10.2x

Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por tres (o más) de los siguientes 7 criterios, que ocurran en cualquier momento, de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:

a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

b) Efecto marcadamente disminuido con el consumo continuado de las mismas cantidades de alcohol

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes:

a) El síndrome de abstinencia característico para el alcohol

b) El alcohol es ingerido para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. El alcohol es frecuentemente ingerido en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que inicialmente se pretendía

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo del alcohol o en la recuperación de los efectos del mismo

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol

7. Se continúa ingiriendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que son causados o exacerbados por el consumo del alcohol (p. ej., ingesta continuada de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Criterios Diagnóstico para el Abuso del Alcohol (DSM-IV)

F10.1

1. Un patrón desadaptativo de abuso de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por uno (o más) de los siguientes síntomas, durante un período de 12 meses:

a) Consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o pobre rendimiento laboral relacionados con el consumo de la sustancia; ausencias relacionada con la sustancia, suspensiones o expulsiones de la escuela; descuido de los niños o de las obligaciones del hogar)

b) Consumo recurrente del alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)

c) Problemas legales repetidos relacionados con el alcohol (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido al alcohol)

d) Consumo continuado del alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

2. Estos síntomas no cumplen nunca los criterios de dependencia del alcohol.

Criterios Diagnósticos Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas: (F10-19) (CIE10)

Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia

manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

La sustancia referida se indica mediante el segundo o tercer carácter (los dos primeros dígitos tras la letra F) y el cuarto y quinto caracteres codifican los cuadros clínicos concretos. No todos los códigos del cuarto carácter son aplicables a todas y cada una de las sustancias.

Pautas para el diagnóstico

La identificación de la sustancia psicótropa involucrada, que puede hacerse mediante los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros).

Muchos de los que consumen sustancias psicótropas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas más importantes. Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano.

Únicamente en los casos en los que el consumo es errático e indiscriminado o en los que se recurre a una mezcla inseparable de diferentes sustancias, debería codificarse en F19, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples sustancias psicótropas o de otras sustancias psicótropas.

Si se hubiera identificado el consumo de varias sustancias concretas, todas ellas deben ser codificadas.

El uso patológico de otras sustancias no psicótropas como laxantes, aspirinas, etc., debe codificarse de acuerdo con F55, abuso de sustancias que no crean dependencia (con un cuarto carácter para especificar el tipo de sustancia consumida).

Los casos en los que los trastornos mentales (particularmente delirium en la edad avanzada) sean debidos a sustancias psicótropas, pero sin la presencia de uno de los trastornos incluidos en este capítulo (por ejemplo uso perjudicial o síndrome de dependencia) deberían codificarse en F00-F09. Cuando un cuadro de delirium se superpone a uno de los trastornos incluidos en esta sección debería codificarse mediante F1x.3 ó F1x.4

F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas.

F1x.0 Intoxicación aguda

Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

Pautas para el diagnóstico

La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tenida en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos

desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicótropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperactividad o las sustancias psicótropas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cánnabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicótropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

Incluye:

Embriaguez aguda en alcoholismo.

"Mal viaje" (debido a drogas alucinógenas).

Embriaguez sin especificación.

Puede recurrirse al quinto carácter siguiente para indicar si la intoxicación aguda tiene alguna complicación.

F1x.00 No complicada (los síntomas varían de intensidad, pero suelen estar en relación con la dosis, en especial a los niveles más altos).

F1x.01 Con traumatismo o lesión corporal.

F1 x.02 Con otra complicación médica (por ejemplo, hematemesis, aspiración de vómitos, etc.).

Con delirium.

Con distorsiones de la percepción.

Con coma.

Con convulsiones.

Intoxicación patológica (se aplica sólo al alcohol): consiste en la aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, no característico de individuos en estado sobrio, después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las personas.

F1x.1 Consumo perjudicial

Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.

F1x.2 Síndrome de dependencia

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas,

adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.

b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.

c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que

pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).

e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

Incluye:

Alcoholismo crónico.

Dipsomanía.

Adición a fármacos.

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar mas con los siguientes códigos de cinco caracteres:

F1x.20 En la actualidad en abstinencia.

F1 x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).

F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada).

F1x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).

F1x.24 Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).

F1x.25 Con consumo continuo.

F1x.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

F1x.3 Síndrome de abstinencia

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están

relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Pautas para el diagnóstico

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase F1x.2), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto carácter:

F1x.30 No complicado.

F1x.31 Con convulsiones.

F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium

Trastorno en el que un síndrome de abstinencia (ver F1x.3) se complica con un delirium (ver las pautas de F05.-).

Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La

tríada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

Excluye: Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas(F05.-).

El diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium puede concretarse más con cinco caracteres:

F1x.40 Sin convulsiones.

F1x.41 Con convulsiones.

F1x.5 Trastorno psicótico

Trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

Pautas para el diagnóstico

Trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las

primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium (ver F1x.4) o de comienzo tardío.

Los trastornos psicóticos de comienzo tardío (comienzo después de dos semanas de consumo de la sustancia) pueden aparecer, pero deben codificarse como F1x.7.

Los síntomas son variados, ya que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia.

Incluye:

Alucinosis alcohólica.

Celotipia alcohólica.

Paranoia alcohólica.

Psicosis alcohólica sin especificación.

El diagnóstico de trastorno psicótico puede concretarse más con cinco caracteres:

F1x.50 Ésquizofreniforme.

F1x.51 Con predominio de las ideas delirantes.

F1x.52 Con predominio de las alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica).

F1x.53 Con predominio de síntomas polimorfos.

F1x.54 Con predominio de síntomas depresivos.

F1x.55 Con predominio de síntomas maníacos.

F1x.56 Trastorno psicótico mixto.

F1x.6 Síndrome amnésico

Síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognoscitivas suele estar relativamente bien conservadas.

Pautas para el diagnóstico

a) Trastorno de memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo), trastorno del sentido del tiempo (alteración de la capacidad para ordenar cronológicamente los acontecimientos del pasado, aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, etc.).

b) Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognoscitivas.

c) Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias psicotropas.

Incluye:

Psicosis de Korsakov inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas.

Síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

F1x.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicótropas

Estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas, persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia.

Pautas para el diagnóstico

La presencia de este trastorno debe estar directamente relacionada con el consumo de alcohol u otra sustancia psicótropa. Los casos cuyo comienzo tiene lugar con posterioridad a un episodio de consumo de sustancias sólo deben ser diagnosticados de trastorno psicótico residual inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas, si hay una evidencia clara y sólida para atribuir al trastorno psicótico residual al efecto de la sustancia. Un trastorno psicótico residual implica un cambio o una exageración marcada de las formas de comportamiento previa y normal.

El trastorno psicótico residual debe persistir más allá del período en el cual puede asumirse razonablemente la presencia de los efectos directos de una sustancia en particular (véase F1x.0, intoxicación aguda). La demencia secundaria al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas no es siempre irreversible, y así las funciones intelectuales y mnésicas pueden mejorar tras un período de abstinencia total.

El diagnóstico de trastorno psicótico residual inducido por sustancias psicótropas puede subdividirse utilizando cinco caracteres:

F1 x.70 Con reviviscencias ("flashbacks"), que pueden distinguirse de los trastornos psicóticos en parte por su naturaleza episódica, y porque frecuentemente son de muy corta duración (segundos o minutos) o por los

síntomas de reduplicación (a veces exacta) de experiencias anteriores relacionadas con sustancias psicótropas.

F1x.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento, cuando satisfagan las pautas de trastorno orgánico de la personalidad (F07.0).

F1x.72 Trastorno afectivo residual, cuando satisfagan las pautas de trastorno del humor (afectivo) orgánico (F06.30).

F1x.73 Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas, de acuerdo con las pautas generales para demencias descritas en la introducción de la sección F00-F09.

F1x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente. Se trata de una categoría residual para los trastornos en los que persiste un deterioro cognitivo pero que no satisface las pautas de síndrome amnésico (F1x.6) o demencia (F1x.73) inducidos por alcohol u otras sustancias psicótropas.

F1 x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas

F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento

Trastornos en los cuales el consumo de una sustancia puede identificarse como responsable directo del cuadro clínico que contribuye a dicha situación, pero en los que no encuentran pautas suficientes para poder ser incluido en ninguno de los trastornos precedentes.

F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación

Los criterios diagnósticos nos clarifican las pautas de entidad clínica, como tipificaciones de los trastornos que generan el consumo de sustancias psicótropas en las cuales va desde el abuso hasta a muerte desde luego ah de atravesar diferentes fases como el abuso, dependencia, psicosis de korsakov, psicosis alucinógena por alcohol.

Una de las situaciones que atraviesa el individuo es el síndrome de dependencia que es el deseo incesante de ingerir sustancias psicotropas entre ellas alcohol y tabaco, la tolerancia a las sustancias se hará evidente ya que las dosis de consumo se incrementaran, hare referencia al alcohol el cual en dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación, agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

El individuo necesitara dosis más grandes para conseguir el mismo efecto sin embargo el consumidor ignora el daño excesivo que genera a nivel hepático por el consumo en grandes cantidades se evidencian estados depresivos, deterioro cognitivo.

La intoxicación por una sustancia psicótropa puede generar desde agitación e hiperactividad paradójicamente puede ocasionar retraimiento social.

Dentro de este compendio el alcohol o alcoholismo ha de deteriorar todas las esferas del individuo, incluso llevando a un trastorno psicótico inducido por alcohol, sin duda este tipo de droga sin ayuda necesaria terminara en la muerte por alcoholismo.

2.3.4._ Consumo de Alcohol.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el consumo de alcohol está relacionado con muchos problemas graves de índole social y del desarrollo, en particular la violencia, el descuido y maltrato de menores y el absentismo laboral, este consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa 2,5 millones de muertes cada año, también causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. Una persona en estado de embriaguez puede lastimar a otros o ponerlos en peligro de sufrir accidentes de tránsito o actos de violencia, y también puede perjudicar a sus compañeros de trabajo, familiares, amigos e incluso extraños. En

otras palabras, el consumo nocivo de alcohol tiene un profundo efecto perjudicial en la sociedad.

Los patrones de consumo, la cantidad y la frecuencia de alcohol que se ingiere marcan la diferencia entre el consumo moderado, el abuso, hasta llegar a la dependencia. (Medina-Mora, 1998)

Se considera 8 patrones de consumo de alcohol:

Abstemios: se refiere a las personas que no consumieron alcohol en el último año, o a los que han consumido antes del último año, sin importar la cantidad por ocasión.

Bebedores poco frecuentes de bajo nivel: son las personas que reportaron consumir en el último año, pero nunca 5 copas o más por ocasión.

Bebedores poco frecuentes de alto nivel: son quienes han consumido en el último año, en alguna ocasión bebieron 5 copas o más, pero no en el último mes.

Bebedores moderados de bajo nivel: son los que consumieron en el último mes y nunca bebieron 5 copas o más.

Bebedores moderados de alto nivel: son quienes consumieron en el último mes y, en el último año o en el último mes, bebieron 5 copas o más en alguna de las ocasiones.

Bebedores frecuentes de bajo nivel: consumieron en la última semana pero nunca bebieron en el último año 5 copas o más.

Bebedores frecuentes de alto nivel: consumieron en la última semana y en el último año o en el último mes bebieron 5 copas o más, en alguna de las ocasiones.

Bebedores frecuentes consuetudinarios: consumieron en la última semana y en una de esas ocasiones tomaron 5 copas o más.(Medina-Mora, 1998)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la ingestión nociva de alcohol es un importante factor determinante de algunos trastornos neuropsiquiátricos, como los trastornos por consumo de alcohol, los patrones de consumo nocivo de alcohol conllevan al alcoholismo y dependencia alcohólica.

Según el Consejo Nacional para las Adicciones (CONADIC, 2005) define el alcoholismo o dependencia del alcohol como una enfermedad que incluye los siguientes síntomas:

- Deseo insaciable: una gran necesidad o deseo compulsivo de beber alcohol.
- Pérdida de control: la incapacidad de dejar de beber alcohol una vez que se haya comenzado.
- Dependencia física: síndrome de abstinencia con síntomas tales como náuseas, sudor, temblores y ansiedad, que ocurren cuando se deja de beber alcohol.
- Tolerancia: la necesidad de beber cada vez más cantidad de alcohol con fin de sentirse eufórico.

El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja en sí, con todas sus consecuencias. Se desarrolla en el transcurso de años. Los primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de

alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades.

El alcohol se está considerando cada vez más como una droga que modifica el estado de ánimo. Al principio el alcohólico puede aparentar una alta tolerancia al alcohol, consumiendo más y mostrando menos efectos nocivos que la población normal. Más adelante, sin embargo, el alcohol empieza a cobrar cada vez mayor importancia, en las relaciones personales, el trabajo, la reputación, e incluso la salud física.

La OMS menciona los siguientes efectos de alcohol, produce sobre el organismo un efecto tóxico directo y un efecto sedante; además, la ingestión excesiva de alcohol durante periodos prolongados conduce a carencias en la nutrición y en otras necesidades orgánicas, lo cual complica la situación. Los casos avanzados requieren hospitalización.

Los efectos sobre los principales sistemas del organismo son acumulativos e incluyen un amplio rango de alteraciones en el aparato digestivo, entre las que destacan las úlceras de estómago y de duodeno, la pancreatitis crónica y la cirrosis hepática, así como lesiones irreversibles en los sistemas nerviosos central y periférico. Pueden llegar a producirse desmayos, alucinaciones e intensos temblores, síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica más grave, y el delirium tremens, que puede ser mortal a pesar del tratamiento adecuado.

El consumo de alcohol nocivo por parte de los individuos va de manera progresiva generando tolerancia al mismo desembocando en, dependencia alcohólica o alcoholismo al cual se considera una enfermedad silenciosa crónica ya que el paciente no acepta su condición y esto ayuda a que el cuadro clínico se agrave, ya que es una combinación de factores ambientales, familiares, fisiológicas, psicológicas, se menciona el factor genético como una de los responsables de alcoholismo.

El cual a pesar de ser una enfermedad los individuos creen dominar el consumo de dichas sustancias ya que se vuelve a coaccionar laboral, social esto agudiza la situación, actúan en busca del placer momentáneo sin imaginar el riesgo a largo plazo que conlleva el abuso de alcohol hasta la muerte del sujeto.

Si bien es cierto el consumo de alcohol es legal para personas que tenga la mayoría de edad sin embargo no se ha tomado en cuenta a la población en riesgo, como lo son los adolescentes que están en una transición cambios que los hacen vulnerables a la dependencia de sustancias psicoactivas, sin dejar de lado la disfuncionalidad familiar que afecta a los miembros de sistema, cabe mencionar que el consumo de sustancias no es solo de un miembro sino más bien de varios como, los progenitores e hijos, dicha problemática ingresa a los parámetros sociales de aceptabilidad ya que se justifica dentro de “fiestas o reuniones sociales” en las cuales el consumo de alcohol es símbolo de fuerza y dominio sobre el círculo social en el que se desenvuelve.

La búsqueda de aceptación del grupo social lleva al individuo a consumir alcohol sin darse cuenta que por cada consumo la tolerancia ayuda a coaccionar el mayor consumo de alcohol.

2.4.- Variable: Funcionalidad Familiar

2.4.1._ Sociedad

Sociedad es un término complejo, susceptible de referirse a realidades distintas y capaces de recibir enfoques contrapuestos. Su radical polisemia significativa ha motivado gran variedad de definiciones. Estas dependen del punto de vista adoptado o de los elementos que incluyan.

En general se designa como sociedad todo tipo de asociación o grupo formado por seres vivientes, a los que unen ciertas semejanzas o coincidencias en su constitución o en sus actividades. Así, según la diversidad de su objeto, puede referirse a hombres, animales o plantas;

por la diversidad de actividad puede ser sociedad natural, laboral o mercantil.

Pero también en este sentido resulta un concepto ambiguo por la amplísima variedad de formas sociales que el hombre ha creado en el espacio y en el tiempo, y por la compleja evolución o diversificación de las mismas. La perspectiva adoptada, además de estar condicionada por la historia y el medio, se altera también según se dirija la atención hacia las personas, hacia las instituciones, la cultura u otros aspectos.

Esa ambigüedad alimenta la imprecisión que el término sufre en el uso cotidiano y se refleja con mayor gravedad en los equívocos y contrastes que vuelven irreconciliables muchas de las definiciones presentadas por los tratados de sociología. Intentaremos aquí captar un punto de convergencia para tantas líneas y, superando la mera descripción funcional y empírica, elaborar una noción esencial y permanente.

Sociedad sería “la unión intencional, estable y estructurada, de seres humanos que buscan activa y conscientemente la consecución de un bien común”.

Sin duda la amplitud de definiciones sobre sociedad en esta oportunidad las llevaré a definiciones sobre sociedad desde la perspectiva de la psicología social entre ellas:

Turner (1999) explica que todos los seres humanos pertenecen a grupos, viven en ellos y, en muchas ocasiones, sienten, piensan y actúan como miembros de esos grupos y/o influidos por lo que ocurre dentro de ellos. El pensamiento, las emociones y las actuaciones de los humanos no pueden explicarse únicamente por factores individuales: es necesario integrar en la explicación los factores que acontecen fuera de la persona, por ejemplo, en sus grupos.

Para definir a grupos para Besnard (1999) menciona que dentro de la psicología existe dos tipos de que son los siguientes: el grupo interactivo y el grupo social.

El primero se refiere a microsistemas sociales donde los individuos establecen relaciones mutuas de manera directa, tales como grupos de trabajo, grupos informales, familias, redes relacionales.

El segundo se refiere a categorías sociales amplias formadas por individuos que comparten una nota distintiva socialmente relevante, tales como grupos culturales, étnicos, de género, profesionales, demográficos, de procedencia geográfica.

Las variedades de significaciones de sociedad nos lleva a mirarla como la agrupación de individuos con el mismo fin, tomare en cuenta que la conducta se lleva mediante moldeamiento y las cualidades o actitudes de los seres humanos se basa en gran medida a lo aprendido se diría que la ingesta de alcohol es una conducta imitativa, que los miembros de determinado grupo social practican.

Al ser la sociedad una agrupación para cumplir determinado fin, con similares ideales, con necesidades generan búsqueda de aceptación por la misma, ya que si es un individuo con diferentes conductas nos era aceptado por la misma, entonces los individuos adquieren cualidades conductas en base al modelo de imitación social, la familia es un sistema social donde sus miembros actúan en base a una organización la cual afectara no solo a uno sino a todos los integrantes del sistema familiar/social .

2.4.2._ Familia

La familia constituye el núcleo de la sociedad, representa el tipo de comunidad perfecta, pues en ella se encuentran unidos todos los aspectos de la sociedad: económicos, jurídicos, socioculturales, etc.

Son muchas las definiciones que hay de familia pero la mayoría plantea que es la estructura social básica donde padres e hijos/as se relacionan. Esta relación se basa en fuertes lazos afectivos, pudiendo de esta manera sus miembros formar una comunidad de vida y amor. Esta familia es exclusiva, única, implica una permanente entrega entre todos sus miembros sin perder la propia identidad. Entendemos de esta manera que lo que afecta a un miembro afecta directa o indirectamente a toda la familia; por ello entonces que hablamos de sistema familiar, de una comunidad que es organizada, ordenada y jerárquica y muchas veces relacionada con su entorno.

Minuchin y Fishman (1985) describen a la familia como el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución. Es el grupo celular de la sociedad, una institución que ha existido a lo largo de la historia, ha compartido siempre las mismas funciones entre ellas la crianza de los hijos, la supervivencia y la común unión de los miembros de ésta. No es una entidad estática sino que está en un cambio continuo igual que sus contextos sociales.

La familia es el marco que contiene a los miembros que crecen en ella. Se la concibe como un sistema abierto, como una totalidad.

Objetivos de la familia

La finalidad por excelencia determinada por la especie es la reproducción, sin embargo para alcanzar esta finalidad debe cumplir una serie de objetivos intermedios como:

Dar todo y cada uno de sus miembros seguridad económica.

Proporcionar a la pareja pleno goce de sus funciones sexuales.

Dar a los hijos la noción firme y vivenciada del modelo sexual que les permita identificaciones claras y adecuadas.

Enseñar respuestas adaptativas a sus miembros para la interacción social.

La amplitud de definiciones sobre familia nos lleva a la entidad social en la cual los individuos han de seguir con el modelo de imitación, ya que los progenitores serán sus modelos conductuales, al ser considerado como un sistema social complejo está sometido a diversas situaciones en las cuales se vea afectada la funcionalidad de la familia, pese a ellos y las consecuencias que pueda generar la pérdida de funcionalidad familiar se genera un círculo que ayude a la cohesión de los miembros ya sean estos sanos o agresivos para los individuos, dentro del sistema familiar.

2.4.3._ Sistema Familiar

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, la familia está complementada como una red de comunicaciones entrelazadas en la que todos los miembros influyen en los sistemas, la familia en tanto se considera como un sistema dinámico viviente que está sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo a ellas.

Si se toma a la “teoría general de sistemas”, bajo la concepción de Von Bertalanffy, caracteriza al sistema por un estado estable, dinámico, que permite un cambio constante de componentes mediante asimilación y desasimilación.

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, a medida en la que cumpla con sus funciones básicas.

Consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por múltiples subsistemas de funcionamiento interno e influido por una variedad de sistemas externos relacionados.

Desde el punto de vista sistémico, la familia es considerada como un cibernético, y por ello, auto corrector, en el que las modalidades transaccionales que caracterizan las relaciones entre los miembros dependen de las reglas o leyes a partir de las cuales funcionan los miembros del sistema en relación recíproca.

En el grupo familiar, el comportamiento de cada sujeto está conectado de un modo dinámico con el de los otros miembros de la familia y al equilibrio del conjunto.

Por lo tanto la familia ha de ser contemplada como una red de comunicaciones entrelazadas en la que todos los miembros influyen en la naturaleza del sistema, a la vez que todos se ven afectados por el propio sistema.

Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar.

El sistema familiar considerado como un dinamismo lazos que unen a los miembros para poder formar jerarquías, roles, límites todo en un equilibrio que ayuden a cruzar los límites transaccionales de las generaciones y los cambios que esto implica. El sistema funcionara mediante la integración multigeneracional para poder mantener una funcionalidad en ella.

Si bien es cierto la familia ha de ser un grupo social complejo en la cual la estructuración será determinada por la cultura familiar, las líneas comunicacionales influirán sobre la armonía y entrelazaran a los miembros de manera que ayuden a la cohesión, sin embargo el sistema determinara la conducta del individuo ya que si la familia exige una fusión excesiva limitara la superación mientras si se da una relación familiar muy abierta se eliminara el sentido de pertenencia en la familia a determinado

integrante. La funcionalidad en el sistema familiar es un factor importante en la estructuración del sujeto sobre su grupo familiar.

2.4.4._ Funcionalidad Familiar.

Para Minuchin y sus colegas, una familia en armonía con la regla de los sistemas vivos, tendrá límites claros, el subsistema conyugal tendrá límites cerrados para proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros, el subsistema parental tendrá límites claros entre él y los niños y no impenetrables que impidan el acceso de los padres, el subsistema fraterno tendrá sus propias limitaciones y estará organizado por edad o sexo, establecidos por la cultura familiar, del mismo modo debe existir ordenamientos jerárquicos entre las partes y subsistemas. Así también habrá alianzas y coaliciones.

La familia funcional, tiene facilidad para superar las alianzas y coaliciones por la capacidad de adaptación y flexibilidad a los cambios, de manera que ninguno de los miembros se queda adherido para siempre en un agrupamiento selecto.

Elementos básicos del modelo estructural

Límites.- Según Minuchin, los límites o fronteras en cualquier sistema incluyen reglas que regulan y definen el flujo de información y energía que ha de ingresar al sistema familiar, así también el grado en que los extraños pueden acceder al sistema, para mantener el equilibrio armonioso

En una familia funcional los límites son líneas imaginarias que definen los deberes y obligaciones entre los miembros del subsistema, estos pueden ser formados por generación, sexo, interés o función.

Los límites varían entre los subsistemas de acuerdo a su permeabilidad, la claridad de los límites dentro de la familia constituyen un parámetro para evaluar la funcionalidad familiar.

Estas conductas presididas por reglas dan lugar a tres tipos de fronteras:

- Límites difusos: Son difíciles de determinar, porque no definen reglas de interacción, es característica de las familias aglutinadas.
- Límites rígidos: Son difíciles de alterar en un momento dado, es característica de las familias desligadas.
- Límites claros: Los límites claros son permeables, fortalecen las jerarquías, se desarrolla el sentido de pertenencia al grupo familiar, existe intercambio de información con otros sistemas.

Es evidente las diferencias entre los subsistemas generacionales, hay lealtad suficiente para mantenerse unidos a pesar de sus diferencias, se estimula al desarrollo personal y respeta la autonomía.

Roles

El concepto de rol, Minuchin lo designa como el elemento que demarca la posición entre los miembros de la familia, se refiere a los patrones de conducta, por medio de los cuales la familia asigna funciones necesarias, es la única manera de organizar la estructura de la familia.

Al hablar de roles en la familia hay que considerar los contextos culturales circundantes, estratos socio-económicos, periodos históricos, aspectos interaccionales y elementos estructurales.

Jerarquía

Define la función del poder y la diferenciación de roles de padres e hijos y fronteras entre generaciones.

Para la funcionalidad familiar, Minuchin considera importante tener, bien clara y definida la jerarquía en cada contexto familiar.

La inversión de jerarquías de poder ejecutivo se considera más destructoras para la estructura familiar.

Gráficos del diagnóstico estructural

Salvador Minuchin, ha propuesto una serie de símbolos llamados comúnmente mapa estructural, son representados mediante gráficos, que permiten al terapeuta visualizar y formular hipótesis en los aspectos funcionales o disfuncionales del sistema familiar.

Fronteras

Frontera franca o abierta: Se representa por medio de guiones - - - - -

Frontera cerrada o rígida: Se representa con una línea llena

Frontera difusa: Se representa por medio de puntos

Alianzas y coaliciones

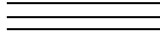
Alianza es el interés compartido por dos miembros de la familia, se hace referencia a uniones relacionales positivas entre ciertos miembros del sistema familiar.

Coalición se refieren a la unión de dos o más miembros en contra de un tercero, en acuerdos mutuos se benefician frente a un tercero. Cuando las coaliciones traspasan las fronteras generacionales, se produce una perturbación en la jerarquía familiar.

Una alianza franca y amistosa.- Se presume que es normal, como ejemplo de un vínculo conyugal se representa así:

Marido _____ Esposa

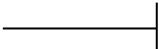
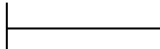
Una alianza enmarañada.- Un vínculo intergeneracional sobre involucrado

Madre  Hijo Varón

Una afiliación débil:

Padre.Hija

Una afiliación conflictuada.

Hermana  |  Hermano

Una coalición de varios miembros

Madre } Padre
Hija } Hijo
Hija }

La funcionalidad determina parámetros en los cuales la familia se consideraría funcional creando vínculos afectivos que van por el respeto en roles, límites, alianzas, coaliciones, dentro de ellos los subsistemas todo esto genera un dinamismo, que puede causar en el sujeto una estructuración psíquica sobre su sentido de pertenencia familiar.

Se considera que lo que afecte a un miembro de la familia afectará al sistema completo. Considero de vital importancia la armonía que se genera en la familia para que el resto de elementos de la estructuración familiar sean funcionales ya que si mencionamos a los límites son líneas imaginarias que definen deberes y obligaciones entre los subsistemas, entonces los simbolismos de reglas, roles, fronteras, jerarquías serán determinados por una línea comunicacional.

La funcionalidad familiar ayudará a sus miembros a manejar una mayor capacidad de adaptación, flexibilidad a los cambios que se presenten ante las crisis generacionales, ya que si tomamos en cuenta que el sujeto se crea en base a otro básicamente la familia formará parte

de su estructuración psíquica, de la funcionalidad familiar dependerá que un individuo quede adherido para siempre a una situación determinada.

2.5._Hipótesis

2.5.1._Hipotesis Nula (Ho)

“Consumo de alcohol no incide en la funcionalidad familiar en el Barrio Yanayacu perteneciente al Cantón Salcedo en el periodo marzo 2012 noviembre 2012”.

2.5.2._ Hipótesis Alterna (H1)

“Consumo de alcohol si incide en la funcionalidad familiar en el Barrio Yanayacu perteneciente al Cantón Salcedo en el periodo marzo 2012 noviembre 2012”.

2.6._Señalamiento de Variables de la Hipótesis

2.6.1._ Variable Independiente: Consumo de alcohol

2.6.2._ Variable Dependiente: Funcionalidad Familiar

2.6.3._Unidad de Observación: Familias del Barrio Yanayacu perteneciente al Cantón Salcedo

2.6.4._ Término de relación: y su incidencia

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.- Enfoque

El enfoque de investigación predominantemente es cualitativo lo cual implica que más allá de investigar la prevalencia del consumo de alcohol, se tomara en cuenta las características del sistema familiar, y como se ha visto afectado producto del consumo de alcohol.

3.2._ Modalidad Básica De Investigación

3.2.1._ Investigación Documental-Bibliográfica

La investigación se sustentó en información secundaria sobre el tema de investigación se obtuvo a través de libros, textos, manuales diagnósticos, revistas, internet. En la presente investigación los recursos bibliográficos corresponden mayormente a textos y tesis en relación al consumo de alcohol y funcionalidad familiar que se tomó en la teoría sistémica familiar en cuanto a estructura y técnicas cognitivas.

3.2.2._ Investigación De Campo

La investigación se llevó a cabo en el lugar donde se efectuó los hechos para así actuar directamente sobre el contexto.

Ya que la obtención de información fue directa y la muestra a través de la aplicación de encuestas, test, cuestionarios, inventarios. Para la presente investigación el estudio de campo se realizó en el barrio Yanayacu perteneciente al Cantón Salcedo.

3.3._ Nivel O Tipo De Investigación

3.3.1._ Investigación Descriptiva

Investigación Descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de los fenómenos. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre el consumo de alcohol ya que este es un fenómeno social altamente difundido en todas las clases sociales, mas aun si tomamos en cuenta que es esta dentro de la clasificación de drogas legales y aceptadas, por ello al existir un consumidor dentro de un sistema familiar afecta de manera directa en la funcionalidad familiar generando la perdida de armonía, cohesión, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles, adaptabilidad, entre las familias que habitan del barrio Yanayacu perteneciente al Cantón Salcedo.

3.4.- Población Y Muestra

3.4.1.- Población

La investigación se realizo en el Barrio Yanayacu del Cantón Salcedo de la Provincia de Cotopaxi.

El universo a investigar se encuentra constituido por 200 familias que habitan en la localidad.

3.4.2._ Muestra

Debido a que es una población infinita se toma en consideración la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2PQN}{Z^2PQ + Ne^2}$$

n= Tamaño de la muestra

Z=Nivel de confiabilidad 95% (1.96%)

P= Probabilidad de ocurrencia 0.5

Q=Probabilidad de no ocurrencia 0.5

N= Población 200

e= Error de muestreo 0.05 (5%)

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(200)}{(1.96)^2(0.5)(0.5)+(200)(0.05)^2}$$

$$n = \frac{192}{1.46}$$

n= 132

Por consiguiente la muestra la conformaran 132 personas que pertenecen al Barrio Yanayacu del Cantón Salcedo.

3.4.3.- Tipo De Muestreo

La investigación se realizara bajo muestreo intencional, en el cual se tomara en cuenta se utilizara como primer elemento la guía de observación Time Sampling T.S con el objetivo de cuantificar la población

consumidora de alcohol, posterior a ellos se aplicara el test de Audit y Funcionalidad familiar.

Se tomara en cuenta la fase que analiza la frecuencia de consumo en la población la puntuación correspondiente al ítem mencionado debe ser mayor o igual a dos para que se valide el elemento como parte de la muestra.

A nivel cualitativo, los elementos que constituirán la muestra de evaluación que corresponde a aquella población que consume bebidas alcohólicas con una frecuencia mayor a dos ocasiones al mes.

3.4.3.- Determinación Del Tamaño De La Muestra

Universo: 132 elementos.

Resultados Pregunta de la Fase de Frecuencia del Time Sampling T.S

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
59	10	20	28	15
Elementos nulos: 59		Muestra a investigar: 73		

La muestra a evaluar corresponde a 73 personas.

3.5._Operacionalización De Variables

3.5.1- Matriz De Operación De Variable Independiente

Ingesta de alcohol.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Ingesta de manera liberada de alcohol el cual, se establece como bebedor sin problemas, bebedor en riesgo, problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica.	Bebedor sin problemas	Baja frecuencia en el consumo de alcohol. Estabilidad laboral, social y personal.	-Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica -Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar.	Test de Audit. Guía de observación Time Sampling T.S
	Bebedor en riesgo	Mayor frecuencia en el consumo de alcohol. Necesidad de consumo. Dificultad en su	-Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo -Con qué frecuencia el	Test de Audit. Guía de observación Time Sampling T.S

	<p>Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica</p>	<p>esfera bio-psico-social.</p> <p>Consumo recurrente de alcohol.</p> <p>Rendimiento laboral deficiente.</p> <p>Descuido de relaciones familiares.</p> <p>Violencia física o irritabilidad.</p> <p>Ansiedad agitación psicomotriz.</p>	<p>curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado</p> <p>-Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba de usted por qué había bebido</p> <p>-Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior</p> <p>-Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimiento o sentimientos de culpa</p>	<p>Test de Audit.</p>
--	---	--	---	-----------------------

			<p>después de haber bebido</p> <p>-Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior por que había estado bebiendo</p> <p>-Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido</p> <p>-Algún familiar, amigo, medico, o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o les han sugerido que deje de</p>	<p>Test de Audit.</p> <p>Guía de observación Time Sampling T.S</p> <p>Test de Audit.</p> <p>Guía de observación Time Sampling T.S</p>
--	--	--	---	---

			beber	
--	--	--	-------	--

3.5.2- Matriz De Operación De Variable dependiente.

Funcionalidad familiar

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Sistema familiar donde se presenta de manera equilibrada la cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles, adaptabilidad, límites, jerarquías sin embargo dentro de los sistemas familiares podemos encontrar, familia severamente disfuncional</p> <p>familia disfuncional</p> <p>familia moderadamente</p>	<p>Familia severamente disfuncional</p> <p>Familia disfuncional</p>	<p>Perdida completa del sistema.</p> <p>Nulidad de normas, roles, jerarquías, armonía.</p> <p>Comunicación patológica.</p> <p>Amalgamiento</p>	<p>-Se toma decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.</p> <p>-En mi casa predomina la armonía</p> <p>-En mi familia cada una cumple sus responsabilidades.</p> <p>Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana</p> <p>-Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa</p>	<p>Cuestionario de Funcionalidad familiar.</p>

<p>funcional</p> <p>familia funcional.</p>	<p>Familia moderadamente funcional</p> <p>Familia funcional</p>	<p>familiar.</p> <p>Rigidez en las normas.</p> <p>Sobreprotección</p> <p>Evitación del conflicto.</p> <p>Cohesión.</p> <p>Expresiones claras entre los miembros del sistema.</p> <p>Roles definidos.</p> <p>Jerarquías.</p> <p>Armonía.</p> <p>Estabilidad en el</p>	<p>-Podemos aceptar los defectos de los demás y sobre llevarlos</p> <p>-Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes</p> <p>-Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.</p> <p>-Se distribuye las tareas de forma que nadie este sobrecargado</p> <p>-Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.</p>	<p>Cuestionario de Funcionalidad familiar.</p>
--	---	--	--	--

		<p>sistema.</p> <p>Síntesis de la comunicación.</p> <p>Expresión clara de sentimientos.</p>	<p>-Podemos conversar diversos temas sin temor</p> <p>-Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.</p> <p>-Los intereses y necesidades de cada cual son representados por el núcleo familiar</p> <p>-Nos demostramos el cariño que nos tenemos</p>	<p>Cuestionario de Funcionalidad familiar</p>
--	--	---	---	---

3.6.- Recolección de Información

Para la recolección de información de la variable independiente se llevó a cabo mediante el test de Audit que está dirigido hacia el miembro de la familia que consume alcohol, el mismo que aborda los siguientes ítems de evaluación tales como: bebedor sin problemas, bebedor en riesgo, problemas físicos- psíquicos con la bebida probable dependencia alcohólica. Los varemos se modifican para el sexo femenino.

La variable independiente se llevo a cabo mediante el test de funcionalidad familiar que está dirigido a los demás miembros que convive con el paciente, lo cual mide los niveles de familia severamente disfuncional, familia disfuncional, familia moderadamente funcional, familia funcional, y las diferentes características del mismo.

3.6.1- Procesamiento y Análisis

Para analizar la información obtenida por medio de los instrumentos de investigación se abordó el siguiente procedimiento:

- Revisión crítica de la información recogida, es decir limpieza de información defectuosa, contradictoria.
- Repetir la recolección en ciertos casos, para corregir fallas de contestación.
- Análisis de los datos, utilizan gráficos estadísticos.
- Análisis de los resultados estadísticos, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis.
- Analizar la hipótesis en relación con los resultados obtenidos para verificarla o rechazarla.

- Estudiar cada uno de los resultados por separado y relacionarlos con el marco teórico
- Elaborar una síntesis de los resultados

CAPITULO IV

ANALLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

4.1.1. Variable Independiente

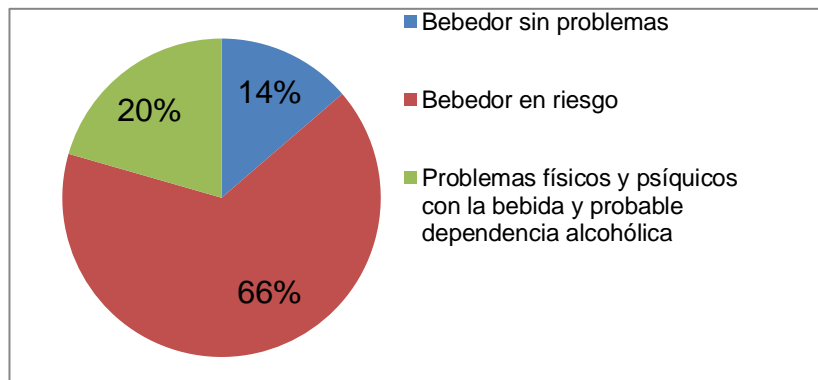
TEST DE AUDIT

Tabla 1

Diagnostico del AUDIT	Población	Porcentaje
Bebedor sin problemas	10	14%
Bebedor en riesgo	48	66%
Problemas físicos y psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	15	20%
TOTAL	73	100%

Grafico 1

Fuente: Test de Audit
Autora: Alejandra Salazar, 2013



Fuente: Test de Audit
Autora: Alejandra Salazar. 2013

Análisis: El 14% bebedor sin problemas, 66% bebedor en riesgo, y el 20% se manifiesta problemas físicos y psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica.

Interpretación: En el presente grafico se observa que la mayor parte de la población como bebedores en riesgo es decir se presenta mayor frecuencia en el consumo de alcohol dificultad en su esfera bio-psico-social. Posterior a ello con un porcentaje menor se encuentra la población con problemas físicos y psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica lo que implica consumo recurrente, ansiedad agitación psicomotriz deterioro bio-psico-social. Finalmente con un porcentaje leve se ubica los bebedores sin problemas que posee baja frecuencia en el consumo de alcohol, estabilidad laboral, social y personal.

4.1.2 Variable Dependiente

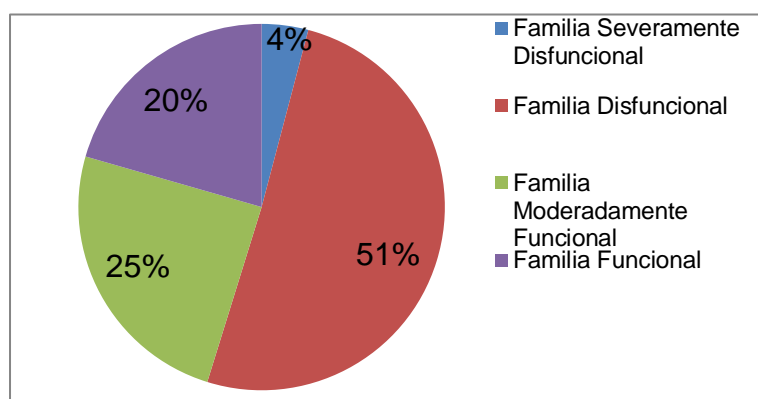
TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Tabla 2

Diagnóstico del Cuestionario de Funcionamiento Familiar	Población	Porcentaje
Familia Severamente Disfuncional	3	4%
Familia Disfuncional	37	51%
Familia Moderadamente Funcional	18	25%
Familia Funcional	15	20%
TOTAL	73	100%

Gráfico 2

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013



Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Análisis: El 4% familia severamente disfuncional, 51% familia disfuncional, 25% familia moderadamente funcional, 20% familia funcional.

Interpretación: En el gráfico se puede identificar que la mayor parte de la población presenta un sistema familiar disfuncional es decir se presenta amalgamiento familiar, rigidez en las normas, evitación del conflicto comunicación patológica, posteriormente se encuentra el sistema familiar moderadamente funcional en la cual se evidencia cohesión expresiones claras entre los miembros del sistema con una leve diferencia con la familia funcional con roles definidos, jerarquías, armonía, estabilidad en el sistema y finalmente con una leve cantidad se ubica la familia severamente disfuncional con nulidad de normas, roles, jerarquías, armonía, comunicación patológica.

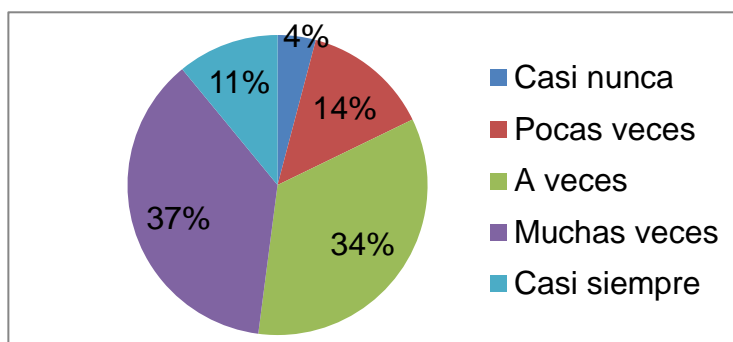
Cuestionario de Funcionamiento Familiar.

Tabla 3

1.- Se toma decisiones entre todos para cosas importantes de la familia		
Casi nunca	3	4%
Pocas veces	10	14%
A veces	25	34%
Muchas veces	27	37%
Casi siempre	8	11%
TOTAL	73	100%

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Grafico 3



Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Análisis: El 4% de la población casi nunca toma decisiones entra toda la familia, el 14% pocas veces, 34% a veces, 37% muchas veces, 11% casi siempre.

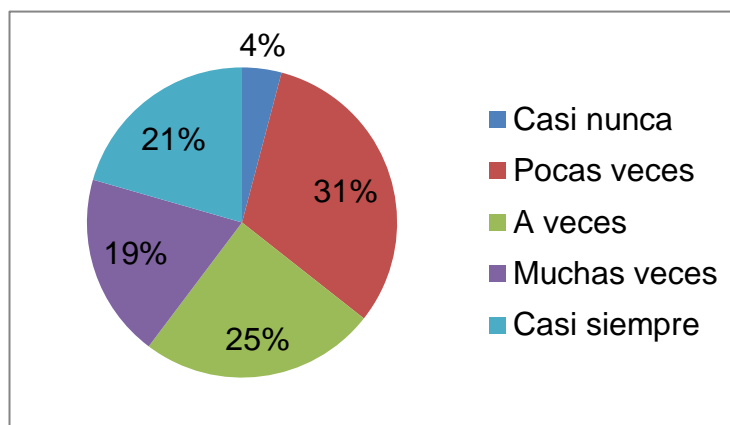
Interpretación: Mediante el grafico se puede evidenciar que de manera frecuente el sistema familiar toma decisiones de manera conjunta, sin embargo con una mínima diferencia se realiza esta actividad de manera ocasional excluyendo a los miembros del sistema, finalmente con el menor porcentaje casi nunca se considera al sistema en las situaciones importantes de la familia.

Tabla 4

2.- Predomina la armonía		
Casi nunca	3	4%
Pocas veces	23	31%
A veces	18	25%
Muchas veces	14	19%
Casi siempre	15	21%
TOTAL	73	100%

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Grafico 4



Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Análisis: El 4% de la población casi nunca predomina la armonía en el sistema familiar, el 31% pocas veces, 25% a veces, 19% muchas veces, 21% casi siempre.

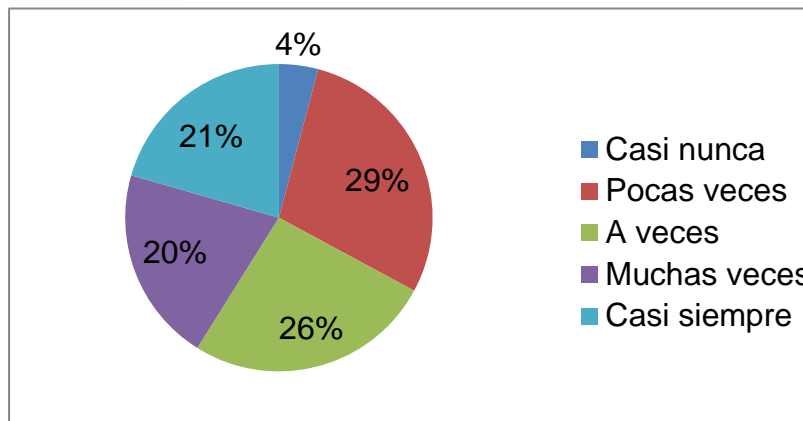
Interpretación: Se evidencia en la población evaluada escasamente predomina la armonía, es decir se pierde el vínculo entre los miembros del sistema familiar el respeto, y los límites se ven afectados, generando malestar y pérdida de equilibrio emocional dentro de los miembros de la familia.

Tabla 5

3.- Cada uno cumple sus responsabilidades		
Casi nunca	3	4%
Pocas veces	21	29%
A veces	19	26%
Muchas veces	15	20%
Casi siempre	15	21%
TOTAL	73	100%

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Grafico 5



Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Análisis: El 4% de la población evaluada casi nunca cumple sus responsabilidades en el sistema familiar, el 29% pocas veces, 26% a veces, 20% muchas veces, 21% casi siempre.

Interpretación: El mayor porcentaje de la población escasamente cumple las responsabilidades que son negociadas por el núcleo familiar, y la determinación de roles son establecidas dentro del sistema, generando malestar en los miembros a los cuales se los atribuye en mayor medida labores dentro de la familia.

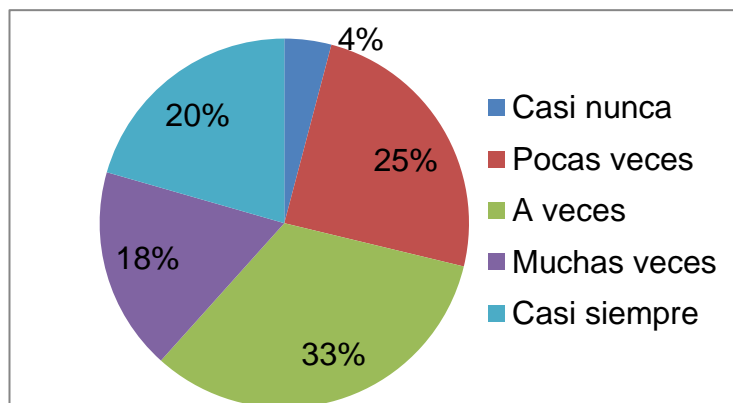
Tabla 6

4.- Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana		
Casi nunca	3	4%
Pocas veces	18	25%
A veces	24	33%
Muchas veces	13	18%
Casi siempre	15	20%
TOTAL	73	100%

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar

Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Grafico 6



Fuente: Test de Funcionalidad Familiar

Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Análisis: El 4% de la población evaluada casi nunca genera manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana en el sistema familiar, el 25% pocas veces, 33% a veces, 18% muchas veces, 20% casi siempre.

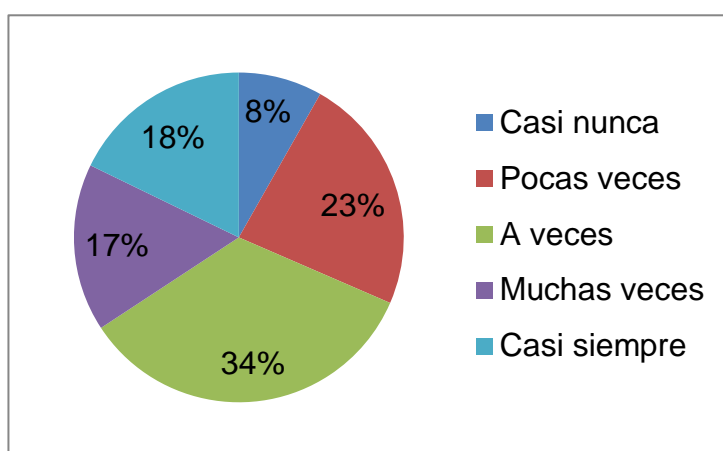
Interpretación: La población evaluada ocasionalmente genera manifestaciones afectivas en su vida cotidiana, esto conlleva a constituir individuos inseguros, con inestabilidad emocional, complejos de inferioridad dentro de los miembros del sistema familiar.

Tabla 7

5.- Expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa		
Casi nunca	6	8%
Pocas veces	17	23%
A veces	25	34%
Muchas veces	12	17%
Casi siempre	13	18%
TOTAL	73	100%

Grafico 7

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013



Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Análisis: El 8% de la población evaluada casi nunca se expresa de forma clara y directa en el sistema familiar, el 23% pocas veces, 34% a veces, 17% muchas veces, 18% casi siempre.

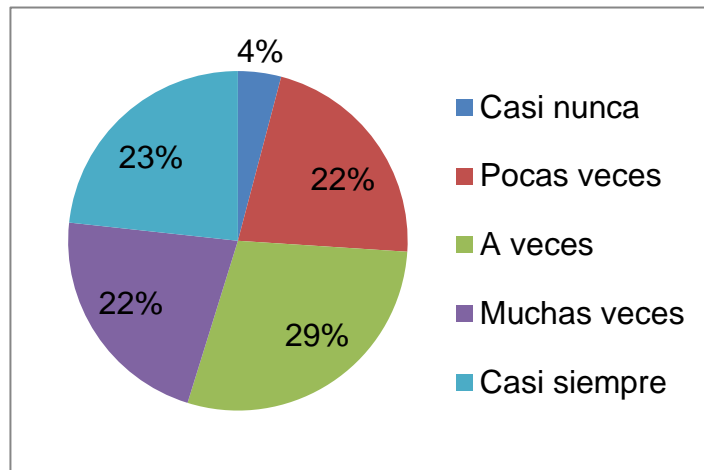
Interpretación: En la población evaluada ocasionalmente se expresa de forma clara y directa dentro del sistema familiar generando dificultad en el nivel de contenido de comunicación por ende el nivel de relación de los miembros del sistema se ve afectado.

Tabla 8

6.- Pueden aceptar los defectos de los demás y sobre llevarlos		
Casi nunca	3	4%
Pocas veces	16	22%
A veces	21	29%
Muchas veces	16	22%
Casi siempre	17	23%
TOTAL	73	100%

Grafico 8

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
Autora: Aleiandra Salazar. 2013



Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Análisis: El 4% de la población evaluada casi nunca pueden aceptar los defectos de los demás y sobre llevarlos en el sistema familiar, el 22% pocas veces, 29% a veces, 22% muchas veces, 23% casi siempre.

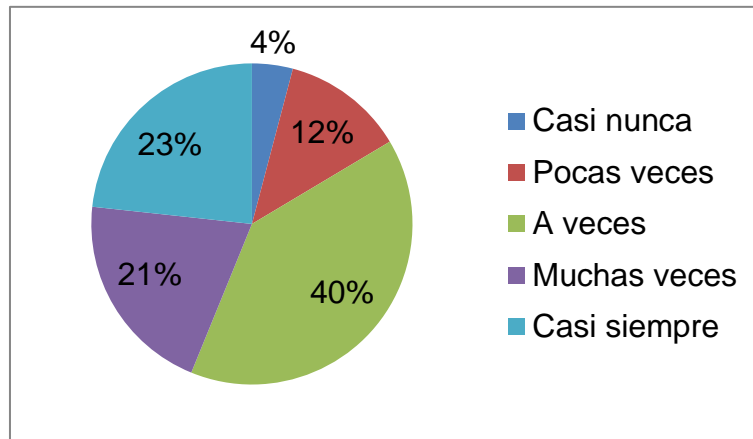
Interpretación: Es escasa la diferencia entre porcentajes de la población evaluada sin embargo con una mínima diferencia ocasionalmente aceptan los defectos de los miembros del sistema familiar, lo cual la adaptabilidad a las individualidades y cambios que experimenten en los ciclos vitales por los cuales atraviesa los miembros de la familia se dificultan.

Tabla 9

7.- Toma en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes		
Casi nunca	3	4%
Pocas veces	9	12%
A veces	29	40%
Muchas veces	15	21%
Casi siempre	17	23%
TOTAL	73	100%

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Alejandra Salazar, 2013

Grafico 9



Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Alejandra Salazar, 2013

Análisis: El 4% de la población evaluada casi nunca toma en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes en el sistema familiar, el 12% pocas veces, 40% a veces, 21% muchas veces, 23% casi siempre.

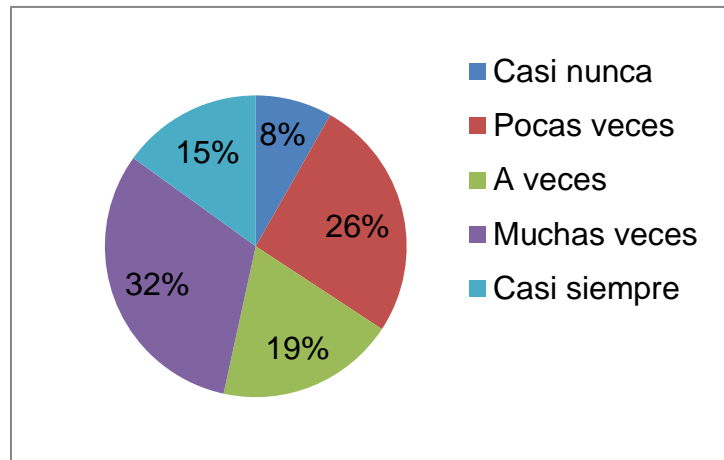
Interpretación: En la población evaluada ocasionalmente toma en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones siendo este el de mayor predominio dentro de las familias sometidas a investigación, dificultando el aprendizaje para el afrontamiento de las crisis que en ellos se presente.

Tabla 10

8.- Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan		
Casi nunca	6	8%
Pocas veces	19	26%
A veces	14	19%
Muchas veces	23	32%
Casi siempre	11	15%
TOTAL	73	100%

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Grafico 10



Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Análisis: El 8% de la población evaluada casi nunca cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan en el sistema familiar, el 26% pocas veces, 19% a veces, 32% muchas veces, 15% casi siempre.

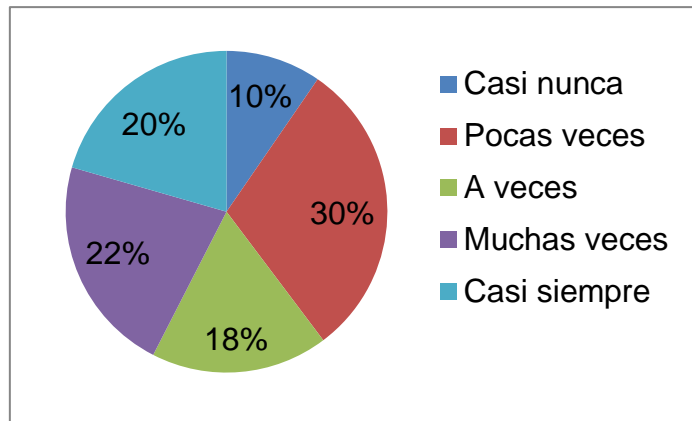
Interpretación: La población evaluada menciona que frecuentemente proporciona ayuda ante los problemas que algún miembro del sistema familiar presente, la cohesión se manifiesta dentro del sistema, y es un porcentaje mínimo que no se ayuda mutuamente en el núcleo.

Tabla 11

9.- Distribuye las tareas de forma que nadie este sobrecargado		
Casi nunca	7	10%
Pocas veces	22	30%
A veces	13	18%
Muchas veces	16	22%
Casi siempre	15	20%
TOTAL	73	100%

Grafico 11

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013



Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Análisis: El 10% de la población evaluada casi nunca distribuye tareas de forma que nadie este sobre cargado en el sistema familiar, el 30% pocas veces, 18% a veces, 22% muchas veces, 20% casi siempre.

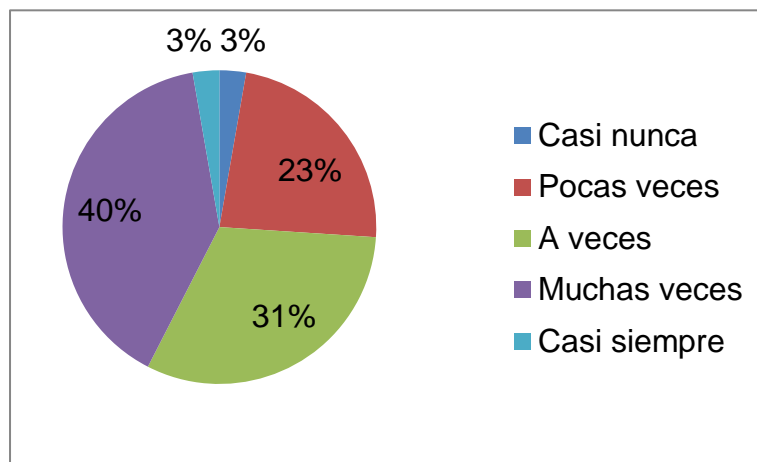
Interpretación: La población evaluada en escasas ocasiones distribuye las tareas del núcleo familiar es decir los roles y la convivencia no son estructurados de manera adecuada, lo que podría generar una sobre carga de responsabilidades en un solo miembro del sistema, y un porcentaje mínimo casi nunca se distribuye de forma equitativa las tareas del sistema familiar.

Tabla 12

10.- Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones		
Casi nunca	2	3%
Pocas veces	17	23%
A veces	23	31%
Muchas veces	29	40%
Casi siempre	2	3%
TOTAL	73	100%

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Grafico 12



Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Análisis: El 3% de la población evaluada casi nunca las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones dentro del núcleo, el 23% pocas veces, 31% a veces, 40% muchas veces, 3% casi siempre.

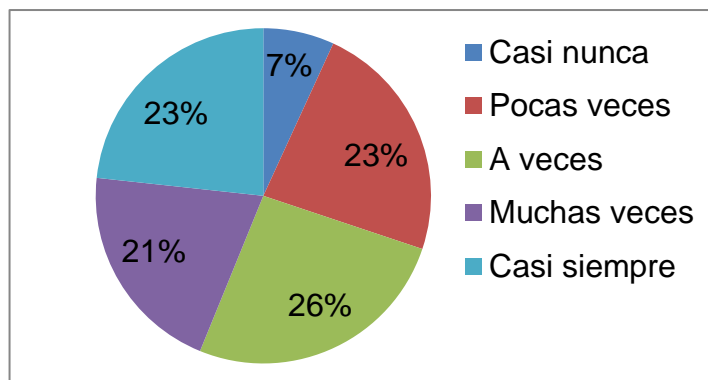
Interpretación: La población evaluada de manera frecuente modifica las costumbres familiares antes situaciones determinadas, mostrando flexibilidad ante las necesidades de los miembros del sistema, y con un mínimo porcentaje se manifiesta rigidez ante las costumbres del núcleo familiar.

Tabla 13

11.- Conversar diversos temas sin temor		
Casi nunca	5	7%
Pocas veces	17	23%
A veces	19	26%
Muchas veces	15	21%
Casi siempre	17	23%
TOTAL	73	100%

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Gráfico 13



Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Análisis: El 7% de la población evaluada casi nunca las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones dentro del sistema, el 23% pocas veces, 26% a veces, 21% muchas veces, 23% casi siempre.

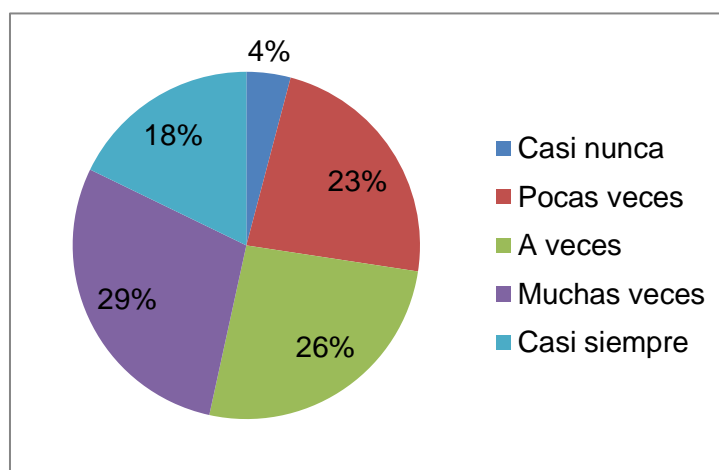
Interpretación: La población evaluada se evidencia que dentro del sistema familiar ocasionalmente pueden conversar de diferentes temas sin temor, en la cual no se produce la comunicación complementaria sino más bien una simétrica en la cual las jerarquías se ven anuladas por el sistema familiar.

Tabla 14

12.- Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas		
Casi nunca	3	4%
Pocas veces	17	23%
A veces	19	26%
Muchas veces	21	29%
Casi siempre	13	18%
TOTAL	73	100%

Grafico 14

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013



Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Análisis: El 4% de la población evaluada casi nunca ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas, el 23% pocas veces, 26% a veces, 29% muchas veces, 18% casi siempre.

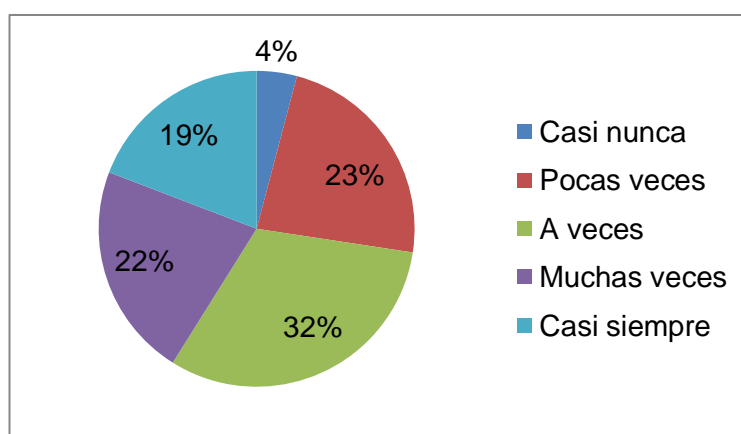
Interpretación: La población evaluada frecuentemente posee la capacidad de permeabilidad dentro del núcleo familiar para poder tomar experiencias de otras familias con el fin de generar ayuda para el sistema, tomando a las crisis como un aprendizaje.

Tabla 14

13.- Los intereses y necesidades de cada cual son representados por el núcleo familiar		
Casi nunca	3	4%
Pocas veces	17	23%
A veces	23	32%
Muchas veces	16	22%
Casi siempre	14	19%
TOTAL	73	100%

Grafico 14

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013



Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Aleiandra Salazar. 2013

Análisis: El 4% de la población evaluada casi nunca los intereses y necesidades de cada cual son representados por el núcleo familiar, el 23% pocas veces, 32% a veces, 22% muchas veces, 19% casi siempre.

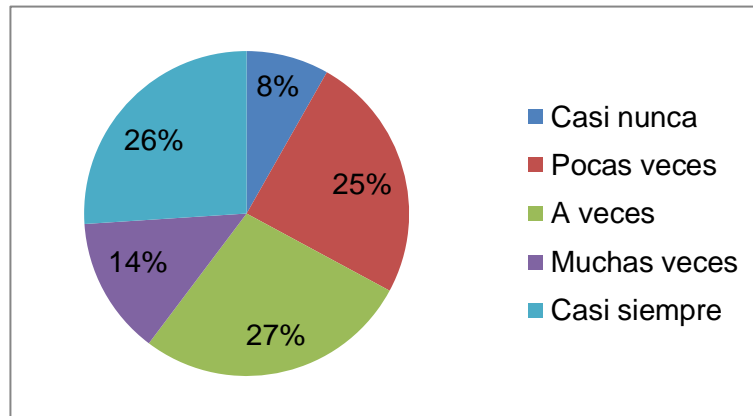
Interpretación: La población evaluada ocasionalmente corresponde a los intereses y necesidades individuales con los de la familia, dándose así una ruptura de la armonía y la pérdida de un equilibrio emocional positivo dentro del sistema.

Tabla 14

14.- Demostrar el cariño que se tienen		
Casi nunca	6	8%
Pocas veces	18	25%
A veces	20	27%
Muchas veces	10	14%
Casi siempre	19	26%
TOTAL	73	100%

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Alejandra Salazar, 2013

Grafico 14



Fuente: Test de Funcionalidad Familiar
 Autora: Alejandra Salazar, 2013

Análisis: El 8% de la población evaluada casi nunca se demuestra el cariño que se tienen, el 25% pocas veces, 27% a veces, 14% muchas veces, 26% casi siempre.

Interpretación: La población evaluada ocasionalmente poseen la capacidad de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros, manifestando en el individuo carencia afectiva e inseguridad dentro y fuera del sistema familiar.

4.1.3. Interpretación De Relación De Variables

4.1.3.1. Hipótesis General

$$X^2 = \frac{(O - E)^2}{E}$$

En donde:

X^2 = Chi Cuadrado

O= Frecuencias Observadas

E= Frecuencias Esperadas

Variable Independiente: Cuestionario de Funcionamiento Familiar

Variable Dependiente: AUDIT

4.1.3.2. Frecuencias Observadas

Ff-Sil AUDIT	Familia Severamente Disfuncional	Familia Disfuncional	Familia Moderadamente Funcional	Familia Funcional	Total
Bebedor sin problemas	0	5	3	7	15
Bebedor en riesgo	2	27	11	2	42
Problemas físicos y psíquicos	1	10	4	1	16
Total	3	42	18	10	73

Cuadro: N°.15

Autora: Alejandra Salazar, 2013

4.1.3.3. Frecuencias Esperadas

TFF AUDIT	Familia Severamente Disfuncional	Familia Disfuncional	Familia Moderadamente Funcional	Familia Funcional
Bebedor sin problemas	0,6164	8,36	3,698	2,054
Bebedor en riesgo	1,726	24,164	10,356	5,753
Problemas físicos y psíquicos	0,657	9,205	3,945	2,191

Cuadro: N°.16

Autora: Alejandra Salazar, 2013

Zona de Aceptación o Rechazo

Grados de Libertad (gl)= (Filas-1) (Columnas-1)

$$gl= (f-1)(c-1)$$

$$gl= (3-1)(4-1)$$

$$gl= (2)(3)$$

$$gl= 6$$

Nivel de Significación= 0.05%

El valor tabulado de X^2 (x^2_t) con 12 grados de libertad y su nivel de significación del 0.05% es igual al 12.592

4.1.3.4. Cálculo Matemático

O	E	O-E	(O-E) ²	(O-E) ² /E
0	0,6164	-0,6164	0,3799	0,616
5	8,630	-3,63	13,1769	1,527
3	3,698	-0,698	0,4872	0,132
7	2,054	4,946	24,4629	11,910
2	1,726	0,274	0,0751	0,043
27	24,164	2,836	8,0429	0,333
11	10,356	0,644	0,4147	0,040
2	5,753	-3,753	14,0850	2,448
1	0,657	0,343	0,1176	0,179
10	9,205	0,795	0,6320	0,069
4	3,945	0,055	0,0030	0,001
1	2,191	-1,191	1,4185	0,647
		0	TOTAL	17,946

Cuadro: N° 17

Fuente: Cuestionario de Funcionamiento Familiar y AUDIT

Autora: Alejandra Salazar, 2013

4.1.3.5. Regla de Decisión

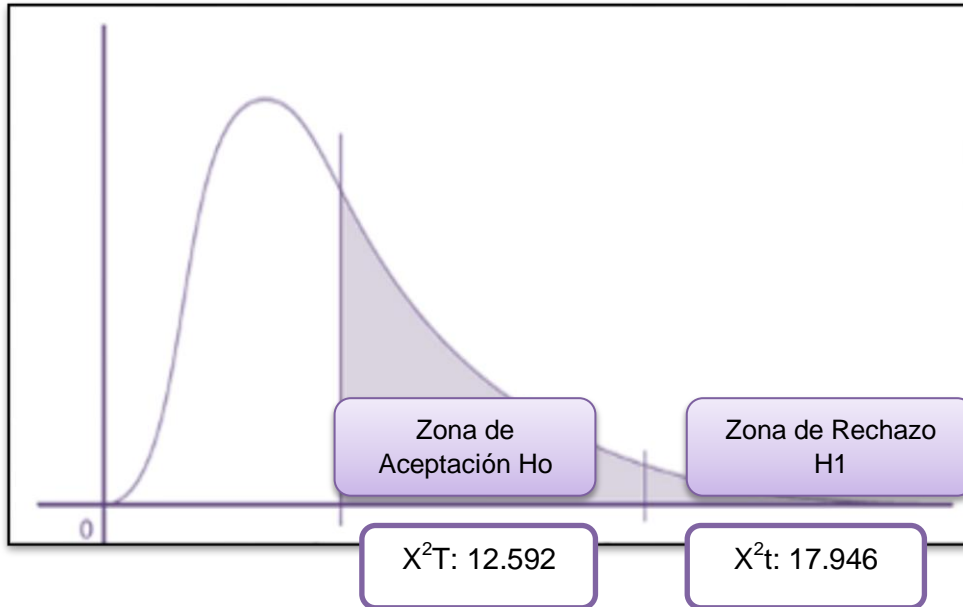
Cálculo de X^2

$X^2_c = 17.946 > X^2_t = 12.592$ se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) y se acepta la Hipótesis Alternativa (H_1)

Por consiguiente el Consumo de alcohol si incide en la funcionalidad familiar en el Barrio Yanayacu perteneciente al Cantón Salcedo en el periodo marzo 2012 noviembre 2012.

4.1.3.6. Distribución del Chi Cuadrado X^2 de los Valores Calculados

Cuadro N^o. 18



4.2 Verificación de Hipótesis

Hipótesis general

“Consumo de alcohol si incide en la funcionalidad familiar en el Barrio Yanayacu perteneciente al Cantón Salcedo en el periodo marzo 2012 noviembre 2012”.

Verificación:

Se comprueba la hipótesis tras haber realizado el Cálculo Matemático del Chi Cuadrado (X^2), donde se obtiene como conclusión $X^2_c=17.946 > x^2_t=12.592$ en donde se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) y se acepta la Hipótesis Alterna (H_1), por ende dentro de la población investigada del barrio Yanayacu perteneciente al cantón Salcedo se evidencia la incidencia en la funcionalidad familiar tomando en cuenta el diagnóstico de las evaluaciones sobre la funcionalidad familiar y sus derivaciones correspondientes en cuanto a comunicación, cohesión, armonía, permeabilidad, afectividad, roles, adaptabilidad encontramos que, y el 51%(tabla N°2) presenta disfuncionalidad el cual es un porcentaje elevado con relación a los resultados en las estadísticas de funcionalidad familiar y moderadamente funcional y familia severamente disfuncional. Por lo expuesto anteriormente la hipótesis se comprueba ya que los porcentajes altos develan afectación al sistema familiar de manera significativa.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.1. Conclusiones

- La presente investigación tras haber realizado el Cálculo Matemático del Chi Cuadrado (X^2), se obtuvo un $X^2_c=17.946 > x^2_t=12.592$ por ende se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) y se acepta la Hipótesis Alterna (H_1) afirmando que existe una correlación directa entre las variables.
- Como se evidencia en la interpretación del test de Audit vemos que la población sometida a investigación el 66% son bebedores en riesgo es decir con alta probabilidad de generar dependencia alcohólica y el 20% de los individuos devela problemas físicos y psíquicos con la bebida lo que ocasiona efectos colaterales que este conlleva tales como , si tomamos en cuenta estos porcentajes se observa que la población se halla altamente vulnerable antes el consumo de alcohol ya que tan solo el 14% son bebedores sin problema del 100% que fueron investigados.
- En el análisis de la funcionalidad familiar el 51% de la población son familias disfuncionales, es decir roles, jerarquías, limites, comunicación se ven afectados, y es aquí que se gestan problemáticas psicosociales, el 25% familia moderadamente funcional en las cuales se desdibuja los parámetros estabilidad familiar como armonía, afecto cohesión, el son 20% familias funcionales en las cuales el trabajo de tipo preventivo tendrá resultados favorables.
El 4% de la población son familias severamente disfuncionales, siendo este el principal grupo de trabajo a nivel cognitivo.

5.1.2._ Recomendaciones

- Es importante continuar con procesos investigados a nivel rural, en vista este sector importante del país presenta con mayor incidencia alteración en la dinámica social, siendo el alcoholismo el fenómeno de mayor prevalencia con la afectación personal y familiar en esta comunidad.
- Es importante trabajar terapéuticamente con el sistema familiar para implementar nuevos roles, reglas adecuadas para un equilibrio emocional tanto de los padres como de los hijos, brindar herramientas de comunicación asertiva.
- Es significativo el proceso de sensibilización involucrar de forma participativa a los estamentos de la comunidad tales como, presidente barrial, asamblea general, junta parroquial con el fin de brindar planes estratégicos que permitan realizar actividades de prevención primaria en conjunto con la Universidad Técnica de Ambato a través de sus pasantes, tesistas y profesionales que dormán parte del área de psicología clínica.
- Surge la necesidad de solicitar a la Universidad Técnica de Ambato se fortalezcan proyectos de investigativos de los diversos fenómenos psicológicos en promoción y prevención y el trabajo en la comunidad teniendo oportunidad de alimentación adecuada, por ende no tienen acceso a un control de salud mental, sin duda alguna esta labor fortalecerá la misión vinculante que tienen los centros de formación superior de nuestro país hacia la comunidad.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 Título: Aplicación de la terapia cognitiva de Aaron T. Beck en Drogodependencia en las familias que pertenecen al Barrio Yanayacu del Cantón Salcedo en el periodo comprendido entre los meses Marzo- Noviembre 2012.

6.2 Datos informativos

Institución beneficiada: Barrio Yanayacu

Provincia: Cotopaxi

Cantón: Salcedo

Parroquia: Región Centro

Responsable: Alejandra Salazar

Fecha de elaboración: 25 de Junio de 2012

Fecha de Ejecución: Desde el 5 de Septiembre de 2012 hasta el 5 de Febrero de 2013

Institución Ejecutora: Universidad Técnica de Ambato en la especialidad de Psicología Clínica.

Beneficiarios: La presente investigación, está destinada a beneficiar directamente a los moradores del Barrio Yanayacu y a sus respectivas familias.

6.3 Antecedentes:

Los datos a presentarse en este punto de la propuesta constituyen una fuente real de la obtención de información mediante los reactivos psicológicos aplicados, y estos son los siguientes:

Tras haber aplicado el Test de AUDIT, para determinar el nivel de alcoholismo se detectó que el 14% de personas evaluadas son bebedores sin problemas, 66% bebedores en riesgo, y el 20% se manifiesta problemas físicos y psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica.

Para evaluar la variable dependiente se aplicó el test de funcionamiento familiar revelando los siguientes datos: El 4% son familias severamente disfuncionales, 51% familias disfuncionales, 25% familias moderadamente funcionales y por último un 20% familia funcionales.

Las decisiones importantes dentro del grupo familiar revelan que el 4% de la población casi nunca toma decisiones entra toda la familia, el 14% pocas veces, 34% a veces, 37% muchas veces, 11% casi siempre.

La predominancia de la armonía se vio reflejada en un 4% de la población casi nunca predomina la armonía en el sistema familiar, el 31% pocas veces, 25% a veces, 19% muchas veces, 21% casi siempre.

El cumplimiento de responsabilidades dentro del sistema familiar, el 4% de la población evaluada casi nunca cumple sus responsabilidades en el sistema familiar, el 29% pocas veces, 26% a veces, 20% muchas veces, 21% casi siempre.

La expresión de afecto estuvo presente en un 4% de la población evaluada casi nunca genera manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana en el sistema familiar, el 25% pocas veces, 33% a veces, 18% muchas veces, 20% casi siempre.

Con lo referente a la manera de expresión que prima en este tipo de familias el 8% de la población evaluada casi nunca se expresa de forma clara y directa en el sistema familiar, el 23% pocas veces, 34% a veces, 17% muchas veces, 18% casi siempre.

La pregunta relacionada a la adaptación y aceptación de defectos dentro del sistema familiar emitió datos en los que el 4% de la población

evaluada casi nunca pueden aceptar los defectos de los demás y sobre llevarlos en el sistema familiar, el 22% pocas veces, 29% a veces, 22% muchas veces, 23% casi siempre.

El modelo de aprendizaje familiar se evidencio en el 4% de la población evaluada casi nunca toma en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes en el sistema familiar, el 12% pocas veces, 40% a veces, 21% muchas veces, 23% casi siempre.

La interrogante que hace referencia a que cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan, un 8% de la población evaluada casi nunca cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan en el sistema familiar, el 26% pocas veces, 19% a veces, 32% muchas veces, 15% casi siempre.

La distribución de tareas dentro del grupo familiar en un 10% de la población evaluada casi nunca distribuye tareas de forma que nadie este sobre cargado en el sistema familiar, el 30% pocas veces, 18% a veces, 22% muchas veces, 20% casi siempre.

Las costumbres en este grupo familiar en un 3% de la población evaluada casi nunca las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones dentro del núcleo, el 23% pocas veces, 31% a veces, 40% muchas veces, 3% casi siempre.

Con lo referente a el modo de conversar distintas cosas en el hogar el 3% de la población evaluada casi nunca las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones dentro del sistema, el 23% pocas veces, 31% a veces, 40% muchas veces, 3% casi siempre.

Ante situaciones conflictivas el sistema familiar en un 4% de la población evaluada casi nunca ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas, el 23% pocas veces, 26% a veces, 29% muchas veces, 18% casi siempre.

Las necesidades dentro del grupo familiar en un 4% de la población evaluada casi nunca los intereses y necesidades de cada cual son representados por el núcleo familiar, el 23% pocas veces, 32% a veces, 22% muchas veces, 19% casi siempre.

Finalmente con lo que tiene que ver con la expresión de afectos, el 8% de la población evaluada casi nunca se demuestra el cariño que se tienen, el 25% pocas veces, 27% a veces, 14% muchas veces, 26% casi siempre.

Tras obtener los resultados se ha detectado que el Barrio de Yanayacu presenta disfunción familiar por el consumo de alcohol problemáticas que actualmente necesitan una intervención inmediata para construir salud mental.

6.4 Objetivos:

6.4.1 Objetivo General:

Aplicar la terapia cognitiva de Aaron T. Beck **en drogodependencia** en las familias que pertenecen al Barrio Yanayacu del Cantón Salcedo en el periodo comprendido entre los meses Marzo-Noviembre 2012

6.4.2 Objetivos Específicos:

- Modificar comportamientos adictivos en los pacientes que presenta problemas en Funcionalidad Familiar producto del consumo de alcohol.
- Fortalecer el ambiente familiar funcional con el fin de equilibrar patrones comportamentales del sistema que se encuentran disfuncionales.

6.5 Justificación:

El consumo de alcohol es considerado un problema de salud que afecta gravemente a los grupos sociales y que lamentablemente va en

incremento, por dicho motivo se hace importante aplicar un modelo sistémico que abarque a todos los entes relacionados en esta clase de problemática social.

Es factible porque disponemos de la población, es decir del grupo de familias del barrio Yanayacu del Cantón Salcedo y de la predisposición de las autoridades

Según el Presidente del Barrio es necesario implantar cambios en la actitud de los sistemas familiares.

El diseño y aplicación de la presente propuesta constituye en esencia pura un aspecto original y novedoso ya que como se argumentó anteriormente en nuestro medio social no existen planificaciones que aborden la problemática planteada desde un punto integrativo en donde los actores principales son la familia y donde también se abarque el punto de vista preventivo.

Por consiguiente el impacto que se generará será productivo pues se estará interviniendo en grupos familiares que debido al consumo de alcohol han deteriorado sus esferas: laborales, personales, sociales y familiares.

Para finalizar con el justificativo de la propuesta de intervención psicoterapéutica del trabajo investigativo debo mencionar que los beneficiarios directos serán los sistemas familiares con alguno de sus miembros bebedores en riesgo y también la sociedad misma que verá disminuir una problemática tan arraigada como es el consumo de alcohol.

6.6 Fundamentación Teórica:

La corriente psicológica que guiará la propuesta psicoterapéutica tendrá sus bases a Nivel Cognitivo, todo esto con el fin de modificar distorsiones cognitivas, identificar conflictos dentro del sistema familiar, conjuntamente con psicoeducación dirigida a la familia con el fin de brindar información

sobre el consumo de alcohol de las consecuencias a posteriori que trae una posible adicción.

6.6.1 Psicoeducación

Psicoeducar es algo más que impartir o recibir un cúmulo de conocimientos en torno a la salud mental. Es una tarea, responsabilidad y compromiso en la prevención y promoción de la salud.

Psicoeducar es:

Una conducta: el modo de guiarse y actuar la propia persona en todos los ámbitos y circunstancias, con hábitos y estilos saludables.

Aprendizaje: proceso mediante el cual la experiencia causa un cambio permanente en el conocimiento y en la conducta.

Conocimiento: averiguar las naturalezas, cualidades y relaciones de las cosas; entender en un asunto con la debida facultad para ello. El conocimiento es el resultado del aprendizaje.

Perspectiva cognoscitiva del aprendizaje: planteamiento que considera el aprendizaje como un proceso mental activo que consiste en adquirir, recordar y utilizar el conocimiento.

Comprender: la capacidad de adquirir e integrar conocimiento, aptitudes y conceptos (categoría general de ideas, objetos, personas o experiencias cuyos elementos comparten ciertas propiedades).

Atención: enfoque en un estímulo. En nuestro caso la atención está centrada en el problema del alumno – paciente, pero también en sus posibilidades saludables.

Percepción: captación, interpretación y decodificación de la información recibida.

Motivación: estado interno que despierta, dirige, mantiene y pone en movimiento la conducta. La motivación necesita un ideal afectivo, espiritual para alimentarse. La motivación es relacional.

Enseñanza: es el acto vincular por el que una persona transmite a otra relacionalmente un cúmulo de información (datos, saberes, experiencias, métodos, conocimientos, vivencias, testimonios, estímulos, ideales) con el fin de que el enseñado resulte informado y formado para desenvolverse saludablemente en la vida con autonomía y responsabilidad. La enseñanza en psicoeducación no está centrada exclusivamente en el problema de un paciente o alumno, sino en la persona.

Autoevaluación: todo aprender a través de una enseñanza implica una autoeducación que a su vez permite la autoevaluación tanto personal como grupal de la adquisición, aplicación y transmisión de los conocimientos y destrezas para la mejor competencia.

Estructuración cognitiva: es decir cómo repensar a través de la reestructuración de las experiencias nuevas maneras de buscar y encontrar un aprendizaje dentro de salud mental. (Alvin y Heidi Tofler. 1996)

La psicoeducación es de vital importancia dentro de la propuesta psicoterapéutica puesto que presenta información que ayude a al tratamiento de problemáticas a nivel de salud mental, y la vez el psicoeducar esta complementada por las técnicas de terapia cognitiva que serán enfocadas en los miembros del sistema familiar consumidores de alcohol, sin embargo antes de ingresar a las técnicas cognitivas cabe mencionar que la psicoeducación estará guiada por la terapia explicativa.

6.6.2_ Terapia explicativa

El clínico trabaja las fuentes y orígenes de los síntomas del trastorno en profundidad. Dedicar tiempo a explicar con detalle la naturaleza del

trastorno se asocia a una significativa reducción de los miedos y creencias disfuncionales, de las personas que rodean al paciente (David H. Barlow - V. Mark Durand 2003)

Mediante esta terapia explicativa se puede brindar la información necesaria sobre signos, síntomas, el cual ayuda al proceso de psicoeducación, mientras que las técnicas de terapia cognitiva tratan las creencias relacionadas con el consumo de sustancias.

6.6.3._Técnicas de Terapia Cognitiva

Para obtener resultados óptimos, la mejor forma de tratar los círculos viciosos asociados con el abuso de sustancias es mediante una combinación de técnicas cognitivas y conductuales. Las técnicas cognitivas tratan las creencias relacionadas con el consumo de sustancias y los pensamientos automáticos que los contribuyen a los impulsos y los craving, mientras que las técnicas conductuales se centran en las acciones que interactúan casualmente con procesos cognitivos. Las técnicas conductuales ayudan al paciente a probar lo acertadas que son las creencias relacionadas con las drogas que disparan y perpetúan el uso de las mismas, y se utilizan también para enseñar a los pacientes habilidades (p.ej, asertividad y relajación) que les permitirán tratar con situaciones de alto riesgo, impulsos y craving de consumir. A continuación se describirán algunas técnicas más comunes y más ampliamente usadas en la terapia cognitiva. Aunque algunas de estas técnicas han sido adaptadas para el uso específico con el abuso de sustancias, la mayoría son aplicables a pacientes que comprenden todo el espectro diagnóstico.

Principios Básicos

La relación terapéutica.

La eficacia de las técnicas cognitivas y conductuales dependen, en gran medida, la relación entre el terapeuta y el paciente. Beck y otros (1979) explicaron que dicha relación requiere que el terapeuta se muestre cálido,

empático, y sincero. Sin estos aspectos de la terapia se convierte en una mera “orientación propagandista”.

La conceptualización cognitiva del caso

Para un tratamiento efectivo se requiere una conceptualización cognitiva amplia y precisa. La conceptualización del caso se ha definido como recoger, sintetizar e integrar los datos relativos al paciente, de forma que generen hipótesis refutables acerca de la etiología y tratamiento de las creencias desadaptativas de varios pacientes y de otros síntomas que pueden ser formuladas y comprobadas. Estos datos incluyen información demográfica, presentación del problema diagnóstico del DSM-III, perfil evolutivo y perfil cognitivo del paciente. Sin una conceptualización del caso adecuada, la elección de técnicas específicas puede ser arbitraria e incluso inapropiada para un paciente determinando.

El método socrático

En la terapia cognitiva se consigue una mejor interacción entre el paciente y el terapeuta si se utiliza frecuentemente el método socrático. Mediante el método socrático, los pacientes son guiados a través de un proceso de descubrimiento de sus patrones de pensamiento y acción distorsionada. A pesar de que la terapia cognitiva comprende aprender nuevas creencias y conductas, estas nos e pueden enseñar mediante lecciones o sermoneando. Por el contrario, la terapia cognitiva utiliza preguntas para probar algo, reflexiones, resúmenes e hipótesis para poder elicitir, examinar y refutar las creencias básicas y los pensamientos automáticos de los pacientes.

Overholser (1987) proporciono una descripción excelente del método socrático. Explico que “el método socrático de intervención anima al cliente a contemplar, evaluar y sintetizar diversas fuentes de información”. Este proceso, cuando se realiza adecuadamente, debería reducir “la angustia subjetiva” y “la sintomatología aguda”. Overholser

explico además que el método de cuestionamiento socrático proporciona insight y toma de decisiones racional haciendo que el paciente este atento a la información importante. Lo más relevante es que este proceso configura el pensamiento mediante un cuestionamiento activo y la reflexión selectiva. El objetivo del método socrático es, para el paciente, aprender a pensar de forma independiente (autónomamente) y de forma racional.

Asignación de actividades entre sesiones

En gran medida, el éxito en la terapia se ve facilitado por la realización de actividades entre sesiones formales (asignadas) e informales (espontaneas) externas a la terapia (Burns Y Auerbach, 1992; Persons y otros,1988). La asignación de actividades entre sesiones formales comprende la práctica de técnicas cognitivas y conductuales entre las sesiones, donde el cambio es lo mas importante. Para estar del todo seguros de las actividades entre sesiones, las asignaciones de las mismas se deberían realizar conjuntamente, siempre que sea posible, entre el terapeuta y el paciente. Además, el terapeuta debería chequear si el paciente comprende la especificidad de la asignación y sus razones, practicándolas antes, en la sesión. El terapeuta y el paciente pueden unir sus esfuerzos para anticipar las posibles barreras con las que se encontrara el paciente para completar sus actividades entre sesiones y se pueden hacer planes alternativos para el caso de que dichas actividades entre sesiones no se pueden realizar. La realización de la tarea será reforzada más adelante si el terapeuta chequea regularmente el estatus de las tereas asignadas previamente a dicha sesión.

Técnicas cognitivas

Análisis de las ventajas y desventajas

La persona que utiliza sustancias suele mantener creencias que minimizan las desventajas y maximizan las ventajas de tomar dichas

sustancias. Por eso el análisis de las ventajas y desventajas es una técnica de terapia cognitiva extremadamente útil. En el análisis de ventajas y desventajas, se controlaba al paciente a través de un proceso de enumeración y reevaluación de las ventajas y desventajas del consumo de sustancias. Se suele dibujar un matriz de cuatro celdas para los pacientes y se les insta a que llenen cada celda con las consecuencias escritas de tomar versus no tomar sustancias.

Cuando el análisis de ventajas y desventajas tiene éxito, el paciente consigue tener una visión más precisa, objetiva y equilibrada del consumo de las sustancias que la que tenía previamente. Tal y como dijimos antes, aquellos que abusan de las sustancias tratan de alguna forma de minimizar sus problemas relacionados con las mismas y maximizar los beneficios asociados a tomarlas.

Identificar y modificar las creencias asociadas con la droga.

Los individuos que abusan de las drogas normalmente no están atentos a las creencias que tiene asociadas a dichas sustancias, y contemplan casi siempre ese abuso como función de factores extrínsecos, por ejemplo, se suelen atribuir el hecho de fumar cigarrillos al “estrés”, antes que a sus actitudes acerca de fumar o consumir alcohol. Por tanto, es esencial ayudar a los pacientes a controlar e identificar sus creencias acerca de las drogas y su uso.

En terapia cognitiva se muestran estas creencias a las personas que utilizan sustancias, y luego se aplica a sus patrones de abuso de sustancias. Específicamente, el terapeuta explica e ilustra el “modelo cognitivo de abuso de sustancias”. Cuando los pacientes saben controlar sistemáticamente sus creencias y pensamientos automáticos relacionados con el consumo de sustancias y cuando se demuestran que estos procesos cognitivos están relacionados con su consumo de sustancias subsiguiente, esos pacientes saben explicar que comprender mejor por que utilizan sustancias y porque es mejor no usar sustancias.

La técnica de flechas descendentes

Es muy común que los pacientes con abuso de sustancias tengan pensamientos catastróficos (todo o nada, o bien exageración) no solo acerca de abusos de sustancias si no acerca de ellos mismo, y sobre su futuro (la triada cognitiva, Beck, 1976) dichos pensamientos suelen ser:

“Mi vida se está desmoronando”

“Me desmoronare si no puedo tener una dosis”

“No puedo hacer nada bien”

La técnica de flechas descendentes es muy útil para tratar creencias de este tipo. Muchos pacientes son incapaces de articular estas creencias subyacentes, hasta que se les insta para que consideren el significado personal que sus pensamientos mas manifiestos tienen para ellos. Por tanto, cuando los pacientes exhiben emociones negativas intensas que parecen ser mucho más importantes que lo que sus pensamientos automáticos pudiesen originar, los terapeutas suelen pedir a los pacientes que intenten profundizar un poco mas formulándose variaciones sucesivas de la pregunta” ¿Qué significa eso para ti? Frecuentemente, el final de la cuestión coincide con el descubrimiento de una creencia nuclear o subyacente. Esta técnica ayuda a “descatastrofizar” es decir reevaluar y modificar los pensamientos catastróficos.

Retribución de responsabilidad

Las personas que toman sustancias tienden atribuir dicha conducta a factores externos. Por ejemplo, el alcohólico atribuirá a su hábito de beber a un matrimonio infeliz, a un trabajo estresante o a compañeros de bebida que ejercen presión para que “sea uno de ellos”. El terapeuta puede ayudar a los individuos a reatribuir las responsabilidades de su uso de sustancias de forma que puedan tomar iniciativas para modificar sus

conductas de abuso de sustancias. La reatribución de responsabilidad requiere aplicación habilidosa del método socrático, de forma que los pacientes no sienten que sus terapeutas les estén juzgando o acusando.

Registro diario de pensamientos (RDP)

El registro diario de pensamientos (RDP) es una estrategia fundamental en la terapia cognitiva, que ha sido útil en el tratamiento de la depresión, ansiedad y otros estados de ánimo problemáticos (Beck otros, 1979; Burns, 1980). El RDP estándar consiste en un formato de cinco columnas que completa el paciente.

Aquellos que abusan de sustancias tienden a hacerlo como resultado de sus creencias acerca de las sustancias. Por ejemplo, la persona que abusa de las sustancias, antes de ir a la taberna de la esquina tendrá creencia de que “Necesito una bebida”. Mediante la utilización de el RDP, el paciente es capaz de examinar esta creencia y considerar su validez de forma más sistemática y objetiva.

Además el RDP proporciona un lapso de tiempo entre el impulso inicial durante el cual el paciente puede escoger no beber(o consumir drogas), y experimentar una disminución natural del craving. Además el RDP proporciona un método para afrontar los estados del ánimo negativos, de forma que no sea tan probable disparar el consumo de sustancias.

Un método útil para enseñar a los pacientes a generar respuestas racionales objetivas comprende la aplicación de una serie de preguntas abiertas estas cuestiones serian las siguientes:

¿Qué evidencias concretas y objetivas apoyan a refutar mis pensamientos automáticos y creencias?

¿Hay otras maneras de que pueda contemplar la situación? ¿Hay alguna ventaja de que la disfrace?

¿Qué es la peor cosa que me puede pasar? ¿Cuál es la mejor cosa?
¿Qué es lo más probable que pase realmente?

Cualquiera de estas cuestiones puede ayudar a estimular a los pacientes a pensar en respuestas racionales. Hemos encontrado que la aplicación regular de estas preguntas se convierte en una actividad entre sesiones excelente y que les ayuda para que saquen el máximo beneficio del RDP.

Imaginación

La técnica de imaginación se puede utilizar con los que consumen sustancias para ayudarles a visualizar el “autocontrol” y evitar el abuso de sustancias. La imaginación puede ser una técnica muy útil para que los pacientes se centren en las creencias relacionadas con las sustancias y los pensamientos automáticos, o bien distrayéndoles de sus craving y urgencias.

También puede servir como método para cambiar las creencias y los pensamientos asociados con las sustancias. Por ejemplo, se pueden imaginar actividades positivas y divertidas como alternativas al consumo de sustancias, e imaginar una vida saludable, productiva, como resultado de estar libre de sustancias.

Técnicas conductuales

Programación y control de la actividad

Los pacientes que abusan de las sustancias tienden a involucrarse en actividades y conductas que favorecen su abuso de sustancias y a su vez, a no tomar parte en actividades que promueven algunos objetivos prosociales vitales, como son el trabajo, los hobbies, los servicios comunitarios y las relaciones estables. El control de actividades y su programación pueden ser estrategias básicas útiles para comprender y

controlar las conductas relacionadas con las sustancias y para incrementar la conductas productivas.

El proceso de control de la actividad y se su programación es simple y sencillo. El paciente recibe una rejilla formulario (el inventario de actividades diarias) que incluye los 7 días de la semana divididos en bloques de 1 hora. Durante un periodo de una semana, el paciente apunta las actividades diarias y el grado en que se sienten placer y dominio o habilidad cuando participa en dicha actividad. El placer y la habilidad, registrados en una escala de cero (nada) a diez(extrema) proporciona una indicación del estado de ánimo del paciente y la cantidad de refuerzo o satisfacción que se deriva de dicha actividad.

El inventario de actividades diarias se puede usar al menos con tres finalidades. Primero, sirve como un diario de las actividades que se realizan. Mediante la revisión de todo un inventario, el terapeuta y el paciente consigue un nivel de comprensión básico de las actividades del paciente y de cómo estas se relacionan con el consumo de sustancias. Segundo el inventario de actividades diarias puede servir como una guía prospectiva para futuras actividades. Es decir, el paciente y el terapeuta pueden usar un formulario en blanco para programar actividades alternativas que tiendan menos hacia el consumo de sustancias. Además, en la medida en que el paciente tenga necesidad de satisfacción y sentido de realización de la vida, el terapeuta puede escoger examinar las creencias nucleares del paciente acerca de ser querido y de su adecuación respectivamente.

Y por fin el inventario de actividades diarias se puede utilizar para evaluar en que medida el paciente ha estado siguiendo su programación adecuadamente. Es decir, después de que el plan de una semana se haya acabado, los pacientes se llevan a su casa un formulario en blanco para controlar sus conductas reales. Frecuentemente, los fracasos a la hora de realizar actividades planificadas suelen ser paralelas a las conductas relacionadas al consumo de sustancias, juntamente con sus

pensamientos concomitantes tales como “No puedo hacer nada correctamente” o “Nunca logro mis objetivos”. Cuando esto ocurre, el terapeuta deberá permanecer optimista, ayudando a sus pacientes a considerar que se ha obtenido información valiosa, que aun pueden conseguir los objetivos a pesar de los reveses iniciales.

Cuando los pacientes son capaces de planificar y conseguir hacer las actividades no relacionadas con el consumo de sustancias, se sienten más satisfechos y aumenta su autoeficacia; empezaran a verse menos indefensos, con más capacidad de autocontrol y con menos dependencia de las “dosis” químicas.

Experimentos conductuales

Los experimentos conductuales se utilizan para probar la validez de las creencias relacionadas con el consumo de sustancias y las creencias nucleares de los pacientes. Por ejemplo, consideremos el paciente cree: “perdería a todos mis amigos si no fumara porros”. Un experimento conductual consistiría en que este paciente participa en “actividades usuales” con su amigos, sin usar marihuana. Por lo tanto la “variable independiente” en este experimento seria la utilización de marihuana por parte del paciente. La “variable dependiente” seria mantener las amistades. El paciente se vería impedido a evitar cualquier “variación extraña” manteniendo la consistencia en todas las otras facetas de su conducta. A pesar de los resultados de estos experimentos, es probable que el paciente aprenda algunas lecciones importantes. Específicamente, si pierde a sus amigos el terapeuta les animara a examinar el significado de sus amistades anteriores a la abstinencia. Si se consigue mantener sus amistades, se espera que el paciente modifique sus creencias originales distorsionadas: “perderé a todos mis amigos si no consumo alcohol”.

Otra forma de experimentación conductual es la técnica “como si “. Utilizando esta técnica, el terapeuta animara al paciente a actuar como si

una conducta deseada o una serie de circunstancias fueran reales para él. Por ejemplo podría pedir a otros que no fumaran a su alrededor, hacer ejercicio o sentarse en las secciones de no fumadores en los restaurantes. Estas actividades se diseñan para modificar las creencias relacionadas con las drogas, así como las conductas.

Repaso conductual (role-playing invertido)

Muchos pacientes con problemas de abuso de sustancias tienen también problemas concomitantes de comunicación interpersonal (Platt y Hermalin, 1989). Consecuentemente, con frecuencia se sienten frustrados y saturados en las situaciones interpersonales, y esto genera un incremento de su vulnerabilidad para utilizar sustancias. Por lo tanto el terapeuta puede iniciar un role-playing para enseñar al paciente habilidades interpersonales efectivas.

Una forma de convencer a un paciente reticente a participar activamente en el role-playing es tomar voluntariamente el papel del paciente mientras que este presenta al "otro problemático". De esta forma, el paciente puede mostrar al terapeuta lo difícil que es manejar la situación, mientras que el terapeuta puede modelizar algunas respuestas que el paciente no había pensado antes.

Una variante más costosa de este procedimiento se ha descrito en (Moorey, 1989). Este autor sugiere que los pacientes con abuso de sustancias pueden aprender a empatizar con personas importantes en sus vidas mediante el role-playing de las personas significativas que se han visto afectadas por el abuso de las drogas realizando por el paciente. Este ejercicio también sirve para resaltar la destrucción que el abuso de sustancias ha causado en la vida personal del paciente.

Por otro lado, cuando el role-playing se repite, ayuda al paciente a desarrollar repertorios de conducta social nuevos, maduros, efectivos en

ambientes seguros, donde los errores se pueden corregir son consecuencias reales.

Entrenamiento en relajación

Frecuentemente hay un componente de ansiedad en el consumo de sustancias. Por ejemplo, los fumadores de cigarrillo y los consumidores de alcohol adictos suelen explicar que fuman o beben para relajarse. Por tanto, el abuso de drogas suele ser una forma de automedicación para las personas que tiene dificultad relajándose (Castaneda y otros, 1989; Khantzian, 1985). Incluso las personas que abusan de la cocaína por sus efectos estimulantes, se sienten ansiosas o tensas cuando prevén que van a usar drogas, especialmente si hay algún retraso entre el momento en que empieza el craving irrefrenable y el momento real en que toma la sustancia.

Por tanto, el entrenamiento en relajación puede ser una técnica útil porque proporciona al paciente un método para relajarse seguro. Segundo proporciona al paciente un periodo de tiempo después de la experiencia inicial del craving durante la cual disminuirá el mismo (Carroll, Rounsaville y Keller, 1991, Horvath, 1988). Al final, el entrenamiento en relajación será útil para establecer la creencia nueva del paciente de que controla y es responsable de sus respuestas de afrontamiento.

Asignación de actividades entre sesiones graduadas

Con frecuencia, los pacientes tienen que cambiar espectacularmente sus conductas, para facilitar que estén fuera del consumo de sustancias. Por ejemplo, el paciente que solo tiene amigos consumidores de crack tendrá que reestructurar su vida social casi por entero para minimizar las posibilidades de recaída. El sentido común y la experiencia nos dice que no es una tarea fácil. Por tanto, se anima al paciente a que se comprometa a ir aproximándose hacia las conductas deseadas para poder ir consiguiendo las metas propuestas. Por ejemplo, el paciente que

necesita, modificar sus relaciones debe ser animado a empezar a pasar el tiempo libre del consumo de sustancias con citas que no utilicen sustancias o como ir a cenar o ver una película. Al ejecutar adecuadamente esta práctica, el paciente escogerá otra tarea hasta que haya conseguido construir una nueva red social no relacionada con el consumo de sustancias.

Resolución de problemas

Los pacientes con abuso de sustancias que suelen demostrar impulsividad tienden a solucionar mal sus problemas. De hecho, en estadios avanzados del abuso de sustancias muchos pacientes o bien ignoran sus problemas (negación, evitación) y/o responden a sus problemas anestesiándolos con las sustancias. Aquellos pacientes con una larga historia de abuso de sustancias es notablemente aparente que tienen muy poca experiencia acumulada en reconocer y solucionar los problemas constructivamente.

A los pacientes con abuso de sustancias se les debe enseñar los principios de la resolución de problemas (Nezu Nezu y Perri , 1989). Los pasos de resolución de problemas son:

- 1._ Definir el problema con términos específicos y claros.
- 2._ Proponer una serie de soluciones posibles.
- 3._ Examinar los pro y los contras de cada solución propuesta (para el presente, futuro y también para aquellas personas significativas).
- 4._ Escoger la mejor solución hipotetizada.
- 5._ aplicar la conducta después de planificarla, prepararla y practicarla.
- 6._ Valorar el resultado y evaluar la solución de otros problemas posibles.

Este es un proceso largo y gradual que, además está cargado de frustración a lo largo del camino. El terapeuta debe dar siempre apoyo, tener paciencia y animar a sus pacientes a que persevere y que puedan aprender dichas habilidades.

Ejercicio

La mayor parte del abuso de sustancias es incompatible con la salud física y hacer ejercicio regularmente. Por ejemplo, parece incongruente fumar cigarrillo y practicar aeróbic regularmente. Por tanto, la actividad aeróbic regular es probable que aumente la conciencia de la persona de las desventajas de abuso de sustancias y las ventajas de dejarlo.

El terapeuta debe animar al paciente a implicarse en el ejercicio físico, como parte del programa de tratamiento. Esta actividad ayudara al paciente a redefinirse a si mismo como saludable, en forma física. Esta imagen podría causar disonancias cognitivas para el paciente y motivarlo a modificar su patrón de abuso de sustancias.

Control de estímulo

A primer avista, parecería que una estrategia efectiva para reducir el abuso de sustancias sería eliminar todos los estímulos que desencadenan el consumo de las mismas. Sin embargo, en la práctica es obvio que eso no es posible: todas las personas tendrán episodios en los que se sentirán tristes, solas, ansiosas, aburridas, frustradas o con otras fuentes internas de alto riesgo. Los ex fumadores, de forma inevitable se encuentra en lugares en los que otras personas están fumando, las personas dependientes del alcohol acaban encontrándose con anuncios tentadores y muchos individuos que toman drogas ilícitas tienen que entrar en contacto con sus familias que también abusan de dichas sustancias.

Para poder minimizar el contacto con los estímulos que disparan el consumo de sustancias, se anima a los pacientes a identificar dichos estímulos (internos y externos), que los exponen ante situaciones de alto riesgo de que se activen las creencias relacionadas con el consumo de sustancias y que a su vez disparan el consumo de las mismas (Carroll, Rounsaville y Keller, 1991). Por ejemplo algunas personas son vulnerables a los estados de ánimo negativos (aburrimiento, ansiedad, tristeza, etc.) mientras que otros son vulnerables a los estados de ánimo positivos (alegría, felicidad, diversión, etc.). En cambio otros son vulnerables a señales extrínsecas (comidas, otros consumidores, hora del día, localización geográfica, etc.). También se anima a los pacientes a que “planifiquen formas” de evitar estas señales siempre que puedan. Sin embargo, lo más importante es animar a que preparen métodos para manejar estas señales o estímulos cuando se encuentran inevitablemente con ellos. (Aaron T. Beck, Fred D. Wright, Coy F. Newman, Brice S. Lise, 2007)

6.7 PLAN OPERATIVO

	ETAPAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
FASE 1 Abordaje familiar	RELACIÓN TERAPEUTICA	Determinar los grupos de familias a intervención. Establecer la empatía y encuadre.	Presentación del grupo de trabajo. Socialización del proyecto Dinámicas grupales “alianza” Establecer compromisos de trabajo.	<i>Salón comunal</i>	<i>Investigadora</i>	Del 5 de Junio al 10 de Junio
	PSICOEDUCACION.	Consientizar las causas y efectos del consumo de alcohol en las familias y los proyectos de vida de los miembros.	Terapia explicativa. Conferencias y talleres Yo y el Alcohol. Efectos físicos, psicológicos y	<i>Salón comunal</i>	<i>Grupos familiares</i> <i>Investigadora</i>	Del 11 de Junio al 21 de Junio

			<p>legales del alcohol.</p> <p>Actitud de la familia frente al consumo de alcohol.</p> <p>Es posible cambiar esta realidad.</p> <p>.</p>			
	<p>IDENTIFICACIÓN DE CONFLICTOS DENTRO DEL SISTEMA.</p>	<p>Identificar los conflictos presentes dentro del sistema.</p>	<p>Roll-play cognitivo</p> <p>Aplicación del MRP</p> <p>Definición del problema.</p> <p>Proponer de alternativas.</p> <p>Examen de ventajas y desventajas,</p> <p>Elección de las soluciones hipotética.</p>	<p><i>Salón comunal</i></p>	<p><i>Grupos familiares Investigadora.</i></p>	<p>Del 25 de Junio al 5 de Julio</p>

			Aplicar la conducta preparada y planificada Evaluar.			
FASE 2 cognitiva centrada en el paciente	IDENTIFICACIÓN DISTORSIONES COGNITIVAS	Identificar y modificar las distorsiones cognitivas asociadas al consumo de alcohol.	Técnicas cognitivas. Análisis de ventajas y desventajas. Técnica de flechas descendentes. Registro diario de pensamientos. Imaginación (TIE Técnicas de Imaginación emotivas)	<i>Salón comunal</i>	<i>Investigadora</i>	Del 5 de Julio al 19 de Julio
	REATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDAD	Desarrollar la capacidad de	Método socrático. Programación y	<i>Salón comunal</i>	<i>Investigadora</i>	Del 22 de julio

		responsabilidades.	control de la actividad. Control de estímulos.			al 9 de Agosto
	INTERVENCIÓN EN CRISIS	Lograr alivio sintomático.	Entrenamiento en relajación.	<i>Salón comunal</i>	<i>Investigadora</i>	Del 12 de Agosto al 16 de Agosto.

FASE 3 centrada al sistema	COMPROMISO EN CALIDAD DE VIDA	Fortalecer los lazos de afectividad entre padres e hijos con el fin de mejorar la funcionalidad familiar.	Dinámica de bienvenida “levantarse agarrados” Taller de VIF Sensibilización en los participantes Exposición de los 10 mandamientos de un padre Reglas de Oro de la familia Exposición: Educar con Amor Participación de los padres de familia	<i>Salón comunal Materiales audiovisuales</i>	<i>Investigadora</i>	Del 19 de Agosto al 30 de Agosto.
	Evaluación TERAPÉUTICO	Evaluar en la familia los avances con el fin de reconocer cualquier indicio de	Taller Vivencial participativo de análisis a través de la exposición de	<i>Salón comunal</i>	<i>Investigadora</i>	Del 2 de Septiembre al 6 de Septiembre.

		progreso presentando durante el proceso terapéutico	casos de resultados desde los más pequeños hasta los mas trascendentales, celebrando los avances.			
--	--	--	---	--	--	--

MATERIALES DE REFERENCIA

MARCO ADMINISTRATIVO

6.8 RECURSOS:

6.8.1. INSTITUCIONALES:

- ❖ Universidad Técnica de Ambato
- ❖ Barrio Yanayacu

6.8.2. HUMANOS:

- ❖ Investigadora (Alejandra Salazar)
- ❖ Tutor de tesis (Dr. Jorge Villa)

6.8.3. MATERIALES:

- ❖ Transporte
- ❖ De escritorio

6.8.4. TECNOLÓGICOS:

- ❖ Computador
- ❖ Impresora

6.8.5. FINANCIEROS:

- ❖ Autofinanciado por la investigadora

RUBROS DE GASTOS	VALOR
1.- TALENTO HUMANO	
2.- ADQUISICIÓN DE EQUIPOS	
3.- MATERIAL DE ESCRITORIO	\$100.00
4.- MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	\$300.00
5.- TRANSPORTE	\$200.00
6.- TRANSCRIPCIÓN DEL INFORME	\$350.00
TOTAL:	950.00

6.8.6. CRONOGRAMA

AÑO 2013

°	MESES Y SEMANAS ACTIVIDADES	MARZO	MAYO			SEPTIEMBRE	
		ABRIL	JUNIO	JULIO	AGOSTO	OCTUBRE	NOVIEMBRE
1	Elaboración del proyecto						
2	Prueba piloto						
3	Elaboración el Marco Teórico						
4	Recolección de la información						
5	Procesamiento de datos						
6	Análisis de los resultados y conclusiones						
7	Formulación de la propuesta						
8	Redacción del informe final						
9	Transcripción del informe						
10	Presentación del informe						

C. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6.8.7. BIBLIOGRAFÍA

- Beck, A. (1962). *"Terapia Cognitiva"*. Universidad de Pensylvania.
- CIE 10. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades OMS.
- Dinkmeyer, D. (1989). *Psicoterapia y consejo adleriano*. Garseke: Ed Bilbao.
- DSM IV. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona.
- Ellis, A. (1995). *Razón y emoción en psicoterapia*: Ed Bilbao.
- Gonzales, G. (2007). *La Familia Como Sistema*, España.
- Herrera, E. Medina, F. y Naranjo, G. (2006). *Tutoría de la Investigación Científica*. Ambato.
- Keegan, K. (2012). *Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias*.
- Londoño, C. (2005) Pérez, W., (2005), *Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos*, Universidad Católica de Colombia, Universidad San Buenaventura – Medellín.
- López, F. (2003), *Factores Familiares que inciden en las Drogo Dependencias*, Universidad de Granada, España.
- Minuchin, S. (1983), *Técnicas De Terapia Familiar*, Harvard University.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge
- Organización Mundial de la Salud, (2012), *Alcohol, Datos Y Cifras*, Ecuador.
- Pérez, A. (2002), *Codependencia en Familias de Consumidores y no Consumidores*. México.
- Ramírez, M., Ruiz, D. (2005), *La Familia Y Los Factores De Riesgo Relacionados Con El Consumo De Alcohol Y Tabaco en los Niños Y Adolescentes*, Guayaquil-Ecuador.

- Ramírez, S, (2007), *El Funcionamiento Familiar En Familias Con Hijos Drogodependientes*, Servei de Publicacions, Valencia España.
- Trujano, R. (2010). *Tratamiento Sistémico En Problemas Familiares*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala Universidad Nacional Autónoma de México.
- Valdez. Y. (2005). *El consumo de alcohol En estudiantes del distrito federal Y su relación con la autoestima y la percepción de riesgo*. Universidad Nacional Autónoma De México. Facultad De Psicología.

LINKOGRAFÍA

- Consejo Nacional De Control De Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (2012), *La primera droga es el alcohol*, Ecuador. Obtenido de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones>.
- Tappan, J. (2011, Mayo). Disponible en www.drogasinfo.gob.ec. Boletín.
- OMS. (2012). Medline Plus. Obtenido de <http://www.nlm.nih.gov/medline>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASES DE DATOS UTA

- SCIELO. Martínez-González, J. (2012). *Impacto social del Consumo abusivo de alcohol en el Estado de España*. Revista Española de Salud pública. Disponible en scielo.isciii.es. Madrid.
- SCIELO. González, F., Gimesco, A. (2012). *La Percepción de las Funcionalidad Familiar: Confirmación de su Estructura Bifactorial*. Escritos de Psicología. Disponible en scielo.isciii.es. Málaga.
- SCIELO. Malbergier, A. Donala, L. (2012). *Uso de Sustancias en la Adolescencia y Problemas Familiares*. Cadernos de Saude Pública. Disponible en scielo.isciii.es. Río de Janeiro.

- TESIS DOCTORALES EN RED. Jurado, L. (2005). *Consumo de Drogas, percepción en Riesgo y Adicciones en Sustancias en los jóvenes en la provincia de Córdoba*. Obtenido de [http/hdl.handle.net.com](http://hdl.handle.net.com).
- EBRARY. Etchegoyen, R. (2012). *Fundamentals on Psychoanalytic Technique* (208). Editorial Karnac Books. Disponible en: site.ebrary.com.

6.8.8. ANEXOS

TEST DE AUDIT

1._ ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- (0) Nunca
- (1) Una o más veces al mes
- (2) De 2 a 4 veces al mes
- (3) De 2 a 3 veces a la semana
- (4) Cuatro o más veces a la semana

2._ ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar?

- (0) Una o dos
- (1) Tres o cuatro
- (2) Cinco o seis
- (3) De 7 a 9
- (4) Diez o más

3._ ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

4._ ¿Con que frecuencia el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

5._ ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba de usted por qué había bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

6._ ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

7._ ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimiento o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

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

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente

(4) A diario o casi a diario

9._ ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos por que usted había bebido?

(0) No

(2) Si pero no en el curso del último año

(4) si el último año

10._ ¿Algún familiar, amigo, medico, o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o les han sugerido que deje de beber?

(0) No

(2) Si pero no en el curso del último año

(4) si el último año

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

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

- (1) casi nunca
- (2) Pocas veces
- (3) A veces
- (4) Muchas veces
- (5)Casi siempre

2._ En mi casa predomina la armonía.

- (1) casi nunca
- (2) Pocas veces
- (3) A veces
- (4) Muchas veces
- (5)Casi siempre

3._ En mi familia cada una cumple sus responsabilidades.

- (1) casi nunca
- (2) Pocas veces
- (3) A veces
- (4) Muchas veces
- (5)Casi siempre

4._Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.

- (1) casi nunca
- (2) Pocas veces
- (3) A veces
- (4) Muchas veces
- (5)Casi siempre

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

- (1) casi nunca
- (2) Pocas veces
- (3) A veces
- (4) Muchas veces
- (5) Casi siempre

6._ Podemos aceptar los defectos de los demás y sobre llevarlos.

- (1) casi nunca
- (2) Pocas veces
- (3) A veces
- (4) Muchas veces
- (5) Casi siempre

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

- (1) casi nunca
- (2) Pocas veces
- (3) A veces
- (4) Muchas veces
- (5) Casi siempre

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

- (1) casi nunca
- (2) Pocas veces
- (3) A veces

- (4) Muchas veces
- (5) Casi siempre

9._ Se distribuye las tareas de forma que nadie este sobrecargado.

- (1) casi nunca
- (2) Pocas veces
- (3) A veces
- (4) Muchas veces
- (5) Casi siempre

10._ Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.

- (1) casi nunca
- (2) Pocas veces
- (3) A veces
- (4) Muchas veces
- (5) Casi siempre

11._ Podemos conversar diversos temas sin temor.

- (1) casi nunca
- (2) Pocas veces
- (3) A veces
- (4) Muchas veces
- (5) Casi siempre

12._ Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.

- (1) casi nunca
- (2) Pocas veces
- (3) A veces
- (4) Muchas veces
- (5) Casi siempre

13._ Los intereses y necesidades de cada cual son representados por el núcleo familiar.

- (1) casi nunca
- (2) Pocas veces
- (3) A veces
- (4) Muchas veces
- (5) Casi siempre

14._ Nos demostramos el cariño que nos tenemos.

- (1) casi nunca
- (2) Pocas veces
- (3) A veces
- (4) Muchas veces
- (5) Casi siempre

Baremo:

De 14 a 27 familia severamente disfuncional

De 28 a 42 familia disfuncional

De 43 a 56 familia moderadamente funcional

De 57 a 70 familia funcional

