



Universidad de Concepción

Magíster en Intervención Familiar
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER:

“RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DEPENDIENTE DE BENZODIACEPINAS Y
EL TIPO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN CESFAM DR. DAVID
BENAVENTE, COMUNA DE NINHUE, CHILE”

Estudiante: Licenciado Isaac Francisco Ruiz Muñoz

Guía de Tesis: María Ximena Méndez Guzmán

Luis Marcelo Silva Burgos

Concepción, Julio 2019

Contenido

INTRODUCCIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACIÓN	10
MARCO REFERENCIAL.....	12
Conceptualizaciones en torno a la familia.....	12
La familia como sistema social funcional y la evaluación del Funcionamiento Familiar	14
Benzodiacepinas, sus efectos de Dependencia y su relación con el Funcionamiento Familiar.....	18
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
HIPÓTESIS	23
OBJETIVOS	24
Objetivo general.....	24
Objetivos específicos	24
METODOLOGÍA.....	25
Tipo y diseño del estudio	25
Unidad de análisis y de observación.....	25
Muestra y criterios de selección de la muestra	26
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	26
Para Funcionamiento Familiar	26
Variables centrales medidas en el FACES 20 ESP	29
Tipos de funcionamiento familiar según Modelo Circumplejo de Olson	31
Instrumento para medir la Dependencia a las de benzodiacepinas.....	32
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	34
Funcionamiento Familiar.....	34
Cohesión Familiar.....	34
Adaptabilidad Familiar.....	34
Consumo Dependiente de BZD:	35
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	36
Operacionalización de Variables.....	37

ESTRATEGIA DE ACCESO Y TRABAJO DE CAMPO.....	42
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	44
Caracterización de los participantes	44
Gráfico N°1: Lugar de residencia de la muestra.....	44
Gráfico N°2: Distribución de la muestra según sexo	45
Gráfico N°3: Distribución del fármaco BZD utilizado	45
Tabla N°1: Tipo de fármaco BZD utilizado según Sexo	46
Tabla N°2: Distribución según sexo y tiempo de tratamiento medido en años	47
Gráfico N°4: Años de tratamiento con BZD.....	47
Caracterización de las variables centrales del estudio: Funcionamiento Familiar y Dependencia a las BZD	48
Tabla N°3: Distribución según Cohesión Familiar	48
Tabla N°4: Distribución según Adaptabilidad Familiar	48
Tipos de Funcionamiento Familiar	49
Gráfico N°5: Distribución tipos de funcionamiento familiar.....	49
Gráfico N°6: Distribución según nivel de Dependencia a las BZD	50
Relación entre el tipo de Funcionamiento Familiar Percibido y la Dependencia a las BZD	51
Tabla N°5: Distribución media de Dependencia, según tipo de funcionamiento familiar	51
Pruebas de correlación no paramétricas: Kruskal-Wallis.....	52
Tabla N°6: Rango promedio de dependencia según tipo de funcionamiento familiar.....	52
Tabla N°7: Relación entre Dependencia y tipo de Funcionamiento Familiar percibido.....	53
Prueba de Jonckheere-Terpstra	53
Tabla N°8: Relación entre Dependencia y Funcionamiento Familiar percibido	54
SÍNTESIS EN TORNO A LOS PRINCIPALES RESULTADOS OBTENIDOS.....	55
ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE COMPONEN EL MODELO DE OLSON Y EL INSTRUMENTO FACES 20 ESP	58
Tabla N°9: Carga factorial de los ítems que componen el FACES 20 ESP ...	60

DISCUSIÓN	62
CONCLUSIÓN	65
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	78
ANEXO 1 - Escala Breve De Funcionamiento Familiar Faces 20esp Adaptado (Garrido, Palma, Zicavo)	78
ANEXO 3 - Pauta Consentimiento Informado de Participación en Proyecto de Investigación	81
ANEXO 4 - Cronograma	85



INTRODUCCIÓN

El consumo y tratamiento con benzodiacepinas (en adelante BZD), es un fenómeno en aumento y creciente expansión dentro de la realidad médica de nuestro país. En el último tiempo, se ha observado el incremento en la entrega de recetas médicas en atención primaria de este ansiolítico, así como su comercialización en mercados informales como ferias libres entre las más destacadas, lo cual ha sido materia de investigación periodística, cuya fuente abordaremos en los apartados siguientes de esta tesis.

Entre las principales razones para la necesidad de su medicación, se puede señalar una sociedad abrumada por las presiones sociales del mundo del trabajo, estudio, competencia profesional, entre otras, que generan un desgaste a nivel psicológico y emocional en las personas, quienes no resultan ser capaces de sobrellevarlas por si solas y donde sus familias tienen el potencial de cumplir un importante rol en el acompañamiento de estos tratamientos.

Por otra parte, se señalarán características asociadas a población adulto mayor inserta en contextos de ruralidad. Si bien estas dos variables no serán elementos centrales en los objetivos de investigación, se mencionan y se tendrán en consideración pues el estudio se realizó en una localidad rural, siendo estos espacios poco abordados por las investigaciones revisadas en esta línea. En relación a esto último, el equipo de salud que colabora en la realización de este estudio, señaló como dato asociado a su experiencia de intervención clínica, que en su mayoría son adultos mayores quienes están sometidos a tratamientos con el psicofármaco por periodos superiores a un año.

Frente al aumento en el consumo y tratamiento con BZD, surge la necesidad de conocer la relación existente entre la Dependencia a este fármaco y el Funcionamiento Familiar Percibido. El estudio se abordó a través de un diseño de investigación cuantitativo de tipo correlacional, desarrollado en el CESFAM Dr. David Benavente de la comuna de Ninhue.

El instrumento para medir el Funcionamiento Familiar es el FACES 20 ESP, construido en base al modelo Circumplejo de Olson, de reconocida utilización internacional y nacional (Zegers, et al, 2003; Martínez-Pampliega, 2006; Martínez-Pampliega, 2009; Zicavo, et al, 2012; Martínez-Pampliega y Olson, 2017), el que además cuenta con validación en Chile (Zicavo, et al, 2012).

La Dependencia, se midió a través del instrumento ASSIST, utilizado y validado en Chile por el Servicio Nacional de Drogas y Alcohol SENDA. (Soto-Brandt, et al, 2014).

Por su parte, los sujetos que presentan consumo dependiente se identificaron con la colaboración del CESFAM y con la aprobación del Comité de Ética del Servicio de Salud Ñuble.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Chile, la automedicación de las benzodiazepinas se identificó como un problema de salud pública desde la década de 1980. En 2003, trabajos realizados en Concepción (Galleguillos, et al., 2003) mostraron que un 58% de las benzodiazepinas se expendía sin prescripción médica. El mismo estudio indicó que en Santiago, entre diciembre de 1990 y enero de 1991, se observó una prevalencia anual del consumo de un 31,4%, del cual un 29% no estaba avalado por ningún profesional de la salud y en más de 60% de los casos la indicación de duración del tratamiento era indefinida. Además, siempre existe el riesgo de que los pacientes consumidores de estas sustancias aumenten las dosis sin comunicarlo al médico, entre otras razones, porque su uso paulatino obliga a esta acción para alcanzar el mismo efecto inicial, situación que evidentemente pone a las personas en situación de Dependencia. Datos de esta índole condujeron a instalar políticas para el control de la venta de benzodiazepinas, las cuales se iniciaron con la promulgación del Decreto Supremo N° 15.069 del año 1993 del Ministerio de Salud, que instauró la Receta Médica Retenida, decreto que se hizo efectivo a partir de 1995 cuando comenzó el control del expendio de en todas las farmacias del país.

Sin duda, esta medida ha contribuido a tener mejor control respecto del consumo, sin embargo, un estudio realizado por Pezzani y Mosca (2010), indica que en Chile se vendían a lo menos cuatro millones de cajas de este tipo de fármacos, esto es 200.000 unidades, llegando a ser el trastorno ansioso la enfermedad más prevalente y que alcanzó un 25% de las personas que lo consumían. Así también, señaló que el 60% de las personas que tiene trastornos ansiosos y/o insomnio son tratados con benzodiazepinas, cuyo consumo muchas veces fue prescrito sin el acompañamiento adecuado de terapias psicológicas. Finalmente, se establece que los adultos jóvenes entre 25 y 30 años son quienes lo consumen en su mayoría y que este es usado como un anti estrés o para combatir los problemas de sueño, haciéndolo en forma permanente y sin supervisión médica, ya que a pesar de la implementación de la receta retenida, sigue siendo relativamente fácil

conseguir estos medicamentos e incluso adquirirlos en las ferias libres o similares en internet.

Tanto es el aumento del consumo de benzodiazepinas, su adquisición en el mercado informal y su uso indiscriminado en adultos jóvenes y adolescentes, que el canal de noticias Mega, en su sección de reportajes, ha dedicado dos de sus secciones para exponer el explosivo aumento del consumo no médico de la población adolescente y adultos jóvenes. Estos reportajes han llevado por nombre “pastillas para borrarse”¹ del 25 de abril de 2017 y un nuevo reportaje emitido con fecha 14 de Mayo de 2018, titulado “Benzodiazepinas: La peligrosa droga de moda entre los jóvenes”², todo lo cual deja de manifiesto la relevancia actual de este tema, así como la necesidad de investigar e intervenir en base a resultados empíricos concretos.

Frente a esta problemática, el equipo docente del Magister en Intervención Familiar, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción, presentó un proyecto que contempló la participación de estudiante tesista de Magister, en el estudio que lleva por título “*Uso de las benzodiazepinas: Estudio Mixto en torno a la tipología familiar y las características medioambientales relacionadas al consumo del medicamento en Ninhue*”, el que fue concursado en los Proyectos Fonis y que de ser adjudicado se ejecutaría específicamente en el CESFAM Dr. David Benavente de la comuna, lo anterior, debido al vínculo existente entre el equipo docente que presenta el proyecto y el equipo de médico que conforma el Servicio de Salud de la Comuna de Ñuble.

La población total de Ninhue proyectada al año 2015 por el INE es de 5878 personas. Se registran como inscritos en el CESFAM 5813, de los cuales aproximadamente 345 personas consumen benzodiazepinas por períodos prolongados de tiempo considerados desde más de un año, lo que corresponde a 5,93% sin distinción de edad ni género. Sin embargo, en entrevista sostenida con

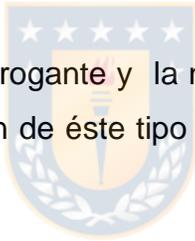
¹ <http://www.ahoranoticias.cl/programas/reportajes/195476-pastillas-para-borrarse.html>

² <http://www.mega.cl/programas/mucho-gusto/actualidad/68352-benzodiazepinas-la-peligrosa-droga-de-moda-en-los-jovenes.html>

el Director del Centro de Salud indicado y solo como una aproximación basada en la experiencia de atención clínica, se mencionó que una importante cantidad de pacientes que mantienen controles y tratamientos sería población adulto mayor.

Dado lo anterior – y existiendo evidencia documentada de los efectos adictivos de las benzodiacepinas (Brett y Murnion, 2015; Oliveras et al., 2018; Aguiluz, et al, 2018), proponemos responder ¿Qué relación existe entre la Dependencia y el Funcionamiento Familiar Percibido por parte de los sujetos en tratamiento? Tener claridad frente a ésta interrogante puede permitir a los equipos de salud primaria generar evaluaciones y protocolos tendientes a asegurar la efectividad de tratamientos con benzodiacepinas. Dicha claridad, resulta particularmente relevante en contextos como el del CESFAM Dr. David Benavente, pues se presume que las características del Funcionamiento Familiar en contextos rurales son diferentes al de las zonas urbanas.

Se espera dejar planteada la interrogante y la necesidad de seguir avanzando en la obtención de mayor información de éste tipo de población clínica en función de su contexto de residencia.



JUSTIFICACIÓN

Esta investigación, observará la relación entre la Dependencia a las benzodiazepinas y el Funcionamiento Familiar Percibido en la población adulta y adulta mayor en tratamiento en el CESFAM antes indicado. No obstante lo anterior, es necesario precisar que la mayor parte de la literatura revisada, regularmente vincula el Funcionamiento Familiar y el consumo o Dependencia de sustancias en población adolescentes (Louro, Jiménez y Silva, 1999; Schmidt, 2007; Jiménez, et al, 2008 Fuentes et al., 2013; Ordoñez et al., 2015).

Respecto del consumo de benzodiazepinas, Aguilar y otros (2016), tras una investigación realizada en un hospital psiquiátrico de Honduras con una muestra de 342 participantes señala que el 29,53% de los sujetos mayores de 57 años presentan consumo, seguido por los del rango 47-56 años, con un 23,1%. Un dato interesante aportado es que el 89,1% de la muestra utiliza el clonazepam como fármaco para combatir el insomnio, por períodos que oscilan entre uno y cinco años de tratamiento.

Otro estudio de similares características pero ésta vez realizado en España por Gonzales y otros (2018) con una muestra de 1516 personas mayores de 18 años, expone que al menos un tercio de la población adulta mayor ha consumido benzodiazepinas al menos una vez en la vida. De esta muestra, el 63,6% no tenían síntomas de ansiedad, ni síntomas de depresión y el 53% ni siquiera estaban diagnosticados de depresión. Un dato particular a considerar es que la población muestral pertenecía a una comunidad rural (González, et al, 2018).

Respecto de la Dependencia de sustancias y su relación con el Funcionamiento Familiar, la evidencia empírica ha constatado que las acciones de supervisión parental actúan como reguladoras de la percepción de las actitudes y conductas relacionadas con el consumo (Jiménez. M y de la Villa, 2009). Así también, se ha observado que las pautas de interacción familiar, como la comunicación deficiente, los frecuentes conflictos, la baja cohesión, el excesivo castigo influyen directamente en la presencia de consumo de sustancias (Jiménez, et al., 2008). Desde una perspectiva parental positiva, se ha establecido que el apoyo familiar

actúa como factor de protección ante la posible experimentación con sustancias psicoactivas (Jiménez y de la Villa, 2009). Finalmente, Ordoñez y otros (2015), concluye que el 100% de los casos que conformaron su muestra, existía presencia de una dinámica familiar disfuncional.

Como se puede observar, existen investigaciones de carácter empírico que muestran relación entre el Funcionamiento Familiar y el consumo de sustancias, incluida entre éstas las benzodiazepinas. Pese a lo anterior, resulta una preocupación válida la poca vinculación del sistema familiar en los tratamientos con este fármaco, particularmente cuando estos son recetados desde dispositivos de salud primaria



MARCO REFERENCIAL

En el siguiente apartado, se expondrán diversas consideraciones en torno al concepto familia. Posteriormente, se expondrán los elementos que nos permiten comprender a la familia como sistema social, cuyas interacciones se miden a través de la evaluación de su Funcionamiento Familiar.

Luego, se presentarán las principales características del fármaco benzodiazepina, haciendo énfasis en su alto potencial adictivo para la generación de Dependencia. Finalmente, se expondrán algunas evidencias de carácter empírico que muestran la existencia de relación entre elementos propios del Funcionamiento Familiar y como esto se relaciona con la presencia de consumo dependiente de sustancias en algún miembro de la familia.

Conceptualizaciones en torno a la familia

La familia, considerada por muchos como la unidad indispensable para el sostenimiento de la sociedad, opera como un ente adaptable, que ha ido experimentando diversos cambios en relación a contextos y épocas determinadas, siendo constantemente redefinida su tipología, los alcances de su conformación, así como los aportes que se esperan de ésta para con el bienestar de la sociedad. Es por esto que hoy no se puede hablar de familia como forma de constitución única, reconociéndose diferentes tipos de familias, puesto que en la actualidad hay múltiples maneras de constituirla (Fuentes y Merino, 2016).

Una muestra de las múltiples formas en las que podemos conceptualizarlas, la encontramos en trabajo realizado por Valdivia (2008), quien recupera diversas definiciones del concepto en los últimos 50 años, relevando la dificultad para construir una definición que permita recoger los diversos tipos de configuraciones existentes en la sociedad occidental actual. Es así como transita desde definiciones que inician en el matrimonio y solo las restringen a la existencia del lazo consanguíneo y al parentesco entre ascendentes y descendentes que conviven en un hogar común, siguiendo con aquellas definiciones que solo las

entienden como unidades económicas y productivas, hasta llegar a aquellas que ponen el énfasis en la construcción de lazos afectivos y significativos entre sus miembros, considerando el parentesco consanguíneo entre sí, pero no se restringe exclusivamente a ello.

Desde un punto de vista tradicional, el concepto familia tiende a relacionarse directamente a la existencia del matrimonio, cuya función es eminentemente reproductiva y centrada en el cuidado de los hijos (Rodríguez y Luengo, 2003; Escobar, 2018)

Los Estados y el derecho internacional no se encuentran ajenos a estas discusiones. Es así como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de Naciones Unidas y la Corte Interamericana de Derechos Humanos en su opinión consultiva de 2014, reconocen la dificultad para brindar una definición uniforme del concepto, sin embargo, destacan la necesidad de no restringirlo solo a las parejas con hijos, indicando que se debe considerar a otros parientes con quienes se mantengan lazos afectivos y cercanos, incluso a quienes no sean parientes desde una perspectiva jurídica estricta. El Estado chileno no se encuentra ajeno a la dificultad anteriormente señalada. Por lo anterior, se puede observar que “las modificaciones legales del derecho de familia de los últimos años, y en especial sus fundamentos, dan cuenta de la tendencia del legislador a recoger un concepto amplio de familia o grupo familiar” (Truffello, 2018, p.1). Así se observa especialmente en la Ley de Acuerdo de Unión Civil, la Ley de Violencia Intrafamiliar y la Ley de Matrimonio Civil.

Conocidas las dificultades existentes para definir el concepto familia, en este estudio se estima adecuada la definición realizada Rodrigo y Palacios (2000), así como la elaborada por Vela (2015), las que consideran a la familia como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común, que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia y existe un compromiso personal entre sus miembros, estableciéndose intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.

Lo anterior, nos permite considerar como familia a todas a aquellas organizaciones humanas que se agrupan en términos de afectos y vínculos vitales asociados a sus propias experiencias de vida, las cuales no se reducen sólo al lazo matrimonial o sanguíneo, como tampoco a la necesidad de concebir como familia sólo a aquellas uniones heteronormativas.

La familia como sistema social funcional y la evaluación del Funcionamiento Familiar

En este nuevo escenario de conformación social y de las nuevas perspectivas desde las cuales son concebidas las familias, se observa que los factores que determinan sus cambios tienen relación con los contextos sociales en los que se encuentran insertas, lo que tiene efectos en la funcionalidad familiar que presentan.

Cuando se habla de funcionalidad, la primera idea que surge desde el Trabajo Social es la desarrollada por Bertalanffy (1968), quien explica con claridad el concepto a través de la Teoría General de Sistemas. Una de sus principales características, considera a los sistemas como abiertos, con la capacidad de importar y exportar diversas energías, lo cual les permite generar equilibrio y estabilidad al interior de dicho sistema, por tanto, hacer que el sistema sea funcional. Más tarde, se vinculan la funcionalidad a los estudios sociales, otorgándole el concepto de sistema a todas aquellas conformaciones y relaciones sociales que el individuo establece durante su vida (Fuentes y Merino, 2016).

Para Minuchin (1984) la familia debe ser un sistema equilibrado, cohesionado y afectivo. Así también, bajo la consideración de ésta como un sistema social, se le reconoce su capacidad de importar y exportar energías haciéndolo abierto y permeable. Por ello, los miembros que lo conforman pueden ser influidos y condicionados por factores externos que tendrán efectos en sus comportamientos, cuyas manifestaciones generarán modificaciones en el sistema familiar en su conjunto. Por lo anterior, la funcionalidad familiar no puede ser entendida como un

ideal que distingue entre familias buenas o familias malas, sino que se le debe considerar como un estado momentáneamente equilibrado del sistema, que se verá modificado según el tipo de interacción que mantiene con su entorno (Espinal, Gimeno y González, 2000; Fuentes y Merino, 2016).

Desde un análisis estructural de las familias, Minuchin (1997) señala que son las demandas que reciben las familias las que definen su tipo de 'configuración'. Para el autor, este concepto consiste en la organización de las interacciones de los miembros de la familia, lo que dará origen a una forma específica de funcionalidad familiar.

La familia depende en su organización y dinámica del contexto en que ella existe, lo cual es fundamental para asegurar su permanencia. Estas configuraciones nos permiten observar la realidad familiar con flexibilidad y evaluar sus fortalezas y debilidades. En tanto como las personas, es siempre individual, única y posibilita definir la intervención no en función de estereotipos de familia, sino tal como es. (Méndez, 2015, p.81)

Otro proceso que es necesario considerar, es la influencia que los propios miembros de la familia ejercen los unos sobre los otros en consideración al vínculo y comunicación que desarrollan.

Walsh (2003) señala que dichos procesos de influencia ocurren si los miembros de la familia demuestra apoyo emocional que afiance y confirme las competencias de sus miembros, conversaciones en las que se comparten lógicas, por ejemplo, acuerdos sobre premios y castigos, así como conversaciones donde se construyen significados comunes acerca de la vida o sobre acontecimientos perjudiciales, con coherencia narrativa y con un sentido dignificador para sus protagonistas (Melillo, 2004). Entonces, la conducta de un individuo se puede comprender en la medida que se analizan las interacciones que sostiene con los demás miembros que conforman su sistema familiar. Así, "el significado de una conducta se forma en la interacción social. Su resultado es un sistema de significados intersubjetivos, un conjunto de símbolos de cuyo significado participan los actores" (Blumer, 1982, pag 1). De lo anterior, se desprende que la

interpretación que el individuo realiza de sí mismo, deviene de las interacciones que sostiene con los demás miembros de la familia, construyendo en consecuencia, los significados personales que le van dando sentido a su propia realidad.

Pues bien, la funcionalidad familiar es un concepto sistémico referido a las características o componentes que se perciben estables al interior de una familia, las que además le permiten a ese grupo humano relacionarse adecuadamente al interior de las mismas. “Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia” (Castellón y Ledesma, 2012, p.4).

Para Casanova y otros (2014), la funcionalidad familiar involucra cinco aspectos esenciales, a saber, 1) Adaptación: entendida como la utilización de recursos intra y extra familiares en momentos que la familia se ve enfrentada a diferentes tipos de presiones y demandas, 2) Participación: incorporación de los distintos miembros de la familia en los procesos de toma de decisión, 3) Crecimiento: capacidad del sistema familiar para favorecer la madurez emocional, física y la autorrealización de sus miembros, 4) Afecto: relación de cuidado y expresión del amor, dolor e ira, 5) Resolución: compromiso y determinación de los miembros de la familia para compartir tiempo, espacio y recursos en común.

Finalmente, para Martínez (2015) y para Cadenas (2015), la funcionalidad familiar se encuentra asociada a la capacidad que tiene el sistema familiar para resolver tres componentes que se han definido como esenciales, estos son, la función económica o material, la función afectiva y la función de socialización. El adecuado cumplimiento de estas funciones, es el estándar que se espera cumplan los sistemas familiares en consideración del bienestar social en general. Ahora bien, se ha observado que la capacidad de las familias para responder a dicho estándar, depende de su sistema de relaciones intra familiares y de cómo estas son valoradas y percibidas por el entorno y los otros sistemas con que la familia mantiene relación. Cuando se quiere conocer la forma y estructura de las relaciones intra familiares y como esto afecta su capacidad funcional, se habla de

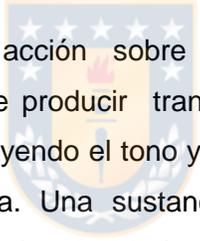
la evaluación del funcionamiento familiar. El funcionamiento de la familia se evalúa en su capacidad para resolver las crisis que se presentan en su interior, así como “las formas en que expresan sus afectos, en cómo se permite el crecimiento individual, y como se produce la interacción entre ellos, respetando la autonomía y el espacio individual” (Castellón y Ledesma, 2012, p.6). Se refiere también que el funcionamiento familiar corresponde a la “dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad” que el sistema familiar estudiado posee (Ortega, de la Cuesta, y Días, 1999). Sintetizando lo anterior, se puede concluir que, las familias funcionales

Son aquellas capaces de crear un entorno que facilite el desarrollo personal de sus miembros, son familias que en general no sufren crisis ni trastornos psicológicos graves. El funcionamiento aparece asociado a diferentes características del sistema familiar: niveles de cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, emociones, vínculos, etc., que la literatura especializada ha valorado con diferentes instrumentos cuantitativos y cualitativos (Fuentes y Merino, 2016, p.257)

En síntesis, en este apartado se ha observado como la familia constituye un espacio vital donde los individuos comienzan a conformar sus identidades, aquello que los distingue de los demás miembros de la sociedad y de los propios miembros de su familia y a su vez, conforma ese espacio en el cual los individuos se identifican como parte de un todo, ven un correlato de su identidad y generan sentido de pertenencia con dicho espacio, reconociendo en él las particularidades sociales que les van permitiendo constituirse como individuos. “Así pues, la cultura y el aprendizaje humano se realizan mediante la comunicación o interacción simbólica, por la que cada ser humano adquiere el propio sentido del ser, su carácter e identidad”. (Rizo, 2012, pag 8), siendo todos estos procesos que ocurren como consecuencia de la interacción al interior del sistema familiar y de éste sistema con su entorno.

Benzodiazepinas, sus efectos de Dependencia y su relación con el Funcionamiento Familiar

Como ya se señaló al inicio de éste documento, el fármaco más utilizado a nivel internacional y nacional para el tratamiento de la ansiedad son las benzodiazepinas. La ansiedad es una manifestación común, representa una de las sensaciones vitales más dolorosas y puede presentarse en forma aguda, apareciendo en forma repetitiva. Se caracteriza por una sensación subjetiva de terror, de algo no gratificante que está a punto de ocurrir, sin saber de forma precisa cómo y cuándo ocurrirá. Al mismo tiempo, se le asocia con una serie de manifestaciones somáticas (Campos, 1991.) . Para el control de dicha ansiedad que genera angustia y malestar, es que se utilizan sustancias psicoactivas para el control y estabilización del estado psicoemocional de quien se ve afectado. Una sustancia psicoactiva, se entiende como aquella que



Puede ejercer una acción sobre el sistema nervioso central y que tienen la capacidad de producir transformaciones psíquicas, bien sea aumentando o disminuyendo el tono y el funcionamiento, o modificando los estados de conciencia. Una sustancia es psicoactiva si altera alguna función del sistema nervioso central, si provoca cambios perceptuales en el humor, en la cognición o en la conducta (Ordoñez et al., 2015, p.41)

Las benzodiazepinas son usadas en la medicina como terapia para la ansiedad, el insomnio y otros estados afectivos. Las personas que abusan de este tipo de drogas, lo hacen con propósito de mejorar o calmar sus estados de ánimo (López, et al, 2010). No obstante se reconocen los importantes aportes a la salud psicológica que las benzodiazepinas pueden aportar, en la medida que su prescripción es adecuada y graduada según los requerimientos de cada paciente, su uso y prescripción

Se ha relacionado con un alto riesgo de abuso y dependencia debido a su manejo inadecuado ya que, aun administradas regularmente a niveles terapéuticos, poseen un potencial de dependencia mayor que otros fármacos de acción ansiolítica. Asimismo, se ha reportado tolerancia

farmacológica cuando la prescripción es por un tiempo mayor a las cuatro semanas, así como la aparición del síndrome de abstinencia en el 30% de los pacientes después de un tratamiento de ocho semanas de duración” (Rosas-Gutiérrez, et al, 2013, p.326).

Un estudio realizado por Alvares y otros (2012) sobre los factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas, establece que su elevado consumo es un problema con muchas aristas, entre las que se destacan elementos sociales y psicológicos, que tiene que ver tanto con el médico que prescribe o receta, como con el individuo que llega a la consulta, así como con la autoridad sanitaria, entre otros. Por tanto, una única acción sobre un único factor no puede solucionar el problema

El factor que más influye en la prescripción de benzodiazepinas y análogos fue la disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional causado por los problemas de la vida diaria, lo que da lugar a una ‘medicalización’ de la sociedad y de la vida. El origen de este malestar se atribuyó principalmente al modelo sociocultural actual. Un resultado similar se halló en un estudio realizado en el Reino Unido. La dinámica cultural, social y económica de la actual ‘sociedad del bienestar’ ejerce un impacto sobre la personalidad (Álvarez, et al, 2012, p.94)

En Chile, las BZD y su Dependencia es definida y tipificada en el Glosario Conceptual³ del Servicio Nacional de Drogas y Alcohol, SENDA, el cual señala los indicadores que permiten observar lo que éste organismo define como consumo problemático. En estos mismos términos, indica que la Organización Mundial de la Salud, OMS,⁴ la define como un estado psíquico y algunas veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un producto psicoactivo, que se caracteriza por producir modificaciones de la conducta y otras reacciones que incluyen siempre un deseo incontrolable de consumir droga, continua o periódicamente, a fin de experimentar nuevamente sus efectos

³ Presente en página http://www.senda.gob.cl/?page_id=1376

⁴ Presente en <http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/>

psíquicos y evitar a veces el malestar de su privación. Por lo anterior, SENDA establece que los indicadores que permitirán evaluar la existencia de un consumo problemático será la cantidad administrada/consumida del fármaco o droga, frecuencia del consumo, capacidad para cumplir las obligaciones principales, consumo a pesar de dificultades sociales, interpersonales o familiares asociadas.

Otro concepto utilizado para referirse a fenómenos asociados al consumo de una sustancia, es el concepto de Dependencia el cual es entendido como

Un término técnico que actualmente se emplea para el concepto de adicción. En el núcleo de este concepto está la noción de que se disminuye o incluso se pierde el control y la voluntad que tiene el sujeto sobre el uso de la droga, pues ya no opta por consumirla simplemente por los beneficios aparentes; sino que el uso se ha hecho habitual y las ansias de volverla a usar significan que siente que el hábito ya no está bajo su control (Ballesteros y Sarmiento, 2014, p.33)

Dicho lo anterior, se sabe que a la base de la adicción presentada por un sujeto, existen diversos factores externos que influyen en esa conducta, requiriéndose tratamiento farmacológico para devolver al individuo a sus parámetros de funcionamiento normal (Escobar y Peñaloza, 2018).

Ahora bien, en lo que respecta a la relación entre la Dependencia de sustancias en general y el Funcionamiento Familiar, diversos estudios se han propuesto demostrar su vinculación. El primero que se expone fue desarrollado por Zdanowicz y otros (2004) quienes utilizan el modelo FACES para la evaluación del Funcionamiento Familiar, donde concluyen que “tener una familia con poca cohesión y adaptabilidad representa un riesgo adicional de padecer cualquier trastorno psicopatológico” (p.222). Otro estudio, pero realizado en Chile por Santander y otros (2008) en la comuna de Santiago, expone que la presencia de un adecuado vínculo familiar disminuye significativamente la existencia de conductas de riesgo de consumo o Dependencia en un miembro del sistema familiar. En términos similares a lo anterior, Cid y Pedrao (2009) tras un estudio desarrollado en Valparaíso concluyen que “las variables del ámbito familiar que

más frecuentemente se relacionan con el consumo de drogas por parte de un miembro de la familia son, un clima familiar negativo [caracterizado por] el estrés, negatividad, rechazo, un conflicto familiar excesivo [y en especial] hostilidad, exceso de factores protectores y falta de comunicación adecuada” (p.744). Por último, Cianelli y otros (2009), refieren que “un clima afectivo conflictuado, así como una baja percepción valorativa de los vínculos, desajustes comunicativos y un bajo grado de interacción y de apoyo de parte de los padres, entre otras variables, se asocia al consumo de drogas”.

Como hasta el momento se ha visto, existen estudios que vinculan el consumo o Dependencia de sustancias al Funcionamiento de una familia. Dicho aquello, también se ha establecido que el tipo de Funcionamiento Familiar puede favorecer u obstaculizar la existencia de adicciones en algún miembro de la familia (Vidal, 2015, Sarrablo, 2015, Escobar y Peñaloza, 2018). Ahora bien, los estudios existentes se han enfocado particularmente a población adolescente, inserta en contextos educativos y de zonas urbanas, todo lo cual dista del contexto de estudio de la presente investigación, la que se ejecutó con la colaboración de pacientes adultos y adultos mayores, en tratamiento médico de carácter clínico, con niveles educativos medios-bajos y en una localidad de tipo rural. Respecto de éste último dato, en un estudio realizado por Baader (2014) a estudiantes de primer año de la Universidad Austral de Chile, se establece que “las condiciones socioculturales como la alta ruralidad, pertenecer a la etnia mapuche y ser de un estrato socioeconómico medio-bajo, se correlacionan con síntomas depresivos y ansiosos, siendo estos factores un riesgo para presentar alteraciones en la salud mental” (p.173). Si bien el estudio se centra particularmente en población universitaria, permite constatar que no se deben dejar de considerar elementos asociados a los contextos rurales, pues sus características y particularidades se pueden relacionar con la presencia de consumo de fármacos ansiolíticos como las benzodiacepinas.

Un último elemento a tener en consideración en éste estudio, será el efecto que estos tratamientos puede tener sobre población adulta mayor, pues como se

mencionó en un inicio de éste proyecto, la experiencia de intervención del equipo de salud del CESFAM señala que en su mayoría, serían sujetos adultos mayores los que se encuentran en tratamientos con éste psicofármaco por periodos iguales o superiores a un año. En tal sentido, es importante consignar que

Las benzodiacepinas lamentablemente son uno de los medicamentos más ampliamente utilizados a nivel mundial en los ancianos, frecuentemente se prescriben en forma desproporcionada a pesar de la abundante información que los relaciona con caídas, accidentes, alteraciones cognitivas y de conducta, hospitalizaciones e institucionalización” (Arriagada, Jirón y Ruiz 2008, p.313).

Sumado a lo anterior, se han evidenciado efectos perjudiciales no solo de tipo físico, sino también psicológicos, donde los más graves que se destacan son el aumento de disfunciones cognitivas y su asociación con la aparición y desarrollo de demencia senil (Gómez, et al, 2017).



PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué relación existe entre la Dependencia a las benzodiacepinas y el tipo de Funcionamiento Familiar Percibido, en los pacientes del CESFAM Dr. David Benavente de la Comuna de Ninhue?

HIPÓTESIS

- H1: Existe relación entre la Dependencia a las benzodiacepinas y el tipo de Funcionamiento Familiar Percibido, en los pacientes en tratamiento del CESFAM Dr. David Benavente de la comuna de Ninhue.
- H0: No existe relación entre la Dependencia a las benzodiacepinas y el tipo de Funcionamiento Familiar Percibido en los pacientes en tratamiento del CESFAM Dr. David Benavente de la comuna de Ninhue.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Relacionar la Dependencia a las benzodiazepinas con el Funcionamiento Familiar Percibido, en los pacientes en tratamiento del CESFAM Dr. David Benavente de la comuna de Ninhue.

Objetivos específicos

- Caracterizar la Dependencia de sujetos en tratamiento en el CESFAM Dr. David Benavente de la comuna de Ninhue.
- Caracterizar el Funcionamiento Familiar Percibido de los sujetos que presentan consumo dependiente de benzodiazepinas en el CESFAM Dr. David Benavente de la comuna de Ninhue.
- Comparar la Dependencia a las benzodiazepinas con el Funcionamiento Familiar Percibido.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño del estudio

La metodología utilizada en este estudio es de tipo cuantitativa, con un diseño no experimental y de profundidad correlacional.

Según su alcance temporal, es de tipo transversal, pues la recolección de datos se realizó en una sola ocasión, durante el mes de diciembre 2018.

Las fuentes de información son de tipo primario, pues se aplicó instrumento de encuesta autoadministrado FACES 20 ESP y el instrumento ASSIST.



Unidad de análisis y de observación

La unidad de análisis corresponde a 345 sujetos identificados por el equipo de salud del CESFAM Dr. David Benavente de Ninhue, sin distinción de edad y sexo, quienes presentan consumo de benzodiazepinas por periodos de un año o superiores, representando un 5,93% de la población que atiende el CESFAM.

Muestra y criterios de selección de la muestra

En este estudio, se utilizó un diseño muestral no probalístico, con selección de participantes voluntarios. Cabe destacar que pese a poseer un marco muestral, las complicaciones presentadas en el trabajo de campo⁵ condicionaron la elección de este procedimiento.

La muestra se constituyó por:

-Hombres o mujeres, mayores de edad, que se encontraban en tratamiento con benzodiazepinas por un año o más tiempo.

-Inscritos en CESFAM Dr. David Benavente, Ninhue.

-Aceptar de forma voluntaria la participación en esta investigación y firmar el correspondiente consentimiento informado para acceder a la aplicación del instrumento FACES 20 ESP y el ASSIST.



INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Para Funcionamiento Familiar

En el proceso de selección del instrumento más idóneo para la evaluación del tipo de Funcionamiento Familiar, la literatura revisada proporciona al menos tres que son destacados por su utilización y validación en diferentes contextos, entre ellos el chileno. El primero de ellos es el FF-SIL, elaborado por Ortega, Cuesta y Días, (1999). Dicho instrumento, validado en Chile por Florenzano, presenta una baja correlación en las variables adaptabilidad (0,576), roles (0,591) y armonía (0,534). Un segundo instrumento, elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) “Como es tu Familia”, presenta un resultado de 0,854 en la consistencia total de la escala, lo que significa que los ítems incorporados “aportan significativamente a la medición del constructo funcionalidad familiar” (Fuentes y

⁵ Las complicaciones presentadas, se exponen con claridad en el apartado ‘Trabajo de campo’

Merino, 2016), por tanto, permite posicionar a éste último instrumento en un lugar de mayor elegibilidad frente a la posibilidad de utilizar el ya señalado FF-SIL.

Un tercer instrumento de continuo desarrollo y de amplia utilización para la evaluación y caracterización de las familias es el instrumento FACES, cuya construcción deriva del Modelo Circumplejo de Olson, Russell y Sprenkle (1983), y que ha sido trabajado en su versión abreviada por Martínez-Pampliega (2006, 2009, 2011, 2017). Dicho instrumento está

Dirigido a analizar las dos dimensiones iniciales, cohesión y adaptabilidad. La primera versión de este instrumento surgiría en 1980 (Bell, 1980, Portner, 1981) y constaba de 111 ítems. Posteriormente se desarrollarían otras tres versiones tratando de superar, cada una de ellas, las limitaciones de las anteriores. La segunda versión, FACES II, apareció en 1982 (Olson, Portner y Bell, 1982) y la tercera versión, FACES III, en 1985 (Olson, Portner y Lavee, 1985), de 30 y 20 ítems, respectivamente. Por lo tanto, a lo largo de todo este tiempo, los autores trataron de desarrollar un instrumento adecuadamente válido para el estudio del funcionamiento familiar. (Martínez-Pampliega, et al, 2006, p.320)

La escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson y otros, en su primera versión, fue revisada en su validez de contenido y su confiabilidad para ser utilizada en Chile por Zegers y otros (2003). La metodología de éste estudio seleccionó a través una muestra estratificada, aleatoria probabilística, a 254 padres y madres residentes en 15 comunas de la región Metropolitana de Santiago. Los resultados de la evaluación general de esta escala, en base a sus dimensiones Cohesión y Adaptabilidad, dan cuenta de una confiabilidad de 0,77 y 0,62 respectivamente, lo que conduce a los investigadores a concluir que la escala es aceptable, sin embargo, recomiendan realizar una validación en una muestra de mayor tamaño para más y mejores resultados.

Otra versión del trabajo desarrollado por Olson, es el FACES 20 ESP, compuesto por 20 preguntas de autoreporte en escala Likert. En 2006 en España, Martínez y otros realizan un estudio con una muestra de 248 estudiantes de Psicología de la Universidad de Deusto, en la cual se concluye que la confiabilidad

alcanzada por la escala en la dimensión Cohesión fue de 0,89 y una Adaptabilidad de 0,87 además de una adecuada validez convergente.

En 2011, Martínez y otros vuelven a realizar un estudio sobre éste instrumento, pero ésta vez con una muestra de 1530 estudiantes de entre 12 y 17 años, pertenecientes a 19 establecimientos educacionales de la localidad de Bizkaia, concluyendo que la validez del constructo⁶ Cohesión era de 0,82 mientras que el de Adaptabilidad fue de 0,79 (Martínez y Castillo, 2011). Si bien los resultados varían respecto de la evaluación realizada en el año 2006, lo cierto es que el instrumento en cuestión aún mantiene una alta confiabilidad respecto de las dimensiones que busca medir.

En Chile, la escala FACES 20 ESP fue validada en la comuna de Chillán, región del Biobío⁷. Los resultados obtenidos dan cuenta de propiedades psicométricas altamente adecuadas, mostrando una confiabilidad de 0,89 en la dimensión Cohesión, mientras que en la de Adaptabilidad puntuó un 0,87 con una prueba total de 0,93, lo que implica un grado de consistencia interna⁸ superior a otras versiones de las escalas FACES y superior también al presentado por el instrumento de OPS “Como es tu Familia” (Zicavo, Palma y Garrido, 2012).

Tras la validación anteriormente señalada, es posible constatar que la utilización de la escala FACES 20 ESP se encuentra vigente y en reciente utilización en diferentes localidades de nuestro territorio nacional. Para muestra de aquello, se expone investigación que buscaba relacionar el Funcionamiento Familiar con la severidad de síntomas de pacientes diagnosticados con fibromialgia, a través muestra no probabilística compuesta por pacientes diagnosticados en distintas partes del territorio nacional (Giovanazzi, Barraza y Díaz, 2017). Así también, Aedo (2017) desarrolla estudio que busca relacionar el Funcionamiento Familiar con la calidad de vida de mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), con edades entre los 13 y los 18 años, en la región de la Araucanía.

⁶ Entendida como la obtención de evidencias que apoyan que las conductas observadas en un test son indicadores del constructo (Aliaga, 2007).

⁷ En la actualidad (2019), perteneciente a la recién creada región de Ñuble.

⁸ Se refiere al grado en que los ítems, puntos o reactivos que hacen parte de una escala se correlacionan entre ellos (Campos y Oviedo, 2008)

En vista de la vigencia y confiabilidad demostrada por el instrumento FACES 20 ESP, se utilizó en esta investigación. Las características de éste instrumento, permiten su aplicación por parte de un profesional o personal entrenado, y además, ser respondido como autoreporte en un periodo inferior a 10 minutos. Así también, sus pruebas de confiabilidad y validez son reconocidas por profesionales y académicos de la evaluación familiar, todo lo cual resulta un aporte al desarrollo y factibilidad de desarrollo de la presente investigación.

Variables centrales medidas en el FACES 20 ESP.

El instrumento FACES 20 ESP, está construido en base a dos variables centrales en pos de medir el Funcionamiento Familiar, estas son, Cohesión y Adaptabilidad. En relación a la Cohesión, se distinguen cuatro tipologías que se explicarán a continuación.

1) Las familias de Cohesión Aglutinada, presentan una vinculación familiar muy intensa, pero una escasa autonomía individual. Sus principales características son extrema cercanía emocional, fuerte exigencia de lealtad a la familia, alta dependencia entre sus miembros, ausencia de espacios privados e intimidad personal, difusos límites generacionales, focalización de la energía individual en cuestiones propias de la familia como conjunto, pocos amigos personales, alta reactividad emocional y toma de decisiones en función de los deseos del grupo familiar. Como consecuencia de esto, se impide el desarrollo de la individualidad en cada uno de los miembros de la familia (Olson, et al, 1983).

2) En la Cohesión Desvinculada, existe un alto grado de autonomía, los miembros se concentran en sus tareas personales, mostrando menor apego y compromiso hacia la familia (Olson, et al, 1983). Sus principales características son la existencia de separación emocional, ausencia de lealtad familiar y de comunicación o expresión de los sentimientos, así como una relación vacía entre padres e hijos (Polaino y Cano, 1998).

3) En la Cohesión Conectada, existe un nosotros familiar, pero prima la presencia del yo individual, es decir, existe la posibilidad del desarrollo individualidad en los miembros de la familia.

4) En la Cohesión Separada, existe una primacía del yo con la presencia en un nivel más bajo del nosotros, la unión afectiva es moderada al igual que la interdependencia entre los familiares, sin embargo, en este nivel existe una tendencia más marcada hacia la independencia (Polaino y Cano, 1998).

Respecto de la variable Adaptabilidad y del mismo modo que ocurre con la variable Cohesión, también se distinguen cuatro tipologías posibles de identificar.

1) La Adaptabilidad Flexible, presenta un liderazgo compartido con todos los integrantes de la familia. Lo mismo sucede con los roles, pero el establecimiento de las normas, las reglas y la toma de decisiones es democrática, pudiendo realizarse modificaciones cuando es necesario.

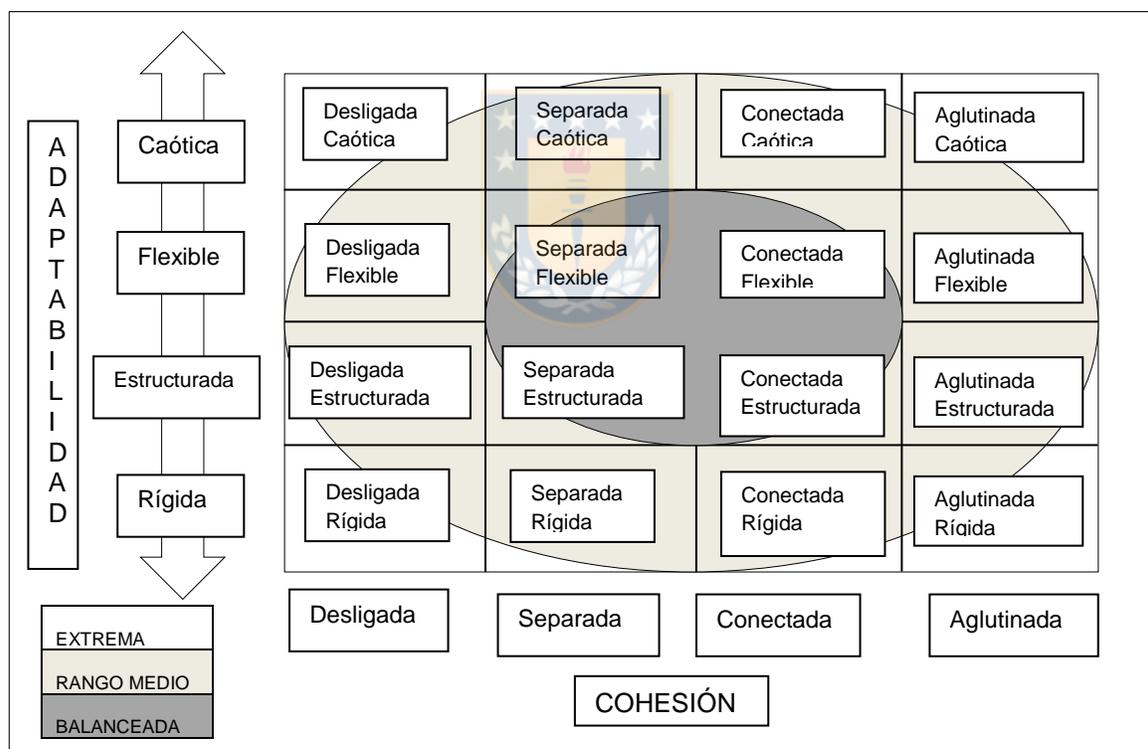
2) La Adaptabilidad Estructurada, presenta un liderazgo y roles compartidos y las normas se caracterizan por ser menos democráticas que en el tipo familiar anterior, no obstante, igual existe disposición al cambio cuando la situación requiera de ello. (Polaino y Cano, 1998).

3) La Adaptabilidad Rígida se caracteriza por la presencia de un liderazgo de tipo autoritario, en donde los roles se encuentran claramente determinados y fijos, las normas son estrictas y existe ausencia de disposición al cambio.

4) En la Adaptabilidad Caótica, no existe un liderazgo bien definido, no existe claridad en roles asignados a los miembros en el interior de la familia y las normas y reglas no se encuentran explícitamente establecidas, por tanto, los miembros de la familia no cuentan con un clima de estabilidad en el cual desenvolverse (Polaino y Cano, 1998).

Ahora bien, tras la identificación del tipo de Cohesión y Adaptabilidad, el modelo define que la interacción entre los niveles extremos de estas dos variables⁹, darán paso a la interpretación de un Funcionamiento Familiar de rango extremo. A su vez, la interacción de un tipo de Cohesión o Adaptabilidad extrema junto a uno de los tipos intermedios de cada dimensión, dará paso a la interpretación de un Funcionamiento Familiar de rango medio¹⁰. Por último, la interacción entre los niveles medios antes enunciados, dará lugar a la interpretación de un Funcionamiento Familiar considerado como balanceado. Todo lo anterior, es graficado por el modelo Circumplejo de Olson (1983) de la siguiente forma:

Tipos de funcionamiento familiar según Modelo Circumplejo de Olson



Fuente: Elaboración Propia en base al Modelo Circumplejo de Olson (1983)

⁹ Cohesión extrema: desligada y separada / Adaptabilidad extrema: rígida y caótica.

¹⁰ Cohesión de rango medio: separada o conectada / Adaptabilidad de rango medio: estructurada y flexible.

Instrumento para medir la Dependencia a las de benzodiacepinas

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), utiliza el instrumento “*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*” (ASSIST). La primera versión de éste instrumento fue elaborada en 1997 por la OMS, con el objetivo de diagnosticar dependencias en el consumo de sustancias, considerando una variada gama de sustancias psicoactivas y no sólo el alcohol y el tabaco. Su utilización fue contemplada para los dispositivos de Atención Primaria en Salud, con el propósito de utilizarlo en intervenciones de corta duración (OMS, 2011.)

En Chile, la validación del instrumento demuestra buenas propiedades psicométricas en la detección de distintos niveles de riesgo para distintas sustancias pensando en la población en general.

La consistencia interna obtenida fue alta (Alcohol $\alpha = 0,86$. marihuana $\alpha = 0,84$ y cocaína $\alpha = 0,90$). El coeficiente de correlación intraclase (CCI) con la comparación test-retest fue buena para Alcohol (CCI = 0,66), marihuana (CCI = 0,74) y cocaína (CCI = 0,80). Se observó una buena correlación entre los puntajes del ASSIST el puntaje del AUDIT (r de Pearson = 0,85), ASI-Lite (r entre 0,66 y 0,83 para tabaco, alcohol, marihuana y cocaína) y SDS (r = 0,65). (Soto-Brandt et al., 2014, p.291)

En 2016, el Observatorio Chileno de Drogas de SENDA en su boletín N°27, publicó los resultados de una investigación que buscaba conocer la consistencia interna y la fiabilidad del ASSIT. Los coeficientes de correlación para tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y sedantes oscilan entre 0,79 y 0,99. Respecto a la consistencia interna, los resultados oscilan entre 0,84 y 0,98. (SENDA, 2016).

A raíz de lo anterior y en vista de ser validado y utilizado por el Servicio Público chileno SENDA, se utilizó éste instrumento para conocer la Dependencia a las benzodiacepinas que presentan los sujetos de muestra, donde este fármaco en

particular es considerado como un tranquilizante¹¹ , dentro de las tarjetas explicativas que contempla su aplicación.

El instrumento cuenta con ocho preguntas y es en la primera, donde se identifican las distintas sustancias que se consumen, ordenadas de la letra 'a' hasta la 'j'. En lo que respecta a éste proyecto de tesis, se utilizó la letra "g", donde se indica que las siguientes preguntas serán en base a la benzodiacepinas, las que son consideradas como un tipo de tranquilizante. Para efectos de la puntuación y obtención de resultados, el propio instrumento indica que solo se suman los resultados obtenidos entre la pregunta dos y la siete y señala expresamente no considerar en la sumatoria la pregunta uno y la ocho.

Los resultados obtenidos nos permitieron identificar si la dependencia de los sujetos encuestados es leve (0 – 3 puntos), moderada (4 – 20 puntos) o intensa (21 puntos y más). Pese a las categorías de nivel de Dependencia que indica el instrumento, se puede comentar que mientras más bajos puntajes se obtienen, se entenderá una Dependencia más baja, mientras que sí el puntaje resulta ser más alto, se entenderá una Dependencia más alta. Lo anterior, en virtud de poder utilizar la variable Dependencia de forma numérica y no necesariamente como una variable ordinal/categórica.

¹¹ Valium/Diazepam, Ravotril/Clonazepam, Alprazolam, Amparax/Lorazepam, Zopiclona, Dormonid/Midazolam, Chicota/Flunitrazepam, etc.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

A continuación, se presenta la definición conceptual y operacional de las variables centrales de esta tesis, medidas a través de los instrumentos ya indicados.

Funcionamiento Familiar. Definición Nominal/Conceptual: Características relativamente estables, por medio de las que se relacionan internamente como grupo humano, los sujetos que la conforman. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia (Castellón y Ledesma, 2012, p.4)

Definición Operacional: Pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las que se encuentran mediadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto a través de dimensiones como la adaptabilidad y cohesión, medidas a través del instrumento FACES, correspondiente al Modelo Circumplejo de Olson.

Cohesión Familiar. Definición Nominal/Conceptual: Vínculo emocional o los lazos afectivos entre los miembros del sistema y las fronteras internas y externas de la familia (Jiménez, et al, 2017, p.3).

Definición Operacional: Según tipologías identificadas por el Modelo de Olson serán Familias Desligadas de 0-19 puntos, Separadas de 20-25 puntos, Conectadas de 26-31 puntos o Aglutinadas de 32-40 puntos (Costa, et al, 2013).

Adaptabilidad Familiar. Definición Nominal/Conceptual: Capacidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus pautas de relación en respuesta al estrés situacional o evolutivo (Jiménez et al., 2017, p.3). Esta dimensión se centra básicamente en la posibilidad de cambio de la diada parental y que tendrá repercusiones en el resto de los integrantes del grupo familiar (Olson, et al, 1983)

Definición Operacional: Según el Modelo de Olson, existen cuatro tipos de familia según su flexibilidad estas son: Rígidas de 0-17 puntos, Estructuradas de 18-25 puntos, Flexibles de 26-32 puntos y Caóticas de 33-40 puntos.

Consumo Dependiente de BZD: Definición Nominal/Conceptual: Se le define como el grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella, donde existe un patrón repetido de autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingesta compulsiva de la sustancia (Rafael y Batle, 2008)

Definición Operacional: En base a instrumento ASSIST utilizado por SENDA se entenderá como Dependencia Leve los puntajes de 0-3, Dependencia Moderada de 4-20 puntos y Dependencia Intensa de 21 o más puntos (OMS, 2011).



PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Para el análisis de datos se utilizó el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

En un primer momento de nivel descriptivo, se realizó distribución de frecuencia de las principales características de la población muestral. Estas variables fueron el lugar de residencia, sexo, tipo de benzodiacepina utilizada, tiempo de tratamiento según sexo.

En un segundo momento de nivel descriptivo se realizó distribución de frecuencias respecto del tipo de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, tipo de Funcionamiento Familiar Percibido, y nivel de Dependencia.

En el tercer momento del análisis, se realizó tabla cruzada para comparación de medias entre la variable Dependencia y el tipo de Funcionamiento Familiar Percibido.

En cuarto lugar, se aplicaron pruebas no paramétricas con el propósito de observar relación entre la variable Dependencia y Funcionamiento Familiar Percibido. Estas son la prueba Kruskal-Wallis para la comparación de rango promedio de las variables señaladas y la prueba Jonkheere-Terpstra para mayor certeza en los resultados tras la aplicación de la prueba anterior.

Finalmente, se realiza el análisis factorial del instrumento FACES 20 ESP, aplicando un Análisis de Componentes Principales con normalización Kaiser, prueba Alfa de Cronbach y prueba de correlación Tau b de Kendall a las variables Cohesión y Adaptabilidad.

Operacionalización de Variables

En la siguiente tabla, se presenta la operacionalización de las variables centrales de este estudio. El trabajo expuesto se realizó en función del instrumento FACES 20 ESP para el funcionamiento familiar percibido y el ASSIST para el nivel de dependencia a las benzodiazepinas.

Variables	Dimensión/s	Indicadores	Nivel de Medición	Preguntas¹²
Funcionamiento Familiar	Cohesión Familiar	Sentimiento de cercanía	Ordinal	¿Los miembros de la familia nos sentimos cercanos afectivamente entre todos?
		Toman decisiones conjuntas	Ordinal	¿Todos los miembros de la familia participan en la toma de decisiones?
		Realizan actividades juntos	Ordinal	¿En nuestra familia realizamos actividades juntas regularmente?
		Se reúnen juntos en una misma lugar habitualmente	Ordinal	¿En nuestra Familia solemos reunirnos en el mismo lugar? (cocina, living, otro espacio)

¹² Las preguntas se presentan según están establecidas en el instrumento original FACES 20 ESP.

		Apoyo en momentos difíciles	Ordinal ¿Los miembros de la familia nos apoyamos los unos a los otros en momentos difíciles?
		Comparten intereses y pasatiempos	Ordinal ¿Los miembros de la familia comparten intereses y pasatiempos?
		Pasan tiempo libres juntos	Ordinal ¿A los miembros de la familia nos gusta pasar su tiempo libre juntos?
		Consultan decisiones	Ordinal ¿Los miembros de la familia consultan unos a otros acerca de sus decisiones personales?
		Pedir ayuda mutuamente	Ordinal ¿Los miembros de la familia nos pedimos ayuda mutuamente?
		Importancia por unidad familiar	Ordinal ¿La unidad familiar es una preocupación principal?

	Adaptabilidad Familiar	Seguir propuestas de los hijos	Ordinal	¿Los hijos participan en la resolución de los problemas?
		La disciplina es justa	Ordinal	¿En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa?
		Se considera la opinión de los hijos	Ordinal	¿En cuánto la elaboración de pautas de disciplina (normas, obligaciones) se toma en cuenta la opinión de los hijos?
		Negociación en la solución de los problemas	Ordinal	¿Cuándo surgen problemas se negocia para encontrar una solución?
		Se habla libremente	Ordinal	¿Los miembros de la familia tienen libertad para expresarse?
		Se toma acuerdo en los castigos	Ordinal	¿Padres e hijos hablan acerca de los castigos y las reglas?
		Facilidad para la expresión de	Ordinal	¿En la familia a todos les resulta fácil

		opiniones		expresar su opinión?
		Se buscan nuevas formas de solucionar problemas	Ordinal	¿En la familia, intentan nuevas formas de resolver los problemas?
		Todos participan en la toma de decisiones	Ordinal	¿Todos tienen voz y voto en las decisiones familiares?
		Comentan sus problemas con libertad	Ordinal	¿Los miembros de la familia comentan sus problemas y se sienten bien con las decisiones tomadas entre todos?
Consumo dependiente de benzodiazepinas	Frecuencia del consumo	-Nunca -1 o dos veces -Mensualmente -Semanalmente -Diariamente	Razón	En los últimos tres meses ¿con que frecuencia ha consumido?
	Deseos/Ansias de consumo	-Nunca -1 o dos veces -Mensualmente -Semanalmente -Diariamente	Razón	En los últimos tres meses ¿con que frecuencia ha tenido fuertes deseos o ansias de consumir?
	Problemas sociales	-Nunca	Razón	En los últimos tres

	asociados al consumo (salud, legales, económicos)	-1 o dos veces -Mensualmente -Semanalmente -Diariamente		meses ¿con que frecuencia ha tenido problemas de salud, sociales, legales o económicos debido al consumo?
	Problemas para cumplir obligaciones habituales	-Nunca -1 o dos veces -Mensualmente -Semanalmente -Diariamente	Razón	En los últimos tres meses ¿con que frecuencia ha tenido problemas para cumplir sus obligaciones habituales a causa del consumo?
	Preocupación de terceros frente al consumo	-Nunca -Sí, en los últimos tres meses -Sí, pero no en los últimos tres meses	Razón	¿Alguna vez amigos, familiares o alguien más le han mostrado preocupación por el consumo?
	Intentos por deshabitación	-Nunca -Sí, en los últimos tres meses -Sí, pero no en los últimos tres meses	Razón	¿Alguna vez ha intentado controlar o dejar de consumir?

ESTRATEGIA DE ACCESO Y TRABAJO DE CAMPO

Esta investigación, cuenta con dos porteros e informantes claves. El primero de ellos, es el Comité de Ética del Servicio de Salud Ñuble, quienes autorizan y respaldan el acceso a la población clínica que se investigó y el CESFAM comunal, Dr. David Benavente, quien desde un punto de vista operativo, proporcionó el detalle pormenorizado de los sujetos en tratamiento con benzodiazepinas. En relación a esta última institución, quien constituye el interlocutor e informante propiamente tal es el Director del CESFAM, don Julio Jaramillo.

Existiendo este apoyo y colaboración, se solicita al Director el registro de pacientes en tratamiento con el psicofármaco, con el propósito de identificar aquellos que se encuentran medicados por periodos iguales a superiores a un año. El producto de éste trabajo permitió identificar 273 sujetos que cumplieran con los criterios muestrales antes señalados y se procede al reenvío de esta información al CESFAM, para que éste indique el domicilio o sector de residencia de los pacientes, así como su teléfono de contacto¹³.

El procesamiento de la información por parte del CESFAM, permitió individualizar 150 sujetos, de quienes se obtuvo la información necesaria para proceder a contactarlos. Un dato relevante respecto de la información que fue recibida, es indicación sobre la posibilidad de que el teléfono de contacto o el domicilio proporcionado se encontrara desactualizado, lo anterior, debido que el ingreso de los datos de contacto de los pacientes solo se registran una vez inscritos en el CESFAM y luego no suelen ser actualizados.

Una vez identificados los 150 sujetos, se procede al contacto telefónico de cada uno de ellos. De dicho número, solo fue posible obtener la aprobación voluntaria a participar en esta investigación de 53 personas. Respecto a la dificultad para obtener una mayor cantidad de participantes, se debe señalar un clima de desconfianza en los habitantes de Ninhue, debido a la ocurrencia de un robo con

¹³ Se realiza este proceso, pues el domicilio, sector de residencia y teléfono es una información específica, que el CESFAM solo puede proporcionar revisando uno por uno a los sujetos identificados en su sistema informático RAYEN. Ahí radica la importancia de acotar y precisar la cantidad de sujetos que cumplen los criterios señalados.

intimidación a un adulto mayor, quien fue maniatado en su domicilio, tras haber sido contactado telefónicamente por los sujetos agresores. Esta situación, provocó que la mayor parte de los interesados en participar no proporcionara su domicilio exacto para proceder a la visita y encuesta, lo que posteriormente produjo que muchos de los sujetos que inicialmente habían comprometido su participación, desistieran de ello cuando ya se realizaba el trabajo de campo.

Tras lo anterior, se inició la recolección de datos en el territorio. Las localidades visitadas fueron, sector Las Higueras, Piedras Blancas, Aguas Frías, La Posta, Los Cardones, Coyanco, Pangué, Panguilemu y Ninhue centro. Lo anterior, da cuenta de heterogeneidad en la distribución territorial de los sujetos muestrales. Para acceder de manera correcta a cada uno de éstos territorios, se contrató el apoyo de un guía con conocimiento geográfico del sector, lo que permitió utilizar de manera adecuada el tiempo disponible para la ejecución del trabajo de campo. En relación a este último punto, consignar que el trabajo de campo se desarrolló desde el jueves 20 de diciembre hasta el domingo 23 de diciembre de 2018.

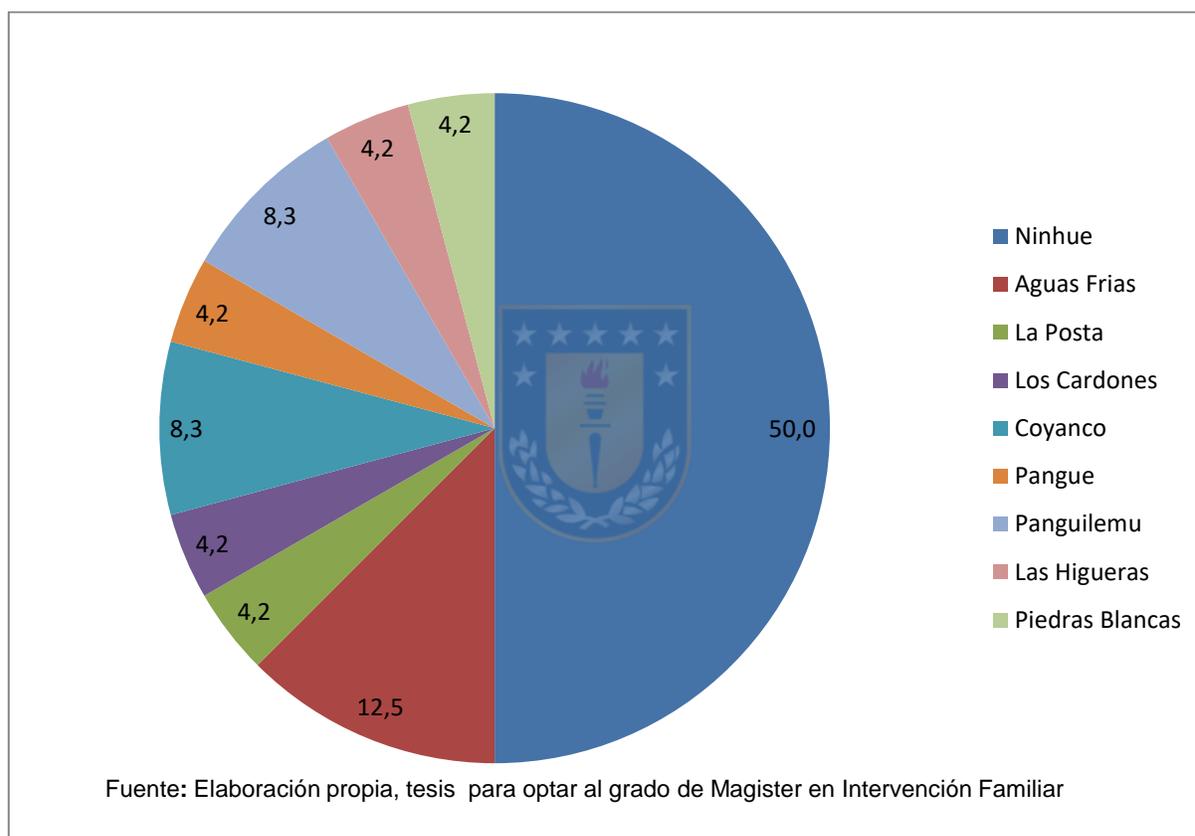
Pese al apoyo institucional recibido y la contratación de apoyo técnico para el acceso al territorio, la dispersión territorial, el difícil acceso a las localidades circundantes a Ninhue centro y el temor de los habitantes para colaborar en esta investigación, solo permitió obtener un muestra total de 24 participantes voluntarios.

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el siguiente apartado, se presentarán las tablas, gráficos e interpretación de los resultados obtenidos, con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos de la presente investigación.

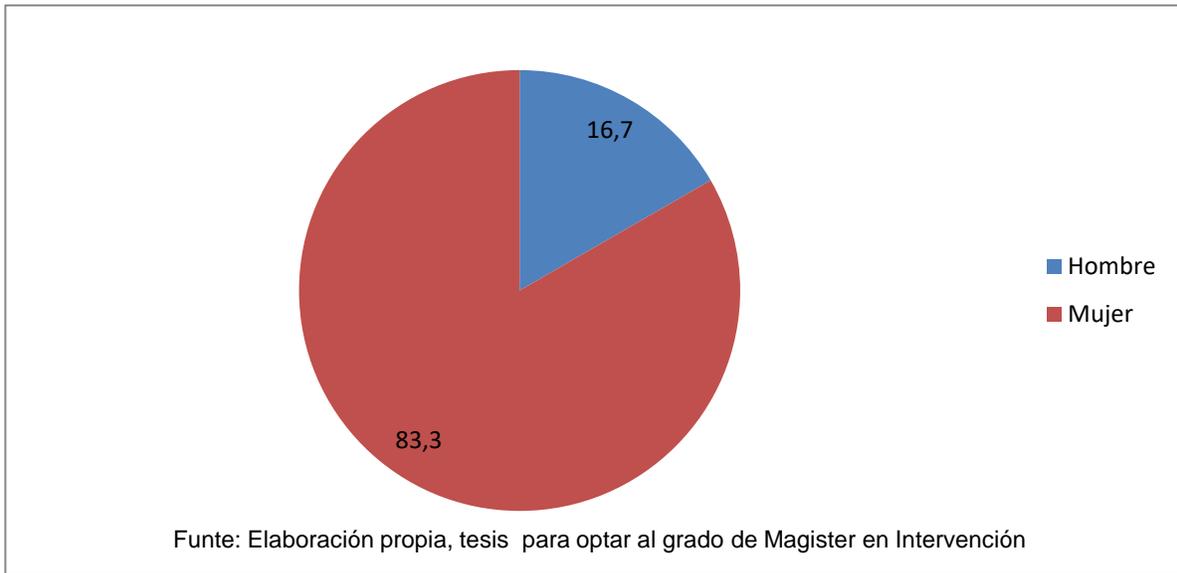
Caracterización de los participantes

Gráfico N°1: Lugar de residencia de la muestra



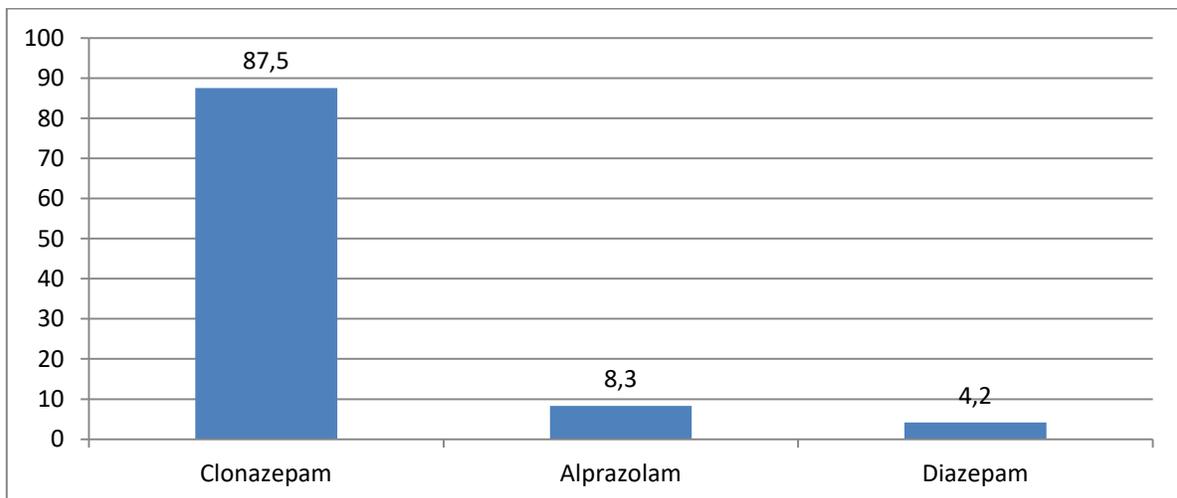
Como se puede observar en el gráfico N°1, el 50% (n=12) de los sujetos encuestados poseen su residencia en el pueblo Ninhue. El 50% restante se distribuye de manera bastante homogénea por el resto de las localidades que componen la comuna. Lo anterior resulta ser un resultado relevante, pues pese a sólo contar con una muestra de 24 participantes voluntarios, la recuperación de los datos da cuenta de cierta heterogeneidad en la distribución territorial de los participantes.

Gráfico N°2: Distribución de la muestra según sexo



Según la distribución por sexo de la muestra, un 83,3% corresponde a mujeres (n=20), mientras que el 16,7% restante corresponde a hombres (n=4). Se debe señalar que, se intencionó obtener mayor cantidad de muestra de sexo hombre al momento de realizar los contactos iniciales, sin embargo, resultaron ser menos receptivos en participar, lo cual se ve reflejado en los datos recién expuestos.

Gráfico N°3: Distribución del fármaco BZD utilizado



Fuente: Elaboración propia, tesis para optar al grado de Magister en Intervención Familiar

En relación a la distribución según el tipo de BZD utilizada, se constata que el 87,5% de la muestra (n=21) utiliza el fármaco clonazepam, mientras que el 12,5% restante de la muestra se distribuye entre el fármaco alprazolam y diazepam (8,3% y 4,2% respectivamente).

Tabla N°1: Tipo de fármaco BZD utilizado según Sexo

	Clonazepam	Alprazolam	Diazepam	%
Hombre	16,7% (n=4)	0	0	16,7% (n=4)
Mujer	70,8% (n=17)	8,3% (n=2)	4,2% (n=1)	83,3% (n=20)
Total	87,5% (n=21)	8,3% (n=2)	4,2% (n=1)	100% (n=24)
Fuente: Elaboración propia, Tesis para optar al grado de Magíster en Intervención Familiar				

Relacionando el sexo del sujeto muestral y el tipo de fármaco que utiliza, se observa que el 70,8% de las mujeres (n=17) y el 16,7% de los hombres (n=4) presentan consumo del fármaco clonazepam (total 87,5% de la muestra, n= 21), mientras que sólo mujeres declaran utilizar el alprazolam y diazepam, con un 8,3% y 4,2% de la muestra respectivamente.

Tabla N°2: Distribución según sexo y tiempo de tratamiento medido en años

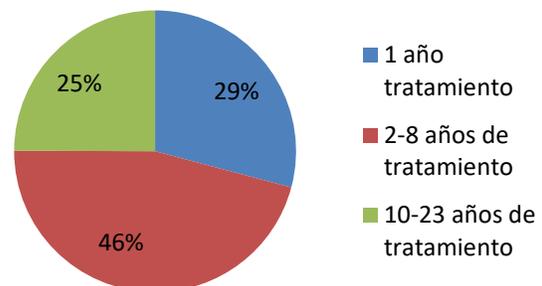
Años Tratamiento	Hombres	Mujeres	Total Acumulado
	%	%	%
1	4,2%	25%	29,2%
2	4,2%	4,2%	8,3%
3	4,2%	4,2%	8,3%
4	0	8,3%	8,3%
5	0	16,7%	16,7%
8	0	4,2%	4,2%
10	4,2%	4,2%	8,3%
13	0	4,2%	4,2%
17	0	4,2%	4,2%
20	0	4,2%	4,2%
23	0	4,2%	4,2%
Total	16,7%	83,3%	100%

Fuente: Elaboración propia, tesis para optar al grado de Magister en Intervención Familiar

La Tabla N°2 muestra la distribución existente en torno al sexo del encuestado y la cantidad de años que lleva en tratamiento. Como se puede apreciar – y pese a lo que recomienda la literatura – todos los encuestados presentan tratamientos que llevan un año o más duración.

Gráfico N°4: Años de tratamiento con BZD

Sintetizando lo anterior, se observa que el 29% de la muestra cuenta con tratamiento de un año (n=7). Por otro lado, un 46% (n=11) de la muestra presenta tratamientos que van desde los 2 años, hasta los 8 años, mientras que el 29% restante (n=6) mantiene tratamiento que van desde los 10 y hasta los 23 años de medicación.



Fuente: Elaboración propia en base a FACES 20 ESP

Caracterización de las variables centrales del estudio: Funcionamiento Familiar y Dependencia a las BZD

Tabla N°3: Distribución según Cohesión Familiar

Tipo de Cohesión	%	N
Cohesión Desligada	16,7	4
Cohesión Separada	4,2	1
Cohesión Conectada	29,2	7
Cohesión Aglutinada	50	12
Total	100%	24
Fuente: Elaboración propia datos obtenidos tras aplicación del FACES 20 ESP		

Tras aplicar el Instrumento FACES 20 ESP, se obtuvo que los tipos de Cohesión distribuyen de la siguiente manera. El 16,7% de la muestra presenta una Cohesión Desligada, la Cohesión Separada corresponde a un 4,2%, la Cohesión Conectada un 29,2% y finalmente la Cohesión Aglutinada, con un 50%.

Según lo dispuesto por Olson en la construcción del instrumento utilizado, se consideran tipos de Cohesión Familiar saludables aquellas que se encuentran en rango medio de la matriz de Funcionamiento Familiar que propone. Estas son la Cohesión Separada y Conectada, cuyos porcentajes acumulados suman un 33,4%. Respecto a la Cohesión Desligada y Aglutinada, estas suman un 66,7% (n=16), evidenciando que éste porcentaje de la muestra presenta algún grado de disfunción en relación a su tipo de cohesión familiar.

Tabla N°4: Distribución según Adaptabilidad Familiar

Tipo de adaptabilidad	%	N
Adaptabilidad Rígida	25	6
Adaptabilidad Estructurada	41,7	10
Adaptabilidad Flexible	8,3	2
Adaptabilidad Caótica	25	6
Total	100%	24
Fuente: Elaboración propia datos obtenidos tras aplicación del FACES 20 ESP		

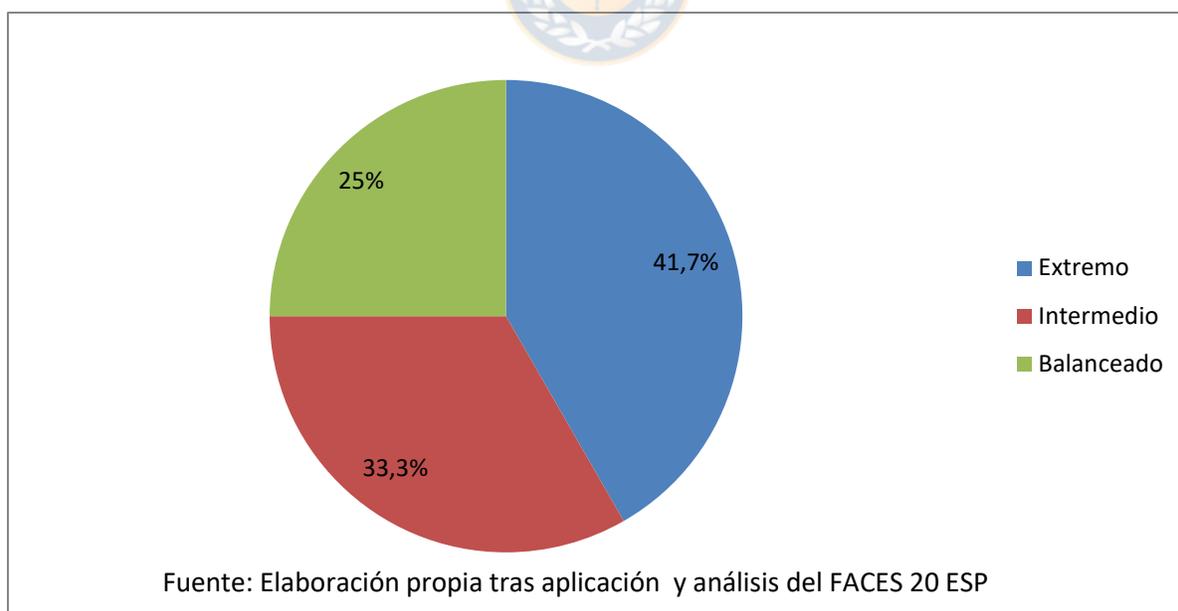
Respecto a los tipos de Adaptabilidad Familiar, en tabla N°4 se puede observar que la Adaptabilidad Rígida presenta un 25% de la muestra, la Adaptabilidad Estructurada cuenta con un 41,7%, la Adaptabilidad Flexible un 8,3% y finalmente la Adaptabilidad Caótica un 25%.

De la misma forma que en medición de la variable anterior, los tipos de Adaptabilidad presentes en el centro son aquellos tipos considerados saludables. Para éste caso, hablamos de la Adaptabilidad de tipo Estructurada y Flexible, cuyos porcentajes suman un 50%. (n=12), mientras que la Adaptabilidad de tipo Rígida y Caótica también cuentan un 50% (n=12), lo cual nos permite señalar que al menos el 50% de la muestra obtenida cuenta algún grado de disfunción en términos de su Adaptabilidad Familiar.

Tipos de Funcionamiento Familiar

A continuación, se presenta un gráfico que da cuenta del tipo de Funcionamiento Familiar¹⁴ percibido por los sujetos que conforman este estudio.

Gráfico N°5: Distribución tipos de funcionamiento familiar

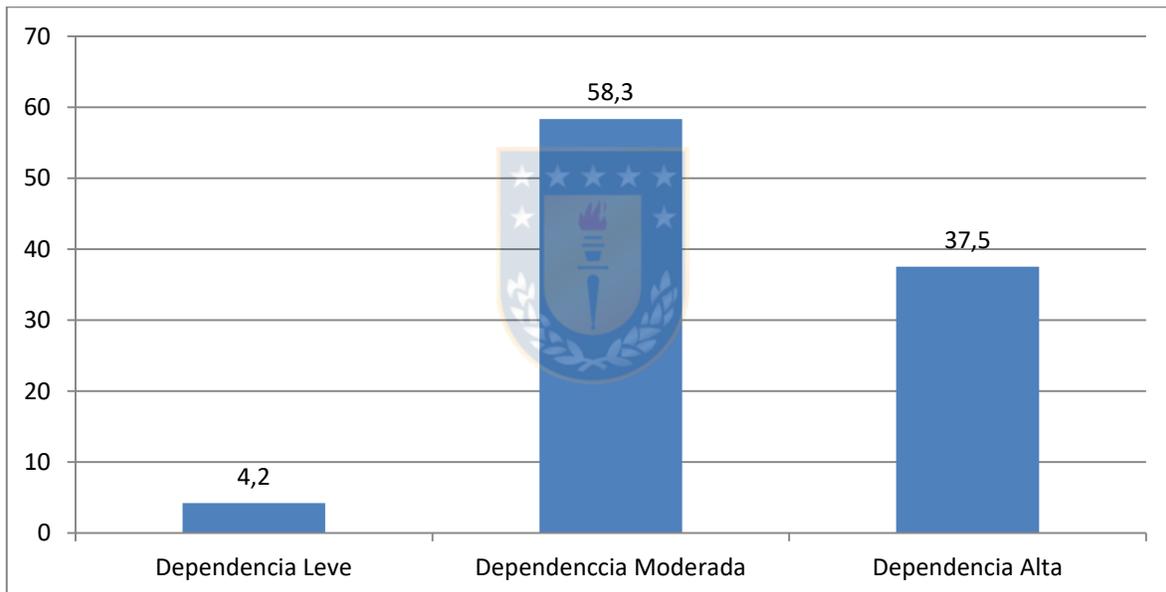


¹⁴ Tipos de funcionamiento familiar, según Modelo Circumplejo de Olson, adaptado por Martines-Pampliega (2006) y validado en Chile por Nelson Zicavo (2012).

En el Gráfico N°5, observamos que el 25% de la muestra presenta un Funcionamiento Familiar de tipo Balanceado (n=6), otro 33,3% presenta un Funcionamiento Familiar de rango Medio o Intermedio (n=8), mientras que el 41,7% (n=10) restante presenta un Funcionamiento Familiar considerado Extremo o entendido como disfuncional.

Dicho lo anterior, se puede señalar que el 75% (n=18) de la muestra, presenta características de disfunción, ya sea en la variable Adaptabilidad, Cohesión o en ambas variables.

Gráfico N°6: Distribución según nivel de Dependencia a las BZD



Fuente: Elaboración propia datos obtenidos tras aplicación del instrumento ASSIST.

Tras la aplicación del instrumento ASSIST, se puede señalar que la muestra distribuye de la siguiente manera. Sólo un 4,2% (n=1) presenta una Dependencia de tipo Leve, lo que – según la forma de interpretar el instrumento - indica que éste sujeto no requiere intervención. Un 58,3% (n=14) de la muestra presenta una Dependencia de tipo Moderada, lo que indica que éstos sujetos sí requieren intervención en función de su nivel de Dependencia y dicha intervención se define

como una intervención breve¹⁵. Finalmente, un 37,5% de la muestra (n=9), presenta un alto nivel de Dependencia a las BZD, por tanto, según el instrumento requieren una intervención de tipo intensa¹⁶.

Relación entre el tipo de Funcionamiento Familiar Percibido y la Dependencia a las BZD

Como una primera aproximación para constatar la existencia de relación entre las variables centrales de éste estudio, se presenta una tabla cruzada donde se exponen la comparación entre medias de la dependencia, según el tipo de Funcionamiento Familiar percibido por los sujetos muestrales. Lo anterior se grafica de la siguiente manera.

Tabla N°5: Distribución media de Dependencia, según tipo de funcionamiento familiar

Funcionamiento Familiar	Dependencia	
	n	Media
Extremo	10	18
Intermedio	8	19
Balanceado	6	22

Fuente: Elaboración propia, tabla cruzada en base a variables medidas por FACES 20 ESP y el ASSIST

Lo anteriormente graficado, supone un primer antecedente relevante. De lo observado, se desprende que la media de Dependencia a las benzodiazepinas es superior en aquellos tipos de Funcionamiento Familiar considerados balanceados, promediando 22 puntos en seis familias. No obstante aquello, la variación entre

¹⁵ La intervención breve consiste en un solo tratamiento, donde se proporcionar retroalimentación por medio de tarjetas de reporte, empleando una estructura simple de entrevista motivacional (OMS - ASSIST, 2011)

¹⁶ Servicios proporcionado por profesionales de la salud dentro de la atención primaria o por un especialista para el tratamiento de drogas y alcohol, si estos servicios están disponibles y son accesibles para el usuario dentro de un período razonable de tiempo (OMS – ASSIST, 2011)

medias de Dependencia no parece ser en esta primera instancia, lo bastante significativa para apresurar conclusiones. Esto, pone sobre la mesa un elemento distinto de lo considerado a nivel teórico. Inicialmente se presupone que un mejor Funcionamiento Familiar percibido se relaciona con menores niveles de Dependencia, sin embargo, en éste estudio se observa que el nivel promedio de Dependencia es mayor en aquellos casos que presentan un Funcionamiento Familiar balanceado.

Pruebas de correlación no paramétricas: Kruskal-Wallis

Con el objetivo de observar si existe relación entre la variable dependencia y los tipos de funcionamiento familiar percibido, se procede a utilizar la opción no paramétrica para ANOVA de un factor. En función de esto, se aplica la prueba Kruskal-Wallis

Tabla N°6: Rango promedio de dependencia según tipo de funcionamiento familiar

Tipos de Funcionamiento Familiar¹⁷		n	Rango promedio
Dependencia	Extremo	10	11,75
	Intermedio	8	12,00
	Balanceado	6	14,42
	Total	24	
Fuente: Elaboración propia en base a resultados del instrumento ASSIST			

Los resultados iniciales de ésta prueba muestran una diferencia en la distribución del rango promedio de Dependencia a las benzodiazepinas según tipo de Funcionamiento Familiar percibido, lo cual inicialmente resulta llamativo, toda vez que el rango promedio es mayor en el grupo de Funcionamiento Familiar balanceado. En una primera instancia, la prueba Kruskal-Wallis muestra a través de los rangos presentados que sí hay diferencia entre los grupos solicitados.

¹⁷ Considerar que los tipos de funcionamiento familiar señalados son propios del Modelo en que se basó la evaluación.

Tabla N°7: Relación entre Dependencia y tipo de Funcionamiento Familiar percibido.

Para profundizar lo anteriormente señalado, se presenta el valor de la prueba Kruskal-Wallis ($H=0,605$), así como el valor de significación ($p=0,739$).

Variable independiente	Variable dependiente	Valor de la Prueba	Valor p
Funcionamiento familiar	Dependencia a las BZD	$H=0,605$	$p = 0,739$ NS

Fuente: Elaboración propia en base a prueba estadística solicitada

El análisis de los valores expuestos, indican que la diferencia observada entre los grupos no resulta significativa, es decir, no existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable Dependencia y los tipos de Funcionamiento Familiar percibido.

Prueba de Jonckheere-Terpstra

Con el objetivo de obtener mayores certezas en torno a las diferencias entre grupos y conseguir determinar si existen o no diferencias estadísticamente significativas, se decide utilizar la prueba Jonckheere-Terpstra, pues se ha señalado que los resultados de ésta prueba tienden a ser más específicos que en la prueba Kruskal-Wallis.

Tabla N°8: Relación entre Dependencia y Funcionamiento Familiar percibido

En esta tabla, se presenta el valor de la prueba indicada, así como el valor de significación.

Variable independiente	Variable dependiente	Valor de la Prueba	Valor p
Funcionamiento familiar	Dependencia a las BZD	J-T = -0,674	p = 0,500 NS
Fuente: Elaboración propia en base a prueba estadística solicitada			

Tras la aplicación de la prueba, se obtiene un 'p valor' de 0,500 lo cual resulta ser no significativo al ser superior al 0,05 permitido en ciencias sociales. Este resultado, indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la media de Dependencia en relación a los tipos de Funcionamiento Familiar percibido.

Tras la aplicación de ambas pruebas, Kruskal-Wallis y Jonckheere-Terpstra, obteniendo resultados $p=0,739$ y $p=0,500$ respectivamente, se debe señalar que en éste estudio se acepta H_0 y se rechaza la hipótesis del investigador, tras no obtener resultados que resulten estadísticamente significativos.

SÍNTESIS EN TORNO A LOS PRINCIPALES RESULTADOS OBTENIDOS

A modo de síntesis en torno a los hallazgos más relevantes en el tratamiento de las variables centrales de éste estudio, se puede señalar la siguiente encadenación de resultados que darán paso a la discusión, nuevas preguntas y vacíos con miras al desarrollo de futuras investigaciones.

El análisis descriptivo en torno a las variables que constituyen el Funcionamiento Familiar, dan cuenta que en la dimensión Cohesión existe un 50% de sujetos que presentan una de tipo Aglutinada ($n=12$), además de un 16,7% que presenta una Cohesión Desligada ($n=4$). Ambos tipos de Cohesión son consideradas negativas dentro del Modelo Circumplejo, constituyendo un 66,7% ($n=16$) de casos que presentan disfunción en relación a esta dimensión.

Respecto de la dimensión Adaptabilidad, un 25% ($n=6$) de los casos presenta una de tipo Rígida, sumándose a esto otro 25% ($n=6$) que cuenta con una Adaptabilidad de tipo Caótica. De la misma forma que en la dimensión anterior, existe un alto porcentaje de casos que presenta disfunción en relación a la Dimensión Adaptabilidad, ascendiendo a un 50% ($n=12$) de la muestra.

La interrelación de las variables anteriormente señaladas, permite indicar que 41,7% ($n=10$) de la muestra presenta un Funcionamiento Familiar de tipo Extremo, mientras que otro 33,3% ($n=8$) presenta un Funcionamiento Familiar de Rango Medio. Los resultados anteriormente presentados demuestran que al menos un 75% de los sujetos encuestados, presenta algún grado de disfunción en su Funcionamiento Familiar.

Respecto a la variable Dependencia, la categorización realizada tras la aplicación del instrumento ASSIST, indica que el 37,5% ($n=9$) presenta una alta Dependencia, lo que es indicativo de necesidad de Intervención Intensa, mientras que el 58,3% ($n=14$) presenta una dependencia de tipo Moderada, indicándose para éstos casos un tipo de Intervención Breve. La suma de ambos porcentajes

indica que el 95,8% (n=23) de los casos existentes en este estudio, requieren intervención, la que varía según la intensidad de la Dependencia desde Moderada a Intensa.

En virtud del tamaño de muestra, éste estudio utilizó pruebas de tipo no paramétricas, principalmente, aquellas que buscan realizar comparaciones de medias entre la variable Dependencia¹⁸ y los tipos de Funcionamiento Familiar percibidos.

En una primera instancia – y previo a la aplicación de pruebas no paramétricas– se realiza una comparación entre el puntaje medio de Dependencia y los tipos de Funcionamiento Familiar. Esta comparación, da cuenta de un dato llamativo, pues el puntaje medio de la variable Dependencia asciende a 22 puntos para una total de seis casos (n=6) con un Funcionamiento Familiar Balanceado, mientras que, el puntaje medio de Dependencia en los sujetos con una percepción de Funcionamiento Familiar Extremo es de 18 puntos (n=10), es decir, aquellos sujetos que presentan un Funcionamiento Familiar percibido con mayores niveles de funcionalidad familiar, cuentan con un puntaje promedio más alto de Dependencia a las benzodiazepinas.

En virtud de aquello y con el objetivo de establecer la existencia de relación entre la variable Dependencia y los tipos de Funcionamiento Familiar, se aplica la prueba Kruskal-Wallis con el propósito de observar la existencia efectiva de diferencias entre los grupos que permitan relacionar ambas variables antes enunciadas. Tras su aplicación, se obtiene un valor $p=0,739$, el cual señala que las diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

Tras la obtención éste resultado – y con el propósito de conseguir mayores certezas del resultado obtenido con la prueba Kruskal-Wallis, se opta por profundizar el análisis a través de la prueba estadística Jonckheere-Terpstra. El resultado obtenido en esta prueba es un $p=0,500$ cuyo valor tampoco resulta

¹⁸ Para efectos del análisis de los datos, se utiliza la variable “dependencia” de tipo numérica y continua, en desmedro de la categórica creada como consecuencia de la interpretación del instrumento ASSIST

estadísticamente significativo, por tanto, éste estudio no puede concluir que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable Dependencia y el Funcionamiento Familiar percibido, por lo tanto, se debe rechazar la hipótesis señalada por el investigador.



ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE COMPONEN EL MODELO DE OLSON Y EL INSTRUMENTO FACES 20 ESP

Frente a la obtención de los resultados antes expuestos, los que no permiten aceptar como válida la hipótesis del investigador, es que se decide evaluar las características del instrumento que mide el Funcionamiento Familiar percibido, el que pese a estar validado en Chile, no ha sido utilizado habitualmente en el tipo de población en la que centró esta investigación.

El Modelo Circumplejo de Olson, inicialmente, identificó dos factores centrales y constitutivos del Funcionamiento Familiar, estos son la Cohesión y la Adaptabilidad. En la actualidad, estos siguen siendo los factores centrales sobre los que se basa gran parte de las investigaciones sobre Funcionamiento Familiar (Martínez y Castillo, 2011, Giovanazzi, Barraza y Díaz, 2017, Aedo, 2017) pero el modelo y los respectivos instrumentos de medición avanzan hacia la identificación y reconocimiento de la Comunicación como tercer factor.

En las primeras versiones del modelo, la Comunicación se entendía contenida en las preguntas que apuntaban a Cohesión y Adaptabilidad, sin embargo, investigaciones recientes incorporan este elemento como un factor particular a tener en consideración y no solo contenido a través de los dos factores inicialmente planteados (Bazo et al., 2016; Jiménez, et al, 2017). Dicha constatación, ha generado la creación de nuevas versiones de la escala FACES, existiendo en el presente el FACES III y FACES IV (Bazo, et al, 2016). En lo que respecta particularmente a la escala FACES IV, la articulación de los tres factores señalados, ha dado paso a la identificación de 6 subescalas, estas son, Cohesión Balanceada, Flexibilidad Balanceada y cuatro subescalas escalas Desbalanceadas, Enmarañada, Desligada, Rígida y Caótica (Costa, et al, 2013), todo lo anterior, con el propósito permitir que el instrumento sea recomendable para el trabajo diagnóstico y de intervención con población clínica.

En esta misma línea, Martínez-Pampliega, quien ya ha investigado y profundizado las características del modelo y sus diferentes escalas e instrumentos (2006;

2009; 2011; 2017), avanza en el reconocimiento de una mayor cantidad de tipos de Funcionamiento Familiar, donde las interconexiones de las dimensiones y subdimensiones generan nueve tipos de funcionamiento Balanceado, doce funcionamientos de Rango Medio y cuatro tipos de funcionamiento Desbalanceados¹⁹ (Martínez, Merino e Iriarte, 2017).

Lo anterior, motivó la reflexión y análisis en torno a la pertinencia del instrumento FACES 20 ESP utilizado en esta investigación, pese a las consideraciones y resguardos que se tomaron para que fuera el instrumento más idóneo de entre aquellos que están validados en Chile. Por ello, se estima que las características clínicas de la población muestral pudo ser un elemento clave para explicar el tenor de los resultados obtenidos. A propósito de los avances en el Modelo Circumplejo y la incorporación de nuevos factores de medición, es posible que el modelo de dos factores utilizado no fuese suficiente para identificar de manera clara el Funcionamiento Familiar percibido de los sujetos que conformaron la muestra.

Para verificar si los factores que mide el instrumento son adecuados en función del tipo de población en que se centró esta tesis, se solicita al SPSS un análisis de componentes principales (ACP) con normalización Kaiser, lo cual arrojó que el modelo de Funcionamiento Familiar ajusta mejor si se construye en base a cinco factores, por sobre los dos en que se sustenta tradicionalmente el Modelo Circumplejo. Lo indicado, se visualiza de forma adecuada en la tabla que se presenta a continuación.

¹⁹ La traducción del texto indica que “una puntuación más alta es insalubre”.

Tabla N°9: Carga factorial de los ítems que componen el FACES 20 ESP

En esta tabla, se presenta la carga factorial de los 20 ítems que componen el instrumento FACES 20 ESP y se muestran agrupados según los resultados de los procedimientos estadísticos solicitados.

Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Los miembros de la familia tienen libertad para expresarse 0,845	Los miembros de la familia nos pedimos ayuda mutuamente 0,740	Todos los miembros de la familia participamos en la toma de decisiones 0,476	Los miembros de la familia nos sentimos cercanos afectivamente entre todos 0,866	En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos), es justa 0,874
En nuestra familia solemos reunirnos en el mismo lugar 0,684	Cuando surgen problemas negociamos para encontrar una solución 0,680	En cuanto a la elaboración de pautas de disciplina, tomamos en cuenta la opinión de los hijos 0,922	Los hijos participan en la resolución de los problemas 0,839	
A los miembros de la familia nos gusta pasar nuestro tiempo libre juntos 0,726	En nuestra familia realizamos actividades juntos regularmente 0,758	Padres e hijos hablamos acerca de los castigos y las reglas 0,721		
En nuestra familia a todos nos resulta fácil expresar su opinión 0,872	En nuestra familia intentamos nuevas formas de resolver los problemas 0,589			
Los miembros de la familia nos apoyamos unos a otros en los momentos difíciles 0,692	Los miembros de la familia compartimos intereses y pasatiempos 0,704			
La unidad familiar es una preocupación principal 0,808	Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares 0,710			
Los miembros de la familia comentamos nuestros problemas y nos sentimos bien con las decisiones tomadas entre todos 0,777	Los miembros de la familia consultamos unos a otros acerca de nuestras decisiones personales 0,619			

Fuente: elaboración propia, en base a Análisis de Componentes Principales con normalización Kaiser

La carga dividida entre los cinco factores identificados, expone una situación llamativa. La mayor parte de los ítems analizados presentan su concentración en el factor uno y dos, existiendo siete ítems en cada uno de los factores presentados. Sin embargo, la distribución original realizada por Martínez-Pampliega (2006) y por Zicavo (2012) en función de los dos factores centrales del instrumento no concuerda con lo obtenido en ésta investigación. Por el contrario, en el factor uno y dos, se puede apreciar la conjugación de ítems que responden al componente Cohesión y Adaptabilidad de manera entrecruzada, existiendo otros que se relacionan de mejor forma con el componente Comunicación. Algo similar ocurre en el factor tres, cuatro y cinco, sin embargo, resulta más dificultoso determinar la dimensión más apropiada a la que dichos ítems responden, en lo principal, por la baja concentración de ítems que se distribuyeron en ellos.

Continuando con el análisis en ésta línea, se aplica prueba Alfa de Cronbach a los 20 ítems que conforman la escala. El valor obtenido por la escala total es de 0,925 lo que en un inicio indica una muy alta consistencia interna de la escala de funcionamiento familiar. Este valor, suele interpretarse como positivo al momento de evaluar una escala, sin embargo, para este estudio supone una dificultad.

Para complementar el análisis anterior, se solicitó el coeficiente de correlación Tau b de Kendall a las variables Cohesión y Adaptabilidad. El valor de significación de la prueba es un 0,02 lo que indica la existencia correlación entre las dos variables. El valor de la prueba es de 0,466 cuya dirección es positiva. Lo anterior permite inferir que los encuestados respondieron positivamente a las preguntas de Cohesión y Adaptabilidad, sin realizar mayores distinguos en la forma en que responden a uno u otro factor.

DISCUSIÓN

Esta investigación, buscó relacionar la Dependencia a las benzodiazepinas respecto del Funcionamiento Familiar percibido. Si bien la estadística no paramétrica utilizada da cuenta de ligeras diferencias en la comparación de los grupos de estudio, los puntajes obtenidos no permiten señalar que la relación entre variables sea estadísticamente significativa. En este sentido, los resultados obtenidos difieren de los presentados en el apartado teórico/conceptual y empírico de esta investigación, los que si señalaban relación entre la Dependencia a sustancias y el Funcionamiento Familiar.

En este sentido, se infiere que un primer motivo de diferencia radica en que los estudios antes expuestos se enfocaban en población adolescente o escolar, con consumos exploratorios o recreativos y no con población clínica en tratamiento. Esta diferencia es relevante al momento del análisis de los resultados, pues se ha señalado que la población de tipo clínico, no suele responder a los parámetros de normalidad estadística (Domínguez, 2016; Tamayo y Domínguez, 2017). Otro elemento que es considerado como diferencia y obstaculizador es el tamaño de la muestra que fue posible obtener. La cantidad de casos en los que se basa este estudio no permiten cumplir los criterios para la aplicación de estadística paramétrica. Tal situación, responde a las dificultades presentadas y descritas en el apartado del trabajo de campo, donde variables intervinientes fuera del control de quien suscribe, resultaron ser un obstaculizador relevante de cara a las pretensiones de esta investigación. Por tal situación, se ha referido en momentos anteriores de éste estudio que los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos, no obstante, es posible observar diferencias entre los grupos objeto de estudio. En tal sentido, se estima pertinente aumentar el tamaño de la muestra para profundizar con mayor detalle en el tipo de población clínica investigada.

Un tercer elemento considerado relevante, dice relación con la edad de los sujetos que conformaron la muestra. La edad media de los casos encuestados es de 58 años, donde un 58,3% de los sujetos se encuentra en un rango de edad que va desde los 46 a los 65 años (n=14), mientras que un 20,8% se encuentra entre los

66 y 85 años de edad (n=4). Este antecedente es importante, toda vez que existe escasa evidencia empírica respecto del funcionamiento de familias que cuentan con un miembro adulto mayor en su interior, quien además es medicado con benzodiazepinas.

Las investigaciones disponibles nos advierten de los riesgos para la salud de los adultos mayores que se encuentran en tratamiento de larga data, pero no se ha profundizado en el rol familiar para el acompañamiento de éstos tratamientos y menos aún en como el sistema de salud incorpora a las familias en los procesos de diagnóstico y tratamiento en los casos en que se decide recetar benzodiazepinas. Esta tesis tuvo como pretensión aportar en estos términos, sin embargo, los resultados obtenidos no permiten proyectar los hallazgos. No obstante lo anterior, si permiten evidenciar la imperiosa necesidad de profundizar y avanzar mucho más en este tema, en consideración a fenómenos sociales actuales como el acelerado envejecimiento de la población chilena. En este punto, se estima relevante la consideración de la familia como sistema social y a propósito de ello, la evaluación de su Funcionamiento Familiar, con particular énfasis en el tipo de población rural y adulto mayor en que se aplicó este estudio.

Un cuarto elemento a tener en consideración es el nivel de escolaridad de los encuestados. En el trabajo de campo, se observaron serias dificultades expresadas por los participantes, quienes no poseían habilidades claras de lectoescritura. Los que si leían, presentaban dificultades para comprender las preguntas, por tanto, 20 de los 24 encuestados solicitaron que se les leyera y explicara el instrumento de encuesta para así poder responderlo.

Un quinto obstaculizador identificado es la realización del estudio en un contexto rural. Las investigaciones antes revisadas, se ejecutaron en su mayoría en establecimientos educacionales ubicados en localidades urbanas, con sujetos y familias heterogéneas, donde resulta factible obtener un tamaño muestral que permita asegurar los criterios de representatividad. Asociado a la ruralidad, el equipo médico que colaboró ya adelantaba una preconcepción de familias definidas como tradicionales, en atención a su estructura y sistemas de creencias.

Éste supuesto inicialmente planteado, cobra mayor sentido cuando los resultados del instrumento FACES 20 ESP indica que el 50% (n=12) de los casos presenta una Cohesión de tipo Aglutinada, donde no se distinguen límites claros entre los distintos miembros del grupo familiar, así como una Adaptabilidad Rígida a Caótica (50% n=12), cuyos resultados serían indicativos de sistemas de reglas y acuerdos familiares que van desde la ausencia de las mismas, hasta la existencia de ellas y escasa o nula capacidad de transformarlas si es que fuese necesario. Los resultados presentados en éste apartado se consideran relacionados a las tipologías familiares existentes en los sectores rurales de nuestro país, donde la presencia de familias extensas y aglutinadas suelen encontrarse con regularidad. No obstante aquello, el tamaño de la muestra obtenida no permite dar certeza de ésta aseveración, pero si expone la necesidad de desarrollar mayores estudios de esta naturaleza en contextos rurales, con sujetos en tratamientos clínicos vigilados por dispositivos de salud primaria.

Un último elemento de análisis dice relación con las características del instrumento para la evaluación del Funcionamiento Familiar, FACES 20 ESP. El análisis factorial indicó que el Modelo de Evaluación Familiar responde mejor con cinco factores en relación a la población clínica en la que fue aplicado. Así también, tras la aplicación de la prueba Alfa de Cronbach y Tau b de Kendall, se infiere que la estructura del instrumento no resulta lo suficientemente clara al momento de distinguir aquellos elementos que se relacionan con la Adaptabilidad o la Cohesión Familiar. Si aquello se suma al bajo nivel educativo de los encuestados, manifestado en sus dificultades de lectura y comprensión, nos enfrentamos a una seria dificultad en pos de obtener resultados concretos en torno al nivel de Dependencia y su relación con el Funcionamiento Familiar.

No obstante lo anterior – y con conocimiento de que los resultados son estadísticamente no significativos - se reitera el hallazgo de relaciones y diferencias entre los grupos de participantes. Dado lo anterior, surge una profunda interrogante que sin lugar dudas requiere ser develada en estudios posteriores, teniendo resguardos en torno al perfil y tamaño de la muestra, profundizado en

torno a la ruralidad como variable relevante dentro del estudio, así como la edad de los encuestados, su nivel educativo y la pertinencia del instrumento para evaluar la variable funcionamiento familiar.

CONCLUSIÓN

La comprensión de las familias como sistema social funcional, así como su abordaje desde las políticas públicas y diferentes dispositivos de intervención social, es y será un tema central de la agenda nacional. Esta preocupación, se ha constatado a través de la revisión de diferentes investigaciones teóricas y empíricas cuyo eje central son las familias, sus tipologías, sus sistemas de relaciones internas y externas, sus tipos de Funcionamiento Familiar y su relación con el entorno. Aquello, lo podemos constatar particularmente en investigaciones asociadas a diferentes dispositivos de salud que comprenden la necesidad de articular las políticas públicas y sociales con los sistemas familiares que son objeto de sus intervenciones. En tal sentido – y a propósito de la definición de familia adoptada en esta tesis – se mantiene la convicción de optar por su comprensión desde definiciones amplias, que permitan la incorporación de las más diversas configuraciones familiares a los espacios de investigación e intervención, particularmente en aquellas dispuestas desde los dispositivos de salud primaria.

En el mismo sentido antes expuesto, la comprensión de las familias desde un enfoque sistémico se considera pertinente y vigente para la implementación de dichos procesos investigativos e interventivos, pues permite identificar sus elementos distintivos y como estos se ven influidos o determinados por factores que se encuentran dentro y fuera del sistema familiar.

Asociado al enfoque sistémico, se encuentra la comprensión estructural de las familias. Desde esta forma de abordarlas, se enfatiza en la capacidad de las familias para modificar su estructura interna, con el objetivo de responder de

manera adecuada a las demandas que el medio externo le realiza. De esta forma, se evalúa su capacidad para mantenerse cohesionada y para responder con flexibilidad a las demandas sociales que se espera de ésta para con la sociedad, con especial consideración en aquellas familias que cuentan con un miembro medicado y con presencia de Dependencia a un psicofármaco, como es el caso de las benzodiacepinas.

Por todo lo anterior, para el desarrollo de esta tesis se optó por una comprensión sistémica y estructural de la familias, las que fueron abordadas a través del Modelo Circumplejo de Relaciones Maritales desarrollado por Olson y otros, cuyos fundamentos son de raigambre sistémico y estructural. El abordaje y comprensión de las familias desde estos enfoques es contingente, toda vez que existe amplia utilización de sus postulados, ya sea desde el mundo académico, así como desde la intervención social.

Los elementos centrales de la evaluación del Funcionamiento Familiar desde este modelo están dados por las variables Cohesión, Adaptabilidad y Comunicación. Las diferentes versiones del modelo, han problematizado y profundizado en ellas con el objetivo de conseguir evaluaciones familiares cada vez más precisas y ajustadas a la población en las que ha sido aplicado. Pese a ello, el tipo de población en la que se desarrolló esta tesis, presenta características poco abordadas por el modelo teórico. Si bien ello supuso un obstáculo que genera limitaciones en esta investigación, también presentó la posibilidad de analizar con sentido crítico el modelo de evaluación del Funcionamiento Familiar utilizado, constatando que la población en la que se aplicó el estudio se ajusta de mejor forma a un modelo de cinco factores, por sobre el de tres propuesto por Olson. Lo anterior, expone la necesidad de avanzar y profundizar en la comprensión de las familias y la evaluación de su Funcionamiento Familiar, considerando nuevos elementos o factores que puedan influirlas y caracterizarlas, sean estos desde su sistema de relaciones internos, así como aquellos que se encuentran en el entorno social en el que las familias se encuentran insertas. En tal sentido, factores como la Dependencia a fármacos o sustancias, contextos sociales rurales, nuevas

tipologías y configuraciones familiares, entre otras, deben ser elementos centrales a tener en consideración para la elaboración de nuevos estudios en la materia. Pese a ello, la dificultad que esta situación generó en esta tesis, deja constatada la necesidad de aportar en términos teóricos y metodológicos al modelo de evaluación e intervención del Funcionamiento Familiar que se utilizó.



BIBLIOGRAFÍA

- Aedo, H. (2017). Funcionamiento familiar y calidad de vida de mujeres adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. . . *Vol.*, 13, 9.
- Aguilar, N., Alvarado, C., Calix, H., Coello, I., Fawed, O., Martínez, C., Paz, A y Ramos, Y.(2016). Uso crónico y sobreindicación de Benzodicepinas en pacientes del Hospital Mario Mendoza. *Acta Reumatológica*.
<https://doi.org/10.3823/1322>
- Aguiluz., J., Álvarez, M., Pimentel, E., Abarca, C., y Moore, P. (2018). ¿Cómo afrontar un paciente con dependencia a benzodicepinas en atención primaria? Estrategias para la deshabitación. *Medwave*, 18(01).
<https://doi.org/10.5867/medwave.2018.01.7159>
- Aliaga, J. (2007). Psicometria: Tests Psicométricos, Confiabilidad y Validez. blog.uca.edu.ni/kurbina/files/test-psicometrico_confiabilidad-y-validez.pdf
- Alonso, E. (2012). El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spíritus. Cuba.
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(3), 167–176.
- Ballesteros, M. y Sarmiento, J. (2014). Uso y dependencia de sustancias, un problema de salud pública: Apuntes teóricos y criterios diagnósticos. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 5(1), 32–41.

- Bazo-Alvarez, O., Aguila, J., Peralta, F., Mormontoy, W., y Bennett, I. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 462. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2299>
- Bertalanffy, L (1968) *Teoría General de los Sistemas*. Fondo de cultura económica, México. Séptima edición en español, 1989. ISBN 968-16-0627-2
- Blumer, H. (1982). El interaccionismo simbólico. Hora. Recuperado de http://www.academia.edu/download/44520439/Interaccionismo_simbolico.pdf. Bazo-Alvarez, J.,
- Brett, J., y Murnion, B. (2015). Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Australian Prescriber*, 38(5), 152-155. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2015.055>
- Campos, D. (1991). Las Benzodiazepinas: Consideraciones farmacocinéticas y clínicas. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v12n1-2/art7.pdf>
- Campos, A., y Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. Recuperado 3 de junio de 2019, de https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000500015
- Cadenas, H. (2015). La familia como sistema social: Conyugalidad y parentalidad. *Revista Mad*, 0(33). <https://doi.org/10.5354/0718-0527.2015.37322>

- Costa, D., González, M., del Arca, D., Masjuan, N., y Olson. (2013). Propiedades psicométricas del FACES IV: Estudio de validez en población uruguaya. *Ciencias Psicológicas*, 14.
- Cianelli, R., Urrutia, M., Ferrer, L., Poupin, L., Masalán, P., Villegas, N., Ferrer, X., (2009). Desarrollo de la investigación en enfermería: estudio diagnóstico. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(1).
- Cid-Monckton, P, Pedrao, L. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]., vol.19, pp.738-745. ISSN 1518-8345.
- Domínguez, S. (2016). Análisis estructural del Inventario de Depresión Estado-Rasgo en pacientes con diagnóstico de depresión de Lima. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*.
- Elosua, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*. Vol. 15, nº 2, pp. 315-321.
- Escobar, M y Peñaloza, Brito. (2018). Relación del ambiente familiar, consumo de sustancias y Calidad de vida, con ansiedad y depresión, en adolescentes de 12 a 17 años, que asisten a centros de acogida y adicciones, en Quito, Cotacachi, Pusuqui y Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Escobar, R. (2018). La familia como una nueva realidad plural, multiétnica y multicultural en la sociedad y en el ordenamiento jurídico colombiano. *Revista Prolegómenos Derechos y Valores*, 21(42), 195-218.

- Espinal, I., Gimeno, A y González, F. (2000). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Santo Domingo: Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural Poveda.
- Fernández, T., Gómez, M., Baidés, C., y Martínez, J., (2012); "Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria"; Documento descargado de <http://www.elsevier.es>
- Fuentes, A y Merino, J. (2016). Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 14(2), 247-283.
- Fuentes, G., León, E., León, A., Ojeda, Y., Alomar, G y Cruz, Y. (2013). Comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes Behavior of the alcohol consumption in adolescents. *Mediciego*, 19(Supl 2). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdcs132e.pdf>
- Galleguillos U., Risco N., Luis, J., González A., y Vogel, M. (2003). Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Revista médica de Chile*, 131(5), 535-540. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872003000500009>
- Giovanazzi, S, Barraza, R, Díaz, L (2017). Estudio correlacional sobre funcionamiento familiar y severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de

nacionalidad Chilena. *Revista de Psicoterapia e Intervenciones Sociales.*,
N°35

Gómez, S., León, T., Macuer, M., Alves, M., Ruiz, S. (2008). Uso de benzodiazepinas en adultos mayores en América Latina. Recuperado de https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/uso_medicamentos_adulto_mayor.pdf

Gómez, S., León, T., Macuer, M., Alves, M., y Ruiz, S. (2017). Uso de benzodiazepinas en adultos mayores en América Latina. *Revista médica de Chile*, 145(3), 351-359. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000300009>

González, N. (2007). Bauman, identidad y comunidad. *Espiral (Guadalajara)*, 14(40), 179–198.

González, L., Rodríguez, P., Merino, F., y Francisco, G; (2018). Prevalencia y características del consumo de benzodiazepinas en una comunidad rural.

Hidalgo, C., y Rodríguez, J. (2011). Perfil de funcionamiento familiar según el test " Como es su Familia" para Uso Clínico. *Psykhé*, 7(2).

Jiménez, L., Menéndez, S., Lorence, B., y Hidalgo, V. (2017). Análisis factorial de las escalas FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) con familias en situación de riesgo psicosocial. *Universitas Psychologica*, 16(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-2.afef>

Jiménez, M., y de la Villa, M. (2009). Influencia familiar sobre las actitudes ante el consumo de drogas en adolescentes españoles. *Summa Psicológica UST*, 6, 155–76.

- Jiménez, T., Musitu, G., y Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 139–151.
- López, A., Aroche, A., Bestard, J., y Ocaña, N. (2010). Uso y abuso de las benzodiazepinas. *Medisan*, 14(4), 0–0.
- Martínez, A., y Castillo, I. (2011). Structural Validity of the FACES-20Esp: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, Spanish version of 20 items, 1, 19.
- Martínez, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of clinical and health psychology*, 6(2).
- Martínez, A., Merino, L., e Iriarte, L. (2017). Psychometric properties of the spanish version of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV. *Psicothema*, (29.3), 414–420. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.21>
- Martínez, H. (2015). La familia: una visión interdisciplinaria. *Revista médica electrónica*. Universidad de Matanzas, Cuba
- Méndez, M. (2015). Trabajo Social con personas y familias, modelo de intervención clínico. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Melillo, A. (2004). Resiliencia: conceptos básicos. *Recuperado en* <http://elpsicoanalisis.org.ar/numero1/resiliencia1.htm>
- Minuchin, S y Fihman, H. (1984). Técnicas de terapia familiar. Editorial Paidós. Buenos Aires
- Oliveras, C., Fortea, A., Espinosa, L., Barrio, P., Lligoña, A., y Balcells-Olivero, M. (2018). “Carga de diazepam”: ¿puede una estrategia para prevenir

abstinencia al alcohol usarse con éxito para tratar la dependencia a benzodiazepinas? *Adicciones*, 30(2), 155.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.1058>

Olson, D., Sprenkle, D. y Russell, C. (1979). Circumplex model of marital and family systems. Part 2, Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process*, 18, pp. 3-28

Olson, D., Russell, C., Sprenkle, D (1983). Circumplex model of marital and family system, VI: Theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83

OMS (2011). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. Manual para uso en la atención primaria Recuperado de:http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_intervention_spanish.pdf

Ordoñez, J., de Figueroa., Gómez, P., Ortega, Y., Arenas, G., Laiton, L., y Ariza, E. (2015). Incidencia de los antecedentes de funcionalidad familiar, consumo de sustancias psicoactivas y enfermedad mental frente al intento de suicidio. *Ciencia y Cuidado*, 9(2), 36–42.

Ortega, T., Cuesta, D. y Días, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 164–168.

Ortiz, M., Louro I., Jiménez, L., y Silva, L. (1999). La salud familiar: Caracterización en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 303–309.

- Palacios, J. y Rodrigo, M. J. (2000). La familia como contexto de desarrollo humano. En: Familia y desarrollo humano. MJ Rodrigo y J. Palacios. Madrid: Psicología y Educación. Alianza
- Polaino, A. y Cano, P. (1998). Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia. Madrid: Rialp
- Rizo, M. (2012). El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto: Hacia un nuevo concepto de comunicación. *Aula abierta: Lecciones Básicas*. Consultado en septiembre de. Recuperado de http://portalcomunicacao.com/uploads/pdf/17_esp.pdf
- Rafael, A y Batle, S. (2008). Trastorno por abuso de sustancias en la infancia y la adolescencia. Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Rodríguez, C y Luengo, T. (2003). Un análisis del concepto de familia monoparental a partir de una investigación sobre núcleos familiares monoparentales. *Papers. Revista de Sociologia*, 69, 59. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v69n0.1283>
- Rosas, I., Simón, K., y Mercado, F. (2013). Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiazepinas. *Salud mental*, 36(4), 325–329.
- Santander, S., Zubarew, T., Santelices, L., Argollo, P., Cerda, J., y Bórquez, M. (2008). Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Revista médica de Chile*, 136(3), 317-324
- Sarrablo, R. (2015). Adicciones y familia: Un estudio descriptivo en el Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones de la ciudad de

- Zaragoza. (Tesis de pregrado en Trabajo Social). Facultad de Ciencias Sociales u del Trabajo, Universidad de Zaragoza, España.
- Schmidt, V. (2007). Predictores de abuso de alcohol en adolescentes: Mitos versus evidencia empírica. *Anuario de investigaciones*, 14, 00–00.
- SENDA (2016). El uso de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en entrevistas telefónicas asistidas: resultados y propiedades psicométricas. Recuperado de http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2015/01/20160520_boletin27.pdf
- Soto, G., Portilla, R., Huepe, D., Rivera, Á., Escobar, M., Salas, N., Castillo, Á. (2014). Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Adicciones*, 26(4), 291. <https://doi.org/10.20882/adicciones.27>
- Tamayo, W., y Domínguez, S. (2017). Análisis estructural de la Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS) en universitarios colombianos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana Volumen 13 No.3*.
- Truffello, P. (2018)- Concepto de familia. Aproximación desde el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, la Constitución Política y la Legislación Nacional. Recuperado de https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/25900/1/Informe_CN_concepto_familia_vf.pdf
- Valdivia, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Reviu du REDIF*, Vol 1, PP 15-22

- Vidal, G. (2015). Funcionamiento familiar en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas (tesis Licenciado en Psicología). Universidad Autónoma del Estado de México.
- Vela, A. (2015). Del concepto jurídico de familia en el marco de la jurisprudencia constitucional colombiana: un estudio comparado en América Latina. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- Walsh, F. (2003). *Family Resilience: A framework for Clinical Practice*. *Family Process*, 42(1), 1-18. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x>
- Zdanowicz N, Pascal J, Reynaert CH. (2004) ¿Juega la familia un papel clave en la salud durante la adolescencia? *Eur J Psychiatr*, 18, 215-224
- Zicavo, N., Palma, C. y Garrido, G. (2012). Adaptación y validación del Faces-20-ESP: Re-conociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), pp. 219-234

ANEXOS

ANEXO 1 - Escala Breve De Funcionamiento Familiar Faces 20esp Adaptado (Garrido, Palma, Zicavo)

	O=Nunca; 1=Casi nunca; 2=Pocas veces; 3=Con frecuencia; 4=Casi siempre	0	1	2	3	4
1	Los miembros de la familia nos sentimos cercanos afectivamente entre todos					
2	Los hijos participan en la resolución de problemas					
3	En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa					
4	Todos los miembros de la familia participamos en la toma de decisiones					
5	Los miembros de la familia nos pedimos ayuda mutuamente					
6	En cuanto a la elaboración de pautas de disciplina (normas, obligaciones) tomamos en cuenta la opinión de los hijos					
7	Cuando surgen problemas negociamos para encontrar una solución					
8	En nuestra familia realizamos actividades juntos regularmente					
9	Los miembros de la familia tienen libertad para expresarse					
10	En nuestra familia solemos reunirnos en el mismo lugar (cocina, living u otro espacio)					
11	A los miembros de la familia nos gusta pasar nuestro tiempo libre juntos					
12	En nuestra familia a todos nos resulta fácil expresar su opinión					
13	Los miembros de la familia nos apoyamos unos a otros en los momentos difíciles					
14	En nuestra familia intentamos nuevas formas de resolver los problemas					
15	Los miembros de la familia compartimos intereses y pasatiempos					
16	Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares					
17	Los miembros de la familia consultamos unos a otros acerca de nuestras decisiones personales					
18	Padres e hijos hablamos acerca de los castigos y las reglas					
19	La unidad familiar es una preocupación principal					
20	Los miembros de la familia comentamos nuestros problemas y nos sentimos bien con las decisiones tomadas entre todos					

ANEXO 2 - Formulario para evaluar Dependencia

OMS - ASSIST V3.0 - CHILE



ENTREVISTADOR CONTEXTO O LUGAR

NOMBRE PARTICIPANTE FECHA

dd / mm / aa

Pregunta 1 MOSTRAR TARJETA DE DROGAS N°1

Alguna vez en su vida, ¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias? (SIN RECETA O INDICACIÓN MÉDICA)	No	Si
a. Tabaco	0	3
b. Bebidas alcohólicas	0	3
c. Marihuana	0	3
d. Cocaína	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	3
f. Inhalantes	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3
h. Alucinógenos	0	3
i. Opiáceos	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Pregunta 2 MUESTRE TARJETA DE RESPUESTA N°2

En los últimos 3 meses ¿Con qué frecuencia ha consumido: (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Marihuana	0	2	3	4	6
d. Cocaína	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	2	3	4	6
f. Inhalantes	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Opiáceos	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6, de lo contrario continúe con la entrevista.

1.2 Compruebe si todas las respuestas son negativas: "¿Tampoco cuando iba al colegio?"

SI	<input type="checkbox"/>	→	Vuelva a leer la Pregunta 1
NO	<input type="checkbox"/>	→	-Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista. -Si contestó "Si" a alguno de los ítems de la P1, siga a la P2 para cada sustancia que haya consumido alguna vez.

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido fuertes deseos o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c. Marihuana	0	3	4	5	6
d. Cocaína	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	3	4	5	6
f. Inhalantes	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opiáceos	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas de salud, sociales, legales o económicos debido al consumo de: (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Marihuana	0	4	5	6	7
d. Cocaína	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	4	5	6	7
f. Inhalantes	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opiáceos	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Tarjeta de respuesta – sustancias

- a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
- b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
- c. Marihuana (cannabis, pitos, hierba, hashish, etc.)
- d. Cocaína (coca, pasta base, falopa, crack, etc.)
- e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, cristal, etc.)
- f. Inhalantes (neoprén, gasolina/bencina, pegamentos, solventes, poper, aerosoles, etc.)
- g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Ravotril/Clonazepam, Alprazolam, Amparax/Lorazepam, Zopiclona, Dormonid/Midazolam, chicota/flunitrazepam, etc.)
- h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, peyote, ketamina, PCP, etc.)
- i. Opiáceos (codeína/jarabes, Tramal/Tramadol, morfina, metadona, heroína, petidina, etc.)
- j. Otros - especifique: (por ejemplo relajantes/sedantes, modafinilo/Mentix, esteroides, anabólicos, etc.)

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para cumplir con sus obligaciones habituales a causa del consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca 1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario	
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c. Marihuana	0	5	6	7	8
d. Cocaína	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	5	6	7	8
f. Inhalantes	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opiáceos	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Pregunta 7

¿Alguna vez ha intentado controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	6	3
f. Inhalantes	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 6 MOSTRAR TARJETA DE RESPUESTA N°3

¿Alguna vez amigos, familiares o alguien más le han mostrado preocupación por su consumo de: (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	6	3
f. Inhalantes	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
	0	2	1

NOTA IMPORTANTE:

A los pacientes que se han inyectado alguna vez se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo.

Patrón de inyección

Guías de intervención

Si, pero no en los últimos 3 meses

Intervención Breve, incluyendo la tarjeta "riesgos asociados con Inyectarse"

Si, en los últimos 3 meses

Requiere mayor evaluación y Tratamiento más intensivo *

CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: $P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c$

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: $P2a + P3a + P4a + P6a + P7a$

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para sustancia específica	Intervención Mínima	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco		0 – 3	4 – 20	21+
b. alcohol		0 – 10	11 – 20	21+
c. marihuana		0 – 3	4 – 20	21+
d. cocaína		0 – 3	4 – 20	21+
e. anfetaminas		0 – 3	4 – 20	21+
f. inhalantes		0 – 3	4 – 20	21+
g. sedantes		0 – 3	4 – 20	21+
h. alucinógenos		0 – 3	4 – 20	21+
i. opiáceos		0 – 3	4 – 20	21+
j. otras drogas		0 – 3	4 – 20	21+

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios capacitados en adicciones dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.

ANEXO 3 - Pauta Consentimiento Informado de Participación en Proyecto de Investigación

Mediante la presente, se le solicita su autorización para participar de la investigación para optar al Grado de Magister, la que lleva por Nombre “*Relación entre el Consumo Dependiente de Benzodiazepinas y el Tipo de Funcionamiento Familiar*” a realizarse en el CESFAM Dr. David Benavente de la comuna de Ninhue.

Esta investigación, se desarrolla bajo la supervisión de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción, sede Concepción, del programa de Magister en Intervención Familiar; y a cargo del Tesista Isaac Francisco Ruiz Muñoz.

Este Proyecto tiene como objetivo principal: “*Relacionar nivel de dependencia a las BZD con los tipos funcionamiento familiar percibido, en los pacientes en tratamiento del CESFAM Dr. David Benavente de la comuna de Ninhue*”, según las categorías propuestas por el Modelo Circumplejo de Olson de Sistemas Familiares y Maritales (FACES 20 ESP) y el Consumo de Dependiente de BZD, de los pacientes en tratamiento del CESFAM Dr. David Benavente de la comuna de Ninhue”

En función de lo anterior es pertinente su participación en el estudio, por lo que mediante la presente, se le solicita su **consentimiento informado**.

Al colaborar usted con esta investigación, deberá responder un cuestionario que puede ser completado por el profesional que suscribe, o bien, respondido por Ud, el cual lleva por nombre “FACES 20 ESP”. Dicho instrumento estandarizado, busca conocer el Funcionamiento Familiar percibido por quien responde el formulario.

El formulario cuenta con 20 preguntas cuyas respuestas se encuentran predeterminadas y poseen puntajes asignados que van desde 0 a 4puntos. Lo

anterior se visualiza de la siguiente forma: Nunca (0), Casi Nunca (1), Pocas Veces (2), Con Frecuencia (3), Casi Siempre (4).

La 'Dependencia' a las BZD, se medirá a través de instrumento de encuesta ASSIST, validado en Chile y utilizado para diagnósticos iniciales por el SENDA.

Frente a cualquier duda o consulta respecto a la formulación de las preguntas no dude en consultar al entrevistador

La aplicación de estos instrumentos no tardará más de 20 minutos.

Los alcances y resultados esperados de esta investigación son sólo con fines investigativos y para optar al grado académico de Magister, por lo cual, no se hará ningún uso malicioso de la información que proporcionará.

Además, su participación en este estudio no implica ningún riesgo de daño físico ni psicológico, y se tomarán todas las medidas que sean necesarias para garantizar la **salud e integridad física y psíquica**.

Todos los datos que se recojan, serán estrictamente **anónimos y de carácter privados**. Además, los datos entregados serán absolutamente **confidenciales** y sólo se usarán para los fines científicos de la investigación. El responsable de esto, en calidad de **custodio de los datos**, será el Investigador Responsable del proyecto, quien tomará todas las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos.

El investigador Responsable de la investigación, asegura la **total cobertura de costos** del estudio, por lo que su participación no significará gasto alguno. Por otra parte, la participación en este estudio **no involucra pago o beneficio económico** alguno.

Si presenta dudas sobre esta investigación o sobre su participación en él, puede hacer preguntas en cualquier momento de la ejecución del mismo. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto represente

perjuicio. Es importante que usted considere que su participación en este estudio es **completamente libre y voluntaria**, y que tiene derecho a negarse a participar o a suspender y dejar inconclusa su participación cuando así lo desee, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Desde ya le agradecemos su participación.



Fecha_____

Yo_____ RUN
_____ en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación “*Relación entre el Consumo Dependiente de Benzodiazepinas y el Tipo de Funcionamiento Familiar*” a realizarse en el CESFAM Dr. David Benavente de la comuna de Ninhue.”, conducida por el Tesista Isaac Francisco Ruiz Muñoz, perteneciente al Programa de Magister en Intervención Familiar, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción.

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Académico Guía de Tesis, Marcelo Silva, al e-mail msilvab@gmail.com , o bien, a la directora del Programa de Magister, Maria Ximena Méndez Guzmán, al e-mail mariamem@udec.cl

Nombre y Firma del Entrevistado

Nombre y Firma del Investigador

ANEXO 4 - Cronograma

Objetivos Específicos	Etapas y/o Actividades	Mes							
		Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Caracterizar los tipos de funcionamiento familiar de los sujetos que presentan consumo dependiente de BZD en el CESFAM Dr. David Benavente de la comuna de Ninhue.	Aplicar Instrumento FACES 20 ESP, a los pacientes del CESFAM Dr. David Benavente de Ninhue								
	Elaborar distribución de frecuencias, según tipo de funcionamiento familiar obtenido.								
	Elaborar la caracterización de los tipos de funcionamiento familiar obtenidos								
Caracterizar el nivel de dependencia de sujetos en tratamiento en el CESFAM Dr. David Benavente de la comuna de Ninhue.	Aplicar Escala de Nivel de Dependencia, a los pacientes del CESFAM Dr. David Benavente de Ninhue								
	Elaborar distribución de frecuencias según nivel de dependencia								
	Elaborar la caracterización del tipo de dependencia presentada por los sujetos atendidos en el CESFAM								

Comparar los tipos de funcionamiento familiar obtenidos, respecto del nivel de dependencia que presentan frente al consumo dependiente de BZD.	Aplicar pruebas de correlación no paramétricas para comparar tipos de funcionamiento familiar, en relación a la variable 'dependencia'								
	Elaborar informe final de tesis para optar al grado de Magister								
	Defender proyecto de investigación								
	Comunicar los resultados de la investigación a través de artículo científico.								

