

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

Precepción del funcionamiento familiar, estilos de enfrentamiento y síntomas en familiares de consumidores de drogas

Autor: Héctor Árciga Tovar

Tesis presentada para obtener el título de:
Maestría en Psicoterapia Familiar [sic]

Nombre del asesor:
Héctor Árciga Tovar

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.



MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA FAMILIAR

"PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR,
ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO Y SÍNTOMAS EN
FAMILIARES DE CONSUMIDORES DE DROGAS"

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA FAMILIAR

PRESENTA:

HÉCTOR ÁRCIGA TOVAR

ASESOR:

DRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA

REVOE MAES-960402

CLAVE 16PSU0020A

MORELIA, MICH.

AGOSTO DE 2010

*Entreme donde no supe
y quedeme no sabiendo
toda ciencia trascendiendo.*

*Yo no supe dónde entraba
pero cuando allí me vi
sin saber dónde me estaba
grandes cosas entendí
no diré lo que sentí
que me quedé no sabiendo
toda ciencia trascendiendo...*

(Coplas, San Juan de la Cruz)

En testimonio del agradecimiento por el apoyo y el entusiasmo transmitido para alcanzar una meta importante en mi vida: Mi preparación profesional.

A mi esposa Xóchitl

A mis hijas Ximena y Edna Lucero.

A mis padres y hermanos.

A mis maestros y formadores.

A mis compañeros del CEMISAM.

C **ontenido**

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN	8
JUSTIFICACIÓN.	12
I. MARCO TEÓRICO.....	15
1.1. LA FAMILIA.....	17
1.1.1. Origen y noción de la familia	20
1.1.2. Funciones y expresiones.	31
1.1.3. La familia como sistema	43
1.1.4. La familia en México	49
1.2. LA ADICCIÓN	58
1.2.1. Panorama mundial y nacional de las adicciones	61
1.2.2. La adicción como un fenómeno multicausal	65
1.2.3. Criterios diagnósticos de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas	81
1.3. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	87
1.3.1. Noción de funcionamiento familiar	89
1.3.2. La enfermedad crónica en la familia	93
1.3.3. La familia con un miembro adicto	100
1.4. ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO Y SÍNTOMAS DE MALESTAR PSICOLÓGICO Y FÍSICO	105
1.4.1. Reacciones ante el estrés	107
1.4.2. Estilos de enfrentamiento	111
1.4.3. Reacción familiar frente al estrés	114
II. ASPECTOS METODOLÓGICOS.	123
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	124
2.2. OBJETIVOS.....	125
2.2.1. Objetivo general.....	125
2.2.2. Objetivos específicos	125
2.2.3. Hipótesis.....	126
2.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TIPO DE ESTUDIO.....	127

2.4. VARIABLES.....	128
2.4.1. Variable independiente.....	128
2.4.2. Variable dependiente.....	128
2.4.3. Definiciones conceptuales	128
2.4.4. Definiciones operacionales	129
2.5. PARTICIPANTES.....	129
2.5.1. Selección de la muestra.....	136
2.5.1.1. Criterios de inclusión.....	136
2.5.1.2. Criterios de exclusión.....	136
2.5.2. Tipo de muestreo.....	136
2.5.3. Consideraciones Éticas y Bioéticas.....	136
2.6. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	141
2.7. PROCEDIMIENTO.....	145
2.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	147
III. ESCENARIO	148
IV. RESULTADOS	150
DISCUSIÓN	178
ALCANCES, LIMITACIONES, PROPUESTAS A FUTURO	186
CONCLUSIONES	190
REFERENCIAS	194
ANEXOS	203

Resumen

RESUMEN

El uso, abuso o dependencia de drogas no solamente afecta a la persona que consume sino también a las personas que conviven con el consumidor de éstas. Tiburcio y Natera (2003) analizan que “los problemas sociales y de salud que se asocian con el consumo, se convierte en importante fuente de tensión y malestar para los miembros de la familia”. Las estrategias de enfrentamiento que utiliza el familiar para encarar el problema de la adicción, y la tensión generada por la enfermedad puede provocar síntomas de estrés y malestar. El objetivo de la presente investigación es correlacionar los resultados entre la percepción del funcionamiento familiar, los estilos de enfrentamiento y la presencia de síntomas físicos como psicológicos, en familiares que conviven con un integrante que tiene problemas por el uso, abuso o dependencia a drogas. Se evaluó a 56 familiares de usuarios de drogas, se ha utilizado la metodología cuantitativa, se decidió por un estudio correlacional no probabilístico y de una sola muestra. Los datos se recolectaron utilizando tres cuestionarios: Cuestionario de la Percepción del Funcionamiento Familiar (Atri y Zetune 2006), Cuestionario de Estilos de Enfrentamiento (CQ) (Orford y cols. 1992) y el Cuestionario de Síntomas (SRT) (Kellner y Sheffield 1973). Para el análisis psicométricos de los instrumentos se utilizó el alfa de Cronbach; para pruebas de relación el coeficiente de correlación de Pearson y prueba t y análisis de varianza para las pruebas de comparación de grupos.

Resultados. Se encontró que las expresiones afectivas se correlacionan con los patrones de comunicación y la resolución de problemas, más no con los estilos de enfrentamiento, estos si se asocian con la presencia de síntomas físicos y psicológicos. El estilo más utilizado por los familiares es el involucrado y los síntomas más reportados son los psicológicos.

Conclusiones. El funcionamiento familiar es un constructo que no se explica en relación con los estilos de enfrentamiento lo cual indica que son dimensiones prácticamente independientes, sin embargo la asociación de síntomas físicos como psicológicos si se agrupan con las estrategias de enfrentamiento utilizadas para responder a problemas asociados al uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.

Palabras Clave: Funcionamiento Familiar, Enfrentamiento, Síntomas Físicos y Psicológicos, Adicción.

Introducción

INTRODUCCIÓN

Cuando una familia se enfrenta a situaciones de estrés, las cuales son innumerables, se ve sometida a cambios en su normalidad funcional para hacer frente a las circunstancias, pero también cuando los estresores son permanentes debido a alguna enfermedad crónica resulta devastador para su organización y salud.

Un factor importante a tomar en cuenta en el impacto que pueda tener una enfermedad crónica depende de múltiples agentes tales como: quién la padece, con qué recursos se cuenta (tanto económicos, sociales, intelectuales, emocionales, familiares), institucionales, el tiempo del padecimiento, la etapa del ciclo de vida por la que cursa una persona o la familia, el grado de afectación de la enfermedad, entre otras.

Otra consideración es que cada miembro de la familia intenta afrontar cualquier problema relacionado con el uso, abuso o dependencia haciendo uso de ciertas pautas más o menos estables. Dependiendo del contexto relacional y la percepción que tenga un individuo sobre sus circunstancias inmediatas, el tipo de respuesta y estrategia conductual emitida el efecto de los estresores podrá disminuirse, o por el contrario, si las estrategias no logran el resultado esperado la aparición de síntomas físicos y psicológicos pueden presentarse.

A continuación se describe cada uno de los apartados que conforman el presente estudio. En el capítulo uno, se desarrolla el tema de la familia retomando la teoría de Engels con la finalidad de resaltar el carácter histórico y evolutivo. Para representar gráficamente las constelaciones familiares de acuerdo al cambio e interacción sexual utilizo la teoría de redes. Otro de los temas desarrollados es el concepto o noción de familia, lo cual es una tarea ardua debido a lo polisémico del término y a los múltiples paradigmas que lo abordan, sin embargo se ha considerado conveniente describir brevemente algunas perspectivas: sociológica, antropológica y pedagógica y por supuesto, la psicológica. Además de la cualidad histórica y evolutiva de la familia, es importante mencionar sus funciones internas y como grupo social de pertenencia y referencia, sus características estructurales y los diversos arreglos por los cuales se conforma con un distintivo idiosincrásico que la hace única. Es necesario comprender que la familia está conformada como un grupo relacional y autorregulado para ello definirla desde una perspectiva sistémica se hace indispensable, se apuntan algunos datos sociodemográficos de las características de las familias en México retomando algunas investigaciones de estudios psicológicos, etnopsicológicos y de los censos.

En el capítulo dos se describen los aspectos relacionados con las adicciones el panorama mundial y nacional de estas, así como el carácter complejo del fenómeno adictivo, sus repercusiones sociales, personales y sobre todo familiares. Se mencionan los factores de riesgo que facilitan el desarrollo de conductas adictivas así como los estudios que varios autores realizan sobre las familias de adictos y los criterios diagnósticos para los trastornos relacionados por el consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo al DSM-IV-R.

El tema del capítulo tres es el funcionamiento familiar, éste ha sido estudiado por muchos teóricos con la finalidad de describir los rasgos observados en las familias que se han visto expuestas a situaciones de preocupación constante debido a una enfermedad crónica y cómo la reorganización familiar se establece como una respuesta adaptativa pero a veces generadora de estrés, tensión y malestar emocional afectando la salud de sus integrantes.

En el capítulo cuatro, se menciona cómo el estrés se encuentra presente en los seres vivos para poder mantenerse vivos y los estudiosos que se han interesado por su estudio y comprensión. El interés de éstos no sólo ha sido identificar desde un perspectiva biológica sus repercusiones en la salud, sino también indagar los aspectos psicológicos; cognitivos, emocionales y conductuales. En la actualidad se ha dado un giro a las investigaciones anteriores al enfocarse en los recursos con que cuenta la gente para hacer frente a situaciones de estrés y tensión que se perciben como amenazantes.

En el siguiente apartado se aborda el diseño de la investigación y sus características metodológicas, como surge el problema de investigación y el planteamiento del problema, el interés por generar datos significativos para conocer la población que acude a solicitar servicios de salud, se exponen: el objetivo general y los particulares que guían el estudio así como las variables que lo definen, el alcance del mismo, diseño y tipo de muestra, los criterios de inclusión y exclusión de acuerdo al flujo de atención de la institución, se mencionan los aspectos no solamente éticos sino también bioéticos que se deben de considerar como pertinentes a la hora de trabajar con humanos. Se retoman tres instrumentos para la recolección de datos previamente seleccionados, validados y elaborados para la población mexicana.

El análisis estadístico de los instrumentos tiene como finalidad evaluar su utilidad diagnóstica y de investigación para la población atendida en el centro, así como la sensibilidad para arrojar datos en la toma de decisiones con respecto al tratamiento y

procedimientos asistenciales. Para el análisis psicométrico de los cuestionarios aplicados se utilizó el *alfa de Cronbach*, así como para el análisis correlacional de los datos se estimó con el coeficiente de correlación de *Pearson* para pruebas de relación; pruebas t y análisis de varianza para las pruebas de comparación de grupos. Para el manejo estadístico de los resultados se ha hecho uso del programa informático SPSS v.15 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

En los siguientes capítulos también se describe el escenario en donde se ha elaborado el presente proyecto, los resultados obtenidos y las conclusiones, se expone los alcances, y limitaciones de la presente investigación así como la propuesta para futuras aproximaciones al fenómeno estudiado.

Justificación

JUSTIFICACIÓN

La alta prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas, el impacto en la salud de los usuarios y la repercusión en la sociedad y la familia hacen del fenómeno adictivo un padecimiento complejo que requiere de servicios especializados y multidisciplinarios para su atención. Por lo cual el Centro Michoacano de Salud Mental, (CEMISAM), a cuatro años de su apertura, ha desarrollado una serie de programas de intervención para el tratamiento de las adicciones en el estado de Michoacán. Uno de estos, es el Programa de Intervención Familiar para el abordaje clínico y psicoeducativo de familias con un miembro enfermo y tiene un apartado para la atención de los trastornos adictivos. Debido a las características de este padecimiento se enfatiza la mutua responsabilidad de los miembros de la familia en el funcionamiento de la misma y se centra en la reestructuración de la dinámica familiar y el involucramiento de sus integrantes como una modalidad psicosocial de intervención, fundamentada en la visión de la familia como sistema, técnica psicoeducativa, teoría de grupos y psicodrama.

Existe la necesidad de medir el proceso de atención que se oferta y paralelamente los resultados obtenidos, pero también es prioritario atender a los familiares de los pacientes que acuden a solicitar servicios de salud al CEMISAM. Para ello, es indispensable comprender las características que tienen de la percepción del funcionamiento familiar y sus dimensiones de respuesta al tener que enfrentar algún problema relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas y las manifestación de estrés a los que se ven sometidos cuando quieren resolver un padecimiento de ésta naturaleza, sabiendo de antemano que cualquier padecimiento crónico modifica la organización familiar y su funcionamiento de tal forma que es necesario el establecimiento de ajustes al interior de la familia para encarar su situación apremiante.

El equipo profesional está integrado por los siguientes servicios: psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería y rehabilitadores. Se han desarrollado los programas pertinentes para ofrecer alternativas de atención fundamentada en los avances tecno-científicos y humanos que sean capaces de ayudar a los familiares a la comprensión del fenómeno adictivo, sus secuelas tanto inmediatas como remotas, las repercusiones en la emotividad, el comportamiento y la personalidad de quien consume, también ha sido necesario proporcionar información sobre las distintas sustancias psicoactivas y el proceso de rehabilitación el cual no solamente se centra en la modificación del patrón de consumo sino

en la transformación del estilo de vida tanto del usuario como de la familia. A partir del trabajo cotidiano ha surgido la necesidad de ir corrigiendo y mejorando el servicio que se ofrece, para ello es requisito fundamental tener conocimiento sobre la población atendida de tal manera que la información que se derive de la investigación sustente la intervención clínica apoyada en axiomas científicos.

Marco Teórico

I. MARCO TEÓRICO

La familia

“Las cosas vivas tienden a unirse, a establecer vínculos, a vivir unas dentro de las otras, a regresar a ordenamientos anteriores, a coexistir cuando es posible. Es el curso del mundo”.

(Lewis Thomas)



Estatua de Familia Africana

1.1. LA FAMILIA

Hablar o escribir acerca de la familia ofrece cierto grado de dificultad debido a las múltiples corrientes o escuelas que la abordan, tanto como a la complejidad de su entramado y naturaleza. Se puede mirar a ese grupo desde muchos cristales que enriquecen su descripción. Debido a la dimensionalidad conceptual y vivencial, su estudio despierta variadas interrogantes. De igual forma, establecer un origen de cuando la familia se instituyó como tal con las características que conocemos en la actualidad, es una aventura prometedora puesto que la constitución de ésta se remonta hasta los primeros momentos del hombre, sus orígenes sin duda pasaron por distintos estadios. Se sabe que la familia no es un elemento estático sino dinámico que ha evolucionado en el tiempo en consonancia con las transformaciones de la sociedad. Es un grupo en permanente evolución, sensible, relacionado con los factores políticos, religiosos, sociales, económicos tecnológicos científicos y culturales. En este capítulo se abordará sólo algunos aspectos históricos y las múltiples nociones conceptuales, funciones adjudicadas, expresiones y formas de estructurarse serán mencionadas, se concluirá puntualizando algunos aspectos y características de la familia en México, o mejor dicho de las familias en México puesto que no existe una familia mexicana como tal sino una multiculturalidad de agrupaciones familiares.

1.1.1. Origen y noción de la familia.

*"Es la historia el producto vivo del
Pensamiento del hombre,
Así, como las formas de pensar
del hombre
Son producto de la historia"
¡SU HISTORIA! (R.D.J., 1995).*

Origen

Durante la historia y debido a hechos marcadamente relacionados con la subsistencia, la familia ha cambiado su estructura e incluso sus funciones. Así que el descubrimiento de los hechos naturales, el desarrollo de la agricultura y la transformación de los materiales tuvieron un fuerte impacto en la organización social. En la actualidad se observa que los avances científicos y médicos han supuesto una disminución de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida adulta, o la industrialización que sin duda ha cambiado la estructuración de la familia y sus funciones, incorporando a la mujer al trabajo productivo dejando de lado el papel que se le otorgaba en el pasado. Es decir, que la estructura de ésta se ha ido modificando de acuerdo al desarrollo de la cultura, sus funciones y expresiones, y se conserva como un grupo de referencia y su universalidad, lo cual indica que la esencia permanece aunque algunos elementos de la organización cambian.

Aparicio (2006) menciona que para establecer un origen histórico de la familia en sentido amplio, es decir, la convivencia de distintas generaciones de parentesco bajo el mismo techo, se requiere una tarea ardua de investigación paleontológica que, llevaría a verificar que el género humano ha tenido que nacer y crecer rodeado de semejantes para aprender, afianzar y manifestar conductas de adaptación social, cultural, y lingüística. Es decir, para que el hombre pueda satisfacer sus necesidades vitales éste ha tenido que agruparse y conformar la esfera social para la repartición de responsabilidades y facilitación de las tareas. Con el tiempo se tomó conciencia de las preocupaciones comunes y la importancia de compartir espacios mutuos.

Forment (citado por Aparicio, 2006) menciona que para que exista una familia es necesario haber sido procreados por la misma y de ella haber aprendido todo lo necesario para continuarla. El origen de la familia y de cada familia, obedecen a la misma idea: solo es

posible su aparición cuando el hombre y la mujer no dejan de pertenecer a su familia de origen. El hombre nace en el seno de una familia y sale de ella para formar otra o bien procurará que su vida transcurra en un ámbito parecido al familiar. Siempre el envolvente del hombre es la familia. Podría decirse que es como un horizonte vital que le acompaña siempre. La agrupación y reagrupación familiar establece una sucesión generacional; la formación de una nueva familia no obvia lo aprendido en su familia de origen, al contrario, cuenta con las estrategias de socialización que ha podido experimentar; de esta manera podrá confrontar las conductas de las nuevas generaciones para dar una respuesta inmediata a medida que entren a formar parte de su vida cotidiana.

En su obra sobre el origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado, Engels (1884) menciona que Morgan ha sido el primero en fundamentar el estudio de la historia del hombre a través del tiempo y realiza una disertación en donde define varios estadios de desarrollo y que a la vez la familia se ha ido transformando paralelamente al proceso filogenético de la especie humana.

Engels (1884, p. 29) plantea que “todas las grandes épocas del progreso de la humanidad coinciden, de manera más o menos directa, con las épocas en que se extienden las fuentes de existencia. El desarrollo de la familia se opera paralelamente, pero sin ofrecer indicios tan acusados para la delimitación de los periodos”.

Este autor retoma la clasificación de Morgan para referirse a los estadios de la humanidad como sigue: **Salvajismo**. Período en que predomina la apropiación de productos que la naturaleza da ya hechos; las producciones artificiales del hombre están destinadas, sobre todo, a facilitar esa apropiación. **Barbarie**. Período en que aparecen la ganadería y la agricultura y se aprende a incrementar la producción de la naturaleza por medio del género humano. **Civilización**. -Período en el que el hombre sigue aprendiendo a elaborar los productos naturales, período de la industria, propiamente dicha, y del arte. De acuerdo a esta clasificación el estado primitivo se caracterizó por la promiscuidad y la prostitución posterior a esta fase se desarrollan las distintas etapas de grupo familiar tales como:

1. La familia consanguínea, considerada como la primera etapa de la familia. Aquí los grupos conyugales se clasifican por generaciones: en donde todos los abuelos y abuelas son maridos y mujeres entre sí, es decir, **cónyuges comunes**. En esta forma de la familia, los ascendientes y los descendientes, los padres y los hijos, son los únicos que están excluidos

entre sí del matrimonio. Hermanos y hermanas, primos y primas en primero, segundo y restantes grados, son todos ellos entre sí hermanos y hermanas, y por eso mismo todos ellos maridos y mujeres unos de otros. El vínculo de hermano y hermana presupone de por sí en este período el comercio sexual recíproco. Es decir que todos podían tener sexo con todos los de su generación. En términos de comercio sexual se tiene una red social totalmente distribuida, como se muestra en la Figura 1, conformando comunidades sexuales entre pares generacionales, es decir se forma entre hermanos sin discriminación del tipo de hermanos del que se trate.

2. La familia punalúa. La organización de la familia consanguínea consistió en excluir a los padres y los hijos del comercio sexual recíproco, en esta conformación quedaron excluidos de dicho comercio los hermanos. Primero quedaron excluidos los hermanos uterinos y posteriormente los más lejanos. Los hombres podían tener un cierto número de mujeres con exclusión de sus propias hermanas y las mujeres de estos hombres se llamaban entre sí punalúa (que quiere decir compañero íntimo).

En este tipo de familia no se define los grados de parentesco puesto que existen hijos comunes tanto de las hermanas como de la madre y los hijos de los hermanos del padre, pero a su vez las parejas tanto de los hermanos como de las hermanas son parejas respectivamente de ambos. Sin embargo los hijos de los hermanos de la madre son sobrinos y sobrinas de ésta, igualmente los hijos e hijas de las hermanas del padre son sobrinos y sobrinas del mismo. Como se puede observar existían padres comunes y esposas comunes. Ahora la exclusión sexual entre hermanos y hermanas propicia la división entre los descendientes y como consecuencia aparece la clase de sobrinos y sobrinas, de los primos y las primas.

De esta forma, el incesto, que había adquirido forma de tabú en la herencia vertical en la familia consanguínea ahora tomaba esta forma entre hermanos, horizontalmente. Solo se podía tener sexo entre todos los de una misma generación por grupos quedando excluidos los hermanos uterinos. Se podía tener sexo con todos los primos y con los hermanos por la vía paterna no materna. En términos de tipología de red el comercio sexual de la etapa anterior, comunidades de hermanos (por generación), se clusteriza, centralizándose en las madres, correspondiéndoles a cada madre un cluster. Es decir que la restricción esta vez es intracluster pero está totalmente permitida intercluster. La madre administra las relaciones sexuales dentro y fuera de su cluster, prohibido adentro, lícito afuera. Surge el

matrimonio por grupos denominado GENS, El cual se define como la agrupación de varias familias emparentadas por línea femenina, no era fácil reconocer la paternidad. Si la gens crecía demasiado formaba otra gens hermana la cual formaban una fratria dos o más de éstas daban forma a una tribu.

3. La familia sindiásmica. En el régimen de matrimonio por grupos, o quizás antes, se formaban ya parejas conyugales para un tiempo más o menos largo; el hombre tenía una mujer principal entre sus numerosas esposas, y era para ella el esposo principal entre todos los demás.

Conforme se desarrollaba la gens e iban haciéndose más numerosas las clases de "hermanos" y "hermanas", y el matrimonio era imposible. Las uniones por grupos se hicieron cada vez más difíciles las cuales fueron sustituidas por la familia sindiásmica. En esta etapa un hombre vive con una mujer, la poligamia y la infidelidad ocasional siguen siendo un derecho para los hombres, aunque por causas económicas la poligamia se observa raramente; al mismo tiempo, se exige la más estricta fidelidad a las mujeres mientras dure la vida común, y su adulterio se castiga cruelmente. Sin embargo, el vínculo conyugal se disuelve con facilidad por una y otra parte, y después, como antes, los hijos sólo pertenecen a la madre.

Debido a la dificultad de los hombres para encontrar mujeres, a diferencia del pasado en donde tenían más de las que les hacían falta, ahora había que buscarlas. Por eso, con el matrimonio sindiásmico empieza el rapto y la compra de las mujeres.

Los descendientes de un miembro masculino permanecerían en la gens, pero los de un miembro femenino saldrían de ella, pasando a la gens de su padre. Así quedaron abolidos la filiación femenina y el derecho hereditario materno, sustituyéndolos la filiación masculina y el derecho hereditario paterno.

Ahora el varón empezó a dominar la casa; la mujer se vio degradada, convertida en la servidora, en la esclava del varón, y pasó a ser un instrumento de reproducción.

Surge la familia patriarcal, los rasgos esenciales son la incorporación de los esclavos y la potestad paterna. En su origen, la palabra familia proviene de *fámulus* que quiere decir esclavo doméstico, y familia es el conjunto de los esclavos pertenecientes a un mismo

varón. Esta expresión la inventaron los romanos para designar un nuevo organismo social, cuyo jefe tenía bajo su poder a la mujer, a los hijos y cierto número de esclavos, con la patria potestad romana y el derecho de vida o muerte sobre ellos.

4. La familia monogámica. Se fundamenta en el predominio del hombre; su fin expreso es el de procrear hijos cuya paternidad sea indiscutible; y esta paternidad indiscutible se exige por que los hijos, en calidad de herederos directos, han de entrar un día en posesión de los bienes de su padre. La familia monogámica se diferencia del matrimonio sindiásmico por una solidez mucho más grande de los lazos conyugales, que ya no pueden ser disueltos por deseo de cualquiera de las partes. Ahora sólo el hombre, como regla, puede romper estos lazos y repudiar a su mujer. También se le otorga el derecho de infidelidad conyugal, sancionado al menos por la costumbre. La monogamia fue la primera forma de familia que no se basaba en las condiciones naturales, sino económicas, y concretamente en el triunfo de la propiedad privada sobre la propiedad común primitiva, originada espontáneamente. Por lo tanto, la monogamia no aparece de ninguna manera en la historia como una reconciliación entre el hombre y la mujer, y menos aún como la forma más elevada de matrimonio.

Por el contrario, entra en escena bajo la forma de esclavitud de un sexo por el otro, como la proclamación de un conflicto entre los sexos, desconocido hasta entonces en la prehistoria.

Como se ha visto, hay tres formas principales de matrimonio, al salvajismo corresponde el matrimonio por grupos, a la barbarie, el matrimonio sindiásmico; a la civilización, la monogamia con sus complementos, el adulterio y la prostitución. Entre el matrimonio sindiásmico y la monogamia se intercalan, en el estadio superior de la barbarie, la sujeción de las mujeres esclavas a los hombres y la poligamia.

De acuerdo a la teoría de redes, en la Figura #1 se representa cada uno de los grupos familiares mencionados por Engels: en el estado primitivo no existía la propiedad privada y por lo que el comercio sexual estaba definido por la falta de exclusividad y todos podían tener relaciones sexuales con todos, no existía ni el incesto, ni la infidelidad, esta configuración se observa en la *red conexa*, mientras que en la *red distribuida* le corresponde el modelo de consanguineidad, que se caracteriza por la presencia de múltiples nódulos interconectados, en el modelo punalúa destaca una *red tipo bus* en

donde existe el comercio sexual exogámico y queda prohibido la relación íntima entre los parientes consanguíneos; por su parte la *red descentralizada* corresponde al modelo sindiásmico el cual se caracteriza por la presencia de nódulos centrales y que conforman grupos de parentesco definidos por línea materna. En la *red centralizada* se puede observar un modelo básicamente monogámico y matizado por un nódulo central y del cual confluyen los demás, esta red se manifiesta por la centralidad en una persona y es la que más interacciones experimenta.

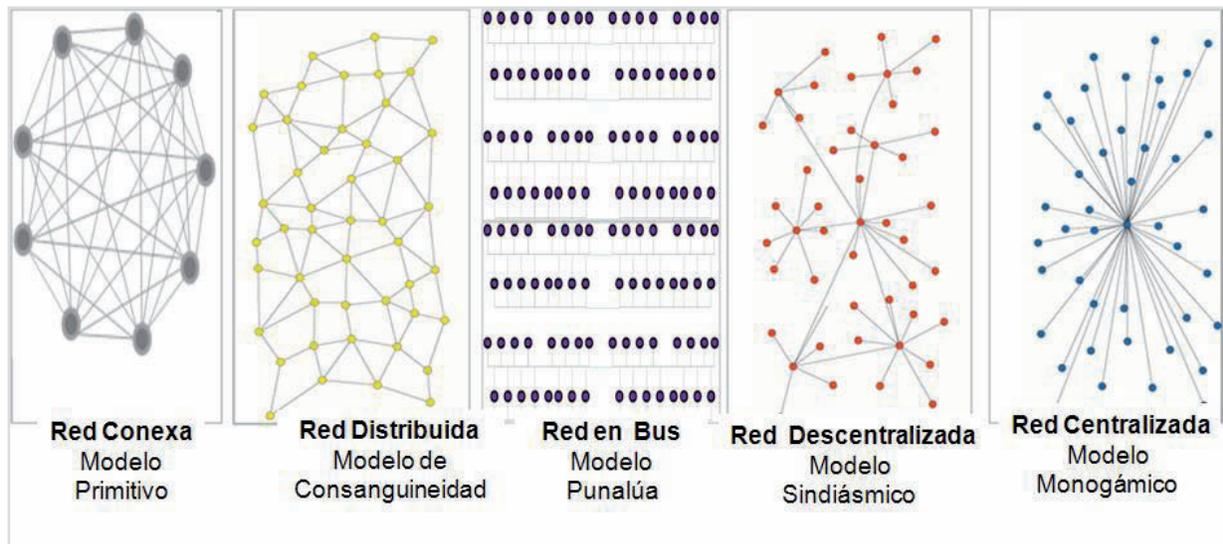


Figura #1. Redes Familiares. Modificado de Tipología de Boyle (2009, 24 de abril).

Tabla #1. Esquema de evolución de la humanidad

Período del salvajismo	Período de la barbarie	Período de la civilización
Estadio inferior	Estadio inferior	Estadio inferior
Infancia del género humano. Los hombres permanecían aún en los bosques tropicales o subtropicales.	El periodo de la barbarie es belicista, aparece la propiedad privada por apropiación de los bienes y mujeres de los vencidos. La mujer pasa a ser un objeto. La familia sindiásmica (matrimonio por grupos) es característica de este periodo.	En el estadio inferior se produce la industrialización con la invención de maquina de vapor.
Recolector nómada vegetariano	Supera la poliandria (la mujer está vinculada por matrimonio a varios hombres adultos)	
Hay promiscuidad sexual	La mujer pierde autoridad	
No hay propiedad privada	Subsiste la poliginia. Forma de poligamia en el cual el hombre tiene más de una esposa a la vez. La poliginia ya permite establecer la paternidad.	
Lenguaje articulado.	Domesticar animales Cultiva plantas alimenticias Descubre la alfarería.	
Estadio medio	Estadio medio	Estadio medio
La familia consanguínea (no relaciones sexuales entre padres e hijas, y madres e hijos).	Labra metales, excepto el hierro	Las familias amplias (padre y madre, los hijos, abuelos, bisabuelos) van convirtiéndose en familias restringidas o llamadas también: nucleares (padre y madre y los hijos).
Descubre el fuego	Ganadería	
Utilización del pescado y crustáceos	Agricultura con riego	
Descubre la semilla	Aparece el matrimonio	
Es sedentario		
Cazador con invención de la maza y la lanza con piedra sin pulimentar.		
Estadio superior	Estadio superior	Estadio superior
Inventa el arco y la flecha	Funde el mineral del hierro	La familia monoparental (padre o madre y los hijos).
Tejidos sin telar	Inventa la rueda	Producción de bienes en masa
Utiliza vigas para su vivienda.	Inventa la escritura alfabética	La familia monógama (marido con una sola mujer) es característica de este periodo.
Familia punalúa: Matrimonio por grupos, perentesco se define por línea materna	Inventa el arado de hierro.	

FUENTE: Modificado de esquema de la evolución de la familia, según Engels (1884).

En la Tabla #1 se describen los períodos por los que según Morgan fue evolucionando la familia en relación a los distintos espacios por los que ha pasado la humanidad, el salvajismo, la barbarie y la civilización. Se observa también como cada período está dividido en tres estadios inferior medio y superior, se puede contemplar como la familia ha ido apareciendo de acuerdo a las características de dicho estadio y se relación con el sustento y la sobrevivencia. Gradualmente el grupo familiar se fue transformando de ser un grupo de recolector, a cazador y posteriormente agricultor hasta ser productor y fabricante, en la actualidad la familia se organiza en relación al consumo.

Noción de familia

En la bibliografía especializada que se ha consultado sobre el término familia aparece una amplia variedad de registros en torno a esta noción. La gran mayoría hacen referencia al grupo social, unidad social, institución social, célula básica, primera y decisiva escuela, conjunto de personas que tienen rasgos de parentesco o alguna condición o tenencia común, entre otros.

De acuerdo a la enciclopedia Hispánica (1999) la noción de familia tiene varias acepciones (Del lat. familia.) f. Gente que vive en una casa bajo la autoridad del jefe o cabeza de ella. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines, de un linaje. V. Hijo, madre, padre de familia. Parentela inmediata de uno. Prole. Conjunto de individuos que tienen alguna condición común. Fam. Grupo numeroso de personas.

Aparicio (2006, p. 23), menciona que:

La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. El carácter natural de la familia hace de ella el fundamento de la sociedad; esta condición básica hace que se mire a la institución familiar desde un punto de vista social, sobre todo por su profunda influencia en las relaciones humanas entre las personas. Debe tenerse en cuenta que junto a la condición natural de la familia como fundamento de su propio estudio, no se pueden desligar los aspectos socio-políticos y culturales.

Según Mitterauer y Sieder (1982, referido por Zeledón, 2004) la palabra latina familia resulta muy antigua y se deriva de una raíz indo-germánica aún más remota *famel*. Esencialmente el significado de familia es "casa" refiriéndose al conjunto de las personas que viven en ella (incluso esclavos y sirvientes). Fue en el siglo XVII y XVIII que el concepto de familia se empieza a identificar en la Europa Central con el término *domus* (hogar) como consecuencia de una serie de transformaciones económicas, sociales e ideológicas que distanciaron el trabajo del núcleo familiar; las relaciones entre padres e hijos se estrecharon como consecuencia de la reforma, la contra-reforma y la ilustración; los esclavos fueron desapareciendo paulatinamente y sustituyéndose por personas contratadas; las jóvenes parejas se alejaron de las casas de sus respectivos padres. De esta manera, los términos familia (como reino del *pater familiae*) y *domus* (lugar donde se desarrolla la vida de la pareja y los hijos) se fueron identificando para hacer referencia a las unidades de convivencia marital y de reproducción, crianza y educación de los hijos.

Levis-Strauss (1947, en Rabazo, 1999) atribuía a la familia tres características generales:

1. Tiene origen en el matrimonio.
2. Está formada por el marido, la esposa y los hijos nacidos del matrimonio, siendo posible que otros parientes vivan en este grupo nuclear.
3. Sus miembros están unidos por lazos legales, por derechos y obligaciones de tipo económico, religioso u otros, por una red de derechos y prohibiciones sexuales y por vínculos psicológicos emocionales como el amor, el afecto, el respeto y el temor.

Rabazo (1999, p. 44) define a la familia como:

La unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.

Patterson (1996, referido por Nátera y cols., 1998, p. 4) especifica que "es la propia familia quien determina quiénes forman parte de ella y quiénes no".

Continúa Nátera y cols. (1998, p. 4, refiriéndose a Salles y Tuirán, 1998) quienes la definen como "Ámbitos de relaciones sociales de naturaleza íntima (de solidaridad, de poder, de autoridad, de afecto) donde conviven e interactúan personas emparentadas, de generaciones y géneros distintos. Se distribuyen los recursos, se definen las obligaciones, responsabilidades y derechos".

Hernández y Visotsky (2004, p. 41) consideran familia o grupo doméstico como "al conjunto de relaciones sociales que se organizan sobre la base del parentesco o en el principio de la residencia en común tendientes a satisfacer las necesidades materiales y simbólicas."

Castellan (1995, p. 7) menciona que "una familia puede ser definida como una reunión de individuos: unidos por los vínculos de sangre; que viven bajo un mismo techo o un mismo conjunto de habitaciones; con una comunidad de servicios".

Como se puede analizar hasta este punto, el carácter polisémico y complejo de este concepto conduce a un abordaje interdisciplinario para su estudio que permita una mejor comprensión de sus implicaciones.

Aunque el concepto de familia implica aspectos biológicos, sociales, culturales y legales estrechamente conectados por la complejidad de sus funciones a lo largo de la historia, en un primer momento se delimita brevemente su abordaje desde cuatro marcos conceptuales: aportes de la antropología, la sociología, la psicología y perspectiva pedagógico-ética.

La noción de la familia desde la Antropología.

Desde esta perspectiva interesa el estudio de la familia en cuanto a su origen, la universalidad temporal y cultural, las formas que asume a lo largo de los años según las distintas sociedades (matriarcal, patriarcal, extensa, nuclear, entre otras), las relaciones de parentesco, las normas que las rigen y las relaciones de la familia con otros grupos (linaje, tribu, clan, entre otros). En este sentido, es escaso el conocimiento que se posee sobre el tipo de organización social que existía en las primeras etapas de la humanidad. Las pocas evidencias que existen del paleolítico superior (fragmentos de esqueletos y utensilios de piedra de hace más de 50.000 años) proporcionan una información bastante insuficiente en torno a las leyes y costumbres sociales de esa época.

Sin embargo, la observación que se ha realizado de la amplia diversidad de sociedades humanas desde Herodoto hasta nuestros días permite afirmar que la familia conyugal y monógama es muy frecuente. Aunque sin duda, existen ciertos casos que nos resultan singulares, por su distanciamiento en relación a las nociones tradicionales de familia (madre, padre e hijos).

Levi-Strauss (1974, en Zeledón, 2004, p. 13) plantea que la familia se entiende como:

Un grupo social que posee por los menos, las tres características siguientes: 1) Tiene su origen en el matrimonio, 2) Está formado por el marido, la esposa y los hijos(as) nacidos del matrimonio, aunque es posible que otros parientes encuentren su lugar cerca del grupo nuclear; 3) Los miembros deben estar unidos por: a) lazos legales, b) derechos y obligaciones económicas, religiosas y de otro tipo y c) una red precisa de derechos y prohibiciones sexuales, más una cantidad variable y diversificada de sentimientos psicológicos tales como amor, afecto, respeto, temor, entre otras.

Zeledón (2004, p. 13) refiriéndose al trabajo de Levi Strauss menciona

La familia es en realidad un compromiso entre la naturaleza y la cultura. Y si la naturaleza es la que aporta su razón de ser básica alrededor de la reproducción, del cuidado, crianza y educación de los hijos, es la cultura la que determina la forma y las modalidades de formación y organización familiar, las reglas de funcionamiento de la

familia y las variaciones que se consideraban aceptables. La familia parece, pues, la mejor fórmula encontrada para asegurar la supervivencia de la especie y un cierto orden social; pero la manera de definir y formar una familia, los tipos y los estilos de familia, están sujetos a una enorme variabilidad. Como Levi-Strauss señalaba...la capacidad de invención de los humanos ha dado como producto todas las modalidades imaginables de la institución familiar.

El punto de vista sociológico.

Define a la familia como un grupo social que responde a diversas características, tales como, la residencia comunitaria, la cooperación económica y reproducción. Esta institución social: "incluye adultos de ambos sexos, dos de los cuales al menos mantienen una relación sexual socialmente aprobada; además de estos adultos sexualmente cohabitantes incluye también uno o más niños, propios o adoptados" Aparicio (2006, p. 24)

Adorno y Horkheimer (1969, citado por Zeledón, 2004), menciona que para entender a la familia desde la sociología es necesario comprenderla desde dos enfoques teóricos: la perspectiva microsociológica y la macrosociológica. La primera nos permite analizar las características de la familia como grupo primario, en este sentido, cobran interés los elementos que la componen, las relaciones que se establecen entre los miembros, roles y funciones, procesos de interacción, dinámica y fases por las que transita, efectos que produce la alteración del número de miembros, entre otros. Desde el segundo punto de vista la familia se entiende como una institución social que asume como tarea básica la reproducción del orden social, asegurando la transmisión del patrimonio técnico-cultural a las generaciones futuras.

Algunas de las contribuciones de la psicología a la comprensión de la realidad familiar son el interesarse por tener una aproximación al estudio de la familia desde la influencia que ejerce en la formación y desarrollo de la personalidad de los hijos y las interrelaciones dinámicas existentes entre sus miembros. Uno de los primeros teóricos que resaltó la importancia del papel de la familia en el desarrollo posterior de la psicología individual fue Sigmund Freud, quien resaltó la incidencia decisiva de las experiencias infantiles en los primeros años de vida.

Es decir, desde esta perspectiva psicológica la familia se ha considerado como el agente socializador por excelencia a través del cual el individuo adquiere conductas, creencias, normas, y motivos apreciados por su propia familia y el grupo sociocultural al que pertenece.

La familia desde el punto de vista pedagógico-ético. Desde esta perspectiva, la familia se convierte en el primer y principal agente educativo, especialmente de los niñ@s pequeñ@s, sin excluir la influencia que otros agentes también ejercen sobre ella. En su seno tiene lugar una acción formativa de carácter informal continua. Este tipo de educación no resulta un proceso unidireccional del adulto para con el niño únicamente, todo lo contrario, hoy en día se afirma que tanto los padres, como los hijos (y los otros miembros que forman parte del grupo familiar) se influyen mutua y permanentemente representándose esta dinámica en forma de espiral y utilizándose el término "transaccional" para referirse a este proceso (Zeledón, 2004).

Como se puede analizar hasta este momento, no se puede abarcar la noción de familia y minimizarla a una sola expresión conceptual por que supone una reducción lingüística de una realidad compleja y profunda, connatural al ser humano. Por otro lado los intentos por teorizar sobre el grupo familiar y su dinámica interna nos permiten esgrimir argumentos que ayudan a plantearse grandes problemas y ofrecer reflexiones que pueden ser provechosas para el crecimiento humano; y evitar la tentación de enfrentamos a un riesgo evidente, el de sustraer de la reflexión a personas que han tenido experiencias de familia distintas a las socialmente definidas, por lo que es necesario la inclusión de las distintas disciplinas y como se ha visto en los párrafos anteriores con el objeto de desarrollar una visión integradora y complementaria de éste grupo primario.

1.1.2. Funciones y expresiones

Las funciones que ha venido ejerciendo la familia a través de los siglos reporta al ser humano un horizonte de sentido y significado que motiva y orienta la consecución de los fines y metas que cualquier persona puede proponerse. La constante sociabilización que se aprende en la experiencia familiar cala profundamente en el entramado mismo del tejido social; de esta manera, una persona aporta a la sociedad aquello que ha recibido en casa, en cambio, priva a su entorno de los procesos personalizadores que ha dejado de recibir.

Los individuos se desarrollan en la familia, y es allí donde forman su personalidad mediante las relaciones cotidianas, configurando su ámbito social inmediato, "La familia constituye una agencia que, sin calificaciones académicas ni organización tecnológica, produce en sus miembros valores, satisfacciones, motivaciones de altruismo y cohesión social" (Aparicio, 2006, p. 29).

Esta condición requiere que a la familia se le concedan una serie de responsabilidades o funciones, enmarcadas en la condición fundamental que representa en la configuración del entramado social. La importancia de la familia se debe a su carácter de **agente primario de socialización** en la vida de las personas. Sus funciones sirven a dos objetivos diferentes: uno es **interno**, la protección psicosocial de sus miembros, y el otro es **externo**, la acomodación de una cultura y la transmisión de esa cultura. La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organiza los modos en los que los miembros de la familia se relacionan entre sí.

Según Rabazo (1999, pp. 45-46) desde la perspectiva de los hijos y de las hijas que en ella viven, la familia es un contexto de desarrollo y socialización. Pero desde la perspectiva de los padres, es un contexto de desarrollo y de realización personal ligado a la adultez humana y a las etapas posteriores de la vida.

Cuando consideramos a los padres y las madres no sólo como prometedores del desarrollo de sus hijos y de sus hijas, sino principalmente como sujetos que están ellos mismos en proceso de desarrollo, emergen una serie de funciones de la familia:

- a. Es un escenario donde se construyen personas adultas con una determinada autoestima y un determinado sentido de sí mismo, y que experimentan un cierto nivel de bienestar psicológico en la vida cotidiana frente a los conflictos y situaciones estresantes.
- b. Es un escenario de preparación donde se aprende a afrontar retos, así como asumir responsabilidades y compromisos que orientan a los adultos hacia una dimensión productiva, plena de realizaciones y proyectos e integrada en el medio social.
- c. Es un escenario de encuentro intergeneracional donde los adultos amplían su horizonte formando un puente hacia el pasado y hacia el futuro.
- d. Es una red de apoyo social para las diversas transiciones vitales que ha de realizar el adulto.

Rabazo (1999, pp. 46-47) sugiere que las funciones básicas de la familia son cuatro:

1. Asegurar la supervivencia de los hijos/as, su sano crecimiento y socialización en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización.

2. Aportar a sus hijos y a sus hijas un clima de afecto y apoyo sin los cuales el desarrollo psicológico sano resulta imposible. El clima de afecto implica relaciones de apego.
3. Aportar a sus hijos y a sus hijas la estimulación que haga de ellos y ellas seres con capacidad para relacionarse competentemente con su entorno físico y social, así como responder a las demandas y exigencias planteadas por su adaptación al mundo en que les toca vivir.
4. Tomar decisiones con respecto a la apertura hacia otros contextos educativos que van a compartir con la familia la tarea de educación del niño o la niña.

En el Plan Nacional Sobre Drogas (2000, p. 121) se explica que en el seno de la familia la persona se socializa, aprende y adquiere tanto creencias, como actitudes, normas sociales interiorizadas, valores, intenciones y ejecuta a partir de ellas unas u otras conductas. El aprendizaje, la observación, las consecuencias de las acciones, entre otras., van poco a poco moldeando el modo de ser del niño y, posteriormente, del adolescente. En todas las sociedades se considera a la familia como el elemento más importante de la socialización del individuo. La socialización tiene su mayor peso en la infancia, cuando el niño es más dependiente y su maleabilidad es mayor. En ocasiones, la influencia de la familia se mantiene a lo largo de toda la vida.

Para que la familia pueda cumplir con sus funciones asignadas es indispensable comprender que ésta no ha sido preparada formalmente y las instituciones sociales no han logrado aún formular e implementar una propuesta suficientemente concreta en este sentido. Se entiende que la incorporación de estas las pautas de trasmisión de la cultura se basa en las vivencias y aprendizajes introyectados en la familia de origen, así como la interacción con las personas significativas, y los consejos de los mayores. La necesidad de identificar y reconocer los roles específicos de la familia para que sea justamente valorada constituye el punto de partida para enumerar las funciones que diversos autores le han venido asignando en el marco sociocultural donde se desarrolla.

De acuerdo a lo que expresa el Plan Nacional Sobre Drogas (2000, p. 11) resulta obvio afirmar que la familia constituye la **primera instancia de socialización** y la institución que globalmente tiene más influencia en la formación y desarrollo de los niños y los jóvenes. Es en su seno donde el individuo, a través del aprendizaje y de la observación de las

conductas de los adultos, se va **capacitando para vivir en la sociedad** y para afrontar de forma adecuada las nuevas situaciones que se le presentarán a lo largo de la vida, situaciones a las que no será ajena, con toda seguridad, la disponibilidad de drogas.

En relación al papel institucionalizador de la familia Aparicio (2006, p. 30) deduce que los estudios en distintos ámbitos y temáticas definen que la familia tiene una actividad fundamental en el desenvolvimiento de las relaciones sociales; a medida que se regulan las relaciones familiares, se refuerzan los lazos humanos en la sociedad mediante los grupos de parentesco por consanguineidad o por afinidad.

Por su parte Cerda (1997) atribuye el papel de la familia como la **institución por excelencia**, ya que provee el bienestar básico del individuo, y constituye la unidad primaria de salud, tiene como característica la unidad, satisface necesidades como la reproducción, cuidado, afecto y socialización, entre otras. La familia es la mayor influencia que afecta el desarrollo y el crecimiento del individuo.

Otra función descrita por Aparicio (2006, p. 30) es el **papel mediador** entre la sociedad y el individuo mediante mecanismos reguladores de tipo instrumental y afectivo desarrollados a través de roles por lo que se puede destacar que, por lo general, a la familia no se le asignan roles, ella misma los asume como imperativo doméstico. La responsabilidad de los padres hacia las generaciones jóvenes les hace sentirse comprometidos con ellos y garantes de su educación.

La complementariedad de las dos generaciones que conviven en la familia nuclear constituye el medio óptimo para el desarrollo de los más jóvenes y la consolidación de los adultos. La **función integradora** de la familia posee una variable generacional, los padres conviven con sus hijos acompañándolos a través de su desarrollo, siendo testigos de su adaptación a diversos roles, hasta que por fin comparten con ellos el estatus adulto que les llevará a incorporarse funcionalmente en la sociedad.

De un modo más general puede afirmarse que esta funcionalidad familiar se hace extensiva al ámbito social. La familia en cuanto institución, se proyecta a diversos niveles sociales, influyendo en el aspecto económico, cultural, político, religioso, educativo, sanitario, entre otras, además, su responsabilidad doméstica es insustituible, por ejemplo, en la protección de ancianos, niños, enfermos.

Para Gallego (2001, pp. 22-23) las funciones de la familia en la actualidad son: la socialización, la equidad generacional, la transmisión cultural, y el control social. La equidad generacional supone la solidaridad diacrónica (a través del tiempo y las edades) e implica el juego de afectos, aportes y equilibrios entre actividad laboral, servicio e inactividad forzosa, que tienen lugar en una familia durante los años de vida de sus miembros y que se traduce, sobre todo, en el cuidado de los llamados grupos pasivos. La transmisión cultural implica el aprendizaje que tiene lugar en el ámbito familiar y que incluye, no solo la lengua, sino también la higiene, las costumbres y la adquisición de las formas de relación legitimadas socialmente. La socialización proporciona los mecanismos de pertenencia al grupo social más amplio e implica también una educación afectiva en la que intervienen aspectos religiosos y la participación en los ritos civiles: es el saber estar y el sentirse parte de la sociedad en la que vive la familia. Por último, el control social supone un cierto compromiso por parte de la familia para evitar la proliferación de conductas socialmente desviadas”.

La sociedad se provee de miembros gracias a la familia, y por tanto es un producto doméstico, por eso la familia debe recibir una adecuada retribución social. El correcto ejercicio de las funciones de la familia, es decir, el carácter funcional de la familia, debe recibir un apoyo suficiente por parte de las instituciones sociales pues sin éstas la familia tendría dificultades para cumplir sus funciones, es decir, no se que la sociedad también ha contribuido y compartido estas funciones para transmitir los usos y costumbres sociales. Por otra parte, la falta de socialización de los miembros de la familia incide negativamente en la transmisión del legado social en la familia, porque quien no ha recibido una educación social, junto a la familiar, difícilmente podrá integrarse a su núcleo social.

Continúa Gallego (2001, p. 29) describiendo que es responsabilidad de todos los miembros de la familia para que ésta sea funcionalmente gratificante en el proyecto de vida común: “En el seno familiar, todos influyen en todos, cada uno desde su singularidad y desempeñando ciertas tareas o funciones”. La interacción familiar funda y consolida las relaciones intrafamiliares que a su vez se proyecta a las diversas esferas sociales.

Las funciones y responsabilidades que desempeña cada uno de sus miembros incide directamente en la convivencia de todos: Por eso, la causa de los éxitos y los fracasos no se debe a un solo miembro del grupo, sino a todos, en mayor o menor grado, de tal manera que: Lo ideal para la permanencia de la familia es que funcione tanto el sistema como cada

uno de sus elementos, lo cual le da tal peso que su misma presencia es capaz de ejercer un adecuado control ético-cultural de la vida social.

La aportación que realiza la familia al sistema social actúa como un factor de solidaridad de primer orden y tienen una importancia fundamental en los ámbitos como el desempleo, la atención a los mayores, la sanidad y la educación. Así mismo son las familias quienes soportan en muchas ocasiones el peso de la economía y crisis sociales, los errores de los dirigentes y actores políticos. También la sanidad pública y las actividades privadas complementarias operan en el contexto de un sinnúmero de actividades que son llevadas a cabo por los familiares de los enfermos.

Para Rabazo (1999, pp. 44-45) la familia, hoy más que nunca se vislumbra como un instrumento extraordinariamente importante para la cohesión social; ayuda en caso de enfermedad, cuida de los ancianos, sustenta las situaciones de paro prolongado, sustenta los casos de drogas y sirve de red y apoyo a las instituciones hospitalarias en el cuidado que suministran a los familiares internos.

Macías (1981, en Navarro 2002) la familia entendida como unidad social cumple las siguientes funciones:

1. Satisface las necesidades biológicas de subsistencia (comida, techo abrigo, entre otras.).
2. Constituye la matriz emocional de las relaciones afectivas interpersonales (constancia objetiva de la relación objetal primaria, fundamental para el desarrollo de la autoestima, seguridad y confianza básica del nuevo ser).
3. Facilita el desarrollo de la identidad individual, ligada a la identidad familiar.
4. Provee los primeros modelos e identificación psicosexual.
5. Inicia en el entrenamiento de los roles sociales.
6. Estimula el aprendizaje y la creatividad.
7. Trasmisora de valores, ideología y cultura.

Expresiones Familiares.

En la actualidad la dinámica familiar es muy diferente del estilo de vida de hace cien años. Debido a los cambios tecnológicos, económicos y culturales han producido cambios en la naturaleza del trabajo, las relaciones de las personas entre sí, los sistemas de valores y las

expectativas individuales, que han provocado el fin del modelo tradicional de autoridad y que hacen necesario un nuevo reordenamiento de los grupos familiares y de las relaciones entre ellos para tratar de evitar los hogares deshechos.

La familia ha dejado de tener una estructura de organización piramidal, donde la comunicación era autocrática y no permitía discusión, para convertirse en un equipo de personas con personalidad propia, que se respetan como tales, que participan en un proyecto común, permitiendo que cada uno tenga sus objetivos individuales y cuyos puntos de vista puedan ser tenidos en cuenta, desde el llano, en el momento de tomar decisiones.

Barriera y Dalla (2003, p. 15) señala que a partir de 1965-1970 la historia de la familia pasó a ser una de las principales preocupaciones de la historia social, en particular porque diversos estudios mostraron que no existía una única familia o un único sistema familiar en el mundo occidental hasta el siglo XVI: por el contrario, dicho análisis confirmaron la presencia de una gran diversidad de formas de familia, con funciones diferentes en cada periodo histórico.

Eguiluz (2003) establece que la familia como organización social entre los hombres presenta una diversidad basada en sus orígenes tanto históricos como las características de su funcionamiento, el número de integrantes que la componen entendiéndolo como un modelo heterogéneo el cual consolida nuevas organizaciones familiares en la actualidad. De acuerdo a lo anterior la familia puede clasificarse según el número de elementos que la conforman y/o a la forma de su constitución, así tenemos que en relación al número de elementos la familia puede clasificarse de la siguiente manera:

1. **Familia nuclear**, basada en el modelo de familia tradicional que implica la presencia de un hombre y una mujer unidos en matrimonio, más los hijos procreados en común bajo el mismo techo, en la actualidad se puede hablar de familia nuclear cuando existe la unión de dos personas que comparten un proyecto de vida en común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, hay un fuerte compromiso personal entre los miembros y son intensas las relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia, en un principio estas relaciones las concretan dos adultos en los planos afectivo, sexual y relacional.

Este núcleo familiar se hace más complejo con la llegada de los hijos quienes se hacen cargo de los segundos tanto de la crianza y socialización. En esta primera forma de

expresión familiar se espera la presencia de dos adultos que funcionan como progenitores, si por diversas razones el vínculo de pareja se disuelve como consecuencia de un proceso de separación o divorcio y si existe una nueva unión de pareja da paso a la familia nuclear reconstruida.

2. **Familia Extensa.** Se constituye por la troncal o múltiple (padres e hijos en convivencia) más la colateral. Este tipo de familias puede establecerse debido a diversos factores como por ejemplo los sistemas de herencia y sucesión y el nivel de pobreza que alberga a los hijos casados. Esta forma de familia desempeña un papel como red social de apoyo familiar. Debido a cuestiones laborales los abuelos y familiares establecen redes de alianza y apoyo mientras los hijos trabajan ya sea por largos períodos de tiempo o por que se tienen que ausentar físicamente. Está comprobado que a menor nivel socioeconómico familiar, más se establecen redes de relación con familiares y parientes. Este hecho influye en el mayor tiempo en el que los hijos viven bajo el mismo techo y además que las ideologías y valores se influyan recíprocamente, así mismo se da una reciprocidad funcional debido a que los abuelos tienen una función educadora fundamental para los hijos de sus hijos por razones laborales y al mismo tiempo los abuelos necesitan la ayuda de los hijos cuando la enfermedad y la soledad amenaza la familia. Al mismo tiempo que esta pluralidad ideológica puede generar confusión en los menores debido a desacuerdos en las mismas a la hora de marcar límites y mantener los roles intergeneracional.

Las familias extensas pueden formarse cuando las nucleares se separan o se divorcian. Los hijos de estos rompimientos buscan en los abuelos, tíos u otros familiares apoyo psicológico para su estabilización familiar.

Otras formas de constitución familiar son aquellas debido a los cambios evolutivos y debido a los procesos de desarrollo y los cuales influyen en la dinámica familiar de acuerdo con su modo de constitución, puesto que la familia experimenta nuevas formas de relación entre sus miembros.

De acuerdo a la forma de constitución las familias pueden ser:

1. **Familias de padres divorciados.** De acuerdo a la autora dice que hasta hace algunos años el divorciarse era considerado como un problema aislado y silencioso, existía el temor a ser juzgado. Actualmente se puede percibir como una manera creativa de

resolver los conflictos y promover la salud mental fuera del vínculo conyugal. Las causas del divorcio pueden ser varias y van desde inmadurez emocional o dependiendo de la relación entre los cónyuges el funcionamiento de los mismos o la adecuación.

2. Familias reconstituidas.

Se trata de las parejas que inician una nueva convivencia. La constitución de una familia como resultado de segundas, terceras, cuartas o posteriores nupcias presenta una enorme importancia debido a que hasta hace algunos años el divorcio era mal visto y rechazado socialmente y únicamente las viudas podían casarse generaba una dificultad para la disolución del vínculo conyugal. Sin embargo a pesar de que en la actualidad no se cataloga la separación o el divorcio como en el pasado las familias reconstituidas son más complicadas por que implican más familias. Y estas se integran generalmente con antecedentes de fracaso o pérdidas; y el dolor que se encuentra presente genera la sensación de vulnerabilidad, miedo y falta de confianza que es difícil de manejar. Se presentan varios problemas asociados tales como dificultad de integración, de una nueva familia, rigidez en los límites para formar una familia nuclear dificultad para hacer a un lado a uno de los padres biológicos. La liga emocional compite entre los padrastros y los hijos, existe pérdida de los roles tradicionales el cambio de estatus. Exige conceptualizar y planear el nuevo matrimonio con base en modelos conceptuales distintos, dada la cantidad de relaciones familiares por negociar.

3. Familias monoparentales.

La primera forma de familia monoparental resulta cuando la pareja decide no seguir viviendo junta y separarse o divorciarse. Esto puede llevar al padre custodio a relacionarse del todo con los hijos y crear una barrera frente al exterior. Con esto se crea una relación exclusiva entre la madre y el o los hijos excluyendo cualquier otra relación afectiva lo cual puede promover el que los hijos tomen el rol de la pareja ausente y hacer pareja con el progenitor presente, como firma de protección y apoyo. También se puede conformar una familia monoparental debido a la muerte de uno de los cónyuges y que genera en el cónyuge vivo una serie de cargas, tensiones, responsabilidades tareas y el dolor que conlleva la pérdida, lo que dificulta el acatamiento de reglas y límites. Una tercera forma de familia monoparental es la de los padres o madres solteros, una de las dificultades en este tipo de hogares es la

socialización, y recurrir a las redes familiares para compensar la ausencia de alguno de los progenitores.

4. Familias adoptivas.

La familia adoptiva está basada en la falta de vínculo biológico entre padres e hijos. Existen dos tipos de adopción uno es la tradicional: en la que la pareja no puede tener hijos y busca entonces un adoptivo, y la preferencial: en parejas para las que la adopción es una adopción independiente de su fertilidad. El fenómeno de la adopción conlleva dificultades en la maternidad y la paternidad puesto que el reto es que los padres deben enfrentar la nueva configuración familiar una vez que llega el hijo adoptado así como desarrollar el sentimiento de pertenencia, otro aspecto es como comunicarle al hijo su condición de adopción, y también la percepción que tenga la familia de si misma en cuanto a lo semejante o diversa de las demás familias. La dinámica en este tipo de familias puede tender a la blandura educativa y al exceso de expresiones afectuosas y comunicativas.

5. Familias homosexuales.

Debido a la expansión y aceptación de la homosexualidad en algunos sectores de la sociedad ello requiere de nuevas alternativas a los conflictos psicológicos y sociales que plantea el concepto de familia homosexual. Las relaciones homosexuales funcionan habitualmente con base en expectativas no realistas, debido a su posesividad. Con frecuencia se caracterizan por demandas excesivas, en la mayoría de los casos miembros de la pareja están envueltos en vínculos emocionales turbulentos y dañinos. Al principio estas uniones se caracterizan por la exaltación emocional con la ilusión de haber encontrado gran amor, en el cual aparece pronto angustia, coraje y depresión, debido a la frustración de sus expectativas ni cubiertas Las familias homosexuales tienden a iniciar en un lugar gay en donde pueden expresarse libremente los conflictos tienden a centrarse en las finanzas y en los vínculos con los familiares que no apoyan dicha relación. Existen diversidad en el proceso de formar una familia de homosexuales, muchos de ellos no tienen hijos ni desean tenerlos, otros ya han estado casados anteriormente y ya con descendencia, otro grupo ha decidido asumir se derecho a vivir la experiencia sexual de reproducción pese a su orientación sexual.

Espejel (1997, p. 52) define la estructura familiar como la forma como se organiza el sistema de acuerdo a las jerarquías, alianzas, límites, territorio y geografía. Define distintos tipos de familias tales como:

1. **Familia primaria nuclear:** familia integrada por padre, madre e hijos de ambos, sin que haya uniones previas con hijos.
2. **Familia primaria semiextensa:** Es una familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges.
3. **Familia primaria extensa:** Es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges i que nunca salió del seno familiar y ahí permaneció después de realizarse unión conyugal.
4. **Familia reestructurada familiar:** Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges han tenido una unión previa con hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos.
5. **Familia reestructurada semiextensa:** es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges han tenido una unión previa con los hijos, y que incluyen bajo un mismo techo a uno o más miembros de la familia de origen de alguno de ellos.
6. **Familia reestructurada extensa:** Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges han tenido unión previa con hijos y que vive con la familia de origen de él o ella.
7. **Familia uniparental nuclear:** Una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos.
8. **Familia uniparental semiextensa:** Una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos y que reciben en su hogar a uno o más miembros de su familia de origen.
9. **Familia uniparental extensa.** Una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos que vive con su familia de origen.

De acuerdo con Minuchin (1996) las familias presentan distintas configuraciones, las más comunes son:

1. **Familia de *pax de deux*:** significa literalmente "danza de dos" (infiriendo "dos son como uno") y está formada por dos miembros ya sea desde el principio de su formación o por circunstancias en el proceso evolutivo como puede ser muerte de algún integrante de la familia, separación entre otras.
2. **Familias con soporte:** son aquellas que requieren que un miembro de la familia apoye un subsistema diferente al que pertenece, por ejemplo, un hijo que tenga funciones de padre, este es el llamado "hijo parental".
3. **Familias de tres generaciones:** son aquellas que se conforman con abuelos y/o nietos y que los primeros tienen además de la jerarquía superior todo el poder.
4. **Familias acordeón:** son las que se caracterizan por el hecho de que el padre o la madre, solo por temporadas asume su rol parental (ya sea por que trabaja lejos del hogar por lapsos largos, o porque aun dentro de casa permanece al margen), es lo que se conoce como miembro periférico.
5. **Cambiantes:** el holón de la familia es siempre parte de un contexto más amplio, la familia manifestará distorsiones. Es necesario diferenciar las organizaciones estables de las transitorias.
6. **Familia con huésped:** son aquellas que tienen a una persona que está con ellos por un tiempo determinado, por ejemplo, un sobrino que viene de provincia a estudiar y en cuanto termina se va, o una sirvienta que implícitamente puede dejar de estar con ellos en cualquier momento.
7. **Familias con padrastro o madrastra:** son aquellas que por tener un miembro que no pertenece desde su inicio a la familia y porque generalmente resulta un cambio brusco, requieren una reestructuración más rápida.
8. **Familias con fantasma:** son aquellas que han sufrido la muerte o deserción de un miembro importante y se siguen comportando como si todavía estuviera con ellos, por ejemplo, aquellas familias que conservan el sillón del abuelo fallecido y nadie lo puede usar.
9. **Familias descontroladas:** cuando el síntoma principal es que un miembro presenta problemas en el área del control, es decir, una "mala conducta".

10. Familias psicósomáticas: es cuando una familia presenta como síntoma a un miembro con problemas psicósomáticos como por ejemplo, anorexia, migrañas, úlceras, entre otras.

1.1.3. La familia como sistema

Una orientación sistémica de la familia sugiere el estudio de unidades naturales compuestas por personas de diferentes estadios de desarrollo, cuyas vidas están en interacción y las cuales conformarán, un sistema continuo de comportamientos estables.

Un acercamiento al concepto de sistema desde el paradigma desarrollado por Ludwig Von Bertalanffy en la primera mitad del siglo pasado desarrolla una visión opuesta al reduccionismo científico y a la complejidad del conocimiento desarrollado por el hombre y las implicaciones en las ciencias relacionadas con la conducta humana y el comportamiento social, Bertalanffy, consideró necesario establecer un modelo que fuera mediador entre las distintas disciplinas científicas. La definición básica de sistema que ofrece este autor es la de un conjunto de elementos en interrelación entre ellos mismos y con el ambiente. Este nuevo concepto de sistema como modelo teórico abarcativo ha representado un nuevo paradigma o una nueva filosofía de la naturaleza dentro del pensamiento científico (Eguiluz, 2001).

Para la teoría sistémica (Bertalanffy, 1998) la familia se define como un sistema abierto, propositivo y autorregulado, como una unidad formada por unos miembros que interactúan entre sí, entre los que existen determinados vínculos y se mantienen unas transacciones. En este proceso, no todos los elementos tienen el mismo poder sobre los otros, ni todas las conductas el mismo impacto, ni todas las personas las mismas oportunidades para pensar o comportarse libremente, pues los rasgos de personalidad son elementos relevantes para el análisis del sistema.

O'Connor y McDermott (1998, p. 27) define un sistema como "una entidad cuya existencia y funciones se mantienen como un todo por la interacción de sus partes", menciona que el pensamiento sistémico contempla el todo y las partes que lo componen y las conexiones entre estas partes, lo que lleva a la comprensión de las partes estudiando el todo. De acuerdo con estos autores los sistemas tienen varias características como: el comportamiento de los sistemas depende de cómo se relacionan las partes, más que las propias partes, así mismo los sistemas forman partes de sistemas mayores y a su vez, de

sistemas más pequeños. Las propiedades de un sistema son las propiedades del conjunto. No están en ninguna de las partes están surgen o emergen cuando el sistema está en funcionamiento por lo que son llamadas propiedades emergentes o emergencia. Esto nos lleva a plantear que la complejidad dinámica se encuentra relacionada con el número de posibles conexiones entre los componentes del sistema y cada parte influye en el sistema entero, así como el que los sistemas resisten los cambios debido a la conexión entre las partes del mismo.

Johansen (2001) retomando las ideas de Bertalanffy, Wiener, Bateson y otros científicos sociales expertos en el estudio de la familia y los sistemas opinaban que ésta es un grupo social que funciona como organismo. Sería Gregory Bateson, quien aplicaría los principios de la teoría general de sistemas a la familia, integrando las ideas de Bertalanffy y Wiener

Estos dos científicos se consideran como los más influyentes en el origen y desarrollo de lo que posteriormente se conocería como teoría General de Sistemas. Para el primero, era necesario comprender no solo los elementos de un sistema, sino, más importante, sus interrelaciones. Por otra parte, Wiener y sus colaboradores consideraban que sus ideas, como el principio de feedback, los sistemas autorregulados o el procesamiento de la información, podían ser aplicadas al cerebro humano.

De la Teoría General de Sistemas, se retoman tres conceptos para la comprensión del sistema familiar y su definición:

- a) La familia como un **sistema activo y autorregulado**, Minuchin (1983, referido por Eguiluz, 2003) menciona que todos los sistemas crean a través de múltiples interacciones, una serie de reglas que configuran su estructura. Estas reglas se van modificando por ensayo y error, pero se van manteniendo constantes en el tiempo. Esto genera relaciones estables en cuanto que sus miembros saben de las mismas. Debido a que la familia es un ser activo se generan tensiones generadas en el paso de una etapa a otra, Todo cambio requerirá un proceso de ajuste y de adaptación de los miembros de la familia a las nuevas condiciones internas y externas para conservar su estructura.
- b) La familia se puede ver como un sistema en **constante transformación** y debido a esta cualidad la familia cursa, como todos los seres vivos, por un ciclo normativo de nacimiento, crecimiento, reproducción y muerte. De aquí se desprende que la familia esté en constante cambio lo que la lleva a acoplarse a distintas etapas. Para lograr esta

transformación todo sistema requiere de dos fuerzas aparentemente contradictorias: la capacidad de transformación, que lleva al cambio; y la tendencia a la homeostasis, que mantiene la constancia (Eguiluz, 2003).

- c) La familia como sistema abierto en **interacción** con otros sistemas. La familia está influenciada por otros sistemas (escuela, fábrica, barrio, grupo de coetáneos entre otras.) y que ocasiona cambios en sus reglas, valores, y creencias. Andolfi. 1994, p. 22 y Eguiluz, 2003, p. 5 definen:

La familia es un sistema entre otros sistemas, la exploración de las relaciones interpersonales y de las normas que regulan la vida de los grupos en que el individuo, está más arraigado será un elemento indispensable para la comprensión de los comportamientos de quienes forman parte de éstos y para la realización de una intervención significativa en situaciones de emergencia.

Según Minuchin (1985) existen seis principios básicos que la teoría de sistemas ha aportado a la investigación familiar y a las prácticas educativas de los padres. Estos principios son los siguientes: 1) Cualquier sistema es un todo organizado y los elementos del sistema serán necesariamente interdependientes; 2) Las influencias entre los elementos de un sistema serán circulares más que lineales. La forma de interacción dentro de una perspectiva de sistemas toma forma de espiral. El círculo de interacción es irreductible; 3) Los sistemas tienen aspectos homeostáticos que mantienen la estabilidad de sus comportamientos. Por ejemplo, la regulación de la autonomía del hijo será un hecho homeostático del sistema familiar; 4) La evolución y el cambio se dan de forma inherente en los sistemas abiertos. El concepto de homeostasis, de gran relevancia en el campo de la terapia familiar, ha dado lugar a la formalización de otro principio complementario como es el de morfogénesis (cambio), característico también de todos los sistemas vivos. Este proceso, en oposición a los comportamientos ya existentes, dará lugar a la exploración de nuevas alternativas y al surgimiento de comportamientos más adecuados a las circunstancias cambiantes, los cuales suelen alcanzar, por lo general, niveles de gran complejidad y diferenciación. La reorganización es una parte inevitable del ciclo vital familiar y, por tanto, aquellas familias que mantienen un funcionamiento adecuado negociarán estas transiciones por sí mismas. Todos los miembros de un sistema participan en su reorganización, incluso aunque la necesidad del cambio no implique a todos los individuos; 5) Los sistemas complejos están compuestos por subsistemas. Podría afirmarse que dentro de la organización familiar cada individuo es un subsistema, aunque por lo general, se presta mayor atención a subsistemas

más amplios (hijos, pareja, padres-hijos, abuelos y nietos, entre otras). Consecuentemente, cada miembro formará parte de distintos subsistemas simultáneamente; 6) Los subsistemas, dentro de un sistema más amplio, están perfectamente delimitados, y las interacciones entre comportamientos están gobernadas por conductas y reglas implícitas.

Para el entendimiento y comprensión de la familia es indispensable conceptualizarla como una unidad interactiva, como un "organismo vivo" compuesto de distintas partes que ejercen interacciones recíprocas. Del mismo modo, podemos considerar a la familia un sistema abierto constituido por variables unidas ligadas entre sí por reglas de comportamiento; cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influida por otras que forman el sistema Eguiluz (2003, p. 1).

Siguiendo esta línea conceptual, Musitu, Román Sánchez y Enrique Gracia (1998, referido por Navarro, 2002, p. 18), define que la familia como sistema es un grupo social y basan sus premisas en los siguientes supuestos: **a)** los procesos de socialización van a implicar interacciones diarias entre padres e hijos en contextos que diferirán en su función, estructura, interpersonal y en su impacto en los hijos; **b)** Los procesos de relación serán principalmente transaccionales, las personas mantienen cambios internos durante el transcurso del intercambio con los demás. Todas las partes del campo transaccional son interdependientes y cada uno modifica al resto a través de un feedback circular, el conjunto mostrará funcional entre las partes. El conjunto y las partes serán complementarios e indispensables entre sí; **c)** Uno de los criterios más importantes en las transiciones entre los estadios en el ciclo familiar son la llegada y la desaparición de sus miembros, cambio en la estructura formal o composición de la familia, tales como nacimientos, muertes, matrimonios, divorcios y desplazamientos geográficos.

Para Ochoa de Alda (1995, referida por Eguiluz, 2003) el sistema familiar está compuesto por un conjunto de personas que se relacionan entre sí que forman una unidad percibida frente al medio externo. Esta unidad está demarcada por líneas o límites y al mismo tiempo como espacio de intercambio de comunicación, afecto, apoyo entre los miembros del sistema familiar.

Para Garibay (2006) la familia vista como un sistema está formada por miembros los cuales se encuentran relacionados entre sí, estos miembros tienen un lugar, una posición

dentro de la misma, lo cual implica que cada uno juega con un rol respecto del otro, desempeña una función, tiene un una jerarquía determinada y un poder definido ya sean padres, hermanos mayores entre otros. El rol que cada uno de sus miembros ejerce puede ser asignado por la familia, dependiendo de sus propias necesidades. El rol también puede ser adquirido mediante el desarrollo de las capacidades de la persona, así mismo los roles pueden ser asignados o ganados dependiendo de los arreglos o negociaciones, de las estrategias o de las necesidades de distribución de poder y de las fuerzas dentro de la familia.

Los miembros de la familia están conectados por pautas de comunicación mediante las cuales se vinculan. Estas pautas pueden ser más fuertes que otras además tienen la característica de definir quién está unido con quien. Es decir que las conductas que se retiran en una relación forman pautas, estas a su vez generan reglas de relación, es decir que van definiendo los tipos los modos y los vínculos que se establecen o deben de establecerse en la familia, estos vínculos estarían representando a la comunicación. Además estas reglas relacionales son las que ponen los límites dentro del sistema, quien se relaciona con quien y de qué manera, con los que forman coaliciones, las alianzas los triángulos.

El eje central del cual gira la familia es la pareja o el sistema parental y que a su vez depende de la historia o cultura familiar de origen así como las nuevas elaboraciones que se desarrollan como pareja. Una característica más de la familia es que el ambiente ejerce presión sobre ésta la cual genera exigencias que pueden sobrepasar al capacidad del sistema para adaptarse, como por ejemplo, el cambio de domicilio, crisis económica, desastres naturales o humanos, ante los cuales la familia tiene que hacer fuertes movimientos de ajuste y reajuste para adaptarse y sobrevivir. Para conservar su estructura, coherencia y consistencia ante las presiones externas, la familia tenderá hacia la homeostasis, hacia el equilibrio de las fuerzas que lo integran.

Es decir, que una familia puede conceptualizarse como un sistema porque los miembros de la misma se consideran como parte de un grupo interdependiente y el comportamiento de cada uno afecta a todos; además para adaptarse, las familias necesitan tomar decisiones de acuerdo a las consecuencias de sus comportamientos o las circunstancias ambientales y modificar la conducta si es necesario de acuerdo a la retroalimentación percibida; para lograr su sobrevivencia el grupo familiar cumple con ciertas tareas o funciones tales como el

mantenimiento físico y económico, la reproducción de los miembros de la familia, el cuidado emocional y la socialización de los roles familiares y laborales.

Ahora bien la familia se puede conceptualizar desde esta perspectiva sistémica, en los siguientes términos: la familia es un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autorregulado.

Retomando las ideas de Minuchin (2005), la familia constituye una totalidad integrada y compleja, y en ella sus miembros ejercen influencias continua y recíproca entre sí.

Por su parte Satir (1980) referida por Velasco y Luna (2006, p. xvi), menciona que como la familia es un sistema el bienestar de uno de los miembros repercute en el bienestar de todos los demás, la familia se comporta como si fuera una unidad.

Es decir, que las familias se organizan por estructuras y procesos interpersonales que las habilitan para mantener su estabilidad y su capacidad de adaptación a un tiempo.

Para Fuhrmann y Chadwick (1995) la familia entendida como sistema implica que sus miembros, más allá de sus características individuales, son miembros de un sistema mayor, y además su historia se ensambla con los demás lo que crea una historia de la globalidad. Es decir, que cuando se concibe a la persona inmersa en un conjunto mayor, sus problemas se insertan en un contexto relacional, esto implica que, en vez de obstinarse por cambiar a otra persona que no ve la necesidad de hacerlo, el esfuerzo se puede dirigir a variar las propias relaciones con esa persona, de modo que ella sienta motivación de cambiar también.

Fuhrmann y Chadwick (1995) mencionan que a través de su historia, los miembros de la familia se agrupan y reagrupan de diferentes maneras, según sean las necesidades individuales y las funciones requeridas por el sistema. A veces se relacionan más las mujeres o los hombres entre sí, otras veces, los padres o los hermanos, las agrupaciones perdurables constituyen los subsistemas, los cuales fundamentalmente son tres: el conyugal, el fraterno y el parentofilial.

El subsistema conyugal. Constituido por la pareja; el subsistema parental surge cuando la pareja ejerce su función de padre y madre. Este subsistema puede ofrecer a sus miembros una plataforma de apoyo para el trato con el universo extrafamiliar y proporcionar un

refugio frente a las tensiones externas. Una de las tareas vitales de la pareja dentro de la familia, es la fijación de límites que los proteja, produciéndoles un ámbito para la satisfacción de las necesidades psicológicas sin que se inmiscuyan los parientes políticos, los hijos u otras personas.

El subsistema parentofilial: Se caracteriza por la desigualdad, condición necesaria para que los padres puedan proteger y guiar a los hijos. Cuando los padres asumen que existe una relación de desigualdad enseñan a los hijos a desenvolverse en sistemas donde hay diferencias jerárquicas, y los prepara para interactuar con profesores y jefes.

El subsistema parentofilial se expresa en sus diferentes configuraciones: madre-hijos, padre-hijos, padre-hija, padre-madre-hija-mayor, entre otras. Cuando los padres complementan su tarea parental, por una parte fortalecen su autoridad conjunta, y por otra, muestran a sus hijos dos estilos personales y dos visiones distintas e igualmente válidas de la realidad.

El subsistema fraternal: Es el formado por los hijos y su calidad de hermanos, conforman un subsistema de iguales, en él viven sus primeras experiencias de vida en donde interactúan con personas del mismo nivel de autoridad. Este se convierte en un laboratorio para aprender habilidades de negociación, expresión de desacuerdos, seguridad, expresión afectiva, apoyo, rivalidad, competencia, expresión de rabia, celos envidia, defender una opinión, manifestar solidaridad. Este aprendizaje es la base para el desenvolvimiento en otros grupos de iguales, interactuar con los compañeros de curso, y posteriormente con las personas de su trabajo.

1.1.4. La familia en México.

Una característica de la familia mexicana es su diversidad estructural y dinámica. Las investigaciones señalan que no existe una correlación entre la forma de familia y su viabilidad; más bien, ésta depende de la calidad de los vínculos entre sus miembros.

Todas las familias son igualmente valiosas cuando cumplen adecuadamente sus funciones nutritivas (afecto, cuidado, protección, alimentación) y normativas (educación y socialización). Cada configuración familiar tiene una dinámica propia que se corresponde con su estructura, también, particular y, por lo tanto, para su comprensión será necesario conocer esas diferencias.

Espejel (1987, p. 16) menciona que para llegar al conocimiento de una realidad familiar tenemos que partir del hecho de que no existe "una familia", por tanto la familia mexicana tampoco existe; si en cambio, existe una pluralidad muy grande de unidades familiares con diferentes grados de homogeneidad y heterogeneidad que se entremezclan y hacen difícil la generalización de la denominada "familia mexicana".

López (2001, p. 7) analiza que en los últimos sesenta años, la sociedad mexicana ha experimentado profundas transformaciones de carácter económico, político, social y cultural. De manera particular, durante los años sesenta y setenta se consolidaron el crecimiento económico, el incremento de la fuerza de trabajo asalariada, la migración del campo a la ciudad y la consiguiente expansión de las principales ciudades del país. También se dieron avances importantes en materia de educación, salud y seguridad social (CEPAL, 1993). Asimismo, se puso en marcha una nueva política de población y se consolidaron los servicios de planificación familiar.

En este contexto de cambio, la evolución de la población ha jugado un papel fundamental, destacando el rápido descenso de la mortalidad a partir de los años treinta, el consiguiente aumento en la esperanza de vida al nacimiento y una importante disminución de la fecundidad a fines de los años sesenta. El cambio demográfico y las transformaciones en los patrones de nupcialidad, las nuevas pautas reproductivas y la creciente presencia de las mujeres en ámbitos extradomésticos, particularmente en la escuela y el trabajo, son factores que han contribuido a conformar nuevos escenarios sociales.

Como se puede notar estas transformaciones han influido en formas variadas y diversas sobre el tamaño, la estructura y la composición de la familia, y han contribuido a la creación de formas inéditas de organización y convivencia, así como a la emergencia de nuevas pautas de derechos y obligaciones. Los individuos y las familias se han apropiado de estas mutaciones mediante sus prácticas cotidianas.

Este fenómeno ha llevado a observar cómo los hogares mexicanos han venido delineando un nuevo perfil, de manera que, en la actualidad, es posible distinguir cinco grandes tendencias a las que se dirigen: a) la reducción de su tamaño, b) la coexistencia de diversos tipos de arreglos residenciales, c) el aumento de la proporción de unidades domésticas encabezadas por mujeres, d) el "envejecimiento" de los hogares y e) una responsabilidad económica más equilibrada entre hombres y mujeres. Los efectos de la inercia demográfica

han ocasionado un incremento acelerado del número de personas en edades productivas y reproductivas, de acuerdo con un diagnóstico del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Como consecuencia, el número de hogares se ha incrementado notablemente durante las últimas décadas, al pasar de 6.8 millones en 1960 a 16.2 en 1990, a 22.3 en 2000, para el 2005 24.8 y para el año 2008 aumento a 26.91 millones (Comunicación Social, 2007).

En cuanto al volumen de población, las entidades federativas que concentraron la mayor cantidad de hogares en el país en 2005 fueron: Estado de México (13 por ciento), Distrito Federal (9.2 por ciento) y Veracruz (7.3 por ciento). En el otro extremo se ubicaron Baja California Sur (0.5 por ciento), Colima (0.6 por ciento) y Campeche (0.8 por ciento) (Comunicación Social, 2007).

En el estudio "Dinámica de los arreglos residenciales en México. La situación demográfica de México, 2006", se establece que mientras en 1970 el tamaño promedio del hogar fue de alrededor de cinco miembros, en el año 2000 disminuyó a 4.3 personas, y en 2005 a 4.0, lo que significó una disminución de alrededor de seis por ciento, que se ve reflejado en una menor presencia de hogares grandes y en el progresivo aumento de los pequeños. Es decir que la proporción que representan los hogares grandes (cinco o más miembros) dentro del total de hogares del país ha perdido peso al pasar de 60.2 a 40.5 por ciento. Esto indica que para 1970 4 de cada 10 hogares tenía alrededor de 4 miembros o menos y para el 2000 aumentó a 6 de cada 10 hogares (Comunicación Social, 2007).

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el análisis de las familias se establecieron siete tipos de hogares, agrupados en dos grandes categorías: los **familiares** y los **no familiares**. Los primeros fueron clasificados en **nucleares** (matrimonios sin hijos, matrimonios con hijos solteros y el padre o la madre con hijos solteros), **ampliados** (cuando se añade a un hogar nuclear una o más personas emparentadas con el jefe) y **compuestos** (hogares nucleares que integran a una o más personas no emparentadas); mientras que los no familiares se integran con los unipersonales (personas que viven solas) y los de corresidentes (personas no emparentadas) (Comunicación Social, 2007).

En términos generales, los hogares en México son preponderantemente de tipo familiar, aunque existe una ligera tendencia al aumento de los unipersonales, según indica el hecho que durante el año 2000, 93.2 por ciento de los arreglos residenciales fue de tipo familiar y en 2005 fue de 92.0 por ciento.

Entre los hogares formados por familiares, el nuclear sigue siendo la forma de organización predominante (69 por ciento en 2005), aunque también han aumentado los hogares donde únicamente vive con sus hijos el jefe del hogar (monoparental), y representa 10.3 por ciento del total.

Por otra parte, los hogares de parejas sin hijos se incrementaron de 7.7 a 8.6 por ciento entre 2000 y 2005, mientras que los de parejas con hijos disminuyeron de 52.2 a 50.0 por ciento, los hogares monoparentales registraron un incremento de 9.2 a 10.3 por ciento, y los hogares ampliados disminuyeron de 23.2 a 22.5 por ciento, en tanto que los compuestos disminuyeron de 0.9 a 0.6 por ciento. Los unipersonales aumentaron de 6.4 a 7.6 por ciento y los de corresidentes se mantuvieron sin cambio en 0.4 por ciento.

En cuanto a la jefatura del hogar, se observó un claro incremento de los arreglos residenciales dirigidos por una mujer durante las últimas décadas del siglo XX, al pasar de 13 por ciento a principios de la década de 1970 a 20.6 por ciento en 2000. Este aumento obedece principalmente al incremento de las disoluciones de las parejas jóvenes (por separación, divorcio o mayor sobrevivencia femenina) cuyos hogares derivan en la mayoría de las veces en la conformación de arreglos residenciales monoparentales y unipersonales.

Durante el primer lustro del presente siglo, la jefatura femenina pasó de 20.6 a 23 por ciento. Los cambios más importantes ocurrieron entre las mujeres de 15 a 24 años, cuya tasa se incrementó de 17 a 20 por ciento, mientras que la de mujeres entre 25 y 44 años pasó de 15 a 18 por ciento. Asimismo, la tasa entre mujeres de 45 a 59 años pasó de 23 a 25 por ciento y entre las de 60 años o más pasó de 33 a 34 por ciento durante ese periodo.

En el año 2000, aproximadamente 23 por ciento de los hogares en México tenía la presencia de al menos un adulto mayor; sin embargo, para 2005 dicho valor aumentó un punto porcentual. La misma tendencia se observa para los hogares compuestos únicamente por adultos mayores, los cuales pasaron de 5.3 a 6.4 por ciento. En contraparte, la presencia de menores de 15 años en el hogar se redujo entre 2000 y 2005, de 67.7 a 62.1 por ciento.

Vargas (2005) cita a Santiago Ramírez quien describía en 1977 la estructura familia mexicana como una familia en donde existía una intensa relación entre la madre y los hijos, señala que en México y en las áreas urbanas y rurales de clase media y baja, la familia tenía las siguientes características: el hombre tiene el privilegio de ser servido por la

mujer; y a ésta no se le permite indagar la utilización que hace el hombre del dinero, el varón detenta poder y recursos; el padre es temido, frecuentemente ausente física y emocionalmente, y anhelado por estas características, cuando el compañero se encuentra presente, por lo general es violento, alcohólico, y distante.

Por su parte, Macías (1985, citado en Vargas 2005) define a la familia mexicana como un grupo de adscripción natural de seres humanos, con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria y convivencia, generalmente bajo el mismo techo, que comparten la escasez y la abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios y que, al menos en alguna etapa del ciclo evolutivo incluye dos o más generaciones.

Vargas (2005) cita las investigaciones de Nieto en 1979 sobre la estructura familiar en la zona marginal de la ciudad de México, quien describe algunas características típicas de estas familias destacando la escasa participación del padre en la vida del grupo, la falta de relación conyugal, el relevante papel de la relación entre madre hijo mayor varón. El notable trato privilegiado de los hijos con respecto a las hijas.

Espejel (1985) cita a Días Infante quien menciona que en la época precolombina la familia mexicana era parte de las instituciones sociales, puesto que la sociedad se concebía como una gran familia y rendía agradecimiento a los dioses de la creación, para entonces la familia era monógama, en general, a excepción de la elite del poder. Y por supuesto la infidelidad era castigada con la muerte. Así mismo los niños definían su identidad desde pequeños; mientras los hombres se preparaban para la guerra y la sabiduría las mujeres eran educadas para las labores domésticas y su participación fundamental en el cuidado de la prole y el hogar.

Continúa Espejel (1985) que para el siglo XVI se generan nuevas formas de familias divididas por condiciones socioculturales distintas, un grupo estaba formado por los pueblos que continuaron con las costumbres prehispánicas y el otro grupo de familias producto del mestizaje, afectado por la ausencia del padre español que no aceptó formar un hogar con la mujer indígena. Como consecuencia de este fenómeno nace un mexicano con una identidad contradictoria desafiante y ambivalente hacia su mujer y hacia su madre. A la vez que surge la madre abandonada con el hijo acuestas y conducta ambivalente de madre sacrificada y abnegada.

Los estudios de Díaz-Guerrero (2003), han permitido hacer una aproximación relevante respecto a las características del mexicano, uno de estos aspectos es el "complejo de inferioridad" del que mucho se menciona, sin embargo los resultados apuntan a definirlo como una actitud propia del mexicano que consiste en no saber valorar la importancia del individuo, ya que en México lo más importante es la familia a la cual pertenece, no el individuo por si mismo sino por formar parte de una familia. Esto es, que los mexicanos se sienten seguros como miembros de una familia, pues en la familia todos tienden a ayudarse entre si. A diferencia de los países anglosajones en donde se observa que sus habitantes pelean por sus derechos individuales en México sus habitantes pelean por los derechos de la familia.

Espejel (1985), menciona las características entre la familia rural y urbana en la cual se observan diferencias cualitativas. Así las familias que habitan las zonas rurales como son las rancherías y poblados pequeños viven en un contexto consanguíneo matizado por una dinámica por la supervivencia, con la angustia cotidiana de la alimentación y el resguardo y protección de los suyos.

Hernández (2004, p. 1-2, El Universal, 9-nov-2004: A22), apunta que

En el medio rural, aún más marginado, según datos oficiales, en el año 2004 cinco millones de familias en México reciben 300 pesos bimestrales para no morir de hambre, a través del programa Oportunidades, de combate a la pobreza. Son familias hundidas en el desempleo o desechas por la migración a EU. Para muchas de ellas, la "beca" de \$200 mensuales que reciben los niños por no desertar de la escuela se ha convertido en el principal ingreso familiar. Un habitante de la comunidad hidalguense donde se inició programa Oportunidades hace 7 años sintetiza así sus beneficios: "Aquí hemos sobrevivido por la Unión Americana. Si no pudiéramos cruzar al otro lado, iya nos hubiéramos comido entre nosotros!"

Por su parte, el medio urbano se caracteriza por el consumismo, altamente costoso y con efectos diversos según las diferencias de clases y la variedad de los núcleos familiares.

En cuanto a la conceptualización de las familias derivadas de la clase social se observan múltiples dificultades ya que las familias mexicanas tienen un fuerte contraste entre si. Es así, que tenemos aquellos grupos familiares de campesinos y marginados urbanos e indígenas, en donde el problema fundamental es el subsistir día a día. Las relaciones de parentesco, el vínculo matrimonial, las relaciones de filiación, paternidad, y maternidad, el éxito y el fracaso giran en torno a lo cotidiano.

En la medida que las aspiraciones de mejora familiar se ven frustradas, éstas se proyectan hacia la siguiente generación en donde los logros y éxitos de los hijos son de ambos. Este fenómeno refuerza la migración de los jóvenes a la ciudad, símbolo de éxito capitalista.

Hernández (2004, pp. 1-2), hace referencia que “de acuerdo con el Reporte Mundial del Desarrollo 2004, del Banco Mundial, en México el 20% de las familias más ricas se lleva el 59.1% de la riqueza nacional, mientras que el 20% más pobre sobrevive apenas con el 3.1% de la riqueza; es decir, con migajas. Las historias de individuos reales que he recabado en los últimos años muestran que quienes han crecido en la marginación urbana o rural en México han experimentado los efectos de un colapso económico sostenido desde fines de los 70s, que incluye desempleo masivo, devaluación salarial, y desmantelamiento de las economías locales. El trabajo mismo les ha dejado de pertenecer a millones de globalizados, cuyas únicas opciones son o el desempleo, o la “microempresa” callejera o la servidumbre en transnacionales que hoy florecen en el páramo económico del país.”

Hernández (2004, pp. 1-2), extiende además, que en este grupo social el concepto mismo de “familia” no parece operar ya en la realidad social de los marginados. A reserva de datos estadísticos que indiquen lo contrario, las familias desintegradas son la norma entre los sectores marginados del país. Se trata de familias desechas por la migración a EU o por la separación de los padres; pero también, y en muchísimos casos, por la violencia y el abuso intrafamiliar ligados al desempleo, el hacinamiento, las adicciones, la escasa educación de padres e hijos, y el maltrato de género. Son éstos los patrones sistemáticos que yo he observado en las colonias populares del Valle de México y que se rompen sólo por algunas excepciones que confirman la regla.

Gilbert (2005, p. 468), refiere que “La clase media mexicana no es muy numerosa (de acuerdo con los cálculos antes mencionados, es inferior a 20% de los hogares). Y ciertamente no está ubicada en el medio de la estructura de clases. En México, como en otros países caracterizados por la pobreza masiva, la clase media no representa el promedio (como en Estados Unidos). a mayoría de los analistas coincidiría en que el habitante promedio en México es pobre o casi pobre.⁵ Los mexicanos suelen describir a la clase media como el punto intermedio entre la mayoría pobre y la pequeñísima minoría rica. No sin razón, la consideran una cuasi élite.”

De acuerdo con Espejel (1985) las preocupaciones de la familia de clase media y acomodada se centran no solamente en mantener o elevar su estatus, también se encuentra orientada al reconocimiento social y el prestigio personal que entra en juego en el matrimonio, la paternidad y en la filiación. Para éstas, la vida familiar depende de una gama de decisiones y alternativas múltiples tales como: la elección de pareja, la fecundidad voluntaria, el cuidado de la salud, el trabajo y la profesión. El modelo que responde a estas necesidades es el tipo nuclear conyugal, sin embargo en la actualidad se encuentra en crisis.

Con respecto a las familias proletarias estas forman un sector importante en la sociedad industrial, viven y se reproducen en base al ingreso salarial volviéndolos dependientes a la subsistencia cotidiana, tal condición la comparten también los grupos marginados y campesinos que al incorporarse en el proceso de industrialización y modernización tecnológica se les impone una serie de condiciones de vida urbana tales como el seguir un modelo de familia nuclear conyugal fragmentando la cadena intergeneracional y la interrelación consanguínea comunitaria. Las familias obreras son extremadamente sensibles a las crisis debido a la atomización social. Padecen las limitaciones de la ciudad masificada por la vivienda multifamiliar o marginal en zonas sin servicios hasta la influencia alienante del cine y la televisión que les impone valores y costumbres difíciles de eludir.

Espejel (1985) habla de un estudio realizado en las colonias Ajusco y Santo Domingo de la Delegación Coyoacán de la ciudad de México desarrollado por la Universidad Iberoamericana a través de su centro de Desarrollo Humano, y en donde se observan que dentro de la estructura familiar el padre es la persona con mayor autoridad y también ocupa una posición periférica por lo que los hijos varones funcionan como enlace entre éste y la familia; por su parte la madre tiene mayor importancia e influencia, los hermanos mayores cumplen papeles importantes, como el ser proveedores, las hijas mayores ocupan un rol de madres sustitutas. Por su parte los hijos son los más preocupados por la integración familiar y de tener una función de proveedores. Los hijos menores no juegan un papel importante únicamente cuando son sintomáticos o son el predilecto de alguno de los padres lo que les acarrea conflictos ya sea con el otro padre o con los hermanos. Uno o varios de los hijos cumplen funciones de padres con sus hermanos, e incluso en ocasiones con alguno de los padres. Existe una confusión en la percepción de la autoridad ya que los hijos menores no tienen claro quién es, y únicamente les resulta claro que cualquier persona que sea mayor que él puede ejercer la autoridad sobre él.

En el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología Trejo y Zamora (1984, citado por Espejel 1985), estudiaron a ochenta familias de la comunidad Ruíz Cortines perteneciente a la Delegación Coyoacán y de acuerdo al análisis de contenido de las respuestas dadas se encontró lo siguiente: la autoridad recae en el padre en la mayoría de los casos y es el principal proveedor y es quien toma las decisiones familiares importantes, así como el que se erige como en portavoz de la familia. La madre cumple funciones ejecutivas en ausencia del padre y en el caso de las familias extensas el hijo varón es quien asume esta función. Los límites intergeneracionales en la mayoría de las familias son difusos: los hijos intervienen en las relaciones de pareja y los abuelos no respetan la privacidad de los esposos.

Los roles que se observan entre los esposos son de tipo tradicional y existe poca flexibilidad de parte del varón para asumir funciones tradicionalmente femeninas. Se observó que la pareja recurre al apoyo mutuo, respetando las decisiones relativas a las formas de control, también se observaron algunas coaliciones padre-hijo en contra del otro cónyuge. En la mayoría de los casos la mujer buscó a la propia madre como confidente.

En otro estudio citado por Espejel (1985) se exponen los resultados con familias marginadas en donde se contemplan las siguientes características: una respuesta idiosincrásica de marcado resentimiento frente a la clase dominante, el lenguaje se expresa con una asombrosa fluidez e ingenio un ejemplo de esto es el uso del albur, doble sentido y el caló. Existen condiciones de vida que transitan por períodos de abundancia y franca abstinencia, existe hacinamiento y horarios poco determinados e inestables. Las familias marginadas logran responder a las crisis para hacer frente a las situaciones tales como; desnutrición, desempleo, falta de dinero, mayor incidencia de mortalidad en los hijos pequeños, así como carencias frecuentes de afecto y lealtad de parte de otros que se resuelven con los apoyos que la misma cultura proporciona, tales como las tandas, el compadrazgo, la economía de la reciprocidad así como desarrollando una alta tolerancia a la frustración. Dentro de este contexto cultural la familia marginada tiene sus períodos de estabilidad y felicidad que se alternan con estados de equilibrio-crisis.

Hasta aquí se deduce cómo el estudio de la familia no se puede limitar a una noción simple o explicación reduccionista de sus características y naturaleza. Para tener una comprensión mayor es indispensable la visión integradora de las disciplinas afines.

La adicción

Dulce Adicción

*Tu cuerpo duro y frío,
Tenebroso y provocador,
Insinuante y maléfico
Me ata siempre con un beso;
En una vitrea cárcel me enjaula
Y Ancla mi alma con su hedor.
Tu helado cuerpo es una dulce sepultura
Y tan dichoso como un rey, por él moriré;
Saturado y poseído por ti en cada rincón
De mi desgastado ser.
Las noches abrigan esta dulce adicción,
Hermoso néctar envenenado
Que alimentas mis entrañas y das vida
A ocultos demonios de mi esencia.
Esa sangre bermeja, que mana de tu boca
Ofrece al corazón del poeta
Delirios de amores fugaces,
Tan fugaces como el aroma
Que al pasar exhalas.*



*¡Por ti las ideas malditas invaden mi cabeza!
¿Cómo ignorarlas, si estas tu a su lado?
Esclavizas mi voluntad, y me llevas
A la locura con miradas insolentes
Hasta el inevitable amanecer,
Pero no sin antes haber desatado
Toda mi oscura pasión.
Obligas a mi frágil espíritu
Arrojarse a la desnudes,
Me entregas sin pudor
Envenenando nuevos rostros,
Para luego soterrarlos en el olvido...
¿Cómo evitarte?
Si estoy invadido por ti
Como las aguas en el piélago.
¡Oh dulce adicción!,
¡Me condenas!...*

1.2. LA ADICCIÓN

El consumo de sustancias, capaces de alterar la percepción, la conducta, el ánimo y la conciencia, aparece como un fenómeno universal existiendo pruebas de estas conductas a lo largo de la historia de la humanidad. Cada cultura tiene sus drogas y los estudios antropológicos sobre su uso han podido establecer dos modelos explicativos del fenómeno: el tradicional y el consumista. En el modelo tradicional el uso está ritualizado al encontrarse en su totalidad ligado a prácticas mágicas, religiosas, curativas, de alimentación, entre otras. El consumo se circunscribe a lugares y situaciones concretas. No está contemplada la conservación de la sustancia con finalidad a un posible comercio. Cuando se utiliza en prácticas religiosas o mágicas existe una persona que actúa como mediador o director de la ceremonia. En este sentido, el consumo se encuadra dentro de un uso acotado desde el rito y sujeto a prescripciones y prohibiciones que lo controlan. Estos límites planteados dificultaban el consumo abusivo fuera de los cauces establecidos, por lo que nunca constituían una amenaza para la salud comunitaria, aunque pudieran darse en algunos casos problemas individuales.

En el modelo consumista, la droga se ha convertido en mercancía y está sometida a la ley de la oferta y la demanda. La sustancia será sucesivamente intercambiada, se desconoce, en el caso de las sustancias ilegales, la procedencia, calidad y el medio de producción. Los contextos reguladores que limitaban el uso tipifican el qué, el cuándo, el cuánto y el cómo del consumo, como se daban en el modelo tradicional, desaparecen y hacen de la conducta de consumo de drogas un acto individual y la justificación se asienta exclusivamente en las motivaciones personales. En la actualidad, el modo de consumo de las distintas drogas en nuestro país se encuadra dentro del modelo consumista, tanto en lo que hace referencia a las drogas propias de nuestra cultura como a las importadas. En nuestro país, tenemos una cultura de alcohol, cuya presencia se ha ido consolidando en todas las capas sociales durante siglos, que enseña, limita y tipifica su uso; pero en las últimas décadas, estas leyes no escritas han dejado de tener significado al realizarse los consumos fuera de los marcos preestablecidos, para pasar a formar parte de las motivaciones personales, inmersos en una forma de consumo de tipo consumista.

1.2.1. Panorama nacional y mundial de las adicciones

Panorama mundial del consumo de drogas.

Retomando lo expuesto en la Asamblea General (2006, agosto) en donde se presenta el informe de la asamblea general del 16 de diciembre de 2005, titulada "Cooperación internacional contra el problema mundial de las drogas".

Se estima que en el mundo existen alrededor de 200 millones de consumidores de drogas ilícitas, equivalente aproximadamente al 5% de la población mundial de entre 15 y 64 años de edad. Y aproximadamente unas 25 millones de personas, equivalente al 0,6% de la población de entre 15 y 64 años de edad, se fueron como toxicómanos o consumidores problemáticos de drogas.

En el Informe Mundial sobre las Drogas de la ONUDD correspondiente a 2006 Se observó que la producción mundial de opio disminuyó en un 5% en 2005, mientras que la de cocaína y el mercado para estimulantes de tipo anfetamínico se mantuvieron estables en general. El consumo de cannabis, la droga ilícita más consumida, aumentó. Se observó que África estaba adquiriendo una importancia cada vez mayor en lo que respecta a la reexportación de cocaína y heroína a Europa.

El consumo mundial de cocaína disminuyó ligeramente, aunque la demanda se incrementó en Europa occidental. Tras los aumentos del decenio de 1990, el mercado de los estimulantes de tipo anfetamínico se ha estabilizado. Alrededor de 25 millones de personas habían consumido anfetaminas por lo menos una vez en 2004, mientras que 10 millones de personas habían consumido éxtasis. La producción total de estimulantes de tipo anfetamínico se estimó en 480 toneladas en 2004, cifra inferior a la máxima alcanzada en 2000.

El cannabis, es la droga ilícita más consumida a nivel mundial. Para el 2004 la consumieron por lo menos una vez alrededor de 162 millones de personas, equivalente al 4% de la población mundial de entre 15 y 64 años de edad. El cannabis es ahora considerablemente más potente de lo que era hace algunos decenios, y se han ido acumulando pruebas de que su consumo puede causar enfermedades mentales graves. Existiendo tres puntos débiles en la situación de la fiscalización de drogas a nivel mundial: la oferta de heroína en el

Afganistán, la demanda de cocaína en Europa y la oferta y la demanda de cannabis en todas partes.

El consumo de las drogas en México.

Actualmente, México atraviesa por un periodo crítico en su economía, hecho que se vislumbra, en las deficiencias relativas a la dificultad de tener acceso a instituciones de salud por parte de un sector importante de nuestra población, la cual además, es aquella que cuenta con menores recursos económicos para poder acceder a una atención médica privada.

Se ha presentado un incremento en los problemas emocionales, conductuales, cognoscitivos en la población mexicana, hecho que se demuestra a través de estudios epidemiológicos y sociales llevados a cabo en diferentes instituciones de prestigio; de ahí la importancia de abordar éstas problemáticas, y buscar nuevas vías que nos lleven a la solución de las mismas.

Uno de los problemas, que se ha incrementado, es el uso de sustancias psicoactivas debido a que México, ha pasado de ser un país que servía de tránsito de sustancias hacia Estados Unidos, a ser un país con un consumo importante de éstas. Por lo que el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicotrópicas representa un problema de salud pública y que además afecta a personas de todas las edades y estratos sociales. Para analizar este fenómeno uno de los retos importantes ha sido el obtener información objetiva y completa sobre el uso y abuso de sustancias adictivas.

En la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (2002) se describe el precedente de las encuestas nacionales de adicciones en México tiene su origen más temprano en el estudio titulado "Las drogas y sus usuarios" publicado en 1976. Posteriormente la Secretaría de Salud ha realizado desde 1988 quinquenalmente esta misma encuesta, lo que ha dado como resultado las Encuestas Nacionales de los años 1988, 1993, 1998 y 2002 en la actualidad se encuentra en proceso la del 2008. Lo que constituye un importante acervo en la generación de información sobre el tema que, sin duda, apoyará la realización de estudios que profundicen en el análisis de los asuntos referidos. De manera genérica se ha demostrado que entre los que han probado alguna droga, un número reducido continua consumiéndola. También hay una proporción de usuarios de drogas que la consume de manera funcional sin presentar problemas que requieran atención en servicios de salud, o que sean captados por

las instituciones de justicia; entre los que llegan a desarrollar problemas de salud, familiares, laborales y/o sociales a menudo transcurre mucho tiempo para la búsqueda de ayuda profesional lo que dificulta el registro de la información para su manejo epidemiológico.

A partir de la década de los 70, fecha en la que se realizan las primeras encuestas y otros estudios de carácter epidemiológico y social con el interés de conocer la distribución del consumo de drogas en el país se observó que el consumo de drogas mostró variaciones importantes. Al tradicional problema de uso de inhalables entre los menores, y de marihuana entre los jóvenes y algunos grupos de la población adulta, se sumó un consumo cada vez mayor de cocaína que ha llegado hasta los niños y los sectores pobres de la población; aparecieron nuevas drogas como las metanfetaminas y el inicio del consumo se empezó a edades cada vez más tempranas, de ahí que fuera de interés estudiar al sector más joven de la población y dilucidar cuáles eran los factores que los llevaban al uso de drogas y, eventualmente, al uso problemático. Las encuestas entre escolares realizadas en la década de los 70 indicaban que el abuso de inhalables era propio de las clases más desfavorecidas de la población, sin embargo, para 1984 el índice de usuarios de éstos mostraba ya cifras similares en escuelas ubicadas en zonas con diferentes niveles de servicios y de características de ingreso y empleo de sus habitantes. Después de un rápido incremento, a partir de 1980 los índices de inhalación se mantuvieron estables y fue hasta los últimos años cuando el uso de estas sustancias parecía estar disminuyendo ante el cambio de preferencias de la población usuaria por la cocaína.

De acuerdo a la ENA (1998) se estimó que el 5.27% de la población urbana de 12 a 65 años había consumido alguna vez drogas ilegales, lo que equivalía aproximadamente a **2.5 millones** de personas, el uso en el último año fue reportado por 1.23% de la población urbana de 12 a 65 años de edad, lo que representó más de medio millón de individuos. Sólo el 0.83% manifestó haber consumido alguna droga en el mes previo a la entrevista, lo que equivale a casi 400,000 personas. Mientras que los resultados de la ENA (2002) indican que **3.5 millones** de personas entre los 12 y los 65 años han usado drogas sin incluir al tabaco y al alcohol; 1.31% usó drogas en el año previo al estudio y casi 570,000 personas lo habían hecho en los treinta días previos a la encuesta. En la Tabla #2 se muestra el uso de drogas alguna vez en la vida por regiones del país divididas en norte, centro y sur y a nivel nacional se observa el porcentaje por años que corresponden a cada una de las ENAS elaboradas.

Tabla #2. Uso de drogas alguna vez en la vida, comparación de resultados

Regiones	1988	1993	1998	2002
Nacional	3.3	3.9	5.27	5.03
Región Norte	3.7	4.92	6	7.45
Región Centro	3.58	3.71	5.97	4.87
Región Sur	2.5	2.29	2.69	3.08

FUENTE: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA 1988,1993,1998,2002

El análisis que realizan en España Espada, Méndez, Griffin y Botvin (2003) ponen de relieve las tendencias del consumo adolescente de alcohol y otras drogas de acuerdo a la última encuesta del Plan Nacional sobre Drogas dirigida a estudiantes de secundaria entre 14 y 18 años destacando: a) las sustancias más consumidas son el alcohol y el tabaco, con tasas de adolescentes que las han probado del 76% y 34% respectivamente, b) el consumo de alcohol y el de tabaco presentan la mayor continuidad c) el consumo de alcohol se concentra los fines de semana, d) el patrón de consumo de alcohol es experimental u ocasional, vinculado principalmente a contextos lúdicos, e) las chicas consumen alcohol, tabaco y tranquilizantes, con más frecuencia pero en menor cantidad, mientras que los chicos consumen drogas ilegales en mayor proporción, f) el éxtasis es la sustancia psicoestimulante con mayor porcentaje de consumidores habituales (2,5%).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (2008) indican que el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad ha aumentado de un 5% observado en 2002 a un 5.7% en este periodo. Las drogas ilegales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 4.6 a 5.2%; el consumo de drogas médicas con potencial adictivo, usadas fuera de prescripción, mantuvieron los niveles observados en 2002.

La mariguana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población. El consumo de la primera aumentó de 3.5 a 4.2%; el aumento en el consumo de la segunda fue mayor: pasó de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008, es decir, que se duplicó entre ambas mediciones La mariguana ha ocupado los primeros lugares de preferencia entre la población desde la primera encuesta nacional de 1988. La cocaína ha mostrado variaciones importantes y desplaza a los inhalables en las preferencias de la población desde finales de los años ochenta e inicios de los noventa, cuando aparece en el mercado nacional.

El consumo de otras drogas muestra índices muy inferiores. Sin embargo, también ocurren incrementos importantes, como en el caso del *crack* y las metanfetaminas, cuyo consumo aumentó seis veces. En contraste, el crecimiento de los alucinógenos no es significativo, mientras que los inhalables, que habían mostrado una tendencia hacia el decremento, vuelven a repuntar. En relación con las drogas médicas, los hombres presentan un mayor consumo que las mujeres. Ambos grupos prefieren los tranquilizantes y a continuación, las anfetaminas.

En relación al consumo de alcohol los datos de la encuesta 2008 confirman lo que se había observado en encuestas previas. La población mexicana no bebe diario o casi diario: 8 de cada 1 000 personas informaron consumir todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. Este tipo de consumo aumenta con la edad; por ejemplo, es 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años que en aquellos que tienen entre 18 y 29 La cerveza es la bebida de preferencia de la población mexicana. Le siguen los destilados y, en una proporción significativamente menor, el vino de mesa y las bebidas preparadas.

1.2.2. La adicción como un fenómeno multicausal.

Cada cultura tiene sus drogas, así como cada una de ellas ha ido buscando explicar y contextualizar su presencia en la sociedad, a través del tiempo han ido surgiendo distintos modelos explicativos que orientan a la población sobre el manejo de las sustancias psicoactivas y el uso que debe dárseles, de esta manera, existen distintos modelos que pretenden explicar el fenómeno adictivo uno de ellos es: el modelo tradicional en el cual su uso se encuentra ritualizado al encontrarse ligado a prácticas mágicas, religiosas, curativas, de alimentación, entre otras. El consumo se circunscribe a lugares y situaciones concretas. La conservación de la sustancia no tiene una finalidad comercial. Cuando se utiliza en prácticas religiosas o mágicas existe una persona que actúa como mediador o director de la ceremonia. En este sentido, el consumo se encuadra dentro de un uso acotado desde el rito y sujeto a prescripciones y prohibiciones que lo controlan. Otro modelo es el consumista, en el cual la droga se ha convertido en mercancía y está sometida a la ley de la oferta y la demanda. Los contextos reguladores que limitan el uso y tipifican el qué, el cuándo, el cuánto y el cómo del consumo, en este modelo la conducta de consumo de drogas se convierte en un acto individual y en donde la justificación se asienta exclusivamente en las motivaciones personales.

Elizondo (1997) explica que durante muchos años se pensó que el problema de la adicción al alcohol y otras drogas era un problema de índole moral, causada por una degeneración de la voluntad del individuo que lo esclavizaba al consumo de determinadas sustancias. Con la finalidad de comprender el fenómeno del alcoholismo o la drogadicción surgieron los vocablos vicio y vicioso que, y que continua utilizando hasta nuestros días. Posteriormente se estableció la idea que de las adicciones se originaban por un problema de índole psicológica. Esto lleva a definir que los adictos a drogas son poseedores de un ego débil que, aunado a una serie de conflictos infantiles no resueltos generadores de una ansiedad neurótica intensa, los exponía al consumo de drogas o alcohol, como evasión de la realidad y de huida al sufrimiento psicológico. En mucho, este modelo promovió y alentó diversas formas de psicoterapia para la curación de las adicciones, entendiéndolas más como un síntoma que como una enfermedad. Posteriormente surgieron los modelos antropológico y sociológico que trataban de encontrar las causas de las adicciones en problemas provocados por una sociedad enferma que orillaba al individuo al consumo excesivo y enajenante de sustancias adictivas. Estos hacían hincapié en fenómenos como la pobreza, el hacinamiento, la enajenación, la sobrepoblación, el materialismo a ultranza, la crisis de valores, entre otras, como causas fundamentales del problema. Por su parte la medicina trató de encontrar un substrato anatomofisiopatológico que sustentara una fundamentación médica de la enfermedad, de la misma forma como la diabetes se basa en un trastorno del funcionamiento del páncreas, o la gota como un resultado del aumento del ácido úrico.

Actualmente se han identificado diversas variables predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas, estas son de naturaleza diversa y su dinámica compleja. Estos factores se han clasificado tradicionalmente en dos categorías básicas: individuales y contextuales.

Los factores individuales se refieren a las características de los individuos que determinan una mayor probabilidad o susceptibilidad a las influencias sociales y ambientales que favorecen el consumo. Dentro de los factores contextuales se diferencian el nivel macrosocial y el microsocioal. El primer nivel se identifican aquellos factores de riesgo externos del individuo y que son de carácter estructural, social, económico y cultural. El nivel microsocioal se refiere a los contextos ambientales más inmediatos en los que el sujeto se desenvuelve, y participa directamente, tales como: la escuela, el grupo de pares, la familia.

De acuerdo a estudios recientes se ha podido comprobar variables biológicas relacionadas con el cerebro en donde se encuentra el *substratum* fisiopatológico de las adicciones y que ese *substratum* es de tipo neuroquímico, es decir, que se alteran ciertas sustancias que sirven como neurotransmisores del impulso electroquímico que activa una neurona con otra. Estos neurotransmisores son, entre otros, las endorfinas, la serotonina, la noradrenalina, la dopamina y el GABA (Ácido gamma-aminobutírico). La transmisión del impulso electroquímico de una neurona a otra se lleva a cabo en la sinapsis que es el sitio de unión entre dos neuronas. Es justamente en la sinapsis del llamado circuito de recompensa cerebral (o centro cerebral del placer) donde actúan las drogas adictivas y empiezan a inducir ciertos cambios adaptativos que culminan con el fenómeno de la adicción.

Los estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud (2005) puntualizan en que las sustancias psicoactivas actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones de estados de ánimo, pensamientos y motivaciones. Por lo tanto la dependencia de sustancias es un trastorno que involucra los sistemas motivacionales del cerebro. Y puesto que la función del cerebro es producir comportamientos y pensamientos, los trastornos cerebrales son susceptibles de producir síntomas conductuales altamente complejos. El cerebro puede padecer muchos tipos de enfermedades y traumas, desde condiciones neurológicas como embolias y Epilepsias, hasta enfermedades neurodegenerativas como los males de Parkinson y Alzheimer, pasando por infecciones y daños cerebrales de origen traumático. En cada uno de estos casos, se reconoce al comportamiento como parte del trastorno.

Las variables individuales se han estudiado durante las últimas décadas y se ha avanzado considerablemente en la investigación sobre la etiología del abuso de sustancias, reuniéndose múltiples explicaciones teóricas tales como: Becoña (1999). El modelo de creencias de salud de Becker (1974) destaca la importancia de los déficits en los procesos de toma de decisiones. La teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) recalca la influencia negativa de los compañeros y de los adultos significativos que actúan como modelos consumidores. Los teóricos de la personalidad subrayan la vulnerabilidad individual, por ejemplo la teoría de la auto-depreciación de Kaplan (1980) otorga un papel central a las carencias afectivas de la persona. Otras teorías, como el modelo de desarrollo social de Hawkins y Weis (1985), analizan el conflicto generacional e insisten en la importancia del distanciamiento adolescente de la familia y del entorno escolar. También se han planteado propuestas integradoras, como la teoría de la conducta problema de Jessor y

Jessor (1977), que intentan conjugar múltiples determinantes del consumo de drogas en la adolescencia.

En conjunto los estudios han identificado numerosos factores de riesgo del consumo de drogas en la adolescencia, así como factores protectores que reducen la probabilidad del abuso de sustancias (Hawkins, Catalano y Miller, 1992).

Otro estudio de Espada, Méndez, Griffin y Botvin (2003) mencionan que los adolescentes consumen alcohol y otras drogas por motivos personales, búsqueda de estimulación positiva (p. ej., sensaciones placenteras) o escape/evitación de estimulación aversiva (p. ej., estados emocionales negativos), y por motivos sociales, instigación/imitación (p. ej., invitaciones de los amigos) o facilitación de las relaciones interpersonales (p. ej., desinhibición social).

Para Ramírez y Andrade (2005) considera que las edades de los niños y adolescentes entre los 8 y 18 años son las más vulnerables para el inicio del consumo de drogas. Las principales influencias en el medio familiar para la inducción del consumo de alcohol y tabaco, son: el factor económico, baja escolaridad de los padres, padre bebedor, tipo de trabajo que realiza así como la ausencia y presencia de los padres en el hogar observando que un alto porcentaje emigra a otros países en busca de otras oportunidades de trabajo y mejorar el ingreso económico, repercutiendo en los niños y adolescentes pues la familia se disgrega y los abuelos o familiares no tienen la suficiente autoridad para criar a los niños, el factor que más se afecta en esta separación es el afectivo ya que la ausencia de los padres crea cierto grado de inseguridad e inmadurez en los jóvenes. El estar solo en las mayorías de las actividades constituye un factor de riesgo puesto que los adolescentes que se quedan sin supervisión tienen más probabilidades para experimentar con alcohol y otras drogas.

El 52% del total de las familias encuestadas acepta el consumo de alcohol y tabaco y dentro de la entrevista el 40% de ellas aceptaron que beber una copa de licor es perjudicial para la inducción al consumo de alcohol. El comportamiento de los padres actúa como modelo para los hijos la carencia de apoyo familiar puede llevar a los niños y adolescentes al consumo de alcohol y tabaco utilizando esta manera como forma alternativa enfrentar sus problemas generados por ese ambiente.

Por su parte Moral, Rodríguez, Sirvent (2004) analizan los principales motivadores de consumo de alcohol desde una perspectiva psicosocial y clínica en una muestra compuesta por 273 estudiantes con edades que oscilan entre los 14 y 18 años de edad, de acuerdo a los resultados se priorizan variables psicosociales asociadas al estado emocional, a la búsqueda de sensaciones, es decir, utilizar la experimentación como medio para evadir la rutina o sentir euforia y a la vinculación grupal y redefinición de la identidad, incluso para olvidar. Así mismo las principales razones para no beber se centran en intentos de evitación de problemas de salud física y conflictos familiares

Con respecto a las variables familiares los especialistas las reconocen ampliamente destacando el ambiente familiar, particularmente de los padres como determinantes del ajuste psicológico y social de los hijos. Puesto que la familia es el ambiente social básico del niño y el adolescente, por ser el lugar donde pasa gran parte de su tiempo. El contexto familiar puede convertirse en una fuente positiva de adaptación o, por el contrario, de estrés, dependiendo de la calidad de la relación entre los miembros de la familia.

Una serie de estudios han sido compilados en el Plan Nacional de Drogas y están enfocados a la identificación de las variables familiares relacionadas con el consumo de sustancias y los aspectos preventivos: el primero de ellos es la investigación realizada por Merikangas, Dierker y Fenton (1998, referido por Ministerio del Interior, Plan Nacional de Drogas, s.f.) mencionan dos tipos de factores: factores específicos del consumo de drogas y factores generales de un número amplio de conductas problemáticas en la adolescencia. Los factores no específicos incrementan la vulnerabilidad general a problemas de conducta en la adolescencia. Básicamente, se refieren a aspectos relacionados con la estructuración familiar (Tabla #3).

Tabla #3. Factores de riesgo familiares

Factores Específicos	Factores no Específicos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposición a las drogas ▪ Exposición directa (modelados negativos del uso de drogas de los padres) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conflicto familiar ▪ Estilo educativo ▪ Exposición a estrés ▪ Psicopatología. ▪ Negligencia. ▪ Abuso.

FUENTE: Adaptado de Merikangas, Dierker y Fenton (1998, referido por Ministerio del Interior, Plan Nacional de Drogas, s.f.)

Por su parte Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker y Gary (1998, referido por Becerra, 2008), atendiendo a los resultados de los estudios realizados, proponen el siguiente listado de correlatos familiares del abuso de drogas en los adolescentes:

- a) Historia familiar de problemas de conducta, incluyendo: modelo de los padres o hermanos de valores antisociales y de consumo de drogas, actitudes favorables hacia el uso de drogas, personalidad antisocial, psicopatología o conducta criminal de los padres.
- b) Prácticas pobres de socialización, incluyendo fallos para promover un desarrollo moral positivo, negligencia para enseñar habilidades sociales y académicas y para transmitir valores prosociales y actitudes desfavorables al uso de drogas en los jóvenes.
- c) Supervisión ineficaz de las actividades, compañías, entre otras. de los hijos.
- d) Disciplina ineficaz: laxa, inconsistente o excesivamente severa. Sobre control o bajo control de los hijos. Expectativas y demandas excesivas o no realistas y castigo físico severo.
- e) Relaciones pobres entre padres e hijos: ausencia de lazos familiares, negatividad y rechazo de los padres hacia el hijo o viceversa, escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos, interacciones maladaptativas entre padres e hijos.
- f) Conflicto familiar excesivo, con abusos verbales, físicos o sexuales.

- g) Desorganización familiar y estrés, con frecuencia provocados por la ausencia de habilidades de manejo familiar eficaces.
- h) Problemas de salud mental, como la depresión, que pueden causar puntos de vista negativos sobre las conductas de los hijos, hostilidad hacia estos o disciplina demasiado severa.
- i) Aislamiento familiar y ausencia de una red de apoyo familiar eficaz.
- j) Diferencias familiares en el grado de culturización o pérdida de control de los padres sobre el adolescente debido a un menor grado de culturización.

Otra publicación es la de Recio (1993, referido por Becoña, s.f.) quien llevó a cabo un estudio longitudinal de un año de seguimiento, con una muestra final de 1238 estudiantes. Los resultados mostraron que las variables relacionadas con el grupo de amigos eran las que mejor predecían el uso de sustancias legales e ilegales de los sujetos. Las variables de la familia que favorecían el consumo de determinadas sustancias de los hijos al año de seguimiento eran las actitudes de los padres ante el uso de algunas drogas, la falta de confianza en los padres las relaciones padres-hijo y las conductas depresivas de los padres.

El siguiente trabajo realizado por Ruiz Carrasco, Lozano San Martín y Polaino Lorente (1994) pretendía estudiar la relación existente entre determinados aspectos personales y familiares y el consumo de alcohol y drogas ilegales en la población adolescente. El estudio comparó una población compuesta por dos grupos de 100 adolescentes cada uno, de ambos sexos y con edades comprendidas entre los 15 y 21 años, Los resultados del trabajo mostraron que las variables de la familia que incidían sobre los patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales eran: el grado de formación de los padres, la estabilidad matrimonial y laboral y la frecuencia de consumo de alcohol y otras drogas.

Además Alonso Sanz y Del Barrio (1994) investigaron la influencia del contexto familiar en el consumo de tabaco y alcohol de los hijos. Los resultados mostraron que tener hermanos actuaba como un factor de protección respecto al consumo de tabaco y, especialmente, de alcohol, ya que los sujetos que tenían hermanos se iniciaban más tarde en el consumo de bebidas alcohólicas. La cohesión familiar se relacionó significativamente con el consumo regular de tabaco y alcohol por parte de los hijos. Asimismo, el consumo de tabaco y alcohol de los padres estaban relacionados con el consumo de estas sustancias por parte de los hijos. Los hijos de padres fumadores habían probado el tabaco y tenían intención de fumar

en mayor proporción que los hijos de padres no fumadores. Lo mismo sucedía respecto al consumo de alcohol.

Los estudios de Pons y otros (Pons, Berjano y García, 1996; Pons y Berjano, 1999) investigaron que consumo abusivo de alcohol se encontraba relacionado con: el mantenimiento de actitudes permisivas, el consumo habitual dentro de la familia, especialmente, por parte del padre y los hermanos/as mayores, el consumo elevado de los miembros del grupo de iguales, la percepción de incompreensión e insatisfacción dentro del sistema familiar, las dificultades en la relación afectiva con los padres y con la utilización habitual de estrategias familiares de socialización basadas en la reprobación.

Por último, en un estudio reciente (Muñoz-Rivas y Graña, 2001) se analizó la influencia y el peso diferencial de determinadas variables familiares en el consumo de drogas por parte de los adolescentes. Las variables de la relación familiar que se tuvieron en cuenta fueron: la estructura y composición familiar, la existencia de normas de convivencia familiar, la naturaleza de la relación familiar, la vinculación afectiva, la comunicación familiar y las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas. Los resultados mostraron que las dimensiones relacionadas con la existencia de conflictos entre el adolescente y sus padres y con el consumo familiar, eran las que predecían un mayor riesgo de uso de sustancias por parte del joven. Así, las disputas frecuentes entre el joven y sus padres y entre éstos entre sí, predecía el consumo de alcohol, tabaco y fármacos o derivados. Por otra parte, el uso de alcohol por parte del padre era el principal predictor del mismo tipo de consumo en el adolescente; mientras que el consumo habitual de tranquilizantes por parte de la madre se encontraba relacionado con el uso de drogas médicas e ilegales de los jóvenes. En la siguiente Tabla #4 resumo los distintos estudios mencionados y las variables familiares asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla #4. Variables familiares asociadas al consumo de sustancias psicoactivas

Autores	Variables familiares asociadas al consumo de drogas
Recio (1993,1995)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitudes permisivas de los padres ante las drogas. ▪ Falta de confianza en las relaciones padre-hijo. ▪ Conductas depresivas de los padres.
Ruiz Carrasco <i>et al.</i> (1994)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grado de formación de los padres. ▪ Estabilidad matrimonial y laboral. ▪ Consumo de alcohol y otras drogas de los padres.
Alonso Sanz y Del Barrio (1994)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de cohesión familiar. ▪ Consumo de tabaco y alcohol de los padres.
Pons et al. (1996, 1999)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitudes permisivas de los padres ante las drogas. ▪ Consumo de sustancias en la familia. Especialmente del padre y hermanos mayores. ▪ Insatisfacción e incomprensión dentro del sistema familiar. ▪ Dificultades en la relación afectiva con los padres. ▪ Estrategias familiares basadas en la reprobación.
Muñoz-Rivas y Graña (2001)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conflictos entre el adolescente y sus padres. ▪ Uso de alcohol por parte del padre ▪ Consumo habitual de tranquilizantes por parte de la ▪ Madre.

FUENTE: Becoña, I. E. (s.f.) pp. 66-67

En síntesis se pueden extraer tres conclusiones claras sobre los determinantes familiares del consumo de drogas:

- 1) El vínculo paterno-filial, el apego, las relaciones positivas y la comunicación en el hogar van unidos a una probabilidad menor de que los jóvenes ingieran drogas.
- 2) Una disciplina inconsistente e inadecuada y unos métodos educativos incorrectos se asocian con niveles más altos de consumo.
- 3) Se ha encontrado una relación positiva entre la ingestión de drogas legales o ilegales por parte de los padres y el consumo de estas sustancias por parte de los jóvenes.

Los estudios anteriores se enfocan a aquellas dimensiones que inciden en el uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y que para esquematizar sus resultados se puede hablar de factores de riesgo clasificándose como se menciona anteriormente en individuales, y contextuales. En la Tabla #5 se clasifican los factores de riesgo descritos por Clayton en 1992. Por otra parte se puede hablar que existen varios principios generales a tener en cuenta, cuando se puntualiza en estos factores:

- a. No siempre están presentes determinados factores de riesgo. Cuando estos factores están presentes aumenta la probabilidad de que la persona expuesta a los mismos pase al uso, abuso o dependencia de drogas, en comparación a situaciones en las que la persona no se expone a este tipo de factores.
- b. La sola presencia de un factor de riesgo no determina que el sujeto consuma drogas, de modo que su ausencia tampoco es garantía de que la persona no las use. El hecho de que alguien consuma drogas es resultado de la confluencia de multitud de factores.
- c. El número de factores de riesgo presentes se relaciona directamente con la probabilidad del abuso de drogas.
- d. La mayoría de factores de riesgo y protección tienen varias dimensiones que se pueden medir de forma independiente, y cada una de ellas influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.
- e. Las intervenciones directas estarían indicadas en los casos en los que pudiese eliminarse un determinado factor de riesgo, sabiendo que con esta acción se disminuiría la probabilidad del consumo de drogas.

Sánchez, Pozo, González y Miranda (2007) enlistan una serie de 19 factores de riesgo relacionados con el acceso precoz al tabaco, alcohol y otras drogas, así como la baja percepción de riesgo, desinformación acerca de las drogas y sus efectos, presencia de alcohol y drogas en la familia, el estilo de crianza, insatisfacción en las relaciones familiares, el mal uso del tiempo de ocio, disponibilidad económica, salidas nocturnas y regreso a casa altas horas de la noche, fracaso escolar entre otras.

En la Tabla #5 se enumeran los factores de riesgo característicos de la droga, su potencial adictivo, vía de administración y efectos, características químicas entre otras. Mientras que en la Tabla #6 se enlistan los factores de riesgo individuales como los biológicos, de personalidad, conductuales y psicológicos así como los actitudinales y cognitivos.

Tabla #5. Factores de riesgo propios de la droga

FACTORES PROPIOS DE LA DROGA
<ul style="list-style-type: none">▪ Efectos que provoca en el organismo.▪ Potencialidad adictiva.▪ Disponibilidad/costo▪ Características químicas y/o naturales.▪ Vía de administración.▪ Cantidad consumida.

FUENTE: Adaptado de Becoña (2007); Muñoz-Rivas y Graña (2001)

Tabla #6. Factores de riesgo individuales

FACTORES INDIVIDUALES
1. Biológicos
<ul style="list-style-type: none">▪ Factores genéticos▪ Factores de tipo biológico (sexo y edad)
2. De Personalidad
<ul style="list-style-type: none">▪ Baja autoestima.▪ Baja asertividad.▪ Elevada búsqueda de sensaciones.▪ Lugar en que se sitúa la causa de los acontecimientos (Locus de control social).▪ Personalidad antisocial.▪ Escasa tolerancia a la frustración.▪ Elevada necesidad de aprobación social y falta de autonomía respecto al grupo.▪ Dificultad para el manejo del estrés y ansiedad.

FUENTE: Adaptado de Becoña (2007); Muñoz-Rivas y Graña (2001)

Tabla #6. Factores de riesgo individuales (cont.)

3. Conductuales y psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicopatología, trastorno de conducta y problemas de salud mental ▪ Depresión ▪ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad ▪ Trastorno de conducta ▪ Conducta antisocial ▪ Alienación y rebeldía ▪ Agresividad ▪ Consumo temprano de drogas ▪ Consecuencias del abuso físico, sexual o emocional ▪ Actitudes favorables hacia el consumo de drogas ▪ Ausencia de valores ético-morales ▪ Insatisfacción con el empleo del tiempo libre. ▪ Bajo aprovechamiento escolar. ▪ Falta de habilidades sociales.
4. Cognitivos, actitudes y valores
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La falta de conocimiento acerca de las drogas. ▪ Las expectativas positivas respecto a las consecuencias del consumo de drogas. ▪ Falta de habilidades para tomar decisiones o resolver problemas. ▪ Actitudes favorables hacia las drogas. ▪ Sobreestimación de la prevalencia del consumo de drogas. ▪ Confusión en el sistema de valores. ▪ Baja percepción de riesgo.

FUENTE: Adaptado de Becoña (2007); Muñoz-Rivas y Graña (2001)

Por su parte en la Tabla #7 se enumeran los factores de riesgo relacionados con el contexto social inmediato tales como los implicados con los ambientes familiares, escolares, laborales y vinculados con el grupo de pares.

Tabla #7. Factores relacionados con el contexto social inmediato

FACTORES MICRO-SOCIALES, RELACIONADOS CON EL CONTEXTO SOCIAL INMEDIATO	
1. Relacionados con el ambiente familiar	
<ul style="list-style-type: none">▪ Estructura familiar disfuncional: ausencia de uno o ambos padres, por divorcio, enfermedad, muerte, conflicto entre otras.▪ Falta de cohesión familiar: actividades dispersas de los integrantes, ausencia de espacios para la convivencia familiar, vínculos débiles entre sus miembros, entre otras.▪ Clima afectivo inadecuado: conflictos, inexpressión emocional, represión, entre otras.▪ Estilo educativo familiar rígido, laxo o caótico: reglas y roles poco claros, ausencia o distorsión de la comunicación. Baja supervisión familiar▪ Consumo de drogas por parte de familiares o presión de la familia para usar drogas. Actitudes parentales favorables al consumo de drogas▪ Historia familiar de conducta antisocial▪ Actitudes parentales favorables a la conducta antisocial▪ Bajas expectativas para los niños o para el éxito▪ Violencia y/o abuso físico	

FUENTE: Adaptado de Becoña (2007); Muñoz-Rivas y Graña (2001)

Tabla #7. Factores relacionados con el contexto social inmediato (cont.)

2. Relacionados con el ambiente escolar
<ul style="list-style-type: none">▪ Oferta y/o consumo de drogas en la escuela.▪ Tolerancia al consumo de drogas en la escuela.▪ Falta de integración e identificación con el grupo escolar.▪ Desinterés por las actividades escolares.▪ Escasa participación en actividades extracurriculares.▪ Hábitos de estudio caóticos.▪ Bajo aprovechamiento escolar.▪ Ausentismo o deserción escolar.▪ Tipo y tamaño de la escuela.
3. Relacionados con el ambiente laboral
<ul style="list-style-type: none">▪ Disponibilidad y acceso a sustancias en el centro de trabajo.▪ Tolerancia hacia el consumo en el área de trabajo.▪ Largas jornadas de trabajo.▪ Cansancio y estrés laboral.▪ Conflictos con compañeros y jefes.▪ Compañeros consumidores.▪ Presión de los compañeros ante el consumo.▪ Ausentismo e inestabilidad en el trabajo.

FUENTE: Adaptado de Becoña (2007); Muñoz-Rivas y Graña (2001)

Tabla #7. Factores relacionados con el contexto social inmediato (cont.)

4. Relacionados con el grupo de pares
<ul style="list-style-type: none">▪ Disponibilidad y acceso a sustancias en el grupo de amigos.▪ Tolerancia hacia el consumo por parte de los amigos.▪ Consumo de drogas entre compañeros y amigos.▪ Presión de los amigos para que se consuma alguna droga.▪ Fiestas o reuniones de amigos donde se consume tabaco, alcohol y otras drogas.▪ Conductas delictivas o antisociales por parte de los amigos.

FUENTE: Adaptado de Becoña (2007); Muñoz-Rivas y Graña (2001)

Los factores asociados con las características culturales o sociales macrosociales tanto los comunitarios como los ambientales se mencionan en la Tabla #8.

Tabla #8. Factores relacionados con características macrosociales

FACTORES RELACIONADOS CON CARACTERÍSTICAS CULTURALES O SOCIALES MACROSOCIALES
1. Comunitarios y Ambientales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidad y acceso a las sustancias en la comunidad. ▪ Tolerancia y normalización del consumo. ▪ Las creencias, tradiciones, normas y leyes de la comunidad favorables hacia el consumo de drogas. ▪ Baja percepción de riesgo de cada sustancia. ▪ Desorganización comunitaria. ▪ Alternativas para el tiempo libre escasas o inadecuadas. ▪ Publicidad de alcohol y tabaco. ▪ Acceso a lugares públicos donde se ofrecen y/o consumen tabaco, alcohol y otras drogas. ▪ Falsa asociación del consumo de drogas con aspectos como el éxito, dinero y poder. ▪ Servicios de salud, educativos y recreativos insuficientes. ▪ Información escasa o distorsionada sobre drogas. ▪ Problemas sociales: migración, violencia, delitos, entre otros.

FUENTE: Adaptado de Becoña (2007); Muñoz-Rivas y Graña (2001)

1.2.3. Criterios diagnósticos de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

Como referencia a éste capítulo he tomado la clasificación diagnóstica de los trastorno inducidos por sustancias psicoactivas de acuerdo al DSM IV-TR (2002) el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) versión revisada de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (*American Psychiatric Association*) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el objetivo de que distintos profesionales como son: los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos

trastornos mentales y promover la comunicación entre estos a fin de encontrar correlatos y consensuar el lenguaje entre las distintas disciplinas.

El DSM IV-RT recoge una gran cantidad de trastornos inducidos por sustancias y los clasifica de acuerdo con cada tipo de estas o grupo de sustancias psicoactivas. Para los fines de la presente investigación describiré genéricamente las categorías diagnósticas vinculadas al tema y por lo que a continuación enlisto los criterios para definir la dependencia o abuso de sustancias psicoactivas así como el síndrome de intoxicación y abstinencia.

Trastornos por consumo de sustancias

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

Criterios para:

Dependencia de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 1. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 2. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 1. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
 2. Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
 3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
 4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
 5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
 6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
 7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Criterios para

Abuso de sustancias

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

En la Tabla #9 se enlista los trastornos inducidos por sustancias psicoactivas de acuerdo al apartado cuatro del DSM IV-RT.

Tabla #9. Categorización de los trastorno inducidos por sustancias psicoactivas

Trastornos relacionados con sustancias
Trastornos por consumo de sustancias
Dependencia de sustancias
Abuso de sustancias
Trastornos inducidos por sustancias
Intoxicación por sustancias
Abstinencia de sustancias
Trastornos relacionados con el alcohol
Dependencia del alcohol
Abuso de alcohol
Trastornos relacionados con alucinógenos
Dependencia de alucinógenos
Abuso de alucinógenos
Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar)
Dependencia de anfetamina
Abuso de anfetamina
Trastornos relacionados con cafeína
Intoxicación por cafeína
Trastorno de ansiedad inducido por cafeína
Trastorno del sueño inducido por cafeína
Trastorno relacionado con cafeína no especificado

FUENTE: DSM IV-TR (2002)

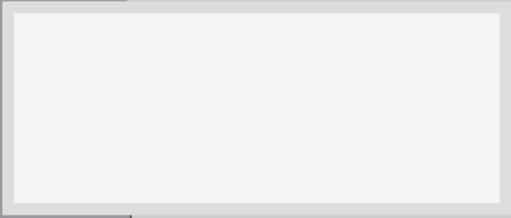
Tabla #9. Categorización de los trastorno inducidos por sustancias psicoactivas (cont.)

Trastornos relacionados con el <i>Cannabis</i>	
Dependencia de <i>Cannabis</i>	
Abuso de <i>Cannabis</i>	
Trastornos relacionados con cocaína	
Dependencia de cocaína	
Abuso de cocaína	
Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar)	
Dependencia de fenciclidina	
Abuso de fenciclidina	
Trastornos relacionados con inhalantes	
Dependencia de inhalantes	
Abuso de inhalantes	
Trastornos relacionados con la nicotina	
Dependencia de nicotina	
Trastornos relacionados con opiáceos	
Dependencia de opiáceos	
Abuso de opiáceos	
Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	
Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	
Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	
Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado	
Trastornos relacionados con varias sustancias	
Dependencia de varias sustancias	
Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas)	
Dependencia de otras sustancias (o desconocidas)	
Abuso de otras sustancias (o desconocidas)	

FUENTE: DSM IV-TR (2002)



Funcionamiento
Familiar



¡A Puerto Seguro!



1.3. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

1.3.1. Noción de funcionamiento familiar

Hablar de funcionamiento familiar en la actualidad puede ser discutido y polemizado; sin embargo, considero que es necesario contemplar la manera como la familia responde a las demandas y circunstancias de su vida; el objetivo de éste capítulo es la explicación de algunas variables familiares relacionadas con la estilo habitual de relacionarse y cubrir sus necesidades afectivas, e instrumentales. Dentro de la literatura de la terapia familiar existe una gran diversidad de aportaciones que intentan explicar por qué sucede lo que sucede dentro de la familia así como por qué no sucede lo que se esperaría que sucediera. En el ámbito asistencial es frecuente que los agentes que prestan servicios médicos hagan comentarios sobre si un paciente tiene una familia funcional o no y a partir de ese juicio *a priori* se desarrolla una serie de estrategias para la intervención y el apoyo que solicitan.

Para Garibay (2006, pp. 51-52) la noción de función surge como un concepto explicativo puesto que

Los autores de la teoría general de sistemas tomaron por analogía de las matemáticas el concepto de función para poder analizar y realizar explicaciones de la comunicación y de sus implicaciones en las relaciones humanas, dicho concepto está estrechamente relacionado con el concepto de variable. Una variable no tiene significado propio, sino que sólo resulta significativa en su relación con otras variables. Así la relación entre variables constituye el concepto de la función. En las comunicaciones humanas ésta sólo adquirirá un sentido dentro del marco de las relaciones, e implican una función para dichas relaciones.

De hecho éste autor retoma a Watzlawick y col. (1991) que exponen que el concepto de función se define por la relación que existe entre distintas variables y sus conexiones, y a partir de este concepto Rivera (1999) concluye que función y relación son términos con equivalencias semánticas.

Velasco y Luna (2006) refieren que la evaluación del funcionamiento familiar es un fenómeno complejo y el cual se relaciona con aspectos sistémicos interaccionales. Éste puede ser evaluado de distintas maneras y desde diferentes marcos referenciales. El primero de ellos es observando a la familia en interacción o el segundo es recopilar información mediante instrumentos y entrevistas que aporten datos sobre los aspectos dinámicos y estructurales que se quieran medir.

Existen distintos criterios para medir el funcionamiento familiar cada escuela de terapia familiar ha desarrollado desde su marco conceptual distintas variables para establecer una medida de la normalidad en la familia. Algunos grupos han estudiado una sola dimensión del funcionamiento familiar, como es el caso del grupo de Batenson, en 1956; Watzlawick, 1967; Haley en 1971 y Winkin en 1982 estudian la comunicación como un proceso interaccional y no aislado.

Offer y Sabshin citados por Velasco y Luna (2006) agruparon en cuatro perspectivas básicas el concepto de normalidad o salud familiar. Así precisan que la normalidad puede definirse como:

- 1. Funcionamiento familiar asintomático:** desde esta perspectiva si la familia no presenta síntomas de disfunción y psicopatología es equivale a salud. Es decir, que si existe un miembro de la familia que esté emocionalmente enfermo entonces la familia no será una familia "sana".
- 2. Funcionamiento familiar promedio:** esta perspectiva explica el funcionamiento familiar de manera estadística y es en el rango medio de funcionamiento que la familia se aproxima a lo "normal".
- 3. Funcionamiento familiar según los procesos transaccionales:** las familias normales se conceptualizan en términos de procesos universales, temporales y sociales y varían con las diferentes demandas internas y externas para la adaptación al ciclo evolutivo normativo, es decir, que dependiendo de la etapa de vida por la que atraviesa la familia ésta se ajustará a ella para cubrir sus necesidades tanto psicológicas como instrumentales ya sea si tienen hijos pequeños en edad escolar, adolescencia, emancipación, o hijos casados.
- 4. Funcionamiento familiar óptimo.** La normalidad se define en términos ideales y positivos colocada en un continuum y en el cual se ubicaría a las familias según el rango más alto o más bajo de funcionamiento. Sin embargo, para estos autores no queda claro cuál es el rango más alto y cuál el más bajo.

Tenemos también que existen distintos modelos de terapia familiar que han realizado aportaciones para la comprensión de la normalidad, funcionamiento y salud en la familia.

El modelo estructural de Salvador Minuchin (1974), Montalvo (1967), y Aponte (1981), fundamentan el concepto de estructura para referirse al conjunto de demandas de los miembros de una familia que refleja el proceso interaccional. Para evaluar a la familia se debe considerar como un sistema dinámico ya que no es una entidad estática. Las variables que evalúa este modelo son: el momento del ciclo evolutivo por el que está atravesando el sistema familiar y su rendimiento en las tareas apropiadas a ese estudio, las interacciones que sus integrantes manifiestan aliándose o coalicionándose con algún miembro o algunos miembros del grupo familiar, los problemas de distribución jerárquica del poder, el tipo de límites intra y extrafamiliares, las pautas de interacción disponibles de acuerdo a su flexibilidad, las fuentes de apoyo y manejo del estrés, la forma como se distribuyen geográficamente Velasco y Luna (2006).

En la descripción que hace Ochoa (1995) de **la Escuela de Terapia Breve MRI (*Mental Research Institute*) de Palo Alto California** contextualiza su creación en torno al año de 1968 por Don D. Jackson, quien fundó el grupo en 1959, formado por Watzlawick, Weakland, Fish y Segal. Para este modelo el síntoma se origina en un cambio en la vida del paciente y/o de su familia al que los autores denominan "dificultad". Para esta escuela no es tan relevante el ciclo evolutivo, más bien tiene especial significado el entender el modo en que las familias mantienen sus problemas con sus intentos bienintencionados, pero desafortunados, por superarlos. Consideran que una dificultad se convierte en problema, cuando se intenta resolverla de manera equivocada, y después del fracaso, se aplica una dosis más elevada de la misma solución ineficaz, lo que genera el agravamiento y mantenimiento del problema ya no generada por la dificultad sino por los intentos de solución puestos en marcha por la familia.

De acuerdo a Garibay (2006) el **Grupo de Milán**, formado en 1967 por Selvini, Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscolo, la evaluación se basa en una causalidad circular que proporciona un punto de vista más complejo del síntoma y su contexto, definen de forma imprecisa que lo patológico es el juego familiar el cual incluye: el mapa de relaciones familiares, alianzas y exclusiones, la regla que parece presidir esas relaciones, qué está y qué no está permitido y la forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema familiar.

El juego sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar y se desarrolla a lo largo de muchos años antes de consolidarse en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas

que dictan las conductas e interacciones de la familia y puede incluso heredarse. El juego deja de ser adaptativo para convertirse en patológico cuando obliga a los miembros a adherirse a roles y funciones que ya no responden a los requerimientos del momento evolutivo por el que atraviesan. Es decir, que existe una discrepancia entre las creencias y las conductas de la familia las cuales se mantienen precisamente por salvaguardar el sistema de reglas y creencias familiares. Los principales objetivos de la evaluación son: determinar el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia dentro de los cuales aparece el síntoma, y determinar el papel que éste desempeña dentro del sistema relacional.

El modelo Multigeneracional, amalgama conceptos psicoanalíticos y sistémicos, los principales representantes son Bowen, Ivan Boszormenyi-Nagy, Framo, y Norman Paul. Sus conceptos son teoría de relaciones de objeto, la represión, psicología del yo, y la psicología del self, masa indiferenciada del yo y de la familia, proceso de trasmisión multigeneracional, sistema emocional, triangulación, legados, méritos, justicia, lealtades invisibles, libro de cuentas mayor. Esta escuela pone énfasis en el pasado y su comprensión, en el contenido de la comunicación y en la interpretación y transferencia como método de cambio. La evaluación del funcionamiento familiar valora la capacidad de la familia para modificar sus lealtades a medida que las necesidades lo ameritan así como se favorece la autonomía, la diferenciación del sí mismo y el crecimiento personal mediante reglas claras y accesibles. Uno de los aspectos importantes de la disfunción familiar equivale en el hiperfuncionamiento compensatorio en donde una parte del sistema funcione mejor para compensar la enfermedad o discapacidad temporal o permanente de otro miembro del sistema. Con respecto al grado de apego emocional no resuelto equivale al grado de indiferenciación, es decir, cuanto más bajo es el grado de diferenciación más fuerte es el apego y más intensos son los mecanismos homeostáticos destinados para controlar la indiferenciación (Garibay, 2006).

La Escuela Experiencial describe Garibay (2006) tiene como objetivo el crecimiento y expansión de la persona enfatizando la experiencia de la misma, se pone énfasis en el presente, sus principales conceptos son comunicación, autoestima, cambio existencial, experiencia, inculpación, autoconocimiento. Satir clasifica a las familias funcionales en nutricias y las disfuncionales como conflictivas, las primeras las caracteriza por su grado de autoestima, la calidad de su comunicación directa, clara y específica, mantienen reglas flexibles.

1.3.2. La enfermedad crónica en la familia

En éste apartado se abordará cómo la enfermedad afecta a la familia, entendiéndola como un estado ya sea pasajero o permanente que altera las condiciones de una persona en la dimensión física, psicológica y social. Entendiendo que la familia cuenta con las condiciones básicas para la salud, y con la prevención y manejo de las enfermedades. En la bibliografía especializada y en la práctica clínica hay un fuerte convencimiento de que, la calidad de la organización y el funcionamiento familiar se relacionan positivamente para afrontar las condiciones de enfermedad. Es decir, es evidente que la familia es una importante fuente de recursos para dar respuesta a las problemáticas que presenta la salud y para el mejoramiento de la calidad de vida en general: puesto que tiene la capacidad de ser un "centro asistencial" permanente y gratuito.

Navarro y Beyebach (1995, citan a Kleiman, 1995) para referirse a la experiencia del enfermar en donde éste autor clásico hace una distinción entre concepto y significado de la enfermedad. Habla de tres conceptos: la enfermedad como experiencia que alude a la forma en que alguien enferma, aquí los patrones de aprendizaje juegan un papel decisivo en la construcción del significado. Una segunda acepción concibe a la enfermedad como alteración biológica y la tercera habla de un concepto social que entiende a la enfermedad como el reflejo de las condiciones sociales a las que está sometida una población.

Así pues existen tres realidades bien diferenciadas, la experiencia subjetiva de quien enferma, la alteración biológica y la enfermedad como expresión de condiciones sociales y culturales. El significado que enfermo y familia le otorgan a la enfermedad es el resultado de la interacción de estas tres esferas.

Ahora bien el cómo afecta o impacta la enfermedad depende de varios parámetros de la enfermedad: forma de comienzo, curso, resultado y grado de incapacidad en la que queda el paciente.

Toda enfermedad crónica tiene el potencial necesario de comprometer el control del cuerpo, las emociones, la voluntad, los valores, aspectos esenciales de la identidad y de las relaciones interpersonales.

Galfré y Barinboim, (2001) mencionan que la salud requiere de la atención conjunta por lo que es indispensable implementar procesos necesarios para acceder a una mejor

organización familiar y para lograr los objetivos de mantener la calidad de vida de sus miembros. Se hace necesario mirar los procesos interpersonales donde los individuos están incluidos, y los contextos donde esos procesos se desarrollan.

De acuerdo con Isla (2000, p. 2):

Sólo una mínima parte de la atención en salud está asegurada por los servicios sanitarios, ya que la mayoría de los cuidados son autodispensados o suministrados por la familia. M.A. Duran afirmaba en 1991, que mientras el sistema sanitario formal dispensa un 12% del tiempo total dedicado a la salud, el 88% restante forma parte del trabajo realizado en el ámbito doméstico

Isla (2000, p. 2) argumenta que:

La discapacidad es también atendida, en un 90% de los casos, en el ámbito doméstico. Y finalmente, los niños constituyen un grupo específico en cuanto a la demanda de cuidados de salud, debido a las características de mayor dependencia, no sólo por las enfermedades crónicas o discapacidades sino también por los procesos agudos leves que ocasionan una sobrecarga importante de cuidados en el ámbito familiar.

Ahora bien, aunque son miembros de la familia los que ejercen la función de cuidar, es común que una sola persona asuma la mayor parte de la responsabilidad y por lo tanto soporta la mayor sobrecarga física y emocional del cuidado del paciente.

Para Muñoz, Almendro, Portillo y Rodríguez (2002) puntualizan que muchos de los síntomas familiares no son reconocidos por los mismos integrantes de la familia, sin embargo dichos síntomas pueden estar asociados a una serie de alteraciones que afectan múltiples esferas. Observan que la falta de control sobre los síntomas del familiar se relaciona con mayor alteración en la familia, puesto que se pueden ver afectadas el respeto a la intimidad, y a la privacidad, la comunicación verbal y no verbal, el ambiente agradable y el contacto físico, así como la preocupación constante relacionada con la muerte del familiar, los problemas legales, y su implicación económica y los daños irreversibles.

Gran parte de las reacciones que la familia presenta para hacer frente a la enfermedad son adaptativas y forman parte del proceso normal de convivencia cuando se presenta algún padecimiento crónico o incapacitante, de esta manera, los síntomas experimentados por los integrantes de la misma serán difíciles de explicar y de comprender, incluso, de aceptar además estos pueden prolongarse más allá de la recuperación del familiar. Existe una relación estrecha entre los síntomas del paciente y los de la familia: ambos se

descompensan o se controlan coordinadamente en el contexto paciente-familia, es decir que la enfermedad puede tener una función estabilizadora dentro de la misma.

Navarro y Beyebach (1995) consideran que la enfermedad crónica supone una profunda crisis en el funcionamiento familiar lo cual influye en la renegociación de roles y funciones, suelen presentarse de manera brusca exigencias y responsabilidades no adquiridas con anterioridad, estas responsabilidades asumidas se pueden ver favorecidas por la asignación cultural, por ejemplo, el papel de cuidador casi irremediablemente se le delega a la mujer, quien desarrolla una relación muy estrecha con el familiar enfermo y se excluye a otros miembros de la familia, cómo hijos menores cónyuge.

Dependiendo del grado de marginación, aislamiento, exigencia, cólera, abatimiento, entre otros, el enfermo puede cambiar de actitud hacia la familia generando en los familiares confusión sobre cómo actuar de la manera más adecuada.

La enfermedad puede suponer una carga física como psicológica. Existen alteraciones en el ciclo evolutivo, puede detenerse y verse encapsulado en una serie de asignaciones que impiden su evolución hacia nuevos estadios.

La enfermedad puede abarcar toda la vida familiar, costumbres, tradiciones, valores, festejos, cuidado personal, o como ya se mencionó antes, el cuidado puede recaer en una sola persona.

Es frecuente observar la sobreprotección del enfermo, anulándole su responsabilidad en la recuperación, tratándolo como a un minusválido físico y mental, infantilizándolo o tratándolo como a un incapacitado.

Algado, Basterra y Garrigós (1997, p. 19) mencionan que “Los problemas aparecen cuando esa persona se convierte en un ser dependiente que necesita ciertos cuidados”, es decir que mientras esa persona desempeñe algún papel y mantenga su autonomía, las relaciones familiares puede que se desarrollen sin dificultad. En estos casos, cuidar a un enfermo o a un anciano supone una carga económica, una reorganización de la vida cotidiana familiar y en algunos casos un cambio de papeles entre padres e hijos de difícil asunción por ambos.

El efecto mayor o menor de la enfermedad sobre la familia depende de variables como el nivel de dependencia que exista entre el enfermo y el cuidador y el nivel de compromiso o

responsabilidad que éste, de forma voluntaria o no, haya contraído hacia aquel. Pero de lo que no cabe duda es que, aunque en distinto grado, la dinámica familiar se ve alterada ante la presencia de un familiar enfermo.

El cuidar repercute en la salud de los cuidadores; el agotamiento, el estrés, los nervios, la intranquilidad, el dormir mal, la angustia, así mismo puede implicar modificar el ocio y tiempo libre de los cuidadores, sus costumbres, las salidas con los amigos, por lo que su vida social en la mayoría de los casos se ve afectada.

Boyer (2008) dice que la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse una crisis dada la desorganización que se produce y que impacta a cada uno de sus miembros.

Para adaptarse a esta nueva situación la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando, de tal manera que se producen cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente e inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal, favorece que el paciente sea etiquetado como diferente, ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, entre otras que afectan al tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos. Esta relación puede evolucionar hasta el deterioro irreversible. Entre los factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia se encuentran:

- 1. La etapa del ciclo vital.** El impacto de la enfermedad será diferente en cada momento de la vida de una familia y del miembro al que le ocurra. De igual forma, no es lo mismo que aparezca la enfermedad en una familia que no ha afrontado crisis familiares y que no ha puesto a prueba su capacidad para resolver conflictos.
- 2. La flexibilidad o rigidez de los roles familiares.** La enfermedad crónica, y aun más la terminal, supone una profunda crisis familiar a la que las familias podrían responder

mejor cuanto más flexibles puedan ser. En el momento que aparezca la enfermedad puede ocurrir que esta afecte la distribución de roles, pues inmediatamente después tendrá que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos. El rol de cuidador que generalmente se asigna a una mujer en nuestra cultura (madre, hermana mayor) genera conflicto porque implica el descuido de sus otras funciones, tales como el cuidado de los hijos o el estudio. De esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a la crisis por enfermedad ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar.

3. **La cultura familiar.** Resulta difícil hablar del impacto de la enfermedad en las familias sin considerar un aspecto tan fundamental como es la cultura familiar. Este conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros, intervienen en la evolución y desenlace de una enfermedad. Cada familia hará una interpretación distinta de este proceso de enfermedad.
4. **El nivel socioeconómico.** No es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una económicamente estable. Evidentemente la crisis familiar en la primera va a ser mayor, ya que la desorganización provocada por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos. La familia requerirá durante la enfermedad mayor cantidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, curas, consultas, transporte, alimentación especial, acondicionamiento físico de la vivienda, entre otros. Si el paciente enfermo es el proveedor será necesaria la reorganización de roles en el caso de que su enfermedad sea terminal y esté imposibilitado para trabajar, de tal forma que algún otro miembro deberá cumplir con la función dejando atrás su rol habitual de estudiante o de ama de casa (si ese fuera el caso).
5. **La comunicación familiar.** Generalmente existe una fuerte tendencia por ocultarle al enfermo que va a morir o padece alguna enfermedad poco "deseable", convirtiendo el asunto en algo prohibido o negado ocultando ciertos contenidos, conocido como "pacto de silencio" o "conspiración de silencio". La conspiración de silencio consiste en una supuesta protección que familiares, amigos e incluso el médico y otros profesionales de salud tratan de brindar al paciente enfermo, ocultándole la verdad, no dándole opciones para hablar del tema, preguntar, aclarar, entre otros. El hecho de que el paciente

sospeche lo que va a ocurrir sin que pueda confirmarlo, lo sumerge en una gran soledad, miedo e indecisión.

6. La capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos. La capacidad de respuesta familiar a los conflictos es un indicador pronóstico del impacto que tendrá la enfermedad en el grupo. No es lo mismo una enfermedad crónica o terminal en una familia que ha sufrido grandes conflictos en los momentos difíciles de su evolución, a otra que ha podido reorganizarse rápidamente en función de la flexibilidad de roles e independencia de cada uno de sus miembros.

En la Tabla #10 se concentran las alteraciones que padece una familia cuando le aqueja alguna enfermedad crónica entendiéndose que los factores y las conductas sintomáticas observadas dependerán de múltiples variables como las que se han descrito anteriormente. Se puede comprender que la presencia de los cambios en la dinámica funcional de la familia corresponden a un proceso adaptativo para mantener su estructura como organismo vivo y autorregulado, incluso la expresión emocional modificada correspondería a los intentos por enfrentar la enfermedad y la correspondiente carga y tensión a la que el grupo familiar se ve subyugado.

Tabla #10. Principales alteraciones en la familia producidas por el impacto de una enfermedad

Alteraciones Estructurales	Alteraciones procesuales (del ciclo evolutivo normativo)	Alteraciones en la Respuesta Emocional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de coaliciones y exclusiones. 2. Adherencia a patrones rígidos. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de flexibilidad para pasar de la configuración en crisis a la configuración crónica. ➤ Rigidez entre cuidador primario y resto de la familia. ➤ Sobreprotección del enfermo. 3. Aislamiento social. 4. Cambios estructurales en los roles familiares y en el poder. 5. Las necesidades de la familia se someten a las del paciente. 6. Dificultades para el cuidador primario. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compatibilizar la tarea evolutiva con la atención a la enfermedad. 2. Respuestas de celos en miembros no enfermos en momentos centrípetos y de incompatibilidad en momentos centrífugos. 3. Los patrones de respuesta de la fase aguda son difíciles de cambiar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentimientos de contrariedad, culpa, resentimiento, impotencia. 2. Malas experiencias con el sistema sanitario. 3. El ofrecimiento de ayuda psicológica o familiar se entiende como una acusación. 4. Duelo por la salud y funciones perdidas. 5. Alta emoción expresada: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sobreprotección. ➤ Hostilidad. ➤ Crítica. 6. Ambivalencia. 7. Conspiración del silencio. 8. Proceso de duelo.

FUENTE: Modificado de Boyer (2008)

Además de las alteraciones originadas por algún padecimiento Boyer (2008) menciona que frente al diagnóstico de la enfermedad, el paciente, e incluso los miembros de la familia, pasan por tres fases:

1. Fase de Negación caracterizada por el shock emocional, tanto para la persona afectada como para los que están a su alrededor. Esta fase se caracteriza por la "negación" ("¿es verdad lo que me han dicho?" "¡no me puede estar pasando a mí!....").
2. Fase de Aceptación de la enfermedad. A lo largo de esta fase aparecen miedos, dudas, incertidumbre, ansiedad. El objetivo inmediato es la búsqueda de información. Existe una necesidad de saber: "qué es lo que va a pasar a partir de ahora", "qué es lo que tengo" y es, a partir de este momento cuando aparecen cambios en la vida familiar, y una "alteración" del estilo de vida.

Es importante señalar que tanto la fase inicial de "shock" como la "fase de Aceptación" van acompañadas de "negativismo".

3. Fase de Adaptación a la nueva situación: esta fase se caracteriza por la aparición de sentimientos positivos (expectativas de futuro, luchar, salir hacia delante, entre otras) y por la búsqueda y aplicación de recursos tanto nuevos como ya existentes, internos y externos para mejorar la calidad de vida.

Si bien el aporte empírico se centra en las disfunciones que la familia presenta cuando existe una enfermedad crónica o terminal, un porcentaje elevado de familias mejoran los vínculos afectivos, aunque esto no quiere decir que sean más felices.

1.3.3. La familia con un miembro adicto

Existen en la actualidad un sinnúmero de investigaciones y reportes relacionados con el consumo de drogas; distintos autores destacan dificultades en la comunicación de las familias de drogodependientes. A continuación citaré varios estudios que refiere Fernández (2006) y que por su relevancia considero importante incluir puesto que su actualidad aporta información valiosa para el entendimiento del fenómeno adictivo en el contexto familiar y la averiguación de las características observadas pueden enriquecer el acervo temático.

El estudio realizado por González, Córdova, García y Jiménez, (2003) demuestran que existe una relación positiva entre el uso de drogas en adolescentes y la ansiedad, la depresión, el consumo de alcohol y la relación con sus padres, en esta investigación se reporta un alto índice de severidad del consumo de drogas asociados a niveles altos de depresión y ansiedad. Los adolescentes acusan una deficiente nutrición emocional, la

presencia de pautas interaccionales desligadas, autoritarias e intrusivas y pobre comunicación en sus familias.

En otro estudio, González, Córdova y García (2004) revelan que en los varones la intensidad del consumo se incrementa cuando el adolescente, además de la depresión experimentada, percibe que su madre se muestra intrusiva con él; mientras que su madre lo percibe como intrusivo y dominante, y con una actitud evitativa, aparentando que todo va bien entre ellos. En relación con las mujeres los datos mostraron que en las usuarias bastaba con sentirse deprimidas y tener una relación distante con su padre para incrementar la probabilidad de que el patrón de consumo de drogas se intensifique.

Por su parte Sánchez, González, Fernández y Yashiro (2003) observaron que en las familias de usuarios de drogas prevalece una organización relacional que propicia límites difusos entre el usuario y el subsistema de los padres, influido por el conflicto parental y el sobreinvolucramiento del progenitor del sexo opuesto con el hijo(a) usuario(a) de drogas. A su vez, la relación del usuario(a) con el progenitor del mismo sexo es conflictiva o por lo menos distante. Así mismo, se reporta el consumo excesivo de alcohol en el padre, sin que esto sea un motivo importante de conflicto conyugal.

Un estudio adicional Fernández (2006) cita a González, Ramón Contreras, (2004) quienes exploraron la historia de vida de madres o esposas de abusadores de drogas, encontraron que las condiciones en las que vivieron en sus familias de origen fueron muy desfavorables, caracterizadas por maltrato y explotación infantil, excesiva responsabilidad e inclusive de violencia sexual por parte de familiares, situación que continuó en su vida en pareja. Debido a su condición económica se veían obligadas a trabajar recibiendo un sueldo muy bajo y además habían sido castigadas por renunciar a "su lugar" en el hogar, junto a la pareja y sus hijos. Sin embargo, el esposo había renunciado al rol de proveedor sin renunciar a la autoridad y al control. Era frecuente que sus parejas tuvieran simultáneamente otras familias, lo cual representaba una aguda competencia con la "otra"; así la esposa competía por el amor, el tiempo y las atenciones de su cónyuge. Cuando fueron abandonadas asumían la jefatura familiar con toda la responsabilidad económica, socialización y educación de los hijos. Todas carecían de una red de apoyo y presentaban menos alternativas para enfrentar las demandas tanto internas como externas de su familia, mostrándose más vulnerables y con pocas posibilidades para poder salir de esta situación. Siendo responsables de afrontar el consumo, tratamiento y rehabilitación del hijo o el

marido, así como la de preservar la "unión familiar". Otra característica de estas mujeres era el aislamiento social y emocional.

En un estudio realizado por Díaz, Flores, Rodríguez y Castillo (2003) analizaron adolescentes usuarios de drogas observando la preponderancia de esquemas de socialización orientados a la formación de roles instrumentales y sociales en el caso de los varones, y de roles afectivo-expresivos y de menor reforzamiento de la autonomía en el de las mujeres. El uso de drogas aparece, vinculado con relaciones paterno-filiales conflictivas o sobreinvolucradas, así como con constelaciones familiares desligadas, deprivadas afectivamente, con aislamiento o exclusión de uno de los cónyuges, parentalización de los hijos, triangulación, desconfirmación y caotización.

Por su parte Iraurgi, Sanz y Martínez-Pampliega (2004) observan como una peor situación médica y psiquiátrica se asocia positivamente con un mayor estrés familiar y el uso de drogas se asocia con un mayor estrés familiar, con una más baja satisfacción familiar y con una peor comunicación y recursos familiares. Constatan la relación entre la severidad de la adicción y el funcionamiento familiar, tanto desde la apreciación del clínico como desde la del propio paciente.

Vielva y colaboradores (citados por Iraurgi, Sanz y Martínez-Pampliega, 2004) encuentran que existe una menor satisfacción con el funcionamiento familiar, tanto desde la percepción de los hijos como de los padres, en aquellas familias en las cuales los hijos consumen drogas, lo cual sugiere que la falta de satisfacción podría estar en la base del consumo.

Pons y Berjano (1999, p. 47) refieren que "la dependencia alcohólica de un miembro de la familia es un estresor que debilita la resistencia familiar en muchos aspectos y la hace insuficiente o incluso perturbadora en alguna de sus funciones esenciales"

Pons y Berjano (1999) describen una serie de características de las familias con algún progenitor alcohólico tales como: tanto las relaciones intrafamiliares como extrafamiliares se perturban, así como las fuentes de apoyo social. Se presenta ruptura de la estructura familiar aumentando la probabilidad de abandono familiar de menores, o de su ingreso en centros de tutela. El ámbito laboral se ve alterado afectando el presupuesto, el estatus, la emocionalidad de la familia, su vida cultural y ética. Es frecuente la conducta agresiva expresada por malos tratos y abuso sexual con los hijos o el cónyuge, especialmente en el caso del alcoholismo masculino. Como consecuencia aparecen alteraciones psicológicas y

psiquiátricas en distintos integrantes, es decir, que a partir de la mayor o menor incidencia de cada uno de los anteriores factores o alteraciones específicas, la familia experimentará diferentes situaciones patológicas.

Existen tensiones y disfunciones provocadas tanto por la conducta del alcohólico como por las respuestas de los familiares a ésta. Este estado de tensión supone un serio impedimento para el desarrollo normal de las relaciones afectivas de toda la familia y la madurez de los miembros más jóvenes. Siendo ésta la base de conductas de riesgo. Es frecuente el conflicto conyugal y si se da una separación traumática o destructiva la salud psíquica de los cónyuges y el resto de la familia se verá afectada negativamente. El desajuste emocional característico aparece de una manera u otra en ellos.

Al respecto, Giglio y Kaufman (1990) referido por Pons y Berjano (1999, p. 48) recogen una revisión de trabajos sobre esta cuestión, concluyendo que el impacto del alcoholismo paterno sobre los hijos/as, tiene lugar en seis áreas:

- 1) Dificultades en el desarrollo de la identidad y la autonomía, y sentimientos de miedo e inseguridad;
- 2) Inadecuado desarrollo de los estadios de desarrollo psicosocial esperables;
- 3) Trastornos de ansiedad y síntomas de depresión;
- 4) Trastornos afectivos diversos;
- 5) Hiperactividad; y
- 6) Trastornos de personalidad, especialmente: compulsividad, rasgos pasivo-agresivos de dependencia y evasividad, y rasgos antisociales.

Por su parte Steinglass (1987, referido por Pons y Berjano, 1999, p. 48) partiendo de los principios de la Teoría General de Sistemas (T.G.S.) aplicada al contexto familiar, sugieren que aunque un sólo integrante de la familia pueda ser diagnosticado como alcohólico, las conductas relacionadas con la adicción a esta droga llegan a representar un papel protagónico dentro de los mecanismos morfogenéticos -relativos al crecimiento, el cambio, el desarrollo, entre otras y morfoestáticos -relativos a la regulación interna, al equilibrio y la homeostasis del sistema familiar. Tanto las fuerzas morfogenéticas como las morfoestáticas, tenderán a organizarse en torno y en función de la presencia de la dependencia alcohólica, es decir, la familia se convierte en un sistema alcohólico. La familia pondrá su énfasis en la estabilidad a corto plazo, interpretando los desafíos a esta estabilidad -cambios reclamados por alguna nueva etapa en el desarrollo familiar- como una amenaza al *statu quo*. No interesan las posibilidades de crecimiento a largo plazo inherentes al desafío que significan tales cambios y por tanto se interrumpirá el movimiento hacia una transición de desarrollo. La familia aparece como congelada en el tiempo. Las únicas posibilidades de

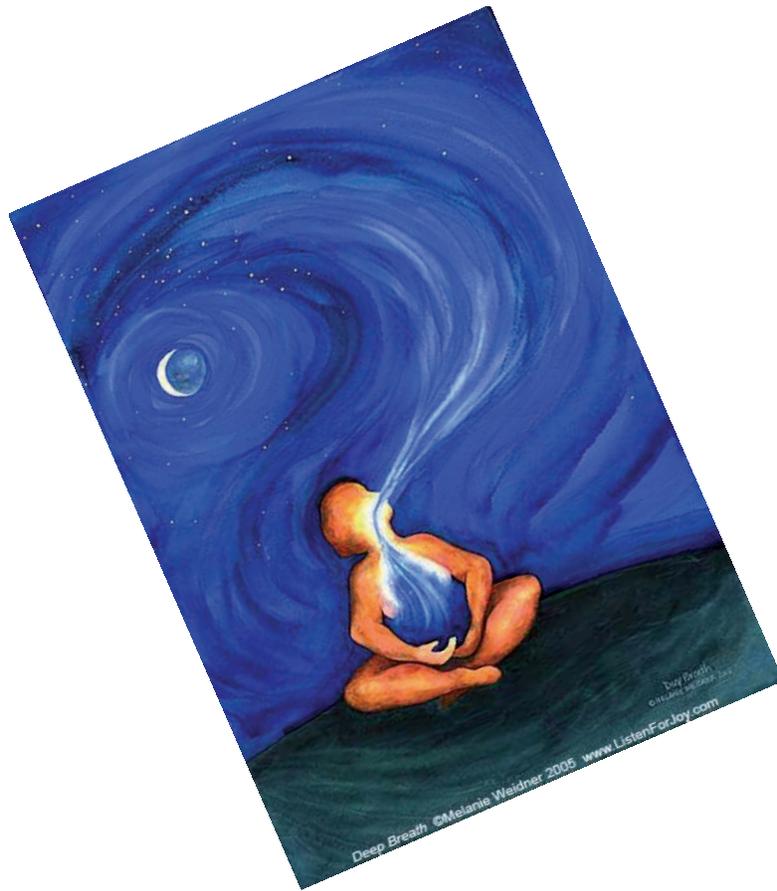
transición en las familias alcohólicas ocurren cuando deben enfrentarse a extraordinarias amenazas y tensiones.

Ahora bien en los estudios anteriores no se especifica la tendencia a explorar las características familiares en función de marcadores que busquen diferenciar la organización familiar, ambiente y funcionamiento en relación a algún tipo de sustancia psicoactiva, como por ejemplo si existe consumo de alcohol, o heroína, marihuana entre otras. Con respecto a este punto Navarro y Beyebach (1995) mencionan a varios autores que han definido que las familias de adictos presentan ciertas peculiaridades que las hacen diferentes unas de otras dependiendo de la sustancia consumida, entre estos autores se encuentran los trabajos de Stanton y Todd en (1988) quien trabaja con adictos a heroína y busca puntos en común con familias que tienen un miembro psicótico; Cancrini (1988) distingue cuatro tipos de adicción: a) adicción traumática, b) por neurosis actual, c) transicional, y d) sociopática. Continúa Navarro y Beyebach (1995) que a pesar de que existen cualidades similares en las familias de adictos, también encuentran patrones con características diferentes. Parecería que esto pudiera ser contradictorio con lo expuesto en los párrafos anteriores, sin embargo, los resultados también pueden variar de acuerdo a los objetivos y naturaleza de la investigación.



E

Estilos de Enfrentamiento y estrés familiar



*“No existe la realidad, sino la realidad
percibida por
nosotros y construida
con los otros...”*

1.4. ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO Y SÍNTOMAS DE MALESTAR PSICOLÓGICO Y FÍSICO

1.4.1. Reacciones ante el estrés

Los factores psicológicos, cognitivos, emocionales y motivacionales, propios de cada persona de acuerdo a su historia de vida personal y al ambiente sociocultural en que se ha desarrollado, influyen de manera decisiva tanto en el proceso de enfermarse como en la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de la salud.

La investigación sobre acontecimientos estresantes o incidentes críticos ha dado lugar a diferentes estudios y publicaciones. Los principales efectos psicológicos con relación a la salud/enfermedad se establecen a través de mecanismos del estrés, el cuál puede influir sobre la salud porque modifica el funcionamiento fisiológico general del organismo (Ej. frecuencia cardiaca, presión sanguínea, respiración, tensión muscular, entre otras), la actividad neuroendocrina y la capacidad inmunológica del organismo.

Bensabat (1994), expone que la palabra parece haber llegado al idioma inglés entre los siglos XII y XVI del término francés antiguo *destresse*, que significa ser colocado bajo estreches u opresión (francés antiguo: *estreses*). Por lo tanto, su forma inglesa original era *distress* y, a través del tiempo se suprimió la sílaba "di". En la actualidad cuando se habla de *distress* siempre indica algo desagradable. Durante el siglo pasado, su uso común vario para connotar presión, fuerza, tirantez, o sobre esfuerzo (*strain*) aplicado sobre un objeto material o persona. Este último concepto, el cual implica «un organismo u objeto bajo estado de presión por fuerzas externas, tratando de mantener su unidad y retornar a su estado original» fue llevado más tarde al campo de las ciencias biológicas y médicas.

El fisiólogo alemán *Pfluger* (1877, referido por Bensabat, 1994)) concretó la relación entre adaptación activa y estado estable y observó que "el objetivo de toda necesidad de un ser vivo es igualmente el objetivo de satisfacción de esa necesidad".

El fisiólogo belga *Fredericq* (1855, Bensabat, 1994) formuló una opinión similar expresando que en un ser vivo toda influencia perturbadora provoca por si misma una actividad compensadora destinada a neutralizar o a poner remedio a esa perturbación.

Para Moscoso (1998, julio) los estudios del fisiólogo Francés Claude Bernard en la segunda parte del siglo XIX (1878) tuvieron un impacto significativo en la evolución del concepto de estrés. Bernard (1927) consideró que la auto-regulación es una característica innata de todo organismo viviente debido a su habilidad de mantener un nivel de estabilidad de su medio ambiente interno (*internal milieu*) a pesar de los constantes cambios externos a los cuales está expuesto

Además Moscoso (1998, julio) refiere que Claude Bernard influyó en Halade (1922) quien consideraba que lo que distingue y caracteriza la vida y el ser vivo es la facultad de adaptación al cambio, y no una estabilidad rígida.

En base a especulaciones acerca de los efectos del estrés sobre la salud a inicios del presente siglo, Sir William Osler, conocido médico británico, generalizó equivalencias entre «estrés» y sobre «esfuerzo» (*strain*) así como también «trabajo fuerte» y «preocupación», indicando a la vez que estas condiciones facilitaban el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

En el siglo XX el fisiólogo americano Walter Cannon (1939), descubridor del Sistema Simpático y de la adrenalina que llamó "simpatina", fue el primero en utilizar la palabra *stress* en 1914, propuso el término homeostasis (del griego *homoios*, similar y *satatis*, posición) para designar los procesos fisiológicos coordinados que mantienen la mayor parte de los estados constantes en el organismo. Además acuñó la célebre frase "to fight or flight" "atacar o arrancar".

A pesar que se considera a Hans Selye (1936) como el primero en estudiar el fenómeno del estrés de manera sistemática y científica, el trabajo de este autor se vio profundamente influenciado por los estudios de Bernard y Cannon. En su estudio sobre el Síndrome General de Adaptación y las Enfermedades de Adaptación, Selye presenta la siguiente definición.

Cuando las respuestas del organismo se hacen en armonía, con la mayor naturalidad y sin consecuencias, ya que están adaptadas a las normas fisiológicas del sujeto se trata del buen estrés o eustrés.

Cuando las respuestas exigidas por una demanda intensa y prolongada, agradable o desagradable son excesivas y superan las capacidades de resistencia a la adaptación del organismo. En ese caso se trata del mal estrés o distrés.

El estrés está íntimamente unido a esas reacciones de adaptación que Selye llamó Síndrome General de Adaptación, (SGA) el cual promueve la adaptación a las condiciones cambiantes de la vida. Desde el punto de Selye el estrés se define como el estado manifestado por el síndrome general de adaptación SGA. Es decir que hay estrés cuando existe SGA. El estrés se puede medir por la intensidad de las manifestaciones del SGA.

La primera vez que aparece una publicación de carácter psicológico acerca del estrés es en 1945. En este libro titulado "Hombres Bajo Estrés", se describen las dificultades de soldados en los campos de acción durante la Segunda Guerra Mundial (Grinker y Spiegel, 1945). En los años siguientes se publican un buen número de estudios psicológicos interesados en el estudio del estrés y en aspectos intelectuales, percepción, actividades bélicas y rendimiento. Moscoso, M.S. (1998, julio).

Con respecto a la teoría del estrés, Naranjo (2009) asume que las exigencias y presiones externas provocan respuestas que utilizan los recursos internos y externos; la pérdida o ausencia de estos recursos, bien sean concretos (sociales, económicos) o simbólicos (creencias, expectativas), pueden actuar como factores de estrés.

Cano (2009) dice que el término estrés proviene de la física y la arquitectura y se refiere a la fuerza que se aplica a un objeto, que puede deformarlo o romperlo. En la Psicología, estrés suele hacer referencia a ciertos acontecimientos en los cuáles nos encontramos con situaciones que implican demandas fuertes para el individuo, que pueden agotar sus recursos de enfrentamiento. Retoma la definición clásica de Selye (1956) para describir el estrés:

- Como reacción o respuesta del individuo (cambios fisiológicos, reacciones emocionales, cambios conductuales, entre otras.)
- Como estímulo (capaz de provocar una reacción de estrés)
- Como interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo.

En base a esta comprensión Cano fundamenta que en la actualidad, este último planteamiento, se acepta como el más completo, es decir que en el presente se habla más bien de estrés psicosocial (Vinaccia, Tobón, Sandín y Martínez, 2001) en su estudio sobre Estrés Psicosocial Y Úlcera Péptica Duodenal: Una Perspectiva Bio-Psicosocial, definen el estrés como un "conjunto de reacciones particulares entre la persona y la situación, siendo

ésta valorada por la persona como algo que agrava o excede sus propios recursos y que pone en peligro el bienestar personal". Las consecuencias del estrés sobre la persona dependerán de la existencia de suficientes recursos con que se cuentan, el paso del tiempo, la intensidad y duración de exposición del estresor y que el nivel de tensión no exceda los límites de resistencia del "sistema Bio-psico-social" que lleve a su resquebrajamiento o "fracturación".

Para Naranjo (2009) existen cuatro indicadores de la capacidad de hacer frente al estrés y poder sobreponerse y son:

- 1) Capacidad de funcionamiento sostenido y adaptativo.
- 2) Capacidad de controlar las emociones y los estados de estrés agudo
- 3) Capacidad de mantener la conexión social, relaciones y contactos humanos, positivos y reconfortantes.
- 4) Mantener el sentido del valor personal y la apreciación positiva de la realidad.

Los efectos adversos del estrés en la salud física y el estado emocional de una persona han sido ampliamente descritos en la literatura psicológica y médica.

Desde una perspectiva ecológica Vinaccia, Tobón, Sandín y Martínez (2001) describen que el sujeto interactúa en una serie de sistemas de orden biológico, psicológico, social cultural y natural interdependientes que producen demandas internas o externas para llevar a cabo determinadas tareas con relación a situaciones relacionadas con dichos sistemas. Si los agentes causales primarios del estrés son evaluados por el sujeto como algo que excede sus propios recursos para responder de forma adecuada, entonces, se genera una activación fisiológica general que busca desplegar una serie de procesos para responder a las demandas-tareas a manera de un sobre esfuerzo físico para lograr nuevamente el control y la adaptación. Esta evaluación da origen, a nivel psicológico, a sentimientos de tensión, pudiendo tener un carácter tanto positivo como negativo. Este proceso psicofisiológico puede activar órganos blanco como el estómago, y éste a su vez retroalimenta los procesos cognitivos y afectivos desplegados. Todo esto pone en marcha estrategias de enfrentamiento que tienen como objetivo disminuir la tensión psicológica y la activación psicofisiológica. Si esto es adaptativo, la tensión resultante es atenuada, pero si es desadaptativo en relación al sistema ecológico la activación aumenta o persiste o se vuelve recurrente junto con la tensión emocional.

Cuando el sistema nervioso por si mismo no es capaz de autorregular el proceso fisiológico desencadenado se activa un mecanismo para que el sujeto en su totalidad emprenda dispositivos de autorregulación que le posibilite resolver las alteraciones fisiológicas a través de acciones neurosomáticas, psicológicas y conductuales.

La activación psicofisiológica es general y para que se vea afectado un proceso fisiológico o un órgano específico es necesario que exista una vulnerabilidad biológica en éste, ya sea transmitida genéticamente o creada en el plano del funcionamiento ecológico del sujeto.

Existen algunos mecanismos adicionales en el proceso salud-enfermedad; uno de ellos es el manejo del proceso de la información así como el medio sociocultural, el apoyo social y la calidad de los servicios de salud.

1.4.2. Estilos de enfrentamiento

¿Qué factores determinan que un acontecimiento sea finalmente estresante?, ¿cómo se enfrenta la gente ante elementos estresantes determinados: enfermedad crónica, estresores cotidianos como un fuerte ritmo de trabajo o sucesos vitales como la pérdida del trabajo o un diagnóstico de infertilidad, entre otros?

El enfrentamiento no representa un concepto homogéneo, puede ser descrito en términos de estrategias, tácticas respuestas, cogniciones o comportamientos. Existe una relación recíproca entre estrés y enfrentamiento, debido a que las acciones que realiza una persona para afrontar un problema afectan la valoración del problema y el subsecuente enfrentamiento, y así sucesivamente.

El estudio sobre estrategias de enfrentamiento que realiza Vázquez, Crespo y Ring (s.f.) exponen que frente a un mismo suceso potencialmente estresante la gente reacciona de manera muy diversa. Las investigaciones iniciales sobre el estrés en los años cincuentas partían del supuesto implícito de la existencia de estresores prácticamente universales, es decir, ciertas condiciones ambientales con capacidad para llegar a agotar la resistencia de cualquier organismo. Pronto se observó que había enormes diferencias en cómo diferentes personas afrontan el mismo suceso. Así, de una noción más fisiológica-universal del estrés en las décadas de los sesenta y setenta, se pasó en la década de los ochenta a una perspectiva más psicológica/idiosincrásica (Labrador y Crespo, 1993; Sandín, 1989; Valdés y Flores, 1985; Lazarus y Folkman, 1986), según la cual un evento es estresante en la

medida en que el sujeto lo perciba o lo valore como tal, sean cuales sean las características del mismo.

Por su parte Pernas, Iraurgi, Bermejo, Basabe, Carou, Paez y Cabarcos (2001) retoman la definición clásica de enfrentamiento descrita por Lazarus y Folkman como: "aquellos esfuerzos cognoscitivos y/o conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo".

Retomando también a Lazarus y Folkman propusieron dos estilos de enfrentamiento: el focalizado en el problema (modificar la situación problemática para hacerla menos estresante) y focalizado en la emoción (reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional).

En relación al estrés, y su afectación a la salud y las estrategias de enfrentamiento Escriba-Agüir y Bernabé (2002) refieren que:

El estudio de la salud y la relación con las emociones ha despertado gran interés en las últimas décadas, el estrés tiene gran impacto en la salud ya que disminuye la competencia inmunológica del individuo sometido a situaciones estresantes. Sin embargo se ha podido constatar que las estrategias de enfrentamiento pueden regular dichas consecuencias negativas para la salud. Las respuestas individuales a las situaciones estresantes dependen de una gran variedad de factores que incluyen la magnitud de la demanda, las propias, características personales y recursos de enfrentamiento, las restricciones personales o ambientales y el apoyo recibido por otros. Las estrategias de enfrentamiento se refieren a como se manejan las personas ante sucesos o situaciones percibidas como estresantes o amenazantes.

Retomando a Pernas *et al.* (2001) quien cita a (Taylor, 1983; Basabe, Valdosedá y Paez) el cual describe que las estrategias para enfrentar una situación de salud son como una tentativa de buscar el significado del evento, e intentar dominar la situación, y los esfuerzos para mejorar la autoestima. Señala que entre las formas de enfrentamiento perjudiciales para la salud se encuentran los estilos represivo y de inhibición; el estilo represivo de enfrentamiento, el cual se caracterizaría por la evitación y la no confrontación de los hechos estresantes a la vez que se inhibe la reacción emocional concomitante.

En general, el enfrentamiento ayuda a identificar los elementos que intervienen en la relación dada entre situaciones de vida estresantes y síntomas de enfermedad (Kobasa,

Maddi & Kahn, 1982, referido por Escriba-Agüir y Bernabé, 2002). El enfrentamiento actúa como regulador de la perturbación emocional; si es efectivo no se presentará dicho malestar; en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, aumentando así el riesgo de mortalidad y morbilidad. El enfrentamiento puede ser entendido entonces como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas internas y externas de una determinada situación estresante.

Es decir, que las consecuencias negativas del estrés son reguladas o mediatizadas por este proceso de enfrentamiento, el cual es dinámico, en respuesta a demandas objetivas y a evaluaciones subjetivas de la situación.

Vázquez, Crespo y Ring (s.f.) continúan en su trabajo definiendo que existen en realidad muchas estrategias posibles de enfrentamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Retoman los trabajos Folkman y Lazarus (1985), para identificar al menos ocho estrategias diferentes (las dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas):

1. **Confrontación:** intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.
2. **Planificación:** pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
3. **Distanciamiento:** intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
4. **Autocontrol:** esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
5. **Aceptación de responsabilidad:** reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
6. **Escape-evitación:** empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
7. **Reevaluación positiva:** percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

8. **Búsqueda de apoyo social:** acudir a otras personas (amigos, familiares, entre otras.) para buscar ayuda, información también comprensión y apoyo emocional.

Aunque en teoría se pueden emplear multitud de estrategias para manejar una situación estresante, cada individuo tiene una propensión a utilizar una serie determinada de estrategias en situaciones diversas. Esto es lo que se denomina “**estilo de enfrentamiento**”. (Por ejemplo, algunas personas tienden casi de forma invariable a contar sus problemas a los demás, mientras que otras se los guardan para sí mismos).

1.4.3. Reacción familiar frente al estrés

La familia hace esfuerzos por modificar “la transmisión generacional” cultural, material, social y simbólica del consumo de sustancias psicoactivas así como busca ser un factor protector contra el consumo de drogas y evitar problemas de salud mental.

Vivir con una persona que abusa de alcohol y drogas representa una fuerte tensión emocional, tanto para la persona que consume como para los familiares cercanos, además que repercute en la salud física y mental de ambos pero sobre todo, se enfrentan al dilema de no saber cómo responder.

Para reflexionar sobre este tema Natera e Infante (2001) plantean el paradigma de estrés y enfrentamiento para hacer referencia a las respuestas que utilizan los familiares de adictos cuando encarar un problema de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. De acuerdo a éste modelo la forma específica de responder de los familiares a un problema de esta naturaleza depende del contexto en el cual vive la gente y de variables psicosociales.

Tiburcio y Natera (2003) señalan que debido a la alta prevalencia actual del consumo de alcohol y otras drogas, la diversidad de los problemas sociales y de salud que se asocian con el consumo, se ha convertido en importante fuente de tensión y malestar para los miembros de la familia y de acuerdo a estudios realizados confirman que el consumo de sustancias psicoactivas afecta la salud de la familia como el grupo puesto que padece los estragos del consumo de manera más inmediata y directa.

Es común que los integrantes del grupo familiar experimenten sentimientos de vergüenza, culpa y temor que con frecuencia los pueden llevar a ocultar o negar la problemática

existente, e intenten solucionarla dentro de la familia esto implica la dificultad para acceder a ayuda profesional y a la vez esta limitante incremental el grado de malestar, estrés y enfermedad familiar.

Tiburcio y Natera (2003) describen la investigación que realizaron Orford, Rigby y cols. En Inglaterra con la intención de identificar las distintas formas naturales de responder ante el consumo excesivo de sustancias en la familia. Los autores tipificaron ocho formas de enfrentamiento ante esta problemática, a partir de los relatos de 50 familiares, a saber: emocional, tolerante, inactiva, evitadora, controladora, asertiva, apoyadora e independiente. Posteriormente Orford, Natera y cols. realizan un estudio con familias mexicanas e inglesas, Al analizar la estructura de las ocho formas previamente identificadas los datos se agruparon en tres "posiciones de enfrentamiento": a) **Involucramiento**, incluye los intentos de los familiares por cambiar el consumo excesivo e inaceptable; algunas formas de involucramiento son emocionales y controladoras, otras pueden ser tendientes a prestar apoyo y otras más, asertivas; b) **Tolerancia**, que puede presentarse como inacción, aceptación, sacrificio o apoyo, y c) **Retiro**, acciones que conducen a la independencia del familiar. Un análisis ulterior de los datos mostró, que existen ciertos miembros del grupo familiar con mayor riesgo de sufrir problemas de salud física y mental; por ejemplo, las esposas de usuarios de alcohol y de drogas, mostraron un patrón de enfrentamiento alto en tolerancia e involucramiento, mismos que se correlacionaron significativamente con el nivel de síntomas. Por otra parte, se observó que la calificación en la escala de retiro tiene una correlación negativa y estadísticamente significativa con la sintomatología. Esto sugiere que las estrategias de retiro pueden ser un signo saludable en el repertorio de los enfrentamientos.

Las formas de enfrentamiento manifestadas con mayor frecuencia corresponden a la posición de involucramiento en su modalidad asertiva y emocional, y se refieren a las acciones tendientes a hacer saber al usuario que su consumo representa un problema para la familia, por ejemplo hablar con él (o ella), insistir e incluso discutir, ponerse triste o malhumorado. Otras formas de enfrentamiento frecuentes, se vinculan con la tolerancia, por ejemplo, sentirse el familiar desesperado y fingir que todo está bien cuando no es así. Las acciones señaladas con menor frecuencia fueron: darle dinero al usuario sabiendo que lo gastará en drogas (tolerancia), acusar al usuario de no amar al familiar (involucramiento emocional), que el familiar se consienta o se dé sus propios gustos (retiro).

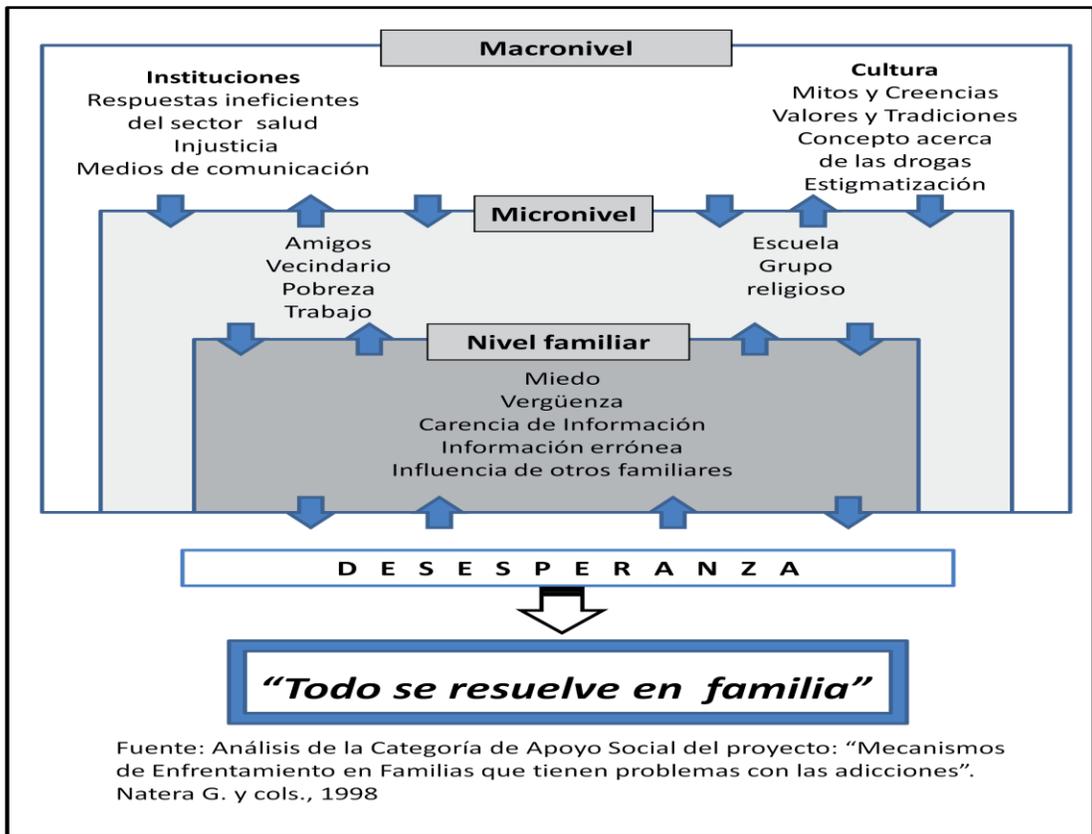
En otra investigación Natera, Mora y Tiburcio (1999) analizan las barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con problemas de adicciones y observan que las conductas impredecibles y a la salud del usuario, el consumo excesivo de alcohol y drogas generan una gran tensión, impotencia, incertidumbre y depresión, asociados a la manifestación de síntomas físicos y a un estado de malestar general, la continua tensión y conflicto en la que viven los familiares varía dependiendo de la relación que se tenga con el usuario.

Tocante a las principales fuentes de tensión, la violencia física y psicológica hacia las esposas se mencionó con frecuencia así como los problemas económicos, la irresponsabilidad de los usuarios en la casa, el hostigamiento sexual y los celos. Además existen otras fuentes de tensión como: robos, la participación de la policía, el aislamiento familiar, y el consumo en la misma casa.

Con respecto a la participación de otros miembros de la familia tanto nuclear como extensa tal es el caso de padrinos, abuelos, tíos, entre otras la fuente de conflicto principal fue la dificultad para llegar a acuerdos con respecto de cómo enfrentar el problema de consumo. En esta muestra el 50% de los participantes no había acudido a solicitar ayuda profesional a pesar de haber tenido 10 años consumiendo en exceso.

Existe otro elemento dinámico que interviene en la fuente de tensión y es la dificultad para encontrar la ayuda, solicitarla o acercarse a las instituciones adecuadas que oferten servicios especializados. En la Figura #2 se analizan los factores que impiden el apoyo social en familias que tienen problemas con las adicciones.

Figura #2. Factores que impiden la petición de ayuda profesional en familias con un miembro adicto



En las siguientes Tablas: 11, 12, 13 y 14 se describen cada uno de los ocho estilos de enfrentamientos naturales definidos por Orford y cols. Incluyo la definición del estilo mencionado, sus características, repercusiones emocionales, respuestas y actitudes implicadas, así como las ventajas y las desventajas relacionadas con su empleo para intentar resolver el problema de consumo del consumidor.

Tabla #11. Estilo de enfrentamiento emocional y controlador

ESTILO	INVOLUCRAMIENTO	
	EMOCIONAL	CONTROLADOR
MODALIDAD		
DESCRIPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es la expresión de las emociones de una manera directa y frontal del familiar dirigidas al usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es una serie de acciones e intención del familiar de controlar la naturaleza y consecuencias del consumo.
CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discusiones respecto al consumo ▪ Amenazas, acusaciones y súplicas. ▪ Pérdidas del control y comportamiento compulsivo. ▪ Presencia de agresiones físicas y verbales. ▪ Reclamos por abandono, decepción y faltas de amor. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alienta al usuario a jurar y/o prometer dejar el consumo. ▪ Controla el dinero, el tiempo libre, la conducta adictiva, racionando el consumo. ▪ Revisa las pertenencias y espacio del usuario. ▪ Vigila las actividades y comportamientos. ▪ Evita dejarlo solo ▪ Permite que consuma sustancias donde lo pueda ver.
SENTIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enojo ▪ Sentirse lastimado, herido, confundido y perturbado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preocupación, ▪ Sentirse responsable del usuario. ▪ Cansancio ▪ Desesperación
ACTITUDES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esto no es justo, se está aprovechando de mí, el tiene la culpa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe haber algo que pueda hacer
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actúa de manera natural y expresa lo que siente en ese momento. ▪ Puede sentir alivio al liberar la tensión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda a que el familiar sienta que hace algo positivo ▪ Genera sensación de esperanza en el cambio
DESVENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El familiar se siente culpable después de haber actuado de esa manera. ▪ Desgaste emocional de la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede causar resentimiento en el usuario ▪ Puede no ser eficaz para controlar el consumo ▪ Resulta muy estresante para la familia ▪ Es muy frustrante al ver que los esfuerzos no funcionan.

FUENTE: Modificado de Natera, Orford, Tiburcio y Mora (1998).

Tabla #12. Estilo de enfrentamiento confrontador y apoyador

ESTILO	INVOLUCRAMIENTO	
	CONFRONTADOR	APOYADOR
MODALIDAD		
DESCRIPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expresar al usuario de manera directa y abierta su posición de intolerancia hacia el consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acciones encaminadas a apoyar directamente al usuario en modificar sus hábitos de consumo e impulsarlo para alcanzar sus propósitos.
CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trata de hacer entrar en razón al usuario ▪ Intenta poner límites firmes ▪ En lo posible, involucra al grupo familiar para abandonar la situación ▪ Su comunicación trata de ser clara y directa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ofrecer al usuario diferentes alternativas para que deje el consumo ▪ Le brindan opciones de manejar su tiempo libre ▪ Dialogan tranquilamente con el usuario ▪ Tratan de mantener una relación de armonía y confianza ▪ Lo impulsan en la búsqueda de tratamiento.
SENTIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortaleza ▪ Calma ▪ Tranquilidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amor por el usuario ▪ Optimismo ▪ Esperanza
ACTITUDES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debo ser fuerte para poder ayudarlo. Es mejor ser tenaz, debe saber como me siento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No he perdido la esperanza. Quiero estar con él.
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los familiares sienten que no se dejan manipular ▪ Puede ser un método eficaz para ayudar al usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede ser una ayuda mas eficaz para motivar el cambio ▪ Hacer sentir que no existe rechazo al usuario
DESVENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El usuario no siempre responde a las expectativas familiares ▪ El familiar puede sentir que corre el riesgo de alejar al usuario y de perderlo todo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es difícil que el familiar identifique hasta dónde y cuándo es excesivamente apoyar ▪ Si el usuario no responde, los familiares pueden sentir que pierden el tiempo.

FUENTE: Modificado de Natera, Orford, Tiburcio y Mora (1998).

Tabla #13. Estilo de enfrentamiento tolerante e inactivo

ESTILO	TOLERANTE	
	TOLERANTE	INACTIVO
MODALIDAD		
DESCRIPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Se caracteriza por una serie de actitudes y acciones de tolerancia o aceptación por parte del familiar, que protegen al usuario de las consecuencias del consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> Se refiere al mecanismo que indica una falta de acción familiar.
CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> Tiende a disculpar, justificar y encubrir la conducta del usuario. Trata de que las cosas sigan normales. Finge que todo está bien. Niega la existencia del problema. Da dinero al usuario. Lo atiende y lo cuida. Tiene acciones de auto-sacrificio. 	<ul style="list-style-type: none"> El familiar no actúa, no hace nada Tiene temor ante la reacción del usuario No desea involucrarse en la situación No actúa ni por el usuario ni por si mismo Trata de mostrarse indiferente Puede llegar a resignarse Acepta la situación como parte de la vida Cree que la conducta adictiva no puede modificarse.
SENTIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> Impotencia Preocupación Culpabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> Perturbación. Temor. Desesperanzado. Indiferencia
ACTITUDES	<ul style="list-style-type: none"> Los demás no lo entienden. Estará en peligro si no lo ayudo. Tal vez es mi culpa que él sea así. Es mejor tenerlo aunque sea un adicto 	<ul style="list-style-type: none"> No se que hacer. No se que pensar. Es su vida/cuerpo. No es importante.
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> Se evitan discusiones con el usuario. La vida familiar es aparentemente menos tensa. Se crea un ambiente familiar sin conflictos. 	<ul style="list-style-type: none"> Puede ser una forma realista de enfrentamiento Puede ayudar a los familiares a ser mas independientes.
DESVENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> El familiar puede sentir que abusan de él. Los familiares pueden sentir que no están enfrentando el problema. Se contribuye a mantener la conducta adictiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Los familiares siguen inconformes ante la situación Pueden sentir que no hacen nada por ayudar al adicto y por la situación misma

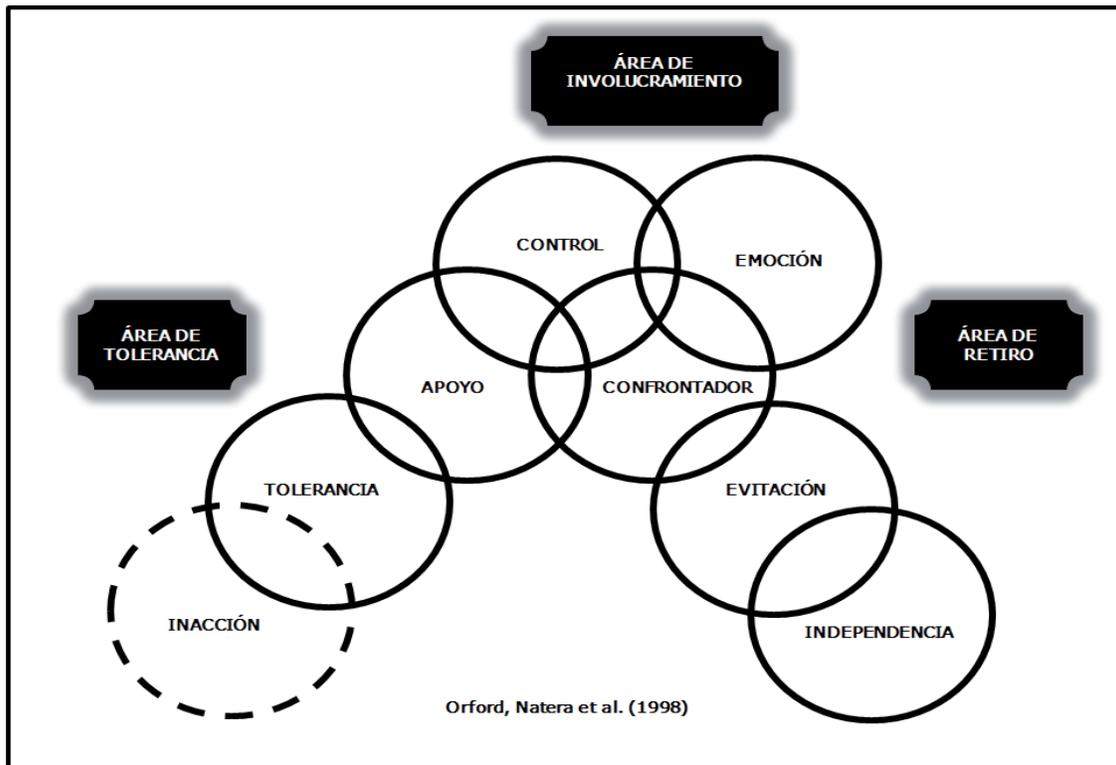
FUENTE: Modificado de Natera, Orford, Tiburcio y Mora (1998).

Tabla #14. Estilo de enfrentamiento evitativo e independiente

ESTILO	RETIRO	
	EVITATIVO	INDEPENDIENTE
MODALIDAD		
DESCRIPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Se refiere a las acciones, deseos o intenciones del familiar que tiende a establecer distancia física y/o emocional en relación con el usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> Consiste en realizar acciones y actividades encaminadas a fortalecer el bienestar de la familia.
CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> Actúan como si el usuario no existiera. Tienden a ser deliberadamente fríos y distantes. Ignoran al usuario. Piden que el usuario se vaya de la casa. Abandonan al usuario. Evitan la convivencia con el usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> Los familiares están más interesados en sus propias necesidades No descuidan sus actividades ni su salud. Los integrantes buscan ayuda para sí mismos Tratan de mantener la rutina familiar No esperan al usuario para continuar la vida familiar y social.
SENTIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> Dolor. Amargura. Rencor. Tristeza. 	<ul style="list-style-type: none"> Auto confianza. Alta autoestima. Respeto al usuario y hacia si mismo. Afecto por usuario.
ACTITUDES	<ul style="list-style-type: none"> Es mejor que nos separemos, entre menos tiempo estemos juntos será mejor para mí/él/ambos. 	<ul style="list-style-type: none"> Debo hacerme cargo de mi vida. No puedo ayudarlo si también me hundo.
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> Puede ayudar al familiar a sentir menos tensión. Puede hacer sentir que se tiene mayor control. 	<ul style="list-style-type: none"> Puede ayudar al familiar a manejar la tensión y la ansiedad Puede proteger a otros miembros de la familia Disminuye la preocupación y obsesión por cambiar la conducta del adicto.
DESVENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> El usuario se puede sentir más aislado El consumo de sustancias puede aumentar Contribuye a una sensación de falta de unión familiar Genera mayor conflicto emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> Los familiares pueden sentir que se rechaza o excluye al usuario Los familiares sienten que no hacen todo lo posible por ayudar al usuario a cambiar.

FUENTE: Modificado de Natera, Orford, Tiburcio y Mora (1998).

Figura #3. Estilos de enfrentamiento y dimensiones



Fuente: Orford, Natera *et al.* (1998)

En la Figura #3 se observa cómo se encuentran ubicados cada uno de los estilos de enfrentamiento descritos, éstos se ubican en tres posiciones básicas que son el área de retiro, tolerancia e involucramiento, además de que se puede apreciar como cada uno de ellos comparten algunas características con los demás.

Aspectos Metodológicos

II. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El panorama de la drogadicción se ha convertido en un fenómeno complejo que ha impactado a todos los estratos de la sociedad, las consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar, la estabilidad social, y el reto institucional para hacer frente a dicha problemática, así como las políticas sanitarias insuficientes. Contrario a las recomendaciones nacionales e internacionales, la disponibilidad de las drogas ha ido en aumento, las drogas son más adictivas lo que potencializa el ciclo consumo-venta-consumo, además de que el consumo se ha delictivizado. Es por esto que en la actualidad toda la sociedad se encuentra expuesta a las drogas, sin embargo existen grupos vulnerables que pueden ser víctima de los daños causados por el consumo problemático. De acuerdo a los resultados de la ENA (2002), en México existen **3.5 millones** de personas entre los 12 y los 65 años han consumido drogas sin incluir al tabaco y al alcohol; 1.31% usó drogas en el año previo al estudio y casi 570,000 personas lo hicieron en los treinta días previos a la encuesta.

La droga de mayor consumo, sin considerar al tabaco o al alcohol, es la marihuana, 2.4 millones de personas la han probado alguna vez. La cocaína ocupa el segundo lugar en las preferencias de la población, después le siguen en orden de preferencia, los inhalables y los estimulantes de tipo anfetamínico y en último lugar la heroína y los alucinógenos. La mayor proporción de usuarios tienen entre 18 y 34 años. La edad promedio de inicio fue cerca de los 14 años. Sin considerar al tabaco y al alcohol, la primera droga de uso fue la marihuana, seguida de los inhalables y en tercer lugar la cocaína. El porcentaje de dependencia anual a sustancias por grupo de edad es: de 12 a 17 años 0,4%; de 18 a 25 años, 1%; y de 26 a 65 años 0,3%. Una proporción muy baja de los usuarios de drogas ha solicitado ayuda. Cabe destacar que generalmente tanto aquellos que han usado una o más drogas, como quienes ya presentan problemas físicos han acudido principalmente a un grupo de atención médica o con algún médico privado.

Asimismo acudir con un sacerdote es una práctica común entre estos grupos que ya presentan problemas con su consumo de drogas. Sin embargo, un porcentaje importante de la población recibe cualquier tipo de ayuda debido a la desinformación, desesperación de la familia y la dificultad para tener acceso a los servicios de salud especializados, así como el

costo económico, que en las clínicas particulares representa y que en muchos casos únicamente se enfocan a la desintoxicación y descuidan la atención a los familiares que como se ha mencionado repercute de manera significativa en su salud y pilares estructurales y organizacionales, así como las características distintivas de esta población pues existen evidencias de las dificultades a las que nos enfrentamos los profesionales de la salud cuando atendemos problemas relacionados con las adicciones. Debido a lo anterior el abordaje de un fenómeno complejo requiere de un equipo multidisciplinario en donde participen las distintas disciplinas sanitarias así como la participación del grupo familiar que funja como apoyo social y se responsabilice de la salud de sus integrantes.

Debido a que la adicción afecta no solamente al individuo que la padece sino también al grupo de convivencia y pertenencia más próximo a él, la familia, surge la pregunta de investigación ¿Qué relación existe entre los **estilos de enfrentamiento**, la aparición de **síntomas de malestar físicos y psicológicos** y la **percepción del funcionamiento familiar** en familiares de adictos que acuden al programa de psicoeducación del CEMISAM que se han visto afectados por problemas relacionados con **el uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas?**.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo general

Correlacionar los resultados de la percepción del funcionamiento familiar, los estilos de enfrentamiento y la presencia de síntomas tanto físicos como psicológicos en familiares de consumidores de drogas que se integran a psicoeducación en el Centro Michoacano de Salud Mental.

2.2.2. Objetivos específicos

- Analizar las características psicométricas de los instrumentos utilizados para determinar su confiabilidad con la finalidad de hacer uso de los resultados para la presente investigación y determinar su utilidad diagnóstica para su aplicación en el CEMISAM.
- Describir el perfil de la percepción del funcionamiento familiar a partir de las respuestas a las dimensiones de involucramiento afectivo, patrones de comunicación, resolución

de problemas y control de conducta (Atri y Zetune 2006) en los familiares de consumidores de sustancias psicoactivas que asisten a psicoeducación al Centro Michoacano de Salud.

- Identificar cuál es el perfil del estilo de enfrentamiento (involucrado, tolerante y apartado) que utilizan los miembros las familias para resolver el problema de consumo de drogas de acuerdo al cuestionario de enfrentamientos (*Orford y cols., 1992*).
- Identificar los síntomas de malestar físicos y psicológicos que reportan los familiares de consumidores de sustancias psicoactivas; por uso abuso o dependencia.
- Correlacionar las dimensiones de la percepción del funcionamiento familiar, estilos de de enfrentamiento y síntomas con algunas variables sociodemográficas (del paciente: edad, estado laboral, género del familiar: edad, nivel escolar, ocupación, parentesco, estado civil) y diagnósticas (tiempo de consumo, diagnóstico de dependencia o abuso, evaluación del funcionamiento global, comorbilidad, tipo de consumidor, tipo de sustancia consumida) de la muestra estudiada.

2.2.3. Hipótesis

- H1
Existe una correlación positiva entre la percepción del funcionamiento familiar los estilos de enfrentamiento y la presencia síntomas de malestar físicos y psicológicos.
- H1o
No existe una correlación positiva entre la percepción del funcionamiento familiar los estilos de enfrentamiento y la presencia de síntomas de malestar físicos y psicológicos.
- H2
Existen diferencias significativas entre las dimensiones arrojadas por los cuestionarios aplicados y variables sociodemográficas (del paciente: edad, estado laboral, género; del familiar: edad, nivel escolar, ocupación, parentesco, estado civil) y diagnósticas (tiempo de consumo, diagnóstico de dependencia o abuso, evaluación del funcionamiento global, comorbilidad, tipo de consumidor, tipo de sustancia consumida) de la muestra estudiada.

- H2o
No existen diferencias significativas entre las dimensiones arrojadas por los cuestionarios aplicados y variables sociodemográficas (del paciente: edad, estado laboral, género; del familiar: edad, nivel escolar, ocupación, parentesco, estado civil) y diagnósticas (tiempo de consumo, diagnóstico de dependencia o abuso, evaluación del funcionamiento global, comorbilidad, tipo de consumidor, tipo de sustancia consumida) de la muestra estudiada.

- H3
Se encontrará una consistencia interna alta de los instrumentos aplicados por lo cual se contará con un instrumento adecuado para esta investigación.

- H3o
No se encontrará ninguna consistencia interna alta de los instrumentos aplicados por lo cual no se contará con un instrumento adecuado para esta investigación.

2.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TIPO DE ESTUDIO

Para la realización de la presente investigación se decidió emplear la metodología cuantitativa; la cual tiene como objetivo la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico de estos para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2008). Su diseño es de tipo no experimental; puesto que su realización no se orientó a manipular las variables estudiadas y solamente se observaron con la finalidad de analizar estadísticamente los resultados. Así mismo fue transeccional o transversal correlacional mencionando que la recolección de datos se dio en un momento determinado únicamente en una sola muestra. El alcance tiene un nivel correlacional, su propósito es conocer la relación que existe entre las variables familiares funcionamiento familiar, enfrentamientos y síntomas de tal manera que se pueda deducir la fuerza de las asociaciones entre las dimensiones descritas.

2.4. VARIABLES

2.4.1. Variable independiente

- Familiares de adictos.

2.4.2. Variable dependiente

- Percepción del Funcionamiento Familiar.
- Sintomatología de malestar físico y psicológico asociada al estrés.
- Estilos de enfrentamiento.

2.4.3. Definiciones conceptuales

- **Familiares de Adictos.** Se trata de personas que mantienen un vínculo estrecho por consanguinidad o afinidad con un integrante consumidor de alcohol o drogas con el que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en que se generan fuertes sentimientos de pertenencia, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia (Rabazo, 1999, p. 44).
- **Percepción del Funcionamiento Familiar.** Apreciación que tiene una persona de las características de la comunicación, expresión afectiva, el modo de control de conducta y la manera como resuelven los problemas en su familia.
- **Sintomatología de malestar físico y psicológico asociada al estrés.** Conjunto de reacciones psicofisiológicas del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para enfrentar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada y genera una serie de manifestaciones tanto físicas, psicológicas y conductuales.
- **Estilos de enfrentamiento.** El enfrentamiento se entiende como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas internas y externas de una determinada situación estresante.

2.4.4. Definiciones operacionales

- **Familiar de adicto.** Persona que acompaña al usuario a recibir ayuda profesional por problemas asociados al uso, abuso o dependencia a sustancias psicoactivas.
- **Percepción del Funcionamiento Familiar.** Puntajes obtenidos en el Cuestionario de Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune.
- **Sintomatología de malestar físico y psicológico asociada al estrés.** Conjunto de señales que aparecen como resultado de los reactivos respondidos con puntuaciones mayores de cero en el cuestionario de síntomas (*SRT*).
- **Estilos de enfrentamiento.** Resultado de las diferentes maneras de responder al problema de consumo de drogas utilizado en los últimos tres meses en base a las respuestas obtenidas del cuestionario de enfrentamiento (*CQ*).

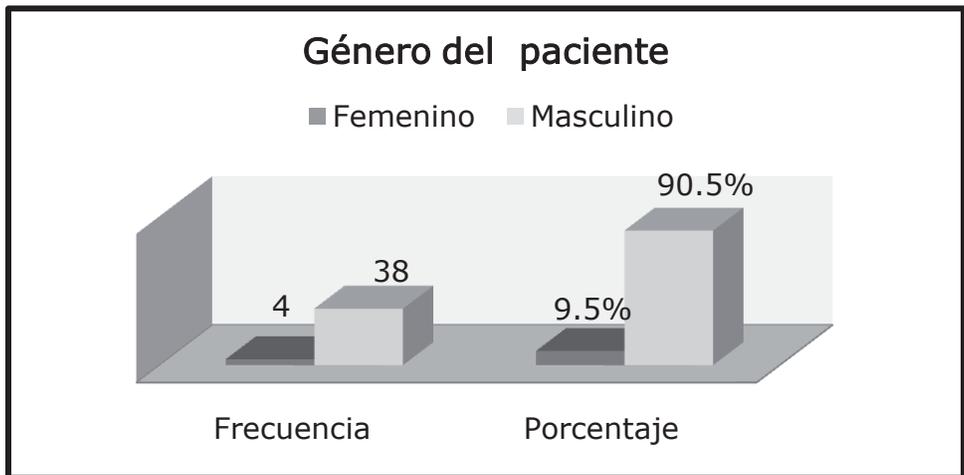
2.5. PARTICIPANTES

A continuación se describen algunas características sociodemográficas de los participantes tales como edad, parentesco, escolaridad, ocupación, estado civil, así mismo se mencionan características de los pacientes tales como: edad, escolaridad, ocupación, inicio de consumo de sustancias entre otras.

Características de la Muestra.

En la Figura #4 se muestra el porcentaje de pacientes que acudió a solicitar ayuda profesional por problemas asociados al uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. La frecuencia de pacientes fue de 42 sujetos que corresponde al 90.5% del género masculino el 9.5% correspondió al género femenino.

Figura #4. Género del Paciente.



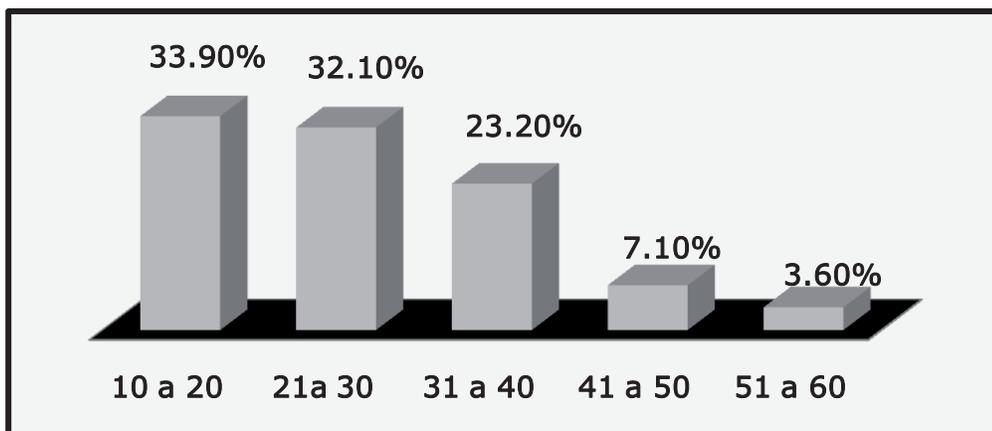
Edad del Paciente

La edad registrada de los pacientes comprende un rango de 45 años entre la edad mínima y la máxima, la edad mínima registrada fue de 12 años de edad y la edad máxima de 57 años. La edad promedio fue de 28.29 años de edad. La moda corresponde a la de 17 años con una frecuencia de 4 personas el cual corresponde a un 9.5% mientras que las edades de 19 y 28 con tres casos atañe a un 7.1% y con una frecuencia de 3 como se puede observar en la Tabla #15. En relación a los porcentajes por grupos de edad se observa que los casos comprendidos en el rango de los 10 y 20 el 33.9% corresponde a este, por su parte el grupo de 21 a 30 representa el 32.1% y de 31 a 40 años concierne el 23% de los casos. Se observa como los grupos de edad de 41 a 50 y 51 a 60 la frecuencia de casos disminuye de manera significativa correspondiendo al 7.1% y 3.6% respectivamente (ver Figura #5).

Tabla #15. Frecuencia de edad de los pacientes

Edad	Frecuencia	Edad	Frecuencia
17	4	23	1
19	3	24	1
28	3	26	1
15	2	29	1
16	2	30	1
18	2	31	1
27	2	35	1
32	2	38	1
33	2	39	1
37	2	41	1
49	2	42	1
12	1	55	1
21	1	57	1
22	1		

Figura #5. Porcentajes de pacientes por grupos de edad

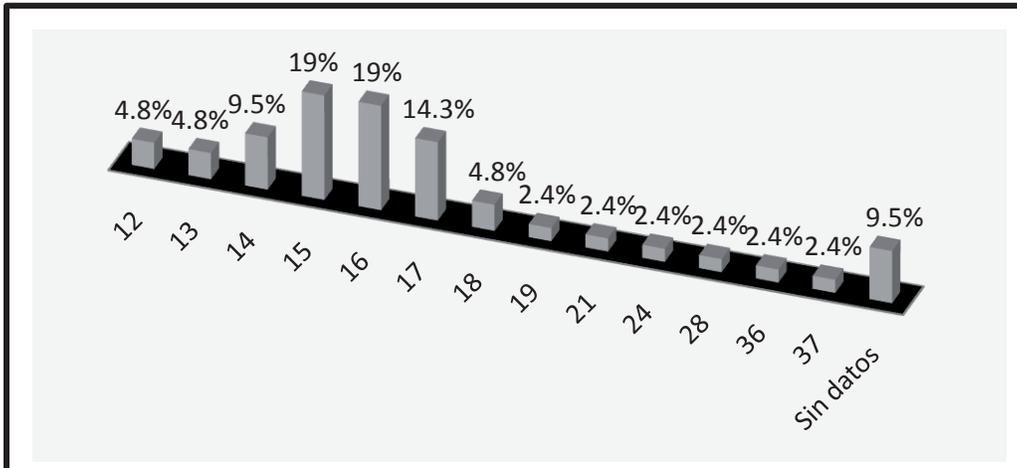


Edad de inicio de consumo

La edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas existe un 4.8% que corresponde a los 12 años, la edad más alta como inicio de consumo es la de 37 años de edad, mientras que el 19% refieren un inicio de consumo a los 15 años y 16 años de edad, le sigue a los 17 años con un 14.3%, y se puede observar como disminuye significativamente a partir de los 18 años con un 4.8%. Existe un 9.5% de datos no reportados. Se puede además observar en la Figura #6 como el porcentaje mayor se centra en las edades comprendidas entre los

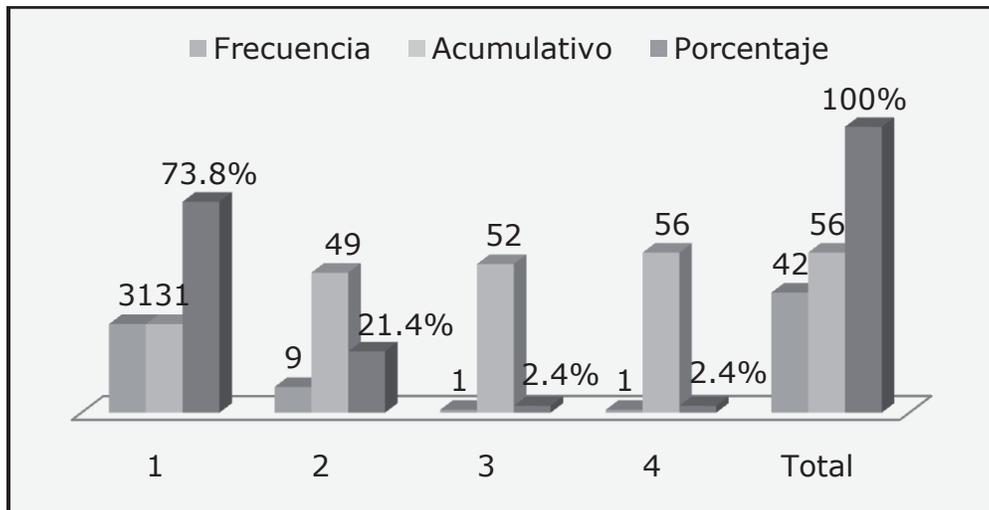
15, 16 disminuye ligeramente a los 17 años de edad, por lo que el porcentaje acumulado para estas edades registra el 52.3% de todos los casos registrados.

Figura #6. Edad de inicio de consumo



Otro aspecto revelado en la Figura #7 es que en relación a la proporción de familiares que acudieron a la intervención psicoeducativa se tiene que el 73.8% asistió un familiar por paciente, en el 21.4% asistieron 2 familiares por paciente y en el 2.4% de familiares que asistieron entre 3 y 4 por paciente.

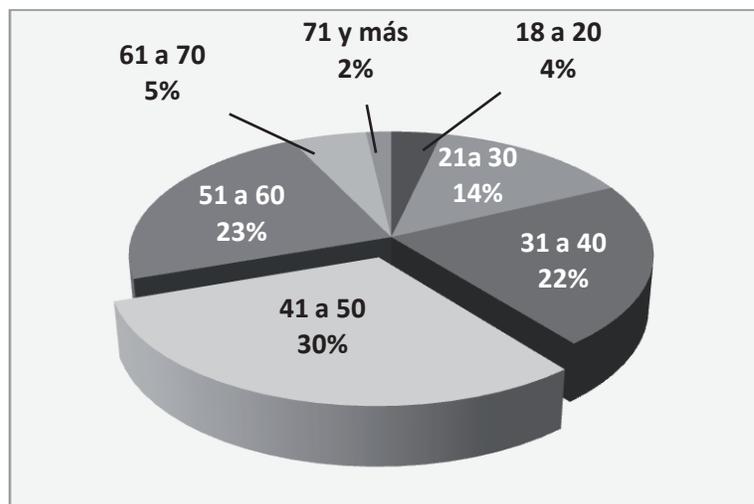
Figura #7. Participación de familiares por paciente



Edad del Familiar

Edad mínima 18 años, edad máxima 71 años de edad, edad promedio 43.36 años de edad. La edad que mayormente se presentó fue 37 años lo cual corresponde al 8.9%, el 7.1% le pertenece a los 44 años 28 y 52 años de edad le atañe un 5.4%. Por grupos de edad se observa que de 31 a 40 existen 12 casos correspondiéndole el 21.4% de los casos y 17 en el grupo de 41 a 50, perteneciéndole el 30.4%, así como el grupo de 51 a 60 años de edad se reportan 13 casos lo que representa el 23.2% como se puede ver en la Figura #8.

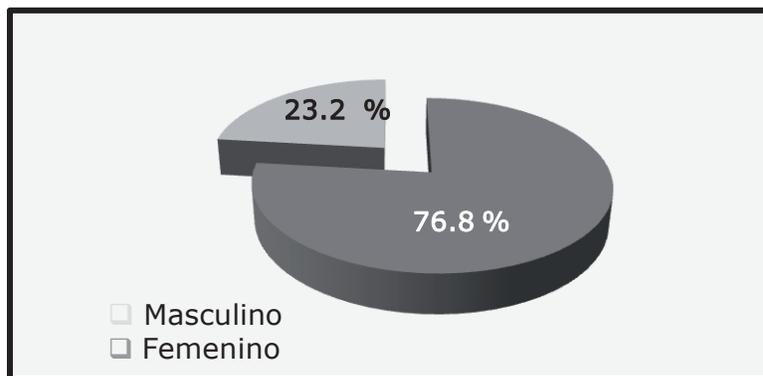
Figura #8. Edad del familiar por grupos de edad.



Género del familiar

Referente al género de los sujetos evaluados el 43% corresponde al género femenino y el 23.2% al género masculino como se observa en la Figura #9.

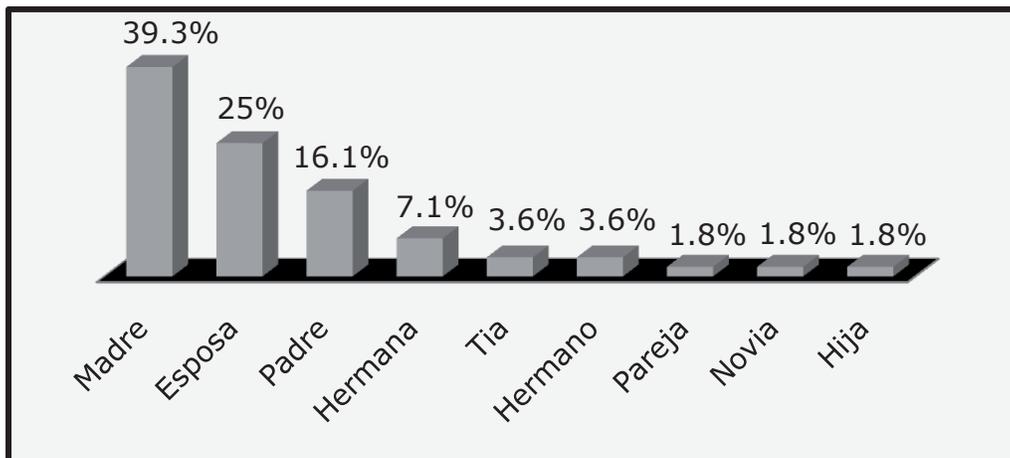
Figura #9. Género del familiar



Parentesco del Familiar

En el Figura #10 se puede contemplar la relación de parentesco de los familiares evaluados y se observa que el 39.3% de los sujetos que acudieron eran las madres de los pacientes, las esposas representaron el 25% y en menor porcentaje con sólo un 16.1% el padre. La hermana representó en un 7.1%, le sigue la tía y hermano con un 3.6%, y en menor proporción significativa solamente el 1.8% representa la pareja, novia hija.

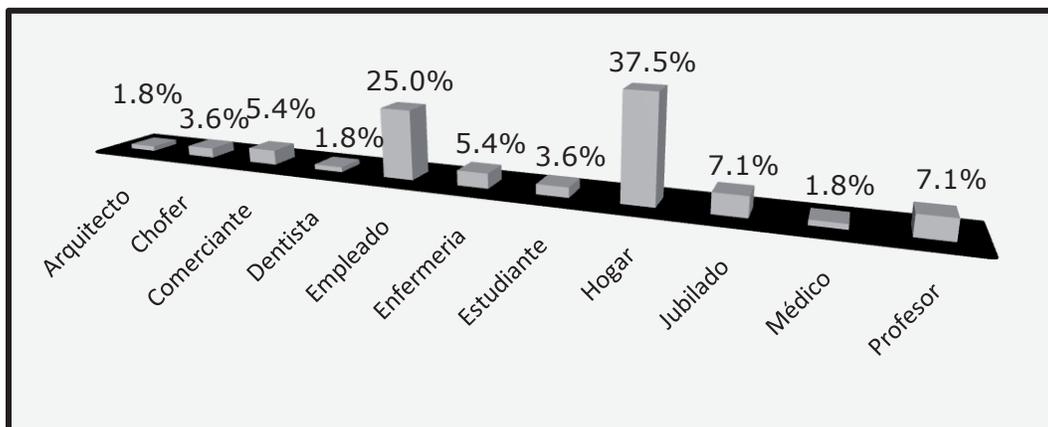
Figura #10. Parentesco



Ocupación del Familiar

Como se describe en la Figura #11 se contempla que la ocupación de mayor relevancia es la del hogar con un 37.5% de los casos, empleado con un 25%, le sigue jubilado y profesor con el 7.1% de los casos respectivamente.

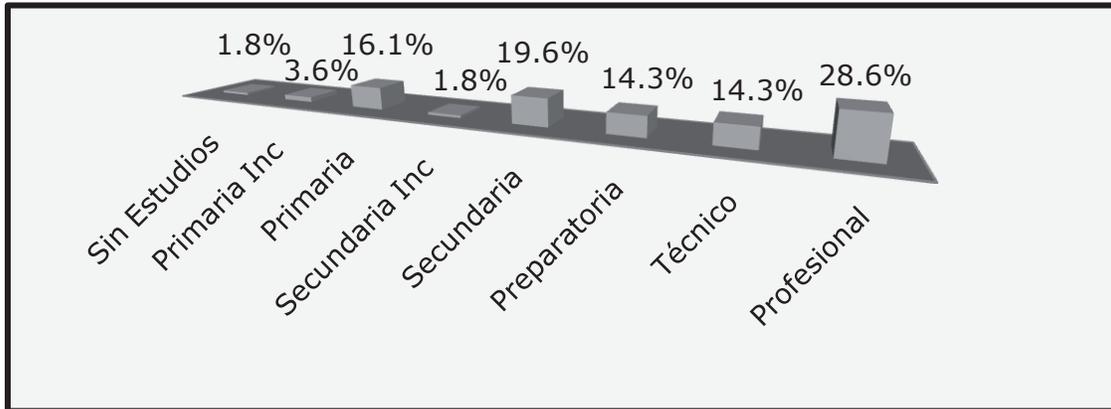
Figura #11. Ocupación del familiar.



Escolaridad

Acerca de la escolaridad la Figura #12 muestra que el 28.6% de los sujetos tienen un grado de escolaridad profesional, el 19% cursaron la secundaria y el 16.1% reportan un nivel escolar de primaria.

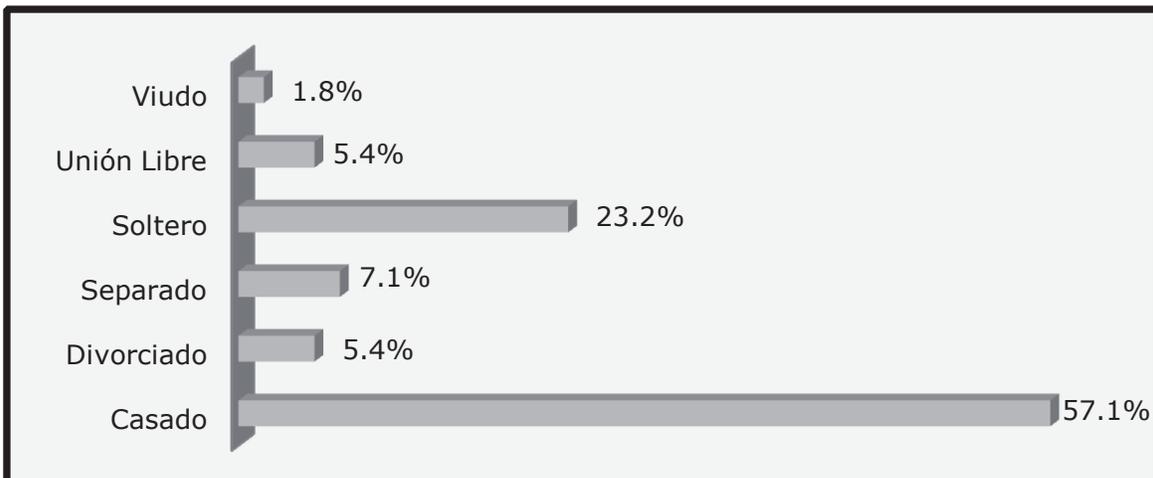
Figura #12. Escolaridad



Estado Civil

En relación al estado civil los familiares reportan que el 57.1% está casado, y el 23.2% registra estar soltero, el 7.1% se encuentra separado, y el 5.4% dice estar divorciado, mientras que el 5.4% mantienen se mantiene en unión libre, solamente 1.8% reporta estar viudo. Figura #13.

Figura #13. Estado civil



2.5.1. Selección de la muestra

2.5.1.1. Criterios de inclusión

- Ser familiar del usuario.
- Tener 18 años o más.
- Participar en el programa de intervención psicoeducativa del CEMISAM.
- Firmar carta de consentimiento informado.
- No tener un trastorno que incapacite su participación en los grupos psicoeducativos.
- Haber respondido el 100 % de los instrumentos aplicados.

2.5.1.2. Criterios de exclusión

- Ser menor de edad.
- Estar siendo atendido en el CEMISAM por algún trastorno incapacitante tales como: trastorno depresivo mayor, dependencia a sustancias, esquizofrenia, entre otros.
- No cumplir con uno o más de los criterios de inclusión.
- No responder al 100% de los cuestionarios aplicados.

2.5.2. Tipo de muestreo

La muestra fue de tipo no probabilístico o dirigido puesto que la elección fue informal y dependió de la asistencia de los familiares al programa de intervención psicoeducativa.

2.5.3. Consideraciones Éticas y Bioéticas.

Hasta la segunda mitad del siglo pasado, la Ética estaba mayoritariamente reducida a la reflexión de los filósofos. Fue en los años 1960-70, en que se produjo un cambio en el uso puramente filosófico de ésta disciplina y surge la necesidad de vincular la práctica profesional diaria y la reflexión ética, Potter, en su libro: "Bioética un puente al futuro", entrelaza el término Bios (ciencias de la vida) y Ethos (el respeto de los valores de la vida.). Esto llevó a tomar conciencia de que los seres humanos no son conejillos de indias, sino que, como personas, tienen una dignidad que es inviolable CONACYT (2008).

El desarrollo de la Bioética establece cuatro principios que le dan forma a la reflexión en torno a las ciencias relacionadas con la vida y la sanidad estos son: el principio de beneficencia; lo que significa hacer el mayor bien estimable, no maleficencia; expresa causar el menor daño posible; autonomía se refiere a que cada persona tiene el derecho de

decidir sobre su vida y el tratamiento y justicia distributiva se aplica para designar que los recursos se deben dirigir a todos y estos podrán tener acceso a los servicios del estado sin distinción alguna por cuestiones de nivel social, credo político y religioso, etnia, entre otras., es decir, que lo que debe guiar tanto los servicios de atención médica, como la investigación y desarrollo tecnológico así como el avance científico deberán regirse por estos preceptos que garanticen un ejercicio ético y respetuoso de la dignidad humana en todas sus dimensiones.

Por lo tanto la investigación científica biomédica y en las ciencias sociales, tanto cuantitativa como cualitativa, se ciñe a ciertos cánones éticos que son evaluados a través de Comités de Bioética en Investigación, debido a que involucra seres humanos como participantes. Por su delicadeza es indispensable considerar que las personas, tienen derechos como sujetos de un estudio.

Hernández, Fernández y Baptista (2008) establecen que de acuerdo con los principios éticos el (los) participante(s) en una investigación tienen los siguientes derechos:

- Estar informados del propósito de la investigación, el uso que se hará de los resultados de la misma y las consecuencias que puede tener en sus vidas.
- Negarse a participar en el estudio y abandonarlo en cualquier momento que así lo consideren conveniente, así como negarse a proporcionar información.
- Confidencialidad y anonimato. Se refiere a que no se revele la identidad de los participantes ni se indique de quiénes fueron obtenidos los datos.
- Adicionalmente mencionaremos que es conveniente que los participantes reciban “algo” en reciprocidad de su involucramiento en un estudio.
- Asimismo, es sumamente importante que conozcan los resultados finales de la investigación (asunto que en los estudios cualitativos es necesario para la calidad de los mismos).
- Consentimiento o aprobación de la participación. Además de conocer su papel en una investigación específica, es necesario que los participantes proporcionen el consentimiento explícito acerca de su colaboración (preferentemente por escrito).
- El respeto a la privacidad de los participantes.
- El investigador o investigadora está obligado a proteger a los participantes de riesgos, daños y amenazas que pudieran afrontar ellos y el equipo de investigación.

Cualquier cuestión que los pueda dañar física y/o mentalmente, de manera irreversible o aún reversible, debe eliminarse.

- Todos los participantes, de cualquiera de los dos géneros, niveles socioeconómicos y orígenes étnicos son igualmente importantes y merecen el mismo respeto. Por otro lado, es necesario que seamos sensibles a la cultura de los participantes.
- Finalmente, los resultados deben reportarse con honestidad (sin importar cuáles hayan sido) y es fundamental reconocer las limitaciones de la investigación y las nuestras propias.

Retomando la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, publicada en el Diario Oficial de la Federación con fecha del 30 de septiembre de 1999 en lo referente al manejo del expediente clínico y su utilidad clínica, legal y metodológica su aplicación establece que:

(...) el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones instituye los siguientes criterios para el ofrecimiento de servicios de calidad éticamente normados en la legislación vigente y establece que:

Para asegurarse de un trato digno y de calidad durante la estancia en el centro los usuarios; no deben ser sometidos a restricciones físicas o maltrato, recibir un trato digno independiente de su diagnóstico, situación social, o económica, sexo, etnia, ideología o religión.

No ser sujetos a discriminación. A su ingreso es importante informar al familiar o representante legal tanto las normas que rigen el centro como el tratamiento y su duración.

A su ingreso el usuario deberá ser valorado por un médico y éste deberá proporcionar los cuidados y atenciones para el manejo adecuado según su condición de salud.

La información proporcionada por el paciente o sus familiares y la contenida en sus expedientes clínico será manejado bajo normas de confidencialidad, recibir tratamiento, información, y orientación para su reintegración a su vida familiar, laboral y social.

Para ofrecer un servicio de calidad las instalaciones deberán tener un espacio adecuado iluminado y ventilado.

Una vez que el paciente ha ingresado a la institución para su tratamiento el procedimiento técnico científico de cada uno de los servicios, intervenciones, y acuerdos previamente establecidos deberán ser consignados en el expediente, así como el llenado de los formatos establecidos por la institución.

Así mismo la norma NOM-028-SSA2-1999 establece un apartado relacionado con los estudios científicos el cual determina que:

1. La investigación en materia de adicciones, tiene por objeto:
 - a. Determinar las características y tendencias del problema, así como su magnitud e impacto en lo individual, familiar y colectivo.
 - b. Proveer de una base científica que permita diseñar e implementar políticas en materia de adicciones.
 - c. Evaluar el impacto de los programas preventivos, así como de tratamiento y rehabilitación.
 - d. Identificar grupos y factores de riesgo y orientar la toma de decisiones.
 - e. Establecer el nivel de costo-efectividad de las acciones.
2. En toda investigación en que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar.
3. En el diseño y desarrollo de este tipo de investigaciones se debe:
 - a. Obtener el consentimiento informado, por parte del sujeto y, en su caso, del familiar más cercano en vínculo, o representante legal, según sea el caso, a quienes deberán proporcionárseles todos los elementos para decidir su participación.

- b. El investigador debe obtener la aprobación por escrito, de las autoridades competentes, para la realización de cualquier proyecto de investigación donde el usuario sea sujeto de estudio.
4. Los resultados de las investigaciones deben difundirse oportunamente a través de reportes y publicaciones científicas.

En síntesis, quiero puntualizar que los aspectos éticos y bioéticos arriba mencionados son de suma relevancia para proporcionar los imperativos que guíen los estudios relacionados con la salud y su abordaje clínico así como el respeto por la cualidad humana y su dignidad inalienable.

2.6. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Para la realización de la presente investigación se ha elegido tres instrumentos que miden la percepción del funcionamiento familiar, los estilos de enfrentamiento que utiliza una persona cuando se encuentra vinculada a un familiar con problemas de adicciones y que le genera preocupación por consecuencias del consumo, y el tercer instrumento mide los síntomas de malestar físico y psicológico generado por la carga de convivir con un adicto o abusador de sustancias psicoactivas. Los cuestionarios previamente se revisaron y se buscó los antecedentes encontrando que los tres reúnen los parámetros de validez y confiabilidad. El cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune (2006) está construido como escala tipo *Likert* con 5 opciones de respuesta y se categorizan como totalmente de acuerdo puntuación 5 y totalmente en desacuerdo puntuación 1. Las puntuaciones intermedias: de acuerdo, 4; en desacuerdo, 2 y ni acuerdo ni desacuerdo, 3. En seguida presento las características de cada uno de los cuestionarios que he descrito así como sus antecedentes, resumen, objetivos que persiguen, y dimensiones que los conforman.

Cuestionario de Evaluación de la Percepción del Funcionamiento Familiar.

Características del Cuestionario

Nombre: Cuestionario de Evaluación de la Percepción del Funcionamiento Familiar. (EFF)

Autor: Raquel Atri y Zetune. Universidad de las Américas.

Citado en: Revista Mexicana de Psicología. Junio 1993 Volumen 10, Número 1, 49-55

Objetivo: Evaluar la percepción del funcionamiento familiar

Resumen: El Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF), elaborado en México y diseñado para evaluar el sistema familiar. El EFF se generó a partir del *McMaster Model of Family Functioning* (MMFF) y está constituido por seis escalas que miden: Involucramiento Afectivo Funcional, Involucramiento Afectivo Disfuncional, Patrones de Comunicación Funcional, Patrones de Comunicación Disfuncional, Resolución de Problemas y Patrones de Control de Conducta. El EFF se aplicó a 300 sujetos mexicanos de nivel socio-económico alto y tiene una confiabilidad de .92 para esta población. El EFF puede ser útil para el diagnóstico clínico, para evaluar los resultados de la terapia, o como un instrumento para la investigación de algunos aspectos básicos del proceso familiar. Este artículo presenta una descripción del MMFF y proporciona datos sobre la confiabilidad del instrumento **EFF**. **Palabras clave:** Evaluación, familia disfuncional, relaciones familiares

Nº de ítems: 40 ítems.

Administración: Individual o Colectiva.

Tiempo aproximado de aplicación: 20 minutos

Población a la que va dirigida: Personas que sepan leer y escribir

Marco Teórico: La base teórica es el Modelo *Mc. Master* de Funcionamiento familiar (Epstein et. Al, 1981)

Codificación (Dimensiones).

Factor 1. Involucramiento Afectivo Funcional.

Ítems 1+2+4+10+11+12+13+18+19+20+21+24+26+29+33+35+38

Factor 2. Involucramiento Afectivo Disfuncional.

Ítems 3+6+7+14+15+22+30+32+34+37+39

Factor 3. Patrones de Comunicación Disfuncionales.

5+16+25+27

Factor 4. Patrones de Comunicación Funcionales.

8+36+40

Factor 5. Resolución de Problemas.

17+23+31

Factor 6. Patrones de Control de Conducta

9+28

Reactivos Negativos

3,6,7,14,15,22,30,32,34,37,39,5,16,25,27

Propiedades psicométricas

Fiabilidad y Validez: El EFF se aplicó a 300 sujetos mexicanos de nivel socio-económico alto y tiene una confiabilidad de .92 para esta población. El EFF puede ser útil para el diagnóstico clínico, para evaluar los resultados de la terapia, o como un instrumento para la investigación de algunos aspectos básicos del proceso familiar.

Cuestionario de Enfrentamientos

Características del Cuestionario

Nombre: Cuestionario de Enfrentamientos (CQ)

Autor: , Orford y cols. (1992)

Citado en: Salud Mental Vol. 17 (3): 15 - 23, Septiembre, 1994, Marcela Tiburcio Sainz y Guillermina Natera Rey. (2007). Adaptación al contexto ñahñú del cuestionario de Enfrentamientos (CQ), la escala de síntomas (SRT) Y la escala de depresión del centro de estudios Epidemiológicos (CES-D). Salud Mental, Vol. 30, No. 3, mayo-junio 2007.

Objetivo: Indaga la ocurrencia de diferentes formas de enfrentamiento así como la frecuencia con que se han empleado en los últimos tres meses.

Resumen. En Inglaterra Orford, Rigby y cols. Realizaron una investigación con la intención de identificar las diferentes formas naturales de responder ante el consumo excesivo de sustancias en la familia. Los autores tipifican ocho formas de enfrentamiento ante esta problemática, a partir de los relatos de 50 familiares a saber: emocional, tolerante, inactiva, evitadora, controladora, asertiva, apoyadora e independiente. En un estudio posterior realizado con familias mexicanas e inglesas, *Orford*, Natera y cols, analizaron la estructura del enfrentamiento en un intento por confirmar la existencia de las ocho formas previamente identificadas. En este nuevo análisis los datos se agruparon en "tres posiciones de enfrentamiento" que podían representar formas universales de responder al consumo de un familiar.

Palabras clave: Familia, adicciones, comparación transcultural, México, Reino Unido.

Nº de ítems: 30 ítems.

Administración: Individual o Colectiva.

Tiempo aproximado de aplicación: 30 minutos

Población a la que va dirigida: Población que mostrara preocupación por el consumo activo de alcohol o drogas de un familiar cercano (hijo, cónyuge, entre otras).

Marco Teórico: Teoría del estrés-enfrentamiento.

Codificación (Dimensiones). Explora tres posiciones de enfrentamiento, involucramiento, tolerancia y retiro. Indaga la ocurrencia de las diferentes formas de enfrentamiento así como la frecuencia con que se ha empleado en los últimos tres meses 0=nunca, 1=una o dos veces, 2=algunas veces y 3=con frecuencia.

Factor 1. Involucramiento: 1+5+ 6+7+9+11+13+16+17+19+21+25+26+28

Factor 2. Tolerancia: 3+4+10+14+20+23+24+27+30

Factor 3. Retiro: 2+8+12+15+18+29

Restar: 5 y 22

Propiedades psicométricas.

Fiabilidad y Validez:

Las formas de enfrentar se agrupan en tres posiciones: involucramiento, tolerancia y retiro. En una muestra mexicana se obtuvieron coeficientes de confiabilidad de 0.82, 0.73 y 0.70, respectivamente.

Escala de Síntomas

Características del Cuestionario.

Nombre: Escala de Síntomas *SRT (Symptom Rating Test,)*

Autor: *Kellner y Sheffield, 1973*);

Citado en: Salud Mental Vol. 17 (3): 15 - 23, Septiembre, 1994

Objetivo: El objetivo del instrumento es evaluar el malestar psicológico, entendido como un estado transitorio y cambiante.

Resumen: El propósito fue desarrollar un modelo común de síntomas que sirviera como base para establecer análisis comparativos a partir de ciertas variables tales como tipo de relación con el usuario de drogas y país. Este trabajo forma parte de un estudio transcultural más amplio sobre familia y adicciones, que se llevó a cabo simultáneamente en la Ciudad de México y en el Suroeste de Inglaterra. La muestra global en ambos países fue de 200 familias. La metodología original se ha descrito en trabajos previos. De la muestra, 50% provenía de centros especializados de atención en drogas y el restante 50% de población comunitaria. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) Consumo de alcohol y/o drogas en un hijo(a) o cónyuge durante los seis meses previos a la realización de la entrevista; b) Mostrar preocupación por el consumo activo de alcohol y/o drogas de un familiar cercano (de uno u otro sexo)

Palabras clave: Malestar psicológico, Familia, adicciones, comparación transcultural, México, Reino Unido.

Nº de ítems: 30 ítems.

Administración: Individual o Colectiva.

Tiempo aproximado de aplicación: 20 minutos

Población a la que va dirigida: Población que mostrara preocupación por el consumo activo de alcohol o drogas de un familiar cercano (hijo, cónyuge, entre otras).

Codificación (Dimensiones). Tiene una estructura factorial de dos subescalas claramente definidas: síntomas psicológicos y síntomas físicos. Tiene tres opciones de respuesta para evaluar la frecuencia con que se experimenta cada uno de los síntomas 0=nunca, 1=algunas veces, y 2=a menudo.

Subescala de Síntomas físicos: 1, 2, 4, 6, 7, 11, 14, 16, 21, 22, 27, 29, 30

Subescala de Síntomas psicológicos: 3, 5, 8, 9,10,12, 13, 15, 17,18, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 28

Propiedades psicométricas

Fiabilidad y Validez:

La validación de la Escala de Síntomas se llevó a cabo en México en estudiantes de enseñanza media-superior. Se entrevistaron 338 sujetos, de los cuales 54 por ciento eran mujeres y 46 por ciento hombres, considerados unos u otros como población sin problemas psiquiátricos. Se hicieron las rutinas de discriminación de reactivos y un análisis factorial a fin de probar la validez conceptual de las cuatro subáreas que evalúa el cuestionario, tales como inadecuación social, ansiedad, somatización y depresión. Aunque el SRT es una escala confiable ($\alpha = .93$), la estructura factorial no se mantuvo estable con respecto a la escala original.

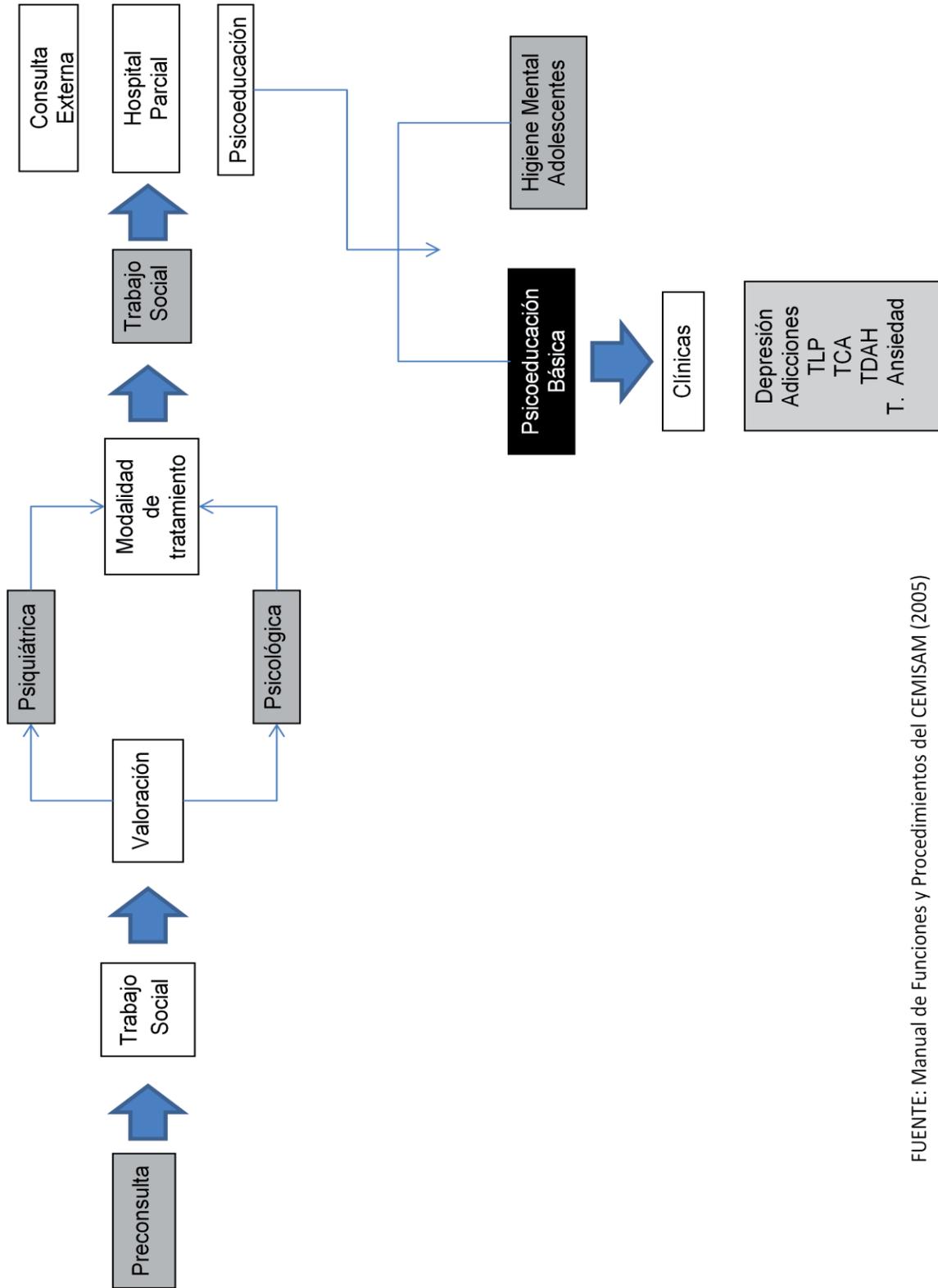
2.7. PROCEDIMIENTO

El primer contacto que se tiene con el usuario para su atención es vía telefónica o directamente acudiendo al CEMISAM, el área de Información agenda una primera cita llamada preconsulta, ésta es realizada por el servicio de psiquiatría, una vez que ha sido atendido, el usuario tiene acercamiento con trabajo social quien a partir de esta primer entrevista funcionará como enlace entre el usuario y los familiares con los distintos servicios que se ofrecen. En este momento se informa sobre la modalidad del CEMISAM y se procede a firmar el consentimiento informado tanto del paciente como del familiar responsable, se comunica de la intervención psicoeducativa y fecha de inicio de la misma. El siguiente paso en el proceso de atención es la valoración psiquiátrica y psicológica que tiene como objetivo realizar la historia clínica con la finalidad de asignar los tratantes y los servicios de acuerdo a la gravedad del padecimiento y necesidades de atención; mientras el usuario empieza su tratamiento los familiares son reclutados para participar en la intervención psicoeducativa. En la primera sesión del programa se aplican los instrumentos utilizados para la evaluación familiar, debido a que únicamente me enfoco a los familiares de pacientes con problemas de adicciones he separado aquellos cuestionarios para su evaluación y estudio. Otros datos han sido extraídos de los expedientes en donde existe información sociodemográfica y clínica de cada uno de los servicios y en donde se ha consignado la evolución del paciente y los familiares.

Cuando se empezó a aplicar este cuestionario se observó que las opciones de respuesta acuerdo-desacuerdo generaban confusión en los sujetos de estudio, por esta razón se decidió modificar a una escala de frecuencia quedando las opciones de respuesta como: siempre (5), casi siempre (4), algunas veces (3), casi nunca (2) y nunca (1), esto facilitó la comprensión de los familiares a la hora de responderlo. Los otros dos instrumentos: el cuestionario de Enfrentamientos y el cuestionario de Síntomas han sido aplicados tanto a la población de Inglaterra por Orford y cols. (1992, 1973) y ha sido adaptada a la población mexicana por Natera y cols. (1994) del Instituto Nacional de Psiquiatría de la ciudad de México.

En la Figura #14 se esquematiza el proceso de atención en los diferentes servicios.

Figura #14. Ruta de atención en los servicios del CEMISAM



FUENTE: Manual de Funciones y Procedimientos del CEMISAM (2005)

2.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se ha utilizado para el análisis psicométrico de los instrumentos el *alfa de Cronbach*. Se trata de un índice de consistencia interna para medir la fiabilidad de un test en escala de *Likert*, que toma valores entre 0 y 1 y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y por tanto llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes. Alfa es por tanto un coeficiente de correlación al cuadrado que, a grandes rasgos, mide la homogeneidad de las preguntas promediando todas las correlaciones entre todos los ítems para ver que, efectivamente, se parecen.

Su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la fiabilidad, considerando una fiabilidad respetable a partir de 0,75 (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2008).

Para el análisis correlacional, para pruebas de relación se ha utilizado el coeficiente de correlación Pearson el cual se define como "una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón" (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2008, p 453).

Se ha utilizado la prueba t definida como una prueba estadística para estimar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa en relación a sus medias, (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2008). Para la comparación de más de dos grupos se hace uso de análisis de varianza para estimar si éstos difieren significativamente entre sí en cuanto a sus medias y varianzas (*opus cit.*).

Para la recolección de datos, el manejo de la información, codificación de variables y el análisis de los resultados se ha utilizado el programa estadístico informático SPSS v. 15 (*Statistical Package for the Social Sciences*) así como el programa *Microsoft Office Excel* 2007 para *Windows*.

Escenario

III. ESCENARIO

El CEMISAM es la primera unidad médica del sector salud dedicada a la atención de las personas con adicciones, con un enfoque hacia la rehabilitación y reinserción de estos pacientes en su vida social y familiar. La demanda ha ido ampliando su oferta y además de los problemas de adicciones atiende a personas con otros trastornos mentales, como depresión y trastorno de ansiedad, psicosis, trastornos de la personalidad, entre otros.

Se puso en operación el 9 de febrero de 2005 en las instalaciones, de lo que anteriormente fue la Comunidad Terapéutica. Ubicándose en la comunidad de Tarímbaro.

Entre sus servicios se encuentra Consulta Externa a pacientes con problemas de adicción o de abuso de sustancias como alcohol, tabaco o drogas ilegales. Así como la intervención psicoeducativa, para familiares de consumidores de sustancias psicoactivas y otros padecimientos mentales como depresión, ansiedad, esquizofrenia, TDA-H, además se imparte el curso de Crianza Positiva, y psicoeducación para adolescentes en situación de riesgo. Se ha integrado el Módulo de Atención a Víctimas de Violencia Familiar, así como la atención a los emisores de violencia, para ello se cuenta con varios programas. La Consulta Externa ofrece los servicios de psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, terapia familiar y terapia de pareja. El CEMISAM se ha convertido en una institución capacitadora en materia de salud mental en coordinación con el Departamento de Salud Mental y Adicciones de la Secretaría de Salud de Michoacán.

Resultados

IV. RESULTADOS

A continuación se exponen los principales resultados encontrados en el presente estudio así como algunos cambios pertinentes realizados a uno de los instrumentos aplicados para mayor comprensión de los participantes a la hora de responderlo. Con base en el análisis psicométrico, algunas de las subescalas de los cuestionarios no se tomaron en cuenta para el análisis de resultados. De igual manera, se indican las puntuaciones de los instrumentos aplicados y los perfiles derivados de las puntuaciones arrojadas así como la correlación de las dimensiones que los conforman y el análisis psicométrico general de los mismos, así como la correspondencia que existe entre estos resultados con algunas variables sociodemográficas y clínicas, (ver apartado de objetivos del estudio). De acuerdo a los antecedentes de los instrumentos, mencionados en el apartado destinado para ello (ver apartado instrumentos utilizados), los autores de reportan un índice de consistencia interna aceptable en términos generales. Sin embargo, una vez calificados se procedió a realizar las pruebas estadísticas preliminares y se observó que algunas de las subescalas no alcanzaron un valor de consistencia interna admisible, tal es el caso del Cuestionario de Percepción de Funcionamiento Familiar en las subescalas de *patrones de comunicación disfuncionales* y *patrones de control de conducta* y en el Cuestionario de Estilos de Enfrentamiento la subescala de *retiro* presentó un valor muy bajo del *alpha de Cronbach*. Por tal razón estas dimensiones no son tomadas en cuenta para el análisis de los resultados. Es decir, que únicamente se retoman las subescalas con una consistencia interna admisible para el análisis estadístico correspondiente y su interpretación.

Análisis psicométrico de los instrumentos

Para realizar el análisis psicométrico de los instrumentos empleados una vez finalizada la fase de recolección de datos, se procedió a la codificación de los ítems y a su tabulación. Todo ello se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows (*Statistical Package for Social Sciences*) en su versión 15.

La Tabla #18 muestra el análisis psicométrico de los cuestionarios aplicados, para ello se ha utilizado el *alpha de Cronbach*, el cual mide la consistencia interna de un instrumento, y consiste en un método de fiabilidad. De acuerdo con Hernández, Fernández-Collado y Baptista (2008) se trata de un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 y 1 y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información

defectuosa o incorrecta y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes. Mide la homogeneidad de las preguntas promediando todas las correlaciones entre todos los ítems para ver que, efectivamente, se parecen. En base a éste análisis previo se tiene que el Cuestionario de la Percepción del funcionamiento Familiar, formado por seis subescalas (ver apartado de instrumentos utilizados). La fiabilidad global de éste es de 0.816 contemplando los cuarenta reactivos originales, y al eliminar cuatro reactivos inconsistentes tales como: el 6, 15, 25 y 39 la consistencia completa se incrementó a 0.939 obviamente quedando un instrumento con 36 reactivos.

Así mismo, las subescalas de *involucramiento afectivo funcional* formada por 17 reactivos tuvieron un *alpha de cronbach* de 0.926 todos redactados en sentido positivo, la subescala de *involucramiento afectivo disfuncional* formada por 11 reactivos, todos redactados en sentido negativo, obtiene un índice de consistencia interna de 0.721, ésta se incrementa a 0.749 al eliminar dos reactivos con baja correlación como son los ítems 6 y 15. La dimensión de *patrones de comunicación disfuncionales* formada por cuatro reactivos alcanza un *alpha de cronbach* negativo de -0.057. La subescala de *patrones de comunicación funcionales* formada por 3 reactivos logra un *alpha de cronbach* de 0.738, la dimensión de resolución de problemas obtiene un índice de consistencia interna de 0.667 y la de *patrones de control de conducta* con únicamente dos reactivos con 0.589 de fiabilidad. Ahora bien, el instrumento de Cuestionario de Estilos de Enfrentamiento de Orford y cols. (1992) se ha construido por 30 reactivos y tres subescalas (involucramiento, tolerancia y retiro), el análisis de consistencia alcanza un *alpha de cronbach* de 0.845, al eliminar 9 reactivos inconsistentes (1, 4, 12, 18, 22, 24, 28, 29 y 30) el índice se incrementa a 0.877. La subescala de involucramiento está formada por 14 ítems con una confiabilidad de 0.844, se elimina el reactivo 1 y la consistencia se eleva a 0.863. La dimensión de *tolerancia* cuenta con 9 reactivos y con 0.663 de fiabilidad, se eliminan los reactivos de 3, 4 y 24 aumentando a 0.703 su confiabilidad. La subescala de *retiro* está formada por 8 reactivos y alcanza un *alpha de cronbach* 0.395. En relación al Cuestionario de Síntomas se ha elaborado con dos subescalas la primera de ellas la de síntomas físicos está integrada por 13 reactivos y la segunda la de síntomas psicológicos formada por 17 reactivos. El índice de confiabilidad del instrumento global es de 0.92 y el de las dos dimensiones es de 0.816 y 0.89 respectivamente, ningún reactivo se ha eliminado en este instrumento.

Tabla #18. Consistencia interna de los instrumentos aplicados

INSTRUMENTO	DIMENSIÓN	REACTIVOS		ALPHA DE CRONBACH	No. DE REACTIVOS	OBSERVACIONES	
		Positivos	Negativos				
Cuestionario de Evaluación de la Percepción del Funcionamiento Familiar	Involucramiento Afectivo Funcional	1,2,4,10,11,12,13,18,19, 20, 21, 24,26,29,33, 35, 38		0.926	17		
	Involucramiento Afectivo Disfuncional		3,6,7,14,15,22, 30,32,34,37,	0.7213	11		
			3,7,14,22,30,32, 34,37,39	0.7492	9	Se eliminan 6, 15	
	Patrones de Comunicación Disfuncionales		5,16,25,27	-0.057	4		
	Patrones de Comunicación Funcionales	8,36,40		0.738	3		
	Resolución de Problemas	17,23,31		0.667	3		
	Patrones de Control de Conducta	9,28		0.589	2		
	Instrumento Total				0.816	40	
					0.939	36	Se eliminan reactivos 6, 15, 25 y 39
					0.9209	40	15 reactivos recodificados
				0.926	37	Se eliminana f15r,f6r, f27r	
Cuestionario de Estilos de Enfrentamientos	Involucramiento	1, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 16, 17, 19, 21, 25, 26, 28		0.8441	14		
				0.8627	13	Se elimina el reactivo 1	
	Tolerancia	3, 4,10, 14, 20, 23, 24, 27, 30		0.6634	9		
				0.7031	6	Se eliminan los reactivos 3,4,24	
	Retiro	2, 8, 12, 15, 18,		0.3951	8		
		Restar 5,22					
	Instrumento Total				0.8447	30	
				0.8767	21	Se eliminan los reactivos 1,4,12, 18,22,24,28,29,30	
Cuestionario de Síntomas	Síntomas Físicos	1, 2, 4, 6, 7, 11, 14, 16, 21, 22, 27, 29, 30		0.8175	13		
	Síntomas Psicológicos	3, 5, 8, 9,10,12, 13, 15, 17,18, 19, 20, 23, 24, 25, 26,		0.8897	17		
	Instrumento Total			0.9202	30		

Correlación de las dimensiones de la Percepción del Funcionamiento Familiar, Estilos de Enfrentamiento y Síntomas.

En la Tabla #16 aparece el grado de correlación y el nivel de significancia de las variables de los instrumentos seleccionados como son: el cuestionario de la percepción del funcionamiento familiar, los estilos de enfrentamiento y la presencia de síntomas. Del primero de ellos se rescatan cuatro subescalas: *involucramiento afectivo funcional*, *involucramiento afectivo disfuncional*, *patrones de comunicación funcionales* y *resolución de problemas*. El segundo instrumento se analizan dos de las dimensiones: *estilo de enfrentamiento involucrado* y el *estilo de enfrentamiento tolerante*, y el tercer instrumento se examinan las dos subescalas que lo conforman: *síntomas físicos* y *síntomas psicológicos*. Los resultados nos indican que la asociación entre variables es altamente significativa ya sea positiva o negativamente con un nivel de significancia ($p \leq 0.05$). Por encima de estos valores se infiere que no existe ningún grado estadístico de correlación posible. En función de lo anterior se tiene que:

Tabla #16. Tabla de Correlaciones entre Funcionamiento familiar, Estilo de Enfrentamiento y Síntomas

		Involucramiento Afectivo Funcional	Involucramiento Afectivo Disfuncional	Patrones de Comunicación Funcionales	Resolución de Problemas	Estilo de Enfrentamiento Involucrado	Estilo de Enfrentamiento Tolerante	Síntomas Físicos	Síntomas Psicológicos
Involucramiento Afectivo Funcional	Correlación Pearson	1	-.637**	.701**	.628**	-.071	-.188	-.087	-.275*
	Significancia		.000	.000	.000	.604	.164	.522	.040
Involucramiento Afectivo Disfuncional	Correlación Pearson	-.***	1	-.381**	-.333*	-.099	.045	.055	.319*
	Significancia			.004	.012	.468	.740	.688	.017
Patrones de Comunicación Funcionales	Correlación Pearson	**	-.***	1	.661**	-.135	-.213	-.213	-.203
	Significancia				.000	.321	.115	.115	.133
Resolución de Problemas	Correlación Pearson	**	-.*	**	1	-.169	-.338*	-.282*	-.303*
	Significancia					.214	.011	.035	.023
Estilo de Enfrentamiento Involucrado	Correlación Pearson					1	.414**	.428**	.362**
	Significancia						.002	.001	.006
Estilo de Enfrentamiento Tolerante	Correlación Pearson				-.*	**	1	.375**	.292*
	Significancia							.004	.029
Síntomas Físicos	Correlación Pearson				-.*	**	**	1	.769**
	Significancia								.000
Síntomas Psicológicos	Correlación Pearson	-.*	*		-.*	**	*	**	1

* El índice de correlación es significativo a partir del nivel 0.05

** El índice de correlación es altamente significativo a partir del nivel de 0.01

De acuerdo a Hernández, Fernández-Collado y Baptista (2008) El índice de correlación de *Pearson* (r) se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas entre dos variables y mide la relación o asociación entre éstas, estos valores pueden variar de -1 a +1 en donde -1 expresa una correlación negativa perfecta y +1 significa una correlación positiva perfecta, el 0.00 indica que no existe alguna relación entre las variables. Por otro lado también se

expresa que cuando el nivel de significancia es menor al valor de 0.05 se dice que el coeficiente correlación de Pearson (r) es significativo en el nivel del 95% de confianza en la que la correlación sea verdadera y 5% de probabilidad de error. Si la significancia es menor al 0.01 el coeficiente es significativo al nivel del 99% de confianza de que la correlación sea verdadera y 1% de probabilidad de error. En función de esto se tiene que:

Correlacionan de manera positiva y alta (al nivel de significancia ≤ 0.01) las subescalas de *involucramiento afectivo funcional* con las de *patrones de comunicación funcionales* ($r=.701$, sig. .000) y *resolución de problemas* ($r=.628$, sig. .000). La subescala de *patrones de comunicación funcionales* y *resolución de problemas* ($r=0.661$, sig. 0.000). La subescala de *estilo de enfrentamiento involucrado* con las de *estilo de enfrentamiento tolerante* ($r=0.414$, sig.0.002) así como con las de *síntomas físicos* ($r=0.428$, sig. 0.001) y *síntomas psicológicos* ($r=0.362$, sig. 0.006). La subescala de *síntomas físicos* con las de *estilos de enfrentamiento involucrado* ($r=0.428$, sig. 0.001); con *estilos de enfrentamiento tolerante* ($r=0.375$, sig. 0.004) y *síntomas psicológicos* ($r=0.769$ sig. 0.000).

Se encuentra una **correlación positiva media** (al nivel de significancia ≤ 0.05) entre las subescalas de *involucramiento afectivo disfuncional* con la de *síntomas psicológicos* ($r=0.319$, sig. 0.017); la subescala de *estilo de enfrentamiento tolerante* con la subescala de *síntomas psicológicos* ($r=0.292$, sig. 0.029).

No se encuentra correlación alguna (al nivel de significancia > 0.05) entre las subescalas *involucramiento afectivo funcional* con las subescalas de *estilo de enfrentamiento involucrado* ($r=-0.071$, sig. 0.604). Las subescalas de *involucramiento afectivo disfuncional* con las de *estilos de enfrentamiento involucrado* ($r=-0.099$, sig. 0.468) y con la de *estilo de enfrentamiento tolerante* ($r=0.045$, sig. 0.740); y con la subescala de *síntomas físicos* ($r=0.055$, sig. 0.688). Las subescalas de *patrones de comunicación funcionales* con las de *estilos de enfrentamiento involucrado* ($r=-0.135$, sig. 0.321); *estilo de enfrentamiento tolerante* ($r=-0.213$, sig. 0.115); con la subescala de *síntomas físicos* ($r=-0.213$, sig. 0.115) y *síntomas psicológicos* ($r=-0.203$, sig. 0.113). La subescala de *resolución de problemas* con la subescala de *estilo de enfrentamiento involucrado* ($r=-0.169$, sig. 0.214).

Se encuentra una **correlación negativa en un rango medio** (al nivel de significancia ≤ 0.05) entre las subescalas de *involucramiento afectivo funcional* y la de *síntomas psicológicos* ($r=-0.275$, sig. 0.040).

La subescala de *involucramiento afectivo disfuncional* con las de *resolución de problemas* ($r=-0.333$, sig. 0.012). Las subescalas de *resolución de problemas* con el *estilo de enfrentamiento tolerante* ($r=-0.338$, sig. 0.011) y con las subescalas de *síntomas físicos* ($r=-0.282$, sig. 0.035) y con la de *síntomas psicológicos* ($r=-0.303$, sig. 0.023).

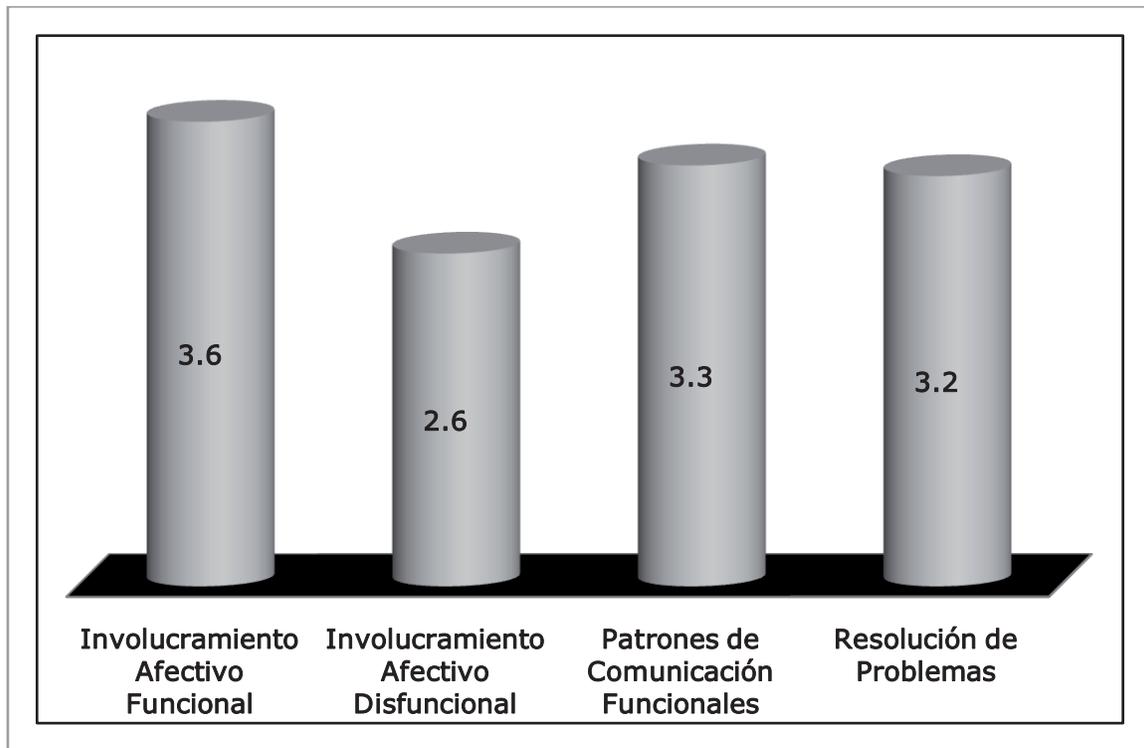
Se encuentra una **correlación negativa en un rango alto** (al nivel de significancia ≤ 0.01) entre las subescalas de *involucramiento afectivo funcional* con las subescalas de *involucramiento afectivo disfuncional* ($r=-0.637$, sig. 0.000). La subescala de *involucramiento afectivo disfuncional* con la de *patrones de comunicación funcionales* ($r=-0.0381$, sig. 0.004).

Perfil del funcionamiento familiar.

En relación al perfil del funcionamiento familiar se tiene que del Cuestionario de la Percepción de Funcionamiento Familiar de Raquel Atri y Zetune (2006) el cual mide seis dimensiones familiares (ver la sección de instrumentos dentro del método ubicado en el apartado II). Para medir la consistencia interna he utilizado el *alpha de Cronbach*. En el análisis psicométrico se observa, como ya se ha referido anteriormente, que el cuestionario cuenta con una consistencia interna aceptable de 0.939, sin embargo, para esta población se obtiene que dos de las subescalas del cuestionario no alcanzan el índice de validez esperado, éstas son: la subescala de *patrones de control de conducta* y la de *patrones de comunicación disfuncionales*, por lo que únicamente se utilizan 4 de ellas para el análisis e interpretación de los resultados (ver Figura #15).

En éste cuestionario los participantes presentaron mayores puntajes en la subescala de *involucramiento afectivo funcional* (promedio de: 3.6), seguido por la de *patrones de comunicación funcionales* (promedio de 3.3) y la de *capacidad de resolución de problemas* (promedio de 3.2); en la subescala de *involucramiento afectivo disfuncional* se encontró un promedio de 2.6. Como se recordará (ver la sección de instrumentos dentro del método), la escala se califica con un puntaje mínimo de 1 y máximo de 5. Esto indica que a mayor puntuación la percepción funcional de la dimensión es mayor, con excepción de la subescala *involucramiento afectivo disfuncional* que está construida con reactivos negativos, es decir, que a mayor puntuación se considera mayor disfuncionalidad percibida.

Figura #15 Puntaje promedio del Cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar en los familiares de adictos

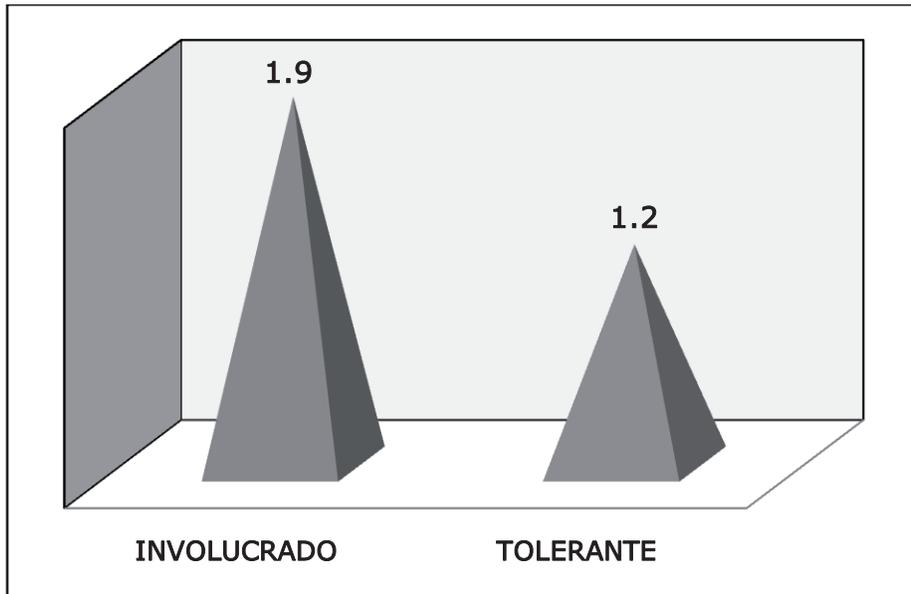


Perfil de estilos de enfrentamiento

Por su parte, el Cuestionario de de Enfrentamiento de *Orford* y cols. (1992) se califica con un puntaje mínimo de 0 y máximo de 3. El puntaje mínimo para cada reactivo es de 0 el cual equivale a que nunca se utilizó ese estilo de enfrentamiento al cual hace referencia, las puntuaciones del 1 al 3 indican que se ha usado una forma particular de respuesta y por tal motivo a mayor puntuación la frecuencia con la que se ha respondido con ese estilo específico se incrementa. De igual forma como la consistencia interna global del instrumento cuenta con una validez del 0.877, pero se contempla que para esta población la subescala de *retiro* no alcanzó la consistencia interna esperada, por lo que no se incluye en el análisis de los resultados de la presente investigación.

Como se observa en la Figura #16, la dimensión en donde los participantes obtuvieron puntajes más altos fue en la subescala de *estilo de enfrentamiento involucrado*, también llamado *estilo comprometido*, obteniendo un promedio de 1.9, mientras que el *estilo tolerante* el cual obtiene un valor medio de 1.2.

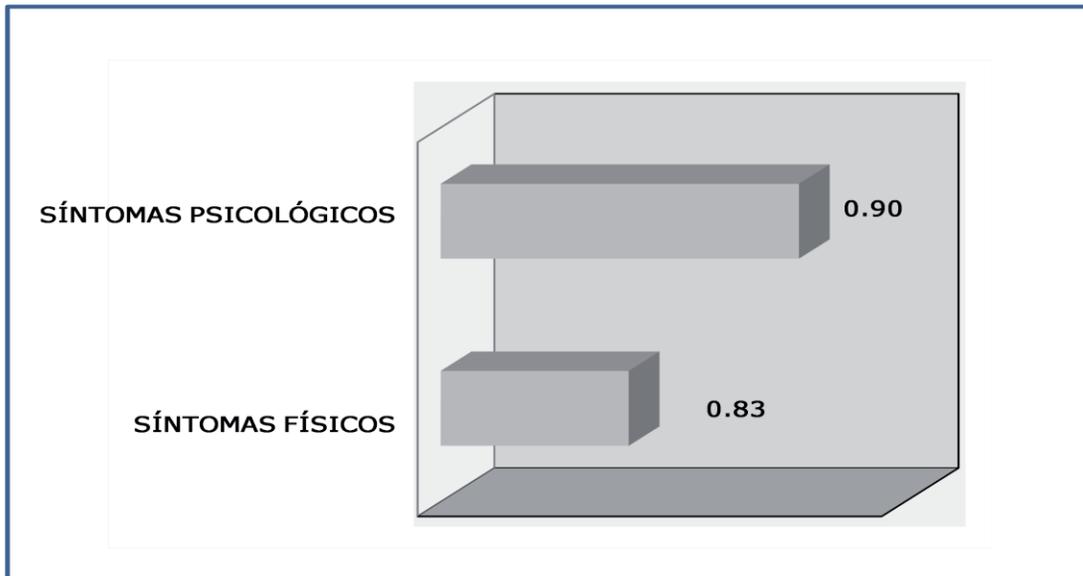
Figura #16. Estilos de enfrentamiento.



Perfil de síntomas físicos y psicológicos

Los participantes reportan mayores síntomas psicológicos que físicos. En los primeros se obtiene un promedio de 0.9 y en los segundos de 0.83 (ver Figura #17). El puntaje mínimo para cada síntoma es de 0 el cual equivale a que nunca se presenta el síntoma, la puntuación 1 equivale a que se presenta algunas veces y 2 corresponde a que se presenta a menudo.

Figura #17. Resultados Cuestionario de Síntomas



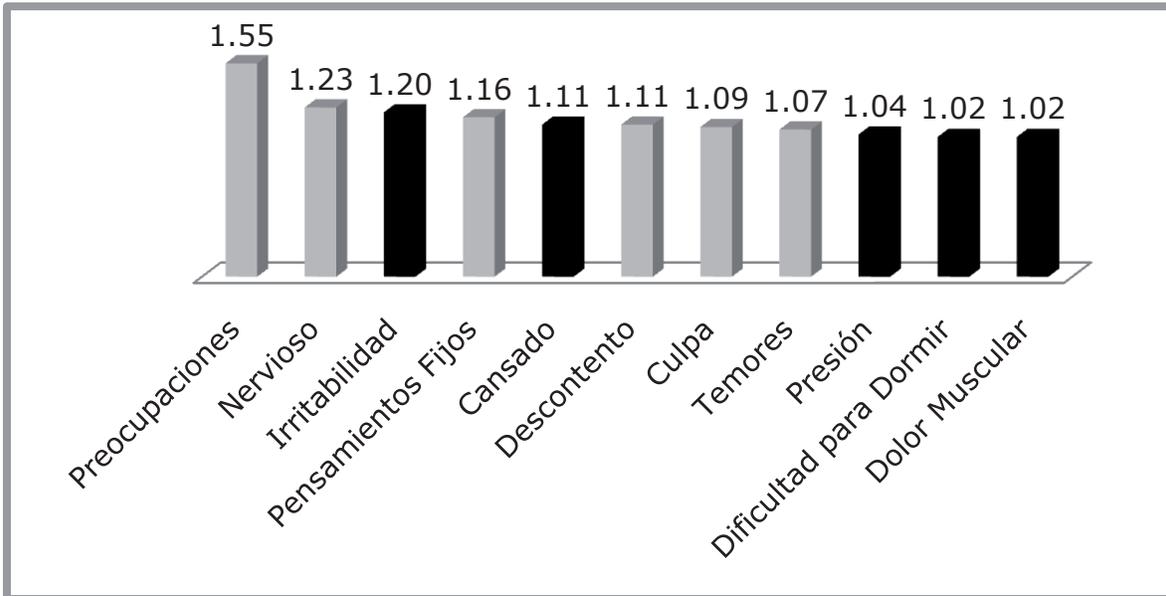
En la Tabla #17 se presentan las puntuaciones promedio de los treinta síntomas que integran el cuestionario. Se observa como el síntoma preocupaciones obtiene un promedio de 1.55, le sigue el sentirse nervioso con un promedio de 1.23. Se contempla como las medidas resultantes se encuentran por encima del promedio grupal. Existen nueve síntomas psicológicos con medias superiores a la media grupal y ocho por debajo de la misma. Para los síntomas físicos encontramos que irritabilidad da cuenta de un promedio de 1.20, le sigue el síntoma cansado con una puntuación de 1.11. Se aprecia que seis de los síntomas físicos se encuentran por debajo de la media grupal y siete de éstos suman promedios mayores al promedio del grupo evaluado.

Tabla #17. Puntuaciones promedio de síntomas.

Síntomas Psicológicos			Síntomas Físicos		
Reactivo	Síntomas	Promedio	Reactivo	Síntomas	Promedio
13	Preocupaciones	1.55	22	Irritabilidad	1.20
3	Nervioso	1.23	2	Cansado	1.11
23	Pensamientos Fijos	1.16	4	Presión	1.04
25	Descontento	1.11	14	Dolor Muscular	1.02
12	Culpa	1.09	29	Dificultad para Dormir	1.02
5	Temores	1.07	1	Mareado o debilidad	0.96
9	Inquieto	0.98	21	Cosquilleo	0.82
17	Dificultades para pensar	0.96	27	Síntoma Físico	0.77
10	Poca Memoria	0.91	30	Despertarse Temprano	0.77
28	Sin Concentración	0.89	7	Palpitaciones	0.7
8	Sin Esperanzas	0.88	11	Dolor de Pecho	0.61
19	Tensión	0.71	6	Poco Apetito	0.54
15	Pensar que se le considera Menos	0.7	16	Temblores	0.27
18	Poca valía	0.7			
24	Pérdida de Interés	0.68			
20	Inferioridad	0.46			
26	Pánico	0.29			

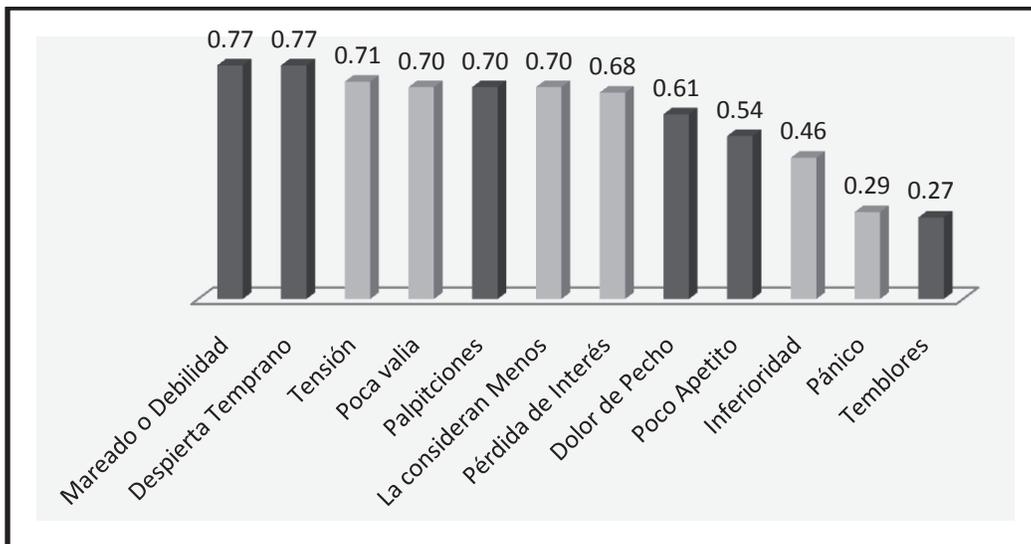
Mientras que en las Figuras #18 y #19 se observa que los 11 síntomas que obtuvieron puntuaciones promedio por encima del valor uno fueron: preocupaciones, nerviosismo, irritabilidad, entre otros. Por otro lado, también se contempla los 12 síntomas que reportan un valor promedio inferior a uno como son: debilidad, insomnio tardío, tensión, ideas de minusvalía entre otros.

Figura #18. Síntomas físicos y psicológicos reportados con mayor puntuación



■ Síntomas Físicos
■ Síntomas Psicológicos

Figura #19. Síntomas físicos y psicológicos reportados con menor puntuación



■ Síntomas Físicos
■ Síntomas Psicológicos

Correlación de las variables del funcionamiento familiar, estilos de enfrentamiento y síntomas y variables sociodemográficas y diagnósticas.

Las variables sociodemográficas y su correlación con las dimensiones de los instrumentos muestran los resultados arrojados por los cuestionarios y las puntuaciones que los familiares vertieron en cada caso específico. A continuación se muestran las tablas y los valores promedio así como el nivel de significancia de cada uno de los grupos.

Tabla #19. Puntajes promedio según el género del paciente en la percepción del Funcionamiento Familiar, Estilos de Enfrentamiento y Síntomas en familiares de adictos.

Dimensión	Género del Paciente	N	Media	Desviación Std.	Significancia
Involucramiento Afectivo Funcional	Masculino	47	3.6	0.83	0.31
	Femenino	9	3.9	0.65	
Involucramiento Afectivo Disfuncional	Masculino	47	2.6	0.75	0.56
	Femenino	9	2.7	0.66	
Patrones de Comunicación Funcionales	Masculino	47	3.2	0.95	0.30
	Femenino	9	3.6	0.91	
Resolución de Problemas	Masculino	47	3.1	1.09	0.03
	Femenino	9	3.9	0.76	
Estilo de Enfrentamiento Involucrado	Masculino	47	2.0	0.62	0.44
	Femenino	9	1.8	0.71	
Estilo de Enfrentamiento Tolerante	Masculino	47	1.4	0.68	0.23
	Femenino	9	1.1	0.50	
Síntomas Físicos	Masculino	47	0.8	0.36	0.86
	Femenino	9	0.8	0.33	
Síntomas Psicológicos	Masculino	47	0.9	0.38	0.40
	Femenino	9	1.0	0.29	

En la Tabla #19 se observan los resultados de la muestra según el género del paciente y las dimensiones familiares, se contempla la media de cada dimensión, la desviación estandar, así como la significancia. Se puede apreciar la diferencia en las puntuaciones de los grupos masculino y femenino sin embargo llega a ser significativa, excepto en la dimensión

resolución de problemas en donde los hombres arrojaron puntuaciones medias de $x=3.1$, mientras que las mujeres $x=3.9$ y el nivel de significancia fue de $p=0.03$.

Tabla #20. Comparación los puntajes promedio según el género del familiar en las variables del Funcionamiento Familiar, Estilos de Enfrentamiento y Síntomas.

Dimensión	Género del Familiar	N	Media	Desviación Std.	Significancia
Involucramiento Afectivo Funcional	Masculino	11	4.1	0.52	0.02
	Femenino	45	3.5	0.82	
Involucramiento Afectivo Disfuncional	Masculino	11	2.1	0.61	0.02
	Femenino	45	2.7	0.73	
Patrones de Comunicación Funcionales	Masculino	11	3.7	0.93	0.09
	Femenino	45	3.2	0.93	
Resolución de Problemas	Masculino	11	3.9	0.76	0.02
	Femenino	45	3.0	1.09	
Estilo de Enfrentamiento Involucrado	Masculino	11	2.0	0.65	0.86
	Femenino	45	2.0	0.63	
Estilo de Enfrentamiento Tolerante	Masculino	11	1.4	0.49	0.80
	Femenino	45	1.3	0.70	
Síntomas Físicos	Masculino	11	0.8	0.33	0.62
	Femenino	45	0.8	0.36	
Síntomas Psicológicos	Masculino	11	0.8	0.35	0.20
	Femenino	45	0.9	0.37	

En relación al *género del familiar* en la Tabla #20 se puede observar que en tres dimensiones la significancia es de $p=0.02$. La dimensión *involucramiento afectivo funcional* se aprecia que el grupo masculino tiene una puntuación media de 4.1, en tanto que el grupo femenino con $x=3.5$. En la dimensión *involucramiento afectivo disfuncional* los hombres puntúan $x=2.1$ mientras que las mujeres $x=2.7$. En la dimensión *resolución de problemas* los hombres obtienen una puntuación media de $x=3.9$ y las mujeres de $x=3.0$.

Tabla #21. Comparación de medias de la muestra según el estado laboral del paciente y dimensiones familiares del Funcionamiento Familiar, Estilos de Enfrentamiento y Síntomas.

Dimensión	Estado Laboral	N	Media	Desviación Std.	Significancia
Involucramiento Afectivo Funcional	Activo	30	3.5	0.87	0.16
	Inactivo	25	3.8	0.67	
Involucramiento Afectivo Disfuncional	Activo	30	2.6	0.71	0.85
	Inactivo	25	2.6	0.77	
Patrones de Comunicación Funcionales	Activo	30	3.1	1.02	0.09
	Inactivo	25	3.5	0.80	
Resolución de Problemas	Activo	30	3.0	1.14	0.09
	Inactivo	25	3.5	0.99	
Estilo de Enfrentamiento Involucrado	Activo	30	1.8	0.71	0.05
	Inactivo	25	2.2	0.47	
Estilo de Enfrentamiento Tolerante	Activo	30	1.4	0.64	0.16
	Inactivo	25	1.2	0.68	
Síntomas Físicos	Activo	30	0.8	0.37	0.90
	Inactivo	25	0.8	0.33	
Síntomas Psicológicos	Activo	30	0.9	0.39	0.67
	Inactivo	25	0.9	0.36	

En la Tabla #21 se exponen las puntuaciones medias para la muestra según su estado laboral y se puede observar que en la dimensión *estilo de enfrentamiento involucrado* existe un nivel de significancia de $p=0.05$ entre personas activas y no activas laboralmente. El promedio las valoraciones medias resultantes de los activos laboralmente es de $x=1.8$ y de los inactivos fue de $x=2.2$.

Tabla 22. Comparación de medias de la muestra Eje 1 de acuerdo al diagnóstico del DSMIV-R en las dimensiones familiares del Funcionamiento Familiar, Estilos de Enfrentamiento y Síntomas.

Dimensión	EJE 1 del DSM-IV	N	Media	Desviación Std.	Significancia
Involucramiento Afectivo Funcional	Abuso	13	3.7	0.76	0.71
	Dependencia	40	3.6	0.83	
Involucramiento Afectivo Disfuncional	Abuso	13	2.6	0.71	0.90
	Dependencia	40	2.6	0.70	
Patrones de Comunicación Funcionales	Abuso	13	3.4	1.01	0.55
	Dependencia	40	3.2	0.90	
Resolución de Problemas	Abuso	13	3.7	1.06	0.06
	Dependencia	40	3.0	1.09	
Estilo de Enfrentamiento Involucrado	Abuso	13	2.0	0.43	0.57
	Dependencia	40	1.9	0.67	
Estilo de Enfrentamiento Tolerante	Abuso	13	1.1	0.63	0.09
	Dependencia	40	1.4	0.67	
Síntomas Físicos	Abuso	13	0.8	0.32	0.59
	Dependencia	40	0.8	0.36	
Síntomas Psicológicos	Abuso	13	0.9	0.32	0.97
	Dependencia	40	0.9	0.37	

En relación al diagnóstico de abuso o dependencia de drogas no se observan diferencias significativas entre los grupos. Sólo se observa una tendencia a presentar puntajes más altos en *resolución de problemas* cuando hay abuso ($x=3.7$) que cuando hay dependencia a las drogas ($x=3.0$) con una significancia de $p=0.06$, ver Tabla #22.

Tabla #23. Comparación de medias según el tipo de consumidor en las dimensiones del Funcionamiento Familiar, Estilos de Enfrentamiento y Síntomas

Dimensión	Tipo de Consumidor	N	Media	Desviación Std.	Significancia
Involucramiento Afectivo Funcional	Monousuario	32	3.6	0.86	0.69
	Poliusuario	24	3.7	0.75	
Involucramiento Afectivo Disfuncional	Monousuario	32	2.6	0.81	0.80
	Poliusuario	24	2.6	0.63	
Patrones de Comunicación Funcionales	Monousuario	32	3.3	1.02	1.00
	Poliusuario	24	3.3	0.86	
Resolución de Problemas	Monousuario	32	3.2	1.16	0.81
	Poliusuario	24	3.2	0.99	
Estilo de Enfrentamiento Involucrado	Monousuario	32	2.0	0.56	0.71
	Poliusuario	24	1.9	0.71	
Estilo de Enfrentamiento Tolerante	Monousuario	32	1.4	0.74	0.69
	Poliusuario	24	1.3	0.55	
Síntomas Físicos	Monousuario	32	0.8	0.36	0.50
	Poliusuario	24	0.9	0.35	
Síntomas Psicológicos	Monousuario	32	0.9	0.38	0.90
	Poliusuario	24	0.9	0.36	

En la Tabla #23, puede observarse que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de consumidor en las variables del funcionamiento familiar, estilos de enfrentamiento y síntomas.

Tabla #24. Comparación de medias según el tipo de trastorno (dual o único) en las dimensiones familiares de Funcionamiento Familiar, Estilos de Enfrentamiento y Síntomas.

Dimensión	Comor- bilidad	N	Media	Desviación Std.	Desviación Std. Gpal	Significancia
Involucramiento Afectivo Funcional	T. Único	45	3.6	0.81	0.81	0.84
	T. Dual	11	3.7	0.84		
Involucramiento Afectivo Disfuncional	T. Único	45	2.6	0.79	0.74	0.65
	T. Dual	11	2.5	0.43		
Patrones de Comunicación Funcionales	T. Único	45	3.3	0.89	0.95	0.67
	T. Dual	11	3.2	1.20		
Resolución de Problemas	T. Único	45	3.2	1.10	1.09	0.99
	T. Dual	11	3.2	1.06		
Estilo de Enfrentamiento Involucrado	T. Único	45	2.0	0.63	0.63	0.69
	T. Dual	11	1.9	0.65		
Estilo de Enfrentamiento Tolerante	T. Único	45	1.3	0.70	0.66	0.56
	T. Dual	11	1.4	0.42		
Síntomas Físicos	T. Único	45	0.8	0.37	0.37	0.42
	T. Dual	11	0.9	0.27		
Síntomas Psicológicos	T. Único	45	0.9	0.40	0.36	0.64
	T. Dual	11	1.0	0.25		

De igual manera en la Tabla #24 los datos indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, puesto que las puntuaciones medias son muy similares.

Tabla #25. Variables en las que se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones del Funcionamiento Familiar, Estilos de Enfrentamiento y Síntomas.

Muestra	Involucramiento Afectivo Funcional	Involucramiento Afectivo Disfuncional	Patrones de Comunicación Funcionales	Resolución de Problemas	Estilo de Enfrentamiento Involucrado	Estilo de Enfrentamiento Tolerante	Síntomas Físicos	Síntomas Psicológicos
Género del Paciente	0.31	0.56	0.30	*	0.56	0.23	0.86	0.40
Género del Familiar	*	*	0.09	*	0.86	0.80	0.62	0.20
Estado Laboral	0.16	0.85	0.09	0.09	*	0.16	0.90	0.67
Diagnóstico Eje 1 DSM IV	0.75	0.99	0.58	0.06	0.52	0.09	0.62	0.96
Tipo de Consumidor	0.69	0.80	1.0	0.81	0.71	0.69	0.50	0.90
Comorbilidad	0.84	0.65	0.67	0.99	0.69	0.56	0.42	0.64
Edad del paciente	0.76	0.19	0.63	0.47	0.29	0.73	0.81	0.93
Edad del familiar	0.30	0.40	0.75	0.78	0.29	0.47	0.96	0.92
Parentesco	*	*	*	*	*	0.16	*	*
Escolaridad	0.40	*	0.67	0.38	0.41	0.55	0.73	0.94
Ocupación	0.49	0.62	0.44	0.25	0.57	0.25	0.09	0.35
Edo. Civil	0.67	0.68	0.53	0.15	*	0.27	*	0.14
Evaluación Global de Funcionalidad	0.14	*	*	0.35	0.26	0.85	0.12	*
Edad inicio de consumo	0.09	0.17	*	0.49	0.24	0.92	0.78	0.31
Años de consumo	0.33	0.18	0.23	0.66	*	*	0.68	0.50

En la Tabla #25 se concentran las puntuaciones que representan los niveles de significancia de todas las variables analizadas, tanto las de dos muestras independientes como las de más de dos muestras. Así tenemos que los niveles de significancia entre $p=0.05$ y $p=0.01$ se encuentran las muestras **género del paciente** ($p=0.03$) con la dimensión *resolución de problemas*; **género del familiar** con las dimensiones *involucramiento afectivo funcional*, *involucramiento afectivo disfuncional* y *resolución de problemas* los tres con un nivel de significancia del $p=0.02$. La muestra **estado laboral** (significancia $p=0.05$) con la dimensión *estilo de enfrentamiento involucrado*. Existen diferencias en los grupos **parentesco**: *patrones de comunicación funcionales* ($p=0.03$), *resolución de problemas* ($p=0.02$) *síntomas psicológicos* ($p=0.04$). En la muestra **escolaridad** en la *dimensión involucramiento afectivo disfuncional* ($p=0.04$). La muestra **estado civil** en las dimensiones *estilo de enfrentamiento involucrado* ($p=0.04$), La muestra **evaluación general de funcionalidad** en las dimensiones *involucramiento afectivo disfuncional* y *patrones de comunicación funcionales* las dos con niveles de significancia de $p=0.03$ y *síntomas psicológicos* ($p=0.02$). La muestra **edad de inicio de consumo** en la dimensión *patrones de comunicación funcionales* ($p=0.03$) y en las muestras **años de consumo** tenemos las dimensiones *estilos de enfrentamiento involucrado* y *estilo de enfrentamiento tolerante* con significancias de $p=0.02$ y $p=0.04$ respectivamente. Las muestras que han obtenido significancias al $p=0.01$ y menores se encuentran en la muestra **parentesco** en las dimensiones *involucramiento afectivo funcional* ($p=0.00$) y las dimensiones con una significancia de 0.01 *involucramiento afectivo disfuncional* y *síntomas físicos*. La muestra **estado civil** guarda una significancia de $p=0.01$ en la dimensión *síntomas físicos*.

Tabla #26. Comparación de medias según el tipo de sustancia psicoactiva consumida en las dimensiones del Funcionamiento Familiar, Estilos de Enfrentamiento y Síntomas.

Muestra				Involucramiento Afectivo Funcional	Involucramiento Afectivo Disfuncional	Patrones de Comunicación Funcionales	Resolución de Problemas	Estilo de Enfrentamiento Involucrado	Estilo de Enfrentamiento Tolerante	Síntomas Físicos	Síntomas Psicológicos
Sustancia	Consumo	N	Prueba								
Tabaco	Si	6	Media	4.0	2.2	3.8	3.8	1.9	1.3	0.8	0.8
	No	45		3.6	2.6	3.3	3.2	2.0	1.3	0.8	0.9
				Sig.	0.21	0.22	0.22	0.20	0.80	0.86	0.82
Alcohol	Si	29	Media	3.6	2.5	3.3	3.0	2.0	2.0	0.9	0.9
	No	22		3.7	2.6	3.4	3.6	1.9	1.9	0.7	0.7
				Sig.	0.89	0.66	0.64	0.05	0.79	0.37	0.06
Marihuana	Si	10	Media	3.9	2.2	3.8	3.6	2.5	1.2	0.8	1.0
	No	40		3.6	2.7	3.2	3.2	1.8	1.4	0.8	0.9
				Sig.	0.22	0.09	0.12	0.24	0.00	0.42	0.84
Cocaína	Si	17	Media	3.6	2.6	3.4	3.2	1.7	1.4	0.8	0.9
	No	33		3.7	2.5	3.3	3.3	2.1	1.3	0.8	0.9
				Sig.	0.58	0.72	0.89	0.70	0.09	0.77	0.98
Opiáceos	Si	4	Media	3.0	3.4	3.2	3.2	1.5	0.8	0.6	0.9
	No	46		3.7	2.5	3.4	3.3	2.0	1.4	0.8	0.9
				Sig.	0.14	0.01	0.70	0.86	0.11	0.10	0.30
Anfetaminas	Si	2	Media	4.3	2.1	3.5	3.2	1.9	1.8	0.6	0.7
	No	48		3.6	2.6	3.3	3.3	2.0	1.3	0.8	0.9
				Sig.	0.29	0.33	0.82	0.90	0.95	0.37	0.34
Ribotril	Si	2	Media	3.8	1.8	3.5	3.5	2.4	1.8	0.7	0.5
	No	48		3.6	2.6	3.3	3.3	1.9	1.3	0.8	0.9
				Sig.	0.84	0.14	0.82	0.76	0.29	0.37	0.62
Inhalantes	Si	2	Media	4.5	1.9	4.2	4.8	2.2	0.7	0.5	0.6
	No	48		3.6	2.6	3.3	3.2	1.9	1.4	0.8	0.9
				Sig.	0.14	0.18	0.22	0.04	0.59	0.16	0.21
Alucinógenos	Si	1	Media	4.5	1.9	3.7	4.7	2.0	1.0	0.9	0.5
	No	49		3.6	2.6	3.3	3.2	1.9	1.3	0.8	0.9
				Sig.	0.32	0.35	0.74	0.20	0.94	0.63	0.77

En relación a las sustancias consumidas y las dimensiones familiares que se muestran en la Tabla #26 se encuentra que únicamente en cuatro de ellas los niveles de significancia son altos, en la muestra alcohol en la dimensión *resolución de problemas* se tiene un valor de $p=0.05$, marihuana en la dimensión *estilo enfrentamiento involucrado* $p=0.00$, opiáceos en la dimensión *involucramiento afectivo disfuncional* con valores de $p=0.01$ y en la muestra de inhalantes al $p=0.04$ de significancia en la dimensión *resolución de problemas*.

La utilización de modelos de ANOVA puede permitirnos detectar diferencias, a nivel global, entre las medias involucradas, pero para realizar a mayor detalle y detectar las diferencias entre los subgrupos es posible mediante el uso del procedimiento de análisis de comparaciones múltiples, para tal efecto he utilizado la prueba *Bonferroni* con la finalidad de identificar en cuál de los subgrupos se encuentran diferencias significativas o semejanzas Freund, Miller y Miller (2006).

Análisis de comparaciones múltiples.

En la Tabla #27 se observa que en las dimensiones en donde se han encontrado diferencias entre los grupos. En la variable parentesco se tiene que en la dimensión *patrones de comunicación funcionales* el grupo de esposa ($x=2.89$) y otro familiar ($x=4.67$) tienen una significancia de $p=0.023$. En la dimensión *estilo de enfrentamiento involucrado* se encuentran diferencias entre los grupos: madre ($x=2.06$) y hermano (a) ($x=1.21$) con un nivel de significancia de $p=0.007$; madre ($x=2.06$) y otro familiar ($x=0.89$) se encuentra un nivel de significancia de $p=0.005$; padre ($x=2.21$) y hermano(a) ($x=1.21$) con una significancia de $p=0.005$; padre ($x=2.21$) y otro familiar ($x=.89$) y con una significancia de $p=0.003$; esposa ($x=2.21$) y hermano(a) ($x=1.21$) y otro familiar ($x=0.89$) ambos con la misma significancia $p=0.002$. En la dimensión *síntomas físicos* en el grupo esposa ($x=1.08$) y hermano(a) ($x=0.60$) al nivel de $p=0.03$, y esposa ($x=1.08$) y otro familiar ($x=0.45$) y significancia de $p=0.048$.

Tabla #27. Análisis de comparaciones múltiples para los subgrupos de parentesco

Dimensión	Tipo de Parentesco	X	P
Patrones de Comunicación Funcionales	Esposa	2.89	0.023
	Otro familiar	4.67	
Estilo de Enfrentamiento Involucrado	Madre	2.06	0.007
	Hermano(a)	1.21	
	Madre	2.06	0.005
	Otro familiar	0.89	
	Padre	2.21	0.005
	Hermano(a)	1.21	
	Padre	2.21	0.003
	Otro familiar	0.89	
	Esposa	2.21	0.002
	Hermano(a)	1.21	
Esposa	2.21	0.002	
Otro familiar	0.89		
Síntomas Físicos	Esposa	1.08	0.03
	Hermano(a)	0.06	
	Esposa	1.08	0.048
	Otro familiar	0.45	

En la Tabla #28 se muestra la variable nivel escolar se aprecian únicamente diferencias en los grupos básico ($x=2.89$) y medio ($x=4.67$) con una significancia de $p=0.04$ en la dimensión *involucramiento afectivo disfuncional*.

Tabla #28. Análisis de comparaciones múltiples para los subgrupos de nivel escolar

Dimensión	Nivel Escolar	X	P
Involucramiento Afectivo Disfuncional	Básico	2.89	0.023
	Medio	4.67	

Mientras que el grupo estado civil se encuentran diferencias en el subgrupo soltero ($x=.74$) y unión libre ($x=1.08$) en la dimensión síntomas físicos con una significancia de $p=0.024$, ver Tabla #29.

Tabla #29. Análisis de comparaciones múltiples para los subgrupos de estado civil

Dimensión	Estado Civil	X	P
Síntomas Físicos	Soltero	0.74	0.024
	Unión Libre	1.08	

En la Tabla #30 aparece la variable evaluación general de la funcionalidad y los resultados que se muestran son como siguen: en la dimensión *involucramiento afectivo disfuncional* el grupo de *51 a 60* ($x=1.78$) establece diferencias significativas ($p=0.033$) con el de *81 a 90* ($x=3.16$); la dimensión *patrones de comunicación funcionales* en los grupos de *51 a 60* ($x=3.4$) y de *81 a 90* ($x=2.4$) la significancia es del $p=0.018$ y en la dimensión *síntomas psicológicos* la diferencia entre grupos se encuentra entre el de *51 a 60* ($x=0.5$) y *61 a 70* ($x=1.11$) con un nivel de significancia de $p=0.05$.

Tabla #30. Análisis de comparaciones múltiples para los subgrupos de evaluación general de la funcionalidad

Dimensión	Evaluación General de la Funcionalidad	X	P
Involucramiento Afectivo Disfuncional	51 a 60	1.78	0.033
	81 a 90	3.16	
Patrones de Comunicación Funcionales	51 a 60	3.4	0.018
	81 a 90	2.4	
Síntomas Psicológicos	51 a 60	0.5	0.024
	61 a 70	1.11	

Así mismo en la Tabla #31 se muestra una síntesis esquemática del grado de correlación que existen entre las dimensiones estudiadas, así como las puntuaciones de las subescalas de los instrumentos utilizados.

Tabla #31. Correlación de las dimensiones Percepción del Funcionamiento Familiar, Estilos de Enfrentamiento y Síntomas.

Dimensiones	Involucramiento Afectivo Funcional	Involucramiento Afectivo Disfuncional	Patrones de Comunicación Funcionales	Resolución de Problemas	Estilo de Enfrentamiento Involucrado	Estilo de Enfrentamiento Tolerante	Síntomas Físicos	Síntoma Psicológicos
Involucramiento Afectivo Funcional		- -	+++	++	0	0	0	-
Involucramiento Afectivo Disfuncional			- -	-	0	0	0	+
Patrones de Comunicación Funcionales				++	0	0	0	0
Resolución de Problemas					0	-	-	-
Estilo de Enfrentamiento Involucrado						+++	+++	+++
Estilo de Enfrentamiento Tolerante							++	+
Síntomas Físicos								+++
Síntoma Psicológicos								
Puntuaciones Medias	3.6	2.6	3.3	3.2	1.9	1.2	.90	.83

Nomenclatura

++	Correlación Positiva Alta
+	Correlación Positiva Media
- -	Correlación Negativa Alta
-	Correlación Negativa Media
0	Correlación Nula

Los resultados arriba mencionados permiten tener un conocimiento adicional de los sujetos de estudio, lo cual indica las cualidades y particularidades de la población atendida, esto con la finalidad de adecuar los métodos y procedimientos asistenciales a las características idiosincrásicas, fenomenológicas y situacionales de la población moreliana. Se observa en síntesis como la percepción del funcionamiento familiar se orienta a una valoración positiva del mismo y que las condiciones contextuales inciden en las estrategias de enfrentamiento, así como en la manifestación de síntomas generados por el problema de consumo y sus repercusiones concomitantes.

Discusión

DISCUSIÓN

En el siguiente apartado se exponen conforme a los resultados encontrados las implicaciones que se generan a partir de su análisis, así como la importancia que tiene para el conocimiento de la población atendida en el CEMISAM. El primer dato que resulta del estudio es que los hombres consumen drogas más que las mujeres; esto coincide con la ENA (2008) que reporta una relación de consumo de 4.6 hombres por cada mujer y además éste se inicia en la adolescencia la cual se convierte en una etapa del desarrollo de mayor riesgo. Esto también concuerda con los datos reportados en la ENA (2002 Y 2008) que informan que el inicio de consumo de sustancias psicoactivas se inaugura antes de la mayoría de edad, en el caso de nuestra población atendida el promedio de edad de inicio de consumo se registra entre los 15 y 16 años. Las razones para esta iniciación son que la adolescencia es la etapa de la vida donde la noción de peligro no existe y si existe se toman riesgos, y es, además, el período donde se aviva la curiosidad, la experimentación y los retos, incrementándose de manera significativa las conductas riesgosas (Prada s.f.). Por lo que la adolescencia continúa siendo una etapa de riesgos y representa una etapa crucial que pone en juego cualquier sistema familiar, social, y cultural como regulador de la conducta del ser humano.

En relación a la sustancia más consumida, el alcohol, la cocaína, y la marihuana fueron las sustancias que reportaron mayor consumo, mientras que los inhalantes y alucinógenos el menor; estos datos coinciden con la ENA (2008) que informa que las drogas preferidas por la población son la marihuana y la cocaína.

Cuando se comparan las muestras en función del género, se detecta que los hombres presentaron mayor consumo que las mujeres, pero los familiares que asisten a psicoeducación son en su mayoría mujeres; esto concuerda con el hecho de que socialmente éstas tiene una función de cuidadora de la salud familiar. Natera, Mora y Tiburcio referidas por Asunción y Salgado (2002) expresan que la responsabilidad de la formación de la familia moderna ha recaído en la mujer, y es a partir de la revolución industrial que se le otorga la función de "ama de casa", lo cual es sinónimo de "cuidadora" y "responsable" de la crianza de los hijos, de la preservación de la salud, y de la educación, además de tener un cargo de integradora de la familia.

El rol de la mujer mexicana continúa orientándose al cuidado de la salud y la promoción de la integración y bienestar familiar. Mientras que los hombres mantienen su rol de

proveedores manifestándose en cierto grado de aislamiento emocional con el consumidor de sustancias psicoactivas. Si bien en la actualidad se propone la búsqueda de equidad entre los géneros se observa que esto no es del todo una realidad generalizada en la población.

Lo anterior se ve reflejado en el hecho de que los participantes a los grupos psicoeducativos son las madres de los usuarios, y las esposas, en tercer lugar los padres, quienes asistieron en menor cantidad y en frecuencia a las sesiones. Esta falta de permanencia por parte de los hombres se explica debido a que su rol periférico y su actividad laboral los exime de su presencia en la intervención psicoeducativa, su papel social asignado como "cabeza de familia" y "proveedor" principal los hace menos partícipes de la promoción de la salud. En este sentido la expectativa es que los hombres trabajen y las mujeres se dediquen al hogar y sean las que cuiden, acompañen, apoyen, razón por la cual se espera que sean éstas las encargadas de asistir, al fin y al cabo es su "responsabilidad". Esto nos obliga a pensar en las desigualdades sociales, las inequidades y la discrepancia en la distribución del poder y el rol al interior del grupo familiar.

En cuanto al nivel de estudio, se encontró que un alto porcentaje de asistentes eran profesionistas y del nivel medio superior, ello nos hace plantearnos que los problemas de consumo no son exclusivos de los menos preparados como se pudiera pensar.

Además, se encontró que mientras los usuarios mantienen el consumo y los problemas concomitantes derivados de éste, los familiares continúan ejerciendo la crianza y los cuidados, que en muchos casos se prolonga por tiempo casi indefinido. Se tiene que un porcentaje del 35.7% de los usuarios de drogas llevan un tiempo de consumo que va de cero a 5 años mientras que el 28.6% presenta entre 11 y 20 años; y es obvio que el impacto en el proyecto personal, familiar, social laboral y/o escolar afecta también la salud y la calidad de vida, tanto del usuario como la de la familia en general. Haley (1992) menciona que las conductas extrañas y tropiezos en la adolescencia pueden indicar dificultades en la etapa de la emancipación juvenil, lo cual le lleva a inhabilitarse para desarrollar su autonomía y fracasar en los desafíos propios de la edad que lo encaminaran a continuar necesitando a sus padres.

Otros resultados encontrados en el presente estudio encaminan a formular una serie de reflexiones. La primera es el planteamiento generado a partir del trabajo realizado durante los años de labor intensa y enriquecedora, surge la necesidad de continuar profundizando

en el tema de la familia y sus vicisitudes existenciales frente a la pérdida de su funcionalidad organización y salud. Es interesante observar pues que las dimensiones que componen el instrumento del funcionamiento familiar señalan que los familiares se perciben en mejores condiciones cuando reportan altas puntuaciones en *patrones de comunicación funcionales* y *resolución de problemas* lo que nos hace pensar que efectivamente en la medida que la comunicación y los problemas presentados en la familia tengan un mejor manejo facilitará la expresión afectiva positiva o funcional, por su parte, también es significativo que en la medida que se incrementan las puntuaciones de afecto disfuncional, disminuyen los valores de afecto funcional, y los *síntomas psicológicos* se incrementan.

Por su parte la *resolución de problemas* y la *comunicación* se asocian positivamente lo cual puede simbolizar que en la medida que los familiares encuentren mejores respuestas a sus dificultades éstas serán un indicador de una comunicación adecuada lo que facilitaría la promoción de sus recursos para encarar los apuros. De igual forma, la respuesta de la familia para resolver los problemas y su capacidad organizativa promueve que tanto los *síntomas psicológicos* como *físicos* arrojen menores puntuaciones así como el hecho de que si el *estilo de enfrentamiento tolerante* reporta valores bajos se asocia a menores síntomas de malestar físico y psicológico, o en la medida que sea menos utilizado como una estrategia de encarar los estresores personales se incrementaría la efectividad en la toma de decisiones, lo que repercutiría en la disminución de síntomas de estrés. Los estilos de enfrentamiento utilizados por los familiares promueven más bien la aparición de síntomas de malestar físico y psicológico, lo que nos lleva a pensar que si bien la presencia o intensidad de éstos sea más una consecuencia de la estrategia implementada que el problema en sí mismo, sin demeritar el efecto del trastorno en las personas cercanas al consumidor.

Se ha observado que cuando los familiares modifican sus estrategias de enfrentamiento y se dan cuenta de los recursos con los que cuentan, disminuyen los efectos nocivos del problema de consumo. Ahora bien, la presencia de síntomas físicos y psicológicos se vincula de manera positiva, es decir que uno refuerza al otro, o bien que estos serán el indicador de la presencia de un estado patológico reportado por el familiar como puede ser depresión y /o ansiedad, que incluso como se ha podido analizar en los síntomas que conforman la prueba de síntomas aparecen como compatibles con estos dos cuadros

clínicos. Y de igual manera si la influencia de estos trastornos incide directamente en la percepción de las variables estudiadas.

Otro aspecto a considerar dentro del perfil del funcionamiento familiar es que las puntuaciones medias tienen valores por encima del punto de corte, en términos generales, pero ninguno de ellos alcanza el promedio de cuatro, o presenta puntajes mayores, lo cual nos hace especular que si bien es cierto que ellos consideran que no “andan tal mal” también consideran que las cosas pudieran encontrarse mejor. En este punto es conveniente mencionar que en el CEMISAM se observa con frecuencia que los familiares atendidos tanto en la consulta externa como en la intervención psicoeducativa no consideran que exista alguna relación entre el problema presentado y el funcionamiento familiar y que, además, se encuentra fuera de su conciencia el imaginarse que puedan estar afectados y necesiten tratamiento profesional, por lo que creen que no hay razón para pedir ayuda para sí mismos hasta que el equipo multidisciplinario les sugiere atención para ellos; un porcentaje alto de familiares inician su tratamiento, combinado con terapia familiar, hemos observado que incluso la intervención no sólo impacta de manera positiva en su salud sino que les permite aprovechar mejor el programa psicoeducativo elevándose la efectividad del mismo. Este fenómeno se ha convertido en un módulo constante de detección de depresión y ansiedad.

En relación al *estilo de enfrentamiento involucrado* que incluye la modalidad *emocional, controlador, apoyador, y confrontador* éste fue el más reportado por los familiares, hecho que de alguna manera coincide con la cultura mexicana orientada a lo familiar y a lo grupal antes que al desarrollo de la individualidad, por lo tanto se desprende que también el *estilo de enfrentamiento tolerante*, que abarca las modalidades de *tolerante e inactivo*, sea practicado con menor frecuencia por la población asistente al programa. En los estudios de Natera y cols (2003) hallaron que los estilos más usados por los familiares que enfrentan un problema relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas eran el involucrado y el tolerante y en tercer lugar el independiente, en comparación con los ingleses, en donde éste último era el preferido, lo que sugiere las diferencias culturales en las muestras estudiadas, una centrada en la individualidad y la cultura mexicana centrada en el grupo y la colectividad. Además, cuando Natera y cols. (2003) realizan el análisis de los datos éstos mostraron, que existen ciertos miembros del grupo familiar con mayor riesgo de sufrir problemas de salud física y mental; por ejemplo, las esposas de usuarios de alcohol y de drogas, mostraron un patrón de enfrentamiento alto en tolerancia e involucramiento,

mismos que se correlacionaron significativamente con el nivel de síntomas. Por su parte, Stanton y Todd (1999) mencionan que el apego excesivo, sólo puede tomarse como una medida indirecta de disfunción, y mencionan que la madre se encuentra más involucrada que el padre y ella se muestra más indulgente, apegada, sobreprotectora, abiertamente permisiva con el adicto, reconozco que para estos dos autores la lectura de la relación con el consumidor está definida en términos de apego-desapego y para Natera y sus colaboradores estas mismas conductas son descritas en *expresiones* de enfrentamientos.

Los síntomas que se manifiestan en una situación de anormalidad, como lo describe puntualmente Natera y cols. (2003) en los miembros de la familia, se exteriorizan como preocupaciones, nervios (ansiedad), temor, culpa, inadecuación social, pensamientos obsesivos, insatisfacción, también estas señales tienen su representación somática como cansancio, presión, dolor muscular, irritabilidad, insomnio, mareos entre otros. Se puede observar que si agrupamos estos síntomas es evidente que existe una anormalidad en el estado de ánimo coincidiendo con un cuadro clínico de depresión y ansiedad, de hecho el test original medía cuatro dimensiones: *inadecuación social*, *síntomas somáticos* y *síntomas depresivos* y *ansiosos* pero posterior al análisis de factores los autores los reducen a las dos subescalas, y a pesar de esto se cotejan de alguna forma las anteriores. En efecto lo que se ha observado en la intervención psicoeducativa son las manifestaciones que los familiares declaran experimentar cuando se aborda el tema que los aqueja y las expresiones sintomáticas señaladas.

Adicionalmente, el análisis de las muestras va arrojando datos interesantes en relación a las variables estudiadas, se tiene que: cuando la muestra se divide de acuerdo al género del paciente, los hombres consideran mayores dificultades a la hora de buscar soluciones y las mujeres consideran tener mejores pautas para resolver los problemas. Pero cuando la muestra se clasifica por el género del familiar del paciente, descubrimos que los hombres perciben mejor *afecto funcional*, percepción de *resolución de problemas* y menores puntuaciones en *afecto disfuncional*, es decir, que en términos generales las mujeres muestran mayor preocupación que los hombres y por lo tanto perciban que existen mayores dificultades, o también expresa el mayor involucramiento debido al rol establecido. En relación al estado laboral del paciente se observa que en el *estilo de enfrentamiento involucrado* la puntuación es mayor cuando éste está inactivo lo que lleva a suponer que efectivamente el no funcionar laboralmente promueve el que los miembros de la familia estén más atentos, preocupados, deseen controlar y/o apoyar al usuario. Es interesante

hacer notar que para los familiares no existe ninguna diferencia en la percepción de si el diagnóstico es abuso o dependencia, entendemos que incluso en muchas ocasiones los integrantes de la familia etiquetan sin discriminar si se trata de abuso a dependencia para ellos significa lo mismo. De igual forma, cuando el problema es por el consumo de una sola sustancia o dos o más, no se reportan diferencias significativas en ambos grupos. Lo mismo sucede cuando se trata de trastorno único o trastorno dual, la edad del paciente, o la ocupación del familiar las diferencias no son significativas. Esto implica que las puntuaciones de las variables son muy similares y ello se pudiera interpretar como: independientemente de la edad, ocupación, el efecto del consumo impacta de manera muy semejante en la población estudiada. En donde si se observan diferencias significativas, es en la muestra de parentesco, en donde se tiene que en la dimensión *patrones de comunicación funcionales* las esposas evaluaron por debajo de la media a diferencia de otro familiar que incluso reportan puntuaciones altas en esta subescala; esto indica que el consumo de sustancias psicoactivas influye en la comunicación pero su impacto no es el mismo en todos los miembros, dependerá del rol asumido.

Cuando la dimensión evaluada es el *estilo de enfrentamiento involucrado* se encuentra que las madres, los padres y esposas de los usuarios tienen una tendencia mayor a usarlo, que los hermanos del mismo y otro familiar, los cuales reportan como menos frecuente el uso de este estilo, es indudable que por estar menos implicados logren mayor independencia emocional y conductual con respecto a los familiares más cercanos. Con respecto a los *síntomas físicos* las esposas reportaron mayor presencia de éstos en comparación del hermano y otro familiar, es evidente que el ser esposa conlleva una mayor carga de estrés y malestar que los otros familiares.

Por su parte los solteros reportan menores *síntomas físicos* que los que mantienen una unión por mutuo acuerdo, esto se puede relacionar con la muestra parentesco si se es hermano y además soltero puede fungir como un factor de protección frente a la presencia del consumo.

Con respecto a la funcionalidad global se observa que en la muestra de 51 a 60 comparada con la de 81 a 90 este grupo evalúa con peores puntuaciones que los del primero en la dimensión de involucramiento afectivo disfuncional y es como si los familiares percibieran que si funcionan bien no entienden por qué existen problemas de consumo y ello repercutiera en la expresión afectiva de manera significativa. Ahora bien, estos dos grupos

también muestran diferencias significativas en la dimensión *patrones de comunicación funcionales*; los evaluados con menor funcionalidad reportan mejores puntajes que los de mayor funcionalidad, nuevamente si el percibir mejor funcionamiento en términos generales afectará la expectativa de no comprender el porqué se consume y los de menor funcionalidad llevará implícito la percepción de un deterioro debido a la adicción o consumo perjudicial. Otro dato en esta misma línea es que nuevamente el grupo de 51 a 60 comparado con el grupo de 61 a 70 en la dimensión *síntomas psicológicos* los familiares de la muestra de menor funcionalidad global reportan menos puntuaciones en esta dimensión y en la muestra años de consumo y edad de inicio de consumo reporta diferencias significativas, sin embargo cuando se realiza la prueba Bonferroni no aparece como tal debido a la cantidad de sujetos comparados en cada una de ellas, por lo que no se puede hacer la comparación de los grupos.

Se ha encontrado que en términos generales no existen diferencias importantes entre la sustancia consumida y la organización, funcionalidad y clima familiar. Cuando se consume alcohol la diferencia se encuentra en la dimensión de *resolución de problemas* quienes reportan que el no consumo de esta sustancia les hace percibir mejor capacidad para resolver las dificultades. Cuando la sustancia es la marihuana, los familiares de los consumidores alcanzan puntuaciones más altas en la dimensión *estilo de enfrentamiento involucrado*, y en los consumidores de opiáceos los familiares reportan mayor puntaje en la dimensión *involucramiento afectivo disfuncional*.

Cuando la sustancia son los inhalantes las puntuaciones son mejores en la percepción de la dimensión de *resolución de problemas* que los que no consumían esta sustancia. Quizás esta diferencia que se pueda deber a la negación del problema adictivo y por tal razón se perciba como que no es tan grave, o bien si el hecho de acudir a pedir ayuda profesional sea una forma de actuar antes de que las cosas empeoren, y resulta de utilidad observar que los consumidores de inhalantes eran adolescentes que se iniciaban el consumo por lo que la respuesta del familiar es una clara expresión de evitar mayores complicaciones.

ALCANCES, LIMITACIONES, PROPUESTAS A FUTURO

Lo primero que deseo aclarar es lo enriquecedor de los resultados obtenidos para el CEMISAM, para la práctica clínica, y para la comprensión del fenómeno adictivo y sus consecuencias familiares. Esto hace que el presente estudio inspire próximas investigaciones relacionadas con el tema tratado; de tal manera que la práctica clínica no sea ajena a las evidencias científica, es necesario promover la vinculación armónica de estos dos campos que se retroalimentan mutuamente sin contraponerse ya que uno puede enriquecer al otro y viceversa. Considerando algunas de las investigaciones antecedentes y que afortunadamente cada vez son más, la relación que existe entre las variables familiares, el estilo de enfrentamiento y la aparición de síntomas como manifestación de la carga familiar y social de los problemas relacionados con cualquier enfermedad crónica.

Lo anterior hace pensar que la mejor actitud profesional para ayudar a las personas a sobrellevar un problema relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas es la comprensión y empatía, evitando juicios y condenas hacia los miembros de la familia puesto que se puede caer en el sesgo profesional de inculparlos por el consumo de su o sus integrantes, comprendiendo que cada quien hace lo mejor que puede con los recursos que tiene y las circunstancias históricas y presentes a las cuales se ve influenciada. Es decir, que es necesario modificar el pensamiento orientado a la enfermedad y a la disfuncionalidad como parámetro clasificador de los miembros de la familia. Cualquier persona sometida a una fuente de estrés constante y permanente por tiempos prolongados, su rendimiento, salud y calidad de vida se verá afectada sin lugar a dudas. Esto es, que su comportamiento y actitudes, son el resultado de las circunstancias que a cada uno de ellos le ha tocado vivir y en consecuencia nos encontramos frente a personas normales en una situación anormal que modifica su existencia.

Otro de los aspectos que quiero considerar es que a través del análisis psicométrico de los instrumentos me pude dar cuenta de que a pesar de su alta consistencia interna global reportados por los autores, tres de las subdimensiones específicas no lograron puntuaciones aceptables. Por lo que es necesario considerar tanto la consistencia por subescalas, variables situacionales tales como: origen de los usuarios, nivel socioeconómico, grado de estudios, motivos para la participación en la evaluación o intervención psicoeducativa y clínica, grado de información recibida, y las relacionadas con el instrumento propiamente dicho (la claridad de los reactivos, el diseño del cuestionario objetivos que se persiguen en

su elaboración) y que los datos no sean una fuente de interpretaciones equivocadas a la hora de realizar el análisis de los mismos. Lo anterior me parece pudiera considerarse como una limitante de la presente investigación puesto que cuando se comenzó la evaluación de los grupos psicoeducativos con los instrumentos seleccionados nos dimos cuenta de la confusión que expresaban los familiares sobre todo en el cuestionario de la percepción del funcionamiento familiar ya que algunos reactivos redactados en términos negativos no fueron claros para algunos integrantes de la familia, así como el rango de respuestas de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo era bastante confuso, esto nos originó dedicar mayor tiempo para la explicación de la manera cómo se tenía que responder el cuestionario.

Debido a ello fue necesario modificar el tipo de respuesta original por el de frecuencia como son: siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca, lo que se observó fue mayor comprensión a la hora de asignar una respuesta a las preguntas de la prueba. Además, se observó que los reactivos redactados en forma negativa generaban igualmente confusión por su estructura lógica. Nos encontramos en algunos casos con familiares con baja escolaridad y en algunos otros, sin estudios lo que implicó dedicar tiempo adicional para que respondieran los cuestionarios.

En relación al cuestionario de enfrentamientos resultó un tanto desalentador el que la subescala de retiro no alcanzara el índice de consistencia interna adecuado para el uso de la información derivada de su aplicación por lo que no fue posible hacer inferencias a partir de los resultados obtenidos. Me surge la interrogante de ¿para esta población específica qué significa esa dimensión? o si la sensibilidad del instrumento no logra medir lo que propone. Sin embargo es importante mencionar que los resultados serán compartidos con los autores para su análisis y retroalimentación reconociendo su apertura para el intercambio de conocimientos científicos y generación de información útil en el campo de las adicciones.

Considero que para próximas investigaciones será importante incluir a las personas en tratamiento para así poder tener también un criterio de comparación en cuanto a la percepción de las variables familiares estudiadas y poder complementar los resultados obtenidos.

Debido a que el número de participantes en la intervención psicoeducativa se fue

incrementando hasta en un 100% de un ciclo a otro y el personal asignado para esta actividad era insuficiente, existieron bastantes cuestionarios que no se tomaron en cuenta para el presente estudio por lo que será necesario en próximas investigaciones encontrar nuevos mecanismos de valoración a familiares y pacientes con el fin de aumentar el tamaño de la muestra y que los resultados aún sean más representativos y contundentes.

Una de las dificultades adicionales fue el poder incluir al mayor número de integrantes de la familia para su aplicación, esto debido a distintos factores ajenos a nosotros tales como: el trabajo, lugar de origen, escuela, desintegración familiar, enfermedad, falta de interés, entre otros.

Después del análisis psicométrico de los instrumentos seleccionados es indispensable adecuarlos a nuestra población y comenzar a modificar los reactivos y las escalas que no obtuvieron la consistencia interna adecuada, de tal forma que contemos con información confiable y válida y con metodología y tecnología propia.

Debido a que el CEMISAM como una institución de reciente apertura, escasos cuatro años, éste ha tenido una demanda de servicios que han rebasado la capacidad numérica del personal que ahí labora, por lo que se ha visto en la necesidad de buscar alternativas para atender el mayor número posible de población optimizando tanto los recursos humanos como materiales, siendo la psicoeducación una alternativa viable para coadyuvar en la salud de la localidad. Puesto que se atiende casi al 100% de los familiares que acuden al centro los distintos programas y servicios con los que se cuentan se han ido modificando e implementado nuevos con miras a mejorar la atención encomendada.

De esta manera, el equipo que participa en la aplicación de los instrumentos ha considerado obligatorio el uso de otros cuestionarios que puedan medir algunas variables adicionales y formar una base de datos permanentemente sistematizada para el análisis y conocimiento de la población atendida y con ello encaminar al CEMISAM a convertirse en una institución regidora y promotora de formación y capacitación de recursos humanos para la atención en salud mental en el Estado de Michoacán.

Quiero agregar también que debido a la complejidad de fenómeno adictivo no es posible explicarlo con reductos simplistas, por tal razón los resultados aquí expuestos son un ápice de las variables relacionadas con este padecimiento, visto como un fenómeno complejo, que no puede reducirse a explicaciones simples, puesto que existen una serie de situaciones que

se conjugan e interrelacionan. Es decir que en los problemas de adicciones debemos considerar que la unicausalidad y la linealidad han sido reemplazadas por la complejidad y la multicausalidad.

Las implicaciones de este trabajo para futuras investigaciones son poder comprobar con mayor amplitud la validez de los cuestionarios seleccionados con diferentes grupos socioculturales y padecimientos, y generar instrumentos adecuados para el diagnóstico familiar con herramientas adecuadas para el CEMISAM.

C Conclusiones

CONCLUSIONES

La primer conclusión que deseo destacar es que los resultados obtenidos en el presente estudio no son definitorios y que en consecuencia pueden mostrar solamente tendencias en relación a las características de la población estudiada, esto por la sencilla razón de que el número que conformó la muestra no fue lo suficientemente grande como para hacer generalizaciones y estimaciones definitivas. Entendiendo lo anterior como una aproximación al fenómeno estudiado cuya relevancia es dar un primer paso para la comprensión de las familias que acude al CEMISAM en busca de ayuda profesional.

El problema de consumo impacta en la percepción del funcionamiento familiar y la aparición de síntomas y estilos de enfrentamiento, en algunos casos no se encuentran relaciones importantes que nos lleven a concluir su correlación significativa. La comunicación se convierte en un elemento fundamental para la resolución de problemas que repercute en la expresión afectiva del familiar. Reflejándose en la reducción de síntomas de malestar físico y psicológico.

Existen diferencias de género en la percepción que se tiene de la capacidad *de resolver problemas* y *la expresión afectiva*, encontrándose que los hombres perciben en términos generales mejor capacidad de *resolución de problemas* y *expresión afectiva* que las mujeres, esto puede no significar necesariamente que así sea. Si el familiar es del mismo género que el paciente, los hombres reportan mayores dificultades en la búsqueda de soluciones y las mujeres consideran tener mejores pautas para resolver los problemas. Por otra parte, si el familiar es de un género distinto al del paciente, los familiares hombres perciben y evalúan mejor la *expresión afectiva funcional*, percepción de *resolución de problemas* y las puntuaciones del *involucramiento afectivo disfuncional* son menores que las emitidas por las mujeres.

Es importante detectar en los familiares algún trastorno mental que les haga más difícil la tarea de fomentar la salud familiar y generar cambios al interior de la misma. Esto con el objeto de influir positivamente, no solamente en el paciente identificado sino en aquellos que se encuentran vinculados a éste y promover conductas adecuadas a la realidad familiar.

Si bien es cierto que la cultura mexicana se caracteriza por los valores colectivistas, se deduce que los estilos de enfrentamiento que promueven cierto distanciamiento emocional

se convierte en un regulador de la salud, por lo que modular el involucramiento del familiar es una tarea y objetivo de la intervención psicoeducativa.

El estado laboral del paciente repercute en el estilo de enfrentamiento, si se encuentra inactivo los familiares se muestran más involucrados y atentos, preocupados de tal manera que la búsqueda de ayuda o el intento por controlar la vida del usuario queda justificada ya que no está "funcionando".

Para los familiares, la carga que implica el consumo de sustancias psicoactivas, su uso, abuso o dependencia representan un estado de anormalidad, no se discrimina entre los criterios diagnósticos, lo único que preocupa es que su familiar deje de consumir independientemente de la droga o drogas utilizadas y las acciones se encaminan para lograr éste objetivo aunque muchas veces no sean las estrategias más adecuadas y efectivas y como el estado patológico en el que se encuentra el paciente genera un estado de tensión, preocupación, expectación, incluso estados mórbidos (como depresión y ansiedad) la adicción afecta a las personas significativas y que conviven con el paciente.

Comprendiendo que la problemática asociada al consumo de sustancias psicoactivas no afecta de igual manera en todos los miembros de la familia, el impacto se relaciona con el rol que juegan los integrantes de la misma.

Relacionado con lo anterior, se tiene que el papel asumido en cada caso y la distancia emocional influyen en la percepción que muchas veces se tiene del problema de consumo. Para este estudio las esposas se percibieron con mayores dificultades en el proceso comunicacional que otros familiares.

El ser madre, padre y/o esposa del usuario implica una tendencia mayor a usar el *estilo de enfrentamiento involucrado*, es indudable que por estar más enredados emocional y conductualmente que otros integrantes de la familia logren menor independencia.

Las esposas reportaron mayor presencia de *síntomas físicos*, es evidente que ello conlleva una mayor carga de estrés y malestar que los otros familiares.

Si la evaluación global de funcionalidad es catalogada como aceptable el *involucramiento afectivo disfuncional* y *patrones de comunicación funcionales* se asumen como menos favorecidos, puesto que a mejor evaluación la percepción de los familiares es más

desalentadora, si el percibir mejor funcionamiento en términos generales implicara cuestionarse porqué se consume. O también el desconocimiento de los problemas asociados al consumo, sus implicaciones a la salud y la actividad escolar o laboral llevará a rotular que todo es cuestión de que el otro quiera, atribuyéndole un principio de voluntariedad que pudieran incluso personalizar la problemática del consumidor.

En relación a la interrogante planteada por los interesados en el estudio de la familia y las adicciones respecto a si existe alguna diferencia entre la sustancia consumida y la organización, funcionalidad y clima familiar, en este estudio y en esta muestra, en términos generales no se encontraron diferencias importantes. Únicamente se observa que los familiares de alcohólicos perciben mayores dificultades para resolver sus problemas. Si la sustancia es la marihuana los familiares alcanzan puntuaciones más altas en la dimensión *estilo de enfrentamiento involucrado*, y en los consumidores de opiáceos, los familiares reportan mayor puntaje en la dimensión *involucramiento afectivo disfuncional*. Cuando la sustancia son los inhalantes, las puntuaciones son mejores en la percepción de la dimensión *de resolución de problemas*.

En relación a los instrumentos, considero fundamental elegir aquellos que sean útiles a las necesidades de evaluación y diagnóstico familiar y con ello mejorar los servicios ofertados convenientes a la realidad cultural y social de la población atendida. Resulta que es necesario crear tecnología propia o encontrar la que mejor se adapte a la comprensión de los pacientes y sus familiares y de esta manera establecer criterios adecuados para el mejoramiento de la intervención así como promover la generación de conocimientos fundados en el método científico.

Referencias

REFERENCIAS

- Algado, M. T.: Basterra, A.; y Garrigós, J. I. (1997). Familia y enfermedad de Alzheimer. Una perspectiva cualitativa. [En línea]. *Anales de psicología*, 13, 1, pp. 19-29. Universidad de Murcia, España. Recuperado el 30 de mayo de 2009 de, http://www.um.es/analesps/v13/v13_1/02-13-1.pdf
- Andolfi, M. (1994). *Terapia familiar*. México: Paidós.
- Aparicio, Gómez Oscar Yecid (2006). *El nexa familia-persona en la filosofía personalista*. Tesis doctoral. [Versión electrónica]. Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Asamblea General (2006, Agosto). *Cooperación internacional contra el problema mundial de las drogas*. (Informe A/61/221). ONU. Recuperado el 1 de junio de 2009 de: <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/V06/561/28/PDF/V0656128.pdf?OpenElement>
- Barriera G. D. y Dalla G. C. (2003). *Espacios de Familia. Tejido de lealtades de confrontación? España y América, siglos XVI-XX*. Colección e Histografía. México, Morelia, Red Utopía, A.C. Jijantáfora Morelia Editorial.
- Becerra, (2008, 7 abril). Variables familiares y drogodependencia: la influencia de los componentes de la Emoción Expresada. [En línea]. *Revista Electrónica Psicología Científica.com*. <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-344-1-variables-familiares-y-drogodependencia-la-influencia-de-los.html>.
- Becoña, I. E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. [En línea]. *Papeles del Psicólogo*, 77, recuperado el 3 de mayo de 2009, de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=843>
- Becoña, I. E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. [En línea]. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), pp. 11-20, Recuperado el 10 de junio de 2009, de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1424.pdf>
- Becoña, I. E. (s.f.). *La intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. [Versión en línea]. Plan Nacional de Drogas, Ministerio del Interior. España. Recuperado el 3 de noviembre de 2008, de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/intervencion_familiar.pdf
- Bensabat, S (1994). *Stress*. España Ed. Mensajeros.
- Bertalanffy (1998). *Teoría General de los Sistemas*. México: FCE.
- Boyer (2008). *La familia ante la Enfermedad*. Trabajo presentado en las XIII Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud. "Salud Y familia". [En línea]. Recuperado 20 de

abril de 2009 de www.humanizar.es/formacion/img_documentos/jornadas_humanización_2008/05_com_mariaboyer.pdf

Boyle (s.f.) *La familia de Engels y la teoría de redes sociales*. [En línea]. Recuperado 24 de abril de 2009, de http://images.google.com.mx/imgres?imgurl=http://augustodefranco.locaweb.com.br/images/uploads/Baran_Ugarte.gif&imgrefurl=http://carlosboyle.blogspot.com/2009/01/la-familia-de-engels-y-la-teora-de.html&usq=__ibOdcrtluzscwVL78N18M80Dr8=&h=352&w=537&sz=48&hl=es&start=19&tbnid=TaeT6YOclcXJFM:&tbnh=87&tbnw=132&prev=/images%3Fq%3Dredes%2By%2Bfamilia%26gbv%3D2%26hl%3Des

Cano (2009, mayo 5). *La naturaleza del estrés*. [Disponible en línea]. Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés. SEAS. Recuperado 5 de mayo de 2009, de http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm

Castellán (1995). *La familia*. México: Fondo de Cultura Económica.

Cerda. *Tipos de Familias de Niños y Adolescentes que acuden al Instituto Nuevo Amanecer A. B. P.* Recuperado el 1 de junio de 2009 de: <http://www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/TipFamNinosadolescentesacuden.pdf>

Comunicado de prensa 24/07 (2007, 25 de julio). [En línea]. México D.F.: CONAPO. Recuperado el 28 de abril de 2009, de http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=19&Itemid=335

CONICYT (2008). *Bioética en Investigación en Ciencias Sociales. 3do Taller organizado por el Comité Asesor de Bioética de Fondecyt-CONICYT*. [En línea]. Santiago: Elizabeth Lira Kornfeld. Recuperado el 6 de junio de 2009 de, http://www.oei.es/salactsi/articles-31324_libro_pdf.pdf

Dávila (2003). *Familia y Bienestar Social. Primer congreso La familia en la sociedad del siglo XXI*. [En línea] Ministerio De Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. Recuperado el 2 de mayo de 2009, de <http://www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/TipFamNinosadolescentesacuden.pdf>

Díaz-Guerrero (2003). *Psicología del mexicano*. Descubrimiento de la etnopsicología. (Sexta reimpresión). México: Trillas.

Eguiluz (2003). *Dinámica de la familia*. Un enfoque psicológico sistémico. México: Pax-México.

Eguiluz (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Autónoma de Tlaxcala.

- Elizondo L. (1997, noviembre-diciembre). Las bases biológicas de la adicción. [Versión electrónica]. *LiberAddictus*, 15. Recuperado el 5 de mayo de 2009, de <http://www.infoadicciones.net/Pdf/0181-15.pdf>
- Engels (1884). *EL origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. (1ª ed.). [Versión en línea]. Suiza, Zurich: Editorial Marxists. Biblioteca Virtual Espartaco, 2000. Recuperado 1 de junio de 2009, de
- Escriba-Aguír V. y Bernabé-Muñoz Y. (2002, Septiembre-Octubre). Estrategias de enfrentamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad de falencia. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 5, 595-604. Ministerio de Sanidad y consumo. España. Recuperado el 23 de mayo de 2009, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/170/17076519/17076519.html>
- Espada, J. P.; Méndez, X.; Griffin, W. K. y Gilbert J. Botvin (2003). Adolescencia: Consumo de Alcohol y otras Drogas. España. *Papeles del Psicólogo*, Enero, nº 84, 2003. Recuperado 2 de mayo de 2009). <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1051>
- Espada, Méndez, Griffin y Botvin (2003, enero). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas.[En línea]. *Papeles del psicólogo*, 84. España. Recuperado el 5 de junio de 2009, de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1051>
- Espejel, A. (1997). *Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar*. Instituto de la Familia, Universidad Autónoma de Tlaxcala. México.
- Espejel, A. E. (1985). *El Cuestionario de Evaluación familiar*. (Tesis de Maestría en Psicología Clínica. UNAM. México, D.F.
- Fernández, C. C. (2006). *Modelo de terapia familiar multidimensional con perspectiva de género para la atención de las adicciones y la violencia familiar*. México: Centros de Integración Juvenil
- Freund, Miller y Miller (2006). *Estadística matemática con aplicaciones*. México: Pearson educación.
- Fuhrmann, I. y Chadwick, M. (1995) *Fortalecer la Familia. Manual para trabajar con padres*. Chile: Ed. Andrés Bello
- Galfré, O.; Barinboim, B. (2001). *Salud y familia: la relación entre enfermedad y dinámica familiar. Aportes para el desarrollo del tema*. Documento de Trabajo N° 78, Universidad de Belgrano.[Disponible en la red]. Recuperado el 30 de mayo de 2009, de http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/78_galfre.pdf
- Gallego, J. P. (2001). *Pensar la familia*. Madrid: Ed. Palabra.

- Garibay, S. R. (2006). *Enfoque sistémico. Una introducción a la terapia familiar*. México, Guadalajara: Libros del Rayan.
- Gilbert, D. (2005, mayo-agosto). La clase media mexicana y la crisis económica de mediados de los años noventa. [En línea]. *Estudios Sociológicos* 68, 2 (vol. XXIII), pp 465-483. El Colegio de México. México. Recuperado el 15 de abril de 2009, de <http://revistas.colmex.mx/?BUSCAR=1111&numero=925&scope=0>
- González, B. R.; Montoya, C. I.; Casullo, M. M. y Bernabéu V. J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de enfrentamiento y bienestar psicológico en adolescentes. [En línea]. *Psicothema*, 14, 2, pp. 363-368. Recuperado el 22 de mayo de 2009, de <http://www.adicciones.es/files/393-398%20Original.pdf>
- Hernández S. R.; Fernández C. C. y Baptista, L. (2008). *Metodología de la investigación* (4a ed.). México: McGraw-Hill.
- Hernández, G. y Visotsky, J. (2004, enero-diciembre). Aprendizaje y enseñanza de la historia: Participación e historia en educación de adultos. [En línea]. *Quinto Sol*, 8, p.91-123. [Citado 09 Junio 2009]. Recuperado el 9 de junio de 2009, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-28792004000100005
- Hernández, Z. (2007, septiembre 10). *Pobres pero leídos: La familia (marginada) y la lectura en México*. [En línea]. Academia de Humanidades FES-ACATLAN. México. Recuperado el 20 de mayo de 2009, de www.lahojavolandera.com.mx
- Hispanica* (1999). Enciclopedia Hispánica CD. Versión 2.0. [Software de cómputo]. Barga International Publishers, Inc. Dataconsult S.A. de C.V., México.
- Iraurgi, C. I.; Sanz, V.M. y Martínez-Pampliega A. (2004, abril 2004) Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. [En línea]. *Adicciones*, 16,3, pp. 185-195. Bilbao. Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde. Recuperado el 20 de mayo de 2009, de <http://www.adicciones.es/files/04.%20Iraurgi.pdf>
- Isla, P. P. (2000, 1º. Y 2º. Semestre). *El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia*. [En línea]. Cultura de los cuidados, año 4, No. 7 y 8. *Departament d'Injermeria de Salut Pública, Salut Mental i Maternoinjantíl Escola Universitaria d'Injermeria, Campus de Bellvüge. EHospitalet de Llobregat*. Universidad de Alicante. Recuperado el 30 de mayo de 2009, de <http://biblioteca.universia.net/ficha.do?id=35526652>
- Johansen, O. (2001). *Introducción a la teoría general de sistemas*. México: Limusa-Noriega.

- López, R. (2001). *El perfil sociodemográfico de los hogares en México 1976-1997*. [En línea]. México. CONAPO. Recuperado el 4 de mayo de 2009, de <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/CuaTec/pdf/hogares.pdf>
- López-Ibor Aliño, J. J. & Valdés M, M. (dir.) (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Asociación Psiquiátrica Americana, Barcelona: *Masson*
- Tiburcio y Natera (2007). Adaptación al contexto ñahñú del cuestionario de Enfrentamientos (CQ), la escala de síntomas (SRT) y la escala de depresión del centro de estudios Epidemiológicos (CES-D). [Versión en línea]. *Salud Mental, Vol. 30, No. 3*, mayo-junio 2007, recuperado el 20 de mayo de 2009, de <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3003/sm300348.pdf?PHPSESSID=43574165c7b8e0f2dd6ab7fcd71bee8b>
- Minuchin (2005). *Técnicas de Terapia Familiar*. Colección Terapia Familiar. México: Paidós.
- Minuchin y Fishman (1996). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: PAIDOS.
- Moral, Rodríguez y Sirvent (2004, octubre 4). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuesta de un *continuum* etiológico. [En línea]. *Adicciones, 17, 2*, pp. 105-120. Recuperado el 20 de mayo de 2009, de <http://www.alcoholinformate.org.mx/moral.pdf>
- Moscoso, M.S. (1998, julio). Estrés, salud y emociones: estudio de la ansiedad, cólera y hostilidad. [En línea]. *Revista de psicología, 3,3*. Perú. Recuperado 15 de diciembre de 2008, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/psicologia/1998_n3_/estres_salud.htm
- Muñoz, Almendro, Portillo y Rodríguez (2002). *Atención a la familia*. [En línea]. Series Cuidados Paliativos. Tenerife España. Recuperado el 10 de junio de 2009, de http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7016&articuloid=13040178
- Muñoz-Rivas y Graña (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. [En línea]. *Psicothema, 13, 1*, pp. 87-94. Recuperado el 5 de junio de 2009, de <http://www.psicothema.com/pdf/418.pdf>
- Naranjo. P. (2009, mayo). *Teoría del estrés y estrés post traumático*. [En línea]. Centro para la evaluación del estrés. Recuperado el 6 de mayo de 2009, de <http://www.stressnervios.org/>
- Natera, Orford, Tiburcio y Mora (1998). *Formación de Orientadores para Apoyar a familias que tienen Problemas con las Adicciones. Prevención para el consumo de alcohol, tabaco y drogas en el trabajador y sus familiares*. INPRFM.

- Natera (1998) Análisis de la Categoría de Apoyo Social del proyecto: "*Mecanismos de Enfrentamiento en Familias que tienen problemas con las adicciones*". Ponencia presentada en el Curso Taller de Formación de Formadores para apoyar a familias que tienen problemas con las adicciones. México, D.F. INPRFM.
- Natera e Infante (2001, agosto). Uso y abuso del concepto de codependencia. [En línea]. *LiberAddictus*, 52. Recuperado el 25 de mayo de 2009, de <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0607-52.pdf>
- Natera, Mora y Tiburcio (1999). Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con problemas de adicciones. [En línea]. *Salud Mental*, 22, (Edición Especial). México: INPRFM. Recuperado el 29 de mayo de 2009, de <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/1999/sm2207/sm2207114.pdf>
- Navarro y Beyebach (1995). *Avances en terapia familiar sistémica*. España: Paidós.
- Navarro (2002). *La intervención psicosocial con familias Multiproblemáticas: la perspectiva ecológica*. [Versión en línea]. Universidad de Valencia. España. Valencia. Recuperado el 3 de junio de 2009, de http://www.tesisexarxa.net/ TESIS_ UV/AVAILABLE/TDX-0219104-102936 //navarro.pdf
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, *Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. [Versión en línea]. Recuperado el 7 de junio de 2009, de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028_ssa29.html
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSAA1-1998, *del expediente clínico*. [Versión en línea]. Recuperado el 7 de junio de 2009, de <http://www.hnm.org.mx/Archivos Extras /NOM-168-SSA1-1998.pdf>
- O'Connor, J. y Mcdermott, I. (1998). *Introducción al pensamiento sistémico. Recursos esenciales para la creatividad y la resolución de problemas*. España: Urano.
- Ochoa, de A. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. España, Barcelona: Herder.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. [Versión en línea]. EUA, Washington, D.C. Recuperado 2 de mayo de 2009, de http://www.cicad.oas.org/Reduccion _Demanda /ESP/documentos/neurociencia-OPS-CICAD-2005.pdf
- Pernas, Iraurgi, Bermejo, Basabe, Carou, Paez, y Cabarcos (2001). Formas de enfrentamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. Diferencias entre toxicómanos y no toxicómanos. [En línea]. *ADICCIONES*, 13, 4, pp. 393-398. Recuperado el 25 de mayo de 2009 de, <http://www.adicciones.es/files/393-398%20Original.pdf>

- Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. España. Recuperado el 5 de abril de 2009, de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/memo2000.pdf>
- Pons, y Berjano, (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social*. [En línea]. Plan Nacional de Drogas. Universidad de Valencia, Valencia. Recuperado el 20 de mayo de 2009, de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/cabu.pdf>
- Rabazo y María José (1999). *Interacción familiar, competencia socio-escolar y comportamiento disocial en adolescentes*. (Tesis doctoral). [Versión en línea]. Departamento de Psicología y Sociología de la Educación Facultad de Educación. Universidad de Extremadura. España. Recuperado 3 de febrero de 2008, de <http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=%E2%80%A2%09Rabazo+M%C3%A9ndez%2C+Mar%C3%ADa+Jos%C3%A9+281999%29.+Interacci%C3%B3n+familiar%2C+competencia+Socio-escolar+y+comportamiento+Disocial+en+adolescentes&btnG=Buscar&meta=>
- Ramírez y Andrade (2005, septiembre-octubre). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil Ecuador). [En línea]. *Revista Latino-am Enfermagem*, 13(número especial):813-8. Recuperado el 20 de abril de 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea08.pdf>
- Rivera (1999). *Evaluación de las relaciones intrafamiliares: construcción y validación de una escala*. Tesis de maestría. México. UNAM. Facultad de Psicología.
- Sánchez, Pozo, González y Miranda (2007). *Mapa de Riesgos en Materia de Drogodependencias De la comunidad de la Rioja*. [En línea]. Gobierno de la Rioja, España. Recuperado el 3 de julio de 2009, de <http://www.riojasalud.es/ficheros/mapaderiesgos.pdf>
- Satir (1991). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax México.
- Secretaría de Salud (1998). *Encuesta Nacional de Adicciones 1998*. [Versión en línea]. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones. México. Recuperado el 20 de mayo de 2009, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM1-2.htm>
- Secretaría de Salud (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. Resumen Ejecutivo. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones. México.
- Secretaría de Salud (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones. México.

- Tiburcio, y Natera (2003, octubre). Evaluación de un modelo de intervención breve Para familiares de usuarios de alcohol y drogas. Un estudio piloto. [Versión en línea]. *Salud Mental*, 26, 5, octubre 2003. Recuperado el 29 de mayo de 2009, de <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2605/sm260533DgF.pdf>
- Vargas (2005). *Funcionamiento Familiar y rendimiento escolar en estudiantes de bachillerato*. (Tesis de Maestría). UNAM, México, D.F.
- Vázquez, Crespo y Ring (s.f.). *Estrategias de enfrentamiento*. [Disponible en línea]. Recuperado 07 de mayo de 2009, de www.psicosocial.net/index.php?option=com_docman&Itemid=1&task=docclick&bid=94&limitstart=0&limit=10
- Velasco y Luna (2006). *Instrumentos de Evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Pax México.
- Vinaccia, Tobón, Sandín y Martínez. (2001). Estrés psicosocial y úlcera péptica duodenal: una perspectiva bio-psicosocial. *Revista Latinoamericana de psicología*, 33, 2. pp. 117-130. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá Colombia. Recuperado el 20 de mayo de 2009, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/805/80533201.pdf>
- Zeledón (2004). *La cultura familiar en los procesos de configuración de la personalidad moral de los niños y niñas de 5-6 años: hacia la construcción de una ciudadanía democrática*. (Tesis doctoral). [Versión en línea]. Facultad de pedagogía Departamento de teoría e historia de la educación, Universidad de Barcelona. España, Barcelona. Recuperado el 10 de abril de 2009, de <http://www.tesisexarxa.net/TDX-0401105-094909/index.html>

anexos

ANEXOS

CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF)

INSTRUCCIONES

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será absolutamente confidencial.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación. Por favor, no deje enunciados sin contestar. La forma de responder es cruzando con una X el número que mejor se adecue a su respuesta, con base a la siguiente escala.

- | | |
|---|---------------|
| 5 | Siempre |
| 4 | Muchas veces |
| 3 | Algunas veces |
| 2 | Pocas veces |
| 1 | Nunca |

ENUNCIADOS		N	PV	AV	MV	S
1	Mi familia me escucha.	1	2	3	4	5
2	Si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme.	1	2	3	4	5
3	En mi familia ocultamos lo que nos pasa	1	2	3	4	5
4	En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos.	1	2	3	4	5
5	No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5
6	Raras veces platico con la familia sobre lo que nos pasa.	1	2	3	4	5
7	Cuando se me presenta algún problema me paraliza.	1	2	3	4	5
8	En mi familia acostumbramos a discutir nuestros problemas.	1	2	3	4	5
9	Mi familia es flexible en cuanto a las normas.	1	2	3	4	5
10	Mi familia me ayuda desinteresadamente.	1	2	3	4	5
11	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.	1	2	3	4	5
12	Me siento parte de mi familia.	1	2	3	4	5
13	Cuando me enojo con algún miembro de mi familia, se lo digo.	1	2	3	4	5
14	Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas.	1	2	3	4	5
15	Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas.	1	2	3	4	5
16	Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia.	1	2	3	4	5
17	En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa.	1	2	3	4	5
18	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	1	2	3	4	5
19	Me siento apoyado(a) por mi familia.	1	2	3	4	5
20	En casa acostumbramos a expresar nuestras ideas.	1	2	3	4	5
21	Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia.	1	2	3	4	5
22	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia.	1	2	3	4	5
23	Si falla una decisión, intentamos una alternativa.	1	2	3	4	5
24	En mi familia hablamos con franqueza.	1	2	3	4	5
25	En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta.	1	2	3	4	5
26	Las normas familiares están bien definidas.	1	2	3	4	5
27	En mi familia no expresamos abiertamente los problemas.	1	2	3	4	5
28	En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos.	1	2	3	4	5
29	Somos una familia cariñosa.	1	2	3	4	5
30	En casa no tenemos un horario para comer.	1	2	3	4	5
31	Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuáles son las consecuencias.	1	2	3	4	5
32	Mi familia no espeta mi vida privada.	1	2	3	4	5
33	Si estoy enfermo, mi familia me atiende.	1	2	3	4	5
34	En mi casa, cada quien aguarda sus problemas.	1	2	3	4	5
35	En mi casa nos decimos las cosas abiertamente.	1	2	3	4	5
36	En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos.	1	2	3	4	5
37	Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia.	1	2	3	4	5
38	En mi familia expresamos la ternura que sentimos.	1	2	3	4	5
39	Me molesta que mi familia me cuente sus problemas.	1	2	3	4	5
40	En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta.	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO DE ENFRENTAMIENTOS

INSTRUCCIONES

Cada una de las siguientes preguntas se refiere a la manera como la gente puede reaccionar o intentar enfrentarse con alguien de la familia que usa drogas o alcohol. Por favor lea cada pregunta cuidadosamente y marque en el cuadro correspondiente la respuesta que indique si esto es algo que ha hecho usted en los últimos tres meses, de ser así, indique si lo ha hecho solamente una o dos veces, algunas veces o con frecuencia.

- 1) Una o dos veces.
- 2) Algunas veces.
- 3) Frecuencia.

	No	Si		
		1	2	3
1. Se ha negado a prestarle dinero o a ayudarlo de otra forma económicamente (regalándole dinero, comprándole alcohol o drogas)				
2. Ha puesto primero los intereses de otros miembros de la familia antes que los de él (ella)				
3. Lo ha cuidado o ayudado, por ejemplo, llevándolo a la cama o limpiándolo si vomita después de haber bebido o consumido drogas				
4. Le ha dado dinero aún sabiendo que lo gastará en bebida o droga				
5. Se ha sentado con él (ella) para platicar francamente sobre lo que podría hacer con su forma de beber o consumir drogas				
6. Ha discutido con él (ella) por su consumo de alcohol o drogas				
7. Le ha insistido sobre su consumo de alcohol o drogas				
8. Se ha escondido, lo (a) evitado o dejado el cuarto cuando ha estado consumiendo drogas o alcohol				
9. Le ha aclarado que su forma de consumir alcohol o drogas le molesta y que tiene que cambiar				
10. Se ha sentido demasiado asustada para hacer algo				
11. Ha tratado de limitar su consumo de alcohol o drogas creando alguna regla, por ejemplo, prohibirle beber dentro de la casa, prohibirle que sus amistades que consumen drogas vengán a su casa o prohibirle salir con ellos.				
12. Ha continuado con sus propios intereses o ha buscado nuevos intereses, o actividades para usted, se ha involucrado en una organización política, religiosa o deportiva.				
13. Lo ha alentado a hacer un juramento o a prometer no beber o no tomar drogas				
14. Se ha sentido desesperado (a) como para hacer algo				
15. Lo (a) ha evitado en lo posible debido a su forma de beber o consumir drogas				
16. Se ha puesto triste o malhumorado con él (ella)				
17. Lo ha cuidado de cerca o lo ha vigilado en cada movimiento que hace				
18. Se ha preocupado únicamente por sus propias cosas o ha actuado como si él (ella) no estuviera ahí				
19. Verdaderamente ha insistido en hablar acerca de su forma de consumir alcohol o drogas (o le ha aclarado que no aceptaría sus razones para beber o servirle de coartada)				
20. Ha hecho amenazas que realmente no tenía intención de cumplir				
21. Le ha aclarado cuáles son sus expectativas o lo que debe hacer para contribuir con la familia				
22. Lo ha defendido o apoyado cuando otros lo han criticado				
23. Ha llegado a un estado donde no podía o no quería tomar una decisión				
24. Ha aceptado la situación como una parte de la vida que no puede cambiarse				
25. Lo ha acusado de no amarlo (a) o de haberlo decepcionado (a)				
26. Ha hablado con él (ella) para ayudarlo a resolver la situación económica				
27. Cuando han sucedido cosas como resultado de su forma de beber o consumir drogas ¿ha dado excusas por él (ella) o lo ha encubierto o se ha culpado usted mismo (a)				
28. Ha buscado o esculcado sus bebidas o drogas				
29. Se ha puesto usted por delante consintiéndose o dándose sus propios gustos				
30. Ha tratado de mantener las cosas para que parezcan normales o ha fingido que todo está bien cuando no es así o ha ocultado qué tan grave es el consumo de alcohol o drogas				

CUESTIONARIO DE SINTOMAS

En esta sección deseamos saber cómo se ha estado sintiendo en los últimos meses. Ponga una marca en la columna cuyo encabezado se adecua mejor a como se ha sentido (Nunca, algunas veces, a menudo). Por favor recuerde que esta información será tratada con la más estricta confidencialidad.

	Nunca	Algunas veces	A menudo
1. Mareado o débil			
2. Cansado o sin energía			
3. Nervioso			
4. Sensación de presión o tensión en la cabeza			
5. Con temores o miedos			
6. Con poco apetito			
7. Palpitaciones rápidas o fuertes sin razón aparente			
8. Sentimientos de que no hay esperanza			
9. Inquieto o asustadizo			
10. Con poca memoria			
11. Dolores en el pecho o dificultad al respirar o sensación de no tener suficiente aire			
12. Sentimientos de culpa			
13. Preocupaciones			
14. Dolores musculares o reumatismo			
15. Sentimientos de que la gente me considera menos o piensa mal de mi			
16. Temblores o sacudimientos			
17. Dificultades para pensar claramente o para tomar decisiones			
18. Sentimientos de poca valía o de fracaso			
19. Sentimientos de tensión o como si me hubiesen dado cuerda (como un reloj)			
20. Sentimientos de ser inferior a otras personas			
21. Sensaciones de cosquilleo o adormecimiento en partes de mi cuerpo			
22. Irritabilidad			
23. Con pensamientos que no se pueden quitar de la cabeza			
24. Pérdida de interés en casi todas las cosas			
25. Descontento o deprimido			
26. Ataques de pánico			
27. Sensaciones de debilidad en partes del cuerpo			
28. Sin capacidad de concentración			
29. Dificultad para conciliar el sueño o sueño desasosegado, o pesadillas			
30. Me despierto demasiado temprano y no puedo conciliar el sueño otra vez.			