

45  
20j



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

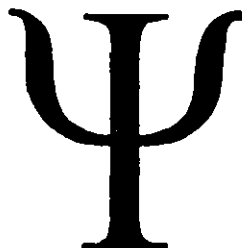
FACULTAD DE PSICOLOGIA

## FUNCIONALIDAD DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y AUTOESTIMA EN UN GRUPO DE PACIENTES FARMACODEPENDIENTES.

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A :**  
**MARIA LETICIA ESCALANTE FERRAT**

DIRECTOR DE LA TESIS: LIC. MIRIAM CAMACHO VALLADARES  
SINODALES: DR. MARIO CICERO FRANCO.

DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA.  
DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS.  
MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO.



MEXICO, D. F.

1999.

TESIS CON  
ALLA DE ORIGEN

270423



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS.

A mi madre:

Por darme la vida.

A mis abuelos Jorge y María:

Que aunque ya no se encuentran conmigo, siempre estarán en mi recuerdo y en mi corazón; por su amor, ternura y dedicación absoluta y por ser esa luz que me alumbró para ir por el camino del bien.

A Miriam Camacho Valladares:

Por ser mi Directora y Asesora de Tesis, pero sobre todo por ser una verdadera amiga desde hace poco más de diez años, y sin quién este trabajo no hubiera llegado a un feliz término, debido a su ánimo, estímulo y disposición.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa:

Quien fue mi maestro durante seis semestres de la carrera, además de ser un gran ser humano, quien hasta la fecha siempre se ha mostrado dispuesto a ayudarme, a pesar del paso del tiempo y me ha dado consejos invaluables, que espero algún día poder corresponder.

A Sotero Moreno Camacho:

Por su apoyo y ayuda incondicional y por tantos gratos momentos que espero se sigan dando siempre.

Al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez":

En primer término, a los pacientes que aceptaron participar en el presente estudio y sin los cuales este no hubiera sido posible, así como a las autoridades de esta Intitución y en especial al Dr. Marco Antonio López Butrón, por su apoyo y autorización para la realización de este trabajo.

A Laura De Yta y Erendira Carrillo:

Quienes de un tiempo a la fecha me han mostrado que puedo contar con ellas en todo momento; en las buenas y sobre todo en las malas, que por cierto me han ayudado a sobrellevar de la mejor manera posible.

A la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.

Por darme la oportunidad de pisar sus aulas y formarme como profesionista a cambio de nada.

# **C O N T E N I D O .**

Páginas

**INDICE.**

**RESUMEN.**

**INTRODUCCION.**

1 - 2

**I. FUNCIONALIDAD DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR, ADOLESCENCIA,  
AUTOESTIMA Y FARMACODEPENDENCIA.**

3 - 44

1.1 Definición de familia y Funciones de acuerdo al tipo de familia.

1.2 Estructura Familiar.

1.3 Definición de autoestima.

1.4 Formación de la autoestima.

1.5 La autoestima en la adolescencia.

1.6 Adolescencia y Farmacodependencia.

**II. METODOLOGIA.**

45 - 53

2.1 Objetivo General.

2.2 Objetivos Específicos.

2.3 Planteamiento del problema.

2.4 Definición de Variables.

2.5 Método: - Sujetos

- Instrumentos

- Escenario

2.6 Procedimiento.

2.7 Análisis Estadístico.

**III. RESULTADOS.** 54 - 75

**IV. DISCUSION.** 76 - 84

**BIBLIOGRAFIA.** 85 - 90

**ANEXOS.** 91 - 99

Anexo I. Nueva Escala de Evaluación Familiar (ESCEVFAM).

Anexo II. Escala de Autoestima de Rosenberg.

## RESUMEN.

La farmacodependencia es uno de los problemas más graves y preocupantes en la sociedad actual, principalmente en niños y adolescentes; se ha sugerido una amplia gama de variables para explicar porqué unas personas inician el consumo de drogas y otras no, pero no ha sido posible explicar cuales son las condiciones suficientes para que aparezca el consumo de drogas, por lo que no se está aún en condiciones de demostrar la existencia de una variable causal en la generación de la farmacodependencia.

Aunque como se dijo anteriormente no hay una variable causal, se dice que hay una serie de motivos que con frecuencia aparecen aislados en combinación, asociados al inicio y/o continuación del consumo de fármacos. Como son: Curiosidad, búsqueda de aceptación o pertenencia a un grupo por falta de estructura familiar, expresar independencia y hostilidad, búsqueda de experiencias placenteras, adquisición de un estado superior de conocimiento o capacidad creadora, provocar sensación de bienestar y tranquilidad, escapar de algo.

En el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", el diagnóstico de Psicosis por drogas (estado alucinatorio por drogas), se encuentra entre los diez primeros lugares de incidencia en pacientes hospitalizados por este motivo, por lo que se decidió estudiar este fenómeno en combinación con dos variables que son: 1) La Funcionalidad de la Estructura Familiar, que es la que constriñe al individuo inhibiendo conductas que difieren de las normas familiares, pero esta estructura familiar también promueve crecimiento y autonomía, protegiendo al individuo y dándole a cada miembro de la familia una sensación de estabilidad y pertenencia que son esenciales para su bienestar (Minuchin, 1981) y 2) La Autoestima que es la actitud que el individuo tiene hacia sí mismo; el valor que el individuo asigna a las características propias (Coopersmith, 1957; Rosenberg, 1973). Se utilizó como Variable Atributiva la Adolescencia que es definida como el proceso que se inicia en la niñez y finaliza con el arribo de la adultez.

Para el grupo experimental se estudiaron 30 pacientes del sexo masculino que recibieron atención en el Servicio de PAIDEIA ( Programa de ayuda, diagnóstico e investigación de adolescentes farmacodependientes) del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" y en los diferentes Servicios del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", que se reportaron con el diagnóstico de Psicosis Orgánica Secundaria a Farmacodependencia y cuya edad fluctuaba entre los 14 y 22 años.

Para el grupo control se estudiaron a 30 sujetos del sexo masculino, que fueron abordados en parques, medios de transporte (metro) y parques; y que cumplían con el requisito de edad.

Se utilizaron dos instrumentos: La Nueva Escala de Evaluación Familiar (ESCEVFAM) y la Escala de Autoestima de Rosenberg.

Se realizó un análisis de frecuencias para conocer la distribución de las características de la muestra.

Se obtuvo la consistencia interna (a través del Alfa de Cronbach) de la Nueva Escala de Funcionalidad Familiar. En cuanto a la Escala de Autoestima de Rosenberg se realizó un análisis factorial con rotación VARIMAX y finalmente se aplicó un análisis de varianza (ANOVA) para conocer las medias de la Autoestima de acuerdo a la Funcionalidad de la Estructura Familiar.

## INTRODUCCION:

La familia es un grupo que desarrolla patrones de interacción los cuales definen o forman la funcionalidad de la estructura familiar. Los miembros de ésta estructura son y se ven a sí mismos como una unidad completa que interactúa con otras unidades (Minuchin, 1979). Se puede afirmar que la familia mediante la socialización transmite al individuo significados culturales, normas establecidas por la sociedad y los roles de funcionalidad que desempeñará a lo largo de su vida Luvert y Polus (Citados por Valencia, 1988). La Funcionalidad Familiar es la capacidad de un sistema para resolver sus problemas en forma efectiva y disfuncionalidad familiar es la incapacidad de este para resolver sus problemas en forma efectiva ( Espejel, 1987).

Una etapa crucial para la formación del sujeto es la adolescencia y una de las dimensiones de mayor importancia para su estabilidad y desarrollo sano en la sociedad es la autoestima. Los factores que mayor influencia tienen en la autoestima del adolescente son: los patrones culturales, el nivel socioeconómico y la funcionalidad de la estructura familiar ( Hurlock ,1987).

Los autores que explican la influencia de la autoestima en el desempeño o desarrollo social sano del adolescente han sugerido que el nivel bajo de ésta predomina en sujetos que presentan conductas desviadas, patológicas y anormales, tales como; la delincuencia, prostitución y farmacodependencia; mientras los que presentan autoestima alta, son los que tienen una adecuada interacción familiar, alto rendimiento académico, son creativos y dinámicos ( Pope, McHale y Craighead, 1988; Sarafino y Armstrong, 1988).

Con base en los trabajos mencionados sobre funcionalidad de la estructura familiar, la autoestima en la adolescencia y la farmacodependencia, se planteó el objetivo del presente estudio: Comparar la Autoestima y la Funcionalidad de la Estructura Familiar de un grupo de adolescentes farmacodependientes, con otro de sujetos no farmacodependientes.

Se organizó de la siguiente forma el presente trabajo:

Capítulo I, FUNCIONALIDAD DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR, ADOLESCENCIA, AUTOESTIMA Y FARMACODEPENDENCIA.- En éste se definen los fundamentos teóricos de la relación entre la familia y la autoestima en adolescentes farmacodependientes.

Capítulo II, METODOLOGIA.- Aquí se presentan los objetivos del trabajo, la muestra que participó en el estudio, los instrumentos, materiales utilizados, el procedimiento y el análisis estadístico realizado.

Capítulo III, RESULTADOS.- Se describen los resultados obtenidos, la recolección de datos, sistematizados y analizados por medio del tratamiento estadístico aplicado.

Capítulo IV, DISCUSION.- Se describen las principales conclusiones derivadas de los hallazgos del presente estudio, relacionándolos con los principales reportes dentro de la línea de investigación, y con algunas de las propuestas teóricas pertinentes. Finalmente se bosquejan algunas limitaciones del estudio y sugerencias para estudios posteriores.



# **I. FUNCIONALIDAD DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR, ADOLESCENCIA, AUTOESTIMA Y FARMACODEPENDENCIA.**

## **1.1 DEFINICION DE FAMILIA Y FUNCIONES DE ACUERDO AL TIPO DE FAMILIA.**

La familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales y éstas repetidas establecen líneas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse y esas pautas apuntalan el sistema (IFAC, 1981). Se ha propuesto a la familia como el punto de inicio y referencia para la comprensión y conducción del niño dentro y fuera del hogar, ya que es el grupo primario de socialización (Johnson, 1967). Se ha dado el nombre de familia al grupo de personas que viven juntas durante un determinado período y se hayan vinculadas entre sí por el matrimonio o el parentesco de sangre (Laing, 1971), la familia funciona como unidad, como un todo integral que sirve para mantener un balance entre el grupo mismo y la sociedad en la que se vive (Macías, 1982).

Otras propuestas afirman que la familia es la unidad de relaciones humanas que refleja en sí misma los grandes problemas de la sociedad global en la que se vive, que depende de influencias externas, y que se relaciona prácticamente con todos los problemas y dimensiones de la vida humana (Leñero, 1976), y que la familia es uno de los pilares básicos de la sociedad, que es una institución que tendrá que sobrevivir porque es ella el núcleo de la organización social (Careaga, 1988).

El concepto de familia es variable, es la unidad nuclear que consiste del esposo, la esposa y los niños. Es la unidad compuesta por individuos unidos por algún lazo consanguíneo (Sanders, 1989). Los apelativos de padre, hijo, hermano, hermana no son simples títulos honoríficos, sino que, traen consigo serios deberes recíprocos perfectamente definidos y cuyo conjunto forma parte esencial del régimen social de los pueblos (Engels, 1984). La familia como unidad dinámica, básica para la supervivencia del hombre, es un sistema funcional, integral y abierto que permite o no al individuo desarrollar sus potenciales básicos y transmitir de generación a generación los valores y emociones como: razón, amor, solidaridad, respeto, comprensión, odio, irracionalidad, prejuicio y destrucción (Díaz-Carbaño, 1974).

Según Minuchin (1977), una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, que repetidas establecen normas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse; esas pautas apuntalan el sistema social; y definen quién es cada uno de los miembros en relación al otro, dentro de un contexto y un momento determinado. Otras propuestas sugieren que la familia es universal y que se caracteriza por cuatro funciones básicas: La sexual, la reproductiva, la económica, y la educativa. Y es universal, ya que estas funciones son pre-requisitos para la supervivencia de cualquier sociedad. El autor afirma, que si no se dan la primera y la segunda función (sexual y reproductiva), la sociedad se extinguiría, que sin la tercera (económica), la vida no podría existir, y sin la cuarta (educativa), la cultura desaparecería (Murdock, 1949).

Se ha hecho la distinción entre dos tipos de agrupación: familia conyugal y familia consanguínea. A la primera se considera como la unidad funcional, la unidad biológica; y a la segunda, como una creación social, que no se delimita sobre una base completamente biológica, sino con respecto a la línea de descendencia (Fromm, 1949).

Gough (Citado en Levi-Straus, 1976) distingue tres tipos de familia, que son:

1.- **FAMILIA EXTENDIDA:** Que está integrada por tres generaciones de hermanas y hermanos casados.

2.- **FAMILIA GRANDE:** Está formada por los descendientes de una pareja y los abuelos.

3.- **FAMILIA NUCLEAR:** Está formada por un padre, una madre y los hijos (as) de ambos.

La familia nuclear está organizada en forma triangular, siendo los vértices de este triángulo el padre, la madre y los hijos, con una residencia común, que en ocasiones puede afectar o cambiar uno de los elementos. Es la unidad básica de subsistencia y de relación en la sociedad, donde se imparten las enseñanzas primarias de las normas y valores de la cultura, así como de la conducta esperada y aprobada. Está basada en una división de funciones, estando claramente señaladas las obligaciones y deberes de cada uno de los miembros. Es la institución fundamental para la transmisión de aquellos patrones de vida que los antropólogos llaman cultura. También se propone que las formas para clasificar a la familia van a depender de: quién posee la autoridad y el dominio patriarcal, matriarcal e igualitario, el número de hijos, patrilineal, matrilineal o bilineal; o de acuerdo al lugar de residencia patrilocal, matrilocal o neolocal (Díaz-Carabaño, 1974).

La familia humana no se limita a la procreación y a la crianza; una de sus funciones fundamentales es la formación de la personalidad sociocultural, ya que es la institución encargada de transmitir las normas y los valores dominantes de una cultura, a través del proceso de socialización. La sociedad a través de la familia, dota a sus miembros de roles, es decir, de formas de interacción que son históricamente determinadas, esto es que se fundan en la biografía de cada uno de los miembros que la integran. Un ejemplo de esto es la pareja conyugal que ha

vivido relaciones familiares en su familia de origen y con base en esa estructura se relacionan y establecen vínculos con los demás (Konig, 1981).

Inkles (Citado en Díaz Santos 1987) propone que los miembros de una sociedad comparten un sistema de acción donde está implícito el hecho de que han aprendido las respuestas apropiadas a indicaciones que otros dan; que los adultos son el producto terminado de un largo proceso de condicionamiento previo, por ello cuentan con un gran repertorio de respuestas uniformes para enfrentarse a situaciones que su sistema socio-cultural les presenta. A pesar de que las sociedades sufren constantes cambios mantienen una relativa estabilidad en la cultura y estructura. La clave de esta continuidad reside, en gran parte, en el hecho de que las generaciones sucesivas aprenden su cultura con toda su complejidad y la reproducen.

## **1.2 ESTRUCTURA FAMILIAR.**

Una de las propuestas mejor articuladas en el sentido de incluir tanto aspectos clínicos como explicativos en sentido teórico es la de Minuchin, quien la concibe como un grupo de componentes que se pueden encuadrar con relativa facilidad en la Teoría General de Sistemas propuesta originalmente por Von Bertalanffy.

Minuchin (1981, 1975, 1974, 1967) desarrolla un modelo conceptual de la familia, concibiéndola como una estructura sistémica. La familia se define como el grupo natural que con el tiempo va desarrollando patrones de interacción. Estos patrones de interacción forman la estructura familiar, que a su vez gobierna el funcionamiento de los miembros de la familia, delineando su rango de comportamiento y facilitando su interacción. Los miembros de la familia comúnmente no se conciben como parte de la estructura familiar. Cada ser humano se ve a sí mismo como una unidad completa, interactuando con otras

unidades. Cuando interactúa dentro de su familia se comporta de acuerdo a las reglas establecidas; unos territorios están marcados como "haga lo que quiera", otros están marcados "proceda con precaución" y otros están marcados "alto". Si cruza este límite, el miembro familiar va a encontrar ciertos mecanismos reguladores. A veces los va a aceptar y a veces los va a retar. También hay áreas marcadas como "entrada prohibida". Las consecuencias de traspasar estas áreas cargan los más fuertes componentes afectivos: culpa, ansiedad, inclusive expulsión y condena.

La estructura familiar constriñe al individuo inhibiendo conductas que difieren de las normas familiares, pero la estructura familiar también promueve crecimiento y autonomía, protegiendo al individuo y dándole a cada miembro de la familia una sensación de estabilidad y pertenencia que son esenciales para su bienestar.

Minuchin considera relevante postular en forma arbitraria un principio de la familia: El acuerdo de dos adultos, un hombre y una mujer, que se reúnen con el propósito de formar una familia. En el modelo de la familia nuclear cada uno de los nuevos socios, o sea la pareja, trae consigo una serie de valores y expectativas, tanto reconocidas como inconscientes, que van desde el valor de autodeterminación hasta que si debe la gente tomar desayuno o no. Estos juegos de valores deben ser reconciliados con el tiempo para hacer posible una vida común. Van a surgir diferencias y deben ser negociadas. Cada esposo debe ceder parte de sus propias ideas y preferencias, en este proceso se forma un nuevo sistema y los patrones transaccionales que se desarrollan lentamente expresan la estructura de este subsistema marital.

Los patrones transaccionales normalmente no son reconocidos como tales; son simplemente sostenes de la vida, está allí y son necesarios, pero no se piensa mucho en ellos. Muchos son desarrollados con poco o ningún esfuerzo si ambos

esposos vienen de familias patriarcales. Otros patrones transaccionales son el resultado de acuerdos específicos, pero en ambos casos los patrones establecidos gobiernan la forma en que cada esposo se percibe a sí mismo y a su compañero, dentro de su contexto marital. Los comportamientos que difieren de los patrones usuales van a lastimar y a producir una sensación de traición, aún cuando ninguno de los dos esposos tenga ninguna idea consciente de donde está el problema.

Aparte de establecer patrones de interacción para las tareas internas, el subsistema marital debe establecer también formas de trato con los extrafamiliares. Después, cuando los niños nacen, el subsistema marital también debe de aprender a diferenciar cómo desarrollar las tareas parentales y otras.

Las familias, por lo tanto, son sistemas altamente complejos. Son subsistemas de sistemas sociales más amplios: la familia extensiva, la vecindad, la ciudad y así en adelante. La interacción con estas entidades más amplias va a ser una parte significativa de los problemas y tareas familiares en su comunicación con redes de apoyo.

Minuchin destaca que existen varias composiciones o tipos de familias con diferentes estructuras familiares y que todas son viables, enfoca a la familia nuclear que sigue siendo el modelo que gobierna al pensamiento actual. Dentro de la familia nuclear es necesario observar cuatro subsistemas o "Holons" característicos y significativos para el crecimiento y desarrollo individual y familiar: El holon individual, el holon marital, el holon parental y el holon de los hermanos.

Cada sistema familiar necesita tener límites que protejan su funcionamiento, cada subsistema debe llevar las tareas y resolver sus problemas; estos límites no excluyen la posibilidad de consultar a otros miembros de la familia para que resuelvan problemas específicos del subsistema, pero tienen que delinear el

subsistema adecuadamente. Un niño que siempre llama a su madre porque su hermano lo está molestando constantemente, se está perdiendo la experiencia de la autorrelación que podría obtener a través del subsistema de hermanos.

La familia, entonces, es una unidad social estructurada por patrones transaccionales en algunas áreas, el sistema es flexible ofreciendo una amplia gama de alternativas. En otras áreas, patrones preferenciales son rigurosamente mantenidos. Aunque patrones alternativos podrían ser posibles no son usados debido a que los mecanismos contrarios a las desviaciones son rápidamente activados cuando los comportamientos cambian.

Minuchin (1981, 1977), señala dos atributos cruciales para el funcionamiento familiar:

- 1) La naturaleza de las fronteras o límites que definen los subsistemas.
  
- 2) La capacidad del sistema para cambiar en respuesta a las condiciones variables; o sea su adaptación al cambio.

### **FRONTERAS O LIMITES.**

Las fronteras de un subsistema son las reglas que definen quién participa en las transacciones y cómo. Cada subsistema familiar tiene funciones específicas y hace demandas específicas a sus miembros. El desarrollo y el ejercicio de las habilidades en estos subsistemas, depende de la libertad para sus funciones sin interferencia. Las funciones de las fronteras son para proteger esas diferenciaciones necesarias. Por ejemplo: el desarrollo de las habilidades para negociar son iguales, aprender entre hermanos, depende de una ausencia saludable de parte de los padres, los padres deben saber cómo manejar y mediar mientras permiten que el subsistema de los hermanos funcione lo más posible por sí mismo.

La composición de un subsistema no es tan significativa como debe ser la claridad de las fronteras del subsistema: un subsistema parental que incluye un abuelo, puede funcionar muy bien mientras las líneas de responsabilidad y autoridad estén claramente fijadas. La claridad de las fronteras del subsistema familiar es un parámetro útil para evaluar el funcionamiento de la familia. Todas las familias pueden ser concebidas como cayendo en algún lugar entre dos polos que serían dos extremos: de fronteras difusas, amalgamadas y fronteras rígidas en extremo o desarticuladas. La familia amalgamada es un sistema que se ha volcado hacia adentro, desarrollando su propio microcosmos. Tiene un alto grado de comunicación y de preocupación entre los miembros de su familia, las fronteras están borradas y la diferenciación es difusa. Este sistema puede carecer de recursos necesarios para adaptarse y cambiar bajo circunstancias difíciles. En el extremo opuesto la familia desunida o desarticulada o sin compromisos tiene fronteras demasiado rígidas. La comunicación es difícil y las funciones protectoras de la familia están limitadas.

La mayoría de las familias tienen subsistemas amalgamados o desarticulados variando de acuerdo a las funciones y al nivel de desarrollo. El subsistema madre-niño, es frecuentemente amalgamado mientras los niños son pequeños, aún al punto de excluir al padre. Así en la misma familia el padre puede tomar una posición más comprometida con los niños mayores.

El subsistema parental se mueve de un estilo amalgamado a uno desarticulado a medida que el niño crece y empieza a separarse de la familia. Amalgamiento y desarticulación no implican diferencias cualitativas entre lo funcional y lo disfuncional. Existen términos que se refieren a un estilo transaccional, sin embargo, operaciones en los extremos de los polos indican áreas de posible patología.



El sistema desarticulado tolera una amplia gama de variación individual en los miembros familiares. En el extremo de la línea, la tensión en un miembro de la familia no traspasa inapropiadamente fronteras rígidas; solamente un alto nivel de tensión individual puede reverberar con suficiente fuerza para activar el sistema de apoyo familiar. En el extremo de la línea amalgamada lo que rige es lo opuesto: tensión en un miembro individual reverbera fuertemente e inmediatamente, hace resonancia en los otros sistemas. En este extremo, la autonomía individual puede ser severamente coartada.

Ambos tipos extremos de relación pueden causar problemas. Cuando los mecanismos que adoptan las familias resultan indispensables, una familia altamente amalgamada responderá a cualquier variación con excesiva velocidad y alta intensidad. La familia desarticulada tiende a no responder, aún cuando la respuesta sea necesaria. Los padres de una familia amalgamada pueden molestarse bastante cuando el niño no se coma su postre. A los padres en una familia desarticulada puede no importarles la conducta delictiva de un niño.

#### **ADAPTACION ANTE EL CAMBIO.**

Una de las tareas más importantes de la familia es la de mantener la continuidad que protege el sentido de pertenencia de sus miembros. Al mismo tiempo la familia debe encontrar nuevas alternativas ante las continuas demandas de cambios. La manera en que responde al cambio es la otra clave elemental en la estructura familiar.

La más obvia e inevitable fuente de desequilibrio viene del crecimiento de los miembros familiares. Los niños en particular, se mueven rápidamente a través de etapas de desarrollo. Los niños pequeños pueden estar felices si acompañan a sus padres los fines de semana, pero a un niño de 9 años le va a gustar quedarse y jugar con su amiguito el domingo en la tarde y un adolescente va a querer estar en

un concierto de rock con sus amigos hablando de su nueva licencia de manejo y del carro de la familia. Eventualmente, el crecimiento de los niños debe de coincidir con el cambio de la organización de la vida familiar, un proceso que involucra tiempo y que a veces causa desagrado.

Toda la familia debe adaptarse continuamente a la sensación de pérdida y extrañeza. Los padres se encuentran a sí mismos constantemente fuera de coincidencias y de secretos, perdiendo preciosas tradiciones familiares y cediendo autoridad que hubieran podido ejercitar más eficientemente. En algún momento deben encarar las implicaciones del crecimiento de sus hijos por su propia sensación de sí mismos. Los niños pueden encontrar que su nueva autonomía significa una pérdida de facilidades y de protección.

La presión del cambio también proviene de fuentes extrafamiliares: un padre que cambia de trabajo, una familia que se muda, o una huelga escolar. Tanto presiones internas como externas continuamente desequilibran el sistema familiar, pero el desequilibrio que producen es un factor esencial en el crecimiento y desarrollo de una familia, tanto como lo es para el individuo. Con el tiempo, nuevos patrones transaccionales se vuelven necesarios. A medida que estos patrones son aceptados se vuelven familiares y se les da preferencia. Los patrones alternos tienen posibilidades, pero el sistema tiende a mantener cierto rango de preferencia, tratando de mantener la continuidad. Cuando las desviaciones se aproximan y amenazan la estabilidad familiar encuentran respuestas contra-atacantes que restablecen los rangos de conducta hasta que el nuevo cambio se presenta impostergable.

Si la familia no está cambiando, ése es un signo de rigidez, poco saludable. Aunque los patrones referidos sean ya inadecuados, son mantenidos obstinadamente. Tal sistema se vuelve patógeno. Los miembros de la familia ya no

encuentran tal sistema como sostenedor de un proceso de crecimiento; se convierte en una prisión. Las respuestas que ya no son viables siguen siendo reforzadas por un sistema cerrado con mecanismos caducos. La exploración de alternativas está cerrada. Las respuestas se vuelven estereotipadas y encerradas. Los miembros de la familia están atrapados.

En resumen, el desarrollo del niño depende del sistema social primario: la familia, la cual funciona a través de complejos patrones de interacción. En este sistema de gente interactuando, el niño va adquiriendo un sentido de pertenencia y un sentido de separación o individuación. La identidad se va formando en las múltiples interacciones con la familia que definen para el niño quién es y cómo embona en la estructura familiar. En ésta, se diferencian aparte del subsistema individual, 3 subsistemas con funciones específicas:

**1.- SUBSISTEMA MARITAL (PAREJA):** Tiene su propia frontera y por definición no incluye al niño. Los niños pueden ser víctimas o "chivos expiatorios", usados o adoptados en alianzas por uno de los esposos al tratar de sacar su conflicto o su frustración de la relación conyugal.

**2.- SUBSISTEMA PARENTAL (PADRES-HIJOS):** Es el subsistema del cruce generacional. Transacciones en este contexto suelen involucrar la socialización del niño o sus funciones de crianza tales como nutrición, guía y control. Su sentido de adecuación en el manejo de la autoridad está delineado en cómo es escuchado por sus mayores, y por la capacidad del sistema para enseñarle y responderle en términos relevantes y adecuados a su edad.

**3.- SUBSISTEMA DE LOS HIJOS:** En este contexto se desarrollan patrones de negociación, cooperación y competencia.

El niño traspolo a otros sistemas sociales toda la experiencia adquirida al participar en los diferentes subsistemas dentro de su contexto familiar.

## **EL PAPEL DEL PADRE Y LA MADRE EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.**

Entre los más importantes hallazgos contemporáneos está la comprobación cada vez mayor, de que la calidad del cuidado paterno y materno que recibe un niño en sus primeros años es de vital importancia para su futura salud mental, ya que es esencial que un pequeño experimente una relación afectuosa, íntima y continua con su madre o sustituto materno en la que ambos encuentren satisfacción y gozo. La relación rica y satisfactoria con la madre, el padre y los hermanos, dice Bowlby, es la base del desarrollo del carácter y de la salud mental. Es claro que los hijos que sufren privación llegan a ser padres que carecen de la capacidad de cuidar a sus hijos, y que los adultos así formados son los que sufrieron privación en la niñez (Bowlby, 1985).

El apego de los niños a los padres es tan fuerte que, aunque los niños tengan padres sustitutos bondadosos, sienten que sus raíces están en los hogares donde tal vez se les haya maltratado y descuidado y resienten profundamente las críticas dirigidas contra sus padres, ya que a ellos es a quienes valora y con quienes se identifica. Esto se debe, a que aunque haya mucho descuido, uno u otro padre casi siempre ha sido bondadoso con él desde el día de su nacimiento (Bowlby, 1985).

**FUNCIÓN MATERNA:** La madre es el primer afecto del niño, el modelo a seguir en el aprendizaje de las características y facultades humanas, especialmente la de amar. Si el niño es amado es capaz de amar. Durante los primeros años de vida

del niño, la madre es la encargada de satisfacer sus necesidades alimenticias, así como las de contacto, ternura y protección. Spitz (1969) menciona que los lazos afectivos entre la madre y su hijo son tan estrechos en los primeros meses que les llamó "egoísmo de dos".

Desde el punto de vista histórico algunas de las primeras propuestas que abordaron el papel materno en la dinámica familiar fueron las derivadas de los enfoques psicodinámicos desde; Sigmund Freud, Melanie Klein y Anna Freud.

Melanie Klein señala la influencia tanto de la madre como del mundo interno del bebé en el desarrollo de la personalidad de éste. La madre que atiende con cariño a su bebé le proporciona sus características buenas, con las cuales él se identifica. Esto lo lleva a tener un mundo interno lleno de objetos buenos y a desarrollar una personalidad estable (Segal, 1981). Freud (1905) en su obra enfatiza la importancia de la función matema y de las experiencias que constituyen al niño a través del vínculo madre-hijo. Menciona que las vivencias y conflictos de los primeros años desempeñan un papel muy importante en la evolución del individuo y dejan huellas imborrables para la edad adulta. "Es evidente que el amor materno que necesita un niño pequeño, puede encontrarse más fácilmente dentro de la familia que fuera de ella", afirma Bowlby (1985), pues como comenta Anna Freud (1968), la intimidad física entre el niño y la madre es una de las satisfacciones ofrecidas de la relación madre-hijo.

Además de la propuesta de Minuchin varios autores contemporáneos han abordado el papel de la interacción maternal como determinante en la Funcionalidad Familiar.

Porot (Citado en Escamilla y Comparán, 1998), propone que la madre es la encargada de aportar el amor que el niño necesita para su desarrollo afectivo. En

tomo a ese amor maternal se ordenarán las relaciones del niño, primero con su madre y más tarde con los demás elementos de la familia. La importancia del amor materno radica en que proporciona al niño seguridad, además de que se siente comprendido y aceptado tal como es.

Anna Freud (1968), al igual que su padre, sostiene la importancia de la primera infancia en la aparición de la psicopatología en el niño, cuando afirma que la vida infantil es dependiente de los adultos y varios motivos podrían producir o evitar una neurosis.

En investigaciones más recientes se ha demostrado que existe una relación entre la psicopatología materna y la presencia de psicopatología en el niño (Andrews, Brown y Creasey, 1990; Beidel y Turner, 1996; Hammen et al., 1987; Lang et al., 1996; Weissman et al., 1987).

La madre es la que convalida la posición del padre, le da valor a través del respeto al margen de las discrepancias razonables o circunstanciales. La madre es determinante para el funcionamiento familiar debido a las características culturales y biológicas de condición femenina con rasgos absolutamente propios. El hecho de ser ella la que lleva en su seno al hijo, la que lo amamanta, la que nutre esa célula casi indivisa madre-hijo de los primeros tiempos, le dá en una función insustituible y única. Es la temura y el puente entre las expectativas, los deseos o las necesidades de los miembros de la familia, y custodia los detalles que faciliten la marcha cotidiana de la organización familiar. Cuando llega la adolescencia a la familia, se espera que la madre esté rondando los 40. Comienza su madurez, está en la mitad de su vida; al mismo tiempo tiene el deseo de seguir siempre joven, sentirá la necesidad de recursos para prolongar su juventud: cosméticos, dietas, ejercicios, masajes, aparatos y cirugías de todo tipo. La mayoría de estas mujeres quieren sentirse atractivas, deseadas, tomadas en cuenta y al mismo tiempo hacen

equilibrios con la economía, los tiempos, los horarios y los ritmos para brindar un clima de satisfacción familiar (Devries y Pallones, 1995).

Muchas trabajan y dividen su tiempo entre el adentro y el afuera del hogar y sus hijos requieren su presencia en situaciones de enfermedad y soledad. Tironeando entre los más jóvenes y los mayores, teniendo la sensación de que deben atender muchos eventos al mismo tiempo. Comienzan a descubrir que su hijo adolescente hace todo lo que ella ya no podrá ser y que le exige a la vez madurez y tolerancia para acompañarla en esta etapa. O bien percibe un día de golpe que ha perdido el rastro de su hijo de 15 años y que no sabe con quien está.

La madre tendrá que hacerse "ducha", le guste o no en el oficio de ser madre de adolescentes como modelo o acompañante, apoyando a sus hijos. Tendrá que tolerar en el varón o en la mujer sus rebeldías, algunos desplantes y la necesidad de separarse. Esta mujer también carga con sus fantasmas, temores, frustraciones e inseguridades. Comienza a perder esa función que le dió buena parte del sentido a su vida en los últimos años y visualiza el comienzo de la separación de sus hijos. En esta etapa, tiene importancia encarar nuevas actividades o retomar con más dedicación las ya iniciadas. Proyectarse en el futuro con imágenes nuevas que le den otra orientación al espacio y al tiempo con los que irá dejando esa función (Devries y Pallone, 1995).

**FUNCIÓN PATERNA:** La organización familiar espera del padre la conducción, la certeza, la seguridad, el último toque. La familia volverá su mirada hacia él en situaciones de riesgo o de crisis. Su posición se verá enriquecida y complementada por los otros miembros de la organización familiar. Pero habrá una instancia en la que estará solo, por lo tanto la decisión que tendrá que tomar para la mejor conducción y protección de la familia será de vital importancia.

Salguero, Torres y Ortega (1995), mencionan que las relaciones padre-hijo se encuentran en un estado de transición y que no es sino hasta fines de los años sesenta y principios de los setenta que se ha reconceptualizado el estudio de la relación padre e infante. Farran (1982) indica que la creencia de que la madre es el primer agente de socialización, es inapropiado, ya que la socialización y las responsabilidades de cuidado y crianza del infante son compartidas generalmente entre los adultos que crían al niño incluido el padre. Power y Parker (1982), Peterson (1982), Baumrind (1973), afirman que ambos padres juegan un papel importante en el curso del aprendizaje temprano.

El psicoanálisis incluye el estudio de los impulsos, donde la principal función del padre es ayudar a los hijos y a los miembros de la familia en el control de sus impulsos. En este sentido la función del padre es ofrecerse a actuar ante los demás como un objeto con características óptimas para ser internalizado. La importancia que tiene el padre dentro de la familia depende de un adecuado desempeño de su rol, en la medida en que él mismo posea un desarrollo óptimo en sus funciones yóicas y colabore con los miembros de la familia y que también ellos posean un repertorio de funciones bien evolucionado que les provea de lo que se denomina un yo fuerte.

Soto (1991) menciona que una de las creencias más arraigadas acerca de la crianza infantil consiste en que se considera necesario y deseable que los padres hagan uso de su autoridad para controlar, dirigir y educar a sus hijos. Desde el punto de vista del niño el padre casi siempre tiene un tamaño psicológico mayor que él, lo que ayuda a explicar expresiones tales como: "Papá es grande", "el gran jefe", "era un gran hombre para mí", etc. El que sea merecido o no tiene poca importancia, el hecho es que el tamaño psicológico le proporciona al padre poder y autoridad sobre el niño. Cualquier padre sabe que puede controlar a un niño pequeño mediante el uso del poder. Por medio de la manipulación cuidadosa de las



recompensas y los castigos, el padre puede reforzar cierto comportamiento recompensando al niño y puede inhibir otro comportamiento mediante el uso del castigo, el uso de la autoridad paterna (poder) es efectiva en apariencia ya que con mucha frecuencia los chicos se acobardan, temen y se ponen nerviosos como el resultado del entrenamiento, a menudo se vuelven hacia sus padres y no es extraño que sufran una depresión tanto física como emocional al estar bajo presión de tratar de aprender un comportamiento que es desagradable para ellos.

¿Pero, que es la función paterna en la actualidad?, En general se ha considerado tarea del padre el dar seguridad y protección a los hijos o tradicionalmente se le ha delegado también, ser el representante de las normas y de los valores sociales. Y se le ha atribuido asimismo una participación decisiva en el desarrollo psíquico de los hijos, así como el mantenimiento de la armonía familiar, pero también de manera destacada su figura es muy importante cuando se le considera desde un punto de vista amplio o antropológico, ya que se piensa que su imagen se prolonga y se expresa de modo simbólico, en las instituciones socioculturales (Mendel, 1975).

Quizás lo nuevo de la función paterna se encuentra con cierta frecuencia a padres capaces de manifestar sus sentimientos de ternura y amor, mostrando además un marcado interés en lograr un mejoramiento, o por lo menos una mayor disposición a ser mejores padres (Nevárez, 1994).

La presencia del padre es determinante para destrabar la relación simbiótica entre madre-hijo para posteriormente facilitar el pasaje de la etapa de individuación-separación (Mahler, 1968). Al mismo tiempo su participación es fundamental ya que contribuye a establecer la identidad sexual del niño, el padre introduce una modificación cualitativa en las relaciones psicoafectivas entre madre-hijo al interponerse entre ellos, introduciendo de ese modo un edipo primario, dado que el

niño "se vive" desplazado de la madre debido a un tercero. Más tarde, el niño al lograr identificarse con el padre estará en condiciones de superar dicho complejo, que es una etapa del desarrollo psicosexual que adquiere funciones progresivo y estructurante en la personalidad (Nevárez, 1994).

En investigaciones realizadas por Cervantes ( Citado en Rangel,1987), comenta que la ausencia del padre, ya se trate de una ausencia prolongada, de su desaparición completa por divorcio o fallecimiento o incluso de su no presencia psicológica y moral, el niño se inquieta y se angustia y que muy posiblemente se les forme sentimiento de culpa y de inseguridad, ya que no tienen un parámetro que les indique si van bien o mal o que les estimule en su formación.

Andrade (1998) afirma que el papel de padre de familia es el de figura de autoridad y de alguna manera el de logro, siendo el proveedor y el que lucha.

## **ESTRUCTURA DE LA FAMILIA MEXICANA.**

Para Díaz-Guerrero (1972), la estructura de la familia mexicana depende de dos supuestos fundamentales: 1) la existencia de la supremacía del padre, y 2) el absoluto autosacrificio de la madre. De estas premisas se derivan los roles asignados a cada miembro de la familia, por ejemplo: las hijas tienen una educación que estimula la feminidad, la maternidad, las labores domésticas, en fin, todo aquello relacionado a su futura condición de madre-esposa pasiva, abnegada y sumisa. Al niño se le educa fomentando la virilidad, agresividad, brusquedad y especialmente en la adolescencia, se le da prioridad al tema sexual, donde se le crea una dicotomía: la esposa ideal y aquella mujer con la que se puede tener relaciones sexuales extramaritales. La virilidad estará en función de su potencial sexual, aprende que para seducir a una mujer debe presentarse como sumiso y

esclavo, para luego convertirse en un individuo dictatorial, ya que "el esposo debe trabajar y proveer, nada sabe y nada quiere saber acerca de lo que sucede en su casa, sólo demanda que todos le obedezcan".

El autor afirma que el patrón sociocultural de la familia mexicana favorece el desarrollo de las neurosis y que las proposiciones fundamentales (mencionadas anteriormente) se derivan de orientaciones valorativas implicadas en la cultura mexicana, donde se sostiene la indudable superioridad biológica y natural del hombre sobre la mujer (Díaz-Guerrero, 1982).

Santiago Ramírez (1970) respecto a la organización familiar en México, opinaba que el problema básico es su estructura: "el exceso de madre, la ausencia de padre y la abundancia de hermanos" . Afirma que la familia está integrada por una serie de obligaciones y de compromisos donde las mujeres tienen que satisfacer sus necesidades en oficios poco calificados, además de que habitualmente han sido abandonadas por su compañero, quien cuando estuvo presente fue violento y frecuentemente ausente, por lo que la cohesión del hogar se estructura alrededor de la madre. Por lo tanto como dice Ramírez "hemos vivido una cultura en lo que lo fundamental ha sido la relación con la madre".

Para Ongay (1980), los personajes que mayor peso tienen en la familia son los abuelos, porque en este país, los abuelos son seres respetados, sin importar en ocasiones las impertinencias de éstos. Su influencia puede ser usada para crear rencillas o lograr la armonía entre los miembros de la familia. Los abuelos tienen un efecto de transición entre generaciones. Transmiten tradiciones y valores a la siguiente generación, y por lo tanto juegan un papel social y cultural importante. Esto se observa en que los padres jóvenes siguen la tradición de trabajar y vivir para los hijos; el hombre fuera de la casa y la mujer dentro del hogar se hace cargo del cuidado de los hijos. La mujer, es generalmente la mujer de su marido, sin

embargo, como mujer no tiene mucha importancia ya que su papel fundamental es el de madre, buscando así la compensación de sus afectos en los hijos. Su principal lugar de participación está en la casa. La figura del padre es participativa económica, política y culturalmente, es un personaje de fin de semana y su función principal es el de proveedor.

Así el rol de la mujer es ser madre y el del hombre es ser proveedor, lo cual se ha convertido en prototipo para la formación de la familia en México (Ongay, 1980).

En las sociedades tradicionales, este núcleo primitivo de relación humana funcionó hasta el siglo XIX. Con el desarrollo de las sociedades urbanas-industriales, la familia nuclear formada por los padres y los hijos, y fundada en la homogeneización, en el prestigio de la autoridad paterna y en la seguridad de esa autoridad, se ha acabado. Se ha visto que en las actuales condiciones de vida urbana, los hombres y las mujeres adultos pueden satisfacer sus necesidades básicas aunque no exista ningún tipo de asociación familiar, conyugal o consanguínea. Y agrega, que en la sociedad contemporánea el matrimonio empieza a aparecer como una institución obsoleta que en lugar de crear estabilidad, origina graves crisis de personalidad y neurosis en los cónyuges. El autor finaliza diciendo que, en la sociedad mexicana en los últimos 10 años, la antigua familia rural que venía operando con patrones de una sociedad tradicional no puede funcionar más. Y que dentro de la estructura familiar, esta crisis se ha presentado de una manera cada vez más acentuada (Careaga, 1988).

Peñaloza (Citado en Camacho, 1992), menciona que los roles de la familia mexicana están determinados principalmente por la sumisión de la mujer al hombre y de los menores a los mayores. La relación marido esposa enfatiza el machismo y el rol del marido como patriarca autoritario. La relación padre-hijo tiende a ser distante, respetuosa y severa frecuentemente. La ayuda de la madre prepara al hijo

para la dominación e independencia. La relación padre-hija es distante, aunque relativamente ausente de conflictos. La relación madre-hija es muy estrecha, la hija logra una pronta identificación con el rol femenino. Los hermanos menores respetan a los mayores y especialmente las niñas a sus hermanos. Las relaciones entre hermanos permanecen estrechas no importando el paso del tiempo.

A pesar de las transformaciones sociales, económicas y políticas que ha sufrido la sociedad actual se ha demostrado que la familia en México sigue siendo una institución y un pilar básico a pesar del paso del tiempo.

Candelas (1981) investigó el significado del concepto de familia en adolescentes mexicanos (12 sujetos) , a través de Técnicas Proyectivas y encontró que el significado de familia en los adolescentes de su muestra comprende las siguientes premisas: la familia tiende a una estructura nuclear, a pesar de que las familias en general son de tipo extenso: hay incomunicación y aislamiento entre los miembros; el padre es un sujeto lejano y autoritario; los miembros de la familia deben someterse a la voluntad del padre; y la madre es la figura más valorizada y cercana a los sujetos.

Los cambios sufridos en los valores y en las actitudes de los mexicanos, respecto a la familia y a los roles de hombres y mujeres en la década de los ochentas fueron confirmados a través de dos estudios a nivel nacional (Alducin, 1986; Hernández y Narro, 1987). La muestra de la encuesta de Alducin fue de 3543 personas de los medios urbano y rural, de 15 años en adelante, los resultados obtenidos fueron los siguientes: a) los mexicanos dan un gran valor a la familia y en particular a los hijos; b) el matrimonio sigue siendo una institución vigente y fundamental; c) el papel de la mujer dentro de la familia es subordinado al papel del hombre; d) para los mexicanos la mujer debe ser hogareña, abnegada y casta, en ella recae la responsabilidad del cuidado del hogar y de la familia; e) para los

mexicanos de mayores ingresos y más educación, la mujer debe ser además de hogareña, inteligente y apasionada, para este grupo la mujer, dentro del matrimonio, debe ser más compañera e igual que el hombre, sin dejar de ser el centro de la familia. Un dato interesante es que ya no se valoran las características "femeninas" de sumisa y sufrida, como en épocas anteriores.

Hernández y Naro estudiaron a 1837 sujetos de ambos sexos, de entre 13 y 72 años de edad, de clase media, encontrando los siguientes resultados: a) la vigencia del matrimonio es incuestionable e independiente de la escolaridad y la edad; b) tanto la población rural como la citadina considera que los elementos más valorados para el éxito matrimonial son: la fidelidad, el mutuo aprecio y respeto, y la relación sexual feliz y armoniosa; y c) tanto población rural como urbana, consideran que sería bueno dar mayor importancia a la vida familiar.

Sanders (1989) en su estudio sobre conceptos culturales en familias trigeracionales, concluyó que en una cultura como la mexicana, donde la estructura tradicional familiar es fundamental, se siguen viendo pautas de interacción familiar que conservan si no un respaldo legal, si un significado psicológico que garantiza la persistencia y continuidad de las pautas tradicionales de socialización de la familia.

Andrade (1998) en un estudio minucioso sobre Ambiente Familiar del Adolescente; construyó la escala de Ambiente Familiar para conocer la percepción que el adolescente tiene de la relación con su papá, con su mamá, con sus hermanos y la de los papás entre sí. En la relación papá-hijo (a) y mamá-hijo (a) consideró nueve dimensiones, seis de las cuales comprenden las definidoras expresadas por los adolescentes (primera parte del estudio): Apoyo, Comprensión, Cariño, Comunicación, Confianza y Relación Padre-Madre-hijo. Las tres restantes: Rechazo, Control y Preferencia. Participaron 390 estudiantes de escuelas públicas

del D.F., de donde se obtuvieron resultados importantes en lo que concierne al presente estudio en lo referente a los efectos del ambiente familiar, características de personalidad y las variables culturales sobre conductas anormales en el adolescente (que en este caso sería uso de drogas), Los resultados se describen a continuación:

\* En lo que respecta a la predicción de las conductas problemáticas de los adolescentes, el análisis de regresión múltiple permite afirmar que el ambiente familiar, así como los factores de Cautela-Rechazo y Poder vs. Amor son significativos y en conjunto explican 21.24% de la varianza de dichas conductas. La variable que más varianza explicó fue ambiente familiar (9.124%), lo cual significa que los jóvenes que menos presentan conductas problemáticas (uso de alcohol, tabaco y drogas y conductas agresivas y antisociales) son los que perciben más apoyo, comprensión y aceptación de ambos padres, tienen una mejor relación con sus hermanos y perciben una mayor comprensión entre sus padres, además tienen una autoestima social mayor. En segundo lugar está el factor Cautela-Rechazo Personal (7.719% de la varianza) que indica que los jóvenes menos cautelosos o más audaces y que perciben mayor rechazo personal (odio como soy, me avergüenzo de mi, etc.) son los que presentan más conductas problemáticas. En tercer lugar el factor Poder vs. Amor que explicó 4.398% de la varianza total, significa que los jóvenes que creen que el poder es más importante que el amor, son los que presentan más conductas problemáticas\*. Estos resultados apoyan los encontrados por otros autores sobre la influencia del ambiente familiar en el uso de sustancias tóxicas en el adolescente.

Según Luvert y Polus (Citados en Valencia, 1988) la familia es el primer grupo organizado con el cual el individuo tiene sus primeros contactos, mediante la socialización se aprenden los significados culturales, se internalizan las normas establecidas por la sociedad y se adquieren los roles de funcionalidad que desempeñará a lo largo de su vida. En la medida en que el individuo va creciendo,

va adquiriendo habilidades cognitivas y su autoestima se va organizando, se va volviendo más abstracta e integrada (Hurlock, 1979).

Finalmente todo parece indicar que uno de los efectos más importantes de la interacción familiar tal como se refleja en los niños y adolescentes, es la autoestima. Una de las razones que dotan a este componente de un peso especial, consiste en que la autoestima parece funcionar como un eje en torno al cual se desarrollan e interactúan muchas de las habilidades interpersonales y sociales que pueden funcionar como mediadores hacia una amplia proporción de comportamiento adaptativo futuro del ser humano.

Se puede afirmar que son varios los factores que influyen en el desarrollo de la autoestima en el adolescente, los más importantes se consideran en los siguientes rubros: estructura corporal, defectos físicos, química glandular, vestimenta, nombres, apodos, inteligencia, aspiraciones, emociones, patrones culturales, tipos de escuela a la que asiste, nivel socioeconómico e influencia familiar.

La adolescencia es una etapa crucial para la formación de la personalidad del individuo y dentro de ésta, una de las dimensiones de mayor importancia para el desempeño del individuo en la sociedad es la autoestima.

Así, a continuación se aborda un tanto más pormenorizadamente a la autoestima como integrante de la Funcionalidad Familiar y la adaptación individual.



### **1.3 DEFINICION DE AUTOESTIMA.**

Se ha propuesto que la autoestima es la actitud que el individuo tiene hacia sí mismo; es decir, el valor que el individuo asigna a las características propias (Coopersmith, 1981 y Rosenberg, 1973). También se le ha definido como, la autoafirmación del individuo que se crea a través de los roles que desempeña socialmente. Es la forma de manejar los diferentes aspectos de sí mismo como las expectativas, los valores y las actitudes; es la parte afectiva que indica el grado de admiración o de valor que se le conceda al Yo (Lindgren, 1981; Hamacheck ,1981 y Badwick 1983).

Se concibe la autoestima como el juicio personal que emite el individuo de características propias, y estos juicios variarán de acuerdo a la etapa de desarrollo que esté viviendo (Mischel, 1987), es el conocimiento y la conciencia que tiene una persona de sí misma a través de su propia escala de valores, y para que ésta se forme se deben tener referencias de sí mismo, es decir, conceptos, imágenes y juicios (Rodríguez, 1988 y Gyves, 1989), la aceptación de sí mismo y la aceptación social están muy combinadas (Ziller, 1969). A partir de las definiciones anteriores, se puede decir que la autoestima es la evaluación que el individuo hace de la percepción de sus propias características. Tal evaluación cambia de acuerdo a los valores, creencias culturales y a la familia donde el sujeto se desarrolla (Camacho, en prensa).

### **1.4 FORMACION DE LA AUTOESTIMA.**

Se puede afirmar que el desarrollo de la autoestima se dá dentro del núcleo familiar, donde se va aprendiendo el concepto y la evaluación de sí mismo, que más adelante a través de las interacciones sociales, el niño va a expresar la opinión propia a partir de la opinión de los demás. Después de la etapa de la niñez, los

valores de la sociedad contribuyen a que el individuo defina qué es bueno y qué es malo, lo que va integrando el concepto de sí mismo (Sarafino, 1988).

Respecto a los factores que colaboran en la formación de la autoestima, Coopersmith (1967) sugiere que son: la conducta de los padres, principalmente y las consecuencias de las reglas que éstos establecen para sus hijos. Este autor postula tres condiciones para el desarrollo de un alto nivel de autoestima en niños y adolescentes: 1) que los niños o adolescentes sean aceptados por sus padres; 2) que los padres propongan límites claramente definidos para los hijos, y 3) que haya respeto por parte de los padres hacia la iniciativa individual de los hijos, dentro de los límites y del espacio propuesto.

Durante la niñez, la información que la sociedad dá para tener una imagen de sí mismo es determinante para la autoestima del individuo (Gellerman, 1979), es un fenómeno principalmente social, en donde la interacción del individuo con el mundo le genera asumir un rol que es aceptado por sí mismo y asignado por los que le van moldeando esta autoestima progresivamente (Tamayo, 1982).

Lindgren (1981) afirma que tanto los roles como el concepto del Yo son elementos que interactúan en la estructura de la autoestima; estos elementos se inician en la relación madre-hijo. Dentro de la familia, a través de la evaluación y reacción ante el niño, éste empieza a considerar la percepción que los demás tienen de él y aprende a evaluar su conducta y a sí mismo. Así va formando su autoestima, ya que el niño atribuye un valor a su Yo. El aprendizaje de estas atribuciones se convierte en un reflejo del valor que el individuo considera que los otros tienen de él mismo. Con ésto se puede afirmar, que existe una estrecha relación entre la autoestima del individuo y la estimación que los demás hacen de él.

La autoestimación tiene influencia sobre la receptividad de una persona al afecto de otra, y observa que un sujeto momentáneamente bajo en autoestima es más propenso a tener simpatía por alguien que lo acepta y le proporciona afecto de lo que sería alguien con autoestima alta (Walster, 1965), las personas con autoestima alta se percibían a sí mismas como significativamente más populares que las personas con autoestima baja, pero la autoestima alta también establece expectativas sociales de aprobación por parte de otras personas (Simon, 1972).

Con la revisión anterior, respecto a la formación de la autoestima, los autores coinciden al afirmar que la familia juega un papel determinante como agente de influencia para moldear la percepción de sí mismo, y principalmente en la etapa de la adolescencia.

### **1.5 LA AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENCIA.**

Los cambios físicos, psicológicos y sociales del adolescente ponen a prueba tanto la flexibilidad como la rigidez de la organización familiar en todo momento. Se puede considerar que esta etapa oscila entre los 11 y 21 años de edad aproximadamente. Blos (1971) propone la siguiente clasificación de etapas de la adolescencia, la cual sirve de marco referencial para el presente estudio:

Preadolescencia	(9-11 años)
Adolescencia Temprana	(12-15 años)
Adolescencia Media	(16-18 años)
Adolescencia Tardía	(18-21 años)
Post Adolescencia	(21-24 años)

En la etapa de la adolescencia se enfatiza la evaluación de sí mismo, ya que crece la preocupación por estar fuera de lo prescrito por la sociedad cuando no se cumple con lo establecido por ella, y esto genera ansiedad por la diferencia entre la actuación del individuo y lo que se espera de él (Mussen, 1974).

González (1978) declara que el adolescente se encuentra ante un mundo donde sus sensaciones y experiencias son cambiantes y en ocasiones inexplicables. Señala que es difícil que su autoestima, también cambiante, pueda modificar su conducta social establecida en la primera infancia.

Pope y cols. (1988) afirman que el período de la adolescencia es la etapa crucial en la formación de la autoestima, es aquí donde el individuo establece su autoidentidad, la cual persistirá en la vida adulta. A los 12 años de edad aproximadamente, los adolescentes empiezan a desplazar su estilo de vida infantil a un estilo de vida adulto; inician su pensamiento abstracto, esto es, imaginan posibilidades hipotéticas, piensan acerca de sus propias opiniones y también acerca de cómo los otros se perciben.

Gellerman (1979), al respecto agrega que en la adolescencia, las ideas respecto a sí mismo se conforman en referencia a otras personas.

Sarafino (1988) declara que el adolescente conforme crece va aclarando sus actitudes, valores y creencias debido a que en esta etapa la atención está más centrada en los aspectos internos.

Rosenberg (1965) ha observado que cuando un individuo se enfrenta a una decisión seria y urgente, y cuando el fundamento principal para su decisión es la visión que tiene de sí mismo, entonces es más probable que la imagen de sí mismo se traslade al primer plano de su atención. Rosenberg además observa que las

personas tienen actitudes que aplican hacia los objetos, y que el yo puede considerarse como un objeto hacia el cual uno tiene una actitud. Al referirse a las actitudes, Rosenberg señala que éstas difieren en contenido, dirección, intensidad, importancia, preeminencia, consistencia, estabilidad y claridad, y que los individuos hacen las clasificaciones de sí mismo con base en estas ocho dimensiones.

Se podrían considerar estas ocho dimensiones en términos de la actitud hacia sí mismo del adolescente. En lo que se refiere al contenido, ¿Qué ve un adolescente cuando se observa a sí mismo?, ¿Cuál es su descripción general de sí mismo? Esto podría incluir su sexo, religión, atributos, estatus académico, habilidades y constitución física. En lo que se refiere a la dirección, ¿Que tan favorables o desfavorables, positivos o negativos, son sus sentimientos hacia sí mismo? La intensidad se refiere a la fuerza de esos sentimientos: puede tener sentimientos muy adversos hacia sí mismo, o sólo moderados. La preeminencia de la actitud hacia el yo tiende a ser indicada por el tiempo y el esfuerzo que el adolescente dedica a la consideración de sí mismo, sus características y atributos, en comparación con otras cosas que realiza. La importancia se indica, como el término señala, por lo importante que se siente el adolescente en comparación con los otros aspectos de su ambiente. La estabilidad se determina por el grado con el que las actitudes del adolescente hacia sí mismo fluctúan de vez en cuando. La consistencia, muy relacionada con la estabilidad, depende de lo contradictoria que pueda ser esta actitud fluctuante hacia sí mismo. Y por último, la claridad se determina por el grado en el que las actitudes del adolescente hacia sí mismo sean nítidas y bien definidas en vez de ser vagas, confusas y ambiguas. Esto es, la autoestimación de un adolescente puede provenir de que sea un muchacho de estatus socioeconómico superior, que se siente fuertemente favorable hacia sí mismo, que pasa gran parte del día pensando en sí mismo, siempre en términos claros y concisos, como una persona realmente importante en comparación con toda la gente que conoce.

De hecho, el adolescente con un desarrollo normal tiende a sentir, ya sea que su actitud hacia sí mismo sea favorable o desfavorable, que él es una persona importante merecedora de gran parte de su propia atención (así como de la de todos los demás). Sin embargo, si las circunstancias ambientales y los atributos personales son de algún modo favorables, la visión de sí mismo tenderá a ser positiva.

Brage y Meredith (1994) afirman que las relaciones familiares influyen en la autoestima e indirectamente pueden propiciar la depresión en los adolescentes.

Lord, Eccles y Mc Carthy (1994) aseguran que las percepciones que los sujetos tienen de sus padres en cuanto apoyo de la autonomía para la toma efectiva de decisiones se relaciona positivamente con el ajuste y autoestima de los sujetos.

Con base en los elementos que los autores mencionados señalan como responsables en la formación de la autoestima, en la adolescencia, se puede afirmar que la autoestima se va estructurando con base en la impresión que provoca el sujeto en los demás y de las relaciones familiares.

## **1.6 LA FARMACODEPENDENCIA.**

La farmacodependencia es un fenómeno complejo y multicausal en cuya génesis y manifestación intervienen diferentes factores tanto de índole social como individual. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha definido como el "estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco. Se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia puede

ir acompañada o no de tolerancia, una misma persona puede ser dependiente a uno o más fármacos".

CEMESAM (Centro Mexicano de estudios en Salud Mental, 1979) lo define como "el uso habitual de una sustancia química que perjudica a tal grado la capacidad de funcionar del individuo que dá por resultado daños físicos, emocionales y psicológicos".

Se llama toxicomanía a "la apetencia anormal y prolongada manifestada por algunos individuos por drogas que han conocido accidentalmente o que han buscado voluntariamente por el efecto analgésico, euforizante o dinámico, apetencia que acarrea rápidamente una costumbre tiránica que conlleva casi inevitablemente al aumento progresivo de dosis ( De la Garza, Mendiola y Rábago 1992).

El mismo autor considera como toxicómano a aquél que, a partir de un producto base, pasa a otro u otros productos y/o los utiliza cotidianamente o casi cotidianamente.

Los criterios de inclusión para la dependencia de sustancias según el DSM-IV (Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, versión IV) son los siguientes:

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:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

(2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades. B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral o social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo).

(b) se toma la misma sustancia (o 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 el abuso de sustancias (DSM-IV).

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 dá 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 drogas.

Según Sosa (1998) en la conducta adictiva destaca como sustento de la misma, el que el individuo utiliza la droga como apoyo que le ayuda a afrontar los problemas que se le presentan durante su vida. La adicción conduce al sujeto a observarse como equilibrado con su entorno o, derrotado por su medio, no sintiéndose capaz de afrontar la vida cotidiana. La adicción es utilizada por el individuo como pretexto para no adaptarse a su entorno y a la vida; el enfoque social plantea que el origen de la adicción se dá en el hecho de que el sujeto desea escapar del dolor, que puede ser físico o emocional. El sujeto es incapaz de manejar las situaciones dolorosas, busca aliviarlo mediante la adicción encontrándose mejor dentro que fuera de ella. Según este modelo explicativo, la cultura moderna favorece las adicciones ya que los valores destacados en la actualidad son el éxito individual y el logro, la dificultad inherente para lograrlos lleva al individuo a frustrarse ocasionando que se busque refugio en la droga.

## **1.7 ADOLESCENCIA Y FARMACODEPENDENCIA.**

La farmacodependencia es descrita a través del esquema conocido como "Historia Natural de la Enfermedad" adoptado por Leavell y Clark, mediante el cual el proceso de farmacodependencia se observa como la interacción de tres grupos de factores: los del agente, los del huésped y los del ambiente. Entonces, el uso con fines no médicos de drogas causantes de dependencia y los problemas consiguientes estarían entre: a) Las propiedades de las drogas y la cantidad, la forma, la frecuencia y la duración de su uso; b) Las características y experiencias de los usuarios, y c) El medio socio-cultural-económico, y las circunstancias del uso.

La disponibilidad de drogas es una condición necesaria, pero no suficiente para su uso. Se ha sugerido una amplia gama de variables para explicar porqué unas personas inician el consumo de drogas y otras no, pero los estudiosos del fenómeno no han podido explicar cuales son las condiciones suficientes para que aparezca el consumo de drogas. No se está pues, en condiciones de demostrar la existencia de una variable causal en la generación de la farmacodependencia.

Si bien se plantea que no hay una variable causal, se dice que hay una serie de motivos que con frecuencia aparecen aislados o en combinación, asociados al inicio y/o continuación del consumo de fármacos. Estos son:

1. Curiosidad.
2. Búsqueda de aceptación o pertenencia a un grupo.
3. Expresar independencia u hostilidad.
4. Búsqueda de experiencias placenteras.
5. Adquisición de un estado superior de conocimiento o capacidad creadora.
6. Provocar sensación de bienestar y tranquilidad.
7. Escapar de algo.

Motivos que reforzados con los efectos farmacológicos hacen de las drogas algo más atractivo; los efectos farmacodinámicos de los distintos tipos de drogas son: alivio al dolor, el hambre, la ansiedad, el miedo, las inhibiciones y la pasividad exagerada; sensación de alivio de la fatiga y mayor capacidad de percepción de estímulos externos o internos sensoriales o de otros tipos, a veces con gran intensidad; sensaciones de mayor inteligencia, perspicacia o capacidad creadora y producción de estados oníricos o eufóricos.

El uso abusivo de las drogas es una conducta frecuente en el adolescente en el curso de estos últimos decenios: la extensión a esta franja de edad es de aparición relativamente reciente. Iniciada con el movimiento hippy en los años 60, esta

extensión es indisociable de un contexto biológico contemporáneo. El fenómeno de la droga no deja de ser en nuestros días un mundo complicado que es difícil reducir a algunas ideas sencillas.

En el adolescente aparecen tres tipos de factores que vienen a agravar el riesgo potencial:

- La utilización regular de una importante cantidad de droga lícita, cualquiera que sea. La ingestión de droga es aproximadamente seis veces más frecuente en los consumidores de psicotropos lícitos que en aquellos que se abstienen; el 18% de los consumidores importantes de tabaco o de bebidas alcohólicas y de los que usan medicamentos psicotrópicos han probado la droga; siendo el porcentaje de un 6% en los consumidores moderados y del 1.4% en los no consumidores. No obstante, nada permite concluir que el consumo regular e importante de tabaco, de alcohol o de medicamentos psicotrópicos constituya en sí misma una incitación al uso de drogas ilícitas.

- La existencia de angustia y sufrimientos afectivos (enfermedades psicosomáticas, dificultades escolares y caracteriales, tentativas de suicidio, etc.) durante la infancia y la preadolescencia.

- La desinserción social es particularmente clara en los heroinómanos (el 48.2% de ellos sin ninguna actividad). Esta desinserción se asocia estrechamente con la conducta toxicómana: a menudo es difícil saber si la desinserción ha favorecido el abuso de droga o si se ha producido a la inversa.

¿Cómo explicar en el plano de la psicología individual el porqué de la aparición de la farmacodependencia en el adolescente? Las motivaciones que se plantean antes del origen de la ingestión de drogas (Torres, 1982) constituyen un primer estadio de la comprensión de este nuevo lapso entre adolescencia y uso de

drogas. En realidad, ¿Qué cosa más común a esta edad que una actitud curiosa, una búsqueda de evasión o un desafío a la sociedad?

Se ha dicho mucho en torno a una estructura de personalidad de tipo dependiente en los sujetos farmacodependientes, que evoca también los puntos de fragilidad propios del proceso de la adolescencia: importancia de la acción, de la regresión pulsional y de la problemática identificatoria. Algunos autores emiten igualmente la idea de que la problemática profunda de la adolescencia y de la conducta toxicómana se organizan alrededor de varios puntos particulares. Guillaumin (Citado en Blos, 1988) cita tres:

1) La experiencia de duelo que constituye la adolescencia conduce a buscar el "estímulo externo portador de placer", teniendo por efecto el suprimir el duelo mismo.

2) El traumatismo psíquico y la angustia que está asociada acompañan a la sucesión de las fases de procesos de la adolescencia. Inducen también la "repetición traumatocrónica pobre y fragmentadora para el Yo de la llamada a la droga, en el sentido de un bloqueo por anticipación".

3) La inquietante cuestión de la identidad que se presenta en la adolescencia puede ser el origen de una búsqueda de diferenciación radical, donde la droga aparece como un medio de defensa frente a una nueva individuación, de un nuevo nacimiento secretamente terrorífico.

Denton y Kampfe (1994) encontraron como factores predictores para el uso de alcohol y drogas en los adolescentes; el vivir con un solo padre o en hogares reconstruidos, así como el uso de drogas dentro del núcleo familiar.

Dembo, Williams, Wothke y Schmeidler (1994) afirman que el uso de sustancias por los amigos es el mejor predictor de consumo de alcohol y drogas en los adolescentes, también resulta importante para estos autores el hecho de que estén más tiempo con los amigos que con la familia y más aún si los amigos son consumidores.

Brody y Forehand (1993) encontraron que el hecho de que existan conflictos entre madre-adolescente, así como la aceptación-rechazo por parte de la madre predice el uso de alcohol y drogas, así como la afiliación a personas ajenas a la familia consanguínea.

En resumen la OMS propone nueve hipótesis:

1. La farmacodependencia es una manifestación de algún trastorno caracterológico subyacente que impulsa al sujeto a buscar alguna satisfacción inmediata, aún a costa de sufrir posibles consecuencias adversas a largo plazo y en lo inmediato, de abdicar sus responsabilidades de adulto.

2. La farmacodependencia es la expresión de una conducta desviada en la que el sujeto busca su propio bien sin tener en cuenta para nada las convicciones sociales.

3. La farmacodependencia es la consecuencia de una tentativa de automedicación por parte de personas:

a) que padecen conflictos psíquicos tales como se observan normalmente en la adolescencia o los resultados de dificultades sociales o económicas, o bien trastornos más persistentes como los provocados por la depresión, la angustia crónica u otros procesos psiquiátricos;

b) que padecen males físicos, por ejemplo: hambre, fatiga crónica, o alguna enfermedad;

c) que creen que la droga posee virtudes especiales para evitar enfermedades o para aumentar la potencia sexual.

4. La farmacodependencia es el medio por el que un sujeto particularmente un inadaptado social, logra ser aceptado en su medio cultural marginal.

5. La farmacodependencia es la manifestación de una lesión metabólica reversible o permanente, causado por el consumo repetido de dosis elevadas de una droga.

6. La farmacodependencia expresa una oposición contra los valores establecidos en relación al éxito y la posición social.

7. Incluso en ausencia de un estado psicopatológico preexistente, la farmacodependencia podría ser el resultado de la adquisición de un complejo conjunto de respuestas operativas y clásicamente condicionadas. Según ésta hipótesis, no sería más que una forma de condicionamiento adquirido por aprendizaje.

8. Incluso en ausencia de un estado psicopatológico subyacente, la farmacodependencia podría ser el resultado de presiones socio-culturales conducentes al abuso de ciertas sustancias, por ejemplo el alcohol.

9. Cualquiera de estos factores o incluidos todos ellos pueden formar parte de los mecanismos etiológicos de la farmacodependencia de un sujeto determinado.

La OMS afirma que existen diferentes tipos de usuarios que corresponden a los diversos grados de avance de la enfermedad, en términos de características y patrones de consumo, y estos son los siguientes:

### 1. Consumo Inicial o Experimental:

En general, el uso extramédico de drogas se inicia con más frecuencia en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta, aunque es cierto que bien puede darse este inicio en grupos de menor edad. Antiguamente, el sexo era otro factor, pero cada día tiende a jugar un papel menos importante, sobre todo entre los jóvenes norteamericanos y europeos. Por otro lado, la situación social y económica baja ha guardado una estrecha relación con la iniciación del uso extramédico de las drogas distintas del alcohol. Pero sin duda, algunos factores etiológicos pueden atribuirse al azar: el vivir en una sociedad determinada, en una determinada zona de la ciudad; o el caso más claro, el tener un compañero ya adicto.

### 2. Consumo Ocasional o Social:

Las bebidas alcohólicas, el tabaco y las preparaciones de cannabis son las drogas causantes de dependencia que se usan más a menudo de manera ocasional, o en las reuniones sociales. El que una persona siga utilizando una sustancia, una vez probada, viene determinado por el grado en que:

a) la droga refuerza alguna función importante desde el punto de vista personal o social.

b) el uso produce algún cambio físico, psicológico o social deseado, real o imaginario, que es percibido, como más agradable que desagradable, más deseable que indeseable o disfuncional.

En algunos casos, las drogas pueden usarse de forma casual como automedicación, para aliviar la fatiga y conseguir un aumento de la sensación de resistencia.



### 3. Consumo-Dependencia Funcional:

En este nivel, los usuarios de drogas aún pueden participar en la vida social, aunque con deficiencias e irregularidades, y generalmente bajo los efectos de alguna droga.

### 4. Consumo-Dependencia Disfuncional:

El consumo de drogas de manera continuada genera dependencia física y/o emocional, y este nivel se caracteriza por ser el grado más avanzado de deterioro del individuo, quien ha dejado toda otra actividad y relación que no tenga que ver con drogas.

Cada droga produce una serie de manifestaciones particulares en la persona que la consume; sin embargo, existen características similares que se presentan en las personas adictas. A continuación se presentan algunas de éstas:

1. El farmacodependiente tiene una conducta inestable, cambia constantemente de estado de ánimo.

2. Presenta pupilas contraídas, vómitos en ocasiones y sufre irritación de nariz y ojos.

3. Lenguaje desarticulado y distorsionado.

4. Trastorna sus actividades normales, como; cambios en la disciplina o rendimiento escolar, inasistencia al trabajo.

5. Dificultad para asumir responsabilidades y rechazo de éstas.

6. Pérdida del sentido de realidad.

7. Cambio de la forma de hablar, de vestir, de amistades, o aislamiento.
8. Descuido de su propia persona; olor característico en la ropa y/o cuerpo.
9. Exigencia extranormal para gastos.

La muestra del presente estudio se encuentra concentrada en este último nivel de consumo (dependencia disfuncional) en el que existe un deterioro general del sujeto.

Es relevante hacer notar que la farmacodependencia no sólo requiere del objeto droga, para existir, hace falta también el sujeto que la utilizará. Es importante entonces ubicar al sujeto en la interrelación de su contexto personal, familiar y en el de la sociedad en la que transcurre su existencia.

De esta manera, aunque las definiciones y conceptos de Funcionalidad Familiar, desarrollo social e interpersonal, funcionalidad y disfuncionalidad familiar en el uso de sustancias varían ampliamente en función de la preferencia o enfoque teórico con que se vinculen; el análisis más articulado entre la forma que estos grupos de factores o sistemas interactúan sigue representando una prioridad para el tipo de investigación que busca vincular los aspectos teóricos de la funcionalidad humana, con posibles propuestas clínicas, o en su caso, preventivas. Así, el propósito del presente estudio consiste en explorar la Funcionalidad de la Estructura Familiar y la Autoestima en adolescentes farmacodependientes.

## **II. METODOLOGIA:**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL:**

- Comparar la Autoestima y Funcionalidad de la Estructura Familiar de un grupo de adolescentes Farmacodependientes con otro de sujetos no farmacodependientes.

### **2.2.OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Comparar la Funcionalidad de la Estructura Familiar en los grupos de la muestra.

2. Comparar la Autoestima de un grupo de Farmacodependientes y un grupo control.

### **2.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

- ¿Será diferente la Autoestima y la Funcionalidad de la Estructura Familiar en un grupo de Adolescentes Farmacodependientes y otro de no farmacodependientes ?

### **2.4 DEFINICION DE VARIABLES:**

#### **VARIABLES DEPENDIENTES.**

**FARMACODEPENDENCIA.**- Se define como el uso y abuso de cualquier sustancia que produce cambios en el comportamiento o conducta del individuo; de esta forma, conforme se aumenta el tiempo de ingestión se llegan a tolerar cantidades cada vez mayores, habituándose los sistemas fisiológicos a dichas sustancias químicas, que al reducirse repentinamente en frecuencia o cantidad, estos sistemas sufren reacciones de abstinencia, como por ejemplo: cuando a un

adicto se le suspende repentinamente la morfina, sufre por lo general de hipertensión y calambres, se agita y suda en abundancia. El uso prolongado de la droga altera las condiciones fisiológicas del organismo, de tal manera que se descompensa cuando se le deja de administrar. Es aquí cuando se habla de una adicción la cual se define como un proceso fisiológico según el cual el organismo responde a ciertas drogas (Davison y Neale, 1985). Para fines de la presente investigación, la Farmacodependencia se evaluó de acuerdo a la canalización que hacen los servicios de Urgencias de los Hospitales Psiquiátricos "Fray Bernardino Alvarez" e Infantil "Juan N. Navarro", a los diferentes servicios, en el primero y al servicio de PAIDEIA (Programa de ayuda, diagnóstico e investigación de adolescentes farmacodependientes) en el segundo; y con base a los expedientes clínicos en los que aparezca el diagnóstico de "Psicosis Orgánica Secundaria a Farmacodependencia".

**AUTOESTIMA.**- Es la actitud que el individuo tiene hacia sí mismo; el valor que el individuo asigna a las características propias (Coopersmith, 1967; Rosenberg, 1973). Para fines de esta investigación se definirá como los puntajes en la Escala de Evaluación Familiar (ESCEVFAM, 1987), para medir Estructura Familiar y la prueba para medir Autoestima de Rosenberg (1988).

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

**FUNCIONALIDAD DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR.**- La familia es definida como el grupo natural que con el tiempo va desarrollando patrones de interacción. Estos patrones forman la estructura familiar, que a su vez gobierna el funcionamiento de los miembros de la familia, delineando su rango de comportamiento y facilitando su interacción. Estos miembros comúnmente no se conciben como parte de la estructura familiar, cada ser humano se ve a sí mismo como una unidad completa, interactuando con otras unidades. La estructura familiar constriñe al individuo inhibiendo conductas que difieren de las normas familiares,

pero la estructura familiar también promueve crecimiento y autonomía protegiendo al individuo y dándole a cada miembro de la familia una sensación de estabilidad y pertenencia que son esenciales para su bienestar (Minuchin, 1981). Espejel (1987) define la Funcionalidad Familiar como la capacidad del sistema familiar para resolver sus problemas en forma efectiva y Disfuncionalidad Familiar como la incapacidad del sistema familiar para resolver sus problemas en forma efectiva. De acuerdo con la definición de Espejel, La Funcionalidad de la Estructura Familiar en el presente estudio se analizará en función del miembro de la familia al que se le adjudica la responsabilidad de; delimitar espacios de cada miembro dentro de familia, ejercer la autoridad y tomar decisiones finales, imponer reglas y límites, establecer comunicación tanto de forma verbal como no verbal, mantener los modelos de lo bueno y lo malo, mostrar sus afectos abiertamente tanto de bienestar como de malestar.

#### **VARIABLE ATRIBUTIVA:**

**ADOLESCENCIA.**- Sarafino y Armstrong (1988) la definen como el proceso que se inicia en la niñez y finaliza en el arribo a la adultez; y la duración la describen entre los 14 y los 22 años.

Respecto a la edad, Sanders (1989) señala que ésta es un concepto socialmente definido, sin embargo que está estrechamente relacionada con el desarrollo biológico. Para efectos del presente estudio, esta variable se denota por la edad de los participantes.

#### **DISEÑO:**

Es un diseño Ex post facto; Ya que se midieron dos variables dependientes: **FARMACODEPENDENCIA Y AUTOESTIMA** y una variable dependiente: **FUNCIONALIDAD DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR** (Hernández, Fernández y Baptista, 1994).

## **TIPO DE ESTUDIO:**

Fue de campo, exploratorio: de campo porque se acudió al ambiente natural de los sujetos (Hospital Psiquiátrico, parques, cines y medios de transporte); y exploratorio debido a que es la primera aproximación al fenómeno de la Estructura Familiar y la Farmacodependencia (Pick y Velasco, 1979).

## **2.5 METODO.**

### **Sujetos:**

60 sujetos del sexo masculino; los 30 del grupo de farmacodependientes, pacientes de los Hospitales Psiquiátricos "Fray Bernardino Alvarez" e Infantil "Juan N. Navarro", que se registraron con el diagnóstico de "Psicosis Orgánica Secundaria a Farmacodependencia" y cuya edad fluctuaba entre los 14 y 22 años; y para conformar el grupo control participaron 30 jóvenes que fueron seleccionados intencionalmente de acuerdo al género (masculino), la edad perfilada de acuerdo al grupo de farmacodependientes y que nunca hubieran estado internados en algún Hospital Psiquiátrico.

### **Escenario:**

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en los diferentes servicios del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" y en el servicio de PAIDEIA del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" de la Ciudad de México; y para el grupo control, se acudió a parques públicos, transporte colectivo Metro y salas cinematográficas.

### **Instrumentos:**

Además de las preguntas sobre datos generales de los sujetos como la edad, escolaridad, estado civil y ocupación, se utilizaron dos instrumentos:

## **1.- Nueva Escala de Evaluación Familiar (ESCEVFAM).**

Esta escala fue aplicada a una población constituida por los adultos, hombres y mujeres que asistieron al Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM, como en varias Escuelas Vocacionales del IPN y en los distintos domicilios de las familias habitantes de la zona norte, centro y sur del D.F. y parte de poblaciones del Estado de México colindantes con el área metropolitana, la muestra final fue de 500 sujetos.

Para obtener la confiabilidad de este cuestionario se utilizó la prueba de Alfa de Cronbach y se encontró un índice de 0.75, que es aceptable para este tipo de instrumentos. En el análisis factorial, utilizado para probar la validez del instrumento, se tomaron en cuenta solamente aquellos reactivos que tuvieron una buena consistencia interna. Se encontró una comunalidad de 1.59 al 0.133%, que arrojó una confiabilidad interesalar de 0.75 por lo que se decidió continuar el análisis factorial por escalas, mismas que se igualaron a 0 cuando no fueron significativamente diferentes (Espejel, 1987).

Este instrumento es un cuestionario que consta de 61 preguntas que exploran 10 áreas incluyendo la carátula junto con las instrucciones y la posición del entrevistado en la familia, así como algunas recomendaciones para el entrevistador.

Las áreas exploradas son:

a) **TERRITORIO:** Este término hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto. También se refiere a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia y se identifica en un momento dado con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familia. (Reactivos 1 al 5)

**b) LIMITES:** Son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras entre una generación y otra (hijos, padres, abuelos). (Reactivos 6 al 10)

**c) AUTONOMIA:** Es la habilidad de separar o hacer elecciones con responsabilidad. El grado de autonomía saludable para un miembro de la familia está en relación a su edad y a sus potencialidades. (Reactivos 11 al 15)

**d) MODOS DE CONTROL DE CONDUCTA:** Son los patrones que la familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de qué es bueno y qué es malo y para luchar contra las situaciones físicas peligrosas. (Reactivos 16 al 20)

**e) ALIANZAS:** Se le llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación, la de los esposos y la de los hermanos. (Reactivos 21 al 25)

**f) COMUNICACION:** Es el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través del cual la gente se relaciona con los demás. Entre más perturbada está la familia, el proceso de comunicación será más deformado y viceversa. (Reactivos 26 al 30)

**g) ROLES:** Son las expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro. (Reactivos 31 al 35)



**h) JERARQUIA:** Es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales. (Reactivos 36 al 40)

**i) AREA DE AFECTOS (DE BIENESTAR Y MALESTAR):** Los miembros de la familia son capaces de mostrarse afectos tanto de manera verbal, como no verbal. Algunas familias pueden expresar con más facilidad los afectos de bienestar (alegría, amor). Hay familias que solo pueden hablar de emociones de emergencia (miedo, cólera y represión) y no se atreven a hablar de amor y de ternura a ninguno de sus miembros. (Reactivos 41 al 46)

**j) AREA DE PSICOPATOLOGIA:** Se habla de psicopatología familiar cuando los mismos conflictos psicodinámicos o dificultades están presentes en ambos padres o en uno de los hijos. Esta formulación nos permite entender cuan severamente los miembros de la familia pueden estar compartiendo el mismo problema, aunque su conducta sea muy distinta. (Reactivos 47 a 52)

## **2.- Escala de Autoestima de Rosenberg.**

Esta escala fue aplicada en adolescentes estudiantes en la Ciudad de Guadalajara, México, para conocer la relación entre autoestima, apoyo social y sintomatología depresiva (Estrada y Velázquez, 1986). Además, esta escala ha sido de las más utilizadas, cuando se ha pretendido evaluar la relación de autoestima con los eventos de la vida, las respuestas de enfrentamiento y el estado emocional, en adolescentes. Para estimar la consistencia interna de esta escala en estudiantes de la Ciudad de México, se realizó el estudio piloto II. Los resultados obtenidos reflejaron una consistencia interna de 0.75. Los diez reactivos se sometieron al análisis factorial (rotación varimax), arrojando cuatro factores con valores Eigen mayores de 1.0 y que explicaron el 66.4% de la varianza total. En los factores 1 y 3

cargaron con mayor peso factorial, los reactivos relativos a características positivas de autoestima; y los factores 2 y 4 con las características negativas de la autoestima. Todos los factores fueron conceptualmente congruentes. La escala quedó integrada por los 10 reactivos originales de Rosenberg (1964), con el mismo formato de respuesta de cuatro opciones: 1 = Totalmente de acuerdo a 4 = Totalmente en desacuerdo; donde a mayor puntaje, mayor autoestima (González Forteza, 1996).

## **2.6 PROCEDIMIENTO.**

Se aplicó la Nueva Escala de Evaluación Familiar (ESCEVFAM) y la Escala de Autoestima de Rosenberg a sujetos del sexo masculino, cuya edad fluctuó entre los 14 y 22 años, en alguno de los servicios del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" y en el servicio de PAIDEIA del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navaro", encontrándose estos pacientes controlados de su cuadro psicótico por Farmacodependencia, es decir, ya no presentaban alteraciones en la senso-percepción, ni en el contenido del pensamiento, y para el grupo control se aplicaron los mismos cuestionarios a 30 jóvenes con características perfiladas de acuerdo a la edad del grupo de farmacodependientes.

## **2.7 ANALISIS ESTADISTICO.**

Se realizó un análisis de frecuencias para conocer la distribución de las características de la muestra, así como para cada uno de los reactivos de la Nueva Escala de Evaluación Familiar (ESCEVFAM); se obtuvo la consistencia interna de la Nueva Escala de Funcionalidad familiar ( a través del Alfa de Cronbach ), alcanzando un Alfa de .9523 mostrando un nivel de confiabilidad alto.

En cuanto a la Escala de Autoestima de Rosenberg se realizó un análisis de Varianza (ANOVA), así como un análisis factorial con rotación VARIMAX, explicando el 59.8% de la varianza; conformándose dos factores y un indicador. El factor uno obtuvo un valor Alfa de .7024 y el factor dos .6808. Al primero lo integran reactivos relacionados con la autoaceptación, y al segundo con el autorechazo, como se observa a continuación:

#### FACTOR 1 = AUTOACEPTACIÓN

1. Siento que soy una persona de confianza, al menos como los demás.
2. Siento que tengo buenas cualidades.
3. Tomo una actitud positiva hacia mí mismo (a).
4. En general estoy satisfecho (a) de mí mismo (a).

#### FACTOR 2 = AUTORECHAZO

1. A veces pienso que no soy bueno.
2. Estoy inclinado a sentir que soy un fracaso.
3. Desearía poder tener más respeto para mí mismo (a).
4. A veces me siento inútil.

### **III. RESULTADOS.**

En lo referente a las características generales de la muestra como la edad, escolaridad, estado civil, ocupación y número de integrantes de la familia, se realizó un análisis de frecuencias obteniéndose los siguientes resultados:

Para la muestra total (N=60) en cuanto a la edad, se obtuvo una media de 19.1 años; respecto a la escolaridad fue de 2o. grado de Secundaria. El estado civil de la muestra en general fue de solteros. En la muestra del Hospital Psiquiátrico no tenían ninguna ocupación, y la media del número de integrantes en la familia fue de cinco personas. En el grupo control, su ocupación era estudiante, y el número de integrantes en la familia fue de cuatro personas.

Para conocer las diferencias en el nivel de autoestima en pacientes farmacodependientes del Hospital Psiquiátrico y del grupo control se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA).

A continuación se describirán las medias de la autoestima comparando el grupo del Hospital Psiquiátrico y el grupo control, como se observa en la siguiente tabla:

**TABLA 1. AUTOESTIMA Y FARMACODEPENDENCIA.**

	<i>FARMACODEPENDIENTES</i>	<i>NO FARMACODEPENDIENTES</i>	<i>F.</i>	<i>SIGNIFICANCIA</i>
<i>AUTOACEPTACIÓN</i>	1.8	2.1	2.16	0.146
<i>AUTORECHAZO</i>	2.70	2.35	4.16	<b>0.045</b>

Como se puede observar la media más alta en el grupo del Hospital Psiquiátrico fue en autorechazo, es decir la capacidad para evaluarse negativamente; y en el grupo control, la media más alta fue en autoaceptación, ésto quiere decir que, en este grupo lo más importante es la expresión positiva hacia sí mismo.

**TABLA 2. TERRITORIO Y FARMACODEPENDENCIA**

**FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMILIAR	NO FAMILIAR	NADIE
1. En su familia la persona más trabajadora es:	53.3% (16)	16.7% (5)	6.7% (2)	10% (3)	0	3.3% (1)	3.3% (1)	3.3% (1)	3.3% (1)
2. Cuando la familia se sienta a la mesa quien sirve la comida :	0	66.7% (20)	0	0	3.3% (1)	10% (3)	13.3% (4)	3.3% (1)	3.3% (1)
3. En la familia, la persona más reconocida y tomada en cuenta es:	23.3% (7)	16.7% (5)	3.3% (1)	30% (9)	6.7% (2)	3.3% (1)	13.3% (4)	3.3% (1)	0
4. Quien decide que programa de TV ve cuando la familia está reunida:	13.3% (4)	6.7% (2)	3.3% (1)	20% (6)	0	33.3% (10)	13.3% (4)	3.3% (1)	6.7% (2)
5. Quien de la familia tiene más obligaciones:	36.7% (11)	30% (9)	3.3% (1)	13.3% (4)	3.3% (1)	6.7% (2)	3.3% (1)	3.3% (1)	0

**NO FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMILIAR	NO FAMILIAR	NADIE
1. En su familia la persona más trabajadora es:	23.3% (7)	13.3% (4)	36.7% (11)	6.7% (2)	3.3% (1)	16.7% (5)	0	0	0
2. Cuando la familia se sienta a la mesa quien sirve la comida :	6.7% (2)	43.3% (13)	10% (3)	6.7% (2)	6.7% (2)	16.7% (5)	6.7% (2)	3.3% (1)	0
3. En la familia, la persona más reconocida y tomada en cuenta es:	36.7% (11)	16.7% (5)	13.3% (4)	3.3% (1)	3.3% (1)	23.3% (7)	3.3% (1)	0	0
4. Quien decide que programa de TV ve cuando la familia está reunida:	13.3% (4)	0	10% (3)	6.7% (2)	3.3% (1)	43.3% (13)	3.3% (1)	3.3% (1)	16.7% (5)
5. Quien de la familia tiene más obligaciones:	36.7% (11)	20% (6)	6.7% (2)	13.3% (4)	3.3% (1)	13.3% (4)	3.3% (1)	0	3.3% (1)

En relación al área de TERRITORIO, la persona más trabajadora en la familia de los farmacodependientes es el papá y en la familia de los no farmacodependientes son ambos padres; en los dos grupos la mamá es la que sirve la comida cuando la familia se sienta a la mesa; en el grupo de farmacodependientes las personas más reconocidas y tomadas en cuenta son los hijos y en el grupo de no farmacodependientes es el papá; y en ambos grupos todos deciden que programa de TV ver cuando la familia está reunida, además de ser el padre quién más obligaciones tiene de la familia.

**TABLA 3. LIMITES Y FARMACODEPENDENCIA.**

**FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMI.	NO FAMI	NADIE
6. Quien interviene cuando los papás discuten o pelean:	3.3% (1)	0	0	33.3% (10)	3.3% (1)	10% (3)	13.3% (4)	0	36.7% (11)
7. En los problemas particulares de los hijos interviene.	20% (6)	16.7% (5)	16.7% (5)	6.7% (2)	3.3% (1)	3.3% (1)	16.7% (5)	3.3% (1)	13.3% (4)
8. Quien reprende al hijo más pequeño cuando comete una falta.	23.3% (7)	33.3% (10)	10% (3)	10% (3)	0	3.3% (1)	10% (3)	3.3% (1)	6.7% (2)
9. Los horarios de llegada de los hijos son iguales a los de:	16.7% (5)	3.3% (1)	0	13.3% (4)	3.3% (1)	6.7% (2)	6.7% (2)	3.3% (1)	46.7% (14)
10. Si uno de los padres castiga duramente a un hijo o hija interviene:	3.3% (1)	26.7% (8)	0	16.7% (5)	0	10% (3)	20% (6)	0	23.3% (7)

**NO FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMI.	NO FAMI	NADIE
6. Quien interviene cuando los papás discuten o pelean:	0	3.3% (1)	10% (3)	43.3% (13)	3.3% (1)	13.3% (4)	6.7% (2)	0	16.7% (5)
7. En los problemas particulares de los hijos interviene.	13.3% (4)	16.7% (5)	50% (15)	3.3% (1)	3.3% (1)	6.7% (2)	3.3% (1)	0	3.3% (1)
8. Quien reprende al hijo más pequeño cuando comete una falta.	20% (6)	20% (6)	26.7% (8)	10% (3)	0	13.3% (4)	3.3% (1)	0	6.7% (2)
9. Los horarios de llegada de los hijos son iguales a los de:	10% (3)	10% (3)	6.7% (2)	6.7% (2)	0	16.7% (5)	3.3% (1)	3.3% (1)	40% (12)
10. Si uno de los padres castiga duramente a un hijo o hija interviene:	6.7% (2)	13.3% (4)	0	6.7% (2)	6.7% (2)	10% (3)	6.7% (2)	0	50% (15)



En lo referente al área de LIMITES, cuando los papás discuten o pelean en la familia de los farmacodependientes nadie interviene y en la familia de los no farmacodependientes son los hijos quienes intervienen; en el grupo de farmacodependientes el papá es el que interviene en los problemas particulares de los hijos y en el grupo de no farmacodependientes son ambos padres; en el grupo de farmacodependientes la persona que reprende al hijo más pequeño cuando comete una falta es la mamá, mientras que en el grupo de no farmacodependientes son ambos padres; en ambos grupos los horarios de llegada de los hijos son iguales a los de nadie; en el grupo de farmacodependientes si uno de los hijos o hijas son castigados duramente interviene la madre y en el caso de los no farmacodependientes nadie interviene.

**TABLA 4. AUTONOMIA Y FARMACODEPENDENCIA**

**FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMI.	NO FAMI	NADIE
11. Cuando se invita a alguien a la casa lo sabe:	20% (6)	13.3% (4)	3.3% (1)	0	0	36.7% (11)	3.3% (1)	3.3% (1)	20% (6)
12. Por trabajar deja el hogar:	30% (9)	3.3% (1)	13.3% (4)	30% (9)	6.7% (2)	3.3% (1)	6.7% (2)	0	6.7% (2)
13. Si uno de los miembros de la familia no puede asistir a una reunión va:	10% (3)	6.7% (2)	3.3% (1)	3.3% (1)	3.3% (1)	0	13.3% (4)	3.3% (1)	56.7% (17)
14. En las decisiones importantes participa:	13.3% (4)	16.7% (5)	20% (6)	3.3% (1)	0	30% (9)	13.3% (4)	3.3% (1)	0
15. Para visitar amigos consulta a:	23.3% (7)	13.3% (4)	13.3% (4)	0	0	6.7% (2)	10% (3)	3.3% (1)	30% (9)

**NO FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMI.	NO FAMI	NADIE
11. Cuando se invita a alguien a la casa lo sabe:	0	6.7% (2)	20% (6)	0	3.3% (1)	56.7% (17)	0	0	13.3% (4)
12. Por trabajar deja el hogar:	36.7% (11)	10% (3)	10% (3)	0	0	20% (6)	6.7% (2)	0	10% (3)
13. Si uno de los miembros de la familia no puede asistir a una reunión va:	0	3.3% (1)	23.3% (7)	13.3% (4)	6.7% (2)	16.7% (5)	3.3% (1)	0	33.3% (10)
14. En las decisiones importantes participa:	0	6.7% (2)	30% (9)	3.3% (1)	3.3% (1)	50% (15)	6.7% (2)	0	0
15. Para visitar amigos consulta a:	13.3% (4)	13.3% (4)	43.3% (13)	0	3.3% (1)	6.7% (2)	0	3.3% (1)	16.7% (5)

En lo que se refiere al área de AUTONOMIA, cuando se invita a alguien a casa en la familia de los farmacodependientes lo saben todos los miembros de la familia al igual que en la de no farmacodependientes; en ambos grupos quien deja el hogar por trabajar es el padre, además de que si uno de los miembros de la familia no puede asistir a una reunión no va nadie; también en ambos grupos en las decisiones importantes participan todos los miembros de la familia; en el grupo de farmacodependientes para visitar a los amigos no se consulta con nadie y en el grupo de no farmacodependientes se consulta con ambos padres.

**TABLA 5. CONTROL DE CONDUCTA Y FARMACODEPENDENCIA**

**FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMILIAR	NO FAMILIAR	NADIE
16. Dentro de la casa el buen comportamiento es llevado por.	30% (9)	16.7% (5)	6.7% (2)	13.3% (4)	0	16.7% (5)	10% (3)	3.3% (1)	3.3% (1)
17. Las promesas de cualquier índole las cumple siempre:	23.3% (7)	23.3% (7)	10% (3)	6.7% (2)	0	3.3% (1)	10% (3)	3.3% (1)	20% (6)
18. Cuando alguien de la familia no llega a la hora convenida habla con él:	30% (9)	10% (3)	20% (6)	13.3% (4)	0	3.3% (1)	13.3% (4)	3.3% (1)	6.7% (2)
19. Cuando alguien de la familia sale de la casa avisa a.	10% (3)	36.7% (11)	20% (6)	3.3% (1)	0	10% (3)	6.7% (2)	3.3% (1)	10% (3)
20. Los castigos en la familia los aplica:	33.3% (10)	20% (6)	3.3% (1)	6.7% (2)	0	6.7% (2)	6.7% (2)	6.7% (2)	16.7% (5)

**NO FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMILIAR	NO FAMILIAR	NADIE
16. Dentro de la casa el buen comportamiento es llevado por.	23.3% (7)	10% (3)	20% (6)	0	3.3% (1)	33.3% (10)	3.3% (1)	0	6.7% (2)
17. Las promesas de cualquier índole las cumple siempre:	10% (3)	16.7% (5)	16.7% (5)	6.7% (2)	6.7% (2)	26.7% (8)	0	0	13.3% (4)
18. Cuando alguien de la familia no llega a la hora convenida habla con él:	10% (3)	23.3% (7)	40% (12)	6.7% (2)	0	6.7% (2)	3.3% (1)	3.3% (1)	3.3% (1)
19. Cuando alguien de la familia sale de la casa avisa a.	10% (3)	26.7% (8)	36.7% (11)	6.7% (2)	0	13.3% (4)	0	0	6.7% (2)
20. Los castigos en la familia los aplica:	10% (3)	10% (3)	36.7% (11)	10% (3)	0	13.3% (4)	0	10% (3)	10% (3)

En lo relativo al área de CONTROL DE CONDUCTA, en la familia de los farmacodependientes el buen comportamiento dentro de ésta es llevado por el padre y en la de no farmacodependientes todos rigen el buen comportamiento; en el caso de los farmacodependientes las promesas de cualquier índole las cumple siempre el papá y en la de no farmacodependientes todos cumplen sus promesas; cuando alguien de la familia no llega a la hora convenida en la familia de los farmacodependientes habla con él el papá y en el caso de los no farmacodependientes ambos padres; en el grupo de farmacodependientes cuando alguien de la familia sale de la casa avisa a la madre y en el grupo de los no farmacodependientes se avisa a ambos padres; en el grupo de farmacodependientes los castigos en la familia los aplica el papá y en el de no farmacodependientes los aplican ambos padres.

**TABLA 6. ALIANZAS Y FARMACODEPENDENCIA**

**FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMILIAR	NO FAMILIAR	NADIE
21. Cuando alguien se siente triste o decaído pide ayuda a:	10% (3)	26.7% (8)	10% (3)	0	0	6.7% (2)	20% (6)	10%	16.7% (5)
22. Sus problemas personales los comentan con:	10% (3)	23.3% (7)	10% (3)	10% (3)	0	6.7% (2)	16.7% (5)	10% (3)	13.3% (4)
23. Para apoyar a alguien se recurre a:	26.7% (8)	10% (3)	6.7% (2)	10% (3)	0	6.7% (2)	13.3% (4)	20% (6)	6.7% (2)
24. Con frecuencia salen juntos:	3.3% (1)	13.3% (4)	0	13.3% (4)	6.7% (2)	20% (6)	10% (3)	3.3% (1)	30% (9)
25. En esta familia se protege a:	3.3% (1)	6.7% (2)	0	23.3% (7)	20% (6)	30% (9)	6.7% (2)	0	10% (3)

**NO FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMILIAR	NO FAMILIAR	NADIE
21. Cuando alguien se siente triste o decaído pide ayuda a:	10% (3)	10% (3)	36.7% (11)	10% (3)	0	13.3% (4)	0	10% (3)	10% (3)
22. Sus problemas personales los comentan con:	6.7% (2)	16.7% (5)	30% (9)	6.7% (2)	3.3% (1)	16.7% (5)	3.3% (1)	3.3% (1)	13.3% (4)
23. Para apoyar a alguien se recurre a:	3.3% (1)	6.7% (2)	30% (9)	3.3% (1)	0	30% (9)	3.3% (1)	3.3% (1)	10% (3)
24. Con frecuencia salen juntos:	0	3.3% (1)	6.7% (2)	13.3% (4)	10% (3)	36.7% (11)	3.3% (1)	6.7% (2)	20% (6)
25. En esta familia se protege a:	0	10% (3)	10% (3)	6.7% (2)	13.3% (4)	53.3% (16)	6.7% (2)	0	0

En relación al área de ALIANZAS, en el grupo de farmacodependientes cuando alguien se siente triste o decaído pide ayuda a la mamá, en el caso del grupo de no farmacodependientes pide ayuda a ambos padres; en el grupo de no farmacodependientes sus problemas personales los comentan con la mamá y en el de no farmacodependientes con ambos padres; en el grupo de farmacodependientes para apoyar a alguien se recurre al papá y en el grupo de no farmacodependientes se recurre a ambos; en el grupo de farmacodependientes con frecuencia salen juntos con "nadie" y en el grupo de no farmacodependientes salen juntos todos; en ambos grupos en la familia se protege a todos los miembros de ésta.

**TABLA 7. COMUNICACIÓN Y FARMACODEPENDENCIA**

**FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMI.	NO FAMI	NADIE
26. En la familia se habla con:	3.3% (1)	33.3% (10)	23.3% (7)	16.7% (5)	0	3.3% (1)	10% (3)	0	10% (3)
27. Cuando alguien no hace bien algo, quien habla con él es:	33.3% (10)	13.3% (4)	6.7% (2)	13.3% (4)	0	3.3% (1)	20% (6)	10% (3)	0
28. Quienes platican libremente intercambiando opiniones:	0	3.3% (1)	13.3% (4)	10% (3)	16.7% (5)	30% (9)	13.3% (4)	10% (3)	3.3% (1)
29. Entre quienes hay buena disposición para escucharse:	6.7% (2)	10% (3)	3.3% (1)	20% (6)	6.7% (2)	20% (6)	13.3% (4)	13.3% (4)	6.7% (2)
30. Los acuerdos a los que se llega son claros para:	6.7% (2)	16.7% (5)	3.3% (1)	13.3% (4)	3.3% (1)	33.3% (10)	10% (3)	0	13.3% (4)

**NO FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMI.	NO FAMI	NADIE
26. En la familia se habla con:	20% (6)	10% (3)	13.3% (4)	10% (3)	6.7% (2)	30% (9)	6.7% (2)	0	3.3% (1)
27. Cuando alguien no hace bien algo, quien habla con él es:	20% (6)	16.7% (5)	30% (9)	3.3% (1)	0	23.3% (7)	3.3% (1)	3.3% (1)	0
28. Quienes platican libremente intercambiando opiniones:	0	3.3% (1)	16.7% (5)	13.3% (4)	0	56.7% (17)	3.3% (1)	0	6.7% (2)
29. Entre quienes hay buena disposición para escucharse:	0	3.3% (1)	10% (3)	3.3% (1)	6.7% (2)	66.7% (20)	0	0	10% (3)
30. Los acuerdos a los que se llega son claros para:	0	13.3% (4)	13.3% (4)	3.3% (1)	3.3% (1)	60% (18)	0	3.3% (1)	3.3% (1)



En lo que se refiere al área de COMUNICACIÓN, en el grupo de farmacodependientes en la familia se habla con la mamá y en el caso del grupo de no farmacodependientes se habla con todos los miembros de la familia; en el grupo de farmacodependientes cuando alguien no hace bien algo quien habla con él es el papá y en el grupo de no farmacodependientes ambos padres lo hacen; en ambos grupos platican libremente intercambiando opiniones todos los miembros de la familia; de la misma forma en ambos grupos hay buena disposición para escucharse entre todos; y los acuerdos a los que se llega son claros para todos.

**TABLA 8. ROLES Y FARMACODEPENDENCIA.**

**FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMI.	NO FAMI.	NADIE
31. Quien hace la comida en casa:		56.7% (17)	3.3% (1)	6.7% (2)	6.7% (2)	0	13.3% (4)	6.7% (2)	6.7% (2)
32. Quien da más satisfacciones a la familia:	20% (6)	20% (6)	3.3% (1)	20% (6)	6.7% (2)	6.7% (2)	16.7% (5)	3.3% (1)	3.3% (1)
33. Quien revisa las tareas en casa:	20% (6)	23.3% (7)	16.7% (5)	3.3% (1)	0	3.3% (1)	10% (3)	3.3% (1)	20% (6)
34. Quien enseña los hábitos higiénicos como lavarse los dientes, ir al baño, etc.	16.7% (5)	30% (9)	16.7% (5)	13.3% (4)	0	3.3% (1)	10% (3)	3.3% (1)	6.7% (2)
35. Quien arregla los desperfectos de la casa como una puerta rota, una lámpara descompuesta, etc.	46.7% (14)	10% (3)	0	26.7% (8)	0	0	10% (3)	6.7% (2)	0

**NO FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMI.	NO FAMI.	NADIE
31. Quien hace la comida en casa:	3.3% (1)	46.7% (14)	3.3% (1)	13.3% (4)	6.7% (2)	20% (6)	6.7% (2)	0	0
32. Quien da más satisfacciones a la familia:	10% (3)	23.3% (7)	16.7% (5)	13.3% (4)	6.7% (2)	20% (6)	3.3% (1)	0	6.7% (2)
33. Quien revisa las tareas en casa:	10% (3)	20% (6)	13.3% (4)	10% (3)	0	13.3% (4)	0	0	30% (9)
34. Quien enseña los hábitos higiénicos como lavarse los dientes, ir al baño, etc.	6.7% (2)	10% (3)	30% (9)	10% (3)	0	26.7% (8)	3.3% (1)	0	13.3% (4)
35. Quien arregla los desperfectos de la casa como una puerta rota, una lámpara descompuesta, etc.	36.7% (11)	3.3% (1)	10% (3)	10% (3)	3.3% (1)	16.7% (5)	10% (3)	0	10% (3)

En lo que se refiere al área de ROLES, en el grupo de farmacodependientes quien revisa las tareas en casa es la mamá y en el caso del grupo de no farmacodependientes nadie; en el grupo de farmacodependientes quien enseña los hábitos higiénicos es la madre y en caso de los no farmacodependientes ambos padres; en los dos grupos quien hace la comida en la casa es la mamá; en ambos grupos quien da más satisfacciones a la familia es la madre; y quien arregla los desperfectos de la casa es el padre.

**TABLA 9. JERARQUIA Y FARMACODEPENDENCIA**

**FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMI.	NO FAMI	NADIE
36. Quien contribuye económicamente al sostenimiento de la familia:	40% (12)	13.3% (4)	13.3% (4)	10% (3)	3.3% (1)	0	10% (3)	3.3% (1)	6.7% (9)
37. Quien sustituye cuando enferma al que contribuye al sostenimiento de la familia:	10% (3)	13.3% (4)	3.3% (1)	33.3% (10)	0	3.3% (1)	23.3% (7)	3.3% (1)	10% (3)
38. El castigo que debe imponerse por una falta grave lo determina:	26.7% (8)	10% (3)	26.7% (8)	10% (3)	0	10% (3)	10% (3)	3.3% (1)	3.3% (1)
39. Quien escogió el lugar donde vivir:	40% (12)	13.3% (4)	20% (6)	3.3% (1)	0	0	16.7% (5)	3.3% (1)	3.3% (1)
40. Los permisos para salir, jugar, pasear los otorga:	20% (6)	26.7% (8)	20% (6)	0	3.3% (1)	3.3% (1)	6.7% (2)	6.7% (2)	13.3% (4)

**NO FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMI.	NO FAMI	NADIE
36. Quien contribuye económicamente al sostenimiento de la familia:	36.7% (11)	6.7% (2)	13.3% (4)	6.7% (2)	0	26.7% (8)	6.7% (2)	3.3% (1)	0
37. Quien sustituye cuando enferma al que contribuye al sostenimiento de la familia:	13.3% (4)	10% (3)	20% (6)	10% (3)	3.3% (1)	26.7% (8)	6.7% (2)	0	10% (3)
38. El castigo que debe imponerse por una falta grave lo determina:	16.7% (5)	13.3% (4)	46.7% (14)	3.3% (1)	0	6.7% (2)	3.3% (1)	0	10% (3)
39. Quien escogió el lugar donde vivir:	30% (9)	6.7% (2)	40% (12)	0	0	10% (3)	3.3% (1)	3.3% (1)	6.7% (2)
40. Los permisos para salir, jugar, pasear los otorga:	10% (3)	13.3% (4)	40% (12)	3.3% (1)	0	13.3% (4)	6.7% (2)	0	13.3% (4)

En lo relativo al área de JERARQUIA, en ambos grupos quien contribuye económicamente al sostenimiento de la familia es el papá; en el grupo de farmacodependientes quien sustituye cuando enferma al que contribuye al sostenimiento de la familia es un hijo y en el caso del grupo de no farmacodependientes todos lo sustituyen; en el grupo de farmacodependientes el castigo que debe imponerse por una falta grave lo determina el padre y en el grupo de no farmacodependientes lo determinan ambos padres; en el grupo de farmacodependientes quien escogió el lugar donde viven fue el papá y en el grupo de no farmacodependientes fueron ambos padres; en el grupo de farmacodependientes los permisos para salir los otorga la mamá y en el grupo de no farmacodependientes ambos padres.

**TABLA 10. AFECTOS Y FARMACODEPENDENCIA**

**FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMI.	NO FAMI	NADIE
41. Se divierten con regularidad con:	3.3% (1)	0	6.7% (2)	20% (3)	6.7% (2)	13.3% (4)	20% (6)	23.3% (7)	6.7% (2)
42. En esta familia quien o quienes estimulan las habilidades y aptitudes:	23.3% (7)	16.7% (5)	16.7% (5)	3.3% (1)	3.3% (1)	3.3% (1)	16.7% (5)	6.7% (2)	10% (3)
43. En su familia se abrazan espontaneamente:	3.3% (1)	10% (3)	6.7% (2)	10% (3)	6.7% (2)	6.7% (2)	16.7% (5)	6.7% (2)	33.3% (10)
44. En casa los cuentos son narrados por:	6.7% (2)	6.7% (2)	10% (3)	3.3% (1)	6.7% (2)	6.7% (2)	10% (3)	3.3% (1)	46.7% (14)
45. Cuando las cosas no salieron como se esperaba, llega enojado a casa:	40% (12)	3.3% (1)	0	26.7% (8)	0	6.7% (2)	10% (3)	0	13.3% (4)
46. Quien se enoja con más frecuencia es:	43.3% (13)	6.7% (2)	3.3% (1)	23.3% (7)	3.3% (1)	3.3% (1)	10% (3)	0	6.7% (2)

**NO FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMI.	NO FAMI	NADIE
41. Se divierten con regularidad con:	10% (3)	6.7% (2)	3.3% (1)	6.7% (2)	3.3% (1)	46.7% (14)	3.3% (1)	16.7% (5)	3.3% (1)
42. En esta familia quien o quienes estimulan las habilidades y aptitudes:	6.7% (2)	10% (3)	30% (9)	6.7% (2)	0	33.3% (10)	0	3.3% (1)	6.7% (2)
43. En su familia se abrazan espontaneamente:	3.3% (1)	6.7% (2)	6.7% (2)	10% (3)	0	50% (15)	3.3% (1)	0	20% (6)
44. En casa los cuentos son narrados por:	0	13.3% (4)	10% (3)	6.7% (2)	0	16.7% (5)	6.7% (2)	0	46.7% (14)
45. Cuando las cosas no salieron como se esperaba, llega enojado a casa:	13.3% (4)	10% (3)	13.3% (4)	13.3% (4)	3.3% (1)	16.7% (5)	0	0	26.7% (8)
46. Quien se enoja con más frecuencia es:	13.3% (4)	16.7% (5)	3.3% (1)	26.7% (8)	3.3% (1)	6.7% (2)	6.7% (2)	0	23.3% (7)

En lo que se refiere al área de AFECTOS, en el grupo de farmacodependientes se divierten con regularidad con alguien ajeno a la familia y en el grupo de no farmacodependientes se divierten entre todos; en el grupo de farmacodependientes quien estimula las habilidades y aptitudes en la familia es el papá y en el grupo de no farmacodependientes son estimuladas entre todos; en el grupo de farmacodependientes nadie se abraza espontáneamente en la familia y en grupo de no farmacodependientes lo hacen entre todos; en ambos grupos en la casa los cuentos son narrados por nadie; en el grupo de farmacodependientes cuando las cosas no salieron como se esperaba, llega enojado a la casa el papá y en el grupo de no farmacodependientes nadie lo hace; en el grupo de pacientes farmacodependientes quien se enoja con más frecuencia es el papá y en el grupo de pacientes no farmacodependientes es un hijo quien lo hace.

**TABLA 11. PSICOPATOLOGIA Y FARMACODEPENDENCIA**

**FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMI.	NO FAMI.	NADIE
47. Alguna vez se han llegado a golpear:	0	0	6.7% (2)	30% (9)	3.3% (1)	0	6.7% (2)	3.3% (1)	50% (15)
48. Quien toma hasta emborracharse:	20% (6)	0	3.3% (1)	30% (9)	0	0	6.7% (2)	10% (3)	30% (9)
49. Quien ha tenido problemas de conducta:	3.3% (1)	0	0	80% (24)	0	3.3% (1)	0	3.3% (1)	10% (3)
50. Quien ha tenido problemas con la policía:	3.3% (1)	3.3% (1)	0	60% (18)	0	3.3% (1)	0	3.3% (1)	26.7% (8)
51. Quien ha presentado un problema emocional:	0	3.3% (1)	0	60% (18)	0	6.7% (2)	3.3% (1)	0	26.7% (8)
52. Quien de la familia se aísla con frecuencia:	3.3% (1)	0	6.7% (2)	66.7% (20)	0	0	10% (3)	0	13.3% (4)

**NO FARMACODEPENDIENTES**

REACTIVOS	PAPÁ	MAMÁ	AMBOS	HIJOS	HIJAS	TODOS	OTRO FAMI.	NO FAMI.	NADIE
47. Alguna vez se han llegado a golpear:	10% (3)	6.7% (2)	0	20% (6)	0	0	6.7% (2)	0	53.3% (16)
48. Quien toma hasta emborracharse:	16.7% (5)	0	6.7% (2)	30% (9)	0	6.7% (2)	6.7% (2)	0	33.3% (10)
49. Quien ha tenido problemas de conducta:	3.3% (1)	3.3% (1)	3.3% (1)	53.3% (16)	0	3.3% (1)	0	0	33.3% (10)
50. Quien ha tenido problemas con la policía:	0	0	6.7% (2)	26.7% (8)	3.3% (1)	0	3.3% (1)	0	56.7% (17)
51. Quien ha presentado un problema emocional:	0	3.3% (1)	6.7% (2)	10% (3)	10% (3)	16.7% (5)	3.3% (1)	0	46.7% (14)
52. Quien de la familia se aísla con frecuencia:	0	0	3.3% (1)	33% (10)	0	6.7% (2)	6.7% (2)	3.3% (1)	46.7% (14)



En relación al área de PSICOPATOLOGÍA, en ambos grupos nunca se han golpeado entre los miembros de la familia; y también en ambos grupos quien ha tenido problemas de conducta es un hijo; en el grupo de farmacodependientes quien toma hasta emborracharse es uno de los hijos y en el grupo de no farmacodependientes nadie lo hace; en el grupo de farmacodependientes quien ha tenido problemas con la policía es un hijo y en el caso del grupo de no farmacodependientes nadie ha tenido este tipo de problemas; en el grupo de farmacodependientes quien ha presentado un problema emocional es un hijo y en el de no farmacodependientes nadie lo ha presentado; en el grupo de farmacodependientes quien se aísla con mayor frecuencia es uno de los hijos y en el grupo de no farmacodependientes nadie lo hace.

## **IV. DISCUSIÓN.**

A continuación tratarán de explicarse los resultados de las dimensiones de Funcionalidad Familiar; primero será respecto al grupo de farmacodependientes del Hospital Psiquiátrico y enseguida los resultados del grupo control (no farmacodependientes); y se finalizará con los resultados de autoestima.

### **GRUPO DE SUJETOS FARMACODEPENDIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO.**

Los porcentajes más altos en estructura familiar en el grupo de farmacodependientes del Hospital Psiquiátrico que se encontraron en las dimensiones de JERARQUIA, CONTROL DE CONDUCTA, AFECTOS Y TERRITORIO, se observaron cuando era el **papá** quien: ejercía la autoridad, imponía obediencia, tomaba decisiones finales, dictaba modelos a seguir de lo bueno y lo malo, expresaba sus afectos de malestar de forma verbal y no verbal y además delimitaba los espacios de cada miembro dentro de la familia.

Estos resultados coinciden con lo que Baumrind (1973), Farran (1982), Peterson (1982), Power y Parker (1982), Soto (1991) y Devries y Pallone (1995) señalaron en relación a que la creencia de que la madre es el primer agente de socialización, es inapropiado, ya que la socialización y las responsabilidades de cuidado y crianza del infante son compartidas generalmente entre los adultos que crían al niño incluido el padre; que ambos padres juegan un papel importante en el curso del aprendizaje temprano; que la principal función del padre es ayudar a los hijos y a los miembros de la familia en el control de sus impulsos. En este sentido la función del padre es ofrecerse a actuar ante los demás como un objeto con características óptimas para ser internalizado y que la principal razón para que el sujeto sea sano y útil a la sociedad es el adecuado desempeño del rol paterno, en la medida en que

el mismo posea un desarrollo óptimo en sus funciones yóicas y colabore con los miembros de la familia para que también ellos posean un repertorio de funciones bien evolucionado que les provea de lo que se denomina un yo fuerte.

Estos autores mencionan que una de las creencias más arraigadas acerca de la crianza infantil consiste en que se considera necesario y deseable que los padres hagan uso de su autoridad para controlar, dirigir y educar a sus hijos. Desde el punto de vista del niño, el padre casi siempre tiene un tamaño psicológico mayor que él, lo que ayuda a explicar expresiones tales como: "papá es grande", "el gran jefe", "era un gran hombre para mí", etc. El que sea merecido o no tiene poca importancia, el hecho es que el tamaño psicológico le proporciona al padre poder y autoridad sobre el hijo. Cualquier padre sabe que puede controlar a un niño pequeño mediante el uso del poder. Por medio de la manipulación cuidadosa de las recompensas y los castigos, el padre puede reforzar cierto comportamiento recompensando al niño y puede inhibir otro comportamiento mediante el uso del castigo, el uso de la autoridad paterna (poder) es efectiva en apariencia ya que con mucha frecuencia los chicos se acobardan, temen y se ponen nerviosos como resultado del entrenamiento, a menudo se vuelven hacia sus padres y no es extraño que sufran una depresión tanto física como emocional al estar bajo presión de tratar de aprender un comportamiento que es desagradable para ellos.

Y lo anterior se puede observar claramente (tablas 2, 5, 9 y 10) en la forma que el padre ejercía la autoridad, imponía obediencia y expresaba afecto a los sujetos de este grupo, siendo agresiva, de rechazo e inadecuado.

Respecto a la dimensión de ALIANZAS Y ROLES los porcentajes reflejaron que era la mamá con la que existía una asociación abierta y encubierta, así como la persona que cumplía expectativas respecto a funciones dentro de la familia

Estos resultados corroboran lo que Ramírez (1970) afirma al respecto de que en la cultura mexicana lo fundamental en la formación de la personalidad del sujeto, es la relación con la madre.

Así mismo Porot (1977) comenta que la madre es la encargada de aportar el amor que el niño necesita para su desarrollo afectivo. En torno a ese amor maternal se ordenarán las relaciones del niño, primero con su madre y más tarde con los demás elementos de la familia. La importancia del amor materno radica en que proporciona al niño seguridad, además de que se siente comprendido y aceptado tal como es.

Cabe señalar que en investigaciones recientes se ha demostrado que existe una relación entre la psicopatología materna y la presencia de psicopatología en el niño (Bowlby, 1985).

Respecto a las áreas de LIMITES Y AUTONOMIA, los farmacodependientes reportaron que nadie impone reglas, ni posee la habilidad para tomar decisiones responsablemente dentro del núcleo familiar.

También podrían explicarse a partir de lo que afirman Brody y Forehand (1993), respecto a que el desacuerdo y el aislamiento o la distancia entre padres e hijos puede generar mayor afiliación a personas ajenas a la familia consanguínea y predecir en el adolescente el uso de drogas o alguna otra conducta desviada.

En lo referente a la dimensión de COMUNICACION los adolescentes farmacodependientes afirmaron que todos los miembros de la familia podían hablar libremente.

Partiendo de los resultados de JERARQUIA, CONTROL DE CONDUCTA, AFECTOS Y TERRITORIO, se puede afirmar que los datos de la escala de COMUNICACION reflejan que todos los miembros de la familia hablan entre sí e intercambian opiniones, sin embargo no necesariamente para apoyarse e impulsarse; sino para agredirse y evaluarse negativamente.

Esto refuerza lo que señala Sosa (1998) respecto a que la adicción, así como las condiciones psicopatológicas en el individuo se presentan al no adaptarse a su entorno y a la vida; y que el origen de la adicción se dá porque el sujeto desea escapar de sus condiciones negativas emocionales, familiares y sociales actuales

Respecto a la dimensión de PSICOPATOLOGÍA, los porcentajes reflejaron que era un hijo ( en éste caso ellos mismos) quienes; reconocían que existen en ellos conductas psicopatológicas como; agresividad, ansiedad, depresión, farmacodependencia, entre otras.

Esto refueza lo señalado por Denton y Kampfe (1994) quienes afirman que existe una fuerte relación entre el abuso de sustancias en los adolescentes y el uso de drogas en la familia, la composición familiar, los patrones de interacción y las discrepancias familiares.

Estos resultados también concuerdan con lo que afirma Andrade (1998), respecto a que los jóvenes que presentan conductas problemáticas como el uso de alcohol, tabaco y drogas, se relaciona con la percepción de apoyo y comprensión que tienen los adolescentes de su familia.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## GRUPO CONTROL.

En el grupo control, se obtuvo el porcentaje más alto en las áreas de TERRITORIO, LIMITES, CONTROL DE CONDUCTA, ALIANZAS Y JERARQUÍA, cuando: ambos (esto es el padre y la madre); delimitan los espacios de cada miembro dentro de la familia, los que establecen los modelos de lo bueno y lo malo para luchar contra situaciones de peligro para la familia, imponen reglas y fronteras entre ellos y los hijos, existe una asociación abierta o encubierta, así como ejercen la autoridad e imponen obediencia, toman decisiones relevantes y lógicamente tienen un lugar preponderante dentro de la familia.

Con relación a esto Bowlby (1985) afirma que la calidad del cuidado paterno y materno que recibe un hijo, así como la percepción de éste, de que existe acuerdo entre los padres es de vital importancia para la salud mental de los hijos, ya que es esencial una relación afectuosa, íntima y continua con ambas figuras.

Respecto a las dimensiones de AUTONOMIA, COMUNICACION Y AFECTOS los adolescentes reportaron que todos los miembros de la familia eran capaces de: hacer elecciones responsablemente dentro del núcleo familiar, poseen la capacidad de mostrar sus afectos tanto de malestar como de bienestar, así como de comunicarse efectivamente tanto de forma verbal como no verbal.

Estos resultados coinciden con lo que afirman Brage y Meredith (1994) y Lord, Eccles y Mc Carthy (1994), respecto a que cuando los adolescentes perciben apoyo, autonomía y afecto en la familia, genera que estos jóvenes no adquieran conductas adictivas.

Referente a la dimensión de ROLES el porcentaje más alto reflejó que la mamá es la que cumple las expectativas de conducta de los demás miembros, dentro de la funcionalidad familiar

A éste respecto Ongay (1980) afirma que la importancia del amor materno radica en que proporciona a los hijos, seguridad, además de que los hace sentir comprendidos. La madre es determinante para el funcionamiento familiar debido a sus características culturales y biológicas; ya que en la cultura mexicana la madre es percibida como hogareña, abnegada y en ella recae la responsabilidad del cuidado del hogar y la familia.

Finalmente respecto a la dimensión de PSICOPATOLOGIA se observó que nadie del núcleo familiar presentaba ningún problema de este tipo como; depresión, ansiedad, adicciones o agresividad entre otras.

Lo que concuerda con lo expresado por Andrade (1998) en relación a que los jóvenes que menos conductas problemáticas presentan se debe a que perciben más apoyo, comprensión y aceptación de ambos padres, tienen una mejor relación con sus hermanos y perciben una mayor comprensión entre sus padres, además tienen una autoestima social mayor.

## **AUTOESTIMA Y FARMACODEPENDENCIA.**

Los resultados muestran diferencias sumamente pequeñas en la Autoestima entre las muestras, en lo referente al factor de autoaceptación. Esta falta de diferencias podría atribuirse a varias posibilidades entre las que destacarían las siguientes:

a) El instrumento puede no haber sido sensible, a los valores de Funcionalidad Familiar, tal y como se definen en los reactivos de los instrumentos utilizados.

b) Las posibilidades de variación en las escalas de los instrumentos utilizados pueden ser demasiado estrechas para detectar incluso extremos de variabilidad que se esperarían de muestras aparentemente distantes como las mostradas por población aparentemente sana y por otro lado por población tipificada.

c) La inclusión de los pacientes a las categorías diagnósticas tipificadas en los manuales Psiquiátricos de uso común, pueden ser insensibles o no haberse registrado apropiadamente a la hora del diagnóstico original.

d) También existe la posibilidad de que los extremos de deterioro característicos de los pacientes utilizados hayan sido tales que los valores de autoestima no se reflejen en las escalas por tener que dependerse del juicio clínico de los entrevistadores.

e) Finalmente es posible que la autoestima sea una de las variables que menor fluctuación presente cuando se comparan extremos de estructura familiar más que funcionalidad. En otras palabras, es posible que sea tan perjudicial para la autoestima una familia integrada pero disfuncional, que una familia desintegrada, observaciones ambas que el presente estudio no tuvo oportunidad de realizar.



Sin embargo, de acuerdo a las diferencias entre autoestima y farmacodependencia, se observó que no hubo diferencias en el factor de autoaceptación, pero sí en el de autorechazo. Lo cual se podría explicar como que la determinante en la tendencia a la conducta adictiva en los adolescentes no es tanto la autoaceptación sino el autorechazo.

Estos resultados coinciden también con lo que afirman Brage y Meredith (1994) y Lord, Eccles y Mc Carthy (1994), respecto a que cuando los adolescentes perciben apoyo, autonomía y afecto en la familia su autoestima es alta. Ya que es cuando estos jóvenes aprenden a no autoagredirse o no autorechazarce.

De acuerdo con el estudio realizado, se puede afirmar que se cubrió el Objetivo General: "Comparar la Autoestima y la Funcionalidad de la Estructura Familiar de un grupo de adolescentes farmacodependientes con otro de sujetos no farmacodependientes".

Con base en todo lo anterior, se puede afirmar que futuras réplicas del presente estudio, corrigiendo sus principales limitantes, aportaría información que puede ser útil para la integración de cursos y talleres de orientación dirigido a profesionistas que trabajen con adolescentes, así como a padres de familia donde se les sugiera que la participación de cada miembro de la familia es importante para que ésta funcione sana y adecuadamente en beneficio de los sujetos que está generando; sin embargo, es de suma importancia delimitar responsabilidades a cada uno de los miembros y no dejarlos que existan ambiguamente, es decir que se dicten clara y consistentemente. Esto gestará generaciones más sanas y productivas.

Se sugiere que en próximas investigaciones al respecto se incremente el número de sujetos participantes, tanto en el grupo experimental, como en el grupo control y se abarque una población más heterogénea; esto es que intervengan

pacientes farmacodependientes de otras Instituciones de tratamiento y se puedan hacer comparaciones por clase social y nivel socio-económico, así como en otros grupos de edad y género.

La principal limitación que se observó durante la realización del presente estudio fue: en la interpretación de resultados, que la Escala de Autoestima de Rosenberg, no alcanzó una confiabilidad muy alta, con este tipo de muestra, por lo que se sugiere la aplicación de otro instrumento que mida autoestima.

## BIBLIOGRAFIA:

- \* Alducin, E. (1986). **Los valores de los mexicanos**. México: FCE.
- \* Andrade Palos, P. (1998). **El ambiente familiar del adolescente**. Tesis de Doctorado. UNAM: Facultad de Psicología.
- \* Baumrind, D. (1973). The Development of instrumental competence through the socialization. **Minnesota Symposia on Child Psychology**.
- \* Bertalanffy, V. (1976). **Teoría General de los Sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones**. México: Fondo de Cultura Económica.
- \* Braconnier A. (1986). **Psicopatología del adolescente**. Barcelona-México: Masson.
- \* Blos, P. (1980). **Los comienzos de la adolescencia**. Buenos Aires: Amorrortu.
- \* Blos, P. (1988). **Psicoanálisis de la adolescencia**. México: Joaquín Mortíz.
- \* Bowlby, J. (1985). **Cuidado Maternal y amor**. México: Fondo de Cultura Económica.
- \* Braverman Szclar, R. (1982). **Patrones disfuncionales de interacción familiar relacionados con problemas escolares**. Tesis de Maestría. UNAM: Fac. de Psicología.
- \* Braverman Szclar, R. (1986). **Tipología Familiar relacionada con aspectos Psico-socio-pedagógicos**. Tesis de Doctorado. UNAM: Fac. de Psicología.
- \* Brage, D. y Meredith, W. (1994). A causal model of adolescent depression. **Journal of Psychology**, 128, 4, 455-568.
- \* Brody, G.H. y Forehand, R. (1993). Prospective associations among family form, family processes and adolescents alcohol and drug use. **Behaviour Research and Therapy**, 31, 6, 587-593.
- \* Camacho, V. M. (1992). **Relación entre el concepto de familia y el grado de tradicionalismo en adolescentes**. Tesis de Licenciatura. UNAM: Fac. de Psicología.
- \* Camacho, V. M. (En prensa). **Autoestima, Carácter y Percepción familiar en el Adolescente**. México: Facultad de Psicología, UNAM.

- \* Candelas, R. (1981). Estudio exploratorio: La representación social de la familia de un grupo de adolescentes. **Tesis de Licenciatura**. UNAM: Facultad de Psicología.
- \* Careaga, G. (1988). **Mitos y fantasías de la clase media en México**. México: Océano.
- \* Coopersmith, S. (1981). **Self-esteem inventories**. California, **Consulting Psychologists Press**.
- \* Coopersmith, S. (1959). A method for determining types of self-esteem. **Journal of abnormal and Social Psychology**, 29 (1), 87-95.
- \* De la Garza F., Mendiola I., Rábago S. (1992). **Adolescencia marginal e inhalantes**. Medidas preventivas. México: Trillas.
- \* Del Valle, M. (1983). **Déjame ser adolescente**. México: Gali.
- \* Dembo, R., Williams, L., Wothke, W. y Schmeidler, J. (1994). The relationships among family problems, friends troubled behavior and high risk youths alcohol other drug use and delinquent behavior. A longitudinal study. **International Journal of the addictions**, 29, 4, 461-483.
- \* Denton, D. E. y Kampfe, Ch.M. (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: A literature review. **Adolescence**, 29, 114, 475-495.
- \* Devries, R.A. y Pallone, A. (1995). **Adolescencia desafío para los padres**. Buenos Aires: Paidós.
- \* Díaz Carabaño, M. (1974). Estudio caracterológico en un grupo de familias mexicanas. **Tesis de Licenciatura**. UNAM: Facultad de Psicología.
- \* Díaz-Guerrero, R. (1972). Una escala factorial de premisas socioculturales de la familia mexicana. **Revista Interamericana de Psicología**, Vol. 6, 234-244.
- \* Díaz-Guerrero, R. (1982). **Estudios de la psicología del mexicano**. México: Trillas.
- \* Díaz Santos, M. (1987). Premisas socioculturales y eventos cotidianos de psicopatología: un estudio exploratorio. **Tesis de Licenciatura**. UNAM: Fac. de Psicología.

- \* Engels, F. (1984). **El origen de la familia, la propiedad privada y el estado.** México: Premia.
- \* Espejel Aco, E. (1987). "El cuestionario de evaluación Familiar" Un instrumento de detección comunitaria. **Tesis de Maestría.** UNAM: Fac. de Psicología.
- \* Escamilla, R. Y Comparán, T. (1998). Carácter en el adolescente con ausencia de la madre biológica. **Tesis de Licenciatura.** UNAM: Fac. de Psicología.
- \* Farran, D.C. (1982). **Mother-Child Interaction, Lenguaje Development, and the School Performance of Poverty Children.** New York.
- \* Freud, A. (1984). **Psicoanálisis del jardín de infantes y la educación del niño.** Barcelona: Paidós.
- \* Freud, S. (1981). **Obras completas.** (Vol. 2). Madrid: Biblioteca Nueva.
- \* Fromm, E. (1949). **La familia.** Barcelona: Península Ed.
- \* Gellerman, S. (1979). **Motivación y productividad.** México: Diana.
- \* González, F. (1996). Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. **Tesis de Doctorado.** UNAM: Fac. De Psicología.
- \* González, N. (1978). **Dinámica de Grupos.** México: Concepto, S.A.
- \* Gyves Infante, A. (1989). Autoconcepto y sistemas de apoyo emocional en deportistas mexicanos de alto rendimiento. **Tesis de Licenciatura.** UNAM: Fac. de Psicología.
- \* Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1994). **Metodología de la Investigación.** México: Mc. Graw Hill.
- \* Hernández, A. y Narro, L. (1987). **Cómo somos los mexicanos.** México: CFE/CREA.
- \* Hurlock, E. (1979). **Psicología de la Adolescencia.** México: Paidós.
- \* Instituto de la Familia, (1981). **Primer Simposium sobre la Dinámica y Psicoterapia de la Familia.**
- \* Johnson, H.M. (1967). **Sociología y Psicología Social de la familia.** México: Paidós.

- \* Klein, M. (1986). **Obras completas. (Vol. 6).** Buenos Aires: Paidós.
- \* Konig, R. (1981). **La familia en nuestro tiempo.** Madrid: Siglo XXI.
- \* Laing, Ronald (1971). **El cuestionario de la familia.** México: Paidós.
- \* Leñero, Luis (1976). **La familia.** México: ANUIES.
- \* Lévi-Strauss, C., Llobera, J., Spiro, M., y Gough, K. (1976). **Polémica sobre el origen de la universalidad de la familia.** Madrid: Anagrama.
- \* Lord, S.E., Eccles, J.S. y Mc Carthy, K.A. (1994). **Surviving the junior high school transition: Family processes and self-perceptions as protective and risk factors. Special Issue: Middle grades schooling and early adolescent development: I. Early adolescents psychological characteristics, relationships with others, and school performance. Journal of Early Adolescence, 14, 2, 162-199.**
- \* Macías, R. (1982). **Un modelo de evaluación en Terapia Familiar.** México: ACPEINAC.
- \* Mahler, M. (1972). **Simbiosis humana: Las vicisitudes de la individuación.** México: Joaquín Mortiz.
- \* **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (1995).** Barcelona: Masson.
- \* Mendel, G. (1975). **Rebelión contra el padre.** Madrid: Península
- \* Minuchin, S. (1975). **The child in context: A systems approach to growth and treatment, raising children in modern America: Problems and Prospective Solutions.** Boston.
- \* Minuchin, S. (1970). **The use of an ecological framework in the treatment of a child. The child and his family.** Edited by J. A. Anthony. New York. John Wiley and Sons. En: Barragán M.: "Interacción entre desarrollo individual y desarrollo familiar": **Monografía No. 1 Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil.** México 1976, Pags. 174-206.
- \* Minuchin, S. (1974). **Families and Family Therapy.** Harvard University Press.
- \* Minuchin, S., Montalvo S., Guemey, Rosman L., Schumer F. (1967). **Families of the Slums: An exploration of their structure and treatment.** Basic Books New York.

- \* Minuchin S., Fishman Ch. (1981). **Family Therapy. Techniques.** Harvard University Press.
- \* Minuchin, S. (1977). **Familias y terapia familiar.** Barcelona: Gamica.
- \* Mischel, W. (1987). **Introducción a la personalidad.** México: Interamericana.
- \* Murdock, G. (1949). **Social Structure.** Boston: McMillan.
- \* Mussen, P. (1974). **Desarrollo de la personalidad en el niño.** México: Trillas.
- \* Nevarez, R. B. (1994). **Consideraciones en torno a la función paterna.** México: Universidad Iberoamericana.
- \* Nowlis, H. (1975). **La verdad sobre las drogas.** París: UNESCO.
- \* Ongay, M. (1980). **La familia de las clases medias en México. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales.** Enero-marzo.
- \* Onnis, L. (1990). **Terapia Familiar de los trastornos psicossomáticos.** Buenos Aires: Paidós.
- \* ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD; **Serie de informes técnicos. No. 407.** Ginebra 1969.
- \* ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD; **Serie de informes técnicos. No. 516.** Ginebra 1973.
- \* ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD; **Serie de informes técnicos. No. 551.** Ginebra 1974.
- \* Peterson, G.W. y Rollins, B.C. (1982). **Parent-Child Socialization.** New York.
- \* Pick, W.S. y López, V.A. (1979). **Cómo investigar en Ciencias Sociales.** México: Trillas.
- \* Pope, A., McHale, S. and Craighead, E. (1988). **Self esteem enhancement with children and adolescents.** USA: Pergamon Press.
- \* Power, T.G. y Parke, R.D. (1982). **Play as a context for early learning, analysis in lab and home.** New York.

- \* Ramírez, S. (1970). **El Mexicano: Psicología de sus Motivaciones**. México: Pax.
- \* Rangel, H. (1998). **Función Paterna e imagen de autoridad en relación con el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes**. Tesis de Doctorado. UNAM: Facultad de Psicología.
- \* Rodríguez, E. (1988). **Autoestima: clave del éxito personal**. México: Manual Moderno.
- \* Rosenberg, M. (1965). **La autoimagen del adolescente y la sociedad**. Buenos Aires: Paidós.
- \* Salguero, Torres y Ortega. (1995). **Involucramiento paterno en el cuidado y atención del infante**. *Revista Mexicana de Psicología*. Vol. 6 Número 2.
- \* Sanders, B. (1989). **Conceptos culturales como indicadores de cambio generacional**. Tesis de Maestría. UNAM: Facultad de Psicología.
- \* Sarafino, E. (1988). **Desarrollo del niño y del adolescente**. México: Trillas.
- \* Segal, H. (1981). **Introducción a la obra de Melanie Klein**. Buenos Aires: Paidós.
- \* Sosa, J. (1998). **Rasgos de personalidad en pacientes que abusan de inhalantes**. Tesis de Licenciatura. Universidad del Valle de México: Escuela de Psicología.
- \* Soto, V.L.D. (1991). **Psicología al día**. México: Universidad Intercontinental.
- \* Spitz, R. (1969). **El primer año de vida del niño**. México: FCE
- \* Tamayo, A. (1982). **Autoconcepto, sexo y estado civil**, *Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social*. 2 (2). 3-16.
- \* Torres, Torija, D. (1982). "Programas Intersectoriales de lucha contra la Farmacodependencia". Trabajo presentado en la **36a. Reunión de la Sociedad Mexicana de Salud Pública**. México.
- \* Valencia, (1988). **Validez y confiabilidad de la escala de funcionamiento Psicosocial**. *La Psicología Social en México*. Vol. II. México: AMEPSO.



## NUEVA ESCALA DE EVALUACION FAMILIAR (ESCEVFAM).

### INSTRUCCIONES.

Las siguientes preguntas las contestará una sola persona, aún cuando para responder se haya puesto de acuerdo con el resto de su familia o con sólo los miembros de ella que estén presentes.

QUIEN O QUIENES DE LA FAMILIA CONTESTA: Padre, madre, hijo, hija, otro (especifique).

Domicilio \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

La familia actual está formada por: \_\_\_\_\_

No.	Parentesco	Sexo	Edad	Escol.	Ocup.	Edo. Civil
1	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____	_____	_____	_____

¿Cuántos cuartos tiene la casa o vivienda? \_\_\_\_\_

¿Cuántas camas hay en cada cuarto? \_\_\_\_\_

¿Quién o quienes duermen en cada cama? \_\_\_\_\_

### **INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADO.**

Al contestar cada pregunta, seleccione el número o números de su preferencia. Dé la numeración en base a considerar el lugar que cada quien ocupa en la familia que se está evaluando y no en relación a otras líneas de parentesco. Por ejemplo, si el que contesta es un hijo se referirá al hermano como al hijo con número tal. Si contesta el padre, al referirse a la esposa se referirá a la mamá de esta familia.

1 = Papá

2 = Mamá

3 = Papá y mamá

4 = Hijo (s)

5 = Hija (s)

6 = Todos.

7 = Otro pariente (tío, suegro, abuelo, etc.).

8 = Alguien que no sea familiar (amigo, vecino, patrón).

9 = Nadie o ninguno.

Las respuestas se tacharán en el número que corresponda.

1.- En su familia, la(s) persona(s) más trabajadora(s) es (son)

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

2.- Cuando la familia se sienta a la mesa quien sirve la comida

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

3.- En la familia, la persona más reconocida y tomada en cuenta es

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

4.- Quien decide que programa de T.V. ver cuando la familia está reunida

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

5.- Quien de la familia tiene más obligaciones

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

6.- Quien interviene cuando los papás discuten o pelean

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

7.- En los problemas particulares de los hijos interviene(n)

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

8.- Quien reprende al hijo más pequeño cuando comete una falta

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

9.- Los horarios de llegada de los hijos son iguales a los de

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

10.- Si uno de los padres castiga duramente a un hijo o hija interviene(n)

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

11.- Cuando se invita a alguien a casa, lo sabe(n)

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

12.- Por trabajar deja el hogar

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

13.- Sí uno de los miembros de la familia no puede asistir a una reunión va(n)

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

14.- En las decisiones importantes participa(n)

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

15.- Para visitar amigos consulta(n) a

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

16.- Dentro de la casa el buen comportamiento es llevado por

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

17.- Las promesas de cualquier índole las cumple siempre

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

18.- Cuando alguien de la familia no llega a la hora convenida, habla con él

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

19.- Cuando alguien de la familia sale de la casa avisa a

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

20.- Los castigos en la familia los aplica

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

21.- Cuando alguien se siente triste o decaído pide ayuda a

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

22.- Sus problemas personales los comentan con

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

23.- Para apoyar a alguien se recurre a

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

24.- Con frecuencia salen juntos

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

25.- En ésta familia se protege a

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

26.- En la familia se habla más con

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

27.- Cuando alguien no hace bien algo, quien habla con él es

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

28.- Quienes platican libremente intercambiando opiniones

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

29.- Entre quienes hay buena disposición para escucharse

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

30.- Los acuerdos a los que se llega son claros para

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

31.- Quien hace la comida en casa

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

32.- Quien dá más satisfacciones a la familia

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

33.- Quien revisa las tareas en casa

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

34.- Quien enseña los hábitos higiénicos como lavarse los dientes, ir al baño, etc.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

35.- Quien arregla los desperfectos de la casa como una puerta rota, una lámpara descompuesta, etc.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

36.- Quien(es) contribuyen económicamente al sostenimiento de la familia

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

37.- Quien(es) sustituye(n) cuando enferma al que contribuye al sostenimiento de la familia.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

38.- El castigo que debe imponerse por una falta grave, lo determina(n)

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

39.- Quien(es) escogió el lugar donde vivir

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

40.- Los permisos para salir, jugar, pasear, los otorga(n)

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

41.- Se divierten con regularidad con

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

42.- En esta familia quien o quienes estimulan las habilidades y aptitudes

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

43.- En su familia se abrazan espontáneamente

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

44.- En casa los cuentos son narrados por

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

45.- Cuando las cosas no salieron como se esperaba, llega enojado a casa

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

46.- Quién(es) se enoja con más frecuencia

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

47.- Alguna vez se han llegado a golpear

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

48.- Quién toma hasta emborracharse

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

49.- Quién ha tenido problemas de conducta

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

50.- Quién ha tenido problemas con la policía

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

51.- Quién ha presentado algún problema emocional

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

52.- Quién de la familia se aísla con frecuencia

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

## ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.

### INSTRUCCIONES.

Este no es un examen, no hay respuestas correctas ni incorrectas, pero por favor contesta las preguntas con el mayor cuidado y sinceridad posibles. Todas las respuestas son estrictamente confidenciales y nadie podrá ser identificado. Asegúrate de leer las instrucciones antes de empezar a contestar las preguntas, marcando una "X" en la opción que para ti sea la mejor.

De las siguientes afirmaciones, indicame qué tan en acuerdo o en desacuerdo estás:

- 1 = Totalmente de acuerdo.**
- 2 = De acuerdo.**
- 3 = En desacuerdo.**
- 4 = Totalmente en desacuerdo.**

1.- Siento que soy una persona de confianza, al menos como los demás.

1            2            3            4

2.- Siento que tengo buenas cualidades.

1            2            3            4

3.- Estoy inclinado a sentir que soy un fracaso.

1            2            3            4



4.- Soy capaz de hacer tan bien las cosas como los demás.

1            2            3            4

5.- Siento que no tengo mucho de qué estar orgulloso.

1            2            3            4

6.- Tomo una actitud positiva hacia mí mismo.

1            2            3            4

7.- En general estoy satisfecho (a) de mí mismo (a).

1            2            3            4

8.- Desearía poder tener más respeto para mí mismo (a).

1            2            3            4

9.- A veces me siento inútil.

1            2            3            4

10.- A veces pienso que no soy bueno.

1            2            3            4